

Полтавський інститут економіки і права
«Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Соціально-гуманітарний факультет

Пояснювальна записка до дипломної роботи

магістр

освітній рівень

на тему «Рухливі ігри як засіб соціалізації глухих дітей шкільного віку»

Виконала: студентка
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Кальницька І. С.

Керівник: Волошко Л. Б.

Рецензент: Беседа Н.А.

Полтава – 2020

Полтавський інститут економіки і права

«Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Факультет соціально-гуманітарний

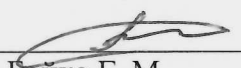
Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

Освітній рівень магістр

Галузь знань 01 «Освіта / Педагогіка»

Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри 
д. пед. н., професор Бойко Г. М.
09. 09. 2019 року

ЗАВДАННЯ НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Кальницькій І.С.

Тема роботи «Рухливі ігри як засіб соціалізації глухих дітей шкільного віку»

Керівник роботи: к. пед.н., доцент Волошко Л. Б.

затверджені наказом вищого навчального закладу від 09. 09. 20 19 року

№ 87

2. Строк подання студентом роботи « 10 » листопада 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. Вивчити та узагальнити сучасні науково-методичні знання, результати вітчизняного і зарубіжного досвіду з проблеми особливостей психофізичного розвитку дітей з вадами слуху.
2. Обґрунтувати особливості соціалізації та соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами адаптивної фізичного виховання.
3. Обґрунтувати, розробити структуру та зміст програми соціальної інтеграції дітей із порушеннями слуху засобами рухливих ігор.
5. Перелік графічного матеріалу : 19 таблиць, 1 додаток.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1-4	Волошко Л.Б., к. пед. н., доцент	09.09.2019 <i>ЛБ-</i>	10.02.2020 <i>ЛБ-</i>

7. Дата видачі завдання 09 вересня 2019 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1.	Затвердження теми	вересень 2018	<i>викон.</i>
2.	Складання плану дослідження, змісту роботи	жовтень 2018	<i>викон.</i>
3.	Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ)	листопад 2018	<i>викон.</i>
4.	Написання 1 розділу, висновки до першого розділу	грудень 2018 січень 2019	<i>викон.</i>
5.	Написання 2 розділу	березень квітень 2019	<i>викон.</i>
6.	Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу	травень- червень 2019	<i>викон.</i>
7.	Висновки до 3 розділу	вересень – жовтень 2019	<i>викон.</i>
8.	Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків	листопад 2019	<i>викон.</i>
9.	Магістерська практика, нормоконтроль	листопад – грудень 2019	<i>викон.</i>
10.	Підготовка електронної презентації, передзахист	січень 2020	<i>викон.</i>
11.	Захист магістерської роботи	лютий 2020	

Здобувач *ЛБ-*

Керівник роботи *ЛБ-*

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ГЛУХИХ ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	9
1.1. Особливості соціалізації дітей з інвалідністю.....	9
1.2. Види порушень слуху та своєрідність психічного розвитку глухих дітей.....	13
1.3. Дисгармонійність фізичного розвитку та рухових функцій дітей із порушеннями слуху.....	20
1.4. Корекційно-компенсаторна спрямованість адаптивного фізичного виховання та його роль в процесі соціалізації дітей із порушеннями слуху.....	24
1.5. Корекція рухової сфери дітей із порушеннями слуху засобами рухливих ігор	26
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	32
2.1. Методи досліджень	32
2.1.1. Теоретичні методи.....	32
2.1.2. Методи оцінки рухової активності.....	33
2.1.3. Морфо-фізіологічні методи.....	34
2.1.4. Психодіагностичні методи.....	35
2.1.5. Методи математичної статистики.....	37
2.2. Організація дослідження	38
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ В ПРОЦЕСІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ РУХЛИВИХ ІГОР.....	40

3.1. Характеристика фізичного розвитку учнів із порушеннями слуху на констатувальному етапі експерименту	40
3.2. Розробка програми соціальної інтеграції учнів із порушеннями слуху засобами рухливих ігор.....	48
3.3. Ефективність програми соціальної інтеграції учнів із порушеннями слуху засобами рухливих ігор	59
Висновки до розділу 3.....	66
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	68
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми. Демократизація суспільства, що відбувається в Україні, зумовлює потребу суттєвих змін у процесі освіти, у тому числі й спеціальної [75]. У положеннях Національної доктрини розвитку освіти України у XXI ст. наголошено на необхідності оновлення змісту та вдосконалення системи освіти дітей з особливими потребами, упровадження нових підходів, форм і методів навчання й виховання, що забезпечують потреби розвитку особистості, сприяють їхній максимальній фізичній та психологічній реабілітації, соціалізації й інтеграції в суспільство [26].

Головна мета навчання й виховання осіб із порушеннями слуху – повноцінна інтеграція в суспільство, їхня спроможність нарівні з тими, хто несе соціальні навантаження, сприймати інтелектуально-естетичні цінності суспільства, опанувати морально-етичні норми людських взаємин [13]. Але потрібно зауважити, що досягнення поставленої мети можливе лише за наявності відповідних умов для розвитку та виховання осіб цієї категорії [5, 6, 8, 12, 14]. Світова тенденція щодо зростання числа дітей із вадами слуху спонукає наукове співтовариство до шляху пошуку найбільш ефективних педагогічних методів і прийомів, що сприяють їхній успішній соціалізації, яка досяжна лише за умови мобілізації всіх компенсаторних можливостей дітей.

Ускладнення сприйняття світу для слабчуючої дитини обмежує її можливості спілкування з оточуючими, це в свою чергу позначається на психомоторному та фізичному розвитку. Доведено, що між порушенням слуху, мовленнєвою функцією та руховою системою існує тісний функціональний взаємозв'язок [9, 21, 30]. Відповідно, наявність суперечностей між даними структурами у слабчуючих дітей вимагає пошуку й наукового обґрунтування дієвих шляхів корекції засобами адаптивного фізичного виховання.

Одним із важливих напрямів корекційно-педагогічної роботи є адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями слуху, що створює основу для зміцнення здоров'я дітей, розвиває активність, підвищує працездатність, стає

базою для успішного проведення корекційно-виховної роботи [8]. Важливого значення в адаптивному фізичному вихованні слабчуючих дітей надається використанню рухливих ігор. Зокрема, комплексна програма І. П. Випасняка розширила уявлення про вплив українських народних ігор на рухову активність і розвиток психофізичних якостей дітей з вадами слуху [14]. Усе-таки це питання є не повною мірою дослідженим та недостатньо висвітленим у науково-педагогічній літературі; нез'ясованим залишається питання про вплив ігрової рухової діяльності, спрямованої на розвиток координаційних здібностей й рівень соціальної інтеграції школярів із порушенням слуху.

Ефектний процес адаптивного фізичного виховання дітей з вадами слуху створить передумови соціальної інтеграції дітей із порушенням слуху. Все це визначає актуальність удосконалення процесу соціальної інтеграції дітей та ефективної соціалізації засобами адаптивного фізичного виховання.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та оцінити ефективність впровадження програми соціальної інтеграції глухих учнів підліткового віку засобами рухливих ігор.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та узагальнити сучасні науково-методичні знання, результати вітчизняного і зарубіжного досвіду з проблеми особливостей психофізичного розвитку дітей з вадами слуху.
2. Обґрунтувати особливості соціалізації та соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами адаптивної фізичного виховання.
3. Обґрунтувати, розробити структуру та зміст програми соціальної інтеграції дітей із порушеннями слуху засобами рухливих ігор.

Об'єкт дослідження – процес соціалізації та соціальної інтеграції дітей із порушеннями слуху.

Предмет дослідження – зміст програми соціальної інтеграції школярів із порушеннями слуху засобами рухливих ігор.

Методи дослідження: теоретичні; методи оцінки рухової активності; морфо-фізіологічні; педагогічні; психодіагностичні; методи математичної

статистики.

Бази дослідження: Полтавська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей I-III ступенів, Миргородська спеціалізована школа - інтернат для слабочуючих дітей.

Наукова новизна: подальшого розвитку дістали положення про соціальну інтеграцію школярів із вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання, зокрема у процесі використання рухливих ігор на урочних та позаурочних заняттях.

Практичне значення: розроблено програму соціальної інтеграції дітей із порушеннями слуху засобами рухливих ігор, що ґрунтується на оптимізації рівня рухової активності, яка сприяє підвищенню працездатності учнів упродовж навчального дня через оновлення ігровими засобами змісту різних форм їх активного відпочинку, формує переконання систематичного заняття рухливими іграми та внутрішню установку до фізичного вдосконалення.

Апробація результатів була проведена на 2-х науково-практичних конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (Полтава, травень 2019 р.), Всеукраїнській науковій конференції студентів і молодих вчених «Молодь: освіта, наука, духовність» (Київ, березень 2019 р.), 3 регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія та практика».

Структура та обсяг. Магістерська робота складається з вступу, 4 розділів, висновків, списку використаних 75 джерел. Роботу викладено на 83 сторінках, вона містить 19 таблиць, 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ГЛУХИХ ДІТЕЙ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

1.1. Особливості соціалізації дітей з інвалідністю

Соціалізація є одним із провідних процесів формування особистості. Цей процес здійснюється за допомогою соціальних механізмів, що забезпечують досягнення групових цілей [14]. Дослідники, аналізуючи психологічні механізми соціалізації, виділяють серед них такі: засвоєння знань, умінь, навичок ; імітація, ідентифікація, керівництво; при засвоєнні системи соціальних відносин – переконання, ідентифікація, керівництво, а при засвоєнні предметної культури – навіювання, адаптація, імітація, приклад та ін.

У процесах соціалізації визначальне значення мають досвід ранніх етапів онтогенезу, пов'язаний з формуванням психічних функцій і початкових форм соціальної поведінки; передача соціального досвіду через навчання і виховання, і, нарешті, взаємний вплив у процесі спілкування і спільної діяльності. У процесі соціалізації людина формується як член суспільства, до якого вона належить. Успішна соціалізація – це не тільки ефективна адаптація людини в суспільстві, а й здатність протистояти суспільству [5, 21].

Наявність такого відхилення як порушення слуху значно ускладнює процес соціалізації. Для дітей з вадами слуху характерними є труднощі в розумінні оточуючих подій, значення та мотивації поведінки дітей та дорослих, їхніх почуттів, в оволодінні нормами поведінки та формуванні моральних уявлень і почуттів. Ці проблеми зумовлені обмеженими можливостями в оволодінні психологічними засобами пізнання соціальної дійсності [16].

Л.С. Виготський, підкреслюючи значення соціального впливу на розвиток дитини, бачив наслідки в «зміщенні тих систем, які визначають всі функції суспільної поведінки дитини», визначав їх як «соціальний вивих». Слід зазначити, що діти з порушеннями слуху діляться на слабочуючих та глухих, і їх

розвиток пізнавальної діяльності та особистості відрізняються, мають свої особливості [18]. Питаннями розвитку пізнавальної діяльності у дітей з розладами слуху займалися Т.А. Григор'єва, Ж.І. Шиф, Л.В.Занков, М.М.Нудельман, Т.В. Розанова та інші.

Діти молодшого шкільного віку з порушеннями слуху зазнають труднощів проникнення у зміст людських вчинків і відносин у зв'язку з обмеженням оволодіння психологічними засобами пізнання соціальної дійсності. В основі *труднощів соціалізації* лежить обмеженість спілкування дітей з дорослими та однолітками, недорозвиток мовлення як засобу спілкування, недостатність уявлень дитини про явища соціального життя і власне місце в ньому. У той же час спостерігається загальне бажання дітей з порушеннями слуху бути емоційно залученими до спільної взаємодії з оточуючими, рівень самооцінки не є сталим, він залежить від ситуації, в якій перебуває дитина, також характерною особливістю є емоційна вразливість.

У Конвенції про права дитини зазначено, що розумово чи фізично неповноцінна дитина повинна мати повноцінне гідне життя в умовах, які б сприяли її впевненості в собі і активну участь у житті суспільства [6]. Відповідно цього документу для соціальної адаптації дитини з інвалідністю повинна проводитися відповідна корекційно-педагогічна діяльність, яка є складним психофізіологічним і соціально-педагогічним явищем, що охоплює весь освітній процес.

В основній школі зберігають наступність чотири варіанти навчання дітей з особливими потребами:

1) загальноосвітня підготовка (формування базового обсягу знань для отримання загальної або спеціальної середньої освіти на основі оволодіння базовими знаннями для подальшого самостійного навчання та отримання професії, оволодіння різними формами і видами навчальної діяльності, корекція психічних властивостей і функцій особистості, допрофесійна адаптація) [7];

2) корекційно-розвивальне навчання (формування способу продуктивної діяльності як умова інтеграції та адаптації в сучасному суспільстві на нові

оволодіння базовими знаннями, досягнення рівня функціональної грамотності, оволодіння допрофесійними вміннями, навичками, корекції затримки психічного розвитку, формування між предметних зв'язків на основі інтеграції різних галузей знань як способів пізнавальної діяльності) [9];

3) компенсаторно-адаптаційне навчання (формування обсягу знань, який сприяє адаптації в навколишньому світі і оволодінню певними трудовими навичками на основі корекції і компенсації сенсомоторних та інтелектуальних відхилень у розвитку, забезпечення рівня знань і практичних умінь для самостійної адаптації випускника);

4) абілітаційне навчання (досягнення рівня знань, які б відповідали психофізичним та інтелектуальним можливостям учня на основі засвоєння знань відповідно до наявних можливостей, розвитку потенційних здібностей, корекції різних сторін особливості) [2;7].

Актуальність і необхідність соціальної та освітньої інтеграції та інклюзії дітей з особливостями розвитку в системі суспільних відносин підкреслюється в роботах А. Колупаєвої та ін. Особлива увага приділяється питанням надання практичної допомоги особам з обмеженими можливостями під час їхньої інтеграції в суспільство, вивчення спеціальних умов успішної інклюзії, визначення основних напрямів по включенню дітей з особливостями в розвитку у загальноосвітній процес [25].

Із зростанням економічного, політичного і соціокультурного розвитку суспільства відбуваються значні зміни й у державній освітній політиці відносно людей, які, за певними критеріями, відрізняються від більшості. Метою спеціальної освіти стає забезпечення повноцінного та гідного життя осіб з особливостями психофізичного розвитку, їхньої підготовки до активної участі у житті суспільства, включення в соціальні відносини. На зміну спеціалізованому навчання приходять нові, більш прогресивні форми здобуття освіти — інтеграція та інклюзія [31].

У словнику іноземних слів «інтеграція» означає об'єднання в єдине ціле будь-яких частин, елементів; процес взаємного пристосування й об'єднання. У

документі «Міжнародні консультації з питань навчання дітей з особливими освітніми потребами» пишеться: «...інтеграція визначається як зусилля, спрямовані на введення дітей у регулярний освітній простір. Інклюзія — це політика і процес, який дає змогу всім дітям брати участь у всіх програмах». Інтеграція в освіті — це одна з форм навчання, за якої учні з особливими освітніми потребами основний час проводять у звичайних класах разом з іншими дітьми і якийсь час — окремо, в умовах особливим чином організованого освітнього процесу, де їм надаються встановлені освітні послуги, медична, психолого-педагогічна та соціальна індивідуалізована допомога. Модель інтегративного навчання обґрунтовується тим, що кожна дитина, з будь-якими порушеннями психофізичного розвитку, має такі ж самі потреби, як і всі члени суспільства, і повинна вести життя, максимально наближене до нормального. Найкращим місцем для розвитку дитини з особливими потребами є рідний дім, тому їй має бути надана можливість виховуватись у сім'ї та отримувати гідну освіту, незалежно від її психофізичного стану [21].

Наразі інтеграція поступово розвивається до більш радикальної концепції інклюзії [4]. «Інклюзія — процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті» [1, с 10]. Інакше кажучи, інклюзія, даючи можливість кожному члену суспільства зробити свій вибір з усіх аспектів повсякденного життя, дозволяє кожній людині повноправно брати участь у житті суспільства згідно з її бажанням.

На відміну від інтеграції, яка передбачає адаптацію дитини до вимог системи освіти, інклюзивне навчання полягає в адаптації системи до потреб дитини. Здобуваючи освіту в умовах інклюзивного простору, діти з особливими потребами з самого початку є частиною шкільної системи і не потребують будь-якої спеціальної адаптації до неї [74].

Соціальна інтеграція – це сукупність процесів, завдяки яким відбувається поєднання різнорідних елементів у соціальну спільність, ціле, систему; форми підтримки соціальними групами певної стійкості та рівноваги суспільних відносин; здатність соціальної системи або її частин до опору негативним

факторам, до самозбереження перед лицем внутрішніх і зовнішніх напружень, труднощів, протиріч [21, 28, 38, 52]. Динамічний стан координації, рівень урівноваження і гармонії відношень у соціальній групі є відображенням процесів успішної соціальної інтеграції. Отже, соціальна інтеграція це процес, за допомогою якого відношення між окремими частинами соціальної системи впорядковуються способом їх оптимального функціонування при певних взаємовідносинах одна з одною [5, 7].

У зв'язку з цим, соціальна інтеграція неповносправних передбачає їх активну участь в основних напрямках діяльності і життя суспільства, включення їх у різноманітні соціально-економічні структури, які пов'язані з життєдіяльністю людини у різних сферах: суспільною, навчальною, професійною та іншими [3, 8].

У дітей з порушеннями слуху, в процесі соціалізації необхідно формувати цілий ряд особистісних можливостей, таких як: творчу і пізнавальну активність особистості, високий рівень саморегуляції; набір інтелектуально-особистісних характеристик, які свідчать про ерудицію, культуру особистості, перцептивні властивості особистості, які визначають здатність адекватно сприймати і оцінювати учасників спільної діяльності; навички спілкування; адекватну самооцінку і рівень домагань [75]. Передбачаємо, що процес соціалізації та соціальної інтеграції дітей із вадами слуху може бути більш ефективним, якщо будуть використані можливості адаптивного фізичного виховання у навчальний та поза навчальний час учнів з інвалідністю по слуху.

1.2. Види порушень слуху та своєрідність психічного розвитку глухих дітей

Порушення слуху — це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Порушення слуху поділяється на 2 види: глухота та туговухість. Глухота визначається як цілковита відсутність слуху або його значне зниження, внаслідок якого сприймання та

розпізнавання усного мовлення неможливе [1]. Медична класифікація порушень слуху представлена в додатку А.

Залежно від ступеня ушкодження слуху і від часу втрати (або різкого зниження) його дітей з дефектами слухової функції поділяють на глухих, пізнооглухлих і слабочуючих (туговухих). Якщо у дитини глибоке стійке двостороннє порушення слуху є вродженим або набутиим у ранньому дитинстві до того, як у неї сформувалася мова, таких дітей називають глухими [31].

Пізнооглухлі — діти, які втратили слух після того, як мова у них вже сформувалась, і тому збереглася тією чи іншою мірою. Слабочуючими (туговухими) називають дітей з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовного розвитку [8].

Глухі і слабочуючі відрізняються за способом сприйняття мови. Глухі оволодівають зоровим (читання з губ і обличчя співрозмовника) і слухозоровим (за допомогою звукопідсилюючої апаратури) сприйняттям словесної мови лише у процесі спеціального навчання. Слабочуючі можуть самостійно оволодівати сприйняттям на слух мови розмовної гучності у процесі природного спілкування з оточуючими. Значення зорового сприйняття зростає у залежності від важкості порушення слуху [33].

Окрему групу складають пізнооглухлі. Ці діти відрізняються тим, що до моменту порушення слуху вони володіли уже сформованою мовою. У них може бути різний ступінь порушення слуху і різний рівень збереженості мови, але всі вони мають навички словесного спілкування, у тій чи іншій мірі сформоване словесно-логічне мислення. Для таких дітей при поступленні у спеціальну школу важливим завданням є засвоєння навичок зорового чи слухозорового сприйняття зверненої до них мови [13].

Кожне із цих стійких порушень слуху поділяється на вроджену і набуту патологію. Вроджена глухота зустрічається нечасто. Причинами її є: неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері; несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників в 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.

Педагогічна класифікація дітей з вадами слуху визначається відповідно до стійких порушень слухової функції.

Так, обстеживши 310 глухих дітей, С. Демчук [28] зробив висновок, що вроджена глухота наявна в 7 %, а решта — набута. За його даними, 67% дітей втратили слух унаслідок захворювання мозку та його оболонки, 12% — після інфекційних захворювань (кір, грип, скарлатина тощо), у 6% дітей глухота зумовлена травмами. У решти (8%) дітей причин виникнення глухоти з'ясувати не вдалося. У процесі дослідження було також з'ясовано час втрати слуху: глухі від народження — 9,4 % втратили слух до одного року — 35,5%, до двох — 25%, до трьох — 10,3%, після трьох років — 10,6%, невідомо — 9,2%. Згідно з цими даними, більшість глухих дітей втратили слух у ранньому віці, тобто в домовний період.

Інші автори виділяють уроджену глухоту, що має місце в 22% дітей, та набуту — у 78 %. Причиною набутої глухоти найчастіше є цереброспінальний менінгіт (72 %). Близько 80% дітей з набутою глухотою втратили слух у віці до двох років. З'ясовано, що серед туговухих дітей з розгорнутою словесною мовою причинами враження слуху є менінгіт (22%), отит (62%) та інші захворювання (кір, скарлатина, травми — 16%). Сюди ж віднесено й уроджену туговухість (1,8%).

Аналогічні причини туговухості визначені і в учнів з глибоко недорозвиненою мовою. Проте тут спостерігається інше співвідношення між ними. Зокрема, менінгіт є причиною зниження слуху в 51% дітей, отит — у 8%, інші причини — у 41% (кір, скарлатина, паротит, травми). Вроджену туговухість виявлено у 12 % випадків.

Незважаючи на певну розбіжність у кількісних показниках різних авторів, спільним є визначення вроджених і набутих форм глухоти й туговухості.

Збігаються також дані про переважне виникнення патології слуху в ранньому дитинстві.

Фактори, які негативно діють на орган слуху здорової від народження дитини в один із періодів її розвитку призводять до набутої глухоти та туговухості. Це найпоширеніша форма патології слуху [33].

До причин, що викликають набуті вади слуху, слід віднести такі: перенесені інфекційні захворювання (грип, паротит, скарлатину, дифтеріт, токсоплазмоз тощо); захворювання порожнини носа й носоглотки (що не стосуються безпосередньо вуха); запальні захворювання слухового ходу, барабанної порожнини, слухової труби (зовнішній отит, гострий середній отит, тощо); травми, здебільш механічні, хоча трапляється й термічний вплив, а також негативна дія шуму; алергічні захворювання, які зумовлюють нейросенсорну туговухість; загально соматичні захворювання, серед яких основна роль належить цукровому діабету, захворюванням нирок, крові та ін.; вплив екзогенних ототоксичних речовин, у тому числі медикаментів (антибіотиків стрептоміцину) тощо [38].

Спостерігається пряма залежність розвитку мови від ступеня зниження слуху. Великий вплив на мовний розвиток має час зниження слухової функції, а також залежності від чого знаходиться і рівень розвитку мови. Чим старшою дитина втрапить слух, тим краще мовлення в неї зберігається.

Учені-дефектологи виділяють серед слабчующих дітей дві групи: слабчующі, що мають розвинене мовлення з невеликими недоліками (відхилення в граматичній побудові мови, помилки при письмі і вимові); слабчующі з глибоким недорозвитком мови (вживання окремих слів, коротких фраз з неправильною їх побудовою).

Отже, до категорії слабчующих відносяться діти, у яких обмежені можливості сприймання мови на слух. Ці обмеження можуть бути різкими: від сприймання шепітної мови до різкого зниження слуху на сприймання мовлення.

Порушення слухової функції призводить до того, що в мовленнєвій діяльності дітей наявні специфічні особливості. Функціонування механізмів, які

уможливлюють сприймання мовленнєвих звуків, ускладнене, з одного боку, розладом слухової функції, а з іншого боку, вторинним дефектом - недорозвитком мовлення дитини. Недосконалість слухової функції не тільки ускладнює сприйняття звукових сигналів з довкілля, а й негативно впливає на розрізнення звуків мовлення за їх фізичними та акустичними ознаками. Ускладнюється процес формування звукових образів слів, їх впізнання, а відтак погано засвоюється семантика слів [42].

Спостерігається неточність сформованих словесних значень, їх недостатня диференційованість, характерне розширення або звуження значень, їх змішування або заміна.

Виявлена кількісна обмеженість словникового запасу. Відмічається недостатнє розуміння зверненого до дитини усного мовлення, а також писемного, як на рівні окремих слів, так і словосполучень, речень, текстів [52].

Неточність сприймання початкової префіксальної, кінцевої суфіксальної частини слова та його закінчення, які у більшості випадків перебувають в ненаголошеній позиції, призводить до порушення граматичної сторони мовленнєвого розвитку і проявляється в аграматизмах на письмі та при усному мовленні. Відчувається специфічне неправильне ритміко-інтонаційне оформлення мовлення, що виявляється у недотриманні питальної, окличної інтонації, логічних та словесних наголосів, монотонному або скандованому промовлянні [46].

Дитина зі зниженим слухом засвоює значення слів у триваліші строки, ніж її ровесники з нормальним слухом. Слабочуючі рідко використовують зіставлення та порівняння об'єктів як засіб запам'ятовування. Зусилля спрямовують на те, щоб закарбувати образ, а не усвідомити його своєрідність.

Навчавочи та виховуючи слабочуючих дітей, вчителі розуміють, що вони мусять стати "творцями" звуку в нічній тиші, допомогти дітям, позбавлених природного слуху, спілкуватися, стати повноцінними членами суспільства, комфортно себе почувати в середовищі чуючих, забезпечити відповідну освіченість дитини, її адаптацію та інтеграцію в суспільстві [47].

І глухі діти, і підлітки вже в середньому й особливо шкільному віці, усвідомлюючи важливість оволодіння словесною мовою для спілкування з іншими та кращого виконання своєї основної діяльності - навчання, виявляють велике бажання навчитися добре говорити й зчитувати з губ інших, щоб краще розуміти їх [44]. Це позитивно відбивається на загальному розвитку особистості глухих, зокрема з точки зору виховання спроможності до подолання труднощів.

У багатьох глухих дітей спостерігаються порушення функцій вестибулярного апарату, що найчастіше виникають при набутому ураженні слухової функції.

Глухота (первинний дефект), будучи пов'язаною причинним зв'язком із німотою (вторинне порушення розвитку), призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. Так, серйозні порушення словесної мови, а тим більше її повна відсутність, негативно впливають на зорове сприймання, на розвиток не тільки словесно-логічного, а й наочного мислення, а також на інші пізнавальні процеси.

Оскільки обсяг інформації, яку людина дістає із зовнішнього світу, в свідомості глухої дитини помітно звужений через неможливість впливати на нього словесною мовою, її реакції на зовнішні впливи примітивніші та недостатньо різнобічні. Тому тут можна говорити про просту затримку розвитку. Справді, система органів чуття, завдяки яким глухий школяр відчуває зовнішній вплив — сукупну інформацію, змінена. Внаслідок цього середовище впливає на його психіку в зовсім інших співвідношеннях: деякі види впливу — майже в тому самому обсязі, що й у тих, хто чує, другі — в меншому, треті — як зовсім незначні. Отже, в глухих компоненти психіки розвиваються в інших, порівняно з людьми з нормальним слухом, пропорціях [58].

У пізнавальній діяльності глухих більшу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання, ніж словесно-логічні. В розвитку словесно-мовної системи писемна мова (як засіб прийому інформації шляхом читання, передачі її шляхом письма) набуває для глухих незрівнянно більшої питомої ваги, ніж усна. Словосовно використання глухими усної мови (за умови її сформованості завдяки

спеціальним прийомом навчання), слід зазначити, що їх словниковий запас ближче до норми, ніж граматичне оформлення висловлювань [54].

Відчуваючи потребу в спілкуванні з довколишніми, глухі користуються міміко-жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації за допомогою жестів, кожен з яких має своє значення. Як база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова це може повністю змінити словесну мову — могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її у спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі думок може лише людина, яка володіє системою знаків. У спілкуванні глухих із спеціально вепідготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому роль у вихованні глухих дітей відіграє формування у них словесної мови. Оволодіння словесною мовою для глухих є "...життєвою необхідністю, єдиним засобом прилучитися до чудової скарбниці знань і досвіду, засвоїти велику кількість знань, які виробило людство в процесі свого розвитку. З особливою силою це відбивається на розвитку їхнього мислення, відкриваючи необмежені можливості вдосконалення і тим самим розриваючи коло соціальної ізоляції глухих. Таким чином, оволодіння звуковою словесною мовою як засобом спілкування й мислення є одночасно й наймогутнішим фактором компенсації порушеної слухової функції", — зазначає дослідник [39].

З метою навчання глухих усної розмовної мови застосовують різні спеціальні засоби, засновані на використанні збережених аналізаторів (зорового, тактильного, вібраційного). На підставі спеціальних досліджень доведено, що серед глухих майже не зустрічаємо дітей з повною (тотальною) глухотою. Кожна дитина, як живий організм, виявляє певну реакцію на звукові подразнення. Залишковий слух, який розрізняється, головним чином, за діапазоном сприймання частот, дає змогу більшості глухих тією чи іншою мірою сприймати гучний голос (а інколи й голос звичайної розмовної сили) біля вушної раковини. В роботі з розвитку усної мови глухих дітей особлива увага приділяється спеціальній корекції мовного дихання, оскільки в глухих воно має

специфічні особливості, зокрема наявність пауз для вдиху перед кожним словом, а також виправленню дефектів голосу (мала звучність, зриви на фальцет, гугнявість) [64].

На основі педагогічної класифікації здійснюється диференційована спеціальна освіта для дітей, що мають різний ступінь порушення слуху і відповідний рівень мовного розвитку. Рекомендація для дитини того чи іншого виду спеціальної школи враховує не лише характер і ступінь порушення слуху, але й стан мовного розвитку. Тому пізньоглухі діти, як правило, вчаться в школі для слабочуючих дітей, глухій дитині з високим рівнем мовного розвитку і сформованими навичками сприймання усної мови також доцільно відвідувати школу для слабочуючих.

1.3. Дисгармонійність фізичного розвитку та рухових функцій дітей із порушеннями слуху

У зв'язку з необхідністю засвоєння понятійного апарату, вивчення мови, отримання інформації з оточуючого середовища через зоровий аналізатор діти з вадами слуху вимушені довго перебувати у статичному положенні, що негативно впливає на морфо-функціональний стан організму школярів [16].

Ряд авторів [20, 33, 53], вказують на ретардацію росту дітей з вадами слуху різного віку. При цьому піки приросту основних показників фізичного розвитку (ріст, маса, окружність грудної клітини) не співпадають з однолітками без порушень слуху і мають стрибкоподібний характер, що обумовлює у 37,9 % дисгармонійність фізичного розвитку [40, 58].

Остання супроводжується дефіцитом маси тіла (у 31-37 % випадків), зниженням росту на 2-3 см (у 36,7 % дітей), змінами показників життєвої ємності легенів, які за даними різних авторів знижені на 23 % у 44,6 % школярів [53, 58]. Такі розбіжності у показниках життєвої ємності легенів пояснюються зниженням мовного дихання, яке в залежності від ступеня втрати слуху має різний рівень вираженості [57]. Ці дані добре узгоджуються з даними Х.

Гурінович [23], яка вказує на обмеження показників екскурсії грудної клітки, що обумовлене слабким розвитком дихальних м'язів внаслідок фізичної детренованості [60, 61].

При цьому спостерігається неправильний ритм дихання, а частота дихання у порівнянні з дітьми без вад слуху збільшена в 5-7 разів; показники частоти серцевих скорочень вищі на 4-9 уд./хв., систолічний артеріальний тиск знижений на 5-8 мм рт. ст [3].

Дані про стан серцево-судинної системи (ССС) у дітей з вадами слуху досить суперечливі і неповні. Одні автори вказують на значні зміни цих показників [60,62], інші не знайшли будь-яких суттєвих відхилень у функціональному стані ССС дітей з вадами слуху [40], треті вказують на них тільки в аспекті впливу фізичного навантаження [11, 16]. При цьому 25 % дітей з вадами слуху мають гіпер- та гіпотонічний тип реакції і подовжений період відновлення. Ці явища у 80 % дітей супроводжуються зниженням скоротливої здатності міокарду, зменшенням часових показників 1 і 2 сейсмокардіографічних комплексів, що відноситься до III гіподинамічного типу. Така картина обумовлена зниженням інтенсивності біоенергетичних процесів, в міокарді і є реакцією на гіпокінезію [6].

У стані спокою школярі з вадами слуху у віці 7-15 років мають дещо більшу частоту серцевих скорочень і систолічний артеріальний тиск, що пояснюють переважанням симпатикотонічного впливу на серце [62]. Ці дані знаходять підтвердження в дослідженнях, в яких виявлено підвищений відсоток випадків гіпергідрозу, акроціанозу, блідості шкіри і нестабільності частоти серцевих скорочень.

Дисгармонійність фізичного розвитку обумовлює специфічний феномен диспропорційного розвитку кардіоміоцитів на фоні вже сформованої провідникової системи, що викликає неповну блокаду правої ніжки пучка Гісса, яка спостерігається у дітей з вадами слуху до 15 років [5].

Отже, зниження рівня рухової активності в режимі дня дітей з вадами слуху викликає нерівномірне становлення параметрів фізичного розвитку, що є

причиною дискоординації у функціонуванні цілого ряду життєво важливих систем дитячого організму [5, 6, 21], що закономірно проявляється змінами рівня фізичної працездатності.

Глухі відрізняються від здорових однолітків за якісними показниками ходи, стійкості та швидкості рухів [9, 22, 43, 49]. Для глухих характерне човгання, вони широко розставляють ноги, їм складно виконувати стрибкові вправи. Майже третина з цих дітей не можуть виконати стрибки на місці, вони втрачають рівновагу.

Багато наукових даних свідчать про те, що розвиток рухової функції у глухих дітей обумовлені порушеннями слухової сенсорної системи, недостатнім психофізіологічними особливостями [26]. Крім того підтверджено той факт, що 70-80% глухих дітей мають супутні захворювання, в тому числі у половини з них - по два-три захворювання: дискінезії жовчовивідних шляхів, сечокислий діатез, гастрити, трахеобронхіти, захворювання серцево-судинної системи [21].

Вади слуху перешкоджають вільному, швидкому, ненапруженому розвитку, що включає рухову активність, яка поліпшує поставу, збільшує м'язову масу і позитивно впливає на ходу. Нестача рухової активності затримує фізичний розвиток [35].

Характеризуючи фізичний розвиток осіб з вадами слуху, автори зазначають, що вада слуху сповільнює природний хід фізичного розвитку [6]. У слабчучючих порушена спритність, основним проявом якої вважається координація рухів. Дослідження цих якостей показало, що здатність виконувати координовані і точні рухи є значно нижчою в осіб з вадами слуху, ніж у здорових людей.

У дітей, які погано чують, і глухих дітей з рано набутими чи вродженими вадами слуху статичні і локомоторні функції відстають у своєму розвитку. Сформовані рухи характеризуються порушенням координації, орієнтування в просторі, острахом висоти, сповільненістю і скутістю. Найбільша своєрідність в розвитку рухових якостей у дітей з порушеннями слуху відзначається в рівнях швидкісних якостей і рівноваги. Глухі діти за показниками якості рівноваги

поступаються не тільки ти, які чувають, але і сліпим, слабозорим і розумово відсталим дітям [5].

Літературні дані, спостереження та спеціальні дослідження доводять, що повна або часткова втрата слуху різко знижує рухову активність, яка негативно впливає на стан вищої нервової діяльності, на вегетативні функції організму, на розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводить до змін обмінних процесів і розвитку захворювань внутрішніх органів [1, 3, 7].

Багатьом глухим дітям і тим, які погано чувають, притаманні порушення дрібної моторики (рухів пальців, артикуляційного апарата), що відбивається надалі на формуванні різних видів дитячої діяльності. Відсутність вербального спілкування в процесі формування рухів також є однією з причин, що знижують якість рухів.

Гіподинамія є однією з причин недостатнього розвитку деяких рухових якостей, викликає і збільшує порушення постави, плоскостопість у глухих і тих, які погано чувають дошкільників [10]. Фізичний розвиток глухих і тих, які погано чувають, дошкільників має деяку своєрідність, причинами якого також є перенесені дитиною захворювання, загальне соматичне ослаблення. У цих дітей відзначаються більш низькі, порівняно з дітьми, що чувають, показники росту, маси тіла, окружності грудної клітки, м'язова слабкість, зниження тону м'язів, вегетативні розлади [11].

Отже, збільшення рухової активності у межах оптимальних норм зміцнює здоров'я, поліпшує функціональний стан кардіореспіраторної системи, збільшує опірність організму до втоми і підвищує працездатність. Тому використання фізичних вправ як засобу фізичної реабілітації є надзвичайно важливим фактором у закладах для слабочуючих дітей та під час відновлення після оперативних втручань.

1.4. Корекційно-компенсаторна спрямованість адаптивного фізичного виховання та його роль в процесі соціалізації дітей із порушеннями слуху

Адаптивне фізичне виховання вивчає аспекти фізичного виховання людей, що мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і пов'язаних з ними обмежень фізичних можливостей [26]. Основна мета адаптивного фізичного виховання – формування і розвиток рухової активності, фізичних і психологічних здібностей, що забезпечують пристосування особи до свого стану здоров'я, навколишнього середовища, суспільства і різних видів діяльності. Засобами АФВ є: фізичні вправи, рухливі й спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії та ін.

Адаптивне фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань: вестибулярне тренування; вдосконалення просторового орієнтування; розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети; швидкість перемикання уваги з ціллю кращого орієнтування; вдосконалення реакції за вибором; підвищення швидкості рухових реакцій; розширення м'язово-рухових уявлень; збільшення об'єму рухової пам'яті [71].

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушенням слуху є ефективним для розвитку комунікативних умінь, тому що орієнтоване на колективного суб'єкта навчальної діяльності та здійснюється як у процесі виховання координаційних умінь, так і в процесі застосування рухливих ігор на уроках фізичної культури. В процесі адаптивного фізичного виховання відбувається соціалізація дітей із порушенням слуху [66].

Основними засобами адаптивного фізичного виховання глухих і слаббачуючих дітей [11] є фізичні вправи, спрямовані на формування й усебічний розвиток їхніх координаційних здібностей, включаючи вправи, що стимулюють розвиток «ручної спритності». Т. С. Голозубец [20] теоретично обґрунтувала та експериментально перевірила ефективність методики використання креативних засобів адаптивного фізичного виховання, яка дає змогу досягти істотного

покращення в психофізичному розвитку глухих дітей молодшого шкільного віку, що сприяє їхній соціалізації. Крім того, фахівці Х. Е. Гуринович [25], Зіяд Хамід Ахмад Насраллах [47], О. С. Афанасьєва [2] у своїх роботах розглянули проблеми порушення постави й опорно-ресорних властивостей стопи в дітей із порушеннями слуху, що також позитивно впливає на їхню соціалізацію.

Комплексна експериментальна програма фізичного виховання І. П. Випасняка [13], що включає українські народні ігри, передбачає перевагу засобів (фізичних вправ, рухливих ігор) щодо впливу на психологічні якості (увагу, тривожність, пам'ять, самопочуття, почуття колективізму, відповідальності, самотності, інтелект, вольові та моральні якості), забезпечує належний рівень особистісної активності, рухливості, швидкості й діяльності за шкалою САН (самопочуття, активність, настрій), зменшення реактивної та особистісної тривожності, оптимізацію рухової активності, фізичної працездатності й соматичного здоров'я, що є важливою умовою успішної інтеграції школярів із порушеним слухом у сучасне соціальне середовище.

У своїй роботі стосовно дітей дошкільного віку з порушеннями слуху Л. А. Головчиц [20] розробила корекційно-розвивальну систему при комплексних порушеннях розвитку з урахуванням їхніх індивідуальних і типологічних особливостей, реалізація якої забезпечує різнобічне виховання й навчання (у соціальній, пізнавальній, руховій та мовній сферах).

Л. Д. Хода [66] розробила методологію соціальної інтеграції осіб із вадами слуху в різних видах адаптивної фізичної культури, яка сприяє покращенню якості їхнього життя та соціальної компенсації. Так само нею виявлено критичні періоди розвитку фізичних якостей глухих дітей, з урахуванням яких зроблено технологію інтенсивного впливу на фізичний стан, що дає змогу в короткий термін оптимально покращити психофізичний стан глухих дітей дошкільного, шкільного віку й людей зрілого віку.

Інноваційну педагогічну модель навчання спортивного орієнтування дітей із вадами слуху, яка побудована на основі використання вправ креативного характеру розробила Т. О. Федорова (2011). Концепція цієї моделі навчання

спортивного орієнтування дає змогу успішно адаптувати таких дітей у соціальне середовище й розширити можливості фізкультурно-освітнього середовища в гармонійному розвитку учнів [63].

Обґрунтовуючи можливості оздоровчої аеробіки в корекції порушень розвитку дітей із вадами слуху, Я. В. Калинчева (2012) [31] розробила методiku занять оздоровчою аеробікою, спрямовану на корекцію рухових і функціональних порушень дітей цієї нозологічної групи, яка також сприятиме соціальній інтеграції.

Отже, одним із найбільш ефективних способів досягнення соціальної інтеграції дітей із вадами слуху, на думку багатьох фахівців, є заняття адаптивною фізичною культурою. Соціальна інтеграція дітей із порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання забезпечує не лише зміцнення здоров'я, розвиток комунікативних здібностей, а й формування мотивів і розуміння корисності виконання фізичних вправ.

1.5. Корекція рухової сфери дітей із порушеннями слуху засобами рухливих ігор

Численні клініко-фізіологічні та педагогічні дослідження показали роль рухової активності (РА) у забезпеченні гармонійного розвитку дітей різного віку [5, 19, 20]. Відомо, що РА справляє особливо великий вплив на показники фізичного розвитку (ФР), сприяє підвищенню резервних властивостей кардіо-респіраторної системи (КРС), визначає нормальний ріст і розвиток організму, забезпечує найбільш повну реалізацію генетичного потенціалу, підвищує стійкість та імунологічний статус організму, підтримує працездатність і функціональні резерви інших фізіологічних систем організму [5, 9]. Будучи необхідною умовою нормального функціонування життєво важливих систем організму, РА забезпечує удосконалення моторики [4, 6, 11].

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей з порушенням слуху [37, 53, 61] поряд з визначенням відповідності між процесами росту, біологічними та психологічними особливостями передбачає також дослідження фізичної працездатності. Відомо, що на рівень фізичної працездатності впливає цілий ряд факторів серед яких найбільш впливовими вважають антропометричні показники, функціональні резерви кардіореспіраторної системи, рівень фізичної підготовленості і рухової активності, стан соматичного здоров'я та ряд інших [6, 53].

Поняття “фізична працездатність” передбачає готовність організму здійснювати м'язову діяльність з максимальною потужністю і свідчить про належний адаптаційний енергетичний потенціал механізмів [5, 6]. Вона відноситься до інтегральних показників функціональних можливостей організму людини і лімітується транспортними можливостями крові, станом кардіореспіраторної системи, ефективністю анаеробного та аеробного шляхів енергопродукції, рівнем фізичного розвитку, станом опорно-рухового апарату і нейроендокринної системи й аеробними можливостями скелетних м'язів. Крім того, фізична працездатність є важливою медико-соціальною характеристикою і своєрідним кількісним показником соматичного здоров'я [9]. При цьому слід виходити з того, що гемодинамічні показники можуть змінюватись навіть при незначних відхиленнях рівноваги організму із зовнішнім середовищем і відображають адаптаційно-приспосувальні реакції цілісного організму [6]. Визначення фізична працездатність і розробка її нормативів набуває соціального і ліквідаційного значення в умовах масового обстеження дітей з вадами слуху і виявлення факторів ризику, які можуть призвести до підвищення рівня захворюваності цього контингенту населення [9]. Оцінку рівня фізичної працездатності здійснюють за тестом $PWC_{150} - PWC_{170}$, який дозволяє оцінити відновні процеси в організмі, їх характер після дозованої м'язової діяльності [8]. Оскільки довготривала робота м'язів лімітується величиною максимального споживання кисню, то загальна фізична працездатність в значній мірі залежить від функціональних можливостей кардіореспіраторної системи [5, 9]. Якісну

характеристику фізичної працездатності як правило дають за параметрами аеробної потужності. Для оцінки кількості роботи при виконанні стандартного навантаження пропонують різноманітні розрахункові коефіцієнти аеробної потужності (МСК). При цьому встановлено, що при розрахунку МСК на одиницю маси тіла або площі поверхні тіла його величина має виражену тенденцію до зниження зі збільшенням віку дітей [98, 128].

Відомо, що у дітей з вадами слуху внаслідок зниження рухової активності зменшуються відносні показники фізичної працездатності в тестах PWC_{150} і PWC_{170} , що на фоні зменшення вентиляції легенів і підвищеної ЧСС свідчить про детренованість організму, низькі показники фізичної підготовленості, особливо показників аеробної витривалості [9, 18].

Механізм впливу фізичного навантаження на організм досить широко описаний у вітчизняній та зарубіжній літературі [5, 6, 9, 14, 18, 19]. При цьому треба відзначити, що дитячий організм має ряд специфічних характеристик, які визначають специфіку впливу фізичного навантаження на нього. Основними особливостями функціонального забезпечення м'язової роботи у дітей з вадами слуху є відносно невисокий діапазон резервних можливостей як соматичних, так і метаболічних систем організму, низька ефективність вегетативного забезпечення; досить низький рівень анаеробного компоненту фізичної працездатності, тобто працездатності у вправах тривалістю понад 3 хвилини [8, 20, 21].

Поряд з активним впливом на опорно-руховий апарат фізичне навантаження є потужним стимулятором роботи внутрішніх органів і в першу чергу для кардіореспіраторної системи. За даними окремих авторів у людей, які займаються спортом існує 6-ти кратний запас серцевої діяльності, тобто вони можуть виконувати фізичне або трудове навантаження більш високого рівня потужності і довше на відміну від людей, які не займаються спортом і які здатні виконувати фізичне навантаження тільки середньої потужності [6]. При цьому треба враховувати, що при визначенні рівня рухового навантаження на організм дитини з вадами слуху орієнтація лише на паспортний вік без врахування

відмінностей в темпах біологічного дозрівання рахується недопустимим [9]. Успішність розвитку реакцій адаптації в значній мірі залежить від рівня функціонування серцево-судинної системи, комплексна оцінка якої передбачає реєстрацію значної кількості гемодинамічних показників і характеру їх змін під впливом різних за своєю потужністю фізичних навантажень [5, 6, 9, 60]. У зв'язку з цим доцільним є визначення індивідуальних адаптаційно-приспосувальних можливостей дітей з вадами слуху у взаємозв'язку з дихальною та іншими енергозабезпечуючими системами [5, 60, 62]. Таким чином, визначення рівня фізичного розвитку, фізичної працездатності і типу реакцій серцево-судинної системи дає можливість прогнозувати відхилення в стані кардіо-респіраторної системи, що може бути використано для розробки програми оздоровлення та підвищення опірності організму дітей з вадами слуху з метою їх соціальної інтеграції.

Вивчення питань взаємодії між слуховим і руховим аналізаторами осіб з порушеннями слуху у процесі м'язової діяльності має велике значення для раціональної організації трудової діяльності та занять фізичними вправами. У процесі м'язової діяльності між функціональними системами організму виникають усілякі зв'язки. Пропріоцептивні сигнали, що виникають при циклічних рухах, ритмічно надходять у центральну нервову систему і звідти по рухових і вегетативних нервах йдуть до всіх органів і тканин організму. Під впливом фізичних вправ покращується діяльність всіх органів, а також робота нервової системи [3, 5].

Ефективна фізична реабілітація глухих дітей можлива лише за умови планування, чітко визначеного і цілеспрямованого використання засобів адаптивного фізичного виховання [10]. Навчання ігровій діяльності потрібно приділяти більше уваги в спеціальних закладах навчання, ніж у загальноосвітній школі. Це пов'язано з розвиваючим значенням гри, можливістю вирішення навчальних завдань, розвитком мови та спілкування.

Рухливі ігри - універсальний та незамінний засіб фізичного виховання дітей [17, 20, 31, 39]. Важливою перевагою рухливих ігор є те, що вони у своїй

сукупності вичерпують всі види природних рухів, притаманних людині. Тим самим вони здійснюють комплексний вплив на організм, який росте, безпосередньо на формування особистості дитини, сприяють всебічно гармонійному фізичному і розумовому розвитку школярів, вихованні психологічних якостей [19, 25, 28, 35].

Гра - це не тільки дозвілля особливий метод залучення дітей до творчої діяльності. Гра пробуджує у дитині могутні сили, а інформація, яку діти отримують у грі, збагачує фантазія стає більш змістовнішою й цікавою. Саме гра полегшує соціальну адаптацію та інтеграцію дитини [38]. Доцільно підібрані з урахуванням віку, стану здоров'я, характеру функціональних змін організму та ступеня фізичної підготовки дітей рухливі ігри, особливо на свіжому повітрі, можуть одночасно сприяти оздоровленню, зміцненню організму дитини, загартуванню.

Головним змістом рухливих ігор є різноманітні рухи та дії гравців. Враховуючи те, що для глухих дітей характерна швидка втомлюваність, менша стійкість уваги, порушення координації рухів, невпевненість та низький темп виконання рухів, вайлуватість, важкість збереження статичної та динамічної рівноваги, низький рівень розвитку просторової орієнтації, менший обсяг короточасної пам'яті, важчий процес входження в навчання, потрібно добирати рухливі ігри, спрямовані на зменшення та подолання цих явищ. Дуже важливо вміло дозувати навантаження [5, 7, 10, 22, 51, 61], недостача навантаження не забезпечує достатнього фізичного розвитку та формування рухових навичок. Надто високі навантаження негативно впливають на здоров'я дітей із вадами слуху, тому викладачу потрібно визначити загальний обсяг навантаження, у ході заняття вміло регулювати його інтенсивність.

Висновки до розділу 1

1. Соціальну інтеграцію розглядають як раціонально побудований процес соціально-трудового влаштування школярів із вадами слуху, важливе значення в

якому відводиться засобам адаптивної фізичної культури. Соціальну інтеграцію школярів з порушенням слуху необхідно розглядати як складну комплексну систему заходів, спрямованих на підвищення рівня фізичної і розумової працездатності, усунення вимушеного зниження рівня рухової активності, розвитку координаційних здібностей, порушення інших рухових якостей тощо.

2. Виявлено, що всі фактори соціалізації та соціальної інтеграції є диференціальними, тісно пов'язані між собою і взаємообумовлені. Складність соціальної інтеграції школярів з вадами слуху у переважній більшості випадків обумовлена відсутністю організаційних форм вирішення проблеми.

Соціальна інтеграція дітей із порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання забезпечує не лише зміцнення здоров'я, розвиток комунікативних здібностей, а й формування мотивів і розуміння корисності виконання фізичних вправ.

3. Ефективність соціальної інтеграції вимагає проведення спеціальної корекційної роботи відносно підвищення рівня фізичної працездатності та усунення несприятливого психологічного фону школярів з вадами слуху. Ефективність фізичної і психологічної корекції багаторазово зростає за умови комплексного вивчення індивідуальних і групових психологічних особливостей таких школярів, ефективного управління реабілітаційними заходами, поєднання спільних зусиль різних фахівців, у тому числі і у сфері фізичної культури і спорту. Існуючий процес фізичного виховання школярів з вадами слуху ще недостатньо вивчений і вдосконалений, а тому вимагає впровадження нових засобів, форм і методів організації занять із адаптивної фізичної культури, при цьому основним принципом має стати принцип корекційно-розвиваючої роботи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Метод - це система принципів, вимог, правил, керуючись якими дослідник може досягти поставленої мети. Методика дослідження – це система правил використання методів, прийомів та способів для проведення будь-якого дослідження.

У магістерській роботі були використані такі методи: теоретичні, методи оцінки рухової активності, морфо-фізіологічні методи, методи психодіагностики, методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичні методи

Вивчення наукової літератури з сурдопедагогіки, теорії та методики фізичного виховання, психології дало можливість з'ясувати причини низького рівня фізичного розвитку, стану соматичного здоров'я, особливостей рухових порушень у школярів з вадами слуху, які пов'язані із основним захворюванням даного контингенту, виділити невирішені питання, визначити проблему і наукове завдання для власного дослідження. Аналіз наукових джерел дав можливість розкрити зміст основних понять роботи, визначити об'єкт, предмет, мету і завдання дослідження.

Застосування теоретичних методів дозволило нам визначити специфіку корекційно-розвивальної спрямованості адаптивного фізичного виховання слуха дітей з метою розробки програми соціальної інтеграції школярів старших класів із вадами слуху засобами рухової активності.

2.1.2. Методи оцінки рухової активності

Рухову активність школярів із вадами слуху ми визначали за методикою Фремінгемського дослідження, яка дозволяє кількісно і якісно визначити добову рухову активність на основі хронометражу добової діяльності різного характеру з реєстрацією інтенсивності кожного виду фізичних зусиль [13]. Величина цих вимірів представляється у вигляді цифрового значення індексу фізичної активності (ІФА).

Для визначення кількісного значення різних за інтенсивністю видів рухової діяльності використовували вагові коефіцієнти з врахуванням кількості годин на кожному рівні фізичної активності (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Вагові коефіцієнти індексу фізичної активності

Рівень фізичної активності	Поглинання кисню, л/хв	Вагові коефіцієнти
Базовий	0,25	1,00
Сидячий	0,28	1,10
Малий	0,41	1,50
Середній	0,60	2,40
Високий	1,25	5,00

При перемноженні кількості годин витрачених на кожен вид діяльності на ваговий коефіцієнт отримують кількість балів, які відповідають ІФА на кожному рівні. Сума ІФА всіх рівнів за добу відповідає добовому індексу фізичної активності (ІФА_д).

Метод дозволяє аналізувати не тільки кількісний, але й якісний зміст індивідуальної рухової активності протягом доби, визначаючи вклад кожного виду діяльності в добовому бюджеті часу (ДБЧ).

Тижневу рухову активність дітей з вадами слуху визначали за методикою Ф.С. Куца. Еталоном динаміки рухової активності слугував індекс рухової активності (ІРА_(т)). В його основу був покладений хронометраж з наступним групуванням усіх видів рухів. До першої групи віднесені побутові

рухи (ПРА), до другої – рухи, пов'язані з заняттями фізичними вправами (ФОРА). Отримані дані були опрацьовані за формулою:

$$IPR_{T} = \frac{\sum ПРА + \sum ФОРА}{\sum T_{T}} \times 100\% ,$$

де IPR (т) – індекс рухової активності (за тиждень), %; ПРА – сума часу, використаного на побутові рухи, хв; ФОРА – сума часу, використаного на заняття фізичними вправами, хв; T(т) – сума часу доби за тиждень, хв.

Педагогічне спостереження проводилося з метою вивчення нових організаційних форм фізичного виховання для школярів з вадами слуху. Уточнення рівня рухового компоненту у добовому бюджеті часу у школярів з вадами слуху, методів проведення занять, відповідність об'єму та інтенсивності навантаження, інтервалів відпочинку у процесі занять фізичними вправами. Спостереження проводились за виконанням режиму дня старшокласниками експериментальної групи і за відношенням учнів до занять фізичною культурою під час обстеження зверталась увага на індивідуальні психологічні особливості школярів з вадами слуху, реакцію організму на заданий рівень фізичного навантаження. Узагальнені результати педагогічного спостереження були використані у процесі розробки експериментальної програми фізичного виховання для школярів з вадами слуху.

2.1.3. Морфо-фізіологічні методи

Морфо-фізіологічні методи дослідження використовувалися для оцінки функціональних властивостей кардіореспіраторної системи за рівнем систолічного і діастолічного артеріального тиску (АТ), частотою серцевих скорочень (ЧСС), типом електрокардіографічного (ЕКГ) дослідження, життєвою ємністю легень (ЖЄЛ). Визначення ЖЄЛ проводили за допомогою комп'ютерної приставки для спірографії "SpiroCom". За допомогою прикладної комп'ютерної програми визначали показник максимального споживання кисню (МСК).

Антропометричні дослідження проводили за методикою Е. Мартіросова (1975). Визначення фізичної працездатності здійснювали з використанням функціональної проби PWC_{170} на велоергометрі. При постійній частоті педалювання (60 обертів за хвилину) навантаження дозували індивідуально в залежності від маси тіла. Потужність першого навантаження складала 1 Вт/кг, потужність другого – 2 Вт/кг. Якщо після другого навантаження ЧСС не досягала 170 уд за хвилину, тоді визначали третє навантаження потужністю 2,5-3 Вт/кг. Тривалість кожного навантаження складала 3 хвилини із односторонньою перервою для відпочинку. Під час велоергометрії здійснювали ЕКГ-контроль за допомогою 12-ти канальної комп'ютерної приставки "CardioLab-2000".

2.1.4. Психодіагностичні методи

Самооцінку психічного стану школярів з вадами слуху проводили за допомогою опитувальника "Самопочуття, активність, настрої" (САН), який складався з 30 пар протилежних характеристик, за якими досліджувані оцінювали свій стан у день перевірки. Кожна пара представляла собою шкалу, на якій досліджувані відмічали ступінь актуалізації тієї чи іншої характеристики свого стану. Кожна буква в назві анкети позначала стан неповносправного: С – самопочуття; А – активність; Н – настрої. Кожній літері відповідала певна пара слів. Наведені пари складають у сумі оцінку кожного стану.

Окрема група словосполучень містила 10 полярних ознак, їх рівень оцінювався за десятибальною шкалою. Середня оцінка за групами симптомів самопочуття, активності та настрою, а також співвідношення цих величин складали показник функціонального стану. Критерії оптимального робочого стану неповносправних оцінювався за допомогою даного тесту за такими значеннями: С = 5,4; А = 5,0; Н = 5,1.

Діагностику групової згуртованості проводили за методом Ж.С. Карольчук і В.І. Осьодло. Пропонувався ряд запитань з декількома

варіантами відповідей серед яких необхідно вибрати той, який найбільше відповідає даній групі. За результатами відповідей підраховували набрану кількість балів, користуючись наступним ключем (табл. 2.1).

Максимальна сума балів (25) відповідає високому рівню групової згуртованості. Мінімальна оцінка (7) свідчить про те, що учень впевнений у відсутності згуртованості.

Таблиця 2.1

Ключ до визначення рівня групової згуртованості

Індекси відповідей	Номери запитань в балах						
	1	2	3	4	5	6	7
А	5	1	3	3	3	3	3
Б	4	2	2	2	2	2	2
В	3	3	1	1	1	1	1
Г	2	4	1	1	1	1	1
Д	1	5					
Е	1	1					

Якщо переважають відповіді “г” на 1, 2 запитання і “е” – на всі інші, це свідчить про незацікавленість опитуваного в соціальних контактах, відсутність спостережливості, певний ступінь відчуження від соціуму. Якщо середній бал всіх відповідей в групі наближається до 25, можна вважати, що дана група дійсно характеризується високим рівнем згуртованості. низькі ж показники вказують на відсутність процесу інтеграції.

Для визначення самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) ми використовували методику Ч.Д. Спілбергера, Ф.Д. Ханіна, за якою шкала самооцінки складається з 2-х частин, які окремо оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) і особистісну (ОТ, вислови № 21-40) тривожність [9].

Показники РТ і ОТ вираховували за формулами:

$$РТ = N_1 - X_2 + 35,$$

де H_i – сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; де X_2 – сума останніх закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$OT = X_1 - X_2 + 35$$

де X_1 – сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; X_2 – сума останніх закреслених цифр (пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Сумарний показник за шкалою Спілбергера показує: до 30 балів – низький рівень тривожності; від 31 до 45 балів – середній рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Ситуативна (реактивна) тривожність вимірювалась показником із 20 суджень (10 з них засвідчують наявність емоцій напруженості, занепокоєння, зклопотаності, а 10 – відсутність тривожності).

Рівень особистісної тривожності, визначали за адаптованою методикою Т.А. Немчинова, зважаючи на риси характеру. Опитувальник складався з 50-и питань, на які необхідно було дати відповіді "так" або "ні". Кожна відповідь "так" на висловлювання з 14 по 50 і відповідь "ні" на висловлювання з 1 по 13 оцінювалася в один бал. Кількість балів підсумовувалася.

Оцінка 41-50 балів розглядалася як показник дуже високого рівня тривожності, 26-40 балів свідчили про високий рівень тривоги, 16-25 балів – про середній (з тенденцією до високого), 6-15 балів – про середній (з тенденцією до низького) і 0-5 балів – про низький рівень тривожності.

2.1.5. Методи математичної статистики

Статистична обробка результатів досліджень здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми, а також методами математичної статистики в психології [15].

Визначали такі параметри: середньоарифметичне значення – M_x ; похибку репрезентативності – S_{mx} ; середнє квадратичне відхилення – S_x ; коефіцієнт кореляції – r . Для встановлення вірогідності отриманих даних користувалися критерієм Стюдента.

2.2. Організація дослідження

Наше дослідження було пошуковим. Дослідження було організовано в чотири етапи.

Метою першого етапу було обґрунтування актуальності теми, визначення мети, завдань, об'єкту і предмету, дослідження, формулювання гіпотези і програми, розробка методології констатувального та формувального експериментів.

Під час другого етапу дослідження було проведено констатувальний експеримент, в ході якого вивчали рівень фізичного розвитку, фізичної підготовленості, рухової активності, психосоматичного стану здоров'я школярів з вадами слуху.

На третьому етапі була розроблена експериментальна програма оптимізації соціального інтегрування школярів засобами адаптивної фізичної культури з використанням рухливих ігор.

Четвертий етап передбачав експериментальну перевірку ефективності програми соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання.

Формувальний експеримент проводили впродовж навчального року за авторською програмою. Ефективність розробленої програми адаптивного фізичного виховання визначали шляхом порівняння вихідних даних (на констатувальному етапі експерименту) і даних отриманих в кінці навчального року (за результатами формувального експерименту).

Дослідження проводилось у 2019-2017 навальному році. Було обстежено 28 хлопців, 39 дівчат віком 13-15 років, які перебувають на навчанні у Полтавській спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті для глухих дітей I-III ступенів та Миргородській спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті I-III ступенів Полтавської обласної ради. Стан здоров'я дітей оцінювали комплексно за показниками фізичного розвитку та за параметрами порушення слуху як основного патогенетичного чинника виникнення порушень в стані організму дітей. Також визначали анамнестичні чинники ризику виникнення глухоти у дітей та перебіг їх психомоторного розвитку.

РОЗДІЛ 3

**РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА
ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УЧНІВ ІЗ
ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ В ПРОЦЕСІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ РУХЛИВИХ ІГОР**

3.1. Характеристика фізичного розвитку учнів із порушеннями слуху на констатувальному етапі експерименту

Враховуючи, що інтеграція учнів із порушеннями слуху у суспільство здійснюється через спілкування, на початку констатувального експерименту ми визначили рівень потреби дітей із вадами слуху у спілкуванні (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Дослідження ступеня задоволення потреби у спілкуванні та мірою реалізації комунікативних можливостей школярів з порушеним слухом, %

Ступінь реалізації комунікативних можливостей	Ступінь задоволення потреби у спілкуванні					Всього
	задовільняє повністю	задовільняє частково	залежно від ситуації	задовільняє рідко	не задовільняє	
Завжди	59,8	19,5	-	11,2	10,5	3,2
Часто	25,1	42,3	25,4	3,8	2,2	27,9
Залежно від ситуації	11,1	37,6	36,9	8,9	2,4	58,8
Рідко	3,8	26,7	36,9	18,4	14,1	9,3
Ніколи	-	-	-	-	99,9	0,8

Якщо група повністю задовольняє потребу у спілкуванні окремого школяра з вадами слуху, то 59,8 % опитаних завжди реалізують свої комунікативні можливості в групі, 25,1 % часто; 11,1 % залежно від ситуації і лише 3,8 % рідко.

Якщо група тільки частково задовольняє потребу у спілкуванні особистості школярів з вадами слуху, то лише 19,5 % опитаних завжди реалізують свої комунікативні можливості в такому класі, а більша частина (42,3 %) часто; ще

37,6 % реалізовує їх тільки ситуативно і 26,7 % рідко. Якщо задоволення потреби у спілкуванні залежить від ситуації, то школярів з вадами слуху, які повністю реалізують за цих умов свої комунікативні можливості взагалі не виявлено. У той же час 25,4 % школярів з вадами слуху реалізують ці можливості часто, 36,9 % в залежності від ситуації і ще 36,9 % рідко. Якщо потреба у спілкуванні у класі задовольняється рідко, то розподіл відносних показників ступеня реалізації комунікативних здібностей свідчить, що 11,2 % завжди їх реалізують, 3,8 % часто, 8,9 % залежно від ситуації, і 18,4 % рідко. У випадку коли у класі показники спілкування є низькими, то 10,5 % реалізує комунікативні можливості завжди, 2,2 % часто, 2,4 % в залежності від ситуації, 14,1 % рідко і 99,9 % опитаних вважають, що ніколи не зможуть їх реалізувати в умовах групової (класної) взаємодії із однолітками.

Було також проведено аналіз розподілу дітей за рівнем самопочуття. При цьому виявлено неоднорідність при аналізі відповідей окремо у юнаків і дівчат. При цьому, юнаки за вадами слуху в середньому оцінили своє самопочуття на $4,45 \pm 0,20$ бала, дівчата – на $6,52 \pm 0,36$ бала ($P < 0,05$). Відповідно, при нормі 6,4 бала, оцінка самопочуття буде на 30,4 % заниженою у юнаків і на 1,8 % завищеною у дівчат. Від 43,3 до 100 % дівчат дали позитивну оцінку свого самопочуття. Приблизно такий самий відсоток був у юнаків – 42,1-92,3 %.

У таблиці 3.2 подані результати дослідження реактивної і особистісної тривожності.

Аналіз показників реактивної тривожності школярів з вадами слуху показав, що у юнаків вона становить 47,5, а у дівчат – 44,2 одиниць ($P < 0,02$), що при середньому рівні 31-45 одиниць свідчить про помірну тривожність незалежно від статі обстежених. При цьому, 36,7 % юнаків і 24,3 % дівчат відчувають тривогу через відсутність удачі в житті; 17,9 % юнаків і 26,8 % дівчат заперечують відчуття навислої загрози; 15,7 % і 18,6 % відповідно відчувають тривогу, а 29,7 % юнаків і 30,3 % дівчат – цілком впевнені у цьому.

Таблиця 3.2

Оцінка рівня тривожності дітей із вадами слуху

Показники тривожності	Стать	Відповіді				
		1	2	3	4	$\Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$
Реактивна тривожність (чисельник)	Х	$\frac{1,5}{6,0}$	$\frac{4,3}{2,8}$	$\frac{2,6}{0,8}$	$\frac{1,4}{0,3}$	$47,50 \pm 1,26$
	Д	$\frac{6,4}{1,6}$	$\frac{3,1}{3,4}$	$\frac{0,7}{2,8}$	$\frac{0,9}{2,0}$	$44,20 \pm 2,31$
Особистісна тривожність (знаменник)	Х	$\frac{3,2}{0,6}$	$\frac{4,3}{2,4}$	$\frac{2,3}{1,3}$	$\frac{3,2}{2,5}$	$39,20 \pm 2,26$
	Д	$\frac{4,3}{1,0}$	$\frac{2,7}{1,7}$	$\frac{2,0}{1,6}$	$\frac{3,8}{2,6}$	$38,10 \pm 2,74$

При аналізі показників особистісної тривожності було виявлено, що у юнаків вона знаходиться на рівні 39,2, а у дівчат – 38,1 бали, що відповідає середньому стану тривожності. При цьому, тільки 18,5 % юнаків і 15,3 % дівчат майже ніколи не відчують тривоги; 33,9 % юнаків і 19,2 % відповідно ніколи відчують тривогу; 16,4 % і 14,2 % часто її відчують і 39,5 % і 25,3 % відчують її майже завжди.

Відомо, що успіхи в процесі соціальної інтеграції неповносправних школярів залежать від рівня їх фізичної підготовленості, рухової активності та фізичного розвитку, які активно впливають на фізичне здоров'я в цілому. У зв'язку з цим ми поставили одним із завдань нашої роботи дослідження окремих компонентів морфо-функціонального стану школярів із порушенням слуху.

Дані про основні антропометричні і функціональні показники дітей з вадами слуху подано в табл. 3.3.

Наведені дані свідчать про те, що дівчата на зріст достовірно ($p < 0,05$) нижчі, порівняно з віковою нормою. У віці 15 і 16 років різниця у зрості дівчат мінімальна ($l = 0,32$ і $0,39$ см). У юнаків ця різниця досить добре виражена у віці 15 років ($l = 1,1$ см) і вони в цей період нижчі за вікові стандарти. Маса тіла

юнаків у 15 років більший за нормативну вагу у 14 і 17 років ($p < 0,05$), за винятком 16 років, коли різниця в масі тіла школярів мінімальна ($r = 0,86$ і $0,32$).

Таблиця 3.3

Показники фізичного розвитку дітей з порушеним слухом до експерименту

№п/п	показники	стать	Вік				
			13	14	15	16	17
1	Маса тіла (кг)	Х	47,6	47,6	54,6	56,3	57,5
		Д	46,1	46,3	50,3	54,5	56,2
2	Зріст (см)	Х	156,1	159,5	171,7	172,1	175,7
		Д	153,7	160,2	162,2	165,4	166,3
3	ОКГ (см)	Х	83,1	85,5	87,2	90,1	90,2
		Д	84,6	87,7	90,2	92,1	94,5
4	ЧСС (уд/хв) в спокої	Х	90,1	82,1	83,2	77,1	88,2
		Д	82,2	84,5	84,4	84,1	78,1
5	АТ (мм. рт. ст.) (сист.)	Х	102,8	116,5	114,6	126,1	120,6
		Д	117,2	110,8	107,6	115,3	118,1
6	АТ (мм. рт. ст.)(діаст.)	Х	61,4	65,5	62,6	71,2	69,3
		Д	68,6	65,6	65,6	65,4	67,9
7	ЖЕЛ (мл)	Х	2,4	2,8	2,8	2,8	2,9
		Д	2,2	2,1	1,9	1,8	1,6
8	Динамометрія правої руки (кг)	Х	13,6	28,2	24,1	26,4	36,2
		Д	7,6	9,1	14,3	13,9	19,2
9	Динамометрія лівої руки (кг)	Х	9,6	27,1	25,3	24,2	29,1
		Д	9,3	10,8	13,4	13,1	12,3

Ці дані чітко свідчать про дещо прискорений ріст дівчат у 15 років. У 14 років темпи росту у дівчат залишаються вищими, ніж в нормі. У хлопців в 13 і 16 років швидкість росту підвищується, в 17 років темпи росту зменшуються, тобто відзначається незначне збільшення швидкості, але темпи росту характеризуються нижчими показниками, порівняно з хлопцями 15 років.

Слід зазначити, що класичного подвійного перехресту за показниками росту у дівчат 14-17 років не виникає. Однак, для хлопців у віці 15 років відзначаються чіткі "ножиці". Маса тіла дівчат до 15 років приблизно така сама,

як маса тіла дівчат в 13 років ($p > 0,05$). У хлопців з 14 до 17 років маса тіла достовірно більша, ніж маса тіла дівчат за нормативними даними ($p < 0,05$). Окружність грудної клітки дівчат зменшена, у порівнянні з нормативними даними. У хлопців 14 років ця різниця недостовірна ($p > 0,05$). Таким чином, за показниками ваги тіла і окружності грудної клітки також, як і за показниками росту, у хлопців і дівчат картина подвійного перехресту не спостерігається.

Абсолютні показники фізичної працездатності показані в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Показники фізичної працездатності у школярів різних вікових груп
(Вт/кг)**

Показники	Стать	Вік			
		14	15	16	17
PWC ₁₇₀	х	3,40 ± 0,14	3,92 ± 0,32	4,60 ± 0,28	5,50 ± 0,40
	д	3,20 ± 0,14	3,30 ± 0,32	3,10 ± 0,28	3,20 ± 0,40

Показники коефіцієнта максимального споживання кисню розподілились таким самим чином, але розбіжності між ними більш очевидні: між результатами юнаків 13 і 17 років різниця складає понад 20,6 % (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Показники максимального споживання кисню
в абсолютних (1) і відносних (2) величинах**

№ з/п	Показник	Вік			
		14	15	16	17
1	МСК, мл/хв	1654	1699	1782	2174
		1311	1502	1567	1795
2	МСК, мл/хв/кг	37,6	38,7	42,7	44,5
		35,7	35,7	35,1	38,2

Розподіл показників коефіцієнта МСК у дівчат аналогічний, проте різниця у показниках стає більш помітною і дорівнює вже 35,2 %.

Рухова активність (РА) позитивно впливає на ріст і розвиток дитячого організму, сприяє підвищенню реактивності, детермінує формування соматичного здоров'я дитини. У свою чергу, показники стану соматичного здоров'я є основою для обґрунтування профілактичних заходів і оздоровчої спрямованості фізичного виховання у спеціалізованій школі.

Результати дослідження показали, що добова РА школярів з ПС має нерівномірний розподіл активних рухів протягом дня, становить 14152 ± 230 локомоцій у юнаків і 10991 ± 279 локомоцій у дівчат і забезпечує лише 62 % добової норми (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Показники добової рухової активності школярів з вадами слуху

Період у режимі дня	Кількість локомоцій					
	дівчата			юнаки		
	M_x	σ	S_{mx}	M_x	σ	S_{mx}
До початку уроків	1674	123,65	21,31	1520	346,70	96,81
В режимі навчального дня	3675	221,64	29,70	6898	467,14	120,54
Після школи до сну	5642	433,19	61,23	5734	675,45	179,02
Всього за добу	10991	1954,90	278,94	14152	842,61	230,40

Отримані дані свідчать про окремі розбіжності у показниках рухової активності школярів з вадами слуху на початку експерименту. За час перебування в школі-інтернаті юнаки реалізують 65,6 %, а дівчата 64,8 % добових рухів.

При порівнянні належного рухового режиму (15-16000 локомоцій) із фактичними показниками видно, що рухова активність буде ще нижчою – 20,1 % від необхідної добової норми у юнаків і 20,4 % у дівчат. Виявлено, що більше 48 % школярів мають низький рівень рухової активності, 28 % – нижче середнього, 20 % – середній і тільки 4 % – вище середнього рівня.

Аналіз показників загальної рухової активності виявив статистично достовірну ($P < 0,05$) перевагу юнаків над дівчатами на 10,4 %.

Результати показують, що руховий компонент протягом дня у дівчат з вадами слуху знаходиться в межах 12,65-12,93 % при нормі 15-20 %. Середній час рухової активності дорівнює $3,06 \pm 0,12$ годин на добу при гігієнічній нормі 3,5-4,5 години і становить 12,75 % від добового бюджету часу. Майже у половини школярів з вадами слуху виявлені прояви гіпокінезії (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Відносні показники добової активності школярів з вадами слуху (%)

Показники	Дівчата	Юнаки	Всього
< за 3 години	48,42	42,15	44,94
3.0 - 3.5 години	28,85	25,55	25,96
3.5 - 4.5 години	18,92	28,43	23,88
4.5 - 5.0 години	3,81	3,87	5,20
> за 5.0 годин	-	-	-
Кількість годин у добовому бюджеті	12,65	23,73	13,30

Добовий руховий компонент у юнаків значно відрізняється від аналогічних показників дівчат з вадами слуху і в середньому займає 23,73 % доби ($5,69 \pm 0,11$ год.).

У школярів з вадами слуху були виявлені деякі порушення режиму дня. Вони менше сплять, затрачають більше часу на перегляд програм телебачення, недостатньо відводять часу для перебування на свіжому повітрі (рис. 3.17). Старшокласники відводять на сон лише $7,2 \pm 1,1$ годин, що на 14,4% менше норми (для учнів старших класів тривалість нічного сну становить 8,5-9 годин).

Діти перебувають на уроках в середньому 4,5-5,5 годин, що становить 12,5 % доби і займає друге місце у часовому аспекті. Отримані дані вказують, що лише 8,26 % школярів з вадами слуху займаються спортом і витрачають на це в середньому 3,29 % добового бюджету часу. У післяобідній період майже всі школярі займаються різноманітними забавами, проте у часовому плані цей

аспект діяльності школярів займає лише $1,8 \pm 0,6$ годин (7,4 % добового бюджетного часу).

За ваговим коефіцієнтом Фремінгемської методики були визначені середні величини добової діяльності, рівень та індекс фізичної активності (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Показники фізичної активності школярів з вадами слуху до експерименту

Рівень фізичної активності	ваговий коефіцієнт	Годин на добу		Індекс фізичної активності	
		дівчата	юнаки	дівчата	юнаки
Базовий рівень (сон, відпочинок)	1,0	9,2	10,1	8,90	9,10
Сидячий рівень (навчальні заняття, положення стоячи, пасивні ігри, перегляд телепередач)	1,1	2,5	1,7	2,65	3,10
Низький рівень (ходьба, суспільно-корисна робота)	1,5	9,4	9,7	12,80	14,89
Середній рівень (гімнастичні вправи, рухливі ігри, зарядка, танці)	2,4	0,4	1,0	0,94	1,50
Високий рівень (спортивні ігри, біг і т.п.)	5,0	2,0	2,8	11,40	12,30
Загальний рівень фізичної активності	-	-	-	36,69	40,89

Встановлено, що індекс фізичної активності у школярів з вадами слуху нижчий від аналогічного показника школярів без вад слуху на 4,2 бала.

Перебування дівчат з вадами слуху на свіжому повітрі становить $2,8 \pm 0,3$ год. на добу проти $3,1 \pm 0,5$ год. у юнаків з вадами слуху (при гігієнічній нормі 3-3,5 год.).

Більшість школярів з вадами слуху веде малорухливий спосіб життя, що корелює із низьким рівнем соматичного здоров'я школярів з вадами слуху. Отже, більше половини школярів з вадами слуху задовольняють свою потребу в рухах

лише на 20 %. Проте підвищення рухової активності школярів необхідне для збереження і відтворення їх здоров'я. Забезпечувати належний рівень треба через використання засобів управління руховим режимом старших школярів, які сприяють створенню необхідних умов для інтенсифікації уроків фізичної культури шляхом активізації ігрової діяльності, що може відіграти в цьому процесі вирішальну роль.

Динаміка стану соматичного здоров'я школярів є важливим критерієм, який визначає відповідність між учбовим навантаженням, шкільним режимом, умовами навчання і віковими можливостями школярів. До початку педагогічного експерименту 36,6 % дівчат мали низький, 46,3 % нижчий за середнього, 17,1 % середній рівень соматичного здоров'я. Найменший відсоток складала юнаки, які мали вищий за середній рівень соматичного здоров'я (1,2 % від всіх обстежених), з середнім рівнем соматичного здоров'я – виявлено 12,3 %, нижче середнього – 52,6 %, а з низьким рівнем – 33,9%. При комплексній оцінці стану соматичного здоров'я встановлено, що серед юнаків 15 років більше школярів 1 групи здоров'я, ніж серед дівчат. При цьому в школі-інтернаті серед юнаків було більше школярів 2 і менше 3 групи здоров'я.

3.2. Розробка програми соціальної інтеграції учнів із порушеннями слуху засобами рухливих ігор

Комплексна програма соціальної інтеграції учнів із порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання розроблена з врахуванням морфо-функціональних та психоемоційних особливостей школярів із вадами слуху, вона включає ігрові заняття з елементами сурдопедагогіки, релаксацію, психогімнастику, додаткові види занять руховою активністю.

Мета програми: сприяти успішній соціалізації та соціальній інтеграції школярів з порушеним слухом засобами адаптивного фізичного виховання (рухливих ігор). Завдання комплексної корекційної програми: 1) ознайомити школярів з порушеним слухом з різними видами ігор і забав, у тому числі з

елементами національної культури, забезпечити передачу їм кращих зразків народного досвіду формування тіла і духа; 2) сприяти підвищенню працездатності неповносправних учнів упродовж навчального дня через оновлення ігровими засобами змісту різних форм їх активного відпочинку; 3) розвивати основні рухові якості у школярів з вадами слуху з урахуванням можливостей організму дітей; 4) формувати переконання у необхідності систематичних занять народними рухливими іграми та внутрішню установку до самовдосконалення.

Під час розробки програми ми враховували завдання, які вирішуються в процесі адаптивного фізичного виховання, серед яких: загальноосвітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку навчання основ 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 з вадами слуху, зумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру.

Загальними принципами для реалізації даної програми є: регулярність, систематичність і безперервність застосування фізичних вправ; індивідуалізація фізичних вправ; поступове, суворо дозоване фізичне навантаження, корекційна спрямованість [13].

Акцент зроблено на принципі корекційної спрямованості, що реалізувався завдяки індивідуально-диференційованому підходу до кожної дитини, враховуючи при цьому структуру та вираженість порушень, виявлення потенційних можливостей кожної дитини зокрема. Корекційна спрямованість виражається і у доборі засобів адаптивного фізичного виховання, спрямованих на подолання існуючих порушень рухової функції у глухих дітей. Враховуючи те, що для глухих дітей характерна швидка втомлюваність, менша стійкість уваги, порушення координації рухів, невпевненість та низький темп виконання рухів, вайлуватість, важкість збереження статичної та динамічної рівноваги,

низький рівень розвитку просторової орієнтації, менший обсяг короткочасної пам'яті, важчий процес входження в навчання, запропоновані рухливі ігри були спрямовані на зменшення та подолання цих явищ. У навчанні глухих дітей широко використовуються збережені аналізатори: зоровий, руховий, тактильний.

Основними формами адаптивного фізичного виховання в програмі обрано: ранкову гігієнічну гімнастику, рухливі ігри на прогулянках, уроках фізичної культури та на перервах, фізкультхвилинки, фізкультпаузи з використанням рухливих ігор під музику.

Ігровий матеріал у навчальному році використовується у відповідності до вимог чинних навчальних програм шкільного курсу „Фізична культура”: I чверть – для розвитку швидкості і витривалості (ігри з елементами бігу); II чверть – для вироблення гнучкості і сили (ігри з елементами імітаційних рухів та опору); III чверть – для забезпечення спритності і швидкісно-силових якостей (ігри з елементами стрибків, метання, подолання перешкод); IV чверть для закріплення основних рухових навичок і фізичних якостей шляхом повторення ігор, які використовувались впродовж навчального року.

Окрім запропонованої ігрової діяльності в програму соціальної інтеграції включено релаксацію, психогімнастику та додаткові види занять руховою активністю. Релаксація – використання спеціальних вправ, які допомагають розслабити м'язи рук, ніг, обличчя, тулуба. Вони дозволяють заспокоїти дітей і зняти м'язове й емоційне напруження, що є головною умовою для природного мовлення.

Психогімнастика проводиться з метою відновлення та збереження емоційного благополуччя й попередження психічних розладів. До її складу входять ігрові завдання, елементи психологічних етюдів, виразної пантоміми, пластичні вправи.

Додаткові види занять (спортивні танці та аеробіка, заняття з лікувальної фізкультури, заняття зі спортивного орієнтування) організовуються з метою

збагачення і розвитку рухової сфери дітей із вадами слуху, а також наповнення її емоційно-виразним змістом.

Однак, основним засобом виступила ігрова діяльність. Пропонуємо орієнтовану сітку годин розподілу ігрового матеріалу для школярів з вадами слуху.

Таблиця 3.9

Розподіл навчального ігрового матеріалу

Навчальний ігровий матеріал	Кількість годин
Теоретична підготовка	1
Імітаційні ігри з елементами загально розвиваючих вправ	7
Рухливі ігри з розвитку фізичних якостей (з елементами бігу, стрибків, метання, долання опору)	12
Ігри з координації рухів	5
Ігри з розвитку уваги	5
Ігри на розвиток пам'яті та інтелекту	4
Всього	34

Для реалізації цих завдань програма пропонує ігровий матеріал у трьох частинах. У першій відібрані народні рухливі ігри і забави для спортивно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня спеціального навчального закладу. Вони покликані підняти продуктивність навчальної праці, запобігти гіподинамії. При цьому перевага надана колективним сюжетним іграм з імітаційними рухами, які в своєму змісті відповідають конкретній порі року. Це дасть можливість забезпечити в комплексі реалізацію виховних, освітніх і оздоровчих завдань. Ігри привчать школярів з вадами слуху до спільних узгоджених дій певного ритму, прискорять розвиток моторної пам'яті, яка відіграє важливу роль у формуванні рухових умінь і навичок, і будуть сприяти соціальній інтеграції їх в суспільство. Вони позитивно вплинуть на інші її види (образну, емоційну); розвиватимуть опорно-рухову систему, будуть запобігати порушенню постави, зміцнять систему органів дихання (збільшиться життєва ємність легенів), а їх емоційний фон стимулюватиме активність, що забезпечить удосконалення функціональних можливостей організму в цілому.

До другої частини увійшли різні види народних рухливих ігор і забав, що створюють умови для комплексного виховання як рухових, так і морально-вольових якостей.

У третій частині пропонуються ігри для домашніх завдань. Вони сприятимуть підвищенню рівня фізичної підготовленості дітей з вадами слуху, так як беруться до уваги можливості їх організму та фізичного розвитку [13].

Основною метою застосування фізичних вправ для школярів з вадами слуху є нормалізація рухової діяльності шляхом виховання координаційних здібностей.

Часто застосовані методи і засоби реабілітаційного впливу щодо школярів із вадами слуху зводяться до застосування гімнастичних вправ, що сприяє лише тимчасовій корекції рухової функції і в більшості випадків не призводить до досягнення бажаного результату.

Загальний режим організованої рухової активності (з урахуванням цілодобового перебування школярів з вадами слуху у спеціалізованій школі-інтернаті) складав не менше 14 годин щотижнево. У процесі проведення занять ми намагалися замінити пасивний відпочинок на активний, який суттєво сприяє процесу соціальної інтеграції і завдяки якому реалізуються інші соціально значимі функції вільного часу.

Застосування спортивно-оздоровчих заходів передбачало такі задачі: 1) здійснити оздоровчий вплив на організм школярів; 2) сприяти розширенню рухових здібностей; 3) покращити координацію рухів; 4) сприяти соціальній інтеграції школярів з вадами слуху.

Методика спортивно-оздоровчих заходів будувалася у залежності від ступеня психофізичних порушень. Поряд з гімнастичними вправами, спрямованими на розвиток координації рухів, рівноваги, зміцнення м'язів тулуба і кінцівок, застосовувалися українські народні рухливі ігри.

Основні, найбільш ефективні фізичні вправи, які застосовувалися нами для підготовки школярів з вадами слуху до участі в іграх, сприяли більш успішному виконанню складно-координаційних і рухових елементів в іграх.

В основі програми соціальної інтеграції засобами рухової активності лежить ігрова діяльність. Гра – специфічний вид рухової діяльності, спрямований на досягнення поставленої мети.

Рухливі ігри займають провідне місце не тільки у фізичному вихованні здорової людини, але й у процесі фізичної реабілітації неповносправних, дозволяючи на високому емоційному рівні ефективно вирішувати реабілітаційні та виховні завдання, формувати високоморальну, благородну поведінку по відношенню до інших, зміщувати у неповносправних акцент з перемоги над іншими на перемогу над собою, на подолання власних слабостей, недоліків, на повний та різнобічний розвиток своїх здібностей.

Емоції у грі мають складний характер – це і задоволення від м'язової роботи, відчуття жвавості та енергії, можливість дружнього спілкування у колективній грі, радість від досягнення поставленої мети. Під час рухової гри здійснюється комплексний вплив на моторику та нервово-психічну сферу дітей із вадами слуху [1, 13].

За останній час у загальному комплексі заходів з реабілітації неповносправних з порушеннями слуху все більше уваги приділяють ігровій діяльності як елементу соціальної адаптації та інтеграції, в процесі якої школярі мають можливість спілкуватися, обмінюватися досвідом, набувати навичок самостійного вирішення завдань, творчого мислення, розвивати та удосконалювати позитивні психічні та вольові якості.

У таблиці 3.10 подано орієнтований розподіл рухливих ігор, спрямованих на розвиток окремих психічних та вольових якостей.

У процесі ігор ми намагалися різносторонньо розвивати у школярів із вадами слуху свої здібності як фізичні, так моральні, інтелектуальні й естетичні.

Таблиця 3.10

Класифікація рухливих ігор за впливом на психологічний стан учнів з вадами слуху

Психологічні якості і властивості	Назва рухливої гри
Самопочуття	„М'яч середньому", „Горюдуб", „Пиж", „М'яч сусіду", „Покоти і дожени", „Схопи м'яч".
Увага	„Виклик номерів", „Увага, починаємо!", „Шило", „Під мостом", „Заєць без лігва", „Відповідь на сигнал".
Тривожність	„Квач, дай руки", „Квач", „Піжмурки", „Мисливці і мавпи", „Вовк та козенята", „Риби та рибалки",
Самотність	„Квачі маршем", „Кіт і мишка", „Ціль", „Жучок", „Хто перший", „Хто пішов".
Розумова працездатність	„Виставка картин", „Курчата і горошинки", „Пройди по лінії", „Здогадайся та відтвори", „Порахуй
Пам'ять	„Подивись і замалюй", „Спостерігачі", „Придивись і обернись", Подивись, запам'ятай, замалюй", „Запам'ятай", „Хто більше запам'ятав".
Інтелект	„Їстівне, неїстівне", „Листоноші", „Рахунок по колу". „Повтори сліди", „Пройди, не помились", „Земля, вода, вогонь, повітря".
Товариськість і колективізм	„Козаки-розбійники", „Причепи вагон", „Захищай товариша", „Боротьба за прапорці", „Квач з виручкою", „Ой летіла, зозуленька".
Почуття відповідальності	„Ремінь", „Збери м'ячі", „Білі ведмеді". „Віднайти предмет", „Космонавти", „Виконуй
Вольові якості	„У царя", „Лавина", „Через ліс", „Перетягування на пальцях", „Постав коробки", „Не давай м'яч
Моральні якості	„Кільце", „Бережи предмет", „Хитра лисиця", „Вовк у рові", „Ловля з присіданням", „Наввипередки

Крім того, при організації занять із школярами з вадами слуху з метою відновлення, ігри орієнтовно класифікувались за ступенем психофізичного навантаження (табл. 3.11), важливими фізичними якостями, які переважно проявляються у грі (табл. 3.12) і за формами організації та їх спрямованістю на розвиток і покращення основних рухових якостей (табл. 3.13).

Таблиця 3.11

Орієнтований розподіл рухливих ігор за ступенем психофізичного навантаження

Рухливі ігри	Ступінь психофізичного навантаження			
	незначна	помірна	тонізуюча	тренуюча
Пінгвіни				*
Не дай впасти				*
Швидко в шеренгу			*	
Боротьба за м'яч		*		
Хвилинка			*	
Пусте місце		*		
Класи з м'ячем			*	
Пролітай та втікай		*		
Влучи у м'яч	*			
Метання тенісних м'ячів		*		
Третій зайвий			*	
Перенесення набивних м'ячів		*		*

В основу вибору тієї чи іншої гри ми поклали головну мету (наприклад, опрацювати складну і просту координацію рухів), якій підпорядковували всі її елементи. При виборі гри ми враховували також можливість школярів активно взаємодіяти з партнерами по грі [1, 13].

Застосовувалися ігри для розвитку координації рухів, орієнтації у просторі, зміцнення зв'язково-м'язового апарату стопи, концентрації уваги, швидкості реакції на сигнал, спритність, влучність, а також рекомендували ігри, в яких необхідні насамперед точність, швидкість, координація рухів, що сприяли б розвитку функції серцево-судинної і дихальної систем та функції зорового та вестибулярного аналізаторів.

Таблиця 3.12

**Розподіл ігор за переважаючим впливом на розвиток окремих
фізичних якостей**

№	Найважливіші фізичні якості					
	Швидкісні здібності	М'язова сила	Витривалість	Спритність	Гнучкість	Координація рухів
1	Наступ	Боротьба на руках	Наздогнати суперника	Хто спритніший	Палку за спину	Рівновага на лінії
2	Швидко в шеренгу	Рухомий ринг	Вудочка	Підбери предмети	Гонка м'ячів	Поштовха ми долонями
3	Квачі по колу	Зверху вниз	Квачі зі скакалкою	Хто більше?	Міст кішка	Не намочи ніг
4	Швидкі та спритні	Не зійти з лінії	Завмри на місці	Спритні металники	Найгнучкіший	Сісти-встати
5	Біг нав-випередки	Пробийте коло	Зумій наздогнати	Спритні руки	Біг раків	Підними городок
6	3 кола в коло	Ловля парами	Спіймай жабку	Швидкі пальці	Мисливці та качки	Переможи суперника

При виборі ігор потрібно враховувати час їх проведення (урок фізичної культури, ранкова гімнастика, велика перерва, заняття з лікувальної фізичної культури, прогулянка, позаурочний час, релаксація). Учителю-реабілітологу також потрібно звертати увагу і на найбільш небезпечні моменти, які можуть виникнути під час проведення гри, та бути готовим підстрахувати дітей.

Під час занять необхідно чергувати ігри високої інтенсивності з малорухливими. У підготовчій частині уроку ми використовували ігри низької та середньої інтенсивності. Це ігри невеликої рухливості та складності, на увагу, зосередженість, поступову фізіологічну та психологічну підготовку організму школяра до фізичного навантаження в основній частині уроку.

Таблиця 3.13

Розподіл рухливих ігор щодо їх впливу на розвиток основних рухових якостей

Рухові якості й психофізіологічні параметри	Назва рухливих ігор
Координація рухів	„Заборонені рухи", „Обертання обручів", „Не помились", „Звивистим шляхом", „Зумій побудувати", „Зміна місць"
Орієнтація в просторі, рівновага	„Вірний поворот", „Зрізування призивів", „Ногою по м'ячу", „Совеня", „Не втрачай рівноваги", „Піймай м'яч у повітрі"
Функції серцево-судинної і дихальної системи	„Накидання кілець", „Влучно у ціль", „Падаюча палиця". „Між двох вогнів", „М'яч у повітрі", „Передача за
Концентрація уваги, швидкість реакції на сигнал	„Візьми булаву", „Хто швидше", „Другий зайвий". „Полювання на зайців", „Влучне око", „Над собою та об стіну"
Функції зорового і вестибулярного аналізаторів	„Ходьба з біноклем", „Відгадай, чий голос", „Хто більше побачив", „Слухай сигнал", „Назад по колоні та по колу", „Естафета парами"
Спритність	„Влучно в ціль", „Хто найвлучніший", „Перестрілки", „Накидання мішечків на стілець", „Влучний пас", „У коло"
Моторика малих м'язових груп	„Посадка картоплі", „Квач зі стрічками", „Перенесення булав", „На будівництві", „Точна подача", „Попади у ціль"

В основній частині уроку застосовуємо ігри середньої та високої інтенсивності. Вони сприяють закріпленню та удосконаленню тих чи інших рухових дій, вирішенню поставлених на уроці завдань. Використання ігор наприкінці основної частини допомагає поступово знизити навантаження, зберегти і посилити позитивні емоції, підготувати дітей до наступних занять.

У заключній частині уроку використовуємо рухливі ігри низької інтенсивності. Вони сприяють зниженню фізичного та психологічного

навантаження учнів на уроці, ігри на увагу, з простими рухами, на відновлення дихання. На кожному уроці ми проводили 3-4 гри.

Під час організації та проведення адаптивних рухливих ігор та естафет з глухими дітьми ми дотримувалися таких спеціальних методичних рекомендацій:

1. Адаптивні рухливі ігри повинні проводитися з урахуванням фізичного й психічного розвитку глухих дітей, стану їхньої психомоторної функції, особливостей поведінки й характеру.

2. У кожній грі необхідна активна участь вчителя: пояснення правил гри, показ дій, при необхідності спільні дії з дітьми, спостереження за виконанням ігрових завдань, попередження конфліктних ситуацій і травматизму під час організації ігрової діяльності глухих дітей молодшого шкільного віку.

3. Кожна гра повинна мати цільову спрямованість й ігрові завдання мають бути підпорядковані їй.

4. Тривалість гри визначається активністю глухих дітей, їхнім інтересом до виконання ігрового завдання. При перших ознаках стомлення варто перевести школярів на інший вид діяльності. Педагог постійно заохочує дітей, надаючи їм своєчасну допомогу, робить це ненав'язливо, непомітно для дітей.

5. Ігрові завдання повинні бути посильними й зрозумілими, але в той же час містити елемент складності.

6. Навчання треба починати із простих ігор, поступово ускладнюючи їх та модифікуючи.

7. Ігри варто комбінувати й поєднувати таким чином, щоб вони чинили різнобічний вплив на організм дитини, а також забезпечували чергування психофізичного навантаження

8. Ігровий матеріал має бути яскравим, цікавим, доступним для користування глухими дітьми певного віку й рівня їх психомоторного розвитку.

9. Під час організації ігор вчитель повинен об'єднати дітей у групи з урахуванням їх психомоторного розвитку та ступеня ураження слухової і вестибулярної функцій.

10. При необхідності під час проведення рухливих ігор у занятті бере участь не тільки вчитель фізичної культури, але й класний керівник або вихователь.

Отже, запропонована нами програма рухливих ігор спрямована і на збільшення рухової активності глухих дітей внаслідок використання на уроках та при підготовці домашніх завдань фізкультурних пауз і фізкультурних хвилинок, комплексів вправ для профілактики та корекції недоліків постави.

3.3. Ефективність програми соціальної інтеграції учнів із порушеннями слуху засобами рухливих ігор

Ігрова діяльність у групі сприяє комунікації між школярами із вадами слуху, тому після завершення експерименту ми проаналізували специфічні особливості психологічної готовності до спілкування та побачили, що позитивні відповіді серед школярів експериментальної групи (ЕГ) суттєво зросли. Це співвідношення склало у юнаків 57,4 % і 46,9 % у дівчат у порівнянні з результатами контрольної групи (КГ) – відповідно 39,3 % і 41,2 %. Приріст результатів за цим показником складає відповідно 18,1 % і 5,7 % ($P < 0,05$). У зв'язку з цим, позитивну динаміку у показниках ЕГ ми схильні пояснювати тим, що цілеспрямоване використання засобів фізичної культури забезпечило не тільки позитивний настрій і належну мотивацію до занять, але й сприяло значним когнітивним змінам у сфері самосвідомості школярів з вадами слуху.

У контексті ефекту формувального експерименту цікавим є те, що на 12,6 % збільшилася кількість школярів ЕГ, які позитивно оцінили радість людського спілкування, на 32,2 % стало більше старшокласників, які усвідомлюють безперспективність конфліктних міжособистісних стосунків у групі.

Аналіз показників знань, вмінь, навичок і здібностей, які найбільше виражені на особистісному рівні не виявив статистично значимих відмінностей у представників КГ і ЕГ. Однак, ми констатуємо відносне зростання окремих психологічних характеристик школярів ЕГ за показниками рівня

комунікабельності, знання культури, традицій спілкування, норм і правил поведінки, вміння відчувати внутрішній стан співрозмовника, ініціативності у спілкуванні. Ці значення суттєво перевищують показники школярів КГ, що пояснюється підвищеними вимогами до рівня комунікативної підготовки школярів ЕГ під формуючим впливом ігрових вправ і специфічних для національних рухливих ігор правил.

Збільшення значимості факторів соціальної інтеграції після експерименту серед школярів ЕГ пов'язано з шкалою взаємозалежності від групи, комунікабельності і зниження конфліктності у класі. Встановлено, що після експерименту у 56,7 % юнаків і у 52,3 % дівчат ЕГ переважає середній і вище середнього рівень сформованості потреби у спілкуванні. Серед школярів ЕГ істотними показниками є вияв високого рівня розвитку комунікативних (45,9 % у юнаків і 46,1 % у дівчат ЕГ) здібностей. У КГ ці показники становлять відповідно 31,2 % і 31,5 %.

Проведене анкетування в кінці педагогічного експерименту показало, що у школярів з вадами слуху покращилися настрої і самопочуття, підвищилася загальна активність, знизився рівень тривожності (табл. 3.14).

По завершенню експерименту у юнаків середній бал самопочуття покращився з $4,52 \pm 0,12$ до $5,67 \pm 0,31$ бала, а у дівчат з $5,10 \pm 0,11$ до $6,34 \pm 0,36$ до бала ($P < 0,01$). Вияв активності, рухливості, швидкості та діяльності у юнаків підвищується з $4,02 \pm 0,23$ до $5,52 \pm 0,17$ бала, у дівчат – з $4,12 \pm 0,12$ до $4,87 \pm 0,22$ бала ($P < 0,01$). Показники настрою на кінець педагогічного експерименту у юнаків змінився з $4,32 \pm 0,21$ до $5,48 \pm 0,14$ бала ($P < 0,01$), у дівчат з $5,32 \pm 0,08$ до $6,31 \pm 0,14$ бала ($P < 0,001$).

Значні зміни відбулися в рівні тривожності: у юнаків він зменшився на 14,9 %, а у дівчат на 11,3 %. Проте залишилося 39,2 % юнаків і 35,7 % дівчат, які проявляли окремі ознаки тривожності, а згадали про почуття вираженої тривоги відповідно 23,4 % юнаків і 38,7 % дівчат.

Таблиця 3.14

Зміни показників психічного стану школярів із вадами слуху під впливом експериментальної програми, бали

Показники психічного стану	Стать	Групи школярів	$M_x \pm S_{m_x}$	P
Самопочуття	Ч	КГ	4,52 ± 0,12	< 0,01
		ЕГ	5,67 ± 0,31	
	Ж	КГ	5,10 ± 0,11	< 0,01
		ЕГ	6,34 ± 0,36	
Активність	Ч	КГ	4,02 ± 0,23	< 0,01
		ЕГ	5,52 ± 0,17	
	Ж	КГ	4,12 ± 0,12	< 0,001
		ЕГ	4,87 ± 0,22	
Настрій	Ч	КГ	5,30 ± 0,11	< 0,001
		ЕГ	4,37 ± 0,21	
	Ж	КГ	6,40 ± 0,06	< 0,001
		ЕГ	5,30 ± 0,14	
Реактивна тривожність	Ч	КГ	44,90 ± 1,74	< 0,001
		ЕГ	29,70 ± 2,36	
	Ж	КГ	42,60 ± 2,11	< 0,001
		ЕГ	30,20 ± 2,71	
Особиста тривожність	Ч	КГ	39,30 ± 2,26	< 0,001
		ЕГ	27,80 ± 2,45	
	Ж	КГ	37,90 ± 2,74	< 0,01
		ЕГ	29,40 ± 3,06	

Реалізація комплексної програми фізичного виховання дозволила на 25,7 % збільшити кількість юнаків, які не відчують тривогу; на 19,8 % – інколи відчують тривогу; на 59,3 % зменшилася кількість юнаків, які часто або майже завжди відчують тривогу.

У дівчат результати самооцінки особистісного стану тривожності показали, що таких, які не відчують тривоги зовсім, збільшилося на 22,4 %, таких, які інколи її відчують зменшилося на 16,1 %, на 58,8 % зменшилася таких, які часто або майже завжди відчують тривогу. При бальній оцінці показники реактивної тривожності у юнаків з вадами слуху із середнього рівня (44,2 ± 1,4 бала) знизилась до низького рівня (30,42 ± 1,02 бала), показники особистісної тривожності – з 38,9 ± 1,7 бала (середній рівень) до 26,60 ± 2,12

бала (низький рівень) ($P < 0,001$). У дівчат показник реактивної тривожності знизився з $42,20 \pm 2,35$ до $30,40 \pm 2,18$ бала ($P < 0,001$), а показник особистісної тривожності – з $38,10 \pm 2,33$ до $29,20 \pm 2,17$ бала ($P < 0,05$). При цьому рівень тривожності у зв'язку із станом здоров'я та сформованості основних морально-вольових якостей у школярів з вадами слуху знизився у юнаків і дівчат до середнього рівня (відповідно з $24,8 \pm 1,9$ до $12,90 \pm 1,14$ бала; і з $18,2 \pm 1,1$ до $12,20 \pm 1,04$ бала ($P < 0,05$).

Стан соматичного здоров'я поряд із рівнем розвитку основних рухових якостей є одним із критеріїв оцінки ефективності системи фізичного виховання старших школярів з вадами слуху.

У кінці експерименту було виявлено статистично значиму різницю ростових показників у старшокласників ЕГ у порівнянні із такими показниками КГ ($P < 0,05$). У табл. 3.15 показано, що у юнаків і дівчат ЕГ маса тіла збільшилась відповідно на $1,2 \pm 0,3$ кг і $1,7 \pm 0,4$ кг.

Таблиця 3.15

Морфо-функціональні зміни в учнів з вадами слуху після експерименту

Показники		Експериментальна група			Контрольна група			t	P
		M _x	S _x	S _{mx}	M _x	S _x	S _{mx}		
Маса тіла, кг	х	52,81	0,45	1,10	54,10	1,30	4,89	10,81	< 0,001
	д	54,02	0,51	1,24	54,80	1,10	10,46	11,35	< 0,001
Ріст, см	х	162,0	8	2,07	159,0	6,01	3,51	2,01	>0,05
	д	159,0	6	1,74	158,0	0,91	2,60	4,34	< 0,002
Частота серцевих скорочень, уд./хв.	х	80,6	4,2	6,22	88,12	1,20	4,11	2,88	< 0,001
	д	86,2	6,1	5,87	88,41	0,91	2,46	2,97	>0,05
Артеріальний тиск, мм.рт.ст.	х	106/ 67	12	3,98	110/ 69	8,02	1,76	12,14	< 0,003
	д	106/ 65	7	2,40	105/ 70	6,03	2,12	14,32	< 0,002
Кистьова динамометрія, кг	х	23	0,4	1,43	20	0,50	1,75	10,78	< 0,003
	д	20	0,3	1,82	18	0,70	1,82	14,27	< 0,001
ЖСЛ, мл	х	4258	0,6	0,52	4107	0,42	0,36	9,65	< 0,001
	д	4036	0,9	0,47	3953	0,81	0,81	9,89	>0,05

У КГ цей приріст був достовірно більшим відповідно на $1,9 \pm 0,2$ кг і $2,1 \pm 0,5$ кг ($P < 0,02$). Різниця між показниками маси тіла школярів ЕГ становить на $0,4-0,7$ кг менше, ніж у представників КГ. При цьому ріст юнаків і дівчат ЕГ був більшим відповідно на $1,12$ см і $0,75$ см, порівняно з КГ. У школярів ЕГ вірогідно зросли показники ЖЄЛ (табл. 4.9). Як видно у юнаків на $48,21$ %, а у дівчат на $42,83$ %. У кінці експерименту відбулося вірогідне покращення ($P < 0,05$) показника життєвого індексу, який у юнаків хлопців і дівчат зріс відповідно на $32,55$ % і $43,91$ %.

Застосування програми сприяло удосконаленню функціональних можливостей та розвитку фізичних якостей школярів. Зокрема виявлені вірогідні зміни у показниках кистьової динамометрії ($P < 0,05$). При цьому приріст силових якостей був більшим у юнаків. Аналіз результатів кистьової динамометрії показав, що в експериментальній групі вони покращилися у юнаків на $3,9$ кг ($26,34$ %), у дівчат – на $3,1$ кг ($29,82$ %).

Оцінка фізичної працездатності (ФПр) після одного року навчання за нашою програмою показав, що показник PWC_{170} збільшився в експериментальній групі як у дівчат так і у юнаків (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Рівень фізичної працездатності учнів після експерименту

№ підгрупи	Показники PWC_{170}			
	кгм/хв		Вт	
	До	Після	До	Після
Юнаки				
ЕГ	$381,36 \pm 5,42$	$422,12 \pm 8,90$	61,1	73,3
КГ	$382,43 \pm 5,70$	$400,23 \pm 9,00$	61,2	68,1
Дівчата				
ЕГ	$353,41 \pm 6,91$	$390,62 \pm 7,45$	60,5	65,0
КГ	$352,56 \pm 5,20$	$370,84 \pm 8,46$	58,6	61,6

Так, у юнаків КГ приріст становив $17,80$ кгм/хв, що становить $4,65$ % від початкових значень ($P < 0,05$). Найбільший приріст показника PWC_{170} був у юнаків ЕГ – $40,76$ кгм/хв, що на $36,11$ % більше, ніж в контрольній групі ($P < 0,05$). Серед дівчат найбільший приріст становив в ЕГ – $37,21$ кгм/хв

($P < 0,05$), що на 49,12 % більше, ніж в контрольній групі ($P < 0,05$). Відносна величина фізичної працездатності була вища у хлопців, ніж у дівчат у всіх досліджуваних групах.

Встановлено, що добова рухова активність у юнаків ЕГ становила $13078 \pm 16,12$, а у дівчат $11664 \pm 10,85$ локомоцій, що відповідно на 22,16 % і 21,6 % більше, ніж до початку експерименту. Різниця між показниками добової рухової активності експериментальної і контрольної груп становить у хлопців 1039 локомоцій (16,82 %) та у дівчат 885 локомоції (12,14 %).

В ЕГ добова рухова активність збільшувалася переважно за рахунок рухової активності в режимі навчального дня і після школи до сну (у юнаків ці види рухової активності зросли відповідно на 42,93 % і 15,87 %, а у дівчат на 46,38 % і 16,25 %).

Таблиця 3.17

Зміни добової рухової активності учнів із вадами слуху під час експерименту

Статистичні показники		Кількість локомоцій						t	P	
		Експериментальна група			Контрольна група					
		M_x	S_x	S_{mx}	M_x	S_x	S_{mx}			
Зони рухової активності	До початку уроків	х	1794	121,34	20,15	1804	263,07	69,18	12,31	<0,01
		д	1510	101,73	19,28	1573	342,81	60,32	14,45	<0,01
В режимі навчального дня		х	5235	202,14	25,41	4244	127,46	12,54	3,01	>0,05
		д	4176	215,91	34,18	3748	315,24	51,70	1,34	<0,02
Після школи до сну		х	6049	586,17	15,11	5991	456,78	79,12	12,43	<0,01
		д	5978	521,35	64,27	5458	431,90	87,43	41,52	>0,05
Всього за добу		х	13078	1243	267	12039	0,61	0,24	0	<0,03
		д	11664	1044	209	10779	0,63	0,12	5,98	<0,02

На кінець дослідження було показано, що при незмінному загальному часі перебування в школі (4,4 год.), загальній тривалості рухового компоненту в добовому бюджеті часу (14,8 % доби) і стабільному індексі рухової активності

(36,94 бали) рівень рухової активності збільшився на 15-17 %, що забезпечує добову норму на 73-79 % (проти 60-65 % на початку дослідження). На нашу думку, такий перерозподіл обумовлений зміною локомоторного режиму уроку фізичної культури за рахунок використання рухливих народних ігор.

Отже, аналіз даних добової рухової активності ЕГ показав, що суттєвих змін тривалості їхнього рухового компоненту в ДБЧ не відбулося. Проте добова рухова активність старшокласників ЕГ збільшилась на 23,26 % за рахунок рухового компоненту в режимі навчального дня (урок фізичної культури) і рухової активності після школи до сну (домашні завдання з фізичної культури).

Частота захворювань та їх тривалість є одним із показників стану здоров'я школярів. Якщо взяти до уваги періодизацію навчального року, то в першій чверті показники захворюваності школярів як контрольній, так і в дослідній групах не відрізнялися між собою (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Показники захворюваності учнів з вадами слуху до і під час експерименту (у відсотках до загальної кількості навчальних днів)

Групи		Пропущено через хворобу навчальних днів				
		1 чверть	2 чверть	3 чверть	4 чверть	за навчальний рік
До експерименту						
Юнаки	х	1,29	2,97	2,71	1,58	8,55
Дівчата	д	1,35	2,82	2,85	1,46	8,48
Під час експерименту						
Експериментальна група / ЕГ	х	1,21	2,47	1,53	1,20	6,41
	д	1,28	2,14	1,71	1,17	6,30
Контрольна група / КГ	х	1,20	2,97	2,72	1,59	8,48
	д	1,29	2,82	2,84	1,47	8,42

Середня кількість пропущених по хворобі днів у другій чверті в обох групах збільшилась в 1,67-2,15 рази. Відносна кількість пропусків в ЕГ склала у юнаків 2,45 %, у дівчат 2,11 %, в КГ – відповідно 2,97 % і 2,82 %. У третій

навчальній чверті ця різниця зростає ще більше - у юнаків на 1,23 %, у дівчат на 1,16 %. У четвертій чверті показники захворюваності в ЕГ були нижчими, ніж у КГ, але зменшилась різниця, яка становила у юнаків тільки 0,42 % і у дівчат 0,36 %.

При проведенні групового аналізу показників захворюваності встановлено, що дівчата пропускають більше уроків, ніж юнаки. Різниця в кількості пропущених занять по хворобі між ними становить в ЕГ 0,69 %, в КГ 0,85 %.

У другій та третій навчальних чвертях, які припадають на холодну пору року спостерігається пік захворюваності у всіх досліджуваних групах.

В загальному протягом навчального року діти ЕГ пропускали на 24,41 % занять менше, ніж їх однолітки з КГ.

Висновки до розділу 3

1. Теоретично обґрунтовано та розроблено програму соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами рухливих ігор. Експериментальна програма, базуючись на наявності взаємозв'язку між соматичними, психічними і функціональними показниками, передбачає поліпшення психофізіологічного стану школярів з порушенням слуху, як важливої складової їх соціальної інтеграції. Рухливі ігри використовуються: для розвитку швидкості і витривалості (ігри з елементами бігу); для вироблення гнучкості і сили (ігри з елементами імітаційних рухів та опору); для забезпечення спритності і швидкісно-силових якостей (ігри з елементами стрибків, метання, подолання перешкод); для закріплення основних рухових навичок і фізичних якостей шляхом повторення ігор.

Окрім запропонованої ігрової діяльності в програму соціальної інтеграції включено релаксацію, психогімнастику та додаткові види занять руховою активністю (спортивні танці та аеробіка, заняття з лікувальної фізкультури).

2. Підтверджено, що школярі із вадами слуху мають особливості психологічного стану. Зокрема, аналіз результатів психологічного анкетування показав середній рівень реактивної та особистісної тривожності у школярів з вадами слуху; спостерігається тенденція до зростання тривожності в процесі навчання у школі-інтернаті. Оцінка рівня рухової активності школярів із вадами слуху виявила знижений на 16,2 % у юнаків і на 18,7 % у дівчат рівень загальної рухової активності, а основні показники фізичного розвитку знаходяться на рівні, що значно нижче від загальноприйнятих вікових стандартів.

3. Ефективність програми підтверджена показниками частоти захворювань та їх тривалістю, стану соматичного здоров'я. Школярі експериментальної групи протягом навчального року пропустили через хворобу на 8,7 % навчальних днів менше, ніж школярі КГ, а тривалість пропусків складала не більше 3-х навчальних днів.

Ефективність програми адаптивного фізичного виховання старшокласників у спеціалізованому закладі в значній мірі обумовлена позитивними зрушеннями в їх морфо-функціональному стані, стані соматичного здоров'я, підвищенні рухової активності та психологічних якостей і спрямована на досягнення соціальної інтеграції школярів з вадами слуху. По завершенню експерименту зросла потреба у спілкуванні, змінилися самопочуття, активність, настрої, тобто відбулася активізація мотивів до успішної соціальної інтеграції. У школярів з вадами слуху ЕГ відбулись істотні зміни показників функціонального стану: на 6,4 % збільшилися показники ЖЄЛ, на 8,6 % - фізичної працездатності, а на 4,6 % знизилися показники ЧСС ($P > 0,05$). Під впливом експериментальної програми в 1,6 рази збільшився об'єм рухової активності, що дало змогу віднести старшокласників ЕГ до групи школярів з високим рівнем рухової активності.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Актуальність оптимізації здоров'я і фізичного розвитку дітей в спеціальних освітніх установах в сучасних соціально-економічних умовах розвитку суспільства стоїть особливо гостро [12]. Важливим завданням у роботі з дітьми-інвалідами виступає запобігання й подолання негативних тенденцій, що породжують дитячу інвалідність, забезпечення необхідних передумов повноцінного фізичного, інтелектуального, духовного, морального і соціального розвитку означеної категорії дітей, що сприятиме реалізації конституційних норм і міжнародних обов'язків України перед світовою спільнотою [3, 17].

Вочевидь, виникає потреба глибокого розуміння педагогами сучасного стану корекційного навчання дітей з особливими потребами, наукового обґрунтування перспектив поліпшення їхньої підготовки до самостійного життя [4, 6, 8]. Корекція вторинних рухових недоліків фізичного розвитку та фізичної підготовленості, психомоторного розвитку, що виникли в результаті порушення слуху, є однією з найважливіших завдань адаптивного фізичного виховання [3, 12], саме цю проблему було порушено в магістерській роботі.

Узагальнення даних дало можливість розподілити їх на три групи: дані, які підтверджують, доповнюють наявні дані та абсолютно нові дані з проблеми дослідження.

У нашому дослідженні підтверджено дані вітчизняних вчених [6, 12, 18, 23] про те, що діти з вадами слуху відстають від своїх здорових однолітків за рівнем фізичного розвитку, основними функціональними показниками, мають відставання в розвитку основних рухових якостей та показників психомоторного розвитку.

Результати експериментальної роботи доповнюють теоретичні положення [8] про вплив рухливих ігор на психічний та фізичний стан учнів із вадами слуху.

Новою та доповнюючою роботи І. П. Випасняка [14] є розробка та апробування програми соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання, що базується на використанні рухливих ігор, які використовуються: у I чверті – для розвитку швидкості і витривалості (ігри з елементами бігу); II чверті – для вироблення гнучкості і сили (ігри з елементами імітаційних рухів та опору); III чверті – для забезпечення спритності і швидкісно-силових якостей (ігри з елементами стрибків, метання, подолання перешкод); IV чверть для закріплення основних рухових навичок і фізичних якостей шляхом повторення ігор.

Спеціальні методичні принципи адаптивної фізичної культури, на яких базується дана програма, полягають у забезпеченні єдності діагностики і корекції, диференціюванні (об'єднання дітей у відносно однорідні групи з урахуванням віку, клініки основного дефекту, показників соматичного розвитку та ін.) та індивідуалізації (врахування особливостей кожної дитини), компенсаторній спрямованості педагогічних впливів (використання збережених аналізаторів: зорового, тактильного, м'язово-суглобного).

Під час проведення рухливих ігор на уроках з фізичного виховання у спеціальній школі було визначено, що ігрова діяльність глухих дітей суттєво відрізняється від їх однолітків зі збереженим слухом. Самостійно організована активна ігрова діяльність вищезазначеної категорії дітей бідніша за змістом, більш одноманітна і проста, ніж у їх однолітків зі збереженим слухом. Разом з тим, глухі діти схильні до надмірної деталізації і педантичної передачі наочних дій, часто не дуже істотних для певної гри. Не рідко у глухих школярів відзначається прагнення до одноманітного відтворення і повторення тих самих ігор та ролей.

На нашу думку, виховне значення рухливих ігор полягає в тому, що вони: комплексно виховують такі фізичні якості, як сила, витривалість, швидкість, спритність, гнучкість; виховують морально-вольові якості; дають основи знань з валеології, народознавства; виховують любов до щоденних і систематичних занять фізичною культурою.

В програму соціальної інтеграції також включено програми з релаксації, психогімнастику та додаткові види занять руховою активністю (спортивні танці та аеробіка, заняття з лікувальної фізкультури). Дана програма, базуючись на наявності взаємозв'язку між соматичними, психічними і функціональними показниками, передбачає поліпшення психофізіологічного стану школярів з порушенням слуху, як важливої складової їх соціальної інтеграції.

Програма соціальної інтеграції школярів із вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання спрямована на їх подальшу адаптацію у суспільство. Це відбувається завдяки позитивним зрушенням в морфофункціональному стані, стані соматичного здоров'я, підвищенні рухової активності та психологічних якостей і спрямована на досягнення соціальної інтеграції школярів з вадами слуху. По завершенню експерименту зросла потреба у спілкуванні, змінилися самопочуття, активність, настрій, тобто відбулася активізація мотивів до успішної соціальної інтеграції. У школярів з вадами слуху експериментальної групи відбулись істотні зміни показників функціонального стану: на 6,4 % збільшилися показники ЖЄЛ, на 8,6 % - фізичної працездатності, а на 4,6 % знизилися показники ЧСС ($P > 0,05$). Під впливом експериментальної програми в 1,6 рази збільшився об'єм рухової активності, що дало змогу віднести старшокласників експериментальної групи до групи школярів з високим рівнем рухової активності. Школярі експериментальної групи протягом навчального року пропустили через хворобу на 8,7 % навчальних днів менше, ніж школярі контрольної групи, а тривалість пропусків складала не більше 3-х навчальних днів.

Таким чином, значення запропонованої нами програми, спрямованої на соціальну інтеграцію школярів із вадами слуху, у системі адаптивного фізичного виховання спеціалізованого закладу освіти дає позитивні результати і може бути рекомендована дана програма до подальшого використання у практиці адаптивного фізичного виховання спеціальних закладів освіти для дітей із порушенням слуху.

ВИСНОВКИ

1. Порухення слуху включає діапазон розладів, пов'язаних зі зниженням слуху та глухотою, внаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе. Дефекти слуху несприятливо відбивається на психофізичному розвитку дитини, у першу чергу страждає сприйняття і відтворення усного мовлення, що призводить до порушення соціальних контактів дитини з оточуючими людьми. Дефекти слуху впливають на психіку дитини, особливості її спілкування з людьми та оточуючим середовищем. Водночас спостерігається відставання у фізичному розвитку, що зумовлене обмеженою руховою активністю. Характерні риси рухової сфери дітей із вадами слуху такі: відхилення в розвитку моторної сфери, сукупність яких характеризує порушення координаційних здібностей; неточна координація і невпевненість рухів; сповільненість оволодіння руховими навичками; труднощі збереження у статичної та динамічного рівноваги; низький рівень розвитку просторового орієнтування; сповільнення швидкості рухової діяльності в цілому.

2. Одним із найбільш ефективних способів досягнення соціальної інтеграції дітей із вадами слуху є заняття фізичною культурою. Соціальна інтеграція дітей із порушеннями слуху засобами адаптивного фізичного виховання забезпечує не лише зміцнення здоров'я, розвиток комунікативних здібностей, а й формування мотивів і розуміння корисності виконання фізичних вправ. Визначальним фактором включення у соціум дітей із вадами слуху слугує адаптивне фізичне виховання, широкий спектр фізичних вправ якого дає можливість підвищити фізичну підготовленість дітей з особливими потребами до максимально можливого рівня. Оптимальна організація рухової активності дітей з вадами слуху не лише частково нівелює недоліки в розвитку рухової сфери, але зумовлює покращення рівня їхнього фізичного розвитку та функціонального стану основних систем життєзабезпечення, що позитивно впливає на соціальну інтеграцію.

Соціальну інтеграцію школярів з порушенням слуху необхідно розглядати як складну комплексну систему заходів, спрямованих на підвищення рівня фізичної і розумової працездатності, усунення вимушеного зниження рівня рухової активності, розвитку координаційних здібностей, порушення інших рухових якостей тощо.

3. Розроблено та апробовано програму соціальної інтеграції школярів із порушеннями слуху у процесі адаптивного фізичного виховання, що базується на використанні рухливих ігор. Програма, базуючись на наявності взаємозв'язку між соматичними, психічними і функціональними показниками, передбачає поліпшення психофізіологічного стану учнів з порушенням слуху, як важливої складової їх соціальної інтеграції та соціалізації. Рухливі ігри використовуються: у I чверті – для розвитку швидкості і витривалості (ігри з елементами бігу); II чверті – для вироблення гнучкості і сили (ігри з елементами імітаційних рухів та опору); III чверті – для забезпечення спритності і швидко-силових якостей (ігри з елементами стрибків, метання, подолання перешкод); IV чверть - для закріплення основних рухових навичок і фізичних якостей шляхом повторення ігор. У програму соціальної інтеграції також включено програми з релаксації, психогімнастику та додаткові види занять руховою активністю (спортивні танці та аеробіка, заняття з лікувальної фізкультури). У рухливих іграх створюються найсприятливіші умови для виховання фізичних якостей (сили, швидкості, витривалості, спритності, гнучкості). Корекційне значення рухливих ігор полягає у нівелюванні різниці у показниках розвитку психомоторної функції глухих дітей та їх однолітків зі збереженим слухом; корекції вад розвитку психомоторики з урахуванням можливостей вдосконалення компенсаторних функцій збережених аналізаторів.

4. Розроблена програма з використанням рухливих ігор мала свій суттєвий позитивний вплив практично на всі досліджувані параметри: фізичний розвиток, психічний стан, психомоторний розвиток. За час експерименту серед школярів експериментальної групи істотними показниками є вияв високого рівня розвитку комунікативних (45,9 % у юнаків і 46,1 % у дівчат) здібностей. У контрольній

групі ці показники становлять відповідно 31,2 % і 31,5 %.

У кінці експерименту відбулося вірогідне покращення ($P < 0,05$) показника життєвого індексу, який у юнаків хлопців і дівчат експериментальної групи зріс відповідно на 32,55 % і 43,91 %. Аналіз результатів кистьової динамометрії показав, що в експериментальній групі вони покращилися у юнаків на 3,9 кг (26,34 %), у дівчат – на 3,1 кг (29,82 %).

В експериментальній групі добова рухова активність збільшувалася переважно за рахунок рухової активності в режимі навчального дня і після школи до сну (у юнаків ці види рухової активності зросли відповідно на 42,93 % і 15,87 %, а у дівчат на 46,38 % і 16,25 %).

При проведенні групового аналізу показників захворюваності встановлено, що діти експериментальної групи протягом навчального року пропустили через хворобу на 8,7 % навчальних днів менше, ніж школярі контрольної групи, а тривалість пропусків складала не більше 3-х навчальних днів, що підтверджує позитивний вплив розробленої програми.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою програми фізичної реабілітації та адаптивного фізичного виховання для слабкочуючих старшокласників, які мають сколіотичну поставу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрощук Н. Рухливі ігри та естафети у фізичному вихованні школярів: метод. посіб. / Н. Андрощук. – Т.: Підручники і посібники, 2001. – 144 с.
2. Афанасьєва О. Вплив комплексної програми фізичної реабілітації на функціональний стан хребта слабочуючих дітей середнього шкільного віку з порушенням постави / О. Афанасьєва // Спортивний вісник Придніпров'я. – №1. – 2013. – С. 152–155.
3. Афанасьєва О. С. Фізична реабілітація слабочуючих дітей середнього шкільного віку з порушеннями постави : автореф. дис. ... канд. фіз. вих. і спорту : спец. 24.00.03. / О. С. Афанасьєва. – К., 2014. – 20 с.
4. Бабій І. М. Корекція рухової сфери у глухих підлітків на заняттях з легкої атлетики / І. М. Бабій // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки. – Київ, Запоріжжя, 2000. – 215 с.
5. Байкина Н. Г. Критерии оценки физического развития глухих детей по отбору в специальные школы / Н. Г. Байкина, Н. С. Крайний // Оздоровительная физическая культура и спорт инвалидов: тез. докл. I Всесоюз. науч.-практ. конф. – О., 2009. – Вып. 2. – С. 4-5.
6. Байкина Н. Г. Основы инвалидного спорта: учеб. пос. для студ. ф-та физ. воспитания, учителей-дефектологов и тренеров по инвалидному спорту / Н. Г. Байкина, Я. В. Крет – Запорожье, 2002. – 58 с.
7. Бондар В. Важливий етап у розвитку спеціальної освіти аномальних дітей / В. Бондар // Дефектологія. – 2006. – № 1. – С. 23-25.
8. Бондар В. Стан і перспективи розвитку державної системи навчання дітей з психофізичними вадами / В. Бондар // Дефектологія. – 2007. – № 3. – С. 2-7.
9. Борисенко А. Ф. Система фізичного виховання учнів початкової школи. Фізичне виховання учнів початкової школи / А. Ф. Борисенко // Фізичне виховання в школі. – 2012. – № 2. – С. 15-17.

10. Борисенко А. Ф. Організація і методика проведення фізкультурних хвилинки і фізкультурних пауз з учнями початкових класів / А. Ф. Борисенко // Фізичне виховання в школі. – 2010. – № 3. – С. 25-27.
11. Борщевська Л. Формування у школярів з порушенням слуху діалогічного мовлення / Л. Борщевська // Дефектологія. – 2006. – № 1. – С. 51-54.
12. Булига Н. Вплив рухливих ігор на моделювання фізичних здібностей аномальної дитини / Н. Булига // Молода спортивна наука України: зб. наук. статей галузі фізичної культури і спорту. – Л., 2009. – Вип. 6. – Т. 2. – С. 420-422.
13. Выготский Л. С. Основы дефектологии : монография / Лев Семенович Выготский. – СПб. и др. : Лань : С.-Петербургское психологическое о-во, 2003. – 656 с. – (Учебники для вузов. Специальная литература).
14. Випасняк І.П. Соціальна інтеграція глухих дітей на основі рухової активності : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вихован. і спорту: 24.00.02. / І.П. Випасняк.– Львів, 2007.– 19 с.
15. Висоцька А. Основні вимоги до змісту виховної роботи в молодших класах допоміжної школи / А. Висоцька // Дефектологія. – 2011. – № 2. – С. 27-29.
16. Власова Т. А. Современное состояние исследований по изучению и трудовой подготовке аномальных детей / Т. А. Власова // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 4–9.
17. Волков Л. В. Теория и методика детского и юношеского спорта / Л. В. Волков. – К.: Олимпийская литература, 2002. – 294 с.
18. Выготский Л. С. Основные проблемы дефектологического воспитания [собр. соч.: в 6 т.] / Л. С. Выготский – М., 1990. – Т.5. – 260 с.
19. Гафиятуллина Г. Ш. Патогенетические особенности физического и психофизиологического развития слабослышающих детей [Электронный ресурс] / Г. Ш. Гафиятуллина, Е. В. Трофимова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – Режим доступа : www.science-education.ru/107-8522.

20. Головчиц Л. А. Система воспитания и обучения дошкольников с недостатками слуха при комплексных нарушениях развития : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.03 / Л. А. Головчиц. – М. : Моск. пед. гос. ун-т, 2007. – 38 с.
21. Голозубец Т.С. Методика АФВ глухих детей младшего школьного возраста с использованием креативных средств физической культуры : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Т.С. Голозубец. – Дальневосточная гос. академия физ. культуры.– Хабаровск, 2005.– 22 с.
22. Губарева Н.В. Дифференцированный подход в процессе коррекции и развития координационных способностей у школьников с различной степенью нарушения слуха : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Н.В. Губарева.– Омск, 2009.– 26 с
23. Гуринович Х. Є. Оцінка фізичної працездатності глухих дітей 9-10 років / Х. Є. Гуринович, І. Б. Грибовська, В. М. Трач // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. – Рівне, 2003. – 114 с.
24. Гуринович Х. Є. Методика використання засобів фізичного виховання для корекції рухової функції глухих дітей молодшого шкільного віку: навч. посіб. / Х. Є. Гуринович, В. М. Трач. – Л.: ДП Схід Сонця, 2005. – 105 с.
25. Гуринович Х. Є. Вплив засобів фізичного виховання на фізичну працездатність та функціональний стан організму глухих дітей молодшого шкільного віку / Х. Є. Гуринович // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. / За ред. С. С. Єрмакова – Х., 2005. – № 8. – С. 18-24.
26. Гуринович Х. Є. Вплив засобів фізичного виховання на функціональний стан серцево-судинної системи глухих дітей молодшого шкільного віку / Х. Є. Гуринович, О. В. Гузій, В. М. Трач / Молода спортивна наука України: зб. наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. – Л., 2005. Вип. 9. – Т. 2. – С. 119-124.
27. Гуринович Х. Є. Вплив рухливих ігор на показники дихальної системи та фізичну працездатність глухих дітей молодшого шкільного віку /

- Х. Є. Гурінович, О. В. Гузій, В. М. Трач // Молода спортивна наука України: Зб. наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. – Л., 2006. Вип. 10. – Т. 4. – С. 172-176.
28. Демчук С. Соціальна адаптація слабочуючих школярів у процесі фізичного виховання як педагогічна проблема / С. Демчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Східноєвроп. ун-т ім. Лесі Українки; [редкол.: А. В. Цьось та ін.]. – Луцьк, 2013. – № 3(23). – С. 24-27.
29. Завацька Л. А. Особливості професійної підготовки спеціалістів фізичної реабілітації на факультеті здоров'я, фізичної культури і спорту / Л. А. Завацька, Р. В. Поташнюк // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: зб. наук. пр. – Рівне: РЕГІ, 2003. – Вип. – 3. – Т. 1. – С. 14-18.
30. Заєць А. Рухова активність і її взаємозв'язок із психосоматичним здоров'ям дітей 6-7 річного віку в умовах застосування національних ігор / А. Заєць // Педагогіка, психологія і медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Зб. наук. пр. / наук. ред. С.С. Єрмакова – Х., 2003. – № 17. – С. 7-12.
31. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навч.-метод. посіб. / кол. авторів: А. А. Колупаєва, Н. З. Софій, Ю. М. Найда та ін. / за заг. ред. Л. І. Даниленко. — 2-ге вид., стереотип. — К. : ФО-П І. С.Парашин, 2010. — 128 с.
32. Калинчева Я. В. Коррекция двигательных и функциональных нарушений слабослышающих детей 12–15 лет в процессе занятий оздоровительной аэробикой : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Я. В. Калинчева. – Тамбов, 2012. – 24 с.
33. Картавцева А. И. Комплексный подход в адаптивном физическом воспитании незлышающих детей старшего дошкольного возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / А. И. Картавцева. – СПб. : НГУ им. П. Ф. Лесгафта, 2010. – 240 с.
34. Киргизов А.П. Разработка и реализация оздоровительно-коррекционного процесса по физическому воспитанию у глухих детей : автореф. дис. ... канд.

пед. наук: 13.00.04 / Артём Павлович Киргизов.– ГОУ ВПО Забайкальского гос. гуманитарно-пед. ун-та им. Н.Г. Чернышевского.– Улан-Удэ, 2011.– 23 с.

35. Ковінько М. Рухливі та спортивні ігри в професійно-прикладній підготовці учнів з різними формами ДЦП / М. Ковінько, О. Куц // Актуальні питання розвитку спортивних і рухливих ігор: сучасний стан та перспективи: зб. наук. пр. – Переяслав-Хмельницький, 2002. – Вип. 3. – С. 117-122.

36. Когут І. О. Соціально-гуманістичні засади розвитку адаптивної фізичної культури в Україні (на матеріалі адаптивного спорту) : автореф. дис. ... д-ра з фіз. вих. і спорту: спец. 24.00.02. / І. О. Когут. – К., 2016 – 44 с.

37. Коваленко О. Є. Філософські та нейрофізіологічні основи рефлексотерапії та феномен нейропластичності / О. Є. Коваленко // Здоров'я України. — 2012. — №5 (20). — С.25—26.

38. Козетов І. Формування структури взаємозв'язків рухових якостей і координаційних здібностей у дітей молодшого шкільного віку / І. Козетов // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 1. – С. 41-45.

39. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання: наук.-метод. посіб. / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук. – К. : АТОПОЛ, 2011. – 274 с

40. Крамаренко А.Л. Методика підвищення двигательної активності глухих младших школьників на основі використання средств аудиовизуального воздействия : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / А.Л. Крамаренко. – Дальневосточная государственная академия физической культуры. – Хабаровск, 2009. – 24 с.

41. Кругляк О. Я. Від гри до здоров'я нації: рухливі та українські народні ігри, естафети на уроках фізичної культури: метод. посіб. / О. Я. Кругляк, Н. П. Кругляк – Т.: Підручники і посібники, 2000. – 80 с.

42. Кудикіна Н. В. Рухливі ігри як унікальний засіб педагогічної роботи з молодшими школярами / Н. В. Кудикіна // Теорія і практика фізичного виховання. – 2011. – № 3-4. – С. 21-28.

43. Кузнецова Л. І. Оцінка рівня розвитку психічних якостей дітей з

вадами розумового розвитку перед проведенням рухливих ігор / Л. І. Кузнецова // Фізична культура, спорт та здоров'я нації – 2013. – № 15. – С. 555–559.

44. Луковська О. Л. Особливості фізичного розвитку слабочуючих дітей середнього шкільного віку / О. Л. Луковська, О. С. Афанасьєва // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – №4.– С. 83 – 86.

45. Ляхова І. М. Ритмізація рухів дітей з вадами слуху / І. М. Ляхова // Дефектологія. – 2002. – № 3. – С. 24-28.

46. Малофеев Н. Н. Интегрированное обучение в России: задачи, проблемы и перспективы [текст] / Н. Н. Малофеев // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: науч.-практ. сб. — М., 2000. — Вып. 3: Проблемы интеграции и социализации. — С. 65–73.

47. Медведева О. А. Физиологические особенности сенсорных систем детей пери ода второго детства с различной степенью нарушения слуха : автореф. дис. ... канд. биол. наук : спец. 03.03.01 / О. А. Медведева. – Краснодар : Кубанский гос. ун-т физ. культуры, спорта и туризма, 2011. – 24 с.

48. Мурза В. П. Фізична реабілітація / В. П. Мурза. – Київ : Олан, 2004. – 559 с.

49. Насраллах Зіяд Хмаїді Ахмад Корекція порушень постави слабочуючих школярів засобами фізичного виховання : автореф. дис. ... канд. фіз. вих. і спорту : спец. 24.00.02. / Зіяд Хмаїді Ахмад Насраллах. – К., 2008. – 20 с

50. Осколкова Е. А. Адаптивное физическое воспитание в системе профессиональной адаптации учащихся специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Е.А. Осколкова.– Москва, 2008. – 24 с.

51. Пангелова Н. Напрями удосконалення змісту та організації фізичного виховання для гармонійного розвитку дошкільників / Н. Пангелова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2005. – № 2. – С. 40–43.

52. Пасічник В. М. Оцінка фізичного і розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку / В. М. Пасічник, Д. Д. Сосновський // Педагогіка, психологія

та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 7. – С. 86–90.

53. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения : учеб. для вузов физ. воспитания и спорта / В.Н. Платонов. – К. : Олимп. лит., 2004. – 808 с.

54. Родименко І. Сучасна модель супроводу дітей з особливими потребами / І. Родименко // Дефектологія. – 2011. – № 2. – С. 20-26.

55. Саламанкская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, принятые Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. — Саламанка. Испания, 7–10 июня 1994 г. — К., 2000. — 21 с.

56. Свасьєв А. Корекція рухової сфери у глухих дітей / А. Свасьєв // Дефектологія. – 2010. – № 3. – С. 36-38.

57. Сермеев Б. В. Особенности физического воспитания аномальных детей / Б. В. Сермеев // Дефектологія. – 2004. – № 3. – С. 39-45.

58. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др.; под ред. Н. М. Назаровой. — 2-е изд., стереотип. — М. : Изд. центр «Академия», 2001. — 400 с.

59. Тарасова Т. А. Контроль физического воспитания детей дошкольного возраста : метод. реком. для руководителей и педагогов ДОУ / Тарасова Т. А. – М. : ТЦ Сфера, – 2006. – 176 с.

60. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2014. – 68 с.

61. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. / под общ. ред. С. П. Евсеева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Советский спорт, 2007. – 254 с.

62. Т. 1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры. – 291 с.

63. Трофимова Г. В. Развитие движений у дошкольников с нарушениями слуха : пособие для воспитателей / Г. В. Трофимова. – М.: Просвещение, 2009. – 110 с.
64. Фандикова Л. Исследования особенностей развития детей с нарушениями слуха / Л. Фандикова // Олимпийский спорт и спорт для всех: тез. докл. IV Междунар. науч. конгр. – К., 2000. – С. 626.
65. Федорова Т. А. Педагогическая модель обучения спортивному ориентированию детей с нарушением слуха на основе использования упражнений креативного характера : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / Т. А. Федорова. – Тула : Пермский гос. пед. ун-т, 2016. – 22 с.
66. Флери В.И. Глухонемые, рассматриваемые в отношении к их состоянию и к способам образования, самым свойственным их природе. – СПб., 1835.
67. Формування правильної постави у дітей шкільного віку засобами фізичного виховання / І. В. Осипова, В. В. Пастернацький, В. А. Бандура та ін. // Фізичне виховання дітей і молоді. – 1986. – № 11. – С. 74-76.
68. Фурманов А. Адаптивная физическая культура и спорт инвалидов / А. Фурманов // Олимпийский спорт и спорт для всех: тез. докл. V Междунар. науч. конгр. – Минск, 2001. – С. 528.
69. Хода Л. Д. Методология социальной интеграции неслышащих людей в различных видах адаптивной физической культуры : автореф. дис. ... д-ра. пед. наук : спец. 13.00.04 / Л. Д. Хода. – СПб. : Якутский гос. ун-т. им. М. К. Аммосова, 2008. – 39 с.
70. Хохліна О. Корекційно-розвивальна робота в системі загальної освіти / О. Хохліна // Дефектологія. – 2000. – № 2. – С. 11-16.
71. Цьось А. В., Довганюк В. М., Ковальчук Н. М. Планування навчальної роботи з фізичної культури в школах I-III ступенів: навч. посіб. / А. В. Цьось, В. М. Довганюк, Н. М. Ковальчук. – Луцьк: Надстир'я, 1998. – 364 с.
72. Чудная Р. Адаптивное физическое воспитание: монография / Р. Чудная. – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.

73. Чудна Р. Стан і актуальні питання галузі фізичного виховання неповносправних в Україні / Р. Чудна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 4. – С. 62-66.
74. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие / под ред. Л.В. Шапковой. – Москва : Советский спорт, 2004. – 464 с.
75. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами / Е.Р. Ярская-Смирнова – Спб.: Питер, 2004. – 316 с.