**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

**ВІДКРИТОГО МІЖНАРОДНОГО УНІВЕРСИТЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**«ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ»**

Освітній рівень: бакалавр

**Виконала:**

здобувач вищої освіти

спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Зубань Ольга Олександрівна

**Керівник:**

Гета Алла Володимирівна, к.фіз.вих., доцент

Полтава – 2020

Полтавський інститут економіки і права

Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

# Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

Освітній рівень бакалавр

Галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка»

# Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

# «ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ вересня 20\_\_\_ року

## ЗАВДАННЯ

### НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

**Зубань Ользі Олександрівні**

1. Тема роботи «Особливості адаптивного фізичного виховання учнів з порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти».

Керівник роботи: к.фіз.вих., доцент Гета А. В.

затверджені наказом вищого навчального закладу від \_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: аналіз літературних джерел у розрізі досліджуваної теми, вихідні дані констатувального експерименту.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

1. Узагальнити дані спеціальної літератури та практичний досвід з питань корекції психофізичного стану школярів середнього шкільного віку з порушеннями слуху в процесі адаптивного фізичного виховання.
2. Вивчити особливості показників психофізичного стану дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху.
3. Теоретично обґрунтувати і розробити методику корекції показників психофізичного стану учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

5. Перелік графічного матеріалу: 18 таблиць, 2 рисунки.

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділи | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | завдання  прийняв |
| 1–4 | к.фіз.вих.,  доцент Гета А. В. | \_\_ вересня 2019 р. | \_\_ червня 2020 р. |

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  з/п | Назва етапів дипломної роботи | Строк виконання етапів | Примітка |
| 1. | Затвердження теми | вересень 2019 | виконано |
| 2. | Складання плану дослідження, змісту роботи | вересень 2019 | виконано |
| 3. | Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ) | жовтень 2019 | виконано |
| 4. | Написання 1 розділу, висновків до першого розділу | жовтень 2019–листопад 2019 | виконано |
| 5. | Написання 2 розділу | листопад 2019 | виконано |
| 6. | Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу | грудень 2019–березень 2020 | виконано |
| 7. | Висновки до 3 розділу | березень 2020 | виконано |
| 8. | Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків | квітень 2020 | виконано |
| 9. | Нормоконтроль | травень 2020 | виконано |
| 10. | Передзахист, підготовка електронної презентації | травень 2020 | виконано |
| 11. | Захист дипломної роботи | червень 2020 |  |

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зубань О. О.

Керівник роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гета А. В.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ……………………………………..** | 6 |
| **ВСТУП…………………………………………………………………………** | 7 |
| **РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ……...** | 11 |
| * 1. Характеристика порушень слуху в учнів середнього шкільного віку…………………………………………….. | 11 |
| * 1. Особливості психофізичного розвитку учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху……………………. | 17 |
| * 1. Аналіз засобів щодо організації адаптивного фізичного виховання учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти… | 24 |
| Висновки до першого розділу…………………………………… | 31 |
| **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…………….** | 33 |
| 2.1. Методи дослідження………………………………………… | 33 |
| 2.1.1.Теоретичні методи………………………………………. | 33 |
| 2.1.2. Педагогічні методи……………………………………… | 33 |
| 2.1.3. Методи індексів…………………………………….…… | 34 |
| 2.1.4. Методи визначення фізичної працездатності………… | 37 |
| 2.1.5. Психолого-педагогічні методи…………………………. | 39 |
| 2.1.6. Методи математичної статистики……………………… | 42 |
| 2.2. Організація дослідження…………………………………….. | 42 |
| **РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ………………..** | 44 |
| 3.1. Теоретичне обґрунтування методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти……………………………. | 44 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти…………………………… | 52 |
| Висновки до третього розділу…………………………………… | 63 |
| **РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ………** | 65 |
| **ВИСНОВКИ……………………………………………………………………** | 68 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………** | 70 |
| **ДОДАТКИ………………………………………………………………………** | 79 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АТ – артеріальний тиск;

АФВ – адаптивне фізичне виховання;

АФК – адаптивна фізична культура;

ВНС – вегетативна нервова система;

Гц – герц;

дБ – децибел;

ДВОР – діагностика вад особистісного розвитку;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

КГ – контрольна група;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

ОГ – основна група;

ОРА – опорно-руховий апарат;

ССС – серцево-судинна система;

ЦНС – центральна нервова система;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В Україні в останні роки спостерігається погіршення стану здоров’я дітей середнього шкільного віку (М. В. Дутчак, 2017; Н. В. Москаленко, 2017). Одним із різновидів порушення здоров’я – детермінантів соціального дефекту, соціальної недостатності, інвалідності – є порушення сенсорного розвитку, зокрема, порушення слуху, що мають помірний, тяжкий і глибокий ступені. Близько 2–3 % дітей із порушеннями слуху мають таке ураження, що заважає соціальному спілкуванню (Є. Н. Приступа, 2019; Л. В. Пасічняк, 2017). Крім того, кількість дітей із вадами слуху не зменшується, а подвоюється кожні 15–20 років. За результатами наукових досліджень, дітей із порушеннями слуху нині в Україні нараховується близько 15 тисяч осіб (В. В. Щорс, 2019; Т. Ю. Круцевич, 2018).

Порушення слуху, особливо в середньому шкільному віці, негативно відбиваються на формуванні індивідуальності дитини, розвитку фізіологічних систем і гальмує її соціальну, побутову і психологічну адаптацію, тому вивчення змін у фізіологічних механізмах систем, що взаємодіють і впливають на слухову сенсорну систему, має велике значення не тільки для діагностики глибини хвороби і стану ускладнень, а також для обґрунтування і вибору ефективних засобів їх відновлення (А. І. Альошина, 2017; О. А. Афанасьєва, 2014).

Порушення слуху негативно впливають на психофізичний розвиток дитини, суттєво позначаються на формуванні її рухового аналізатора (А. І. Сторожик, 2016; І. В. Хмельницька, 2006). Доведено (Р. В. Чудна, 2011; В. В. Джевага, 2017), що при частковій втраті слуху у школярів, перш за все, сповільнюється процес оволодіння руховими вміннями і навичками, порушуються функції рівноваги, швидкості та точності. Відставання виражене у недостатньо точній координації рухів, низькому рівні розвитку просторової орієнтації (І. О. Когут, 2018; С. П. Євсєєв, 2000).

Адаптивне фізичне виховання є одним з основних шляхів корекції порушень фізичного розвитку, рухової підготовленості, психомоторики, вольових якостей дітей із порушеннями слуху, виховання рухової грамотності та залучення їх до трудової діяльності, самообслуговування, соціальної адаптації (Н. Г. Байкіна, 2013; В. О. Кашуба, 2018). Відставання у розвитку фізичних якостей учнів із порушеннями слуху не можна розглядати як наслідок їхнього основного дефекту, такий стан є результатом недосконалості процесу адаптивного фізичного виховання у школі та недостатньої наукової розробленості цілого ряду проблем цієї категорії учнів. У зв’язку з особливостями фізичного та розумового розвитку дітей із порушеннями слуху виникає спеціальне завдання – корекція та компенсація негативних наслідків дефекту за рахунок різноманітних фізичних вправ, тому ведеться пошук таких форм фізкультурно-спортивної діяльності, що були б адаптовані до фізичного рівня дітей із цією нозологією, виявляються фізичні вправи та види спорту, найбільш придатні та ефективні для дітей із порушеннями слуху (Є. Н. Приступа, 2010; Н. В. Губарєва, 2019).

Застосування засобів адаптивного фізичного виховання дає можливість розширити коло засобів корекції психофізичного стану дітей із порушеннями слуху, що сприяє формуванню та вдосконаленню компенсаторних механізмів, зміцненню функціональних систем організму, зростанню інтересу до систематичних занять фізичними вправами, повноцінної участі хворих дітей у суспільному житті та їхній соціальній адаптації (Т. Ю. Круцевич, 2018; Джозеф П. Винник, 2010). У той же час науково-методичне забезпечення цього питання все ще залишається недостатнім, хоча існує ряд дослідницьких робіт у цьому напрямі (А. А. Потапчук, М. Д. Дідур, 2011; В. О. Кашуба, 2019). Тому актуальність цієї проблеми, її недостатня теоретична розробленість, вимоги сучасної практики зумовили вибір теми дослідження: «Особливості адаптивного фізичного виховання учнів з порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти».

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику, спрямовану на корекцію показників психофізичного стану дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання.

**Завдання дослідження:**

1. Узагальнити дані спеціальної літератури та практичний досвід з питань корекції психофізичного стану школярів середнього шкільного віку з порушеннями слуху в процесі адаптивного фізичного виховання.
2. Вивчити особливості показників психофізичного стану дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху.
3. Теоретично обґрунтувати і розробити методику корекції показників психофізичного стану учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

**Об’єкт дослідження:** процес адаптивного фізичного виховання дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху.

**Предмет дослідження:** методика корекції показників психофізичного стану учнів з порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання.

**Методи дослідження.** Відповідно до мети роботи та для розв’язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретичні, педагогічні, методи індексів, методи визначення рівня фізичної працездатності, психолого-педагогічні методи, методи математичної статистики.

**Експериментальна база дослідження:** Полтавська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат І–ІІІ ступенів Полтавської обласної ради.

**Практична значущість роботи.** полягає в корекції показників психофізичного стану учнів з порушеннями слуху, формуванні мотивації до фізкультурно-оздоровчої рухової діяльності на основі застосування практичних компонентів розробленої методики. Впроваджена методика сприяє ефективності організації процесу адаптивного фізичного виховання, забезпеченню освітньої, виховної, оздоровчої спрямованості навчального процесу в умовах спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали роботи та результати дослідження представлені на ІV Регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика» (м. Полтава, березень 2020 р.) та Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (м. Полтава, березень 2020 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ**

* 1. **Характеристика порушень слуху в учнів середнього шкільного віку**

Слух – це відчуття, обумовлене сприйманням звукових коливань. Його значення неоціненне у психофізичному розвитку дитини [15]. Найважливішим для оцінки слуху є вивчення здібності дитини сприймати шепітне та розмовне мовлення. Звукові хвилі характеризуються двома параметрами – децибел (дБ) і герц (Гц). Одиниця потужності звуку – дБ, яка діє на площу в 1 км2. Гц – це частота звукових хвиль за 1 с. Чим частіші хвилі, тим вищий звук [26].

Вухо нормально сприймає звук від 16 до 20000 Гц. Більшість дітей може розрізняти «на слух» різницю 1–2 Гц, а є й такі, які володіють абсолютним музичним слухом, тобто можуть розрізняти тональність звуку навіть за умови, коли його немає з чим порівняти. Найчутливіше вухо до звуків із частотою коливань від 1000 до 4000 Гц. Діапазон людського мовлення складає від 100 до 1200 Гц [41].

Порушення слуху – це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Порушення слуху поділяється на 2 види: глухота та туговухість (рис. 1.1).

Порушення слуху

Туговухість

Глухота

Вроджена Набута

Рис. 1.1. Види порушень слуху

Глухота – найрізкіший ступінь ураження слуху або його значне зниження, при якому розбірливе сприймання вербального мовлення стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко, у більшості випадків зберігаються хоча б невеликі залишки слуху. З їх допомогою дитина може сприймати дуже гучні, різкі немовленнєві звуки (дзвінок, свисток), а іноді прості, добре знайомі слова, що вимовляються чітко і голосно біля вушної раковини [41].

Вроджена глухота зустрічається нечасто. Причинами її є: неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері; несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників у період вагітності матері: перенесені інфекційні захворювання (грип, кір, краснуха); вживання матір’ю алкоголю та наркотиків; використання антибіотиків та інших лікарських препаратів; травма плоду в перші три місяці вагітності.

Набута глухота може розвиватись у будь-якому віці. Причиною можуть бути запальні процеси у внутрішньому вусі та слуховому нерві, що розвиваються як ускладнення після гострого (хронічного, середнього) отиту, менінгіту, інфекційних хвороб, отосклерозу. Внаслідок тривалого впливу на органи слуху вібрацій, сильного шуму може виникнути глухота [48].

Туговухість – стійке зниження слуху, що виражається в різному ступені: від незначного порушення сприймання шепітного мовлення до різкого обмеження можливості сприймання мовлення розмовної гучності [53].

Причини виникнення туговухості різноманітні. Погіршення слуху наступає: як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни в середньому вусі – прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що призводять до порушення рухливості барабанної перетинки та ланцюга слухових кісточок; як результат хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїди), при цьому порушується прохідність євстахієвої труби та нормальної вентиляції середнього вуха; як результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, корі); як результат вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді [61].

Туговухість вроджена чи набута у домовленнєвий період може призвести до порушення нормального вербального розвитку дитини. Його ступінь і характер при туговухості залежить від взаємодії трьох основних чинників: ступеня порушення, часу виникнення ураження, умов розвитку дитини після ураження слуху. Діти, у яких туговухість пов’язана із захворюванням середнього вуха, патологічними процесами у носі, носоглотці, потребують спеціального лікування [53].

У дитини з порушеннями слуху діяльність одного зі слухових аналізаторів порушена частково. Порівняно з глухими така дитина компенсує свої порушення за рахунок двох аналізаторів: зору та залишкового слуху [30].

Фахівці [15, 24] розділяють всі випадки порушень слуху на три основні типи: кондуктивний (втрата провідності звуку); нейросенсорний (втрата чутливості нервових закінчень); змішаний (включає 2 типи порушень – кондуктивний та нейросенсорний).

Кондуктивний тип порушення слуху має відношення до зовнішнього і середнього вуха. Виявляється як порушення нормальної передачі звуку слуховим каналом та/або середнім вухом до внутрішнього вуха. Найчастіші причини випадків кондуктивної втрати слуху – закупорка слухового каналу вушною сіркою, перфорація барабанної перетинки, наявність рідини в середньому вусі (часто зустрічається у дітей), пошкодження або дефекти кісточок середнього вуха.

Нейросенсорний тип порушення слуху трапляється, коли нервові закінчення внутрішнього вуха втрачають чутливість. Вони стають нездатні перетворювати звукові коливання в електричні сигнали, необхідні слуховому нерву. Пошкодження слухового нерва також може стати причиною порушення слуху, якщо не забезпечуватиме попадання сигналів у мозок. Хоча це порушення може бути спричинене також дією надмірного шуму (при тривалій роботі в гучній обстановці) або віковим старінням організму [15].

Визначення причин виникнення порушень слухової функції в деяких випадках є досить складним і обумовлюється: по-перше, можливим впливом відразу декількох шкідливих факторів; по-друге,одна і та ж причина може викликати спадкову, вроджену або набуту туговухість.

Як уже наголошувалось, слух є здатністю організму сприймати і диференціювати звуки за допомогою звукового аналізатора [53]. Адекватним подразником слухового аналізатора є звук, що являє собою коливальні рухи середовища (повітря, води, землі тощо). Вухо здатне сприймати звуки в діапазоні від 16–20 до 16000– 20000 Гц. Це характеризує значну чутливість слухового сприйняття. Найбільш адекватне розуміння звуків дитиною відбувається у діапазоні від 1000 до 3000 Гц, в якому переважно й здійснюється мовленнєве спілкування. Другим фізіологічним параметром є інтенсивність звуку, що відповідає фізіологічному параметру гучності звуку Третій параметр – тривалість. Важливим параметром є також звуковий спектр [45].

У сучасній літературі обґрунтовуються основні концепції порушення слуху: соціокультурна і біолого-медична (рис. 1.2) [45].

Концепції порушення слуху

Біолого-медична концепція порушення слуху

Соціокультурна концепція глухоти

Рис. 1.2. Концепції порушення слуху

Соціокультурна концепція глухоти [53] – це особливий стан, що об’єднує глухих у культурно-лінгвістичну єдність. Ті глухі, які не бажають асимілюватись у «суспільстві чуючих», ідентифікують себе як члена суспільства чуючих, повинні мати право жити відповідно до традицій власного мікросоціуму, розвивати власну культуру, жестову мову. Саме реалізація цього права гарантує рівність глухих із представниками більшості, а також із членами інших культурних і релігійних меншин.

Біолого-медична концепція порушення слуху [45] – біологічна патологія, що потребує лікування, як і її наслідки, в першу чергу, – відсутність усного мовлення. Мета спеціальної допомоги – максимальне наближення глухої дитини до «стандартів чуючих», що забезпечить їм рівні можливості активної участі в житті суспільства чуючих.

Необхідність диференціації дітей із порушеннями слухової функції обумовлюється практикою побудови навчально-виховного та корекційно-розвивального процесів із ними. Проведення чіткої діагностики і визначення груп дітей із подібними станами дозволить ефективніше організувати роботу з ними, визначить тих із них, які потребують спеціально організованого навчання, і тих, які можуть навчатись у загальноосвітніх школах при створенні там необхідних умов [45].

Однією з найбільш поширених класифікацій порушень слуху є класифікація [47], що дозволяє виділити чотири ступеня зниження слуху: легкий, помірний, значний, важкий – залежно від відстані, на якій сприймається розмовна і шепітна мова. Діапазон сприйняття мови при цьому досить значний (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

## Класифікація порушень слуху [47]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ступінь | Відстань, на якій сприймається мова | |
| розмовна | шепіт |
| легкий | 6–8 м | від 3 м |
| помірний | 4–6 м | 1–3 м |
| значний | 2–4 м | біля вушної раковини – 1 м |
| важкий | 2 м | 0 м або не сприймається |

Так, при легкому ступені зниження слуху, шепітна мова може сприйматися на відстані від 3 до 6 м, при важкому ступені – на відстані від 0 до 0,5 м [47].

У класифікації Л. В. Неймана [53] виокремлені 4 групи залежно від обсягу сприйманих частот: 1 група – глухі діти, які сприймають найнижчі частоти (125–150 Гц). Ці діти не розрізняють жодних звуків мови і реагують або на дуже гучний голос біля самого вуха, або на інтенсивні звуки на близькій відстані (крик). 2 група – глухі діти, які сприймають частоти 150–500 Гц. Діти цієї групи реагують на гучний голос біля вуха, розрізняють голосні «о» й «у»; здатні сприйняти інші дуже гучні звуки на невеликій відстані. 3 група – діти, які сприймають звуки в діапазоні низьких і середніх частот, від 125 до 1000 Гц. 4 група – діти, які сприймають частоти від 1250 до 2000 Гц. Діти, які відносяться до 3 і 4 груп, розрізняють менш інтенсивні і різноманітні по частоті звуки на близькій відстані.

За Міжнародною медичною класифікацією встановлені 4 ступеня порушення слуху: 1 ступінь приглухуватості – менше 40 дБ; 2 ступінь – 40–55 дБ; 3 ступінь – 55–70 дБ; 4 ступінь – 70–90 дБ. Зниження слуху більш, ніж на 90 дБ, – глухота [45]. В основі розроблених класифікацій [53] лежать як здатність дитини з втратою слуху сприймати мову на тій чи іншій відстані від мовця, так і критерії перевірки гучності в дБ.

У корекційній педагогіці виділяють такі групи дітей відповідно до ступеня порушення слухової функції і часу виникнення відхилення: глухі, зі зниженим слухом (слабочуючі) і пізнооглухлі [45].

Таким чином, порушення слуху – це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Нормальна функція слухового аналізатора має особливе значення для загального розвитку дитини.

Порушення слуху поділяються на 2 види: глухота та туговухість. Фахівці розділяють всі випадки порушень слуху на три основні типи: кондуктивний, нейросенсорний, змішаний. У сучасній літературі обґрунтовуються основні концепції порушення слуху: соціокультурна і біолого-медична. Порушення слуху класифікують за чотирма ступенями зниження слуху: легкий, помірний, значний, важкий. Також виділяють групи дітей відповідно до ступеня порушення слухової функції і часу виникнення відхилення: глухі, зі зниженим слухом (слабочуючі) і пізнооглухлі.

Необхідність диференціації дітей із порушеннями слухової функції обумовлюється практикою побудови навчально-виховного та корекційно-розвивального процесів із ними. Проведення чіткої діагностики і визначення груп дітей із подібними станами дозволить ефективніше організувати роботу з ними, визначить тих із них, які потребують спеціально організованого навчання, і тих, які можуть навчатись у загальноосвітніх школах при створенні там необхідних умов.

* 1. **Особливості психофізичного розвитку учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху**

Психічний розвиток дитини з порушеннями слуху відбувається з відхиленнями від норми, оскільки фізичний недолік спричиняє порушення багатьох функцій психіки та психічних процесів. Наявне порушення сприймання мовлення, що заважає становленню мовленнєвих механізмів, призводить до недорозвитку мовленнєвої діяльності. У дитини мовленнєвий недорозвиток, зумовлений повноцінним слухом, призводить до порушення її пізнавальної діяльності та своєрідного розвитку таких психічних процесів, як мислення, пам’ять, уява тощо. Це ускладнює соціальну взаємодію дитини з порушеннями слуху. Труднощі словесного спілкування є однією з головних причин порушень розвитку. Однак сучасні досягнення [54] науки (медицини, сурдопедагогіки) обумовили розробку високих технологій, необхідних для практичного вирішення більшості проблем дітей із порушеннями слуху.

Визначення причин виникнення порушень слуху в деяких випадках є досить складним і обумовлюється: по-перше, можливим впливом одразу декількох шкідливих факторів; по-друге,одна і та ж причина може викликати спадкове, вроджене або набуте порушення слуху. У дітей із порушеннями слуху всіх вікових груп можливі ще й додаткові первинні порушення різноманітних органів і систем [61].

Оскільки у дитини, яка погано чує, порушена чи відсутня акустична складова, то всі види сприйняття, залежності від ступеня порушення слухового аналізатора, розвиваються у зміненому вигляді [69].

У дитини з порушеннями слуху спостерігається недостатній рівень розвитку слухового сприйняття, що є природним каналом сприймання звуків (шумів) навколишнього середовища, що несуть важливу інформацію про простір, час, предмети (об’єкти), їх характеристики, та сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення функції слухового сприйняття призводить до уповільненості розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним [67].

Унаслідок обмеженості слухового сприйняття можуть виникати негативні наслідки при формуванні когнітивної сфери особистості. Раціональне використання слуху, зору, тактильних і тактильно-вібраційних відчуттів дозволяє покращити сенсорну основу розвитку психічних процесів, розширити можливості отримання інформації про навколишнє середовище з його звуковим наповненням (побутовими, технічними, мовленнєвими звуками) [47].

У дітей із порушеннями слуху, які мають відставання в мовленнєвому розвитку від нормативних показників онтогенезу, спостерігається недорозвинення мисленнєвих операцій, словесно-логічного мислення, що зумовлює відставання в розвитку словесної пам’яті. У них дітей менш стійко і тривало зберігаються точні образи об’єктів на відміну від дітей, які чують [47].

Продуктивність уваги у дітей із порушеннями слуху залежить від ступеня виразності об’єктів, що сприймаються [24].

Серед дітей, які мають порушення слуху, значну групу складають діти з порушеннями психофізичного розвитку, які не мають змоги самостійно навчитись розмовляти, тобто оволодіти звуковою стороною мовлення, оскільки вони не чітко сприймають звукове мовлення та не мають можливості отримати слухові зразки. Вони не контролюють свою вимову, внаслідок чого виникає спотворене мовлення, іноді усне мовлення не розвивається взагалі [44]. Все це негативно відображається на оволодінні всією складною системою мовлення, що не лише обмежує можливості дитини в навчанні і пізнанні оточуючого світу, але й має негативний вплив на весь психічний розвиток особистості, затримуючи або спотворюючи його, оскільки мовлення є знаковою системою і виступає важливим засобом кодування і декодування інформації [44].

Порушення слуху іноді тягнуть за собою німоту і можуть призвести до соціальної ізоляції дітей, оскільки їхня спільна діяльність зі здоровими дітьми є досить обмеженою. Це часто призводить до виникнення у них порушень емоційно-вольової сфери у вигляді агресивності, проявів явищ негативізму, егоїзму, егоцентризму, або навпаки – загальмованості, апатичності, безініціативності [7].

Характеризуючи психічний розвиток цієї категорії дітей, необхідно відмітити певні відхилення від норми. I справа тут не лише в тому, що дитина погано чує, тобто має фізичний недолік, а в тому, що цей недолік призводить до виникнення цілого ряду порушень і відхилень у розвитку [45].

Спеціалістами [10, 18] встановлено, що у дітей із рано придбаними чи вродженими порушеннями слуху статичні та локомоторні функції відстають у своєму розвитку. Діти середнього шкільного віку часто не володіють тим руховим досвідом, що є до цього часу в дітей того ж віку, що чують: вони не вміють швидко бігати, стрибати, повзати, робити найпростіші рухи. Багатьом таким дітям притаманні порушення дрібної моторики, що відбивається надалі на формуванні різних видів дитячої діяльності. При виконанні багатьох рухів, у тому числі і побутових, діти з порушеннями слуху створюють зайвий шум, неритмічні й уповільнені рухи [18].

У більшості дітей порушення слуху, як правило, супроводжуються супутніми захворюваннями, а також вторинними відхиленнями, а саме: порушенням функцій вестибулярного апарату, затримкою моторного та психічного розвитку, порушенням мови, пам’яті, уваги, мислення [7], порушенням рівноваги, ритмічності, точності рухів, реагуючої здібності, просторово-часової орієнтації, рухової пам’яті, порушеннями постави та ОРА, захворюваннями дихальної системи та вегетативно-соматичними розладами [45].

Установлено [21], що погіршення функції слухової системи послаблює хід фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку. Водночас, результати досліджень [33] підтверджують, що у дітей із порушеннями слуху відзначається погіршення рухової пам’яті, недостатньо точна координація та невпевненість рухів, уповільнене оволодіння руховими уміннями та навичками. За даними фахівців [44], у цього контингенту дітей спостерігається низький рівень розвитку м’язової сили, відставання показників станової сили та статичної витривалості.

Для дітей із порушеннями слуху характерна низка порушень фізичної сфери: зниження рівня розвиненості основних фізичних якостей, відставання від норми в показниках сили основних м’язових груп тулуба та рук, швидкісно-силових якостей, важкості збереження статичної та динамічної рівноваги й ін. Функціональна недостатність рухового аналізатора дітей із порушенням слуху – причина недоліків їхньої фізичної підготовленості [48].

Особливим віковим періодом у розвитку організму дитини є середній шкільний вік, у якому продовжуються процеси окостеніння, спостерігається збільшення темпів росту хребта, реєструється початок статевого розвитку. Доведено [56], що між порушеннями слуху та руховою системою існує тісна функціональна взаємозалежність. Дослідження [58] підтверджують це положення та відзначають своєрідність рухової сфери дітей із порушеннями слуху:

* відносно низький рівень розвитку просторового орієнтування;
* відхилення в розвитку моторної сфери (дрібної моторики кисті та пальців рук, узгодженості рухів окремих ланок тіла в часі та просторі, диференціювання та ритмічності рухів);
* недостатньо точна координація та невпевненість рухів, що виявляється в основних рухових навиках;
* відносна сповільненість оволодіння руховими навиками;
* важкість збереження статичної та динамічної рівноваги;
* відставання в розвитку життєво важливих фізичних здібностей – швидкісно-силових, силових, витривалості та інших, що характеризують фізичну підготовленість дітей;
* сповільнена реагуюча здатність, швидкість виконання окремих рухів і темпу рухової діяльності в цілому [58].

Школярі середнього шкільного віку з порушеннями слуху витрачають на освоєння складнокоординованих навиків значно більше часу, поступаються в статичній і динамічній рівновазі школярам зі збереженим слухом, мають менший рівень максимальних досягнень у точності та визначенні часу рухів [60]. Фахівці [50, 68] пояснюють порушення фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату.

Результати аналізу особливостей прояву швидкісних якостей засвідчили виражені відмінності між дітьми з порушеннями слуху та дітьми зі збереженим слухом. Середні величини швидкості сенсорно-рухової реакції при зниженні інтенсивності звукового інформаційного потоку виявились меншими, ніж при нормальному функціонуванні слухового аналізатора. Час латентного періоду зорово-моторної реакції відрізняється від здорових однолітків. В ігровій діяльності, де потрібний комплексний прояв швидкісних якостей, найбільше відставання від школярів зі збереженим слухом за рівнем розвитку швидкості спостерігається в молодшому та, частково, у середньому шкільному віці.

Швидкість, як комплексна рухова якість, має велике значення для успішного орієнтування та мобільності дітей. Водночас існують численні підтвердження [28] того, що рівень розвитку всіх форм прояву швидкості (час рухової реакції, частота одиночного руху чи цілісного рухового акту) у дітей із порушеннями слуху значно нижча, ніж у здорових однолітків.

За даними фахівців [17], у дітей із порушеннями слуху спостерігається низький рівень м’язової сили. Зокрема, у цього контингенту реєструють відставання показників станової сили та статичної витривалості. У середньому шкільному віці у всіх школярів простежене невиражене зниження статичної витривалості, а до старшого шкільного віку їхні показники наближаються до результатів їхніх однолітків зі збереженим слухом [17].

Діти з порушеннями слуху за показниками загальної витривалості наближаються до здорових однолітків. Якщо в динаміці сили м’язів різке зростання спостерігається у молодшому шкільному віці, то виражений стрибок витривалості характерний у старшому. Розглянуті зміни м’язової сили, статичної та загальної витривалості характеризують зовнішню форму діяльності рухового апарату, точніше – скоротливу можливість м’язів та їх готовність до навантажень. До старшого шкільного віку рівень загальної витривалості дітей зі зниженням слуху майже порівнюється з рівнем витривалості з однолітками зі збереженим слухом і залежить переважно від стану кардіореспіраторної системи [9].

До характерних особливостей фізичної підготовленості дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку належать низькі показники загальної фізичної підготовленості, особливо рівень розвитку сили та гнучкості [5].

Аналіз наукових досліджень, педагогічних спостережень і проведені обстеження [1] фізичного стану дітей із порушеннями слуху виявили значне відставання в показниках швидкісно-силових якостей і різних проявах координаційних здібностей. Дослідження, проведені Н. Г. Байкіною [9], Л. Г. Евсєєвим [26] та ін., свідчать про те, що порушення слуху в дітей супроводжуються розладами рухової функції та координаційних здібностей.

У роботах [17, 22] указується, що в дітей із порушеннями слуху простежується затримка розвитку локомоторних функцій, що, зі свого боку, впливає на формування зв’язків між аналізаторами, звужує ближній простір, порушує точність рухів, статичну та динамічну рівновагу, здатність засвоювати заданий ритм рухів.

Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам’яті, довільної уваги, особливо в учнів середнього шкільного віку. Багато школярів із порушеннями слуху ледве освоюють уявлення про заходи часу й відносини між одиницями виміру [36].

Характеризуючи фізичний розвиток дітей із порушеннями слуху, автори [44, 56] відзначають, що ці порушення вповільнюють природний хід їхнього фізичного розвитку. У цих дітей нижчі, порівняно зі здоровими однолітками, основні показники фізичного розвитку: довжина та маса тіла, окружність грудної клітки.

З. Х. А. Насраллах [52] підтверджує факти про відставання школярів із порушеннями слуху від своїх однолітків із нормальним слухом за масо-ростовими характеристиками та довжиною нижніх і верхніх кінцівок. До того ж, здатність до збереження вертикальної стійкості тіла дітей із порушеннями слуху статистично вірогідно гірша, ніж у здорових однолітків із нормальним слухом. До того ж, дослідник [52] установив зміни низки гоніометричних характеристик, порівняно з показниками здорових дітей.

Н. Г. Байкіна [11] підтверджує те, що в дітей із порушеннями слуху спостерігається відставання у фізичному розвитку порівняно з однолітками зі збереженим слухом, за основними антропометричними показниками (довжини та маси тіла, окружності грудної клітки). У більшості цих дітей відзначається дисгармонійний фізичний розвиток.

Таким чином, аналіз досліджень науковців підтверджують взаємозв’язок фізичного та психічного компонентів дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку та відзначають їх своєрідність. Психічний розвиток дитини з порушеннями слуху відбувається з відхиленнями від норми, оскільки фізичний недолік спричиняє порушення багатьох функцій психіки та психічних процесів.

Фахівці пояснюють порушення фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату, ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, супроводжується затримкою формування прямостояння, порушенням м’язового тонусу та здатності підтримання рівноваги, недорозвиненням просторової орієнтації, труднощами в диференціації рухових відчуттів і виконанні складнокоординаційних рухів, у недостатньому виробленні чітких, плавних і розмірених рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам’яті, довільної уваги. У цих дітей нижчі, порівняно зі здоровими однолітками, основні показники антропометричних даних, збереження вертикальної стійкості тіла статистично вірогідно гірша, ніж у здорових однолітків, виражені зміни низки гоніометричних характеристик порівняно з показниками здорових дітей тощо. Отже, на підставі аналізу даних літератури, можна зробити висновок про відхилення в психофізичному розвитку дітей із порушеннями слуху.

* 1. **Аналіз засобів щодо організації адаптивного фізичного виховання учнів середнього шкільного віку з порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти**

У школах для глухих і слабочуючих дітей програма з фізичного виховання, що діє на сьогоднішній день, концентрує свою увагу, головним чином, на навчальному аспекті фізичного виховання, за аналогією з загальноосвітніми предметами, і головне завдання предмета «Фізичне виховання» полягає у тому, щоб передати учням знання, вміння та навички, необхідні їм у дорослому житті. У процесі занять не здійснюється цілеспрямований розвиток здібностей, а основна увага зосереджується на навчанні та удосконаленні техніки видів спорту. Однак відомо [16], що без достатнього тренування аеробних та анаеробних можливостей організму, розвитку швидкісно-силових якостей, витривалості не можна вирішити головне завдання адаптивного фізичного виховання – підвищення функціонального стану, фізичної підготовленості та фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху.

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями слуху – один з основних шляхів виховання рухової грамотності, вольових якостей, залучення до трудової діяльності, самообслуговування, забезпечення соціальної адаптації, максимального наближення психофізичних можливостей організму особистості до вимог майбутньої професійної діяльності та повноцінного життя в суспільстві [18].

На сьогоднішній день однією з важливих і сучасних проблем АФВ дітей з порушеннями слуху є їхня успішна соціалізація та інтеграція. Під соціалізацією розуміється процес включення дитини в життя суспільства, засвоєння досвіду соціального життя, зразків поведінки, соціальних норм, ролей і функцій, входження в соціальне середовище і соціальні групи, а інтеграція означає включення таких дітей у соціальні системи, призначені для здорових людей, активну участь в основних напрямах життєдіяльності, самореалізацію, і розкриття особистісних здібностей [20].

Реальна фізкультурно-спортивна активність дітей із порушеннями слуху знижується з кожним роком, що пояснюється не стільки погіршенням соціальної установки до фізичного виховання взагалі, скільки негативним ставленням до деяких традиційних форм (кроси, гімнастика, монотонні заняття) проведення фізкультурних занять. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що для підвищення фізкультурно-спортивної активності необхідне збільшення новизни та підвищення збагачуючої ролі занять, створення можливостей для занять за вибором, зменшення ролі традиційних (обов’язкових) заходів [20].

Під час аналізу спеціальної науково-методичної літератури було встановлено, що проблемою навчання та виховання дітей з порушеннями слуху у спеціалізованих школах займаються фахівці таких галузей науки, як АФВ, АФК, ЛФК і корекційна педагогіка. Як засвідчили дані спеціальної науково-методичної літератури [27, 35] у теорії й методиці АФВ для покращення навчально-виховного процесу сформувались два основних підходи:

* узагальнення практичного досвіду роботи з дітьми, які мають відхилення у стані здоров’я. Цим займаються педагоги, тренери, методисти, інструктори. Вони створюють індивідуальні навчально-оздоровчі та корекційні програми для всіх нозологічних груп;
* пошук нових експериментальних даних, перевірка та наукове обґрунтування інноваційних методик в АФВ, спорті, фізичній реабілітації та рекреації дітей з порушеннями слуху. Такий підхід є ефективнішим, тому що при цьому формуються нові раціональні засоби, методи і форми фізкультурно-оздоровчої діяльності [27].

Звертає на себе увагу і той факт, що спеціалістами, які займались питаннями щодо покращення стану здоров’я дітей із порушеннями слуху, було підкреслено, що АФВ спрямоване на всебічний розвиток особистості, вирішення оздоровчих освітніх і корекційно-компенсаторних завдань [36, 44]. Установлено, що серед завдань АФВ зазначеного контингенту є завдання загального характеру, що стосуються усіх дітей, у т.ч. й з відхиленнями у стані здоров’я. До них належать:

* формування загального гармонійного розвитку дитини;
* зміцнення здоров’я;
* виховання у дітей морально-вольових якостей;
* вивчення, закріплення та подальше удосконалення життєво необхідних знань, умінь і навичок;
* розвиток фізичних якостей: сили, бистроти, спритності, витривалості та координаційних здібностей [44].

Для вирішення цих завдань вказаного контингенту дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху, слід передбачити вибір адекватних форм, принципів, методів та засобів АФВ для корекції порушень психофізичного розвитку та складання фізкультурно-оздоровчих програм, технологій і методик занять з АФВ [69].

Практична діяльність фахівців [41, 68] у галузі АФВ показала, що для дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху основними засобами є фізичні вправи.

Фізичні вправи – основний засіб адаптивного фізичного виховання дітей із порушеннями слуху. Серед засобів адаптивного фізичного виховання, що можуть бути застосовані у роботі з дітьми цієї нозологічної групи середнього шкільного віку, особливе місце, на наш погляд, посідають спортивні ігри. Спортивні та рухливі ігри допомагають дітям із порушеннями слуху засвоїти життєво необхідні рухові навички та вміння, розвивають вольові якості, дають можливість спілкування. Це сприяє підвищенню загального життєвого тонусу профілактиці ускладнень, пов’язаних із тривалою гіподинамією, формуванню рухових компенсацій і допомагає їхній адаптації до побутових і соціальних умов [37].

Для дітей із обмеженими можливостями слухової функції ігровий метод уявляється найбільш доцільним. Покрашення нормальних контактів, що викликані патологічними порушеннями, незрілість емоційної та вольової сфер, недостатня самостійність, невміння долати труднощі та орієнтуватись у життєвих ситуаціях, потреба у визнанні та самоствердженні – виразні ознаки соціально-психічної дезадаптації [39].

Гра активізує емоційно-образне мислення, увагу, пам’ять, знімає розумову втому, підвищує самовіддачу, створює творчу атмосферу, сприяє подоланню замкненості, сором’язливості. Гра дозволяє моделювати рольові стосунки, вступати у взаємодію з партнерами, що необхідно для формування навичок спілкування серед дітей із порушеннями слуху [39].

Зокрема, для корекції психофізичного розвитку дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку вважається доцільним використання гри у настільний теніс. Настільний теніс, як спортивна гра, не потребує складної організації та матеріально-технічного обладнання [12]. Кожен гравець отримує навантаження залежно від своєї фізичної підготовки [25], тому його можна рекомендувати для включення у систему спортивної орієнтації учнів із порушеннями слуху. Це пояснюється не тільки доступністю гри у настільний теніс, але й позитивним впливом на розвиток життєво важливих якостей, і, насамперед, основних властивостей уваги (інтенсивність, стійкість, перенесення), що має велике значення в цьому віці [25].

Техніку окремого прийому можна розглядати як систему рухів, що спрямована на вирішення визначеного рухового завдання. Вправи удосконалюють функції саме тих аналізаторів учнів, компенсуюча участь яких у їхній життєдіяльності велика. Слух у настільному тенісі не відіграє великої ролі, у той же час зір, м’язово-суглобна чутливість і тактильні відчуття є основними діючими аналізаторами. Використання «тенісних» вправ дозволяє максимально розвивати функції цих аналізаторів для більш ефективної участі дітей у компенсації втрачених у результаті порушення діяльності слухового апарату якостей, що сприяє вирішенню завдання виховання повноцінними членами нашого суспільства, що здатні жити та працювати на рівні та разом із чуючими [2].

Популярність гри обумовлюється доступністю її засвоєння. Вона, поряд із фізичними якостями, розвиває гарне орієнтування на звукові сигнали, вміння швидко приймати рішення. Спортивна гра в настільний теніс потребує швидкості та влучності реагування у ситуаціях, що несподівано виникають, угамування внутрішніх несприятливих станів і регулювання різних емоційних проявів [8].

Проведені дослідження [40] функціонального стану тенісиста дозволяють зробити висновок, що заняття тенісом сприяють удосконаленню функцій аналізаторів та розвитку пристосованості ССС до навантаження. Під впливом тренувань підвищується збудливість органів відчуття. Особливо помітно підвищується чутливість рухового аналізатора, збільшується електрична чутливість ока, гострота пропріоцептивної чутливості пальців і променевозап’ясного суглоба. По мірі розвитку нових координаційних відношень у ЦНС підвищуються можливості систем внутрішніх органів через ВНС: збудження з кори мозку впливає на центри ВНС [40].

На заняттях з настільного тенісу корекція рухової сфери дітей із порушеннями слуху здійснюється шляхом формування нових і зміцнення існуючих зорово-кінестетичних зв’язків. У процесі тренування передбачається формування достатнього обсягу кінестетичних компонентів і правильних часових структур рухового образу [25].

Відомо, що ряд фізичних якостей має реальну основу для свого розвитку лише у визначені сенситивні періоди. Так, на думку авторів [38, 67], акцентувати силову підготовку дітей потрібно у ті вікові періоди, коли в них відбувається значний природний ріст силових здібностей. Силова підготовка в процесі адаптивного фізичного виховання дітей за умови поступового наростання навантаження та індивідуалізації дає гарний ефект, не викликаючи будь-яких відхилень, стимулює функції багатьох систем та органів, а також сприяє розвитку інших фізичних якостей [37]. Найбільш оптимальним періодом для спрямованого розвитку м’язової сили є вік 12–14 років [37]. Для організації такої роботи передбачається проведення занять, як правило, тренуючої спрямованості з широким використанням методу колового тренування, методу повторних і максимальних зусиль з використанням помірно великого опору, а також методу стандартного обтяження, що повторюється. Ефективність пристосування молодого організму до короткочасних зусиль силового та швидкісно-силового характеру підтверджується даними досліджень. Процес адаптації організму до силових вправ у процесі занять характеризується зниженням ЧСС, а також більш швидким досягненням серцевим ритмом робочого рівня [38].

Особливе значення у фізичному розвитку учнів із порушеннями слуху мають вправи, спрямовані на розвиток витривалості, що сприяють розширенню функціональних можливостей серцево-судинної, дихальної систем, сприянню діяльності ЦНС і, тим самим, загальному зміцненню здоров’я та підвищенню працездатності [46]. Як додаткові засоби адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху середнього шкільного віку рекомендується застосовувати у процесі занять силову підготовку з використанням вправ з різноманітними приладами, тренажерами, а також пропонується для розвитку сили та витривалості включати у процес корекції рухових порушень циклічні види рухової активності: ходьбу, біг, спортивні ігри тощо [44].

Таким чином, особливості застосування засобів адаптивного фізичного виховання дітей із порушеннями слуху вимагає від фахівців використання спеціальних підходів і методичних прийомів, що дозволять найбільш повно розкрити фізичний і особистісний потенціал дітей і сприятимуть їхньому гармонійному розвитку.

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури показав підвищений інтерес з боку фахівців до досліджуваної проблеми. Для вирішення завдань дослідження слід передбачити вибір адекватних форм, принципів, методів і засобів АФВ для корекції порушень психофізичного розвитку. Серед засобів адаптивного фізичного виховання, що можуть бути застосовані у роботі з дітьми цієї нозологічної групи середнього шкільного віку, особливе місце, на наш погляд, посідають спортивні ігри, що допомагають дітям із порушеннями слуху засвоїти життєво необхідні рухові навички та вміння, розвивають вольові якості, дають можливість спілкування. Це сприяє підвищенню загального життєвого тонусу профілактиці ускладнень, пов’язаних із тривалою гіподинамією, формуванню рухових компенсацій і допомагає їхній адаптації до побутових і соціальних умов. Для дітей із обмеженими можливостями слухової функції ігровий метод уявляється найбільш доцільним. Зокрема, для корекції психофізичного розвитку дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку, вважається доцільним використання гри у настільний теніс.

**Висновки до першого розділу**

Порушення слуху – це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Порушення слуху поділяються на 2 види: глухота та туговухість. Фахівці розділяють всі випадки порушень слуху на три основні типи: кондуктивний, нейросенсорний, змішаний. У сучасній літературі обґрунтовуються основні концепції порушення слуху: соціокультурна і біолого-медична. Порушення слуху класифікують за чотирма ступенями зниження слуху: легкий, помірний, значний, важкий. Також виділяють групи дітей відповідно до ступеня порушення слухової функції і часу виникнення відхилення: глухі, зі зниженим слухом (слабочуючі) і пізнооглухлі.

Необхідність диференціації дітей із порушеннями слухової функції обумовлюється практикою побудови навчально-виховного та корекційно-розвивального процесів із ними. Проведення чіткої діагностики і визначення груп дітей із подібними станами дозволить ефективніше організувати роботу з ними, визначить тих із них, які потребують спеціально організованого навчання, і тих, які можуть навчатись у загальноосвітніх школах при створенні там необхідних умов.

Аналіз досліджень науковців підтверджують взаємозв’язок фізичного та психічного компонентів дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку та відзначають їх своєрідність. Психічний розвиток дитини з порушеннями слуху відбувається з відхиленнями від норми, оскільки фізичний недолік спричиняє порушення багатьох функцій психіки та психічних процесів.

Порушення фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху пояснюється недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату, ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, порушенням м’язового тонусу та здатності підтримання рівноваги, недорозвиненням просторової орієнтації, труднощами в диференціації рухових відчуттів і виконанні складнокоординаційних рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам’яті, довільної уваги тощо.

Особливості застосування засобів адаптивного фізичного виховання дітей із порушеннями слуху вимагає від фахівців використання спеціальних підходів і методичних прийомів, що дозволять найбільш повно розкрити фізичний і особистісний потенціал дітей і сприятимуть їхньому гармонійному розвитку.

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури показав підвищений інтерес з боку фахівців до досліджуваної проблеми. Для вирішення завдань дослідження слід передбачити вибір адекватних форм, принципів, методів і засобів АФВ для корекції порушень психофізичного розвитку. Серед засобів адаптивного фізичного виховання, що можуть бути застосовані у роботі з дітьми цієї нозологічної групи середнього шкільного віку, особливе місце, на наш погляд, посідають спортивні ігри. Спортивні та рухливі ігри допомагають дітям із порушеннями слуху засвоїти життєво необхідні рухові навички та вміння, розвивають вольові якості, дають можливість спілкування. Це сприяє підвищенню загального життєвого тонусу профілактиці ускладнень, пов’язаних із тривалою гіподинамією, формуванню рухових компенсацій і допомагає їхній адаптації до побутових і соціальних умов. Для дітей із обмеженими можливостями слухової функції ігровий метод уявляється найбільш доцільним. Зокрема, для корекції психофізичного розвитку дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку вважається доцільним використання гри у настільний теніс.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2.1. Методи дослідження**

Відповідно до мети роботи та для розв’язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретичні, педагогічні, методи індексів, методи визначення рівня фізичної працездатності, психолого-педагогічні методи, методи математичної статистики.

* + 1. **Теоретичні методи.** Для теоретичного аналізу науково-методичної та спеціальної літератури використовувались наступні методи вивчення та узагальнення літературних джерел: накопичення інформації, вивчення, аналіз, систематизація та узагальнення отриманих даних.

Збір інформації з теми дослідження супроводжувався пошуком наукових публікацій і фундаментальних робіт в галузі адаптивного фізичного виховання дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку. Аналіз і систематизація отриманої інформації дозволила виявити причинно-наслідкові зв’язки між психічним і фізичним розвитком дітей, а узагальнення теоретичних даних сприяло позначенню проблемного поля подальшої діяльності, формулюванні мети і постановці задач дослідження.

На основі аналізу опрацьованих джерел визначені спрямованість, завдання, актуальність і основні напрями розв’язання поставленої проблеми. Вивчені 69 джерел спеціальної літератури.

**2.1.2. Педагогічні методи.** Педагогічна методологія зорієнтована на пізнання безпосередньої дійсності, зовнішніх зв’язків і відношень шляхів і способів пізнання педагогічної дійсності й умов педагогічної діяльності. Організація та проведення дослідження передбачала одночасне використання педагогічного спостереження, педагогічного експерименту і педагогічного тестування.

**Педагогічне спостереження.** Метод педагогічного спостереження, що представляє собою спосіб безпосереднього сприйняття педагогічних явищ, процесів у їхній дійсності та в динаміці природних умов, використовувався як вид тривалих, систематичних, відкритих і цілеспрямованих дій з метою фіксації та подальшої документальної реєстрації. Було проведене педагогічне спостереження за проведенням практичних занять з дисципліни «фізичне виховання» для учнів із порушеннями слуху 6–8 класів і визначення рівня їхніх практичних умінь і навиків.

**Педагогічний експеримент.** Педагогічний експеримент – це комплексний дослідницький метод, суть якого полягає в дослідженні педагогічного явища у спеціально створених умовах навчально-виховного процесу. Педагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, що здійснювалось з метою одержання вихідної інформації про психофізичний стан досліджуваних дітей. Формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності впливу розробленої методики на динаміку окреслених показників.

**Педагогічне тестування.** Педагогічне тестування – це вид педагогічного діагностування, науково обґрунтована форма процесу вимірювання рівня теоретичних знань і практичних умінь і навичок, що базується на застосуванні спеціально підібраних педагогічних тестів. З метою проведення педагогічного тестування проводилось оцінювання психофізичного стану дітей із порушеннями слуху за загальноприйнятими методиками.

**2.1.3. Методи індексів.** Оцінка рівня фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху проводилась шляхом розрахунку: масо-ростового індексу Кетле, г·см-1; силового індексу, % (бали); життєвого індексу, мл∙кг-1 (бали); індексу Робінсона, ум. од. (бали).

Вимірювання довжини тіла проводили за допомогою антропометра Мартина, а маса тіла визначалася за допомогою електронних медичних ваг із точністю до 50 гр.

Для визначення стану ССС використовувалися два найбільш поширених показники оцінювання, такі як вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) і артеріального тиску (АТ).

Частота серцевих скорочень вимірювалась пальпаторно, пульс підраховувався за 15 с з подальшим перерахуванням на 1 хв.

Для виміру артеріального тиску використовувався слуховий метод, що здійснювався за допомогою тонометра Н. С. Короткова. Визначались показники систолічного артеріального тиску.

Функціональний стан дихальної системи вивчали шляхом визначення життєвої ємності легенів за допомогою сухого портативного спірометра СПП за загальноприйнятою методикою. Обстежуваний спочатку робив 2–3 вільних пробних вдиху і видиху, потім максимальний вдих, брав мундштук у рот, щільно обхопивши його губами і одночасно затиснувши ніс пальцями вільної руки, робив спокійний, плавний, максимально можливий видих протягом приблизно 5 с. Процедуру повторювали тричі з інтервалом у півхвилини. Реєстрували найкращу спробу.

Для визначення сили м’язів-згиначів кисті використовували кистьову динамометрію. Брався в руку динамометр, циферблатом всередину, відводилася рука в сторону на рівні плеча і максимально стискався динамометр. Проводили по 2–3 виміри на кожній руці, фіксувався кращий результат.

Масо-ростовий індекс Кетле розраховувався згідно формули:

ІК=МТ/З, (2.1)

де ІК – індекс Кетле, г·см-1; МТ – маса тіла, г; З – зріст стоячи, см.

Оцінка масо-ростового індексу Кетле виконувалась відповідно до шкали, запропонованої ВООЗ, наведеної у таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1*

## Шкала оцінки масо-ростового індексу Кетле, г.см-1[38]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень | Значення індексу Кетле |
| 1 | Високий | ≥360 |
| 2 | Вище середнього | 315,1–360,0 |
| 3 | Середній | 265,1–315,0 |
| 4 | Нижче середнього | 220,1–265,0 |
| 5 | Низький | ≤220 |

Силовий індекс визначався за формулою:

СІ = СК / МТ, (2.2)

де СІ – силовий індекс, %; СК – сила кисті, кг; МТ – маса тіла, кг.

Оцінювався результат силового індексу за таблицею 2.2.

*Таблиця 2.2*

## Оцінка результатів силового індексу, % [38]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень | Значення силового індексу | |
| хлопці | дівчата |
| 1 | Низький | <45 | <40 |
| 2 | Нижче середнього | 46–50 | 41–45 |
| 3 | Середній | 51–60 | 46–50 |
| 4 | Вище середнього | 61–65 | 51–55 |
| 5 | Високий | >66 | >56 |

Життєвий індекс визначався за формулою:

ЖІ = ЖЄЛ / МТ, (2.3)

де ЖІ – життєвий індекс, мл∙кг-1; ЖЄЛ – життєва ємність легенів, мл; МТ – маса тіла, кг.

Оцінювався результат життєвого індексу за таблицею 2.3.

*Таблиця 2.3*

**Оцінка результатів життєвого індексу, мл.кг-1[38]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень | Значення життєвого індексу | |
| хлопці | дівчата |
| 1 | Низький | <45 | <40 |
| 2 | Нижче середнього | 46–50 | 41–47 |
| 3 | Середній | 51–60 | 48–55 |
| 4 | Вище середнього | 61–69 | 56–65 |
| 5 | Високий | >70 | >66 |

Індекс Робінсона визначався за формулою:

ІР = ЧССсп • АТсист / 100, (2.4)

де ІР – Індекс Робінсона, ум. од.; ЧССсп – частота серцевих скорочень у стані спокою, уд/хв-1; АТсист – систолічний артеріальний тиск, мм. рт. ст.

Оцінювався результат індексу Робінсона за таблицею 2.4.

*Таблиця 2.4*

**Оцінка результатів індексу Робінсона, ум. од. [38]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень | Значення індексу Робінсона | |
| хлопці | дівчата |
| 1 | Низький | >101 | >101 |
| 2 | Нижче середнього | 91–100 | 91–100 |
| 3 | Середній | 90–81 | 90–81 |
| 4 | Вище середнього | 80–75 | 80–75 |
| 5 | Високий | <74 | <74 |

**2.1.4.** **Методи визначення фізичної працездатності.** Для визначення рівня фізичної працездатності школярів були використані методика Гарвардського степ-тесту і функціональна проба Руф’є.

Методика проведення Гарвардського степ-тесту проводилась за полегшеною методикою (залежно від віку і статі), і включала в себе здійснення сходжень на степ-сходинку висотою для хлопців – 45, для дівчат – 40 см протягом 4 хв. Частота підйому 30 сходжень на хвилину, що регулювалась метрономом, настроєним на 120 ударів на 1 хв. На кожний удар метронома обстежуваний виконував один рух: 1 – одна нога на сходинку, 2 – друга нога, підняття на сходинку, 3 – спуск ноги, з якої починались сходження, 4 – приставляння другої ноги. Кожне сходження та опускання починалось весь час з однієї і тієї ж ноги.

Після закінчення проби обстежуваний сідав і відпочивав сидячи. У нього підраховували ЧСС за перші 30 с на 2, 3 та 4 хвилині відновного періоду. Відповідно до отриманих даних розраховували індекс гарвардського степ-тесту (ІГСТ) за формулою:

t х 100

ІГСТ = (2.5)

(f1+f2+f3) х 2

де t – час сходження на сходинку у заданому темпі в секундах, f1, f2,f3 – частота пульсу за перші 30 с відповідно на 2, 3 та 4 хвилині періоду відновлення.

Оцінка результатів Гарвардського степ-тесту проводилась відповідно до таблиці 2.5.

*Таблиця 2.5*

## Оцінка результатів Гарвардського степ-тесту, ум. од. [38]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень фізичної працездатності | Значення |
| 1 | Низький | <55 |
| 2 | Нижче середнього | 56–64,9 |
| 3 | Середній | 65–79,9 |
| 4 | Вище середнього | 80–89,9 |
| 5 | Високий | >90 |

Проба Руф’є призначалась для оцінки працездатності серця при стандартному фізичному навантаженні і включала в себе порядок проведення обстеження за наступною методикою: перед пробою у обстежуваного в положенні сидячи підраховувався пульс за 15 с (P1) після 5-хвилинного спокійного стану. Потім під рахунок випробуваний присідав 30 разів протягом 45 с. Відразу після присідань підраховувався пульс за перші 15 с (P2) і останні 15 с (P3) першої хвилини відновлення після встановленого фізичного навантаження.

За отриманими даними обчислювався Індекс Руф’є за формулою:

Індекс Руф’є = 4 • *Р*1  *Р*2  *Р*3  200 , (2.6)

10

де, P1 –ЧСС за 15 с на останніх хвилинах відпочинку; P2 – ЧСС за перші 15 с відпочинку після 30 присідань (за 45 с); P3 – ЧСС за останні 15 с відпочинку після 30 присідань.

Оцінка результатів індексу Руф’є проводилась відповідно до таблиці 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Оцінка результатів індексу Руф’є після виконання навантаження, ум. од. [38]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Рівень | Значення | |
| хлопці | дівчата |
| 1 | Низький | >14 | >14 |
| 2 | Нижче середнього | 11–13 | 11–13 |
| 3 | Середній | 6–10 | 6–10 |
| 4 | Вище середнього | 4–5 | 4–5 |
| 5 | Високий | <3 | <3 |

**2.1.6. Психолого-педагогічні методи.** З метою визначення психоемоційного стану та вивчення напряму поведінки учнів 6–8 класів із порушеннями слуху був використаний метод психологічної діагностики – діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР) (Додаток А). Цей метод широко застосовується у педагогічній практиці серед дітей під час перевірки готовності до навчання або під час щорічних контрольних перевідних перевірок.

Перед проведенням тесту ДВОР досліджуваним роздавались бланки, що містили 90 запитань стверджувального характеру. Якщо школярі з ними погоджуються, ставиться «+», не погоджуються – «–».

Індивідуальний аналіз діагностики ДВОР проводився шляхом підрахунку знаків «+» у кожній шкалі у бланку відповідей. Потім підраховувалась кількість плюсів у кожному стовпчику, що відповідали 9 зазначеним шкалам, і результати заносились у нижчу порожню клітинку таблиці.

Інтерпретація результатів відбувалась згідно з тестовими нормами (табл. 2.7).

*Таблиця 2.7*

## Тестові норми діагностики вад особистісного розвитку

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкали | Рівні | | | | | | |
| Низький | Нижче середнього | Середній | Вище середнього | Високий | Дуже високий | Надзвичайно високий |
| Тривожність | - | 1–2 | 3–5 | 6–7 | 8–10 | - | - |
| Імпульсивність | - | 1–2 | 3–6 | 6 | 8–10 | - | - |
| Агресивність | - | 1 | 2–5 | 6–7 | 8–9 | 10 | - |
| Схильність до нечесної поведінки | - | 0 | 1–4 | 5–6 | 7–8 | 9–10 | - |
| Асоціальність | - | - | 0–3 | 4 | 5–6 | 7 | 8–9 |
| Замкнутість | - | 0 | 1–5 | 6–7 | 8–9 | 10 | - |
| Невпевненість | 3 | 4–5 | 6–8 | 9–10 | - | - | - |
| Екстернальність | - | 1–2 | 3–6 | 7–8 | 9–10 | - | - |
| Естетична нечутливість | - | 1–2 | 3–4 | 5–6 | 7 | 8 | 9–10 |

Висновок про несприятливий варіант особистісного розвитку формулювався при отриманні результатів «вище середнього» не менше як за трьома шкалами (визначені шляхом статистичних досліджень – три перевищення є вищими за середнє).

В своїх наукових працях Л. Жирак [29] стверджує, що якщо спостерігається: перевищення за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – це свідчить про недостатній фізичний розвиток дитини; перевищення за шкалами «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – про недостатній соціальний розвиток дитини; перевищення у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – про відхилення у особистісному розвитку дитини; високі показники за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» свідчать про негармонійний духовний розвиток дитини.

Для оцінки та визначення рівня психоемоційного стану досліджуваних школярів також проводився кольоровий тест Люшера (психологічний тест, розроблений доктором Максом Люшером). Колірна діагностика Люшера дозволила виміряти психофізіологічний стан дитини, її стресостійкість, активність і комунікативні здібності. Тест Люшера дозволив визначити причини психологічного стресу, що може призвести до появи фізіологічних симптомів.

У ході проведення дослідження був застосований короткий варіант тесту Люшера із використанням набору (таблиці) з 8 основних кольорів: синій (1), зелений (2), червоний (3), жовтий (4), фіолетовий (5), коричневий (6), чорний (7), сірий (8) [7].

Сама процедура тестування полягала в упорядкуванні кольорів випробуваним за ступенем їх суб’єктивної приємності. Інструкція передбачала прохання відволіктися від асоціацій, пов’язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і намагатися обирати кольори, тільки виходячи зі свого особистого ставлення.

Після здійснення вибору картка відкладалась і виконувався наступний вибір. Так продовжувалось доти, доки не залишалось жодної картки. Основна увага експериментатора була спрямована на вибір перших двох кольорів. Через 2–3 хв тест повторювався для отримання достовірності результату [7].

**2.1.7. Методи математичної статистики.** Математичні та статистичні розрахунки проведені з використанням ПК з використанням програм «Excel», «SPSS», STATISTICA 6.0 в операційній системі «Windows».

Обчислювались такі показники: середнє арифметичне значення (), стандартна помилка середнього арифметичного (σ), t-критерій Стьюдента.

У ході здійснення математичного аналізу даних приймалась статистична надійність р=95 % (вірогідність помилки 5 %, тобто рівень значущості р=0,05); математична обробка проводилась на персональному комп’ютері IBM з процесором AMD з використанням програмних пакетів MS Excel XP, Statistiсa 6.0 (Statsoft, США).

**2.2. Організація дослідження**

Дослідження проводилось у чотири етапи. Експериментальною базою дослідження стала Полтавська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат І–ІІІ ступенів Полтавської обласної ради. У досліджені взяли участь 19 учнів віком 12–14 років, які були розподілені на дві групи: основну та контрольну (табл. 2.8).

*Таблиця 2.8*

## Контингент досліджуваних дітей (n=19)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12 років | | 13 років | | 14 років | | Загальна кількість |
| Хлопці | Дівчата | Хлопці | Дівчата | Хлопці | Дівчата |
| 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 19 |

Основну групу (ОГ) склали 10 учнів (7 хлопців і 3 дівчини). Контрольну групу (КГ) склали 9 учнів (5 хлопців і 4 дівчини).

Під час проведення дослідження в основній групі застосовувалась розроблена методика, в контрольній групі протягом періоду дослідження застосовувалась стандартна програма закладу.

*Перший етап* передбачав аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об’єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; узгодити терміни проведення дослідження.

На *другому етапі* дослідження мали місце організація та проведення констатувального експерименту для отримання нових теоретичних і експериментальних даних стосовно визначення рівня психофізичного стану школярів з порушеннями слуху; визначені організаційно-педагогічні умови інтеграції сучасних методів навчання і нових форм рухової активності у процес адаптивного фізичного виховання досліджуваних дітей.

На *третьому* *етапі* було проведене обґрунтування розробки та оцінки ефективності впровадження методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів досліджуваних дітей експериментальної та контрольної груп.

*Четвертий етап* включав у себе обробку отриманих результатів методами математичної статистики, оформлення роботи, апробацію основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

**РОЗДІЛ 3**

**МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ**

* 1. **Теоретичне обґрунтування методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти**

Основу розробки методики корекції показників психофізичного стану школярів із порушеннями слуху з використанням засобів настільного тенісу склали результати констатувального експерименту.

Формулювання змісту структурних положень методики корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху спиралось на фундаментальні положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров’я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості фізичного виховання дітей, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру [54], тобто власні дослідження продовжили розпочату роботу вітчизняних і зарубіжних вчених і фахівців [56, 58, 66] галузі адаптивного фізичного виховання щодо розробки та впровадження в процес занять учнів із порушеннями слуху корекційних засобів.

Для дітей із порушеннями слуху характерні наступні порушення фізичного розвитку, що враховувались при організації занять адаптаційної спрямованості: недостатньо точна координація та впевненість у рухах; відносна сповільненість оволодіння руховими навичками; важкість збереження статичної та динамічної рівноваги; низький рівень розвитку орієнтування у просторі; сповільнена швидкість виконання окремих рухів; низький рівень розвитку рухових якостей (особливо сили, спритності, витривалості); сповільнена швидкість зворотної реакції; невиразне зняття гальмового впливу кори головного мозку.

При розробленні методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти враховувалось, що такі діти мають більш низький, порівняно з чуючими однолітками, рівень розвитку основних фізичних якостей, що потребують подальшого вдосконалення. Зверталась увага на те, що система фізичного виховання у школах для слабочуючих, що традиційно склалась, не забезпечує необхідного розвитку фізичних якостей дітей. Перелічені факти були визнані практичним завданням розробки педагогічних заходів з метою корекції психофізичного стану, підвищення рівня рухової підготовленості дітей в умовах спеціального навчального закладу та їхньої соціальної адаптації. Вирішити ці завдання допоможе запропонована методика, в основу якої покладені засоби та методи системи адаптивного фізичного виховання.

При побудові методики корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання враховувались наступні положення:

1. Сприяння нормальному розвитку організму, зміцнення здоров’я, підвищення опірності організму до несприятливих впливів оточуючого середовища.
2. Навчання техніці основних рухів, формування необхідних знань, умінь, навичок у різнобічній руховій діяльності, виховання свідомого ставлення до використання їх протягом життя.
3. Удосконалення рухових, інтелектуальних, вольових та емоційних якостей, привчання дітей до раціонального використання фізичних зусиль у конкретних умовах діяльності.
4. Виховання потреби у регулярних заняттях фізичними вправами, навчання елементарним знанням та вмінням для їх самостійного застосування в особистому житті, залучення до доступної спортивної діяльності.
5. Виховання моральних якостей, привчання до дисциплінованості, організованості, відповідальності, власної активності, ініціативи.

Головною метою занять була корекція психофізичного стану дітей середнього шкільного віку з порушеннями слуху, серед яких перевагу надавали корекції основних рухів, корекції та розвитку координаційних здібностей, корекції та розвитку фізичної працездатності.

У процесі корекції основних рухів та розвитку координаційних здібностей пропонувалось застосовування ходьби, бігу, стрибків і спеціальних вправ на координацію. Головну увагу приділяли узгодженості рухів; орієнтуванню у просторі; диференціюванню зусиль, простору, часу; розслабленню, швидкості реагування на умови, що змінюються; рівновазі; ритмічності рухів. Пріоритетними напрямами роботи з корекції та розвитку фізичної працездатності були м’язова сила, елементарні форми швидкісних якостей; швидкісно-силові якості; витривалість, рухливість у суглобах. Методика корекції психофізичного стану дітей із порушеннями слуху середніх класів передбачала профілактику вторинних порушень засобами адаптивного фізичного виховання. Основна увага приділялась формуванню та корекції постави, зміцненню дихальної та серцево-судинної систем.

Організація занять АФВ за запропонованою методикою включала:

1. Проведення секційних занять із настільного тенісу в позаурочний час, в процесі яких чергувались вправи загальнофізичного та спеціального напрямів. Загальнофізична підготовка була спрямована на гармонійний розвиток організму та формування функціональних компенсаторних механізмів, корекцію у дітей рухових порушень. Вона сприяла забезпеченню всебічного розвитку якостей, необхідних для учнів із порушеннями слуху, які займались настільним тенісом. Основними засобами удосконалення цих якостей були окремі фізичні вправи, що розвивали силу, швидкість, витривалість, спритність, гнучкість. Спеціальна фізична підготовка передбачала оволодіння технічними вміннями та навичками, а також психологічну підготовку дітей.
2. Проведення спільних секційних занять з настільного тенісу за участю досліджуваних школярів із порушеннями слуху та їхніх здорових однолітків шляхом використання змагального методу.
3. Застосування циклічних видів рухової активності: ходьби, бігу на окремих заняттях у позаурочний час з метою формування загальної витривалості, що забезпечується тривалим виконанням тренувального навантаження у режимі, що відповідає роботі помірної та великої інтенсивності. Як основні методи виховання загальної витривалості використовували безперервний, повторний і перемінний методи виконання вправ, у процесі застосування яких задіяні більше 2/3 м’язів тіла.

Корекційну методику будували за загальноприйнятими методичними принципами адаптивного фізичного виховання. Структура навчання відповідала трьом етапам формування рухових дій.

Перший етап навчання – створення у тих, хто займається, загального уявлення про локомоції, що вивчаються, а також про їх зв’язки з вправами, що були вивчені раніше. Другий етап педагогічного впливу здійснювався за рахунок комплексного застосування різноманітних вправ. На цьому етапі особлива роль відводилась корекції техніки виконання вправ. При цьому виключались ті засоби їх виконання, які б закріплювали негативні, з технічної точки зору, навички. Третій етап був спрямований на стабілізацію та вдосконалення навичок виконання вправ в умовах підвищення навантаження та збільшення інтенсивності занять.

Секційні заняття з настільного тенісу були основною формою проведення занять. До змісту занять з настільного тенісу входили наступні види підготовки: загальнофізична, спеціальнофізична, технічна, тактична та психологічна. Всі вправи, що застосовувались у процесі занять, проводились з метою корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху.

Основну увагу при проведенні занять з настільного тенісу приділяли спеціальній фізичній підготовці. На кожному занятті дотримувались принципу поступового підвищення навантаження. Під час виконання вправи оцінювались як зовнішня форма рухів, так і швидкість проведення всього прийому.

У процесі навчання гри у настільний теніс школярів із порушеннями слуху використовували наступний розподіл часу на занятті: ЗРВ – 30 %, спеціальні – 30 %, на навчання руховим діям та їх удосконалення – 40 %.

Тренувальні заняття складались із трьох частин: підготовчої, основної та заключної. Завданням підготовчої частини заняття була підготовка всіх функцій організму до наступної діяльності. Ця частина називалась розминкою, що складалась із двох частин – загальної та спеціальної. Загальну частину розминки проводили протягом 25–30 хв із застосуванням ЗРВ, завдяки ним досягалось стимулювання обміну речовин, розігрівання м’язів, покращувалась діяльність ССС, вентиляція легень, збільшувалось споживання кисню організмом. Унаслідок розігрівання м’язів підвищувалась швидкість їх скорочення, знижувалась небезпека травмування. Вправи виконувались до легкого потовиділення.

На проведення спеціальної частини розминки відводили 20–25 хв, де виконували спеціальні вправи, спрямовані на відпрацювання технічних прийомів або їх комбінацій, таких як імітаційні вправи, гра з тінню, що сприяли досягненню оптимального рівня збудження нервових центрів кори великих півкуль головного мозку. Відбувалось встановлення умовно-рефлекторних зв’язків, уточнювалось диференціювання м’язових зусиль, перевірялась узгодженість усіх фаз ударних рухів і переміщень. Обов’язковим було використання махових і ривкових рухів руками та ногами з великою амплітудою та вправ на гнучкість. Наприкінці розминки виконували імітацію ударів з ракеткою без м’яча, спочатку на місці, потім з пересуванням.

Основна частина заняття тривала 50–60 хв і була спрямована на засвоєння й удосконалення техніки та тактики гри, розвиток морально-вольових якостей із застосуванням вищеописаних прийомів. Проводили її з м’ячами біля столу, спираючись на основні педагогічні принципи навчання при побудові тренувального процесу. Обов’язковим при проведенні занять було використання гри на рахунок, що проводили наприкінці або всередині тренування та організація міні-змагань.

Заключна частина занять, що тривала 10–15 хв, включала корекційні вправи на розслаблення та дихання, її основним завданням був поступовий перехід організму гравця від інтенсивного навантаження до відпочинку.

З метою оптимізації навчального процесу, в основу якого було покладене застосування засобів адаптивного фізичного виховання у позаурочний час, курс навчання вправам умовно розділили на три етапи.

Перший етап навчання – створення загального уявлення про локомоції, що вивчаються, а також про їх зв’язки з вправами, що були вивчені раніше на уроках фізичної культури.

На другому етапі педагогічний вплив здійснювався за рахунок комплексного застосування засобів (у настільному тенісі: вправи з партнером, суперником, парна гра) і методів навчання (наочних, практичних і словесних). На цьому етапі особливу роль відводили корекції техніки виконання вправ. При цьому виключались ті способи виконання вправ, які б закріплювали негативні з технічної точки зору навички.

Третій етап навчання був спрямований на стабілізацію та удосконалення навичок виконання вправ в умовах підвищення навантаження та збільшення інтенсивності занять.

Протягом усіх етапів основний акцент робили на розвитку тих якостей, що недостатньо розвинуті: координаційних здібностях, спритності, силі, витривалості.

Для успішного використання методики застосовували наступні педагогічні методи: практичні (навчання руховим діям, удосконалення та закріплення, тренування, наочні (показ, демонстрація), словесні (пояснення, метод корекції помилок). Роль цих методів у процесі застосування засобів адаптивного фізичного виховання неоднакова та залежала від завдань конкретного заняття (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Структура та завдання занять з настільного тенісу для учнів із порушеннями слуху**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Частина заняття | Завдання | Дозу-вання | Зміст |
| Підготовча | Організаційні, освітні.  Підготовка дихальної та серцево-судинної систем, суглобово-м’язового апарату до інтенсивних навантажень, розвиток рухових якостей; розвиток координації рухів, вправи на швидкість реакції слухового аналізатору (за допомогою оплескових вправ і свисту). | 3 хв  25 хв  25 хв | Ввідно-організаційний розділ: шикування, постановка завдань заняття; повідомлення теоретичних відомостей. Загальнопідготовчий розділ: вправи основної гімнастики, різноманітні стрибкові вправи за оплеском руками, виконання вправ за свистком (прискорення, присідання, вистрибування, віджимання), різні варіанти бігу, вправи корекційної спрямованості для розвитку різних фізичних якостей, що застосовуються почергово, вправи на корекцію дихання.  Спеціально-підготовчий розділ: імітаційні рухи тенісиста зі зміною напрямку руху, вправи для розвитку та удосконалення дрібної моторики рук, спеціальні вправи для розвитку координаційних здібностей. |

*Продовження таблиці 3.1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Частина заняття | Завдання | Дозу-вання | Зміст |
| Основна | Вивчення техніки гри у настільний теніс, розвиток швидкісно-силових якостей, розвиток уваги (за допомогою світлового сигналу). Розвиток координації рухів. Формування рухових умінь, навичок, виховання морально-вольових якостей, розвиток мислення | 40 хв  15–20 хв | Навчання техніко-тактичним діям гри у настільний теніс  Двостороння гра |
| Заключна | Поступовий перехід організму тих, хто тренується, від інтенсивного навантаження до відпочинку Організоване закінчення тренувального заняття | 10 хв  2 хв | Вправи на відновлення дихання, розслаблення м’язів. Короткочасна гра на увагу.  Шикування, підбиття підсумків заняття. |

Таким чином, основу розробки методики корекції психофізичного стану школярів із порушеннями слуху з використанням засобів настільного тенісу склали результати констатувального експерименту. Формулювання змісту структурних положень методики корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху спиралось на фундаментальні положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров’я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості фізичного виховання дітей, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру, тобто власні дослідження продовжили розпочату роботу фахівців галузі адаптивного фізичного виховання щодо розробки та впровадження в процес занять учнів із порушеннями слуху корекційних засобів.

* 1. **Дослідження ефективності методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти**

Ефективність експериментальної методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти оцінювалась згідно визначених критеріїв ефективності:

1. Зміна показників морфофункціонального стану (індекс Кетле, індекс Робінсона, життєвий індекс, силовий індекс).
2. Покращення або погіршення рівня фізичної працездатності (індекс Гарвардського степ-тесту, показник серцевої діяльності).
3. Оптимізація або пессимізація рівня психоемоційного стану (критерії діагностики вад особистісного розвитку, результати тесту Люшера).

Оцінка ефективності запропонованої методики здійснювалась згідно зміни даних зазначених вище критеріїв в групі обстежених школярів із порушеннями слуху середнього шкільного віку, що навчались у Полтавській спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті І–ІІІ ступенів Полтавської обласної ради. Чисельність обстежених на момент проведення експерименту склала 19 учнів віком 12–14 років: 12 хлопців і 7 дівчат.

Як вже було відзначено, учні, які брали участь у завершальній стадії експерименту, займались за розробленою методикою, що була інтегрована в навчальний процес фізичного виховання Полтавської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату. Діти контрольної групи займались за програмою навчального закладу.

На завершальній стадії формувального експерименту був проведений порівняльний аналіз відповідно до критеріїв ефективності за допомогою математичної обробки даних з використанням критерію Манна-Уітні.

Впровадження методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти в процесі фізичного виховання експериментальної групи дало можливість отримати позитивні зміни серед показників їхнього фізичного стану.

Відповідно до отриманих даних, змінились розрахункові значення індексу Кетле при порівнянні середніх значень до та після експерименту (табл. 3.2).

*Таблиця 3.2*

**Динаміка змін середніх значень індексу Кетле, г∙см-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група, стать | До дослідження | Після дослідження |
| ОГ (хлопці), n=7 | 321,60±2,35 | 292,50±2,76\* |
| ОГ (дівчата), n=3 | 330,80±2,75 | 303,40±2,55\* |
| КГ (хлопці), n=5 | 324,60±2,19 | 302,64±1,94 |
| КГ (дівчата), n=4 | 328,33±2,09 | 309,26±2,38 |

\* – зміни ознаки статистично значимі (p<0,05).

Примітка збережена у цій і наступних таблицях.

Отримані дані показали, що в основній групі хлопців середні значення індексу Кетле знизились від 321,60±2,35 до 292,50±2,76 г**∙**см-1, а в основній групі дівчат – від 330,80±2,75 до 303,40±2,55 г**∙**см-1, що максимально наблизило отримані результати до показників норми. Отримані дані в контрольній групі хлопців показали, що середні значення індексу Кетле знизились від 324,60±2,19 до 302,64±1,94 г**∙**см-1, а в контрольній групі дівчат – від 328,33±2,09 до 309,26±2,38 г**∙**см-1, що також наблизило отримані результати до показників норми, але з меншою дисперсією.

Позитивна динаміка в діяльності серцево-судинної системи школярів і школярок із порушеннями слуху основної групи встановлена згідно зі змінами в значеннях показників ЧСС і АТ у стані спокою, але більш показовими в оцінці діяльності серцево-судинної системи стали розрахункові дані індексу Робінсона (табл. 3.3).

*Таблиця 3.3*

**Динаміка змін середніх значень індексу Робінсона, ум. од.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група, стать | До дослідження | Після дослідження |
| ОГ (хлопці), n=7 | 86,01±4,53 | 82,15±4,76\* |
| ОГ (дівчата), n=3 | 95,33±7,61 | 89,37±3,40\* |
| КГ (хлопці), n=5 | 86,13±4,15 | 79,08±4,33 |
| КГ (дівчата), n=4 | 94,14±6,46 | 92,21±4,16 |

Згідно з отриманими даними відбулось достовірне зниження розрахункових значень індексу Робінсона, що стало характерною ознакою оптимізації діяльності серцево-судинної системи серед хлопців і дівчат основної групи. Так, серед хлопців розрахункові значення індексу Робінсона знизились від 86,01±4,53 до 82,15±4,76 ум. од., а серед дівчат – від 95,33±7,61 до 89,37±3,40 ум. од. (р<0,05). В учнів контрольної групи результати не мали статистично значущої різниці і виявилися такими: хлопці – на початку експерименту 86,13±4,15 і в кінці експерименту: 79,08±4,33 ум. од., а серед дівчат – від 94,14±6,46 до 92,21±4,16 ум. од. відповідно.

Більш значущими та інформативними стали зміни розрахункових значень життєвого індексу (табл. 3.4).

*Таблиця 3.4*

**Динаміка змін середніх значень життєвого індексу, мл∙кг-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група, стать | До дослідження | Після дослідження |
| ОГ (хлопці), n=7 | 39,01±6,53 | 52,45±8,49\* |
| ОГ (дівчата), n=3 | 32,29±6,77 | 46,37±5,26\* |
| КГ (хлопці), n=5 | 38,64±5,39 | 48,27±5,71 |
| КГ (дівчата), n=4 | 31,82±5,18 | 42,52±4,63 |

Встановлено, що середні значення життєвого індексу учнів основної групи у ході проведення експерименту змінились у бік їх значного покращення: у хлопців середні розрахункові значення життєвого індексу збільшились від 39,01±6,53 і до 52,45±8,49 мл∙кг-1, у дівчат – від 32,29±6,77 і до 46,37±5,26 мл∙кг-1 (p <0,05). В контрольній групі також відбулись зміни: у хлопців – від 38,64±5,39 і до 48,27±5,71 мл∙кг-1, у дівчат – від 31,82±5,18 і до 42,52± 4,63 мл∙кг-1.

Результати вивчення даних показника кистьової динамометрії допомогли визначити якісні зміни значень школярів основної групи. Підтвердженням цього факту стали результати розрахункових значень силового індексу (табл. 3.5).

*Таблиця 3.5*

**Динаміка змін середніх значень силового індексу, ум. од.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Група, стать | До дослідження | Після дослідження |
| ОГ (хлопці), n=7 | 23,80±5,02 | 34,10±6,22\* |
| ОГ (дівчата), n=3 | 21,60±4,82 | 28,50±4,55\* |
| КГ (хлопці), n=5 | 24,10±4,83 | 31,25±5,09 |
| КГ (дівчата), n=4 | 22,41±3,98 | 26,71±4,11 |

Виявлений достовірний приріст результатів щодо показника силового індексу як серед хлопців, так і серед дівчат основної групи, а саме: динаміка збільшення силового індексу серед хлопців склала від 23,80±5,02 до 34,10± 6,22 ум. од., серед дівчат – від 21,60±4,82 до 28,50±4,55 ум. од. (p<0,05). В контрольній групі результати виявились наступними: хлопці – від 24,10±4,83 до 31,25±5,09 ум. од., дівчата – від 22,41±3,98 до 26,71±4,11 ум. од.

Таким чином, представлений аналіз отриманих результатів досліджень є науковим обґрунтуванням впровадження запропонованої методики, оскільки не тільки відзначає об’єктивні зміни, встановлені в ході досліджень, а й вказує на позитивну динаміку покращення функціонування провідних систем організму дітей основної групи. В усіх показниках хлопців і дівчат контрольної групи виявлені результати не мали статистично значущої різниці.

Наступним етапом у досліджені показників фізичного стану школярів із порушеннями слуху середнього шкільного віку у ході здійснення формувального експерименту стало визначення рівня прояву фізичної працездатності за допомогою Гарвардського степ-тесту (табл. 3.6).

*Таблиця 3.6*

**Розподіл школярів із порушеннями слуху за рівнем їхньої фізичної працездатності згідно даних Гарвардського степ-тесту, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні | До дослідження | Після дослідження | | До дослідження | Після дослідження | |
| ОГ (хлопці), n=7 | | | ОГ (дівчата), n=3 | | |
| низький | 28,57 | | 0,00\* | 16,67 | | 8,34 |
| нижче середнього | 21,43 | | 28,57 | 16,66 | | 8,33 |
| середній | 42,86 | | 50,00 | 66,67 | | 41,67\* |
| вище середнього | 7,14 | | 14,29\* | 0,00 | | 33,33\* |
| високий | 0,00 | | 7,14\* | 0,00 | | 8,33\* |
|  | КГ (хлопці), n=5 | | | КГ (дівчата), n=4 | | |
| низький | 32,17 | | 11,89 | 21,72 | | 17,62 |
| нижче середнього | 35,51 | | 18,47\* | 36,14 | | 26,37 |
| середній | 18,28 | | 37,28\* | 38,36 | | 44,93 |
| вище середнього | 14,04 | | 27,31 | 3,78 | | 7,22 |
| високий | 0,00 | | 5,05 | 0,00 | | 3,86 |

Порівняльний аналіз результатів Гарвардського степ-тесту серед школярів основної групи до та після проведення формувального експерименту продемонстрував позитивні зміни у рівні прояву фізичної працездатності.

Встановлено, що в основній групі як серед хлопців, так і серед дівчат оптимізація рівня прояву фізичної працездатності спостерігалась за рахунок пропорційного зменшення кількості учнів, які знаходились на низькому рівні і рівні нижче середнього й збільшення чисельності учнів на середньому рівні, рівні вище середнього, і, головне, появі школярів із високим рівнем прояву фізичної працездатності. Так, до проведення експерименту, переважна кількість школярів знаходилась на середньому рівні: хлопці – 42,86 і дівчата – 66,67 %. При цьому слід відмітити, що жоден учень не продемонстрував на момент початку експерименту високий рівень фізичної працездатності.

Після завершення експерименту переважна чисельність як хлопців, так і дівчат основної групи також продемонструвала середній рівень фізичної працездатності (хлопці – 50,00 і дівчата – 41,67 %), проте жоден з обстежених учнів не опинився на низькому рівні, а навпаки, з’явились діти з високим рівнем фізичної працездатності.

В контрольній групі результати розподілились таким чином: у хлопців на початку дослідження переважали низький і нижче середнього рівні (32,17 і 35,51%), у дівчат – нижче середнього і середній (36,14 і 38,36 %). На кінець експерименту значно змінились у хлопців нижче середнього і середній рівні (18,47 і 37,28 % відповідно), а у дівчат – всі рівні, крім низького (26,37, 44,93, 7,22 і 3,86 %). За всіма показниками контрольної групи не виявлені максимальні позитивні зрушення (р˃0,05).

Зміцнюють вищепредставлені результати досліджень дані школярів під час проведення функціональної проби Руф’є. Поліпшення результатів виконання проби Руф’є зі школярами і школярками основної групи доводить можливість підвищення функціональної діяльності серцево-судинної системи безпосередньо у ході забезпечення якісної рухової активності випробовуваних під час проведення педагогічного експерименту (табл. 3.7).

*Таблиця 3.7*

**Розподіл школярів із порушеннями слуху за результатами функціональної проби Руф’є, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні | До дослідження | Після дослідження | | До дослідження | Після дослідження | |
| ОГ (хлопці), n=7 | | | ОГ (дівчата), n=3 | | |
| низький | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| нижче середнього | 21,43 | | 0,00 | 25,00 | | 0,00 |
| середній | 57,14 | | 14,29\* | 58,33 | | 8,33\* |
| вище середнього | 21,43 | | 28,57\* | 16,67 | | 41,67\* |
| високий | 0,00 | | 57,14\* | 0,00 | | 50,00\* |
|  | КГ (хлопці), n=5 | | | КГ (дівчата), n=4 | | |
| низький | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 |
| нижче середнього | 28,23 | | 10,41 | 26,19 | | 7,24\* |
| середній | 45,34 | | 56,04 | 44,48 | | 52,63 |
| вище середнього | 26,43 | | 33,55 | 29,33 | | 38,69\* |
| високий | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 1,44 |

До початку проведення формувального експерименту розподіл школярів за оцінкою показника серцевої діяльності мав преволюючу тенденцію до найбільшої чисельності учнів з оцінкою «задовільно».

В основній групі динаміка позитивних змін була найбільш вираженою саме за показником індексу Руф’є: так достовірно зменшилась, а точніше, повністю зникла чисельність школярів і школярок з оцінкою «погано». З оцінкою «задовільно» кількість учнів знизилась серед хлопців з 57,14 до 14,29 %, а серед дівчат – з 58,33 до 8,33 % (р<0,05).

Найбільш вагомим виявився факт збільшення чисельності учнів і учениць основної групи з оцінкою «відмінно»: за результатами досліджень до експерименту таких школярів не спостерігалось взагалі, тоді як по його завершенню серед хлопців це число склало 57,14, а серед дівчат – 50,00 % обстежених.

У контрольній групі також зменшились показники індексу Руф’є, але результати виявились статистично недостовірними (р˃0,05). На початку дослідження низького рівні не спостерігалося ні у хлопців, ні у дівчат. На початку експерименту переважали рівні нижче середнього і середній в обох групах (хлопці: 28,23 і 45,34 %, дівчата: 26,19 і 44,48 %). На кінець дослідження максимально покращились показники майже всіх рівнів, але, порівняно з аналогічними результатами основної групи, вони не є значущими.

Таким чином, отримані нами дані експерименту продемонстрували позитивну тенденцію до підвищення рівня фізичної працездатності та функціональних можливостей серцево-судинної системи у досліджуваних школярів, що засвідчує позитивний вплив методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти на покращення показників фізичного стану школярів із порушеннями слуху.

Визначення рівня психічного стану та дослідження специфіки особистісної поведінки школярів із порушеннями слуху у ході експерименту за результатами діагностики вад особистісного розвитку і тесту Люшера дало змогу встановити відмінності до та після впровадження розробленої методики.

Характеристика особистісного розвитку досліджуваних школярів засвідчила покращення психоемоційного стану учнів основної групи (табл. 3.8).

*Таблиця 3.8*

**Розподіл школярів із порушеннями слуху за основними критеріями ДВОР, %**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | До дослідження | Після дослідження | До дослідження | Після дослідження |
| ОГ (хлопці), n=7 | | ОГ (дівчата), n=3 | |
| отримання результатів «вище середнього» не менше як за трьома шкалами | 50,00 | 14,29 | 66,67 | 25,00 |
| перевищення отриманих значень за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» | 42,86 | 7,14\* | 66,67 | 8,33\* |
| перевищення отриманих результатів за шкалами «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» | 50,00 | 14,29 | 75,00 | 8,33\* |
| перевищення результатів діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» | 64,29 | 21,43\* | 83,33 | 16,67\* |
| високі показники за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» | 35,71 | 0,00 | 75,00 | 0,00 |
|  | КГ (хлопці), n=5 | | КГ (дівчата), n=4 | |
| отримання результатів «вище середнього» не менше як за трьома шкалами | 50,00 | 27,31 | 50,00 | 30,29 |
| перевищення отриманих значень за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» | 52,11 | 22,45 | 50,00 | 14,63 |
| перевищення отриманих результатів за шкалами «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» | 50,00 | 23,44 | 50,00 | 19,26 |

*Продовження таблиці 3.8*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | До дослідження | Після дослідження | До дослідження | Після дослідження |
| КГ (хлопці), n=5 | | КГ (дівчата), n=4 | |
| перевищення результатів діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» | 59,34 | 21,43 | 75,00 | 44,67 |
| високі показники за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» | 38,12 | 15,58 | 50,00 | 21,38 |

Отримані дані дали змогу підсумувати, що в основній групі кількість школярів із несприятливими варіантами особистісного розвитку знизилась на 35,71 %, з відхиленнями у фізичному розвитку – на 35,72 %, з недостатнім рівнем соціального розвитку – на 35,71 %, з відхиленням у особистісному розвитку – на 42,86 % і з негармонійним духовним розвитком – на 35,71 %.

Так серед дівчат основної групи чисельність учениць з несприятливими варіантами особистісного розвитку знизилась на 41,67 %, з відхиленнями у фізичному розвитку – на 58,34 %, з недостатнім рівнем соціального розвитку – на 66,67 %, з відхиленням у особистісному розвитку – на 76,66 % і з негармонійним духовним розвитком – на 75,00 %.

В контрольній групі кількість школярів із несприятливими варіантами особистісного розвитку знизилась на 22,69 %, з відхиленнями у фізичному розвитку – на 29,66 %, з недостатнім рівнем соціального розвитку – на 26,56 %, з відхиленням у особистісному розвитку – на 37,91 % і з негармонійним духовним розвитком – на 22,54 %.

Серед дівчат контрольної групи чисельність учениць з несприятливими варіантами особистісного розвитку знизилась на 19,71 %, з відхиленнями у фізичному розвитку – на 35,37 %, з недостатнім рівнем соціального розвитку – на 30,74 %, з відхиленням у особистісному розвитку – на 30,33 % і з негармонійним духовним розвитком – на 28,62 %.

Оцінка психоемоційного стану дітей із порушеннями слух під час проведення експерименту здійснена за результатами тесту Люшера (табл. 3.9).

*Таблиця 3.9*

**Розподіл школярів із порушеннями слуху за результатами тесту Люшера, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівні | До дослідження | Після дослідження | | До дослідження | Після дослідження | |
| ОГ (хлопці), n=7 | | | ОГ (дівчата), n=3 | | |
| допоміжний колір | 35,71 | | 28,57\* | 50,00 | | 33,33\* |
| основний колір | 64,29 | | 71,43\* | 50,00 | | 66,67\* |
|  | КГ (хлопці), n=5 | | | КГ (дівчата), n=4 | | |
| допоміжний колір | 40,00 | | 33,33 | 50,00 | | 42,71 |
| основний колір | 60,00 | | 66,67 | 50,00 | | 57,29 |

Порівняльний аналіз даних показав, що серед дівчат і хлопців основної групи по завершенні експерименту спостерігалось покращення емоційного стану, підвищення зацікавленості і задоволення від занять, запропонованих нами у структурі експериментальної методики, з’явилось прагнення уникнення конфліктів, перевага позитивних емоцій. У виборі кольорової гами переважали як у школярів, так і у школярок основної групи жовтий (46,70 %), зелений (26,20 %) та синій (11,90 %) кольори, що свідчить про прагнення до активності, спілкування, веселості, задоволеності, спокою, відчуття впевненості, наполегливості.

Слід також відзначити, що 5,90 % хлопців контрольної групи обрали під час повторного тестування червоний колір, що свідчить про надмірну активність, збудження, спрямованість на позитивний результат, успіх. Головним залишається той факт, що у виборі кольорів при повторному тестуванні обстежуваними учнями були відсутні чорний і сірий, що вказує на зменшення тривожності, страху.

В контрольній групі всі визначені показники також позитивно змінились, але з меншою дисперсією.

Результати проведеного дослідження за допомогою восьмиколірного тесту Люшера в обох групах показали, що інтеграція у процес адаптивного фізичного виховання розробленої методики має позитивний вплив на психоемоційний стан дітей цієї нозології, а застосування обраних методів і засобів сприяло відновленню, корекції та компенсації порушених психічних функцій у якості чинника психотерапевтичної профілактики.

Таким чином, вищезазначене дає змогу стверджувати, що застосовувані в основній групі засоби адаптивного фізичного виховання сприяли достовірному підвищенню всіх досліджуваних показників, а, отже, можна говорити про ефективність запропонованої методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти.

Порівнюючи вплив запропонованої методики та уроками фізичного виховання в спеціальній школі-інтернаті, можна стверджувати, що заняття в основній групі були більш ефективними. Одержані дані свідчать про ефективність використання засобів адаптивного фізичного виховання у розробленій методиці.

**Висновки до третього розділу**

Основу розробки методики корекції психофізичного стану школярів із порушеннями слуху з використанням засобів настільного тенісу склали результати констатувального експерименту. Формулювання змісту структурних положень методики корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху спиралось на фундаментальні положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров’я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості фізичного виховання дітей, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру, тобто власні дослідження продовжили розпочату роботу фахівців галузі адаптивного фізичного виховання щодо розробки та впровадження в процес занять учнів із порушеннями слуху корекційних засобів.

Оцінка ефективності розробленої методики проводилась відповідно до встановлених критеріїв. Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних змін у процесі формувального експерименту дітей основної групи, фізичного розвитку школярів, що проявилось у поліпшенні середніх значень індексних показників на рівні р<0,05.

Про позитивний вплив запропонованої методики засвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної працездатності і функціональних можливостей серцево-судинної системи під час виконання учнями фізичних навантажень (р<0,05).

Окремо виявлена оптимізація психоемоційного стану досліджуваних школярів, зниження рівня їхньої тривожності, відчуття неповноцінності, конфліктності, замкнутості та підвищення позитивних емоцій, наполегливості, активності, прагнення справити позитивне враження, потреба в гармонії думок і почуттів, спілкуванні та комунікації.

Представлені в розділі результати досліджень, виконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість розробки та ефективність впровадження розробленої методики.

**РОЗДІЛ 4**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Сьогодні на здоров’я дітей найбільше впливають ті фактори, дія яких ще декілька років тому була майже непомітною. Урбанізація, зниження фізичного і підвищення нервово-психологічного навантаження, інформаційні перевантаження – всі ці складові сучасного суспільства, звичайно, різною мірою, але відбиваються на стані здоров’я молодого покоління нашої держави і значно його погіршують, особливо серед тих його представників, хто вже має фізичні вади.

Як вітчизняна, так і закордонна статистика показує, що з кожним роком кількість дітей із порушеннями слухової функції постійно збільшується. Захворювання, що призводять до порушення слуху, є однією із найсерйозніших медичних і соціальних проблем. Особливо негативний вплив порушення слуху проявляється в дитячому віці, що викликає затримку інтелектуального, психічного та фізичного розвитку дитини.

Розвиток дітей із порушеннями слуху неможливий без засобів адаптивного фізичного виховання, що забезпечують необхідний рівень розвитку моторики, профілактику та корекцію відхилень рухової функції, тому що діти з порушеннями слуху відстають у темпах біологічного дозрівання, у них відзначаються порушення в діяльності серцево-судинної і дихальної систем, мають значне місце порушення постави.

Аналіз даних проведених наукових досліджень фахівцями з корекційної педагогіки, адаптивного фізичного виховання показав, що внаслідок порушень слуху діти мають особливості фізичного розвитку, зокрема, значне відставання від здорових однолітків за показниками фізичного розвитку.

Порушення фізичного розвитку дітей із порушеннями слуху пояснюється недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату, ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, порушенням м’язового тонусу та здатності підтримання рівноваги, недорозвиненням просторової орієнтації, труднощами в диференціації рухових відчуттів і виконанні складнокоординаційних рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам’яті, довільної уваги тощо.

Особливості застосування засобів адаптивного фізичного виховання дітей із порушеннями слуху вимагає від фахівців використання спеціальних підходів і методичних прийомів, що дозволять найбільш повно розкрити фізичний і особистісний потенціал дітей і сприятимуть їхньому гармонійному розвитку.

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури показав підвищений інтерес з боку фахівців до досліджуваної проблеми. Для вирішення завдань дослідження слід передбачити вибір адекватних форм, принципів, методів і засобів АФВ для корекції порушень психофізичного розвитку. Серед засобів адаптивного фізичного виховання, що можуть бути застосовані у роботі з дітьми цієї нозологічної групи середнього шкільного віку, особливе місце, на наш погляд, посідають спортивні ігри. Спортивні та рухливі ігри допомагають дітям із порушеннями слуху засвоїти життєво необхідні рухові навички та вміння, розвивають вольові якості, дають можливість спілкування. Це сприяє підвищенню загального життєвого тонусу профілактиці ускладнень, пов’язаних із тривалою гіподинамією, формуванню рухових компенсацій і допомагає їхній адаптації до побутових і соціальних умов. Для дітей із обмеженими можливостями слухової функції ігровий метод уявляється найбільш доцільним. Зокрема, для корекції психофізичного розвитку дітей із порушеннями слуху середнього шкільного віку вважається доцільним використання гри у настільний теніс.

Основу розробки методики корекції психофізичного стану школярів із порушеннями слуху з використанням засобів настільного тенісу склали результати констатувального експерименту. Формулювання змісту структурних положень методики корекції психофізичного стану учнів із порушеннями слуху спиралось на фундаментальні положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров’я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості фізичного виховання дітей, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру, тобто власні дослідження продовжили розпочату роботу фахівців галузі адаптивного фізичного виховання щодо розробки та впровадження в процес занять учнів із порушеннями слуху корекційних засобів.

Оцінка ефективності розробленої методики проводилась відповідно до встановлених критеріїв. Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних змін у процесі формувального експерименту дітей основної групи, фізичного розвитку школярів, що проявилось у поліпшенні середніх значень індексних показників на рівні р<0,05.

Про позитивний вплив запропонованої методики засвідчили також статистично достовірні зміни показників фізичної працездатності і функціональних можливостей серцево-судинної системи під час виконання учнями фізичних навантажень (р<0,05).

Окремо виявлена оптимізація психоемоційного стану досліджуваних школярів, зниження рівня їхньої тривожності, відчуття неповноцінності, конфліктності, замкнутості та підвищення позитивних емоцій, наполегливості, активності, прагнення справити позитивне враження, потреба в гармонії думок і почуттів, спілкуванні та комунікації.

Отже, представлені результати досліджень, виконаних у ході проведення експерименту, довели обґрунтованість розробки та ефективність впровадження розробленої методики.

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури з проблематики дослідження та парадигма суспільства ІІІ тисячоліття передбачає спроектованість на гуманістичне ставлення до дітей з інвалідністю. Водночас, кількість дітей цієї нозологічної групи на сьогодні в усьому світі загалом і в Україні зокрема виявляє стійку тенденцію до зростання. За інформацією ВООЗ, на сьогодні в усьому світі від порушень слуху страждає більш ніж 5 % населення – 328 млн дорослих і 32 млн дітей. Накопичена певна кількість теоретичного та експериментального матеріалу, що стосується корекції та підвищення рівня фізичного стану школярів із порушеннями слуху середнього шкільного віку, але ці розробки стосуються переважно молодшого шкільного віку. У той же час залишаються недостатньо науково розробленими та апробованими аспекти, що стосуються покращення фізичного стану дітей цієї нозологічної групи та використання засобів адаптивного фізичного виховання.
2. Впровадження розробленої методики в процес адаптивного фізичного виховання Полтавської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату дозволило досягти таких результатів: зареєстрована позитивна динаміка фізичного стану учнів основної групи за показниками індексу Кетле, що максимально наблизило отримані результати до показників норми (p<0,05); відбулось достовірне зниження індексу Робінсона (p<0,05); виявлений достовірний приріст результатів щодо показника силового індексу у хлопців і дівчат (p<0,05). Визначені позитивні зміни у рівні прояву фізичної працездатності (p<0,05). Спостерігалась позитивна динаміка за показниками індексу Руф’є (p<0,05). У школярів контрольної групи означені показники також змінились, але не достовірно (p˃0,05).
3. Аналізуючи психоемоційний стан школярів із порушеннями слуху основної та контрольної груп, було відмічене практично у кожній групі досліджуваних перевищення рівня «вище середнього» не менше як за трьома шкалами, внаслідок чого можна стверджувати про несприятливий варіант особистісного розвитку школярів. Перевищення середніх значень за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» виявлені у кожній групі, але найбільш виражений критерій спостерігався у дівчат основної групи, а найменш виражений – у хлопців контрольної.
4. Результати формувального експерименту, діагностика вад особистісного розвитку і тест Люшера, дали змогу встановити відмінності до та після впровадження розробленої методики, що засвідчили покращення психоемоційного стану хлопців і дівчат основної групи (p<0,05), у виборі кольорової гами, за тестом Люшера, переважали більш яскраві кольори як у школярів, так і у школярок з цією нозологією.

Таким чином, проведений педагогічний експеримент підтвердив ефективність розробленої методики адаптивного фізичного виховання учнів із порушеннями слуху в спеціалізованих закладах освіти, що дає всі підстави рекомендувати її для використання в процесі фізичного виховання у спеціальних загальноосвітніх школах-інтернатах для глухих і слабочуючих дітей.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Альошина А. Розвиток та корекція рухової сфери дітей із вадами слуху в процесі фізичного виховання. Сучасний етап / Алла Альошина, Роман Іваніцький, Олександр Бичук // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2017. − Вип. 27. – С. 98–103.
2. Амелин А. Н. Современный настольный тенис / А. Н. Амелин. – М.: Физкультура и спорт, 2012. – 111 с.
3. Апанасенко Г. Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика. Введение в теорию индивидуального здоровья / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – К.: Медкн., 2011. – 108 с.
4. Арефьев В. Г. Инновационные технологии, которые используются в физическом воспитании детей с нарушениями слуха / В. Г. Арефьев // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2016. – Вип. 22. – С. 48–56.
5. Афанасьєв С. Уявлення про хід розвитку рухової сфери та фізичного розвитку дітей із порушенням слуху / С. Афанасьєв // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2014. – Вип. 14. – С. 55–59.
6. Афанасьєва О. С. Особливості функціонального стану слабочуючих дітей середнього шкільного віку / О. С. Афанасьєва // Спортивний вісник Придніпров’я, 2015. – № 3. – С. 111–113.
7. Багрова И. Г. Сурдопедагогика : учебник для студентов высших педагогических учебных заведений / И. Г. Багрова, Г. Г. Богданова, Е. А. Большакова. – М.: ВЛАДОС, 2014. – 655 с.
8. Байгулов Ю. П. Основы настольного тенниса / Ю. П. Байгулов, А. И. Романин. – М.: Физкультура и спорт, 2009. – 160 с.
9. Байкина Н. Г. Диагностика и коррекция двигательной сферы у лиц с нарушением слуха : учеб. пособие для студ. фак. физ. воспитания, спец. психологов и педагогов, тренеров по паралимпийскому и инвалидному спорту / Н. Г. Байкина. – Запорожье, 2003. – 232 с.
10. Байкина Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н. Г. Байкина, Б.В. Сермеев. – М.: Советский спорт, 2001. – 64 с.
11. Байкіна Н. Особливості функціонального стану аналізаторів, які беруть участь у руховій діяльності дитини / Н. Байкіна, О. Поддуєва // Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві. – Луцьк, 2012. – № 3 (19). – С. 126–130.
12. Барчукова Г. В. Настольный теннис / Г. В. Барчукова. – М.: Физкультура и спорт, 2009. – 175 с.
13. Бойко Г. М. Види оздоровчо-рекреаційної рухової активності : навч. посіб. / Г. М. Бойко. – К.: Талком, 2014. – 165 с.
14. Бондар О. Фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку з порушеннями слуху / О. Бондар, В. Джевага // Спортивний вісник Придніпров’я, 2015. – № 2. – С. 17–20.
15. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети [Текст] / Р. М. Боскис ; Ин-т коррекц. педагогики Рос. акад. образования. – М.: Советский спорт, 2014. – 303 c.
16. Воробьев В. Ф. Практика индивидуального подхода к детям с патологией слуха при обучении ациклическим движениям / В. Ф. Воробьев, А. А. Митрофанова // Адаптивная физическая культура, 2016. – № 3. – С. 36–39.
17. Гацоєва Л. С. Соматичне здоров’я дітей зі зниженим слухом та його зміни під впливом експериментальної методики / Л. Гацоєва // Фізична культура, спорт та здоров’я нації : зб. наук. праць. – Вінниця, 2012. – Вип. 13. – С. 18–23.
18. Голозубец Т. С. Методика АФВ глухих детей младшего школьного возраста с использованием креативных средств физической культуры : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / Т. С. Голозубец; Дальневост. гос. акад. физ. культуры. – Хабаровск, 2015. – 22 с.
19. Грибовська І. Б. Корекція функціонального стану вестибуляторної системи в глухих школярів засобами фізичного виховання / І. Б. Грибовська //Дефектологія, 2017. – № 4. – С. 21–22.
20. Демчук С. Аналіз інноваційних програм з фізичного виховання, спрямованих на корекцію порушень рухової сфери дітей із депривацією слуху / Світлана Демчук, Ігор Випасняк // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – Вип. 17. – С. 125–129.
21. Демчук С. П. Особливості розвитку фізичних якостей у школярів із депривацією слуху / С. П. Демчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві. – Луцьк, 2015. – № 3 (31). – С. 134–140.
22. Денисова Л. В. Измерение и методы математической статистики в физическом воспитании и спорте : Учебное пособие для вузов / Л. В. Денисова, И. В. Хмельницкая, Л. А. Харченко. – К.: Олимпийская література, 2008. – 127 с.
23. Джевага В. В. Корекція порушень координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі фізичного виховання : дис. … канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / В. В. Джевага. – К., 2017. – 20 с.
24. Дитина зі світу тиші: на допомогу батькам нечуючої дитини : науково-методичний посібник / уклад.: Н. А. Зборовська та ін.; за ред. С. В. Кульбіди – К.: «СПКТБ УТОГ», 2011. – 328 с. (доповнений і доопрацьований).
25. Дорошенко С. А. Настольный теннис : Учебн. пособие / С. А. Дорошенко, А. Б. Муллер. – Красноярск, 2017. – 116 с.
26. Евсеев Л. Г. Теория и организация адаптивной физической культуры / Л. Г. Евсеев. – М.: Сов. спорт, 2005. – 448 с.
27. Евсеев С. П. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2013. – 388 с.
28. Еракова Л. А. Физическое развитие и двигательная активность в режиме дня детей с депривацией слуха / Л. А. Еракова // Материалы ХІ Междунар. конгресса «Современный олимпийский спорт и спорт для всех». – Минск: Беларуссия, 2017. – С. 233–236.
29. Жирак Л. Вплив рекреаційної діяльності на психоемоційний стан дітей з вадами слуху / Л. Жирак, І. Випасняк // Вісник Прикарпатського університету. Серія : Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2013. – Вип. 17. – С.119–122.
30. Загальні основи адаптивного фізичного виховання : навчальний посібник / Н. В. Москаленко, А. О. Ковтун, О. А. Алфьоров [та ін.]. – Дніпропетровськ: Інновація, 2013. – 132 с.
31. Іванова Л. І. Фізичне виховання у спеціальних медичних групах: теорія та методика : [навч. посібник] / Л. І. Іванова, Л. П. Сущенко. – К.: ТОВ «Козарі», 2012. – С. 214.
32. Калинчев Я. В. Коррекция двигательных и функциональных нарушений слабослышащих детей 12–15 лет в процессе занятий оздоровительной аэробикой : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : 13.00.04 / Я. В. Калинчев. – Тамбов, 2019. – 24 с.
33. Кашуба В. А. Проблематика двигательной деятельности детей и подростков с нарушениями слуха / В. А. Кашуба, Е. В. Маслова // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2015. – Вип. 18. – С. 138–141.
34. Ковальова Н. В. Технологія проектування позакласної роботи старшокласників з фізичного виховання : дис. … канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Н. В. Ковальова. – К., 2013. – 192 с.
35. Когут И. А. Адаптивный спорт: состояние и перспективы развития в Украине / И. А. Когут, А. Д. Хасая // Probleme actuale ale teoriei şi practicii culturii fizice : сб. материалов Международной конференции. – Кишинев, 2012. – С. 286–292.
36. Колишкін О. В. Адаптивне фізичне виховання слабочуючих учнів спеціальної школи : Навчально-методичний посібник / О. В. Колишкін. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2003. – 156 с.
37. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання : підручник для студентів вищих навч. закладів фіз. виховання і спорту : Т 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т. Ю. Круцевич. – К., 2008. – 392 с.
38. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання : підручник для студентів вищих навч. закладів фіз. виховання і спорту : Т 2. Методика фізичного виховання різних груп населення / Т. Ю. Круцевич. – К., 2008. – 368 с.
39. Кузьмінський А. І. Педагогіка : [підручник] / А. І. Кузьмінський, В. Л. Омельяненко. – К.: Знання, 2007. – 447 с.
40. Куменко Е. И. При отсутствии теннисных столов: Обучение основам настольного тенниса / Е. И. Куменко // Физическая культура в школе, 2009. – № 2. – С. 58–60.
41. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учебное пособие / Н. Л. Литош. – М.: СпортАкадем Пресс, 2012. – 140 с.
42. Любимова З. В. Возрастная физиология : учеб. для студ. высш. учеб. заведений : [в 2 ч.] / З. В. Любимова, К. В. Маринова, А. А. Никинина. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 2013. – 286 с.
43. Лянной Ю. О. Методичні рекомендації по навчанню настільному тенісу та спортивно-оздоровчому плаванню інвалідів з наслідками спинномозкової травми (для спеціалістів з фізичної реабілітації) / Ю. О. Лянной. – Суми, 2009. – 40 с.
44. Ляхова І. М. Теоретико-методичні основи корекції рухової сфери дітей зі зниженим слухом засобами фізичного виховання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : 13.00.03 / Інна Миколаївна Ляхова. – К., 2006. – 41 с.
45. Маляренко І. В. Сучасні підходи до класифікації порушень у дітей з вадами слуху / І. В. Маляренко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт), 2010. – Вип. 7. – С. 167–171.
46. Марусин В. І. Настільний теніс для всіх / В. І. Марусин. – К.: Здоров’я, 2011. – 112 с.
47. Маслова О. Порівняльний аналіз вад слуху школярів відповідно до встановлених педагогічних і медичних класифікацій / Олена Маслова, Максим Гопей // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. – Луцьк, 2016. − Вип. 21. – С. 121–126.
48. Матвеева Е. А. Физическое воспитание учащихся специальных коррекционных школ : дис. … канд. пед. наук / Е. А. Матвеева. – Набережные Челны, 2012. – 178 с.
49. Матвєєв С. Ф. Адаптивний спорт : [навчально-наочний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту з грифом МОН] / С. Ф. Матвєєв, І. О. Когут, О. В. Борисова та ін. – К.: НВП «Інтерсервіс», 2014. – 116 с.
50. Мороз М. Порівняльний аналіз показників фізичного розвитку і фізичної підготовленості школярів з нормальним слухом та його вадами / Михайло Мороз, Тетяна Суворова // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Львів, 2007. – Вип. 11. – Т. 2. – С. 237–242.
51. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник / О. Б. Нагорна.  Рівне, 2012. – 99 с.
52. Насраллах З. Х. А. Коррекция нарушений осанки слабослышащих школьников средствами физического воспитания : автореф. дис. на сосискание учен. степени канд. наук по физическому воспитанию и спорту : спец 24.00.02 «Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения»/ З. Х. А Насраллах. – К., 2008. – 20 с.
53. Нейман Л. В. Анатомия, физиология органов слуха и речи : учебник для студентов высш. учеб. заведений / Л. В. Нейман, M. P. Богомильский; под ред. В. И. Селиверстова. – M.: Владос, 2001. – 224 c.
54. Оржеховська В. М. Превентивна педагогіка : навч. посіб. / В. М. Оржеховська, О. І. Пилипенко. – Одеса: ТОВ «Інтерпрінт», 2006. – 284 с.
55. Основы математической статистики и её использование при обработке данных в сфере физической культуры и спорта : методические рекомендации для студентов, магистрантов и аспирантов институтов физической культуры и спорта / [Состав. Д. Н. Тогобицкая, Г. Н. Шамардина, Н. Г. Долбышева.] – Днепропетровск: Вета, 2009. – 63 с.
56. Пеганов Ю. А. Способы повышения уровня физической подготовленности глухих и слабослышащих старших школьников / Ю. А. Пеганов, А. Г. Спицин // Дефектология, 2018. – № 2. – С. 37–49.
57. Полякова Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие / Т. Д. Полякова; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск: БГУФК, 2010. – 170 с.
58. Ричок Т. Характеристика компонентів фізичного стану школярів з порушенням слуху та їх ставлення до свого здоров’я / Тетяна Ричок // Фізична культура, спорт та здоров’я нації : зб. наукових праць, 2017. – Вип. 3, Т. 22. – С. 606–611.
59. Ростомашвили Л. Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями / Л. Н. Ростомашвили. – М.: Советский спорт, 2009. – 222 с.
60. Сергієнко Л. П. Тестування рухових здібностей школярів : навч. посібник для студентів вищих навчальних закладів / Л. П. Сергієнко. – К.: Олімпійська література, 2001. – 440 с.
61. Смирнов В. М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность / В. М. Смирнов, С. М. Будылина. – М.: Академия, 2014. – 304 с.
62. Сторожик А. И. К вопросу о физическом развитии детей младшего школьного возраста со сниженным слухом / А. И. Сторожик // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт), 2016. – Вип. 6 (32). – С. 152–158.
63. Таранченко О. Діти з порушеннями слуху в інклюзивному закладі / Оксана Таранченко // Дефектологія, 2010. – № 4. – С. 3–8.
64. Теорія і методика фізичного виховання : підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту: Т 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання / Т. Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська література, 2012. – 392 с.
65. Форостян О. І. Теоретико-методичні засади адаптивного фізичного виховання підлітків з порушеннями слуху / О. І. Форостян // Наука і освіта, 2015. – № 5. – С. 128–132.
66. Хмельницька І. В. Компʼютерні системи контролю моторики школярів 7–10 років з вадами слуху в програмуванні фізкультурних занять : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук із фіз. вих. і спорту : спец. 24.00.02. «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / І. В. Хмельницька. – К., 2006. – 20 с.
67. Чудна Р. В. Адаптивне фізичне виховання дітей з вадами розвитку : Навчально-методичний посібник / Р. В. Чудна. – Донецьк: Норд-Пресс, 2011. – 312 с.
68. Шапкова Л. В. Адаптивная физическая культура: Методология и развитие в сфере высшего профессионального образования : автореф. дис. на соиск. учен. степени доктора пед. наук / Людмила Васильевна Шапкова. – М., 2003. – 38 с.
69. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры / Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2009. – 608 с.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

## БЛАНК

**Діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР)**

*Шановний школяре!*

*Прочитай уважно твердження, якщо ти з ним погоджуєшся, став знак «+», не погоджуєшся, став знак «–».*

**Текст опитувальника**

1. Мені важко зосередитися на чомусь одному.
2. Я не можу довго працювати не втомлюючись.
3. Я переживаю з будь-якого приводу.
4. Під час виконання завдання я дуже напружений і скутий.
5. Я часто думаю про можливі неприємності.
6. Я лякливий, багато що викликає в мене страх.
7. Я не люблю чекати.
8. Я не люблю починати нову справу.
9. Я неспокійно сплю, погано засинаю.
10. Я невпевнений у своїх силах, боюся труднощів.
11. Я завжди швидко знаходжу відповідь, коли про щось запитують (можливо, і неправильно, але дуже швидко).
12. У мене часто змінюється настрій.
13. Мені часто все набридає.
14. Я швидко, не вагаючись, приймаю рішення.
15. Я часто відволікаюсь на уроках.
16. Коли хтось із дітей на мене кричить, я також кричу у відповідь.
17. Я впевнений, що впораюсь з будь-яким завданням.
18. Я люблю діяти, а не розмірковувати.
19. В іграх я не підкоряюся правилам.
20. Я гарячкую під час розмови.
21. Коли хтось мене образить, я прагну поквитатися з ним.
22. Іноді мене тішить, коли я щось зламаю, розірву, розіб’ю.
23. Я дуже серджуся, коли хтось сміється з мене.
24. Мені здається, що інколи я хочу зробити якусь шкоду.
25. У відповідь на вказівки мені хочеться зробити все навпаки.
26. Я люблю бути першим, верховодити, підкоряти собі інших.
27. Я легко можу посваритися чи побитися.
28. Я не поступаюся іншим, не ділюся з ними нічим.
29. Я не можу змовчати, коли чимось незадоволений.
30. Часом я так наполягаю на своєму, що людям навколо уривається терпець.
31. Я люблю, коли мене хвалять за те, що насправді зробила інша людина.
32. Мені подобається отримувати більше від того, що насправді належить.
33. Я часто звинувачую кого-небудь у тому, в чому насправді винний сам.
34. Трапляється, що я привласнюю речі, що належать іншій людині.
35. Мені подобається перебільшувати, хвалитися, вигадувати небилиці.
36. Я часто порушую свої обіцянки.
37. Я завжди знаходжу виправдання непорядному вчинку.
38. Я не визнаю своїх помилок.
39. Я роблю все задля своєї вигоди.
40. Я рідко зізнаюсь, що заподіяв комусь шкоду.
41. Я часто порушую правила поведінки, встановлені вчителем.
42. Я люблю сміятися з інших.
43. Я кривджу своїх товаришів: б’ю їх, штовхаю, дражню.
44. Часто я говорю одне, а роблю протилежне.
45. Я розповідаю непристойні історії, вживаю лайливі слова.
46. Переконаний, що мої пустощі нікому не шкодять.
47. Для своєї вигоди я часто обдурюю інших.
48. Діти скаржаться на мене, не хочуть гратися зі мною.
49. Я люблю розповідати жахливі історії, про які дізнався з кінофільмів і розмов між дорослими.
50. Я знущаюся з тварин, нищу без потреби рослини.
51. Я цураюся своїх ровесників, тримаюся від них на віддалі.
52. Я не довіряю людям, побоююся їх.
53. Я не люблю дивитися в очі людині, з якою розмовляю.
54. Я мовчазний, не підтримую розмову з чужими людьми.
55. Мене часто запитують, чим я незадоволений.
56. Мене часто підозрюють у негарних вчинках.
57. Люди часто навмисно ображають мене.
58. Я часто буваю засмученим.
59. Я люблю гратися сам.
60. Дитяча компанія швидко мені набридає.
61. Мені небайдуже, що про мене думають інші.
62. Я повинен завжди все знати.
63. Я не маю права помилятися.
64. Я намагаюся виправдати свої вчинки перед іншими людьми.
65. Спочатку я дбаю про інших, а потім вже про себе.
66. Коли я зроблю помилку, у мене з’являється почуття провини.
67. Усі люди, з якими я спілкуюся, повинні мене любити.
68. Інші люди мають право контролювати мою поведінку.
69. Я намагаюся допомогти людям навіть тоді, коли мене про це не просять.
70. Якщо я вже прийняв рішення, то не маю права передумати.
71. Мої успіхи залежать від удачі, талану, щасливого випадку.
72. Я волію почекати, поки мої труднощі розв’яжуться самі собою.
73. Мої оцінки в школі не залежать від моїх здібностей.
74. Мої успіхи залежать від допомоги інших людей.
75. За мене вирішують інші, що і як робити.
76. Я не винен, що не можу домогтися кращих результатів.
77. Я не планую того, що зі мною трапляється.
78. Я сам нічого не можу змінити в своєму житті.
79. За моє здоров’я відповідають дорослі.
80. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
81. Я більше люблю слухати казки, ніж вірші.
82. Коли я йду з мамою в магазин, я більше хотів би, щоб мені купили цукерки, ніж книжку.
83. Я не мрію стати актором.
84. Мені не подобаються квіти.
85. Мені більше подобається звичайна їжа, яку мама готує щодня, ніж фрукти - ананаси, мандарини, ківі.
86. Я не радію, коли бачу щось красиве і незвичайне.
87. Мене цікавлять технічні іграшки, наприклад автомобілі, літаки, мотоцикли.
88. Мені не подобається грати з ляльками.
89. Я не люблю вигадувати різні небилиці.
90. Я не плачу, коли чую сумну історію.

## Бланк відповідей

**Діагностики вад особистісного розвитку (ДВОР)**

Порядковий номер обстежуваного за списком \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | |
| 1 |  | 11 |  | 21 |  | 31 |  | 41 |  | 51 |  | 61 |  | 71 |  | 81 |  |
| 2 |  | 12 |  | 22 |  | 32 |  | 42 |  | 52 |  | 62 |  | 72 |  | 82 |  |
| 3 |  | 13 |  | 23 |  | 33 |  | 43 |  | 53 |  | 63 |  | 73 |  | 83 |  |
| 4 |  | 14 |  | 24 |  | 34 |  | 44 |  | 54 |  | 64 |  | 74 |  | 84 |  |
| 5 |  | 15 |  | 25 |  | 35 |  | 45 |  | 55 |  | 65 |  | 75 |  | 85 |  |
| 6 |  | 16 |  | 26 |  | 36 |  | 46 |  | 56 |  | 66 |  | 76 |  | 86 |  |
| 7 |  | 17 |  | 27 |  | 37 |  | 47 |  | 57 |  | 67 |  | 77 |  | 87 |  |
| 8 |  | 18 |  | 28 |  | 38 |  | 48 |  | 58 |  | 68 |  | 78 |  | 88 |  |
| 9 |  | 19 |  | 29 |  | 39 |  | 49 |  | 59 |  | 69 |  | 79 |  | 89 |  |
| 10 |  | 20 |  | 30 |  | 40 |  | 50 |  | 60 |  | 70 |  | 80 |  | 90 |  |