Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Полтавський інститут економіки і права
Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра фізичної реабілітації та фізичного виховання

Пояснювальна записка до дипломної роботи
магістр
освітній рівень

на тему: «ІГРОВІ ТА ТАНЦЮВАЛЬНІ ВИДИ АДАПТИВНОЇ РУХОВОЇ РЕКРЕАЦІЇ ДЛЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ»

Виконав: студент 2 курсу
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
Яворовський В.О.

Керівник Волошко Л. Б.
(прізвище та ініціали)
Рецензент
_____
(прізвище та ініціали)

Полтава – 2020

ЗМІСТ стор

ВСТУП…….. 4

РОЗДІЛ 1. РУХОВІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ГЛУХИХ І ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ СЛУХОМ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА……. 9

1.1.Використання адаптивної фізичної культури для корекції фізичного розвитку школярів з порушенням слуху……. 9

1.2.Особливості фізичного розвитку дітей, що мають порушення слуху……. 12

1.3.Особливості рухової підготовленості дітей, мають порушення слуху……. 16

1.4. Характеристика психо-емоційної сфери дітей, мають порушення слуху…….. 19

1.5. Аналіз сучасних технологій корекції порушень статодинамічної постави школярів з депривацією сенсорних систем в процесі адаптивного фізичного виховання……. 22

Висновки до розділу 1…….. 25

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…… 27

2.1. Методи дослідження…… 27

2.1.1. Теоретичний аналіз і узагальнення даних спеціальної та науково-методичної літератури…… 27

2.1.2. Метод викопіювання із медичних карт……. 28

2.2. Педагогічні методи дослідження…… 29

2.2.1. Педагогічне спостереження…… 29

2.2.2. Педагогічне опитування……. 29

2.2.3.Педагогічний експеримент…… 30

2.2.4. Педагогічне тестування……. 31

2.3. Антропометричні методи досліджень…… 31
2.4. Метод експертної оцінки…….. 32
2.5. Методи математичної статистики 33
2.6. Організація дослідження 34
РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ СЛУХОМ 8-15 РОКІВ 36
3.1. Теоретичне обґрунтування та експериментальне підтвердження методики занять оздоровчою аеробікою, спрямованої на корекцію рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років…… 36
3.2.Фізичний стан і якості нечуючих дітей 8-15 років…. 38
3.3. Рухові і функціональні порушення глухих і слабочуючих дітей як педагогічна проблема……. 42
3.4. Дослідження рухової і функціональної підготовленості та психо-емоційного стану дітей зі зниженим слухом 8-15 років…… 49
3.5.Організація і зміст занять адаптивної рухової рекреації…… 52
3.6 Технологія реалізації змісту системи корекційно-відновлювальної роботи засобами хореографії…… 55
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ…….. 61
ВИСНОВКИ…….. 67
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ…… 71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……. 73
ДОДАТОК…… 84

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Згідно з Державною національною програмою «Освіта (Україна XXI століття)» та Національною програмою «Діти України» діти з особливостями психофізичного розвитку потребують особливої турботи, що зумовлює необхідність використання нових форм та методів навчання і виховання, які б відповідали потребам розвитку особистості цих дітей, сприяли розкриттю їх талантів, розумових і фізичних здібностей для забезпечення їм оптимальних умов для всебічного розвитку та соціалізації [1; 2; 3].

На даний час у світі більше 360 млн людей (5% населення світу) живуть із порушенням слуху чи глухотою, із них 32 млн – діти (за даними Всесвітньої організації здоров'я). В Україні немає точної статистики людей, які мають аналогічні проблеми зі здоров'ям. За даними Товариства глухих їх кількість досягає 100 тисяч осіб. Хоча насправді людей із вадами слуху в нашій країні набагато більше, просто дехто соромиться про це сказати вголос або ж не до кінця розуміє серйозність проблеми, соромиться своїх вад.

Кількість дітей із вадами слуху, на жаль, подвоюється кожні 15–20 років. За даними Українського центру «Інваспорт» кількість інвалідів у нашій державі становить понад 2,5 млн осіб, а за даними Міністерства освіти і науки України на цей час 5,9 тис. школярів страждають на депривацію слуху і спостерігається тенденція до збільшення кількості інвалідів по слуху [4,5]. Значно збільшуваний рівень природжених та набутих у ранньому постнатальному періоді захворювань сенсорної системи вимагає реформації підходів до фізичної реабілітації осіб дитячого віку. Вирішальне значення в плані ефективності реабілітаційного процесу має рання діагностика та лікування патологічних змін. Однак недостатність ефективних і обґрунтованих методик фізичної реабілітації дітей із депривацією слуху не дозволяє якісно і своєчасно починати проведення відновного процесу [6, 7].

В даний час сенсоневральна туговухість дорослого і дитячого населення є актуальною проблемою. Число осіб, що мають дану патологію, постійно зростає і має тенденцію до омолодження. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в індустріально розвинених країнах порушеннями слуху різної етіології страждають 300 млн осіб, у 90% з них є сенсоневральна порушення слуху. У структурі загальної інвалідності хвороб вуха у дітей переважають хлопчики (55,1%), питома вага дівчаток трохи нижче (44,9%).

Поразка функції слухового аналізатора призводить до цілого ряду вторинних відхилень. Прямим наслідком даної патології є порушення в мовленнєвому розвитку, що призводять до недостатнього розвитку психо-емоційної та соціальної сфери особистості дітей (Т.Г. Богданова, 2002-2009 [8, 9]; Л.С.Виготський, 1983; С.А. Курамін, 2008 [10]; Е . М. Мастюкова, 1997; Т.В. Розанова, 1978; П.А. Янн, 2003[11] і ін.). В своїх дослідженнях автори відзначають, що діти з порушенням слуху відстають у фізичному розвитку від своїх чуючих однолітків, відрізняються більш високою частотою серцевих скорочень і більш низькими величинами артеріального тиску. Значне зниження стійкості організму школярів з даною патологією до переносимості гіпоксичних станів обмежує рівень їх фізичної працездатності.

Поразка слухового аналізатора позначається на роботі вестибулярного і кінестетичного апаратів, що супроводжується затримкою формування прямостояння, порушенням м'язового тонусу і здатності підтримки рівноваги, недорозвиненням просторової орієнтації, утрудненнями в диференціації рухових відчуттів і виконання складнокоординований рухів (Н.В. Губарєва, 2009 року; Л.А . Добриніна, 2002; С.А. Корольов, 2004; І.М. Ляхова, 1990; Е.Н. Петкевич, 1984; і ін.).

Рухові і функціональні порушення, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень, диктують необхідність їх корекції. Методика адаптивної фізичної культури має суттєві відмінності, зумовлені аномальним розвитком фізичної і психічної сфери

дитини. Концептуальні підходи побудови і змісту приватних методик адаптивних фізичної культури припускають корекційну спрямованість педагогічного процесу.

З раннього віку у вихованні таких дітей рекомендується використання музики - як обов'язкової форми реабілітації емоцій, рухів, слуху, ритму і голосу дитини. Спілкування з музикою прискорює різнобічний психофізичний розвиток дитячого організму, покращує поставу, підвищує життєвий тонус, є незамінним засобом естетичного виховання, художнього розвитку (Е.Н. Абілова, 1992; Е.С. Авдєєнко, 2010 року; Е.С. Бєлік, 2000; Е.З. Яхніна, 2003; і ін.).

Незважаючи на численні дослідження, можливість корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років засобами ігор та танців залишається не вивченою.

Об'єкт дослідження - процес корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей, з застосуванням ігрових та танцювальних видів адаптивної рухової рекреації.

Предмет дослідження - корекція рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років в процесі занять ігровими та танцювальними видами адаптивної рухової рекреації.

Мета дослідження - обґрунтувати можливості ігрових та танцювальних видів адаптивної рухової рекреації в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років, розробити і експериментально перевірити методику занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами, спрямовану на корекцію рухових і функціональних порушень дітей даної нозологічної групи.

Дослідження будувалася на припущеннях:

- про істотні можливості оздоровчих ігрових та танцювальних видів в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років;

- про ефективність методики занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами в корекції рухових і функціональних порушень

слабочуючих дітей 8-15 років;

- про позитивний вплив занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами на психо-емоційний стан дітей зі зниженим слухом 8-15 років.

Відповідно до мети і гіпотезою дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Визначити сукупність і характер порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років, викликаних патологією слухового аналізатора.

2. Обгрунтувати можливості ігрових та танцювальних видів в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років.

3. Розробити методику занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами, спрямовану на корекцію рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років і довести її ефективність.

4. Виявити вплив занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами на психо-емоційний стан дітей зі зниженим слухом 8-15 років.

Методи дослідження. В процесі проведення дослідження використовувалися наступні методи: аналіз наукової, методичної літератури та узагальнення даних з проблеми дослідження; вивчення медичних карт учнів; педагогічне спостереження; опитування (анкетування); педагогічний експеримент; антропометрія; тестування; статистичні методи обробки експериментальних даних.

Дослідно-експериментальна база. Полтавська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей 1-3 ступенів Полтавської обласної ради. У дослідно-експериментальній роботі взяли участь 2 групи дітей зі зниженим слухом 12-13, 14-15 років даних шкіл-інтернатів та діти загальноосвітніх шкіл.

Наукова новизна дослідження:

1. Визначено сукупність і характер порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років, викликаних патологією слухового аналізатора:

- рухові порушення;

- функціональні порушення кардіореспіраторної системи;

- функціональні порушення центральної нервової системи;

- порушення психо-емоційного стану.

2. Обґрунтовано можливості ігрових та танцювальних видів в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років, які полягають в специфіці елементів ігор та танців, використанні методичних прийомів ускладнення рухових дій, ігровому характері виконання рухового навантаження, емоційності занять.

Практична значимість полягає в тому, що розроблена методика занять оздоровчими ігровими та танцювальними видами і представлена сукупність діагностичних методів сприяли корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років.

Результати дослідження можуть бути використані в процесі фізичного виховання дітей в системі додаткової освіти фізкультурно-спортивної спрямованості та корекційно-виховної роботи зі слабочуючими дітьми в спеціальних (корекційних) освітніх установах.

Структура і обсяг роботи. Дисертаційне дослідження містить вступ, чотири розділи, висновки, практичні рекомендації, список літератури і додатки. Обсяг роботи є 88 сторінок машинописного тексту, 9 таблиць, 8 рисунків. У список використаної літератури входить 87 літературних джерел.

РОЗДІЛ 1. РУХОВІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ГЛУХИХ І ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ СЛУХОМ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1.Використання адаптивної фізичної культури для корекції фізичного розвитку школярів з порушенням слуху

Адаптивна фізична культура розглядається як частина загальної культури, підсистема фізичної культури, одна з сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреби осіб з обмеженими можливостями в руховій активності, відновленні, зміцненні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою поліпшення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство [12; 13]. Адаптивне фізичне виховання – новий напрям у вітчизняній системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і пов’язаних з ними обмежень фізичних можливостей [14, 15]. Порушення слуху призводять до недостатнього розвитку мовленнєвої функції, пізнавальних процесів і загалом спричинюють суттєве відставання дітей з вадами слуху від їх однолітків [16]. Численні медичні обстеження виявили негативні наслідки порушення слуху для здоров’я, працездатності і розвитку дітей [17]. Втрата слуху у дітей супроводжується в 62% випадків дисгармонійним фізичним розвитком, в 44% – дефектами опорно-рухового апарату (сколіоз, плоскостопість), в 80% – затримкою моторного розвитку [18]. Найбільш поширеними є захворювання дихальної системи: ГРЗ, бронхіти, пневмонії, а також затримка психічного розвитку, відхилення у розвитку інтелекту, вегетативно-соматичні розлади [19]. Характеризуючи фізичний розвиток глухих і слабочуючих дітей, багато авторів, відзначають, що втрата або порушення слуху в дитячому віці сповільнюють природний хід фізичного розвитку. У таких дітей більш низькі в порівнянні з чуючими однолітками показники росту, маси тіла, окружності грудної клітини. Для

школярів з порушеним слухом характерні: м’язова слабкість, зниження тонусу м’язів, вегетативні розлади.

За багатьма показниками фізичного розвитку (вага, зріст, окружність грудної клітини, життєва ємність легенів) глухі діти уступають здоровим одноліткам [20]. Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Аналізуючи існуючі методики по адаптивного фізичного виховання, можна виявити відсутність наступності між їх змістом в різних формах занять, відсутність достатньої уваги диференційованому та індивідуальному підходам. Відсутній взаємозв’язок між існуючою суспільною необхідністю поліпшення показників фізичного розвитку, підвищення рівня фізичної підготовленості даних дітей, зміцнення їх здоров'я, а значить і соціалізації в здорове суспільство однолітків. В процесі фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми, які мають порушення слуху, основна увага має бути зосереджена на розкритті особливостей дитини, на створенні для нього індивідуальної програми, заснованої на всебічному комплексному вивченні її розвитку. Важливо правильно обирати фізкультурно-оздоровчі та корекційно-розвиваючі засоби, що дозволяють успішно використовувати механізми компенсації в процесі фізичного виховання, з метою корекції відхилень у фізичному розвитку глухих дітей, а, отже, забезпечення повноцінного соціального розвитку дитини, що має порушення слуху

Сенсоневральна туговухість дорослого і дитячого населення є актуальною проблемою в даний час. Число осіб різних вікових груп, що мають дану патологію, постійно зростає і має тенденцію до омолодження. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в індустріально розвинених країнах порушеннями слуху (більш 40 дБ на краще чує вухо) різної етіології страждають 300 млн осіб, у 90% з них є сенсоневральна порушення слуху. Для порівняння, у 2002 році, за даними ВООЗ, в світі налічувалося 250 млн осіб з порушенням слуху, тобто 4,2% від всієї популяції земної кулі, а до 2020 р мати порушення слуху будуть більше 30% чисельності населення [21,22].

Відповідно до статистичних даних Міністерства охорони здоров'я і соціального розвитку в 2010 році в було зареєстровано близько 1,3 млн дітей і підлітків страждають приглухуватістю. Встановлено, що з тисячі новонароджених одна дитина народжується з порушенням слухової функції. Протягом перших двох-трьох років життя втрачають слух ще два-три дитини з тисячі [23,24,25].

Так, в 2018 році у віці до 1 року діагноз був поставлений 6% дітей, від року до 3 років - 11%, від 3 до 7 років - 36%, від 7 до 14 років - 28%, від 14 до 15 років - 11%, від 16 до 18 років - 8%. З представлених даних видно, що у переважної більшості дітей захворювання діагностовано у віці від 3 до 7 років, що, в свою чергу, відстрочило початок проведення медичної та педагогічної реабілітації [26,27].

У структурі загальної інвалідності хвороб вуха у дітей переважають хлопчики, які становлять 54-55% (в середньому 55,1%).

Питома вага дівчаток коливається незначно - в межах 44,3-45% (в середньому - 44,9%) від загального числа [28,29].

У структурі захворювань органу слуху переважає сенсоневральна форма приглухуватості. Виникненню нейросенсорної приглухуватості передують пошкодження чутливих нервових клітин внутрішнього вуха, слухового нерва і центральних утворень слухової системи. До причинами даних ушкоджень, в першу чергу, відноситься побічна дія антибіотиків, вплив промислового, побутового та транспортного шуму, спадкова патологія, вікові атрофічні зміни в периферичних і центральних відділах слухового аналізатора. Нейросенсорна туговухість може виникати як ускладнення деяких інфекційних хвороб (грипу, скарлатини, кору та ін.), А також внаслідок інтоксикації організму окисом вуглецю, ртуттю, свинцем і ін. Поряд з вродженими і хронічними повільно розвиваються формами приглухуватості виділяють і раптову нейросенсорної приглухуватість, причиною якої є судинні розлади або вплив вірусу.

Однак в останні роки в нашій країні спостерігається зростання числа

дітей, які страждають кондуктивної і змішаною формами приглухуватості. Кондуктивна приглухуватість обумовлена зміною рухливості барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок, найчастіше внаслідок гострого і хронічного середнього отиту (перфорація барабанної перетинки, рубці в барабанної порожнини), отосклерозу, порушення функції слухової (євстахієвої) труби, аденоїдів і ін. Причиною стійкою кондуктивной і змішаної форм приглухуватості може бути вроджена ущелина твердого та м'якого піднебіння.

Дана тенденція пояснюється, з одного боку, поліпшенням діагностики захворювань середнього вуха (ексудативного отиту) у зв'язку з оснащенням за останні роки регіональних сурдологопедичний кабінетів сучасною діагностичною апаратурою. З іншого боку, своєчасно непроведення раціональне лікування даного захворювання призводить до розвитку стійкої кондуктивной форми приглухуватості [30,31].

Поразка функції слухового аналізатора призводить до цілого ряду вторинних та супутніх відхилень. Прямим наслідком даної патології є порушення в мовленнєвому розвитку. Внаслідок обмеження можливості сприймати, інтерпретувати і самому відтворювати сигнали, які є вирішальними для міжособистісних комунікативних процесів, існує небезпека недостатнього розвитку психо-емоційної та соціальної сфери особистості дітей з порушенням слуху [32,33,34,35].

1.2.Особливості фізичного розвитку дітей, що мають порушення слуху

Діти з порушенням слуху відстають у фізичному розвитку від своїх чуючих однолітків за показниками довжини, маси тіла, динамометрії, окружності і екскурсії грудної клітини, легеневих обсягів [8,37].

Поразка слухового аналізатора, головним чином, позначається на роботі вестибулярного і кінестетичного, супроводжується затримкою формування прямостояння, порушенням м'язового тонусу і здатності

підтримки рівноваги, недорозвиненням просторової орієнтації, утрудненнями в диференціації рухових відчуттів і виконання сложнокоординірованним рухів, в недостатньому виробленні чітких, плавних і спокійних рухів [31,38].

Хлопчики і дівчатка з порушенням слуху, при зіставленні показників зі здоровими однолітками, відрізняються більш високою частотою серцевих скорочень і більш низькими величинами артеріального тиску. Значне зниження стійкості організму школярів з даною патологією до переносимості гіпоксичних станів лімітує рівень їх фізичної працездатності при роботі середньої і високої інтенсивності. Серед процесів термінової адаптації, у відповідь на фізичне навантаження, у школярів з порушенням слуху переважають несприятливі реакції, пов'язані зі зниженням скорочувальної здатності серцевого м'яза [38].

У дослідженнях деяких авторів наголошується, що система освітнього процесу в спеціальному коррекционном установі не дозволяє повністю компенсувати загальний дефіцит рухової активності у дітей з порушенням слуху. Однак, добре відомо, що рухова активність - важлива умова формування і вдосконалення механізмів адаптації, в тому числі і до розумових навантажень [34].

Аналіз вищеназваних джерел показав, що програмний матеріал з фізичного виховання спеціалізованої школи для дітей інвалідів по слуху недостатньо адаптований для даного контингенту дітей. На уроках фізичної культури глухі школярі не отримують необхідну їм кількість вправ для розвитку рухових здібностей і функціональних можливостей.

Для раціонального фізичного виховання взагалі і, зокрема для школярів-інвалідів по слуху, двох уроків фізичної культури на тиждень недостатньо. Ряд авторів дотримується думки, що домогтися корекції фізичного розвитку, рухової підготовленості, функціональних можливостей кардіореспіраторної системи, психомоторики, інтелектуальної діяльності та створення передумов до соціальної адаптації можливо через організацію системи додаткового фізкультурного освіти глухих і слабочуючих дітей.

У зв'язку з цим виникає необхідність створення умов для роботи гуртків і секцій спортивно-оздоровчої спрямованості у вільний від навчальних занять час. Участь школярів з порушенням слуху у позакласних заходах дозволить збільшити рухову активність ще як мінімум на 2 години на тиждень.

Дослідження вітчизняних сурдологів показали, що серед глухих дітей майже немає повністю нечуючих. Всі вони (принаймні, 98%) в більшій чи меншій мірі володіють залишковим слухом і в стані розрізняти гудки, крики, гучні голоси і т.д. [1,13].

У процесі виховання дітей з порушеннями слуху, починаючи з раннього віку, рекомендують використовувати музику, яка є ефективним засобом естетичного виховання, художнього розвитку, що робить вплив на духовний світ людини. Музика - одна з обов'язкових форм реабілітації емоцій, руху, слуху, ритму і голосу дитини. Спілкування з музикою прискорює різнобічне психофізичний розвиток дитячого організму, покращує поставу, підсилює кровообіг, підвищує життєвий тонус, формує свободу, ритмічність, красу рухів [13].

Проблема впливу музики на організм людини вивчалася В.М. ехтеревим, С.С. Корсаковим, І.М. Догіль, І.М. Сеченовим, І.Р. Тарханова, Г.П. Шипулін і ін. [13,46]. У дослідженнях зазначених авторів знайшло підтвердження благотворного впливу музики на серцево-судинну, дихальну, рухову, нервову і ін. Системи організму людини. Чималу роль для корекційної та розвиваючої роботи з дітьми отримали висновки вчених про позитивний вплив музики на психо-емоційну сферу. Відзначається лікувальний вплив від спілкування з мистецтвом на психо-емоційне напруження, стимулювання творчого потенціалу дітей.

У спеціальних (корекційних) освітніх установах для дітей з порушеннями слуху (I і II видів) введена навчальна дисципліна -Музичний-ритмічні заняття. Музика широко використовується і в позаурочній роботі з естетичного виховання учнів [17].

Представлений аналіз дозволяє зробити висновок, що раціональне поєднання музики і рухів в заняттях з дітьми, що мають порушення слухового аналізатора, є ефективним. Однак, такий сучасний сплав музики і рухів як оздоровча аеробіка мало використовується в корекційній роботі з такими дітьми.

Ю.Є. Маляренко та ін. в рекомендаціях до складання програм рухової активності для оздоровлення та реабілітації вказує, що рухова активність при дотриманні певних правил сприяє стійкою оптимізації функцій організму, підвищення, збереженню і відновленню працездатності людини. Довгий час це стосувалося тільки аеробних вправ. В даний час коригувальні програми рухової активності можуть включати не тільки аеробні, але, і при відсутності протипоказань, анаеробні (силові) навантаження.

Автор підкреслює, що прискорити адаптацію до м'язових навантажень і підвищити реактивність м'язів можливо через поєднання аеробних і анаеробних навантажень, поєднання рухової активності з переривчастою гіпоксією, доведення виконання вправи до автоматизму, використання сенсорних приток у вигляді аудіо-арома-та комплексних впливів [26,27].

На нашу думку, оздоровча аеробіка, що включає руху і музику, аеробні та анаеробні навантаження, має широкі можливості для підвищення рівня розвитку якісних сторін рухової сфери і функціональних можливостей людей з вадами слуху школярів, забезпечує корекційну спрямованість педагогічного процесу і сприяє вирішенню специфічних завдань адаптивного фізичного виховання.

Наведені вище факти свідчать про актуальність нашого дослідження, необхідність корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років і можливості її здійснення в процесі занять оздоровчою аеробікою.

Незважаючи на численні дослідження, можливість корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років засобами оздоровчої аеробіки залишається не вивченою. Таким чином, існують

суперечності між: - необхідністю впровадження в процес адаптивного фізичного виховання дітей зі зниженим слухом ефективних засобів корекції рухових і функціональних порушень і їх недостатньою теоретичною та методичною розробленістю стосовно даної категорії дітей;

- потенціалом оздоровчої аеробіки в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років і відсутністю методики занять оздоровчою аеробікою, спрямованої на корекцію рухових і функціональних порушень дітей даної нозологічної групи.

Встановлені протиріччя визначили проблему дослідження: які можливості оздоровчої аеробіки в корекції порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років і методика занять оздоровчою аеробікою, спрямована на корекцію рухових і функціональних порушень дітей даної нозологічної групи?

Відповідно до проблеми визначена тема дослідження «ігрові та танцювальні види адаптивної рухової рекреації для осіб з порушенням слуху».

1.3.Особливості рухової підготовленості дітей, мають порушення слуху

Здійснювати індивідуально-диференційований підхід автором рекомендується через: індивідуалізацію обсягу і ступеня складності рухових завдань; індивідуалізацію ступеня самостійності рухової діяльності; проведення індивідуальних консультацій для батьків з фізичного виховання дітей [7]. Л.Б. Дзержинської (1997) розроблена і експериментально обгрунтована методика занять фізичною культурою з використанням засобів, методів і методичних прийомів ритмічної гімнастики для глухих дітей 4-7 років. При розробці експериментальної методики ритмічної гімнастики автором приділяється особлива увага занять сюжетно-рольової спрямованості, оскільки використання образних порівнянь, наслідувань і імітації відповідає психологічним особливостям глухих дошкільнят,

полегшує процес запам'ятовування і засвоєння вправ, підвищує емоційний фон занять, сприяє формуванню стійкого інтересу до занять фізичними вправами [37]. Методика розвитку координаційних здібностей у глухих дітей старшого дошкільного віку розроблена Л.А. Добриніної (2002). Автором застосовувалися спеціальні навчальні завдання, комплекси, що включають статичні пози Хатка-йоги для дітей, фітбол-гімнастику, спеціальні вправи для рук, «пальчикові» гри, ігрові комплекси самомасажу, ігрові прийоми і «етюди» на розслаблення м'язів, вправи вестибулярної і глазодвигательной гімнастики , що поєднується з вправами, виконуваними на «диску здоров'я» [42].

Методика виховання рухово-координаційних здібностей глухих і слабочуючих дітей 4-7 років в спеціальних дошкільних установах запропонована С.А. Корольовим (2004).

Автор зазначає, що одночасне цілеспрямоване формування рухово-координаційних здібностей глухих і слабочуючих дошкільників протягом двох років - практично нівелює їх відставання від здорових однолітків в морфофункциональном розвитку і загальної фізичної підготовленості [43].

Л.Д. Ходою (2008) розроблена технологія інтенсивного впливу на фізичний стан осіб з порушенням слуху та обґрунтовані моделі соціальної інтеграції нечуючих дітей дошкільного віку. Автором були визначені сенситивні періоди розвитку фізичних якостей нечуючих дітей дошкільного віку [57].

А.І. Картавцева (2010) запропонована комплексна програма адаптивного фізичного виховання нечуючих дітей дошкільного віку з використанням комплексного та мультидисциплінарного підходів. Програма реалізується в процесі занять фізичним вихованням і додаткових занять з використанням спортивного тренажера; лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів; заходів щодо раціонального харчування [61]. Для дітей молодшого шкільного віку, що мають порушення слуху, програми і методики розроблялися І.М. Ляхової (1992), Е.Н. Абілова (1992), ЯЛ.

Смекалова (2000), Л.В. Цівілевой (2000), Т.С. Голозубец (2005), Е.В. Новичихин (2005), Е.А. Осколковой (2008), А.Л. Крамаренко (2009). Дітям середнього і старшого шкільного віку присвячені роботи Н.Г. Байкіної (1992), Д.В. Шибанова (1996), Н.А. Каменцева (1998), С.А. Мясищева (2003), Є.Ю. Овсяннікова (2006), С.А. Калмикова (2007), Л.Д. Ходи (2008), Н.В. Губарєвої (2009), Т.А. Федорової (2009). Як засіб корекції координаційних здібностей глухих дітей 7-9 років І.Н. Ляхова (1990) розглядала гімнастичні вправи [45].

Багато міжнародні програми в своїх концептуальних засадах виділяють цінності адаптивного спорту: Мужність. Прояв унікального духу спортсмена-інваліда, який прагне досягти того, що здається неможливим звичайним людям. Цілеспрямованість. Свідчить про те, що спортсмени інваліди максимально розвивають свої фізичні можливості. Наснага. Історії з життя спортсменів-інвалідів та їх спортивні досягнення надихають оточуючих, і вони прагнуть наслідувати приклад спортсменів-інвалідів в житті і бути сильними духом.

Рівність. Адаптивний спорт сприяє змінам в суспільстві, що веде до скасування дискримінаційних обмежень для людей з обмеженими можливостями здоров'я. Слід зазначити, що в нашій країні все активніше розвивається адаптивний спорт для дітей, в тому числі і з порушенням слуху. Дитячий адаптивний спорт - це вид адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби дітей-інвалідів в самоактуалізації, реалізації і зіставленні своїх здібностей із здібностями однолітків, а також потреби в комунікативній діяльності і в соціалізації. Батьки дітей з порушенням слуху для того, щоб сприяти розвитку спортивних задатків своїх дітей повинні орієнтуватися в системі дитячо-юнацьких спортивно-адаптивних шкіл, де може займатися їх дитина. Крім цього, замислюючись про можливу спортивній кар'єрі дитини, батьки повинні скласти уявлення про спорт вищих досягнень для людей з порушенням слуху і про Сурдлімпійскіх іграх, щоб мати можливість підібрати вид спорту, який максимально сприятиме

самореалізації їх дитини як особистості для того, щоб забезпечити йому цікаве життя в суспільстві.

1.4. Характеристика психо-емоційної сфери дітей, мають порушення слуху

Чи може дитина, позбавлена слуху сприймати музику? Дослідження сурдопедагогів показали, що серед глухих немає повністю нечуючих. Всі вони (принаймні 98%) в більшій чи меншій мірі володіють залишковим слухом і в стані розрізняти гудки, крики, гучні голоси і т. д.

З найперших занять важливо привчати дітей розрізняти музику за темпом і навчити починати і закінчувати рух відповідно до його початку до кінця звучання акомпанементу, тим самим тренуючи слухове сприйняття, слухове увагу дитини. Музичний матеріал повинен бути художнім, що відповідає віку та інтересам дітей. Музика ефективно впливає на всі поведінку дітей, але цього потрібно вчити послідовно і терпляче. Глухі діти не позбавлені музикальності, якщо її наполегливо підтримувати і направляти. Спілкування з музикою прискорює різнобічне психофізичний розвиток дитячого організму: покращує поставу, поглиблює дихання, підвищує життєвий тонус. У дітей з'являється вільніша орієнтування в просторі, посилюється увага і здатності створювати музикальнодвігательние образи. При розучуванні танців, попередньо необхідно дати дітям прослухати музику і на тактильному рівні і на слуховому. Для цього можна підвести дітей до колонок і покласти їх руки на поверхню колонок. Далі питати про характер і темпі музики. Якщо діти не можуть відповісти, то разом з ними отстукивать ритм. Коли діти руками «слухають» музику, педагог в цей час показує руху в такт музиці, щоб допомогти дітям зорієнтуватися в темпоритм. Рухатися під музику і одночасно сприймати її звучання дітям з порушенням слуху важко. Музична вібрація проникаюча до них через підлогу, зливається з рухом ніг. Тому дітям заздалегідь встановлюють місце, де вони повинні закінчити вправу. На заняттях через освоєння м'язового почуття йде процес освоєння

техніки музичного руху. Зміст музики і руху має бути єдиним. Необхідно прагнути до такої глибокої роботі з музикою через рух, яке підсилює переживання музики. Це дуже складний етап роботи, але він не може не позначитися на розвитку музичного боку виховання дітей. При роботі з дітьми ми потрібно прагнути до того, щоб діти вміли починати і закінчувати рух точно з музикою, рухатися відповідно до темпоритмом, вміли розподіляти рух в просторі.

Музика допомагає дітям розкріпачуватися, знімає напругу в різних частинах тіла, покращує координацію тіла, зростає здатність зосередитися на завданні. Відставання дітей з вадами слуху в розвитку рухових навичок диктує необхідність систематичного проведення корекційної роботи з подолання негативних наслідків глухоти (приглухуватості). Виконання цього завдання передбачає комплексний вплив на дітей з боку фахівця з фізичної культури, сурдопедагога, вихователя і медичного персоналу дитячого саду. Суть такого комплексного впливу в тому, що будь-яка організована діяльність дітей в дитячому садку (ігрова, навчальна, спортивна) передбачає корекцію недоліків фізичного розвитку. Передбачаються вправи для корекції порушеної рівноваги і орієнтування в просторі. Рухова активність - природна біологічна потреба дітей. Обмеження м'язової діяльності затримує формування дитячого організму, погіршує здоров'я дитини, утрудняє оволодіння життєво важливими навичками. Надання дітям можливості рухатися дозволяє виявляти енергію росту, прищеплює смак до рухів, забезпечує спокій в інші відрізки часу (на заняттях з розвитку мовлення і т.п.).

На сучасному етапі розвитку суспільства приділяється значна увага вдосконаленню системи адаптивного фізичного виховання школярів з метою підвищення їх рухової активності. Проте чимало проблем потребують більш поглибленого вивчення, зокрема щодо розробки та використання різноманітних систем фізичного виховання дітей шкільного віку з вадами слуху, спрямованих на вдосконалення їх рухової сфери та соціалізацію до

умов сучасного суспільства [36, 37, 38].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз літературних джерел [39; 40] засвідчує, що діти з вадами розвитку потребують особливої турботи, для них необхідно оновлення змісту освіти, впровадження нових підходів, форм, методів навчання і виховання, які б відповідали потребам розвитку особистості цих дітей, сприяли розкриттю талантів, їх розумових і фізичних здібностей.

Так у процесі досліджень доведено, що цілеспрямовані фізичні вправи комплексного характеру (комплекси вправ з аеробіки з предметами і без предметів, степ-джогінг, ігрові завдання й естафети), вправи на формування і зміцнення правильної постави є ефективними засобами корекції і розвитку рухової сфери дітей з вадами слуху. Також з’ясовано, що їх широке впровадження у практику фізичного виховання дітей з означеною нозологією сприяє підвищенню інтересу до занять фізичною культурою, активізації рухової діяльності, створенню та розширенню бази рухів [41]. Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Аналізуючи існуючі технології та методики підвищення рухової активності школярів у процесі адаптивного фізичного виховання ми виявили, що у програмі з фізичної культури відсутній варіативний модуль «Фітнес». При цьому не приділяється увага приділяється застосуванню елементів фітнесу з використанням нестандартного обладнання. Ми вважаємо, що впровадження варіативного модуля «Фітнес» у програму фізична культура сприятиме підвищенню рухової активності у процесі адаптивного фізичного виховання. Мета дослідження – розробити комплекси фізичних вправ з використанням еспандератренажера «Метелик» для дітей середнього шкільного віку з вадами слуху.

Аналізуючи існуючі методики адаптивного фізичного виховання, можна виявити відсутність наступності між їх змістом в різних формах занять, відсутність достатньої уваги диференційованому та індивідуальному підходам. Відсутній взаємозв’язок між існуючою суспільною необхідністю

поліпшення показників фізичного розвитку, підвищення рівня фізичної підготовленості даних дітей, зміцнення їх здоров'я, а значить і соціалізації в здорове суспільство однолітків. В процесі фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми, які мають порушення слуху, основна увага має бути зосереджена на розкритті особливостей дитини, на створенні для нього індивідуальної програми, заснованої на всебічному комплексному вивченні її розвитку. Важливо правильно обирати фізкультурно-оздоровчі та корекційно-розвиваючі засоби, що дозволяють успішно використовувати механізми компенсації в процесі фізичного виховання, з метою корекції відхилень у фізичному розвитку глухих дітей, а, отже, забезпечення повноцінного соціального розвитку дитини, що має порушення слуху

1.5. Аналіз сучасних технологій корекції порушень статодинамічної постави школярів з депривацією сенсорних систем в процесі адаптивного фізичного виховання

Вивчення науково-методичної літератури з даної проблеми дозволило виявити, що історія сучасної освіти з депривацією слуху налічує близько 200 років [42]. Перші теоретичні погляди на навчання і виховання глухонімих були викладені італійським професором Д. Кардано в 1561 році [42]. Розробка технологій спрямованих на профілактику та нормалізацію функціонального стану опорно-рухового апарату базується на напрацюваннях таких для дітей зі збереженими функціями сенсорних систем [43, 44, 45]. Д. Віннік відзначає, [46] що важливим кроком для забезпечення ефективної технології, підходу або програми АФВ є планування. План визначає сферу дій технології або програми та містить визначення її призначення, мети, задач, та завдань. Призначення, наприклад, програми повинно бути погоджено із місією, яка виконує її організацію, а також із звичайною або загальною програмою фізичного виховання, яка запропонована здоровим учням. Для діагностування особливостей і визначення ступеня рухових порушень І.В. Хмельницькою [47] було

розроблено діагностичні комплекси комп'ютерного моніторингу моторики школярів, з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку, які включають пакети прикладних програм «БіоВідео» та «Індивід». Враховуючи теоретичні закономірності управління педагогічним процесом і дидактичні особливості навчання слабкочуючих дітей молодшого шкільного віку З. Х. Насраллах [48] було розроблено технологію корекції порушень постави, яка ґрунтується на показниках біогеометричного профілю постави, біомеханічних показниках вертикальної стійкості тіла тих, хто займається, включає інформаційно-методичну систему «Osanka». Розроблена інформаційно-методична система «Osanka» характеризується модульною системою: «Полезно знать», «Проверь себя», «Контроль осанки», «Комплексы физических упражнений», «Видеоуроки», «Настройка», «О программе» [49]. Дана мультимедіа система була однією з п ерших я ка б ула інтегрована в процес адаптивного фізичного виховання школярів з вадами слуху. На підставі виявлених показників здатності до збереження рівноваги тіла, реакції, орієнтування у просторі, ритму, управління просторовими і силовими параметрами рухів молодших школярів В. В. Джевага [50] була обґрунтована та розроблена технологія корекції порушень координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху у процесі фізичного виховання. Технологія складається з трьох етапів: початкового, корекційного, підтримуючого та включає в себе 4 блоки («Теоретична підготовка», «Соціалізація», «Корекція порушень координаційних здібностей», «Контроль») та 7 моделей уроків фізичної культури. Автором були розроблені 12 комплексів фізичних вправ, 6 з яких передбачають використання технічних засобів з нестійкою опорою (балансувальна платформа «BOSU») [51]. На нашу думку, в контексті даної проблеми автору доцільно було говорити не про корекцію кооординаціонних здібностей школярів з вадами слуху, а про їх формуванні та розвиток у процесі фізичного виховання. Нижче наведемо одне з останніх досліджень в якому розроблена концепція профілактики та корекції порушень просторової

організації тіла дітей 6-10 років з ДСС. Розробку концепції профілактики та корекції порушень просторової організації тіла дітей 6–10 років із депривацію сенсорних систем у процесі фізичного виховання С.П. Савлюк [52] здійснено з урахуванням особистісних, соціально-педагогічних та біологічних передумов. На нашу думку, надзвичайно важливо, що авторська концепція вирішує три групи завдань: педагогічні: підвищення рівня зацікавленості дітей із депривацію сенсорних систем щодо цінностей фізичної культури; виховання у дітей усвідомленого ставлення до власного здоров'я, формування правильної постави дітей, забезпечення дотримання норм і правил здорового способу життя; інтелектуальні – сприяння засвоєнню дітьми теоретичних знань і пов'язаних з ними умінь і навичок веденняздорового способу життя, профілактики та корекції порушень просторової організації тіла; біологічні, які полягають у: формуванні потреби в руховій активності у дітей із депривацію сенсорних систем; формуванні правильної просторової організації тіла дітей із депривацію сенсорних систем; профілактиці та корекції порушень зору; покращенні показників фізичного розвитку; покращенні функціонального стану дітей із депривацію сенсорних систем; підвищенні рівня фізичної підготовленості за допомогою цілеспрямованого розвитку фізичних якостей [53].

Для реалізації теоретичних положень концепції С.П. Савлюк [54] обґрунтовано та реалізовано технологію профілактики та корекції порушень просторової організації тіла дітей із депривацію сенсорних систем. Структурна побудова авторської технології профілактики та корекції порушень просторової організації тіла дітей із депривацію сенсорних систем складалася з чотирьох взаємозалежних блоків:

1. Проективний блок містив цільові настанови, які визначають основні цілі й завдання реалізації технології, а також документи перспективного планування навчально-виховного процесу.

2. Діагностично-змістовний блок включав комплексну діагностику показників просторової організації тіла дітей із депривацію сенсорних

систем; опис основних, додаткових і допоміжних засобів фізичного виховання дітей, а також перелік необхідних теоретичних знань і пов’язаних з ними умінь і навичок.

3. Процесуальний блок – найбільш значимий, що відображає основи організації та методики роботи з фізичного виховання, педагогічні умови реалізації програми профілактики та корекції порушень просторової організації тіла дітей 6–10 років із депривацією слуху та депривацією зору. Контрольний блок містить матеріали з організації оцінки та критерії визначення ефективності засобів фізичного виховання.

Т.М. Ричок [55] теоретично обґрунтовано технологію, спрямовану на корекцію фізичного стану школярів з вадами слуху на основі засобів туристського багатоборства і включає: мету, завдання, принципи, етапи, засоби та методи практичної реалізації. Дана технологія відрізняється від наявних ступенем розробки, етапністю, інтегрованим підходом.

Інформаційно-методична програма «MotusVita» яка розроблена Т.М. Ричок [56] дозволяє активізувати пізнавальну діяльність школярів з вадами слуху, як на рівні свідомості, так і підсвідомості. Програма «MotusVita» має теоретичну, практичну частину, а також відомості про програму, яка дозволяє покращити теоретичну підготовленість школярів з вадами слуху, на основі структурованих та візуалізованих інформаційних компонентів формує стійку мотивацію до різних форм оздоровчо- рекреаційної рухової активності, занять фізичною культурою відповідно до мотиваційних пріоритетів та інтересів, свідомого ставлення до свого здоров’я, формуванню вмінь і навичок займатися фізичними вправами та покращенню свого фізичного стану. Дана технологія була нами розглянута не випадково. Так як ряд структурних компонентів авторської технології [57] були спрямовані на гармонійний фізичний розвиток школярів з порушенням слуху, без якого дуже складно формувати правильну статодинамічну поставу.

Висновки до розділу 1

Світова тенденція до зростання кількості осіб з особливими потребами, зокрема спонукає наукове співтовариство йти шляхом пошуку ефективних педагогічних методів і прийомів спрямованих на мобілізацію всіх компенсаторних можливостей, що буде сприяти їх успішній соціалізації школярів з вадами слуху на сучасному етапі. Аналіз наукових досліджень свідчить про значний інтерес науковців до питань, що стосується визначення особливостей розвитку статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з депривацією сенсорних систем у процесі адаптивного фізичного виховання. За даними наукового пошуку визначено, що стрижневим завданням у роботі з дітьми з особливими потребами виступає запобігання і подолання негативних тенденцій, що породжують дитячу інвалідність, забезпечення необхідних передумов повноцінного фізичного, інтелектуального, духовного, морального і соціального розвитку означеної категорії дітей, що сприятиме реалізації як конституційних норм, так і міжнародних обов’язків України перед світовою спільнотою [58, 59]. Систематизація та узагальнення літературних джерел дозволяє констатувати, що проблемі розробкі сучасних підходів процесу корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей, з застосуванням ігрових та танцювальних видів адаптивної рухової рекреації приділяється належна увага. Але в той же час питання пов'язані з науковим обґрунтуванням і розробкою технології формування рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей, з застосуванням ігрових та танцювальних видів адаптивної рухової рекреації дітей молодшого шкільного віку далекі від свого вирішення. Вище викладене зумовило вибір напрямку нашої магістерської роботи.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для вирішення поставлених у роботі завдань використовувалися наступні методи досліджень:

1) аналіз літератури;

2) антропометричні методи (для визначення довжини і маси тіла, кистьової динамометрії, екскурсії грудної клітки);

3) фізіологічні методи (для визначення ЧСС, АТ, життєвої ємності легень, показники проб Штанге і Генчі);

4) тестування координаційних здібностей (проби Ромберга – п'ятково-носочна і поза "Лелека", тест "Ловля лінійки");

5) тестування психомоторних здібностей (визначення точності сприйняття часу, простої і складної зорово-моторної реакції);

6) педагогічне спостереження;

7) констатуючий педагогічний експеримент;

8) методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичний аналіз і узагальнення даних спеціальної та науково-методичної літератури

Основними методами отримання первинної інформації були аналіз і узагальнення даних: - спеціальної та науково-методичної літератури; - матеріалів наукових конференцій, періодичних фахових видань, монографій, авторефератів та дисертацій; - нормативних та регламентуючих документів; - інформаційної мережі Інтернет [60,61]. Для теоретичного аналізу спеціальної та науково-методичної літератури нами було використано вітчизняні, закордонні джерела та Інтернет-ресурси з метою визначення фактичних передумов становлення наукової проблеми, складання та роз’яснення первинного матеріалу дисертаційної роботи, що розкриває особливості формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з

вадами слуху в процесі АФВ на сучасному етапі розвитку. Опрацювання спеціальної літератури дозволило одержати уявлення про стан досліджуваного питання, узагальнити експериментальні дані, що стосуються вивчення проблеми формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі АФВ. Загалом було використано 91 джерело наукової та спеціальної літератури.

2.1.2. Метод викопіювання із медичних карт.

Використовуючи даний метод була отримана інформація про склад досліджуваного контингенту, їх вік, вивчені медичні діагнози і динаміка захворювань [62]. Фіксувалися стать, вік, основний дефект, вторинні відхилення та супутні захворювання дітей 7-10 років з вадами слуху.

2.2. Педагогічні методи дослідження

Педагогічні методи дослідження включали: педагогічне спостереження, педагогічне опитування, педагогічний експеримент і педагогічне тестування.

2.2.1. Педагогічне спостереження.

Педагогічне спостереження являло собою планомірний аналіз та оцінку методів організації й проведення навчальновиховного процесу та фізичного виховання без втручання у його хід [63]. Для цього ми відвідували уроки фізичної культури молодших школярів з вадами слуху 7-10 років. За допомогою педагогічних спостережень нами була проведена оцінка організації навчальновиховного процесу без втручання в хід цього процесу і прийняті до відома існуючі методи і методичні прийоми, що дозволяють вирішувати ті чи інші завдання для формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі АФВ. Педагогічне спостереження за обсягом було розвідувальним, за часом – безперервним, за інформованістю – прихованим [64]. Педагогічним спостереженням було забезпечено контроль за точним виконанням функціональних проб, тестових

й експериментальних рухових завдань, а також за реакцією організму на запропоновані фізичні навантаження [65]. Також педагогічні спостереження сприяли розширенню наших уявлень про арсенал засобів педагогічного впливу, за допомогою яких можливо досягати поставленої мети.

2.2.2. Педагогічне опитування

Педагогічне опитування відбувалося у вигляді співбесід з вчителями фізичної культури з питань формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі АФВ. За допомогою опитування було встановлено завдання дослідження. Для опитування залучалося 5 педагогів, які займаються у спеціалізованих навчальних закладах з дітьми, що мають вади слуху. Накопичений досвід практикуючих педагогів, результати їх тривалого спостереження за молодшими школярами з вадами слуху сприяли визначенню особливостей формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху і виділенню найбільш ефективних методичних прийомів педагогічного впливу на стан ОРА дітей даної нозології [66, 67, 68].

2.2.3.Педагогічний експеримент

Педагогічний експеримент включав констатувальний та формувальний експерименти. За даними наукової спільноти [69,70,71] педагогічний експеримент – це науково поставлений дослід, сутність якого полягає у спостереженні досліджуваного процесу в точно організованих і врахованих умовах, які дозволяють стежити за процесом та відтворювати його кожного разу в аналогічних умовах. У процесі констатувального експерименту були отримані первинні дані, які вказують на особливості статодинамічної постави молодших школярів з вадами слуху: показники здатності до збереження статичної пози тіла, показники рівня стану біогеометричного профілю постави та опорно-ресорних властивостей стопи, параметри часової характеристики ходьби дітей зазначеної нозології. Ці дані склали основу подальших досліджень і сприяли визначенню головних пріоритетів

технології формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху у процесі АФВ. У констатувальному експерименті взяло участь 18 школярів 7-10 років з вадами слуху. Метою формувального експерименту була оцінка ефективності запропонованої технології формування статодинамічної постави дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі АФВ. При проведенні формувального експерименту у дослідженнях взяли участь 12 учня з вадами слуху віком 7 років.

2.2.4. Педагогічне тестування.

З метою визначення здібностей до збереження статичної рівноваги тіла проводився тест за методикою Е.Я. Бондаревського [72]. За допомогою педагогічного тестування оцінювалися показники вертикальної стійкості тіла молодших школярів з вадами слуху. Учасник тестування приймав положення стоячи на лівій нозі, права п'ята на коліні лівої ноги, руки на поясі, очі відкриті. Це положення учасник експерименту мав зберігати як можна довше. Результатом є час утримання статичної пози тіла [73]. При проведенні тесту враховувалися наступні рекомендації:

1. Втратою рівноваги тіла вважається сильне коливання тіла аж до втрати рівноваги (дитина опустилася на дві ноги).

2. Реєстрація часу проводиться з точністю до 0,1 с.

3. Утримання статичної пози тіла проводиться на правій і лівій ногах.

4. Кращий результат заноситься до протоколу [74]. Отримані результати ми співвідносили з встановленими нормами для дітей з вадами слуху, представленими в літературних джерелах (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Орієнтовані навчальні нормативи і вимоги [75]

Вік, років	Рівні статичної рівноваги, с							
	Високий		Достатній		Середній		Початковий	
Тип виконання тестової вправи	В	З	В	З	В	З	В	З
7	>13	>5	13	5	11	4	10	3
8	>15	>9	15	9	13	8	11	7
9	>18	>12	18	12	15	11	14	10
10	>23	>14	23	14	20	13	18	12

Примітка: В – відкриті очі; З – заплющені очі

2.3. Антропометричні методи досліджень

Вимірювання довжини тіла проводили за допомогою ростоміра. Маса тіла визначалася за допомогою медичних ваг з точністю до 100 гр. ОГК вимірювали сантиметровою стрічкою. Для оцінки фізичного розвитку нами був застосований перцентильний метод [76]. За допомогою таблиць центильного типу було встановлено відсоток учнів з середніми, високими і низькими показниками довжини та маси тіла. Оцінка рівня кожного вимірюваного показника передбачала сім рівнів розвитку: область дуже низьких величин, область низьких величин, область величин нижче за середні, область середніх величин, область величин вище за середні, область високих величин, область дуже високих величин. Також була проведена оцінка відповідності периметру грудної клітки довжині тіла дитини. На основі даних об’єму грудної клітки та довжини тіла за допомогою центильних таблиць була визначена кількість гармонійно розвинених дітей та дітей, які мають дисгармонійний фізичний розвиток. З метою оцінки показників об’єму грудної клітки також був обчислений індекс Ерісмана. Рівень фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху ми визначали за допомогою індексу фізичного розвитку (ІФР) за формулою: ІФР = довжина тіла – (маса тіла + окружність грудної клітки), де ІФР – індекс фізичного розвитку, відповідно до якого ми визначали номер групи, до якої

відноситься дитина.

2.4. Метод експертної оцінки

Експертиза або метод експертних оцінок – статистичний метод, що дозволяє дати оцінку досліджуваному явищу у вигляді узагальненої думки фахівців (експертів) по даній проблемі [77,78]. Експертиза є незамінним методом у випадку вивчення явищ, які не мають певного кількісного вираження [79]. Цей метод дозволив за допомогою спеціально обраної шкали зробити необхідні виміри суб'єктивних оцінок фахівців – експертів (вимір якісних показників за допомогою кількісних оцінок). У нашій роботі експертиза проводилася у вигляді опитування й анкетування групи експертів, до складу якої увійшли вчителі фізичної культури у кількості 6 осіб. У даній роботі метод експертних оцінок використався з метою виявлення думки експертів щодо визначення критеріїв ефективності авторської технології. Був використаний метод переваги (ранжирування), коли експерти розставляють оцінювані об'єкти по рангах у порядку погіршення їхньої значимості. Місце, зайняте кожним з виділених об'єктів, визначається числом набраних їм балів: чим більше сума балів, тим вище зайняте місце (тим більше значущим є даний об'єкт) [80]. Ступінь погодженості думок опитуваних експертів перевірялася за допомогою обчислення коефіцієнта конкордації [81]. Методика групової експертизи містила в собі: формулювання завдань, відбір і комплектування групи експертів, складання плану експертизи, проведення опитування експертів, аналіз і обробку отриманої інформації. Алгоритм роботи з експертного оцінювання методом переваги:

1. Зробити таблицю експертизи для використання методу переваги.

2. Розрахувати коефіцієнт конкордації погодженості думок експертів по формулах.

Регуляцію вертикальної пози людини розглядають не лише як один із факторів, що характеризують певне положення тіла індивіда в просторі, але і як найбільш істотний показник стану її здоров'я [82]. Вертикальна поза

людини як біологічної системи відрізняється вкрай вигідним положенням її тіла в просторі. У ході еволюції найбільших успіхів у розвитку досягли ті організми, удосконалення тіла яких відбувалося саме в цьому напрямі. Це дало їм змогу мати максимум потенційної енергії, потрібної для успішної реалізації багатьох складних рухових завдань. Прийнявши ортоградне положення, людина стає ніби подібною до стислої пружини, яка може в будь-який момент випрямитися, реалізувавши свій запас потенційної енергії, перетворивши її в кінетичну енергію руху. Згідно з даними досліджень при повній або частковій утраті слуху в молодших школярів, передусім, сповільнюється розвиток фізичних якостей, зокрема координації рухів, орієнтації в просторі, швидкості й точності виконання рухових актів і темпів засвоєння рухових навичок. Однак, насамперед, у дітей зі зниженим слухом відстає в розвитку функція рівноваги. За спостереженнями Л. В. Шапкової [83], відмінності в показниках статичної рівноваги досягають 30 %. Високий рівень розвитку рівноваги – необхідна умова оптимізації рухових якостей, їх наближення до досконалості. Для дітей з обмеженими можливостями рух не лише умова життєзабезпечення, засіб і метод підтримки працездатності, але й спосіб розвитку всіх зон кори великих півкуль мозку, координації міжцентральних зв’язків, формування рухових взаємодій, аналізаторів, пізнавальних процесів, корекції та компенсації недоліків у фізичному розвитку. Отже, утрата слуху знижує рівень розвитку рухового аналізатора, з’являються порушення в координації рухів дитини, а саме в регуляції ортоградної пози молодших школярів із вадами слуху [84, 85]

2.5. Методи математичної статистики

Для доведення достовірності емпіричних даних величини маси тіла, індексу маси тіла, об’єму талії та стегон хворих на ожиріння було застосовано критерій Ст'юдента, що обраховували за формулою:

$$t = \frac{M_a - M_b}{S}, \qquad (2.1)$$

де: t – статистична достовірність відмінностей;

M_a – середній показник до корекції;

M_b – середній показник після корекції;

S – помилка середньої величини.

$$S = \sigma \sqrt{\frac{n_a + n_b}{n_a \cdot n_b}}, \qquad (2.2)$$

де: σ - середнє квадратичне відхилення;

n_a – кількість досліджуваних до корекції;

n_b – кількість досліджуваних після корекції.

Для порівняння показників до і після корекції середнє квадратичне відхилення (σ) необхідно розрахувати за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x_i - M_a)^2 + \sum (x_i - M_b)^2}{n_a + n_b - 2}}, \qquad (2.3)$$

де: σ - середнє квадратичне відхилення;

Σ - знак суми;

x_i – результат окремого вимірювання;

M_a – середній показник до корекції;

M_b – середній показник після корекції;нашій

n_a – кількість досліджуваних до корекції;

n_b – кількість досліджуваних після корекції.

2.6. Організація дослідження

Дослідження проводилося в чотири етапи.

На першому етапі розроблялася загальна концепція дослідження, що припускає виявлення проблеми, формулювання гіпотези, постановку мети і завдань, вивчення науково-методичної літератури, визначення бази для проведення експериментальних досліджень.

На другому етапі вивчалися особливості рухових здібностей, функціональних можливостей кардіореспіраторної системи, сенсомоторного

реагування, фізичної працездатності і психоемоційний стан дітей зі зниженим слухом 8-15 років, проводилося попереднє педагогічне спостереження, аналіз медичних карт, були отримані вихідні дані про фізичний розвиток досліджуваної категорії дітей. До завдань даного етапу входило визначення тестів для проведення констатують контрольних випробувань. Була розроблена методика занять оздоровчою аеробікою, спрямована на корекцію рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років.

На третьому етапі було організовано формуючий педагогічний експеримент з метою перевірки ефективності розробленої нами методики.

На четвертому етапі проводився аналіз результатів дослідження, на основі якого були зроблені висновки і розроблені практичні рекомендації по використанню оздоровчої аеробіки в корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років.

Дослідницька робота здійснювалася на базі Полтавської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернат для глухих дітей 1-3 ступенів Полтавської обласної ради. У дослідно-експериментальній роботі взяли участь 2 групи дітей зі зниженим слухом 12-13, 14-15 років даних шкіл-інтернатів та діти загальноосвітніх шкіл. В експерименті взяло участь 30 школярів 10-13 років з порушенням слуху по 15 у контрольній та експериментальній групах. Відмінності змісту занять в контрольній та експериментальній групах полягали в засобах і методичних підходах до вирішення корекційних завдань фізичного виховання глухих дітей. У контрольній групі всі навчальні заняття проводились згідно з програми з фізичного виховання: 2 уроки фізичної культури на тиждень, 2 уроки лікувальної фізичної культури по 40-50 хвилин і 2 індивідуальних заняття за інтересами. В експериментальній групі методика корекції фізичного розвитку і фізичної підготовленості глухих школярів у процесі безперервного адаптивного фізичного виховання включала такі форми занять: 2 уроки фізичної культури на тиждень, 2 диференційовані уроки лікувальної фізичної культури, 2 індивідуальних

корекційних заняття на тиждень (різні види гімнастики, корекційні ігри, вправи, спрямовані на корекцію відставання у фізичному розвитку і фізичній підготовленості).

РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ТА ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ СЛУХОМ 8-15 РОКІВ

3.1. Теоретичне обґрунтування та експериментальне підтвердження методики занять оздоровчою аеробікою, спрямованої на корекцію рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років

Діти, що мають патологію слухового аналізатора, відрізняються своєрідністю розвитку моторики, відставанням в загальному фізичному розвитку, низьким рівнем розвитку рухових якостей і функціональних систем. Внаслідок цього, одна з найважливіших завдань адаптивного фізичного виховання школярів з різним ступенем порушення слуху - корекція рухових і функціональних порушень, що виникли в результаті патологічного процесу в слуховому аналізаторі.

Діти з порушенням слуху не здатні до тривалих монотонним тренувань, які часто необхідні для вироблення тих чи інших компенсаторних навичок, менш стійкі до зовнішніх подразників і, як наслідок, мають низькі показники при освоєнні поставленої рухової завдання.

При проведенні занять з дітьми підліткового віку слід враховувати, що для вищої нервової діяльності школярів з порушенням слуху характерне значне переважання процесів збудження в корі головного мозку, які виражені сильніше, ніж процеси гальмування. Тому при тривалій одноманітній м'язовій діяльності у дітей з патологією слухового аналізатора втома розвивається раніше, ніж у ті, що слухають. У зв'язку з цим, діти даної нозологічної групи краще переносять різноманітні за змістом і короткочасні фізичні навантаження. З цього випливає, що робота по корекції основних рухових і функціональних порушень дітей з даною патологією повинна проводитися в процесі найбільш привабливих та ефективних засобів

фізичного вдосконалення і рекреації, що відповідають сучасним вимогам оздоровлення, вдосконалення та адаптації рухових дій до вирішення конкретних завдань. Необхідно, врахувати і той факт, що одним з напрямків, рекомендованих для активної розробки і реалізації з дітьми-інвалідами, є креативно-творче, покликане допомогти дитині з особливими освітніми потребами розкрити його індивідуальність, розвинути творчу самостійність, реалізувати внутрішні резерви самовдосконалення.

Своєрідність розвитку дітей з вадами слуху та виникаючі відхилення від норми не можуть оцінюватися лише як негативні, вони містять і позитивні елементи компенсаторного характеру, що забезпечують пристосування дитини до різних видів діяльності, до життя в суспільстві.

Центральним положенням вітчизняної дефектології є наступне: Кожен дефект створює стимули для вироблення компенсації. Тому динамічне вивчення «особливого» дитини не може обмежуватися встановленням ступеня і тяжкості нестачі, але неодмінно включає облік компенсаторних - замінюють, надбудовуються, що вирівнюють процесів у розвитку і поведінці дитини. Компенсація, як реакція особистості на дефект, дає початок новим, обхідним процесам розвитку, заміщає, надбудовує, вирівнює психологічні функції. Багато що з того, що притаманне нормальному розвитку, зникає або згортається через дефект.

Вибір корекційно-розвивальних програм педагогічних впливів, визначення обсягу і інтенсивності фізичних навантажень повинні відповідати кількісному і якісному перестроювання в природному алгоритмі розвитку моторно-психічних реакцій. На наш погляд, позитивний вплив на рівень фізичного, морфофункціонального і психо-емоційного стану людей з вадами слуху школярів 8-15 років можуть надати систематичні заняття оздоровчою аеробікою.

Основою хореографії базових видів фітнесу, зокрема класичної аеробіки, є елемент - найменше, але в той же час цілком закінчене рухове дію, що має певну структуру: початок, основна дія і закінчення.

Існують сім базових елементів, які складають основний зміст комплексів вправ і відповідають принципу «безпечної техніки» їх виконання: кроки і їх різновиди, біг на місці і з переміщеннями, піднімання стегон в різних напрямках, махи ногами, випади, підскоки зі зміною положення ніг, «скіп» - скрестного руху..

3.2.Фізичний стан і якості нечуючих дітей 8-15 років

У науково - методичній літературі обмежені відомості щодо застосування рухливих і елементів спортивних ігор в адаптивної рухової рекреації, а також їх застосування в різновікової групи дітей з патологією слуху 8-15 років стало підставою для проведення досліджень в цьому напрямку. Необхідно відзначити, що при виборі тесту для дітей, що мають патологію слуху, ми керувалися думкою про доцільність використання однакових тестів, як для здорових, так і для нечуючих дітей. Орієнтування на результати, показані в аналогічних тестах здоровими дітьми того ж віку, дає можливість виявити, які саме показники мають низький рівень розвитку нечуючих дітей, а також ступінь відставання досліджуваних рухових здібностей дітей з патологією слуху від здорових. Єдиною відмінністю в методиці проведення тестів було те, що при роботі з нечуючими дітьми приділялося більше часу показу завдання і числу пробних спроб.

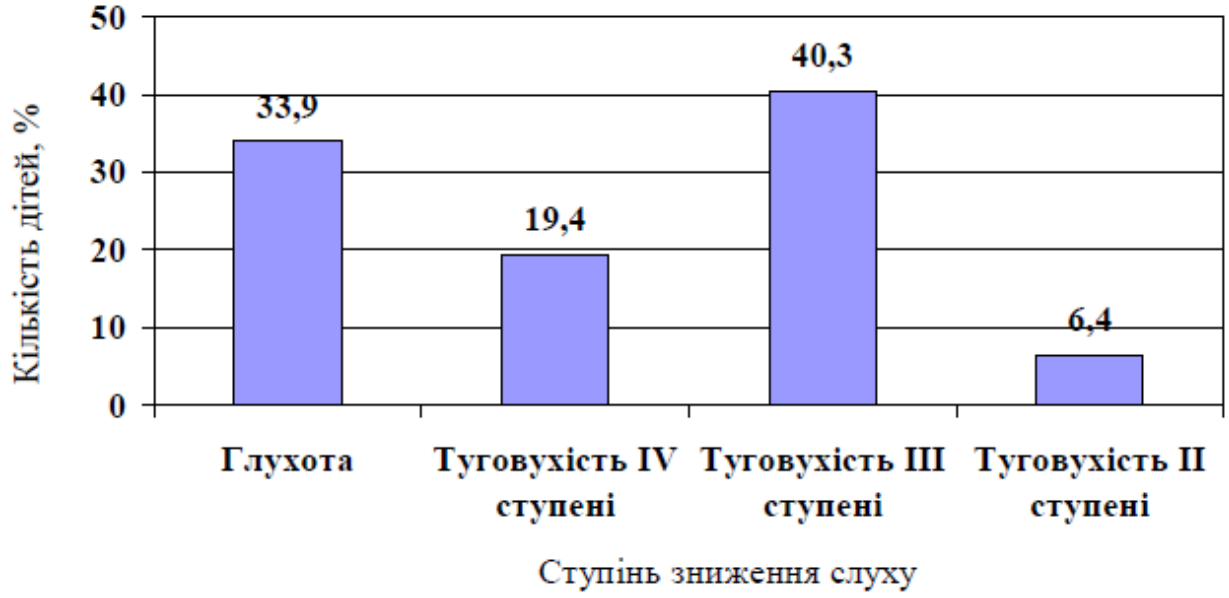

Рис. 3.1. Розподілення вад слуху у досліджуваних дітей

Проаналізувавши дані медичних карт 16 дітей з вададми слуху, нами було зясовано, шо у 1 дитини (6,4%) виявлена туговухість II ступеню, у 6 дітей (40.3%) виявлена туговухість III ступеню, у 3 дітей (19,4%) виявлена туговухість IV ступеню, а у 5 дітей (33.9%) виявлена глухота (рис. 3.1.)

Таблиця 3.1.

Соматометричні показники дітей з вадами слуху та їх практично здорових однолітків

Статево-вікові групи			Значення показників довжини тіла, см		Значення показників маси тіла, кг		Значення показників окружності грудної клітки, см	
			$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
Діти з вадами слуху	хлопці	7 років, n=6	123,22*	2,07	21,52*	1,60	57,84*	2,22
		8 років, n= 6	125,64*	2,45	24,31*	1,85	59,64*	2,02
		10 років, n=6	133,47*	2,19	31,52*	2,94	64,54*	2,29
	дівчата	7 років, n=7	121,65*	2,21	20,25*	1,73	55,54*	2,46
		8 років, n=6	124,34*	2,89	23,71*	1,92	57,38*	2,74
		10 років, n=7	131,41*	2,48	29,24*	2,78	61,24*	2,12
Практично здорові діти	хлопці	7 років, n=13	127,83	2,93	24,77	1,66	61,17	2,09
		8 років, n=11	129,71	3,24	26,13	1,95	62,65	3,28
		10 років, n=13	140,11	3,39	35,68	2,33	66,44	3,22
	дівчата	7 років, n=14	124,51	2,48	22,74	1,43	59,41	2,39
		8 років, n=13	130,35	3,54	27,39	1,76	61,27	2,84
		10 років, n =14	137,27	2,87	31,72	2,61	64,31	2,42

Проведений аналіз результатів обстеження в грудні 2019 року, показав, що функціональна недостатність рухового аналізатора дітей з порушенням слуху негативно позначається на їх фізичному розвитку. Для виявлення особливостей розвитку фізичного стану та фізичних якостей було проведено обстеження 20 дітей з порушенням слуху, які відвідують центр реабілітації слуху та мовлення; і 20 нормально чуючих дітей молодшого шкільного віку середньої освітньої школи № 10. Діти з порушенням слуху за багатьма

показниками фізичного розвитку (вага, зріст, ОГК, ЖЕЛ) поступаються одноліткам які чують (табл. 3.1, 3.2), причому ця різниця збільшується з віком. Так, у хлопчиків в показниках зростання ми спостерігаємо найбільшу різницю між нечуючими і здоровими дітьми в одинадцятирічний віковий період - 3,4%, а в показниках ваги в 10 років - 15,3%. У дівчаток найбільша різниця в зрості доводиться на восьмирічний віковий період і становить 2,53%, а в показниках ваги максимальна різниця доводиться також на 8 років і становить 6,72%.

Найбільш виражено статистично достовірне відставання дітей з порушенням слуху від здорових однолітків в показаннях окружності грудної клітки (ОКГ) і життєвої ємності легень (ЖЕЛ) як у хлопчиків, так і дівчаток. Максимальна різниця ОГК у хлопчиків припадає на 10 - річний віковий період і становить 5,7%, а у дівчаток - на 8 літній період і становить 4,41%. Однак до 10 років різниця між нечуючими і здоровими дівчатками ОКГ скорочується і одно 2.65% (Р 0,05). Аналогічні результати спостерігаються в показаннях ЖЕЛ. У восьмирічному віці спостерігається найбільша різниця як у хлопчиків, так і у дівчаток і складає 16,1% і 18,75% відповідно. Відставання дітей з патологією слуху в показниках життєвої ємності легень, пояснюється відставанням нечуючих дітей від своїх чуючих однолітків в масі тіла, в окружності грудної клітки, а також відсутністю або обмеженням мовлення, а відповідно і обмеженням мовного дихання.

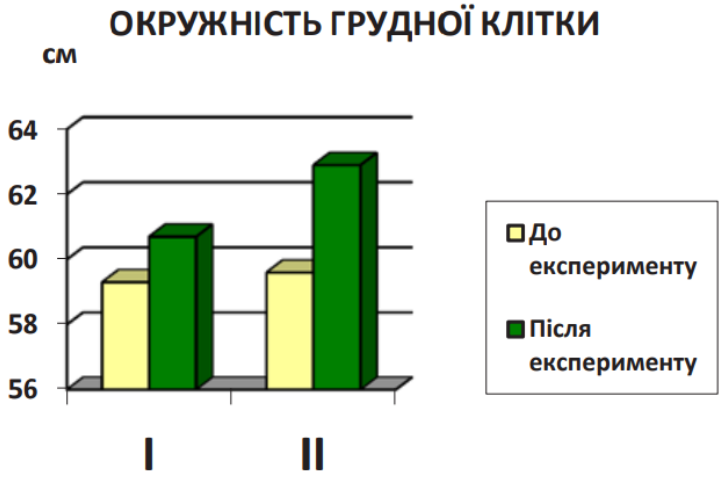

Рис. 3.2 Зміни показників фізичного розвитку школярів 8-12 років з

порушенням слуху контрольної та експериментальної груп до та після експерименту (I – контрольна група, II – експериментальна група)

Отримані результати ще раз підтверджують існуючі дані, що говорять про значне відставання нечуючих дітей від чуючих однолітків в показаннях ОГК і ЖЕЛ. Таким чином, отримані дані показують, що у хлопчиків найбільша достовірна різниця в показниках ваги спостерігаються в 10 років і становить 15,3%; в 11 років - в показниках зростання - 3,4% і в показниках ОГК - 5,7%, а в показниках ЖЕЛ спостерігається максимальна різниця в восьмирічний віковий період і складає 16,1% (Р 0,05). А у дівчаток в 8 років спостерігаються найбільші достовірні відхилення за всіма показниками: в зростанні - 2,53%; у вазі - 6,72%; в ОГК - 4,41%; в ЖЕЛ -18,75%. До 11 років відмінності між названими показниками у нечуючих та ті, що слухають дівчаток мають тенденцію до зниження, залишаючись статистично достовірними. Тенденція до зниження відмінностей до 11 років між нечуючими і чують хлопчиками спостерігається тільки в показниках ЖЕЛ і в показниках зростання.

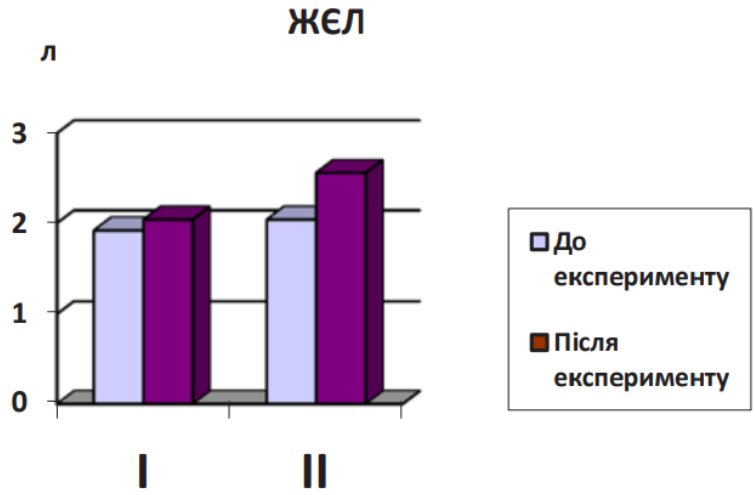

Рис. 3.3. Зміни показників фізичного розвитку школярів 8-12 років з порушенням слуху контрольної та експериментальної груп до та після експерименту (I – контрольна група, II – експериментальна група)

Порівнюючи показники фізичної підготовленості нечуючих та чують молодшого шкільного віку, слід зазначити нижчі показники, що

характеризують розвиток фізичних якостей у дітей з тяжкими порушеннями слуху в порівнянні зі здоровими однолітками. Швидкість, будучи комплексною руховою якістю, що має велике значення для орієнтування в просторі нечуючих дітей, досліджувалась в таких контрольних вправах, як 10 метрів з ходу і 30 метрів. Найбільше достовірне розходження між нечуючими і здоровими дітьми в бігу на 10 м з ходу спостерігається в наступних вікових періодах: у хлопчиків - в 11 років і різниця становить 22,7%, а у дівчаток - в 10 років і становить 20,0%. До 11 років ця різниця у дівчаток має тенденцію до зниження і складає 9,5%. У бігу на 30 м найвище відмінність у хлопчиків і у дівчаток простежується в 10 і 11 років і становить 13,9% і 12,8% відповідно.

3.3. Рухові і функціональні порушення глухих і слабочуючих дітей як педагогічна проблема

Людина, що опинився в стані інвалідності, повинен навчитися пристосовуватися до існуючих умов, активно брати участь у всіх сферах життя. Патологічні процеси, що розвиваються в результаті хвороби, з одного боку, руйнують цілісність і природність функціонування організму, з іншого - викликають у інвалідів комплекси психічну неповноцінність, що характеризуються тривогою, втратою впевненості в собі, пасивністю, ізольованістю. В даний час все активніше ведеться пошук нових підходів до виховно-оздоровчої роботи з дітьми, заснованих на аналізі зовнішніх впливів, моніторингу стану здоров'я кожної дитини, обліку особливостей організму, індивідуалізації профілактичних заходів. Для створення нормальних умов життєдіяльності інвалідів по слуху в освітніх установах здійснюється комплекс заходів, серед яких обов'язковим є навчання, виховання і працевлаштування. Важливу роль в соціалізації інвалідів по слуху грає фізична культура і спорт. В процесі адаптивного фізичного виховання, яке повинно починатися з моменту народження дитини або з моменту виявлення тієї чи іншої патології, першочергова увага приділяється завданням корекції

основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень, виробленню компенсаторних механізмів здійснення життєдіяльності, якщо корекція не вдається, профілактичній роботі [86].

Аналіз даних таблиць дозволив констатувати, що у хлопчиків і дівчаток 6-10 років із депривацією слуху показники статичної рівноваги у тесті «Стійка на одній нозі (з відкритими очима)» статистично значуще відрізняються від показників практично здорових однолітків ($p<0,001$). Дослідження дозволили встановити, що час утримання пози тіла дітей 7 років в тесті Є.Я. Бондаревського склав (10,6; 1,2 с), 8 років – (12,2; 1,7 с), 9 років – (14,7; 2,2 с), а 10 років – (19,2; 2,3 с) (рис. 3.4).

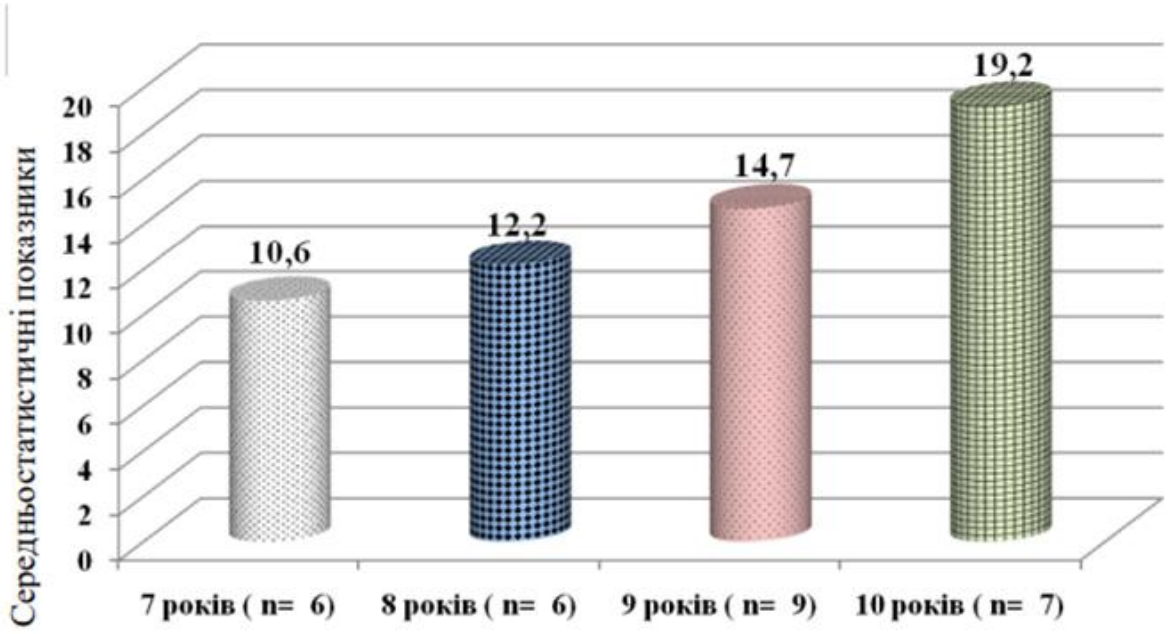

Рис. 3.4.Середньостатистичні показники статичної рівноваги тіла дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху

Перевірка ефективності запропонованої нами технології побудована на моніторингу зміни показників видів координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху, а саме: здатність до збереження рівноваги тіла; здатність до ритму, здатність до управління просторовими і силовими параметрами рухів; здатність до орієнтації у просторі; здатність до

реакції.

У дослідженні брали участь 16 дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху. Для аналізу здатності до збереження статичної рівноваги тіла обстежуваних дітей молодшого шкільного віку нами використано метод стабілографії. Дані інтегральних показників статичної рівноваги тіла дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху та їхніх практично здорових однолітків у процесі виконання тесту «Проба Ромберга з відкритими очима» представлено в табл. 3.2. Проаналізувавши наведені показники, ми можемо зробити висновок, що здатність зберігати статичну рівновагу тіла покращується зі збільшенням віку дітей із вадами слуху. Так, довжина траєкторії переміщення загального центру тиску (ЗЦТ) тіла в період із семи до 10 років зменшуються в хлопців від 368,9 до 221,8 мм у фронтальній площині й від 472,1 до 276,9 мм у сагітальній, у дівчат – від 406,9 до 290,5 мм та від 497,2 до 337,5 мм. Водночас достовірних відмінностей між хлопцями й дівчатами одних вікових груп не виявлено. Також простежено динаміку до зменшення з віком і показників швидкості переміщення ЗЦТ, і площі коливань ЗЦТ.

Аналіз довжини траєкторії переміщення ЗЦТ тіла практично здорових дітей молодшого шкільного віку у фронтальній та сагітальній площинах також підтверджує дані про те, що значне покращення показників вертикальної стійкості тіла відбувається у 8–9 років. Різниця між значеннями довжини траєкторії переміщення ЗЦТ тіла у фронтальній площині в дітей 7–8 років склала 36,91 мм, а в сагітальній – 48,65 мм. Різниця між значеннями цього показника у фронтальній площині в дітей 8 і 9 років – 15,4 мм, а в сагітальній – 25,53 мм. Водночас різниця між вертикальною стійкістю тіла дітей 9–10 років за цим показником склала 177,35 мм у фронтальній площині та 243,04 мм – у сагітальній. Один із важливих показників вертикальної

стійкості тіла – це швидкість переміщення ЗЦТ тіла людини. Вона свідчить про те, наскільки швидко випробуваний реагує на зміну пози тіла. Значення цього показника в практично здорових дітей молодшого шкільного віку в 7–9 років зменшується в хлопців на 9,4 мм·с -1 , у дівчат – на 9,8 мм·с -1 , а в 9–10 років – на 9,3 мм·с -1 і 9,2 мм·с -1 відповідно

Таблиця 3.2

Показники статичної рівноваги тіла дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху (n=12) та їхніх практично здорових однолітків (n=10) у тесті «Проба Ромберга із закритими очима»

Статево-вікова група		Довжина траєкторії переміщення ЗЦТ у фронтальній площині X, *мм*		Довжина траєкторії переміщення ЗЦТ у сагітальній площині Y, *мм*		Швидкість переміщення ЗЦТ, *мм·с$^{-1}$*		Площа коливань ЗЦТ, *мм^2*	
		діти з вадами слуху	практично здорові діти	діти з вадами слуху	практично здорові діти	діти з вадами слуху	практично здорові діти	діти з вадами слуху	практично здорові діти
Хлопці 7 років, *n_1=13, n_2=6*	$\bar{x}$	676,5	471,4*	760,0	561,2*	48,3	41,2*	1854,	1551,7*
	S	64,1	31,2	66,2	49,1	4,1	3,0	104,2	134,24
Хлопці 8 років, *n_1=11, n_2=16*	$\bar{x}$	564,9	366,3	614,9	415,7*	40,7	30,9*	1486,	886,81*
	S	78,2	29,5	61,1	32,2	3,5	2,1	76,2	76,00
Хлопці 9 років, *n_1=14, n_2=8*	$\bar{x}$	496,0	291,9*	519,6	317,6*	34,4	24,9*	1251,4	751,04*
	S	32,1	21,9	50,9	23,9	2,5	1,9	74,4	74,43
Хлопці 10 років, *n_1=13, n_2=6*	$\bar{x}$	446,7	248,1*	497,7	288,6*	27,6	21,9*	1087,7	587,71*
	S	40,4	20,7	41,1	22,6	2,1	1,7	110,78	50,78
Дівчата 7 років, *n_1=14, n_2=7*	$\bar{x}$	688,1	469,9*	717,5	601,9*	43,4	35,1	1896,7	1652,3*
	S	41.3	42.2	67.9	52.5	3.8	2.1	167.49	157.49
Дівчата 8 років, *n_1=13, n_2=6*	$\bar{x}$	528,5	416,4*	644,6	532,9*	38,3	30,9*	1540,1	1327,4*
	S	34,5	34,5	67,2	41,1	1,1	2,0	143,60	123,60
Дівчата 9 років, *n_1=13, n_2=6*	$\bar{x}$	421,5	310,9*	603,7	407,9	33,4	28,1*	1320,2	923,45*
	S	27	29,1	54,7	31,1	2,6	2,1	109,3	89,32
Дівчата 10 років, *n_1=14, n_2=7*	$\bar{x}$	382,1	309,9*	569,5	398,5*	28,2	22,1*	1136,1	838,14*
	S	32.1	26.3	51.1	27.8	2.1	1.2	89.6	89.6

Примітка. n1 – практично здорові діти; n2 – діти з вадами слуху; * – різниця між показниками дітей із вадами слуху та їхніми практично здоровими однолітками статистично достовірна.

Площа коливань ЗЦТ – інтегральний показник, що характеризує вертикальну стійкість тіла людини. Здебільшого розкид коливань ЗЦТ має

форму еліпса, тому цей показник також називається площею еліпса стійкості. Вона покращується протягом усього досліджуваного періоду в практично здорових дітей молодшого шкільного віку, але найбільше поліпшення відбувається в 9–10 років. Під час аналізу цього показника ми спостерігаємо його розподіл за віковими групами. Різниця між значеннями площі еліпса стійкості в дітей 7 і 8 років – 46,08 мм^2. Різниця між значеннями цього показника в дітей 9–10 років – 21,27 мм^2. Водночас різниця між вертикальною стійкістю тіла дітей 9 і 10 років за цим показником дорівнює 173,27 мм^2. За даними науково-методичної літератури, діти з вадами слуху під час виконання рухових дій компенсують недоліки вестибулярного апарату посиленою роботою зорового аналізатора. Для виявлення впливу на здатність зберігати статичну рівновагу тіла саме вестибулярного аналізатора нами проведено аналогічне тестування із закритими очима. Показники рівноваги тіла дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху та їхніх практично здорових однолітків у процесі виконання тесту «Проба Ромберга із закритими очима» відображені в табл. 3.3. Вікова динаміка показників статичної рівноваги тіла дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху під час виконання тесту «Проба Ромберга із закритими очима» також покращується зі збільшенням віку.

Для виявлення впливу запропонованої нами технології корекції порушень координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху на здатність до збереження рівноваги тіла з участю та без участі зорового аналізатора було визначено стан вертикальної стійкості тіла обстежуваних в двох тестах: пробі Ромберга на нерухомій опорі з відкритими очима та з закритими очима. Отримані дані в тесті з відкритими очима представлені в таблиці 3.3.

Саме тут величезне значення набувають так звані міжпредметні зв'язки, коли в процесі занять фізичними вправами здійснюється освоєння рухових дій і понять, відбувається розумовий, естетичне та інші види виховання.

Стосовно інтегральних показників статичної рівноваги тіла простежено їх погіршення в тесті із закритими очима. В усіх вікових групах дітей шкільного віку з вадами слуху наявні достовірні відмінності між показниками тестів із відкритими та закритими очима. Отже, у дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху вплив зорового аналізатора на здатність до збереження статичної рівноваги є значним, без участі зору в процесі тестування показники стійкості достовірно погіршується.

Таблиця 3.3

Показники рівноваги тіла хлопчиків 8 років з вадами слуху в тесті проба Ромберга з відкритими очима в процесі педагогічного експерименту

Показники рівноваги тіла		Експериментальна група (n=8)		Контрольна група (n=8)	
		до експерименту	після експерименту	до експерименту	після експерименту
Амплітуда коливань ЗЦТ у фронтальній площині X, мм	$\bar{x}$	24,16	17,48*	24,96	22,14
	S	2,31	1,45	2,42	1,89
Амплітуда коливань ЗЦТ у сагітальній площині Y, мм	$\bar{x}$	25,37	19,56*	26,11	24,12
	S	1,64	1,69	1,75	1,94
Довжина траєкторії переміщення ЗЦТ у фронтальній площині X, мм	$\bar{x}$	222,4	201,2	220,5	215,1
	S	23,2	19,8	19,8	22,1
Довжина траєкторії переміщення ЗЦТ у сагітальній площині Y, мм	$\bar{x}$	278,7	254	275,4	267,5
	S	27,4	22,6	25,6	25,8
Швидкість переміщення ЗЦТ, мм·с$^{-1}$	$\bar{x}$	19,4	17,3	20,1	19,4
	S	1,3	1,2	1,4	1,6
Площа коливань ЗЦТ, мм^2	$\bar{x}$	802,4	612,5*	797,1	765,7
	S	77,5	58,6	78,4	74,4

Стосовно показників рівноваги практично здорових дітей молодшого шкільного віку також спостерігаємо їх погіршення в тесті із закритими очима. В усіх вікових групах наявні достовірні відмінності між показниками тестів із відкритими та закритими очима. Отже, у практично здорових дітей молодшого шкільного віку вплив зорового аналізатора на здатність до збереження статичної рівноваги тіла є значним, без участі зору в процесі тестування показники стійкості достовірно погіршується.

Проте потрібно відзначити, що в тестах із відкритими та закритими очима в практично здорових дітей молодшого шкільного віку відбувається значне покращення здатності до збереження статичної рівноваги тіла в 9–10 років, про що свідчить достовірна різниця між амплітудно-частотними показниками й іншими даними статичної рівноваги тіла. Проаналізувавши наведені в таблиці показники, ми можемо зробити висновок, що здатність зберігати статичну рівновагу тіла покращується зі збільшенням віку як у дітей із вадами слуху, так і в практично здорових. Водночас показники статичної рівноваги тіла в практично здорових дітей достовірно відрізняються від таких в осіб із вадами слуху, простежено тенденцію, яка вказує на те, що всі показники статичної рівноваги тіла в практично здорових дітей кращі, порівняно з дітьми, у котрих наявні вади слуху.

Необхідною умовою висвітлення питань, пов’язаних із вертикальною стійкістю тіла дітей із вадами слуху, є встановлення рівня сформованості здатності цієї категорії дітей підтримувати ортоградну позу в структурі розвитку рухових якостей. Під час аналізу вертикальної стійкості тіла людини амплітуда й частота коливань ЗЦТ тіла – це основні показники, проте для більш детального аналізу можна використовувати низку додаткових, так званих інтегральних характеристик, а саме: довжину траєкторії переміщення ЗЦТ тіла, швидкість переміщення ЗЦТ тіла, площу коливань ЗЦТ тіла.

Порівнявши отримані дані в пробах Ромберга із відкритими та

закритими очима, ми виявили, що в дітей із вадами слуху показники статичної рівноваги тіла в тесті із закритими очима гірші на 25–30 %, ніж у тесті з відкритими очима. Водночас у практично здорових дітей ці показники лише на 10–15 % нижчі в тесті із закритими очима, ніж у тесті з відкритими очима. Нами виявлено достовірні відмінності, які підтверджують дані спеціалістів, між значеннями довжини траєкторії коливань ЗЦТ тіла у фронтальній і сагітальній площинах, швидкості переміщення ЗЦТ тіла, площею коливань ЗЦТ у дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху та їхніх практично здорових однолітків у всіх досліджуваних групах, різниця між практично здоровими дітьми й особами з вадами слуху достовірна за всіма показникам статичної рівноваги тіла в тесті із закритими очима. Подальшу роботу спрямуємо на розроблення технології корекціїї порушень координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху.

3.4. Дослідження рухової і функціональної підготовленості та психо-емоційного стану дітей зі зниженим слухом 8-15 років

Аналіз медичних карт дітей спеціальних (корекційних) шкіл-інтернатів виявив, що школярі мали основний діагноз -нейросенсорную туговухість III-IV ступеня, нейросенсорна туговухість була вродженою чи рано придбаної (до оволодіння мовою).

Аналізуючи дані про фізичний розвиток дітей зі зниженим слухом 8-15 років, ми спиралися на уявлення про морфо-функціональних ознаках, що характеризують віковий рівень біологічного розвитку і визначають запас фізичних сил людини. Показники фізичного розвитку є результатом комплексної взаємодії генетичних ознак і чинників середовища і вважаються провідними критеріями стану здоров'я школяра, а основні параметри морфологічного статусу дітей - довжина, маса тіла, окружність грудної клітини, життєва ємність легенів - є цінними санітарно-гігієнічними показниками, що відображають вплив як позитивних, так і негативних факторів зовнішнього середовища і соціально-економічних умов життя.

Вікова динаміка абсолютних значень довжини тіла у дітей з порушенням слуху має позитивну спрямованість і відповідає динаміці розвитку даного показника здорових однолітків, при відсутності достовірності отриманих результатів (Р 0,05) у слабочуючих випробовуваних обох вікових груп.

Абсолютні значення маси тіла учнів з порушенням слуху мають тенденцію до поступового підвищення з віком. Хлопчики і дівчатка з порушенням слуху мають достовірно більш низькі результати в обох експериментальних групах (Р 0,05).

Результати досліджень величини життєвої ємності легень у школярів з порушенням слуху і здорових однолітків виявили односпрямовану динаміку вікових змін даного параметра. Разом з тим, у школярів з порушенням слуху величина життєвої ємності легень достовірно нижче (Р 0,05), у порівнянні зі здоровими однолітками, у всіх вікових періодах, як у хлопчиків, так і у дівчаток. Невисокі результати ЖЕЛ у слабочуючих школярів 8-15 років відповідають низьких показників екскурсії грудної клітини дітей даної нозологічної групи, зазначеним при порівнянні з даними здорових дітей (Р 0,05).

Виявлено достовірно низький відмінність результатів динамометрії у слабочуючих дівчат, при порівнянні зі здоровими однолітками (Р 0,05). Серед хлопчиків 14-15 років показник сили правої кисті не значно відрізняється від показників здорових однолітків (27,3 ± 3,0 і 33,5 ± 2,4 відповідно) і достовірності відмінностей результатів не виявлено (Р 0,05).

Вивчення інформації про рухової сфері слабочуючих школярів показує незадовільний рівень розвитку, в цілому, і координаційної підготовленості, зокрема.

Для визначення здатності до орієнтації у просторі нами було використано педагогічне тестування: виконання трьох перекидів вперед з максимальною швидкістю, критерієм оцінки було обрано час виконання тесту. Показники тривалості виконання трьох перекидів вперед представлені

в таблиці 3.4.

Встановлено, відхилення в ходьбі по лінії, після виконання трьох перекидів у дітей з вадами слуху КГ та ЕГ до експерименту достовірно не відрізняється. Діти в КГ після експерименту статистично достовірно не покращили тривалість виконання трьох перекидів вперед. хоча спостерігається тенденція до їх покращення. Так в КГ відхилення в ходьбі по лінії, після виконання трьох перекидів зменшилась на 3.8 см.

Таблиця 3.4

Показники відхилення в ходьбі по лінії, після виконання трьох перекидів хлопчиків 8 років з вадами слуху в процесі педагогічного експерименту

		Експериментальна група (n=8)		Контрольна група (n=8)	
		до експерименту	після експерименту	до експерименту	після експерименту
Відхилення в ходьбі по лінії, після виконання трьох перекидів, см	$\bar{x}$	39,6	27,3*	39,2	35,4
	S	2,97	2,38	2,52	2,56

Реагуюча здатність оцінювалась на основі визначення латентного часу простої зорово-моторної реакції. В таблиці 3.5 представлені дані показники латентного часу реакції на світловий сигнал у КГ та ЕГ до та після проведення формувального експерименту.

На початку проведення експерименту нами не виявлено достовірних відмінностей між показниками латентного часу реакції у дітей КГ та ЕГ.

Встановлено, що латентний час простої рухової реакції на світловий сигнал у дітей з вадами слуху до та після експерименту КГ достовірно не відрізняється. Спостерігається тенденція до покращення здатності до реагування, так за період експерименту латентний час реакції зменшився на 61 мс від 712 мс до 651 мс. але при рівні значимості $p>0,05$. В той час, як діти

в ЕГ. які до початку експерименту не мали достовірних відмінностей від КГ після експерименту достовірно покращили латентний час реакції на 146 мс від 698 мс до 552 мс при рівні значимості $p<0,05$.

Оскільки координаційні здібності складні за своєю структурою і представляють сукупність безлічі освоєних рухових координації, що забезпечують продуктивну діяльність, в програмах фізичного виховання спеціальних (корекційних) шкіл-інтернатів їх розвиток є важливою складовою частиною освітнього процесу і розглядається як базис, який формує фонд нових рухових умінь.

Таблиця 3.5

Показники латентного часу простої рухової реакції на світловий сигнал хлопчиків 8 років з вадами слуху в процесі педагогічного експерименту

		Експериментальна група (n=8)		Контрольна група (n=8)	
		до експерименту	після експерименту	до експерименту	після експерименту
Латентний час простої рухової реакції на світловий сигнал, мс	$\bar{x}$	698	552*	712	651
	S	43	39	41	42

Спираючись на це положення, при оцінці фізичної підготовленості ми зробили акцент, саме, на їх виявлення і оцінку. Найбільше відставання в ході експерименту, що констатує виявлено за показниками здатності до збереження статичної рівноваги (проба Ромберга: поза п'яткової-шкарпеткова і «лелека»). Значно відстають слабочуючі школярі 8-15 років від учнів загальноосвітніх шкіл і за рівнем розвитку реагує координаційної здібності (тест «Ловля лінійки»)

3.5.Організація і зміст занять адаптивною рухової рекреації

Зміст занять адаптивною рухової рекреації направлено на активізацію,

підтримку або відновлення фізичних сил, витрачених інвалідом під час будь-якого виду діяльності (праця, навчання та ін.), На профілактику стомлення, розвага, цікаве проведення дозвілля і взагалі на оздоровлення, поліпшення кондиції, підвищення рівня життєстійкості через задоволення або з задоволенням. Характерними рисами є свобода вибору засобів і партнера, перемикання на інші види діяльності, широта контактів, ігрова діяльність, задоволення від руху. Адаптивна фізична культура в молодшому шкільному віці здійснюється в нерозривному зв'язку з розвитком ігрової діяльності. Фізкультурно-оздоровчі заняття з дітьми, які мають порушення слуху, вимагають ретельно продуманої організації та застосування спеціальних методичних прийомів, побудованих з урахуванням розвитку цих дітей. При розробці експериментальної методики розвитку психомоторних і комунікативних здібностей в різновікової групи нечуючих дітей, ми керувалися, перш за все тим, що вона повинна не тільки сприяти більш швидкому, в порівнянні з традиційними фізкультурно - оздоровчими заняттями, розвитку фізичних якостей, але і більш активному формуванню колективу, що веде за собою розвиток особистості, комунікативних здібностей, що в сукупності оказазивает позитивний вплив на соціальну адаптацію неслишащ х дітей молодшого шкільного віку. Розвиток особистісних якостей відбувається в процесі встановлення різноманітних прямих і непрямих зв'язків, усвідомлюваних і неусвідомлюваних відносин з оточуючими, включеними в різні соціальні спільності, членом яких стає сама дитина. Для дитини з обмеженими можливостями особливе значення для задоволення його соціальних потреб набуває мала група.

Вищим рівнем розвитку групи є колектив, специфічні риси якого виявляються в діяльності і міжособистісних відносинах. Максимальний розвиток самодіяльності дітей виступає визначальною ознакою розвинутого дитячого колективу. Різновікової складу дитячих колективів нівелює існуючу в об'єднанні однолітків тенденцію замикатися в колі групових інтересів. Дитина відчуває вплив кожного з такої групи і, займаючи в ній певне місце, в

той же час сам впливає на оточуючих, оптимізуючи власний розвиток. Величезний вплив на міжособистісне спілкування надавало те, що нами використовувалося такий засіб вплив на дитину, як гра, повна сплесків емоцій і переживань. Основа успіху дитячої спортивної колективної діяльності - відносини співробітництва і взаємодопомоги в противагу конфлікту і конфронтації. В процесі гри, діти відчували себе розкуто, а правила гри ненав'язливо вимагали взаємодопомоги і взаімосотруднічества. А як відомо, важливим фактором досягнення успіху будь-якої колективної діяльності є соціально - психологічний клімат, що складається в групі. Розмірковуючи про соціально-психологічному кліматі дитячого колективу, неважко помітити, що багато чого в цій складній системі залежить від взаємин, які складаються на базі спілкування. Аналіз зовнішньої сторони спілкування дозволяє отримати уявлення про те, як відбувається контактування: хто з ким і як спілкується, чи всі учасники включені в міжособистісні зв'язки.

Важливою умовою, що визначає методику ігрової діяльності при організації адаптивної рухової рекреації, був обов'язковий облік вікових особливостей дітей з патологією слухового аналізатора молодшого шкільного віку і адекватність набору засобів і методів можливостями не чує дитини. Проведене нами дослідження показало, що на наявні диспропорції між хронологічним і психологічним віком, внаслідок відсутності слуху, величезний позитивний вплив надає різновікової дитячий колектив. Причому слід зазначити, що формування колективу в такій групі нечуючих дітей відбувається набагато швидше, ніж в групі однолітків. Правильніше було б говорити не про те, що в вільних дитячих колективах розкриваються нові сторони особистості дитини, але, скоріше про те, що в цих колективах особистість дитини знаходить живе джерело розвитку і в процесі колективної діяльності і співпраці піднімається на вищий щабель. Чим змістовніше і привабливіше для дитини групова рухова діяльність, тим її виховний вплив на нього сильніше. Тобто розвиток групи виступає і чинником розвитку

особистості.

Процес психічного і особистісного розвитку дітей, що мають обмеження в життєдіяльності, підпорядковується загальним закономірностям: дорослий представляє для дитини ту мікросередовище, з якої дитина активно взаємодіє, набуває певний соціальний досвід, емоційно переживає свої взаємовідносинами з оточуючими його не чують дітьми 8-11 років. На наш погляд різновікова група нечуючих дітей, стимулює своєчасне розвиток особистості, поява самостійності і є своєрідним стимулятором розвитку емоційно - волею сфери, що особливо важливо для гармонійного розвитку дітей-інвалідів. При організації занять в експериментальній групі кожне заняття планувалося з урахуванням принципів адаптивної фізичної культури, вікових особливостей та з урахуванням виявлених особливостей розвитку рухової, емоційно-вольової сфери та комунікативних можливостей нечуючих дітей 8-11 років.

Основним змістом занять адаптивною рухової рекреації стало: рухливі ігри, навчання техніці елементів спортивних ігор (волейбол, баскетбол), загально фізична підготовка. Кожна частина має певні методичні особливості. Заняття проводилися 3 рази на тиждень по 1,5 академічні години. При трьох заняттях в тиждень один раз в тиждень використовувалися на занятті змагально - ігрові завдання, естафети всередині групи; один - два рази на місяць - між групами. На заняттях, які передбачають навчання технічним прийомам спортивних ігор (два рази на тиждень), використовувалися дві рухливі ігри, одна з яких могла замінюватися змагально -ігровим завданням, естафетами. Перше заняття включало загально-розвиваючі вправи і виключно із знайомих запропонованих дітьми ігор. На цьому занятті з'ясовувалися гри, які вже знайомі дітям. У вступній частині кожного заняття ми виробляли мобілізацію уваги, підготовку організму дитини до більш інтенсивної роботи в основній частині заняття. Тривалість цього етапу становила 20-25 хвилин.

3.6 Технологія реалізації змісту системи корекційно-відновлювальної роботи засобами хореографії

Навчання слабочуючих школярів побудовано на загальних дидактичних засадах, разом з тим, воно має деякі особливості. Основна з них - корекційно-розвиваюча спрямованість, яка ґрунтується на компенсації негативного впливу дефекту і його наслідків та спрямована на нормалізацію механізмів навчальної діяльності.

Корекційну роботу важливо організувати як систему, яку становлять компоненти педагогічного процесу: цільовий, організаційний, змістовий, методичний, результативний. У зв'язку з цим визначають умови досягнення мети корекції в процесі навчання: наявність предмета корекції й постановка мети корекційного впливу, організація корекційного навчання, розробка його змісту та методики, визначення показників корекційного впливу у процесі навчання.

Найважливішою і ефективнішою складовою ланкою реабілітаційної роботи серед дітей та підлітків зі зниженим слухом можна вважати корекцію рухової сфери. Для глухих і слабочуючих школярів характерні наступні різноманітні порушення в руховій сфері, які необхідно враховувати при організації роботи:

. недостатньо точна координація і невпевненість в рухах;

. відносна сповільненість оволодіння руховими навичками;

. складність збереження статичної і динамічної рівноваги;

. низький рівень розвитку орієнтування в просторі;

. низький рівень розвитку силових якостей (особливо статичної і силової витривалості, а також сили основних м'язових груп)

. сповільнена швидкість зворотньої реакції;

. розвиток рухів дітей зі зниженим слухом відбувається в умовах недостатнього розвитку мовлення, своєрідності пізнавальних процесів і

комунікативної функції, послаблення емоційної сфери, порушень постави, вестибулярного апарата та діяльності кардіо-респіраторної системи;

. невиражене зняття гальмівного впливу кори головного мозку.

Актуальність досвіду зумовлена:

-відсутністю організаційно-методичної системи вивчення хореографії для дітей з вадами слуху;

-нагальною потребою поєднання педагогічних, виховних, психологічних і корекційних підходів до навчально-виховного процесу під час занять хореографією.

Провідна ідея досвіду - навчання і виховання особистості, яке базується на засадах індивідуалізації, створення умов для саморозвитку і самонавчання, осмислення своїх можливостей і життєвих цілей; зберегти і розвинути унікальні можливості дитини з вадами слуху. Головне своє завдання вбачаємо у розкритті індивідуальності кожної нечуючої дитини.

Свою діяльність спрямовуємо на створення системи сприятливо-стимулюючих умов щодо розвитку особистості дитини з вадами слуху.

Головні підходи до організації корекційно-відновлювального процесу:

-системно-структурний підхід, який означає знання і використання в системі, у тісному взаємозв'язку структурних елементів корекційно-відновлювального процесу - від мети до кінцевого результату;

- організаційно-діяльнісний підхід, в основі якого лежить єдність свідомості і діяльності, що припускає таку організацію діяльності колективу й особистості, коли кожен школяр виявляє активність, ініціативу, творчість, прагне до самовираження;

-комплексний підхід, який включає об'єднання зусиль усіх корекційно-відновлювальних інститутів для успішного рішення цілей і задач корекційно-відновлювальної роботи. Відповідно до цих підходів сам корекційно-відновлювальний процес стає цілеспрямованим, цілісним, технологічним, індивідуально-творчим, а комплексний підхід, забезпечуючи у свою чергу

зв'язок і взаємодію всіх підходів до організації корекційно-відновлювальної роботи, забезпечує його ефективність;

-особистісно-зорієнтований підхід означає визнання дитини Вищою цінністю, активним суб'єктом корекційно-відновлювального процесу. Визнання того, що кожна особистість унікальна і тому головним завданням корекційно-відновлювальної роботи є розвиток особистості.

Система корекційно-відновлювальної роботи з учнями з вадами слуху під час занять хореографією в школі-інтернаті пройшла певні етапи розвитку і становлення:

І етап - проектно-мобілізаційний. Головна мета - формування модельних уявлень про корекційно-відновлювальну систему і забезпечення умов щодо її реалізації. Пріоритетні напрямки: створення корекційно-відновлювальної системи та програми забезпечення умов щодо її реалізації, ознайомлення з теоретичними основами системного підходу до комплексної реабілітації дітей з вадами слуху під час занять хореографією.

ІІ етап - експериментально-пошуковий. Головна мета - апробація нововведень в корекційно-відновлювальній системі роботи з хореографії. Пріоритетні напрямки: створення і апробація технології навчання нечуючих учнів хореографії, відбір методів і форм роботи, визначення змісту програми навчання, розробка і апробація інструментарія вивчення ефективності корекційно-відновлювальної системи.

ІІІ етап – переутворюючий. Головна мета - оновлення корекційно-відновлювальної системи за допомогою модульних і системних переутворень. Пріоритетні напрямки: засвоєння модульних і системних переутворень, затвердження програми навчання хореографії, формування інформаційно-методичного фонду розробок занять, оперативна рефлексія результативності корекційно-відновлювальної системи.

IV етап - рефлексивно – узагальнюючий. Головна мета - формування адекватних і цілісних уявлень про реальний стан корекційно-

відновлювальної системи, об'єктивне оцінювання процесу і результатів інноваційної діяльності.

Ансамбль має три вікові групи - молодшу, середню, старшу. Всі групи здійснюють творчу діяльність в рамках проведення концертів, участі в фестивалях та конкурсах. Навчання учнів з вадами слуху хореографії проводиться в три етапи.

Перший етап (підготовчий - 4 класи) -- освоєння азів ритміки, азбуки класичного танцю, нескладних елементів історико-побутових і бальних танців, а також народного танцю.

Другий етап (5 - 8 класи) -- вдосконалення одержаних знань, продовження вивчення класичного екзерсису (як основи правильного фізичного розвитку і ритмічного виховання дитини), освоєння репертуару історико-побутових і масових бальних танців, вивчення і виконання народних танців, знайомство з сучасними танцювальними напрямами. Продовження роботи з розвитку акторської майстерності і вихованню здібності до танцювально-музичної імпровізації.

Цим етапом можна завершити так званий танцювальний всеобуч для деяких категорій дітей. Ті ж з них, які виявили цікавість і здібності до окремих хореографічних жанрів, висловили бажання продовжити свою освіту можуть перейти до третього етапу навчання.

Третій етап (9 - 12 класи) - це спеціалізовані заняття для дітей, що виявили певні здібності до танцю. Удосконалюючи свої знання у вибраному жанрі, діти активно освоюють репертуар, намагаються здійснювати постановку своїх танців. У розробці змісту вивчення хореографії ми спиралися на багатющий досвід відомих майстрів танцю, теоретиків, педагогів-практиків.

Технологія реалізації змісту системи корекційно-відновлювальної роботи засобами хореографії.

Почуття ритму.

Просторова координація.

Сприймання музики.

Постановка танців.

Фонетична ритміка.

Корекція вимови і розвиток мовлення.

Розвиток слухового сприймання.

Корекція емоційно-вольової сфери.

Розвиток творчості, акторської майстерності.

В ансамблі займається понад сімдесят дітей з вадами слуху від 6 до 20 років. Колектив поділяється на молодшу, середню та старшу групи. Заняття хореографією проводяться за окремим розкладом за створеною керівником програмою. Колектив ансамблю відрізняється високим професійним рівнем, працездатністю. Ансамбль виступає з самостійними концертами в районі, області, по Україні, має в своєму репертуарі танці різних жанрів: народні, естрадні, бальні.

Систематичні заняття танцями сприяють створенню умов для становлення дітей як особистостей, формують високу культуру та художній смак гуртківців, розвивають слухове сприймання, сприяють комплексній реабілітації слабочуючих дітей. Показником високого професіоналізму даного колективу є нагороди його вихованців. Учасники ансамблю є першими представниками дітей-інвалідів даної категорії (з вадами слуху) за кордоном, які показали високий рівень художньої майстерності.

Заняття танцями в колективі органічно пов'язані з засвоєнням норм етики, культури, норм спілкування між гуртківцями та керівником, вони розвивають фігуру, сприяють ліквідації ряду фізичних вад, виробляють красиву постать, допомагають глухим і слабочуючим дітям вирости розкріпаченими, відкритими до контактів, самостійними. Колектив ансамблю володіє високим виховним впливом, який проявляється у блокуванні агресивних проявів вихованців, в емоційному захисті особистості, у створенні простору для самореалізації, у сприянні особистісній ідентичності, у презентації себе іншим. Вихованці ансамблю не мають комплексів у

спілкуванні з оточуючими, висловлюють свої почуття на сторінках шкільної газети, після закінчення школи продовжують спілкуватись і дружити. Досвід має практичне значення і може бути впровадженим в інших закладах для дітей з вадами слуху.

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Отримані в констатувальному експерименті результати соматометричних показників підтверджують дані спеціальної літератури про те. що середньостатистичні показники фізичного розвитку дітей з вадами слуху не відрізняються від даних наведених в літературі і. що середні показники маси тіла, довжини тіла і окружності грудної клітки дітей з вадами слуху значно нижчі, ніж у практично здорових дітей. Слід підкреслити, що середні показники довжини тіла практично здорових дітей 8 років становлять 132,78 см при 8=1,84 см. 9 років - 134.76 см при 8=1,67 см. показники маси тіла у дітей 8 років - 31,07 кг при 8=1,95, 9 років - 34.01 кг при 8=2.22, а показники ОГК у практично здорових дітей 8 років становлять 63,23 см при $=3,28. 9 років - 65,75 см при $=1,79. що відповідає даним науково-методичної літератури. Так. згідно з даними 3. Х. Насраллаха. середні показники довжини тіла практично здорових дітей 8 років становлять 132.17 см при $=4,42 см. показники маси тіла - 30,77 кг при $=4,16 кг.

Вивчення соматометричних показників дітей з вадами слуху показало, що середня довжина тіла обстежених школярів 8 років з вадами слуху у дітей 8 років меньше, в середньому, на 7,18 см, у дітей 9 років - 4,56 см та у дітей 10 років на 6.6 см. Встановлено, що в середньому маса тіла у дітей 7 років з вадами слуху меньше на 3,2 см ніж у практично здорових дітей. 8 років - на 6.76 см, років - на 7,87 см та 10 років на 6.15см.

Середньостатистичні данні ОГК у дітей з вадами слуху менше на 7,31 см у дітей 7 років, на 7.66 см у дітей 8 років, на 6.65 см у дітей 9 років та на 2,91 см у дітей 10 років.

Отримані нами результати підтверджують дані дослідників про

зниження фізичного розвитку у молодших школярів з вадами слуху порівняно зі практично здоровими дітьми того ж віку.

Порушення слуху негативно позначається не лише на психічному розвиткові дитини, й на руховій сфері. При втраті слуху порушується діяльність вестибулярного апарата, який забезпечує збереження рівноваги та необхідного положення у просторі, знижується координація рухів [87]. Основною формою організації навчально-виховного процесу з фізичної культури в спеціальному загальноосвітньому навчальному закладі для дітей з вадами слуху є урок, до якого ставляться певні вимоги, зокрема – забезпечення диференційованого підходу до організації навчального процесу з урахуванням стану здоров'я, рівня фізичного розвитку, рухової підготовленості та статі учнів, урахування мотивів та інтересів учнів до заняття фізичними вправами та використання вчителем різноманітних організаційних форм, засобів, методів і прийомів навчання. Ми пропонуємо впровадити у навчальний процес для дітей середнього шкільного віку впровадити варіативний модуль «Фітнес» з використанням таких його видів: «Фітбол-гімнастика», «Пілатес» та «Стабілізація» і відповідного обладнання: еспандера-тренажера «Метелик», еспандера «Mini Bands», гумових стрічок, обручів для Пілатесу, фітболів, балансувальних платформ. Розроблено два комплекси вправ фізичних вправ з використанням еспандератренажера «Метелик». Використання запропонованих комплексів у процесі адаптивного фізичного виховання підвищить рухову активність школярів та їх інтерес до занять фізичними вправами (Додаток А).

На початку педагогічного експерименту піддослідні контрольної і експериментальної груп за рівнем фізичного розвитку статистично достовірних відмінностей не мали ($p>0,05$). Отримані дані дозволяють говорити про однорідність експериментальної і контрольної груп до експерименту (табл.4.1). У таблиці 4.1 представлені результати зміни показників фізичного розвитку глухих школярів за період педагогічного

експерименту.

Таблиця 4.1

Порівняльний аналіз показників фізичного розвитку школярів 10-12 років з порушенням слуху експериментальної та контрольної груп до початку експерименту

Показни-ки	Експериментальна група n=15	Контрольна група n=15	До стовір ність
	M±m	M±m	
Зріст (см)	150,9±2,1	150,6±2,56	>0,05
Вага (кг)	41,6±2,16	42,8±2,02	>0,05
ОГК (см)	59,6±0,47	59,3±0,54	>0,05
ЖЄЛ (л)	2,04±0,12	1,92±0,10	>0,05

Зміни показників фізичного розвитку глухих дітей обох груп мають позитивну тенденцію, однак в експериментальній групі вони більш істотні. Достовірне поліпшення фізичного розвитку виявлено тільки в показниках окружності грудної клітки (ОКГ) і життєвої ємності легень (ЖЄЛ) школярів експериментальної групи. Показники зросту в контрольній групі збільшилися на 2,2%, в експериментальній – на 4,1% (рис. 4.1).

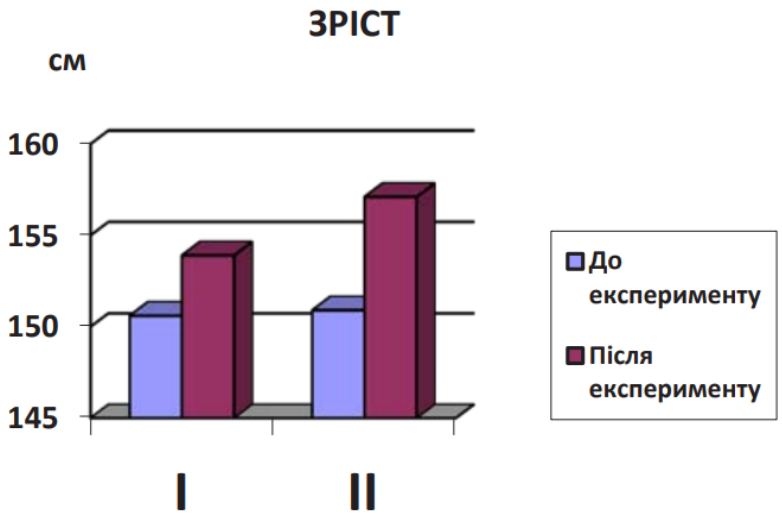

Рис.4.1. Зміни показників фізичного розвитку школярів 8 -12 років з порушенням слуху контрольної та експериментальної груп до та після експерименту (I – контрольна група, II – експериментальна група)

Таблиця 4.2

Показників фізичного розвитку школярів 10-12 років з порушенням слуху в контрольній та експериментальній групах за період експерименту

Показни-ки	До експерименту	Після експерименту	Різниця, %	Достовірність
	M±m	M±m		
Контрольна група				
Зріст (см)	150,6±2,56	153,9±2,33	2,2	>0,05
Вага (кг)	42,8±2,02	44,9±1,96	4,9	>0,05
ОГК (см)	59,3±0,54	60,7±0,62	2,3	>0,05
ЖЄЛ (л)	1,92±0,10	2,04±0,12	6,2	>0,05
Експериментальна група				
Зріст (см)	150,9±2,1	157,1±2,33	4,1	>0,05
Вага (кг)	41,6±2,16	46,3±2,26	4,8	>0,05
ОГК (см)	59,6±0,47	62,9±0,54	5,5	0,05
Вага (кг)	46,3±2,26	44,9±1,96 >0,05	4,8	>0,05
ОГК (см)	59,6±0,47	62,9±0,54	5,5	<0,05
ЖЄЛ (л)	2,04±0,12	2,56±0,12	25,5	<0,05

ОКГ у дітей експериментальної групи до кінця експерименту збільшилася на 5,5%, а у дітей контрольної групи – на 2,3%. ЖЄЛ збільшилася в експериментальній групі на 25,5%, в контрольній – на 6,2% (табл.4.3).

Найбільші прирости показників в експериментальній групі пов’язані на

з тим, що в комплекси диференційованих та індивідуальних занять були включені вправи, які зміцнюють «м'язовий корсет». Покращуючи функцію вестибулярного аналізатора, при виконанні вправ з різних вихідних положень, були введені завдання, які передбачали статичне утримання ваги тіла з цих положень, сприяючи тим самим зміцненню м'язів грудної клітки і живота.

Таблиця 4.3

Порівняльний аналіз показників фізичного розвитку глухих школярів 10-12 років після педагогічного експерименту

Показники	Експериментальна група	Контрольна група	Достовір ність
	M±m	M±m	
Зріст (см)	157,1±2,33	153,9±2, 33	>0,05
Вага (кг)	46,3±2,26	44,9±1,96	>0,05
ОГК (см)	62,9±0,54	60,7±0,62	>0,05
ЖЄЛ (л)	2,56±0,12	2,04±0,12	>0,05

Таким чином, результати педагогічного експерименту підтверджують, що впровадження запропонованої методики корекції фізичного розвитку і фізичної підготовленості глухих школярів у процесі безперервного адаптивного фізичного виховання сприяє зближенню параметрів антропометричних показників глухих і чуючих дітей і сприяє ефективній та цілеспрямованої корекції фізичного розвитку глухих школярів.

Функціональна недостатність рухового аналізатора дітей з порушенням слуху негативно позначається на фізичному розвитку. За багатьма показниками фізичного розвитку (вага, зріст, ОГК, ЖЄЛ) глухі діти поступаються здоровим однолітками.

Методика корекції фізичного розвитку і фізичної підготовленості глухих школярів у процесі безперервного адаптивного фізичного виховання базується на принципах комплексного педагогічного впливу,

диференційованого та індивідуального підходів, фізкультурно-оздоровчій та корекційно-розвиваючій спрямованості і полягає у використанні різних по цілям і завданням, але взаємопов'язаних між собою за змістом різних форм занять: уроки фізичної культури, диференційовані заняття ЛФК, індивідуальні заняття. Результати дослідження підтвердили ефективність запропонованої методики – показники фізичного розвитку за досліджуваний період покращилися як в контрольній, так і в експериментальній групах.

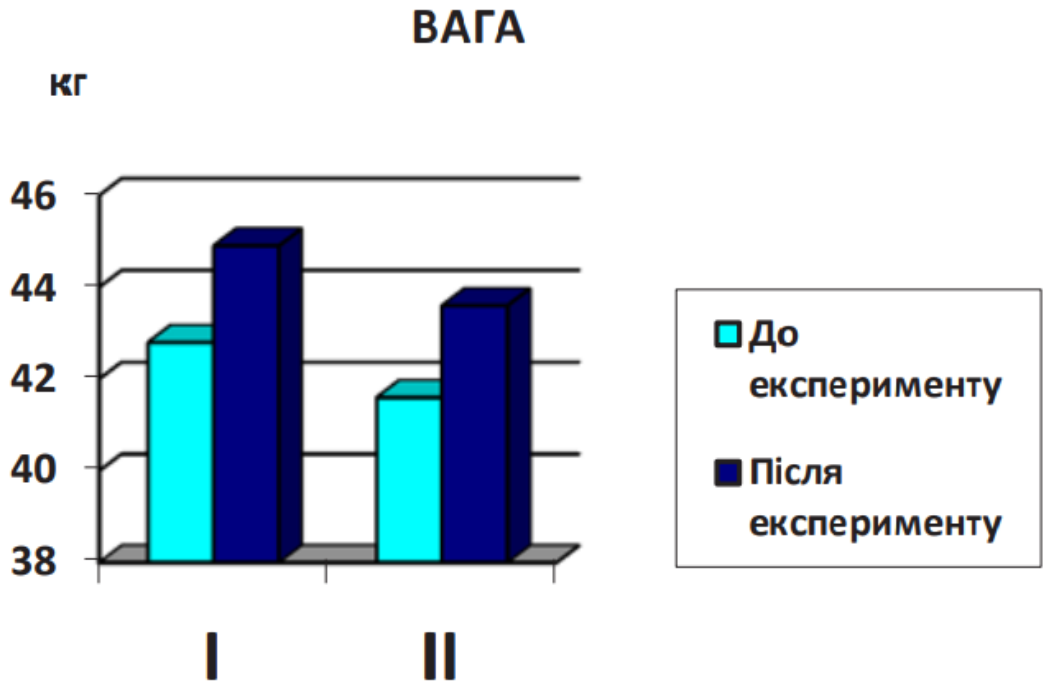

Рис. 4.2. Зміни показників фізичного розвитку школярів 8-12 років з порушенням слуху контрольної та експериментальної груп до та після експерименту (I – контрольна група, II – експериментальна група)

Найбільш значне поліпшення показників відбулося в експериментальній групі і становило від 4,1 до 25,5% (p 0,05). З метою подальшого дослідження впливу адаптивної фізичної культури на організм школярів з порушенням слуху доцільним буде вивчення динаміки показників фізичної підготовленості, зокрема швидкісно-силових, координаційних якостей, гнучкості та витривалості у процесі використання методики адаптивного фізичного виховання, побудованої на основі принципів безперервного і комплексного педагогічного впливу, диференційованого

(групового) та індивідуального підходів.

ВИСНОВКИ

В результаті аналізу спеціальної наукової та навчальної літератури та даних, отриманих в ході проведення експерименту, виявлено, що діти з порушенням слуху відстають у фізичному розвитку від своїх чуючих однолітків за показниками довжини і маси тіла, окружності грудної клітки, динамометр, мають низький рівень фізичної працездатності. Дана патологія призводить до ряду вторинних і супутніх порушень в діяльності різних систем організму.

Основні положення, що досліджені в роботі:

1. Сукупність і характер порушень розвитку дітей з вадами слуху 8-15 років, викликаних патологією слухового аналізатора, включає:

- рухові порушення (порушення статичної рівноваги, просторової орієнтації, що реагує і ритмічною здібності);

- функціональні порушення кардіореспіраторної системи (невисокі обсяги життєвої ємності легень, низька стійкість організму до гіпоксії, висока частота серцевих порушень, низькі величини артеріального тиску, тривалий час відновлення після фізичного навантаження);

- функціональні порушення центральної нервової системи (слабкий тип нервової системи, тривала тривалість латентного періоду сенсомоторних реакцій, порушення процесів диференціювання сенсорних сигналів);

- порушення психо-емоційного стану (високий рівень особистісної та реактивної тривожності, низький рівень самопочуття, активності, настрою).

2. Можливості процесу корекції рухових і функціональних порушень слабочуючих дітей 8-15 років, з застосуванням ігрових та танцювальних видів адаптивної рухової рекреації полягають:

- в специфіці підібраних елементів ігрових та танцювальних методів просторових характеристик елементів;

- в зміні темпу і ритму рухів;

- у введенні фактора незвичності при виконанні звичних дій,

комбінованому поєднанні різноспрямованих рухів, «дзеркальному виконанні» рухів;

- в поточному способі виконання ігрових та танцювальних елементів, їх строгому дозуванні, тривалому часу виконання навантаження помірної і високої інтенсивності;

- в емоційності занять.

3. Методика занять ігрових та танцювальних елементів зі слабочуючими дітьми 8-15 років, заснована на даних їх фізичного розвитку, рухових здібностей, функціональних можливостей кардіореспіраторної системи, сенсомоторного реагування, фізичної працездатності, являє собою сукупність елементів оздоровчої аеробіки різного ступеня складності, силових вправ, дихальних вправ.

4. Заняття оздоровчою програмою, що проводяться в груповій формі, під музичний супровід, з включенням танцювальних рухів, силових вправ, стретчинга, дихальних вправ, виробляють стійку психічну концентрацію, вміння керувати своїм психічним станом, здатність витримувати інтенсивні навантаження, надмірне збудження і емоційне напруження і сприяють зниженню рівня реактивної та особистісної тривожності, підвищення рівня самопочуття, активності і настрою дітей зі зниженим слухом 8-15 років.

5. Розроблені комплекси фізичних вправ з використанням еспандера-тренажера «Метелик» сприятимуть підвищенню рівня фізичної підготовленості школярів з вадами слуху, зокрема зміцненню сили м’язів, які відповідають за формування правильної постави. Застосування нестандартного обладнання підвищить інтерес учнів до занять фізичними вправами у процесі адаптивного фізичного виховання. Перспективи подальших досліджень. З метою підвищення зацікавленості дітей до занять фізичними вправами розробити комплекси фізичних вправ з: еспандером «Mini Bands», гумовими стрічками, обручами для Пілатесу, фітболами, балансувальними платформами, координаційними драбинками.

Поразка слухового аналізатора, головним чином, відбивається на

роботі вестибулярного і кінестетичного аналізаторів, проявляється в нездатності тривалий час підтримувати рівновагу, виконувати рухи, пов'язані з дрібною моторикою рук, диференціювати рухових відчуттів, виконувати сложнокоординационниє руху. Показники сенсомоторних реакцій дітей зі зниженим слухом мають широкий діапазон варіювання всередині експериментальної групи і нижче їх здорових однолітків.

Результати тестування рівня реактивної та особистісної тривожності, показали у школярів наявність страхів, прагнення до усамітнення, замкнутості, агресивності. Низька оцінка рівня самопочуття, активності і настрою також вказує на існуючі проблеми в психо-емоційній сфері дітей з даною патологією.

6. Доведено, що методика ігрових і танцювальних занять зі слабочуючими дітьми 8-15 років, заснована на даних їх фізичного розвитку, рухових здібностей, функціональних можливостей кардіореспіраторної системи, сенсомоторного реагування, фізичної працездатності, та містить сукупність елементів оздоровчої аеробіки різного ступеня складності, силових вправ, стретчинга, дихальних вправ, сприяє корекції рухових і функціональних порушень дітей даної нозологічної групи.

7. Виявлена позитивна динаміка маси тіла (на 8,9% і на 10% у людей з вадами слуху хлопчиків і дівчаток 12-13 років, на 11,5% і 13,5% у слабочуючих хлопчиків і дівчаток 14-15 років, відповідно), екскурсії грудної клітини (на 28,2% і на 22,7% у слабочуючих хлопчиків і дівчаток 12-13 років, на 23,5% і 16% у людей з вадами слуху хлопчиків і дівчаток 14-15 років, відповідно), динамометр (на 22 , 6% і на 23% правою рукою у хлопчиків і дівчаток 12-13 років, на 33,7% і 20,7% правою рукою у хлопчиків і дівчаток 14-15 років, відповідно, на 23,8% і 17,8 % лівою рукою у хлопчиків і дівчаток 12-13 років, на 30% і 18,5% лівої рукою у хлопчиків і дівчаток 14-15 років, відповідно), життєвої ємності легень слабочуючих учнів 8-15 років (на 13,2% і 11,5% у хлопчиків і дівчаток 12-13 років, на 18,1% і на 13 , 4% у хлопчиків і дівчаток 14-15 років, відповідно).

8. Виявлено, що час виконання проби Ромберга збільшилася у слабочуючих хлопчиків 12-13 років на 50,5%, у дівчаток на - 58,1%, у хлопчиків і у дівчаток 14-15 років - на 28 , 8% і 41,2%, відповідно. У Пробі Ромберга слабочуючі хлопчики 12-13 років поліпшили свій результат на 57,1%, дівчатка - на 44,4%, хлопчики 14-15 років - на 38,6%, дівчатка - на 47,7 %. Показники тесту «Ловля лінійки» зменшилися у слабочуючих хлопчиків 12-13 років на 17,1%, у дівчаток - на 18,7%, у хлопчиків 14-15 років - на 24,1%, у дівчаток - на 15,9% .

9. Істотні відмінності виявлені у людей з вадами слуху школярів 8-15 років з часу простих і складних зорово-моторних реакцій. Зменшення часу ПЗМР у хлопчиків 12-13 років відбулося на 12,7%, у людей з вадами слуху дівчаток - на 12,04%. За часом СЗМР можна відзначити поліпшення результатів у хлопчиків на 15,6%, але достовірність результатів не виявлено (P> 0,05), у дівчаток - на 14,6%. Час ПЗМР у слабочуючих хлопчиків 14-15 років скоротилося, в порівнянні з початком експерименту, на 6,7%, у дівчаток - на 9%. Час СЗМР у слабочуючих хлопчиків зменшилася на 9,7%, але достовірності результатів виявити не вдалося (P> 0,05), у дівчаток - на 15,4%.

10. У результаті педагогічного експерименту відмічено підвищення помірного рівня реактивної тривожності до 77,5%. Особистісна тривожність в нормі стала проявлятися у 69,4% слабочуючих школярів 8-15 років. Достовірні зміни простежуються за показниками, що відображають рівень самопочуття, активності і настрою.

Достовірність і обґрунтованість результатів дослідження забезпечувалися вибором вихідних фундаментальних і теоретико-методичних положень, застосуванням комплексу теоретичних і емпіричних методів дослідження, адекватних предмету і завданням дослідження, результатами дослідно-експериментальної роботи.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У спеціальних (корекційних) освітніх школах-інтернатах I і II видів заняття оздоровчою аеробікою, спрямовані на корекцію рухових і функціональних порушень дітей 8-15 років, доцільно проводити за спеціально розробленою методикою.

2. В основу методики має бути покладено вирішення специфічних і загальних педагогічних завдань адаптивного фізичного виховання.

3. Ефективною для занять є групова форма організації займаються, при правильному розміщенні в залі звукового супроводу, організації «індивідуального місця» для займаються (доступні просторові орієнтири вихідного і оперативного положень) і розстановці займаються з урахуванням сенсомоторного реагування.

4. На заняттях оздоровчою аеробікою необхідно планувати виконання рухів окремими ланками тіла зі зміною ритму і темпу рухових дій, поз і положень з різною просторовою орієнтацією; повторення однотипних рухів або чергування дій різної потужності і інтенсивності зі зміною ступеня фізичного впливу на організм що займаються.

5. При навчанні елементам аеробіки, з'єднанням і комбінаціям керуватися загальними принципами навчання рухових дій і специфічним принципам побудови комплексів в оздоровчої аеробіки з урахуванням особливостей слабочуючих школярів (сприйняття звукових вібрацій, прояви координаційних здібностей і ін.).

6. При управлінні групою необхідно використовувати прийняту в аеробіці систему жестів, промовляти назви елементів, рухів, переміщень і коментувати хід виконання рухових дій, дотримуватися принципу активного мовного супроводу, що сприяє реалізації однієї з головних завдань педагогічної роботи з глухими і слабочуючими дітьми - навчання мови і розуміння ними мови оточуючих.

7. На початковому етапі навчання слід використовувати фронтальне

розташування в колонах і шеренгах. Розстановка учнів в шаховому порядку рекомендується тільки на етапі вдосконалення рухових дій. При навчанні простих елементів необхідно використовувати дзеркальне виконання, а складні по координації руху на етапі первинного розучування краще показувати стоячи спиною до групи.

8. При проведенні занять рекомендується вести прямий підрахунок, практику зворотного відліку слід застосовувати на етапі вдосконалення.

9. Позитивна емоційна реакція слабочуючих школярів на варіювання темпу рухів, завдання зі стрибками, підскіками, ударами вказує на необхідність включення даних елементів в комплекси оздоровчої аеробіки з метою корекції їх психоемоційного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

[1] Доцюк Л. Г. Використання адаптивної фізичної культури для корекції фізичного розвитку школярів з порушенням слуху / Л. Г. Доцюк, О. Д. Гауряк // Молодий вчений. - 2017. - № 3.1. - С. 132-135. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_3

[2] Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (станом на 31 травня 2005 р.) / Верховна Рада України. – К.: Парламентське видавництво, 2005. – 26 с. 6.

[3] Єдинак Г. А. Обґрунтування організаційно-методичних умов управління руховою активністю підлітків з церебральним паралічем у режимі дня спеціальних навчальних закладів / Г. А. Єдинак // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. праць за ред. проф. С. С. Єрмакова. – 2007. – № 1. – С. 31-39.

[4] Афанасьєва О. Сучасний стан проблеми фізичної реабілітації дітей з депривацією слуху / Олександра Афанасьєва, Ольга Луковська // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. - Л., 2011. - Вип. 15, т. 3. - С. 17 - 20.

[5] Байкина Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н. Г. Байкина, Б. В. Сермеев. – М. : Советский спорт, 1991. – 64 с. 2. Ващенко Л. В. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема.

[6] Забезпечення прав дітей з особовими потребами: тематична доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2006 року / під. ред. В. П. Корж. – К., 2007.

[7] О мерах по улучшению охраны здоровья детей в Российской Федерации // Вопр. экон. и управл. для руководителей здравоохранения. – 2002. – №3. – С. 54 – 58. 12. Пеганов Ю. А Способы повышения уровня физической

подготовленности глухих и слабослышащих школьников / Ю. А. Пеганов // Дефектология. – 1998. – № 2. – С. 37 – 49.

[8] Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Академия, 2002. - с. 3-203

[9] Богданова Т. Г. Основы специальной педагогики и специальной психологии. Сурдопсихология : учебник для среднего профессионального образования / Т. Г. Богданова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 235 с.

[10] Курамин Станислав Анатольевич. Возрастные особенности психофизиологических функций у детей 7-10 лет с нарушением слуха : диссертация ... кандидата биологических наук : 19.00.02 / Курамин Станислав Анатольевич; [Место защиты: Челяб. гос. пед. ун-т]. - Челябинск, 2008. - 118 с. :

[11] Янн П.А. Систематика сурдопедагогики как науки [Текст] / Янн,П.А. // Янн,П.А. Воспитание и обучение глухого ребенка: Сурдопедагогика как наука. - М. - **С.12-69** . - С. М.,2003

[12] Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб наук. праць. – К.: Ун-т «Україна», 2012. – № 9(11). – 247 с.

[13] Чічкань М. В. Правове регулювання соціального захисту інвалідів в Україні: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. юрид. наук: 12.00.05 / М. В. Чічкань; Харківський національний університет внутрішніх справ. – Харків, 2009. – 20 с.

[14] Білецька Л. Інклюзивне навчання: перші кроки на Україні / Л. Білецька, І. Білецька // Дошкіл. виховання. – 2007. – № 4. – С. 12–15.

[15] Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: монографія / А. А. Колупаєва – К.: Пед. думка, 2007. – 458 с.

[16] Бірюкова Т. В. Особливості фізичного розвитку дітей з вадами слуху / Т. В. Бірюкова // Вісник Київського університету. – 2003. – № 39–41. – С. 137–139.

[17] Ляхова І. М. Корекційно-педагогічні основи фізичного виховання дітей зі зниженим слухом (теоретико-методичний аспект): монографія / І. М. Ляхова. – Запоріжжя: ГУ «ЗІДМУ», 2005. – 506 с.

[18] Колишкін О. В. Корекція рухових порушень дітей старшого шкільного віку з розладами слуху засобами адаптивного фізичного виховання: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Колишкін Олександр Володимирович; Південноукраїнський держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського (м. Одеса). – Одеса, 2004. – 247 с.

[19] Сватьєв А. Корекція рухової сфери у глухих дітей / А. Сватьєв // Дефектологія. – 2000. – № 3. – С. 36–38.

[20] Випасняк І. П. Соціальна інтеграція глухих дітей на основі рухової активності: автореф. дис. … канд. наук з фіз. виховання та спорту: [спец.] 24.00.02 / І. П. Випасняк. – Львів, 2007. – 19 с.

[21] Загорянская М. Е., Руманцева М. Г., Дайняк Л. Б. Нарушения слуха у детей // Вестник оториноларингологии. 2003. №6. С. 7-10.

[22] Белимова А., Руденко И. АТЭС в лечении тугоухости // Медицинская газета. 2011. №9. 9 февраля. С. 8-9.

[23] Богомильский М., Сапожников Я. Нарушения слуха и их коррекция // Медицинская газета. 2000 г. №30. 19 апреля. С. 9.

[24] Загорянская М. Е., Руманцева М. Г. Эпидемиология нарушений слуха у детей // Дефектология. 2005. №6. С. 14-19.

[25] Рипа М. Д., Расулов М. М., Культова И. В. Практические и методические основы кинезотерапии. М., 2008. 336 с.

[26] Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений : под ред. В. И. Лубовского. 2-е изд., испр. М.: Издательский центр «Академия», 2005. 464 с.

[27] Холодов Ж. К. Кузнецов В. С. Теория и методика физического воспитания и спорта. М., 2003.480 с.

[28] Байраков В. И. Общая инвалидность детского населения вследствие болезней уха по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы в Российской Федерации в 2000-2005 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. №3. С. 51-53.

[29] Кондракова Э. В. Распространенность ограничений слуха и речи у детей: динамика и региональные особенности // ГЛАВРАЧ. 2005. №5. С. 25-31.

[30] Маркевич И. Д. Эстетическое воспитание детей с ограниченными физическими возможностями средствами музыкально-ритмической деятельности: дис. . канд. пед. наук. Великий Новгород, 2007. 161 с.

[31] Богданова Т. Г. Сурдопсихология. М., 2002. 221 с.

[32] Голозубец Т. С. Методика адаптивного физического воспитания глухих детей младшего школьного возраста с использованием креативных средств физической культуры: автореф. дис. . канд. пед. наук. Хабаровск, 2005. 22 с.

[33] Балабанова В. П., Богданова Л. Г., Бенедиктова Л. В. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. СПб., 2001. 240 с.

[34] Головчиц Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: ВЛАДОС, 2001. 304 с. (Коррекционная педагогика).

[35] Грабенко Т. М., Михаленкова И. А. Эмоциональное развитие слабослышащих школьников: диагностика и коррекция. СПб., 2008. 256 с.

[36] Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учеб.: в 2 т. / под общ. ред. С.П. Евсеева. – М., 2007. – 448 с.

[37] Іваніцький Р. До питання доцільності впровадження варіативного модуля «фітнес» у процес фізичного виховання дітей з вадами слуху / Роман Іваніцький, Алла Альошина, Олександр Бичук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. праць Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки / уклад. А.В. Цьось, С.Я. Індика. – Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2018. – № 2(42). – С. 59-63.

[38] 6. Ляхова І.М. Корекційно-педагогічні основи фізичного виховання дітей зі зниженим слухом (теоретикометодичний аспект): [монографія] / Інна Миколаєвна Ляхова: Гуманітарний ун-т «Запоріжський ін-т держ. та муніципального управління». – Запоріжжя: ГУ «ЗІДМУ», 2005. – 506 с.

[39] Іваніцький Р. Розвиток та корекція рухової сфери дітей із вадами слуху в процесі фізичного виховання. Сучасний етап / Роман Іваніцький, Алла Альошина, Олександр Бичук // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт: журнал / уклад. А.В. Цьось, А.І. Альошина. – Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2017. – Вип. 27. – С. 98-102.

[40] Кашуба В.О. Популяризація сучасних форм рухової активності серед школярів з сенсорними порушеннями, шляхом використання мультимедійних технологій / В.О. Кашуба, Т.М. Ричок // Вісник Прикарпатського університету. Серія «Фізична культура». – Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника, 2017. – № 25-26. – С. 154-160.

[41] Кашуба В.О. Технологія корекції фізичного стану школярів з вадами слуху в процесі фізичного виховання / Віталій Кашуба, Олена Маслова, Тетяна Ричок // Науково-теоретичний журнал «Теорія і методика фізичного виховання і спорту». – К.: Олімпійська література, 2018. – № 1. – С. 42-48.

[42] Ростомашвили Л.Н. Педагогические технологии в адаптивном физическом воспитании детей младшего школьного возраста со сложными нарушениями развития: автореф. дис. на соискание учен. степени доктора. пед. наук : 13.00.04. Санкт-Петербург, 2014. 42 с.

[43] Випасняк І., Лопацький С., Шанковський А. Технологія корекції порушень біогеометричного профілю постави студентів у процесі фізичного виховання. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2017. Вип. 27-28. С. 54-62.

[44] Випасняк І.П., Шанковський А.З. Технологія корекції тілобудови за станом біогеометричного профілю постави: Матеріали І Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії:біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти» (Київ, 17 травня 2018р.) / ред. Г.В. Коробейніков, О.В. Кашуба, В.В. Гамалій. К.: НУФВСУ, 2018. С. 118-121.

[45] Новичихина Е.В. Методика игровой деятельности в адаптивной двигательной рекреации не слышащих детей 8–11 лет: дис. … канд. пед. наук : 13.00.04. Хабаровск. 2005. 250 с.

[46] Винник Джозеф П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. с англ. И. Андреев. К.: Олимп. лит., 2010. 608 с.

[47] Хмельницька І.В. Комп'ютерні системи контролю моторики школярів 7–10 років з вадами слуху в програмуванні фізкультурно-оздоровчих занять: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. К., 2006. 22 с.

[48] Зияд Хмаид Ахмад Насраллах. До питання використання інформаційних технологій у процесі адаптивного фізичного виховання слабкочуючих молодших школярів. Теорія і методика фізичного виховання. 2012. № 3. С. 22–26.

[49] Зияд Хамиди Ахмад Насраллах. Коррекция нарушений осанки слабослышащих школьников средствами физического воспитания : дис. На соискание учен. степени канд. наук по физ. воспитанию и спорту за спец. 24.00.02. К., 2008. 180 с.

[50] Джевага В.В. Порівняльна характеристика кінестетичних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху та їх однолітків зі збереженим слухом. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / Фізична культура і спорт». 2016. Вип.4 (74). С. 21–24.

Джевага В.В. Корекція порушень координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі фізичного виховання: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. Київ, 2017. 218 с.

[51] Джевага В. Методичні підходи до корекції порушень координаційних здатностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху в процесі адаптивного фізичного виховання. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2016. № 2. С. 24–28.

[52] Савлюк С. Передумови розробки концепції з формування просторової організації тіла дітей із депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2017. Вип. 25–26. С. 269–277.

[53] Савлюк С.П. Профілактика та корекція порушень просторової організації тіла дітей 6–10 років з депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора наук з фіз.виховання і спорту: 24.00.02. К., 2018. 537 с

[54] Савлюк С.П. Просторова організація тіла дітей молодшого шкільного віку із депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання [Текст]: монографія. Рівне: О. Зень, 2017. 560 с.

[55] Ричок Т. Характеристика компонентів фізичного стану школярів з порушенням слуху та їх ставлення до свого здоров’я. Фізична культура, спорт та здоров’я нації: зб. наук. праць. 2017. Вип. 3.Т. 22. С. 606−611.

[56] Ричок Т.М. Корекція показників фізичного стану школярів з вадами слуху засобами туристського багатоборства: автореф дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: 24.00.02. Київ, 2018. 20 с.

[57] Ричок Т.М. Сучасні оздоровчі технології, які використовуються в процесі адаптивного фізичного виховання школярів. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури. Фізична культура і спорт». 2017. Вип. 3 (84) 17. С. 85−90.

[58] Глобальний план ВООЗ по інвалідності на 2014–2021 рр.: кращездоров'я для всіх людей з інвалідністю (24. 05. 2014 р.)

[59] Джевага В.В. Порівняльна характеристика кінестетичних здібностей дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху та їх однолітків зі збереженим слухом. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / Фізична культура і спорт». 2016. Вип.4 (74). С. 21–24.

[60] Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов. СПб.: Питер, 2003. 688 с.

[61] Железняк Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте. М.: Академия, 2002. 264 с

[62] Савлюк С.П. Просторова організація тіла дітей молодшого шкільного віку із депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання [Текст]: монографія. Рівне: О. Зень, 2017. 560 с.

[63] Савлюк С. Передумови розробки концепції з формування просторової організації тіла дітей із депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2017. Вип. 25–26. С. 269–277.

[64] Савлюк С.П. Профілактика та корекція порушень просторової організації тіла дітей 6–10 років з депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. К., 2018. 537 с.

[65] Савлюк С. Розвиток координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з депривацією слуху в процесі фізичного виховання. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2016. № 3 (25). С. 27–32.

[66] Ричок Т.М. Корекція показників фізичного стану школярів з вадами слуху засобами туристського багатоборства: автореф дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: 24.00.02. Київ, 2018. 20 с

[67] Чудна Р.В. Теорія адаптивного фізичного виховання. К.: Наук. думка, 2003.

270 с. 257.

Чудна Р.В. Адаптивне фізичне виховання дітей з вадами розвитку: навч.-метод. посіб. Донецьк: Норд-Пресс, 2011. 312 с.

[68] Ярмолинский Л.М. Технология коррекции нарушений биогеометрического профиля осанки у юных футболистов. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2017. № 26. С. 105-110.

[69] Іваніцький, Р., Альошина, А., & Бичук, О. (2019). Розвиток та корекція рухової сфери дітей із вадами слуху в процесі фізичного виховання. Сучасний етап. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, (27), 98-102.

[70] Шиян Б.М.,Єдинак Г.А., Петришин Ю.В. Основи наукових досліджень у фізичному вихованні та спорті: навчальний посібник для факульт. фіз. вих. і сп. вищих навч. закладів II–IV рівнів акредитації. Кам'янецьПодільський: Рута, 2012. 280 с.

[71] Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання підруч. для студ. ВУЗів фіз. виховання і спорту: в 2 т. К.: Олімп. л-ра, 2017. Т. 2. 368 с.

[72] Круцевич Т.Ю., Безверхня Г.М., Воробйов М. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді. К.: Олімпійська література, 2011. 224 с.

[73] Програми спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей зі зниженим слухом. Фізична культура. Міністерство освіти і науки України. Науково-методичний центр середньої освіти. Підготовчий, 1-4 класи. Навчальне практичне видання. К.: Богдана, 2005. 77 с.

[74] Бондар О. Соціальна інтеграція дітей з вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання / Олена Бондар. Володимир Джевага. Віталій Усиченко // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. - 2015. - Вип. 20. - С. 26-29.

[75] Програма для підготовчого, 1-4 класів загальноосвітніх навчальних закладів для дітей зі зниженим слухом. Фізична культура. 2 – 4 класи / за заг.

ред. Шеремет Б.Г. та інші. К.: Видавництво "Неопалима купина", 2014. 68 с.

[76] Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді : навчальний посібник / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня. - Київ : Олімпійська література, 2011. - 224 с.

[77] Афанасьєв С.М., Бурдаєв К.В. Особливості кінематики ходьби дітей 7– 10 років з вадами слуху. *Спортивний вісник Придніпров'я.* 2018. № 2. С. 4 – 8.

[78] Денисова Л.В., Хмельницкая И.В., Харченко Л.А. Измерения и методы математической статистики в физическом воспитании и спорте. Киев: Олимп. лит., 2008. 127 с.

[79] Начинская С.В. Спортивная метрология: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по спец. 033100 "Физ. культура". М.:Академия, 2005. 240 с.

[80] Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере:для профессионалов. СПб.: Питер, 2003. 688 с.

[81] Губа В.П., Шестаков М.П. Измерения и вычисления в спортивно-педагогической практике: учеб. пособ. [для студ. вузов физ. культ.]. М.:СпортАкадемПресс, 2002. 211 с.

[82] Тарасун В. Психолого-педагогічна допомога дітям переддошкільного віку з особливостями в розвитку: напрями реалізації. Монографія. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2012 – 412с

[83] Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : [учеб. пособие] / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Сов. спорт, 2003. – 464 с

[84] Іваніцький Р. Б. Підвищення рухової активності школярів у процесі адаптивного фізичного виховання / Р. Б. Іваніцький, В. В. Петрович // Молодий вчений. - 2018. - № 9(1). - С. 146-149.

[85] Болобан Виктор, Литвиненко Юрий, Нижниковски Томаш Системная Стабилография: Методология И Методы Измерения, Анализа И Оценки Статодинамической Устойчивости Тела Спортсмена Наука В Олимпийском

Спорте : 2012 Номер:1Страницы: 27-35.

[86] Заворотна О. Корекція координаційних здібностей баскетболістів з порушеннями слуху. Актуальні аспекти науково-методичного і медико-біологічного забезпечення спорту вищих досягнень: зб. наук. пр. Донецьк, 2007. С. 99–108.

[87] Фізична культура. Навчальні програми для 5-9 (10) класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для глухих [Текст] [уклад. Шеремет Б.Г., Форостян О.І., Лещій Н.П., Малій В.М.]. – К.: Міністерство освіти і науки України, 2014. – 53 с.