

Курівський Я.А.,

*здобувач 3-го рівня вищої освіти другого року навчання
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*

Науковий керівник: Єдинак Г.А.,

*доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор Кам'янець-Подільського національного університету*

імені Івана Огієнка,

Україна, м. Кам'янець-Подільський

СТАН РОЗРОБЛЕНОСТІ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЗА РУХОВОЮ АКТИВНІСТЮ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Дітьми є особи від народження до 18 років, а шкільний період – від 6-7 до 17-18 років. У цей період за допомогою навчання і виховання дітей готують до життєдіяльності у суспільстві, як її активних учасників. Одним із напрямків цих процесів є фізичне виховання, основою якою є спеціально організована рухова активність [3].

Повною мірою зазначене стосується дітей, які мають особливі освітні потреби. Ураховуючи, що одним із найбільш важливих компонентів фізичного виховання є система дієвого медико-педагогічного контролю, актуалізується проблема дієвої системи контролю різних характеристик дітей з особливими освітніми потребами. Ще більшої актуальності набуває така проблема у випадку практичної реалізації змішаного навчання.

Аналізуючи наявні джерела інформації з'ясували, що практично повністю відсутні дослідження, що дозволяють сформулювати адекватну батарею простих, але при цьому відповідні метрологічним вимогам тестові завдання, реалізація яких забезпечує дієвий контроль за різними характеристиками дітей з особливими освітніми потребами, але передусім із порушеними функціями опорно-рухового апарату внаслідок захворювання на церебральний параліч.

Ураховуючи зазначене, проаналізували наявну інформацію та встановили, що на сучасному етапі пропонується у зазначеній категорії дітей оцінювати розвиток основних рухових якостей, стан фізичного розвитку, а також силу, тонус м'язів, амплітуду рухів у суглобах, рухові вміння і навички, в тому числі, пов'язані з руховими діями самозабезпечення і професійною діяльністю [1, с. 86]. Окремі дослідники доводять дієвість комплексу тестів для визначення 42 показників, що дозволяють оцінити моторику дітей з порушеними функціями опорно-рухового апарату за такими характеристиками: часовими, просторовими, силовими, а також показниками, що відображають усвідомлені рухові, вегетативні компоненти психічного стану незалежно від статі, віку, рухових і психічних особливостей [4].

Що стосується розвинутих країн світу, то тут відзначаємо таке. На сьогодні найбільш поширеними залишається два підходи до оцінювання результатів реабілітаційних, фізіотерапевтичних заходів, як основи медико-педагогічного контролю. Один із таких підходів (розвивальний – development) ґрунтується на вивченні особливостей розвитку локальної витривалості (м'язи плеча, живота), м'язової сили верхніх і нижніх кінцівок, окремих видів координації, гнучкості та встановленню відповідності вимогам стану функціонування дихальної та

серцево-судинної систем. Такі характеристики у певних комбінаціях становлять основу одинадцяти батарей тестів і функціональних проб, всі з яких спрямовані на порівняння стану розвитку дитини з порушеними функціями опорно-рухового апарату та фізично здорової дитини-одноліткі [2].

Другий існуючий підхід передбачає визначення параметрів виконання тестових завдань спираючись на пропоновані для них нормативи оцінок. Найбільш поширеними є біля двадцяти п'яти комплексів рухових завдань, кожний з яких дозволяє охарактеризувати певні спроможності дитини з особливими освітніми потребами. Зокрема, це стосується здатності до рівноваги (динамічної, статичної), до просторової орієнтації, до керування рухами, до здійснення копіювальних рухів, відтворення ритму, виконання координованих дій очима і руками, стан розвитку моторної функції при виконання рухових дій із самозабезпечення, стан розвитку мілкої моторики рук, деякі інші [1, с. 87].

Водночас, виявлено високу ефективність комплексу тестів «Gross motor function measure» (GMFM) та розроблену для нього систему оцінок «Gross motor function measure system» (GMFMS). Спеціальним дослідженням встановлено, що зазначений комплекс тестів відзначається високою інформативністю, а містить він рухові завдання для оцінювання спроможності дитини до самозабезпечення у побуті за допомогою рухових дій. Такими є комплекси рухових дій, що передбачають лежання і повороти, сидіння, повзання, стояння, а також ходьбу, біг і стрибки. Пропонується також спрощений варіант комплексу GMFM, а саме комплекс тестів SMTCP (містить 27 рухових завдань), оскільки встановлена його висока надійність, а саме на рівні 0,921 ($p < 0.05$), та інформативність (експертна оцінка – 75–90 % фахівців). Крім цього виконана метрологічна вимога стабільності тесту: кореляція результатів, отриманих у комплексі SMTCP та комплексі GMFM становить ($-0,723$) і є статистично значущим значенням ($p < 0.05$).

Отже дослідження, проведене на теоретичному рівні, засвідчило можливість здійснення систематичного педагогічного контролю за результатами рухової активності дітей з порушеними функціями опорно-рухового апарату внаслідок захворювання на церебральний параліч. У такому контролі доцільно використовувати комплекс GMFM або SMTCP та відповідну їм систему нормативів оцінки.

Список використаних джерел:

1. Єдинак Г. А. *Теоретико-методичні основи рухової діяльності дітей з церебральним паралічем у фізичному вихованні* : дис...д-ра наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.02 ДВНЗ «Прикарпатський нац. ун-т імені Василя Стефаника». Івано-Франківськ, 2010. 536 с.
2. Єдинак, Г., Мисів, В. Деякі методологічні аспекти нормативного забезпечення фізичного виховання учнів із церебральним паралічем. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2009. № 2. – URL: <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2009-0.%p>
3. Курівський Я. А. Стан сформованості рухової активності дітей з особливими освітніми потребами на сучасному етапі. *Інновації в освіті*:

закономірності, тренди, потреби : мат. Всеукр. наук.-пр. конференції. 28 березня 2023. Кам'янець-Подільський. Кам'янець-Подільський, 2023. С. 12-15.

4. Чухловіна В. В. Оцінка великих моторних функцій у дітей зі спастичними формами ДЦП. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2015. Вип. 12(67). С. 128-132.
5. Kondo, I., Iwata, M. (2003). Gross motor function Classification System : Preliminary study for Japanese children. *Journal Phys. Med. Rehabil*, Vol. 82, 89-95.



Лисенко Є.В.,
учениця 11 класу
КЛ «Маріупольського ліцею міста Києва».
Науковий керівник: **Добровольська С.В.,**
старший викладач Маріупольського Державного університету,
м.Київ

ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Мовленнєві проблеми сьогодні стали досить поширеним явищем. Затримки в розвитку мовлення спричиняють затримку розумового розвитку дитини, обмежують її загальний потенціал. Мовленнєві проблеми в подальшому житті дитини спричиняють погану успішність у школі. Внаслідок цього – знижена самооцінка, закомплексованість, неврози. Порухення мовленнєвого розвитку та звуковимови мають діапазон від простої заміни звуків до неможливості розуміти або використовувати мовлення під час комунікації.

До мовленнєвих порушень належать: дислалія (порушення звуковимови); порушення голосу (дистонія та афонія); ринолалія; дизартрія; заїкання; алалія; афазія (повна або часткова втрата мовлення, спричинена органічним локальним ураженням головного мозку); загальний недорозвиток мовлення; порушення письма (дисграфія) та читання (дислексія). Більшість цих порушень усувається в дошкільному та молодшому шкільному віці. Водночас, трапляються випадки, коли і в середніх та старших класах ці розлади неперодолані. [1]

Бар'єри у учнів із тяжкими порушеннями мовлення

1. Анатомічні бар'єри

Наявні дефекти мовленнєво - рухового апарату у вигляді порушення прикусу, відсутності чи аномалії різців, аномальної будови твердого піднебіння, патологічних змін язика, вроджені розщеплення губи та піднебіння, патологічні зміни голосового апарату.

2. Неврологічні бар'єри

Спостерігаються патохарактерологічні невротичні реакції у вигляді істеричних рис, негативізму та страхів, самоприниження і відчуття соціальної неповноцінності, що може призвести до появи страху мовлення; моторна незграбність; труднощі ковтання; підвищене слиновиділення; недостатність іннервації; судомний стан м'язів мовленнєво - рухового апарату; постійна