**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

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

Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

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

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

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**«МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ»**

Освітній рівень: магістр

**Виконала:**

здобувач вищої освіти

спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Рудич Ольга Миколаївна

**Керівник:**

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

Полтава – 2021

Полтавський інститут економіки і права

Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти

Освітній рівень магістр

Галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка»

Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

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

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

 \_\_\_\_ вересня 20\_\_\_ року

**ЗАВДАННЯ**

**НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Рудич Ользі Миколаївні**

1. Тема роботи «Методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку».

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

затверджені наказом закладу вищої освіти від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_

2. Строк подання роботи здобувачем вищої освіти « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ р.

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

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

1. Дослідити проблему корекції психофізичного розвитку дітей у теорії і практиці адаптивного фізичного виховання.
2. Визначити особливості рівня фізичного та психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.
3. Окреслити напрями корекційної роботи на заняттях з адаптивного фізичного виховання та обґрунтувати використання ефективних засобів для корекції психофізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.
4. Розробити методику корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку та дослідити її ефективність.

5. Перелік графічного матеріалу: 1 рисунок, 7 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділи | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| завданнявидав | завданняприйняв |
| 1–4 | к.фіз.вих., доцентГета А. В. | \_\_ вересня 2019 р. | \_\_ лютого 2021 р. |

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

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Назва етапів дипломної роботи | Строк виконання етапів | Примітка |
| 1. | Затвердження теми  | вересень 2019 | виконано |
| 2. | Складання плану дипломного дослідження, змісту роботи | жовтень 2019 | виконано |
| 3. | Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ) | листопад 2019 | виконано |
| 4. | Написання 1 розділу, висновків до першого розділу | грудень 2019-січень 2020 | виконано |
| 5. | Написання 2 розділу | березень 2020 | виконано |
| 6.  | Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу | квітень-червень 2020 | виконано |
| 7.  | Написання висновків до 3 розділу | вересень-жовтень 2020 | виконано |
| 8. | Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків | листопад 2020 | виконано |
| 9. | Магістерська практика, нормоконтроль | листопад-грудень 2020 | виконано |
| 10. | Підготовка електронної презентації, передзахист магістерської роботи | січень 2021 | виконано |
| 11.  | Захист магістерської роботи | лютий 2021 |  |

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рудич О. М.

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

 **ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ……………………………………..** | 4 |
| **ВСТУП…………………………………………………………………………** | 5 |
| **РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ** | 9 |
| * 1. Причини виникнення та форми затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку…………….
 | 9 |
| * 1. Характеристика психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку…………………………..
 | 19 |
| * 1. Можливості корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку засобами адаптивної фізичної культури………………………………………….
 | 27 |
| Висновки до першого розділу…………………………………… | 30 |
| **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…………….** | 33 |
| 2.1. Методи дослідження………………………………………… | 33 |
| 2.1.1.Методи теоретичного аналізу науково-методичної літератури та документальних даних………………… | 33 |
| 2.1.2. Антропометричні методи……………………………… | 34 |
| 2.1.3. Медико-біологічні методи…………………………….. | 34 |
| 2.1.4. Методи тестування рівня психофізичного розвитку… | 36 |
| 2.1.5. Педагогічне спостереження…………………………… | 40 |
| 2.1.6. Педагогічний експеримент……………………………. | 40 |
| 2.1.7. Методи математичної статистики…………………….. | 41 |
| 2.2. Організація дослідження…………………………………….. | 41 |
| **РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ……………………………………………………….** | 43 |
| 3.1. Основи методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку…………………………….. | 43 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку……………………. | 49 |
| 3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку…………………………………………………….. | 50 |
| 3.2.2. Динаміка показників опорно-рухового апарату дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку…………………………………………………….. | 51 |
| 3.2.3. Динаміка сформованості мислення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку…….. | 52 |
| 3.2.4. Динаміка рухової пам’яті дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку………………….. | 53 |
| 3.2.5. Динаміка сформованості мовлення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку…….. | 55 |
| 3.2.6. Динаміка сформованості дрібної моторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку……………………………………………………. | 56 |
| 3.2.7.Динаміка сформованості статичної координації рухів дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку……………………………………….. | 57 |
| Висновки до третього розділу…………………………………… | 58 |
| **РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ………** | 61 |
| **ВИСНОВКИ……………………………………………………………………** | 65 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………** | 67 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АФВ – адаптивне фізичне виховання;

АФК – адаптивна фізична культура;

ВНС – вегетативна нервова система;

ЕГ – експериментальна група;

ЗПР – затримка психічного розвитку;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

КГ – контрольна група;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

ПІ – плечовий індекс;

ЦНС – центральна нервова система.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Останнім часом у зв’язку з погіршенням екологічної ситуації в Україні, незадовільним станом охорони материнства, а також високим рівнем дитячої захворюваності і травматизму кількість дітей із різними обмеженнями життєдіяльності має тенденцію до неухильного зростання. Значну частину серед них займають діти із затримкою психічного розвитку, тому питання, пов’язані з корекцією відхилень психофізичного стану у дітей цієї категорії, відносяться до актуальних не тільки для медицини, а й для теорії і методики адаптивного фізичного виховання.

Поняття затримки психічного розвитку багатьма педагогами, психологами та дефектологами визначається як пограничний стан між нормою і патологією розвитку, який має тимчасовий характер відставання відповідно до темпів біологічного дозрівання, та який може коригуватися при застосуванні адекватної системи педагогічних заходів (Сермеєв Б. В., 1990; Мастюкова Є. М., 2016; Ілляшенко Т. Д., Бастун Н. А., Сак Т. В., 2016; Лазоренко Т. М., 2020).

У ряді досліджень вивчався вплив фізичних вправ різної спрямованості на розвиток фізичних якостей і психічних функцій у дітей з інтелектуальними вадами (Шмаргун В. М., 2000; Лубовський В. І., 2012; Максимова С. Ю., 2012; Самиличев А. С., 2014; Вісковатова Т. П., 2017; Мітрякова Л. Г., 2019). Разом із тим, у цих роботах недостатньо і фрагментарно висвітлена роль рухової діяльності в корекції психофізичного стану дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

Аналізуючи зміст занять з адаптивного фізичного виховання учнів із затримкою психічного розвитку, можна констатувати, що на цей час більшість програм орієнтована на «умовно» здорових дітей. Підготовка спеціалістів з адаптивного фізичного виховання для роботи в загальноосвітніх і спеціалізованих навчальних закладах будується на вивченні методик фізичного виховання з дітьми, які не мають відхилень у психічному розвитку. Недостатня кількість матеріалів для організації занять з адаптивного фізичного виховання в спеціальних шкільних закладах для дітей із ЗПР змушує спеціалістів модифікувати програми, що використовуються в роботі зі здоровими дітьми відповідно до можливостей своїх вихованців.

Деякі автори відмічають, що психічний розвиток дітей обумовлюється не окремими педагогічними засобами, а їх системою, при об’єднанні різних навчальних предметів, кожен з яких вносить свій специфічний внесок у розвиток дитини (Шмаргун В. М., 2000; Вісковатова Т. П., 2017; Лазоренко Т. М., 2019), але при цьому мало уваги приділяється заняттям з адаптивного фізичного виховання. У зв’язку з цим питання корекції психофізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку із ЗПР у процесі занять адаптивним фізичним вихованням вивчені недостатньо. Отже, актуальність окресленої проблеми, її соціально-педагогічне значення та недостатня розробленість у галузі адаптивного фізичного виховання і дали підставу для обрання теми дослідження: «Методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку».

**Об’єкт дослідження:** процес адаптивного фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

**Предмет дослідження:** засоби, методи, форми занять з адаптивного фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

**Мета дослідження:** теоретичнообґрунтуватита розробити методику занять з адаптивного фізичного виховання, спрямовану на корекцію психофізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

**Завдання дослідження:**

1. Дослідити проблему корекції психофізичного розвитку дітей у теорії і практиці адаптивного фізичного виховання.
2. Визначити особливості рівня фізичного та психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.
3. Окреслити напрями корекційної роботи на заняттях з адаптивного фізичного виховання та обґрунтувати використання ефективних засобів для корекції психофізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.
4. Розробити методику корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку та дослідити її ефективність.

**Методи дослідження:** теоретичного аналізу науково-методичної літератури та документальних даних; антропометричні методи; медико-біологічні методи; тестування рівня психофізичного розвитку; педагогічне спостереження; педагогічний експеримент; методи математичної статистики.

**Експериментальна база дослідження:** Полтавський міський центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю.

**Практична значущість роботи** полягає у тому, що: розроблена методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з урахуванням завдань і принципів корекційної роботи сприяє покращенню психофізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку окресленої нозології; обґрунтовані напрями роботи на заняттях з адаптивного фізичного виховання, спрямовані на корекцію психофізичних процесів дітей цієї категорії; розроблені спеціальні комплекси вправ коригуючої спрямованості, ігри та естафети, що сприяють розвитку психофізичних процесів.

Матеріали роботи можуть бути використані на заняттях з адаптивного фізичного виховання груп інтенсивної педагогічної корекції загальноосвітніх навчальних закладів, спеціалізованих шкільних закладів для дітей із затримкою психічного розвитку, груп спеціалізованих шкіл для дітей із вадами розвитку, відділень спеціалізованих шкіл-інтернатів для дітей із затримкою психічного розвитку.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали роботи та результати дослідження представлені на V Регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика» (м. Полтава, лютий 2021 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

* 1. **Причини виникнення та форми затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку**

Спектр порушень психічного розвитку у дітей досить широкий, але значно частіше зустрічається затримка психічного розвитку. Закономірності аномалій розвитку психіки, їх вивчення є необхідним завданням патопсихології, дефектології та дитячої психіатрії, тому що саме пошук закономірностей, вивчення причин і механізмів формування того чи іншого дефекту психічного розвитку дитини дозволяють своєчасно діагностувати порушення і шукати методи їх корекції [2].

Дослідження проблеми відхилень у психічному розвитку виникло і здобуло особливого значення як у закордонній, так і вітчизняній науці лише в середині XX століття, коли, внаслідок бурхливого розвитку різних галузей науки і техніки й ускладнення програм загальноосвітніх шкіл, з’явилася достатньо велика кількість дітей, що зазнають труднощі в навчанні [10]. Комплексне клініко-психолого-педагогічне обстеження стійко невстигаючих учнів і теоретико-науковий аналіз стали засадою сформульованих уявлень про дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР). За всіма досліджуваними показниками психосоціального розвитку діти цієї категорії відрізняються від інших дизонтогенетичних розладів, з одного боку, і від «нормального» розвитку – з іншого, посідаючи за рівнем психічного розвитку проміжне місце між розумово відсталими і нормально розвинутими однолітками.

Дитина із затримкою психічного розвитку характеризується в спеціальній літературі [19] як особлива група дітей з відставанням у психічному розвитку, які мають такі особливості інтелекту й особистості, що не дозволяють їм вчасно та якісно опановувати елементарні знання.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це уповільнення темпу розвитку психіки, що виражається в нестачі загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю [4, 26]. Поняття «затримка психічного розвитку» вживається стосовно до дітей зі слабко вираженою органічною або функціональною недостатністю центральної нервової системи (ЦНС). У них спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкого виснаження, порушення працездатності тощо. Такі діти відзначаються як діти з недостатніми здатностями до навчання [26].

Для затримки психічного розвитку характерне вповільнення темпу формування пізнавальної й емоційної сфер з їх тимчасовою фіксацією на більш ранніх етапах. Характерна мозаїчність ураження, при якій, поряд із дефіцитарними функціями, є і збережені [5].

Патологічною сутністю ЗПР є вплив цілого ряду патологічних факторів перинатального, натального і постнатального періоду [24]. Аналіз спеціальних даних свідчить про наявність органічних уражень мозку у майже всіх дітей із ЗПР. У більшості випадків при ЗПР виявляється сполучення органічних ушкоджень у вигляді енцефалопатичних розладів і недостатності окремих психічних функцій з ознаками загального психічного недорозвинення [24].

Фахівці [39, 40] окреслюють варіабельність прояву затримки психічного розвитку. У літературі, присвяченій вивченню особливостей дітей із ЗПР, відзначається їхнє відставання в розвитку пізнавальних процесів, порушенні функції активної уваги, загальній неорганізованості діяльності, перевазі ігрових мотивів і малої здатності до вольових зусиль, недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, слабкій працездатності [62].

У роботах дослідників [44, 51] узагальнені дані про причини виникнення ЗПР. Затримка може бути обумовлена генетичними та екзогенними факторами, що впливають на центральну нервову систему. Причинами ЗПР також можуть бути патологія вагітності, асфіксія і травми при пологах, постнатальні нейроінфекції, тривалі токсико-дистрофічні захворювання в перші роки життя.

Серед різних класифікацій ЗПР найпоширенішою є класифікація, розроблена на основі етіопатогенетичного підходу, відповідно до якої розрізняють 4 основних види ЗПР:

* + - 1. ЗПР конституційного походження. До цього виду відносяться діти із психічним і психофізичним інфантилізмом;
			2. ЗПР соматогенного походження, при якому в дітей відзначається фізична та психічна астенія;
			3. ЗПР психогенного ґенезу, при якому, переважно, порушується емоційно-вольова сфера;
			4. ЗПР церебрально-органічного ґенезу з перевагою органічного інфантилізму з порушеннями пізнавальної діяльності [61].

Для дітей молодшого шкільного віку із ЗПР типові такі особливості, як незрілість емоційно-вольової сфери, швидка стомлюваність, коливання працездатності, виснаження нервових процесів [54]. Дітям із ЗПР, порівняно з їхніми однолітками, необхідний більш тривалий період для прийому і переробки сенсорної інформації. Крім того, у них виявляється зниження як довгострокової, так і короткочасної пам’яті, довільного і мимовільного запам’ятовування. Також характерні низька продуктивність і стійкість пам’яті, слабкий розвиток опосередкованого запам’ятовування, зниження його при здійсненні інтелектуальної активності [63]. Також клінічні спостереження і психологічні дослідження свідчать про недостатній розвиток емоційно-вольової сфери. Затримка розвитку включає емоційний компонент, що значно впливає на їхню емоційну діяльність [13].

Характеризуючи в цілому дітей із ЗПР, зазначається нерівномірність порушень різних психічних функцій [63]. Функції, що інтенсивно розвиваються в більш ранні періоди, страждають сильніше, ніж функції, формування яких відбувається пізніше [20]. Для дітей із ЗПР одним із частих проявів є синдром дефіциту уваги з гіперактивністю [44].

Розглядаючи діяльність дітей із ЗПР варто зазначити дослідження, проведені під керівництвом В. І. Лубовського [40], в яких вказується, що діти із ЗПР зазнають труднощів у довільній організації діяльності, не вміють виконувати інструкції вчителя чи вихователя, переключатися з одного виду діяльності на інший.

Діти із ЗПР швидко стомлюються, їхня працездатність знижується, а іноді вони взагалі відмовляються виконувати розпочату роботу. Відмічено [35], що недостатня працездатність і підвищена стомлюваність у сполученні з низьким рівнем пізнавальної активності призводять до того, що будь-який новий вид роботи або необхідність зміни способу дії викликає у них значні ускладнення. У стані стомлення працездатність і увага різко знижуються, виникають імпульсивні необдумані дії. Знижена працездатність дітей із ЗПР у процесі навчальної діяльності пов’язана із недостатнім рівнем активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС).

Психоемоційна напруга дітей із ЗПР, на відміну від їхніх здорових однолітків, перебуває на однаковому рівні, не підвищуючись у періоди стомлення. Діяльність дітей із ЗПР характеризується загальною неорганізованістю, імпульсивністю, недостатньою цілеспрямованістю, слабким орієнтуванням у завданні, що призводить до численних помилкових дій [17]. Такі діти допускають зайві, не завжди адекватні, помилки, не роблять спроб знайти раціональні прийоми роботи.

Однією з особливостей діяльності дітей із ЗПР є її недостатня регуляція за допомогою мовлення. Це виражається в тому, що діти цієї категорії мають ускладнення в адекватному словесному позначенні дій і точному виконанні запропонованих мовних інструкцій [4].

Психіатрами [17, 24] розроблений ряд класифікацій затримки психічного розвитку дітей, прослідковані причини виникнення, виявлена динаміка, а також прогноз і можливості корекції. Причиною відхилення у розвитку є вплив на мозок дитини зовнішнього або внутрішнього несприятливого фактору, який обумовлює специфіку ураження або порушення розвитку психомоторних функцій [24, 53].

Серед факторів, які призводять до ЗПР, виділяють біологічні і соціальні (психогенні, соціогенні).

Біологічні фактори дуже різноманітні. Відмічається, що у цьому випадку – це генетично обумовлене уповільнене дозрівання різних систем дитячого організму,у тому числі і нервової системи. Такі діти, не виявляючи хворобливих ознак, і фізично, і психічно відстають від вікової норми, що виявляється під час обстеження їх на шкільну зрілість. Особливо відстає емоційно-вольова сфера: дитина може виявляти досить знань і кмітливості у грі, але дуже важко сприймає суто навчальні завдання, погано засвоює правила поведінки, обов’язки школяра. Адаптація до школи у таких дітей досить складна, їм краще починати шкільне навчання пізніше, і при цьому вони потребують індивідуального підходу з боку сім’ї і педагога [1].

Затримка психічного розвитку у дітей зумовлена також різними тілесними захворюваннями, особливо такими, що починаються в ранньому віці, і, набуваючи хронічності, надовго позбавляють дитину життєрадісності й активності. Центральна нервова система в таких випадках безпосередньо не уражається хворобою, але страждає від загального виснаження дитячого організму. Хвороба знижує психічний тонус дитини, тому складаються несприятливі умови і для розвитку її психічних функцій. Умовою подолання такої форми затримки психічного розвитку у дитини є лікування її хвороб і систематична педагогічна робота.

Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку пов’язана з хворобливим ураженням мозку. Прояви її стійкіші й яскравіше виражені. Щоб їх усунути чи пом’якшити, потрібні систематичні і тривалі лікарські та педагогічні заходи. Під час неврологічного обстеження у таких дітей досить часто виявляються певні відхилення у функціонуванні їхньої нервової системи, що свідчить про шкідливий вплив на мозок або новонародженої дитини різних чинників, а саме: різні хвороби матері під час вагітності, токсичні речовини, якими забруднене навколишнє середовище, а також нікотин, алкоголь, деякі лікарські препарати [1, 24].

Затримку психічного розвитку зумовлюють різні запальні захворювання центральної нервової системи впродовж перших років життя, а також травми головного мозку [45].

Ознаки затримки психофізичного розвитку, пов’язані з ушкодженням мозку, у багатьох дітей виявляються вже в ранньому дитинстві: пізнім початком ходіння, незграбністю в рухах, затримкою в розвитку мовлення, зниженою пізнавальною активністю. Залежно від того, які функціональні системи мозку зазнали ушкодження, можна спостерігати окремі особливо виражені порушення пізнавальної діяльності. У деяких дітей найбільш вираженими є недоліки розвитку мовлення, читання, в інших – лічби, просторової орієнтації, довільної регуляції поведінки [41].

Причинами виникнення затримки психічного розвитку у дітей є й умови її проживання в неблагонадійній сім’ї: алкоголізм батьків, їхня неуважність, жорстокість до дитини. Проведено чимало досліджень [34, 60], які свідчать про негативний вплив на розвиток дитини ранньої ізоляції її від контактів з матір’ю, бо втрата чи відсутність тісного контакту з матір’ю чи іншим дорослим, який виконує її функції, уже у дитини призводить до серйозних розладів у її розвитку. Можливість виправити ці недоліки залежить від тривалості порушення зв’язків з матір’ю: чим вони триваліші, тім важче подолати їх наслідки.

Важливим напрямом у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне і психолого-педагогічне вивчення дітей із ЗПР. Існуюча в наш час класифікація типів ЗПР, яка розроблена К. С. Лебединською [27], відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість. Основні клінічні типи її диференціюються за етіопатогенетичними принципами: конституційного, соматогенного, церебрально-органічного, психогенного походження (при патологічному формуванні особистості).

Кожному з цих варіантів властиві як специфічні особливості інфантилізму, так і різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності. Вони можуть бути ускладнені багатьма хворобливими ознаками – соматичними, енцефалопатичними, неврологічними – і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості і порушення пізнавальної діяльності, етіологію.

Затримка психічного розвитку конституціонального ґенезу. До цього типу ЗПР відноситься обумовлений психічний, психофізичний інфантилізм – гармонійний або дисгармонійний. В обох випадках у дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, «дитячість» поведінки, жвавість міміки і поведінкових реакцій. Розлади поведінки при дисгармонійному інфантилізмі важче піддаються психолого-педагогічній корекції і вимагають більших зусиль з боку батьків і педагогів, тому таким дітям показана додаткова медикаментозна терапія [27].

При ЗПР конституціонального походження також розглядають спадково обумовлену парціальну недостатність окремих модально-специфічних функцій (праксис, гнозис, зорова і слухова пам’ять, мовлення), що лежать в основі формування складних міжаналізаторних навичок, таких, як малювання, читання, письмо, лічення й інших. Генетична обумовленість цих порушень зумовлена передачею у родинах дітей із ЗПР із покоління в покоління випадками ліворуцтва, дислексії, дисграфії, акалькулії, недостатності просторового гнозиса і праксиса [25]. У плані корекції це один із самих сприятливих типів психічного розвитку при ЗПР.

Затримка психічного розвитку соматогенного ґенеза. Цей тип затримки розвитку психіки обумовлений тривалою соматичною недостатністю різного походження: хронічними інфекціями й алергійними станами, вродженими і набутими вадами розвитку внутрішніх органів (серце, нирки, легені й ін.). Важливу роль відіграють важкі соматичні захворювання (численні пневмонії, ангіни й ін.), що мають місце в перші роки життя дитини [25].

Психічний розвиток цих дітей гальмується, в першу чергу, стійкою астенією, що різко знижує загальний психічний і фізичний тонус, затримує емоційний розвиток [37]. Соматогенний інфантилізм обумовлений низкою невротичних нашарувань – невпевненістю, боязкістю, що пов’язані з відчуттям своєї фізичної неповноцінності. Цей тип іноді викликаний режимом заборон і обмежень, в якому живе соматично ослаблена або хвора дитина. Такі діти рідко відвідують дитячий садок, вони, в основному, виховуються вдома, в результаті чого їхнє коло спілкування обмежене, порушені міжособистісні відносини. Ці діти вимагають санаторно-курортних умов, правильного режиму харчування, відпочинку, сну, їм необхідне медикаментозне лікування [5]. Нерідко виникає вторинна інфантилізація, що призводить до зниження працездатності і більш стійкій затримці психічного розвитку. Урахування поєднання всіх цих факторів є засадою прогнозу перспектив подальшого розвитку дитини та визначення змісту лікувально-профілактичного, корекційно-педагогічного і виховного впливів на дитину [19].

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного походженнявідрізняється більшою стійкістю і виразністю порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності. Анамнез дітей з цим типом ЗПР у більшості випадків показує наявність негрубої органічної недостатності нервової системи залишкового характеру внаслідок патологій вагітності (важкі токсикози, інфекції, інтоксикації, травми, конфлікт за резус-фактором), асфіксії, родові травми, постнатальні нейроінфекції та ін. Т. Д. Ілляшенко [54] відмічає, що церебрально-органічна форма ЗПР є найбільш важкою. Як свідчить її назва, вона пов’язана з хворобливими ураженнями головного мозку.

Виділяють два загальних клініко-психологічних варіанти ЗПР цієї категорії. Перший варіант характеризується, переважно, незрілістю емоційної сфери за типом органічного інфантилізму. При другому варіанті домінують симптоми ураження нервової системи і парціальні порушення вищих коркових функцій [1].

Затримка психічного розвитку психогенного ґенеза. Цей вид ЗПР пов’язується з несприятливими умовами виховання, що обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Відхилення в психофізичному розвитку дітей при цьому варіанті виникають внаслідок психотравмуючого впливу середовища. Негативний вплив може позначитися на дитині ще в утробі матері, якщо жінка зазнає сильні, довгострокові переживання. ЗПР психогенного ґенеза може бути пов’язана з соціальним сирітством, культурною депривацією, при яких у дитини не виховується почуття обов’язку і відповідальності, не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів і установ, тому риси патологічної незрілості й імпульсивності у дітей часто поєднуються із недостатнім рівнем знань і уявлень про навколишній світ, що в майбутньому відображається на фрагментарному засвоєнні шкільних предметів [39].

Варіант аномального розвитку особистості за типом «кумир сім’ї» обумовлений, навпаки, гіперопікою – розбещеним вихованням, при якому дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для психогенного інфантилізму, поряд із недостатньою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоцентризму й егоїзму, нелюбові до праці [26].

Патологічний розвиток особистості за нервовим типом найчастіше спостерігається у дітей, батьки яких проявляють грубість, жорстокість, деспотичність, агресію до дитини та інших членів сім’ї. У таких умовах нерідко формується особистість несмілива, боязка, емоційна незрілість якої проявляється в недостатній самостійності, рішучості, активності і ініціативності [56].

Ефективність корекційних заходів при цьому типі ЗПР пов’язана з можливістю перебудови несприятливого сімейного клімату і подолання розбещуючого або знехтувального типу сімейного виховання.

Поряд із визначенням типів психічного розвитку, виділені ступені її тяжкості:

Легкий ступінь – як правило, не потребує систематичного лікування.

Середній ступінь – корекція відбувається в спеціальних умовах.

Тяжкий ступінь – являє собою діагностичні труднощі в плані відокремлення її від олігофренії в ступені дебільності [34].

Розподіл за ступенями тяжкості дає можливість більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу і визначати подальший прогноз у розвитку дитини цієї нозології.

Таким чином, затримка психічного розвитку – це уповільнення темпу розвитку психіки, що виражається в нестачі загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю. Поняття «ЗПР» вживається стосовно до дітей зі слабко вираженою органічною або функціональною недостатністю ЦНС. У цих дітей спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкого виснаження, порушення працездатності тощо. Діти із затримкою психічного розвитку характеризуються як особлива група дітей з відставанням у психічному розвитку, які мають такі особливості інтелекту й особистості, що не дозволяють їм вчасно та якісно опановувати елементарні знання.

Незважаючи на неоднорідність групи дітей із ЗПР, можна виділити загальні риси: при ЗПР порушення настають рано, тому становлення психічних функцій відбувається нерівномірно, уповільнено; для дітей із ЗПР характерна нерівномірна сформованість психічних процесів; найбільш порушеними виявляються емоційно-особистісна сфера, загальні характеристики діяльності, працездатності: в інтелектуальній діяльності найбільш яскраві порушення проявляються на рівні словесно-логічного мислення при відносно більш високому рівні розвитку наочних його форм.

Основним напрямом у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне і психолого-педагогічне вивчення дітей із ЗПР. Існуюча класифікація типів ЗПР відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість. Основні клінічні типи її диференціюються за етіопатогенетичними принципами: конституційного, соматогенного, церебрально-органічного, психогенного походження. Кожному з цих варіантів властиві як специфічні особливості інфантилізму, так і різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності. Вони можуть бути ускладнені багатьма хворобливими ознаками – соматичними, енцефалопатичними, неврологічними – і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості і порушення пізнавальної діяльності, етіологію. Розподіл за ступенями тяжкості дає можливість більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу і визначати подальший прогноз у розвитку дитини із ЗПР.

* 1. **Характеристика психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку**

Актуального значення для побудови корекційно-реабілітаційної роботи має знання специфічних психофізичних особливостей молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

Психічний стан – це цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, що відображає своєрідність проходження психічних процесів і виступає як система їх організації, а також як механізм оцінки відображеної діяльності. Виділяють пізнавальні й емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, до пізнавальних процесів відносять відчуття, сприйняття, пам’ять, мислення і уяву [24].

Фізичний стан визначається як здатність дитини виконувати фізичну роботу [8] і містить у собі, у першу чергу, показники фізичного розвитку і фізичної підготовленості [43]. Деякі вчені [24, 44] вважають, що провідним показником фізичного стану є розвиток дрібної і загальної моторики.

Характерною ознакою затримки психічного розвитку є недорозвиток якостей уваги [40]. Тією чи іншою мірою недоліки уваги притаманні дітям, які відносяться до різних клінічних форм затримки психічного розвитку. Психологи і клініцисти описують «синдром дефіциту уваги», що часто сполучається з гіперактивністю, як характерний для дітей із мінімальними мозковими дисфункціями та із труднощами в навчанні. Прояви недостатності уваги в молодших школярів із затримкою психічного розвитку виявляються вже при спостереженні за особливостями сприйняття ними навколишніх предметів і явищ.

У психолого-педагогічних дослідженнях [45] відзначаються наступні особливості уваги у дітей із ЗПР:

* нестійкість (коливання) уваги, що веде до зниження продуктивності, обумовлює труднощі виконання завдань. Дитина продуктивно працює протягом 5–15 хв, потім протягом 3–7 хв, «відпочиває», накопичує сили для наступного робочого циклу. У моменти «відпочинку» дитина як би «випадає» з діяльності, займаючись сторонніми справами. Після відновлення сил дитина знову здатна до продуктивної діяльності і т.д.;
* знижена концентрація. Виражається в труднощах зосередження на об’єкті діяльності і програмі її виконання, швидкої стомлюваності. Ця особливість уваги вказує на наявність органічних факторів соматичного або церебрально-органічного ґенеза;
* зниження обсягу уваги. Дитина утримує одночасно менший обсяг інформації, чим той, на основі якого можна ефективно вирішувати ігрові, навчальні і життєві завдання, спостерігається ускладнене сприйняття ситуації в цілому;
* знижена вибірковість уваги. Дитині важко виділити мету діяльності і умови її реалізації серед несуттєвих побічних деталей;
* знижений розподіл уваги. Дитина не може одночасно виконувати кілька дій, особливо якщо всі вони мають потребу у свідомому контролі, тобто перебувають у стадії засвоєння;
* «прилипання уваги». Виражається в труднощах переключення з одного виду або знайденого способу діяльності на інший, відсутності гнучкого реагування на ситуацію, що змінюється;
* підвищене відволікання. Дитина тривалий час не може зосередитися на визначеній діяльності. Порівняльні експериментальні дослідження показують виражений негативний вплив на діяльність дітей із ЗПР будь-яких сторонніх подразників. Вони роблять численні помилки, темп їхньої діяльності внаслідок цього вповільнюється, результативність падає [45].

Дослідження процесів пам’яті дітей з цією патологією розвитку показало їхню недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і складності у відтворенні. Багато чого з того, що нормально розвинені діти, запам’ятовують легко, в їхніх відстаючих однолітків викликає значні зусилля і вимагає спеціально організованої роботи з ними. Однією з основних причин недостатньої продуктивності мимовільної пам’яті у дітей із ЗПР є зниження їхньої пізнавальної активності. У дослідженнях Т. В. Егорової [49] ця проблема була піддана спеціальному вивченню, де виявлено, що діти із затримкою розвитку не тільки гірше відтворюють словесний матеріал, але і витрачають на це помітно більше часу, ніж їх нормально розвинені однолітки. Вони самостійно майже не могли підібрати потрібні слова і рідко застосовували для цього допоміжні прийоми. У тих випадках, коли це все-таки відбувалося, найчастіше спостерігалася підміна мети дії [49].

Наочний матеріал дітьми із ЗПР запам’ятовується значно краще вербального і в процесі відтворення є більш діючою опорою. Автор відмічає, що мимовільна пам’ять у дітей із ЗПР страждає не в такій мірі, як довільна, на що треба спиратися при навчанні. Отже, необхідно спеціально активізувати пізнавальну діяльність дітей із ЗПР шляхом посилення мотивації, зосередження їхньої уваги на завданні. Особливе значення для підвищення ефективності запам’ятовування є вміння використовувати спеціальні раціональні прийоми навчання [49].

Характеристика розумової діяльності дітей із затримкою психічного розвитку має особливе значення. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання у розвитку всіх видів мислення (наочно-дійового, наочно-образного і словесно-логічного). У найменшій мірі воно має прояв у наочно-дійовому мисленні. Дітям із ЗПР складно діяти за наочним зразком через порушення операцій аналізу, порушення цілісності, цілеспрямованості, активності сприйняття – все це веде до того, що дитина не в змозі проаналізувати зразок, виділити головні частини, установити взаємозв’язок між частинами і відтворити цю структуру в процесі власної діяльності. Проте діти із ЗПР виявляються ближче за своїми результатами до нормально розвинених дітей, ніж до розумово відсталих. Розвиток словесно-логічного мислення в них також значно відстає порівняно з тим, що спостерігається у нормально розвинутих однолітків. Це пов’язано з порушенням найважливіших розумових операцій, що служать складовими логічного мислення: аналізу (захоплюються дрібними деталями, не можуть виділити головне, виділяють незначні ознаки); порівняння (порівнюють предмети за несуттєвими ознаками); класифікації (здійснюють класифікацію часто правильно, але не в змозі усвідомити її принцип) [53].

Визначені такі загальні недоліки розумової діяльності дітей зі ЗПР:

1. Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації (своєрідне відношення до будь-яких інтелектуальних завдань). Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий момент подолання труднощів (відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуального завдання більш близьким, ігровим). Така дитина виконує завдання не повністю, а її нескладну частину. Вони не зацікавлені кінцевим результатом у завданні. Ця особливість мислення має прояв у школі, коли діти дуже швидко втрачають інтерес до нових предметів.
2. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при рішенні розумових завдань. Діти із ЗПР починають діяти відразу. При пред’явленні інструкції до завдання багато дітей, не зрозумівши її, прагнуть швидше одержати експериментальний матеріал і почати діяти. Помічено, що діти із ЗПР у більшій мірі зацікавлені в тім, щоб швидше закінчити роботу, а не якісно її виконати. Вони не спроможні аналізувати умови, не розуміють значимості орієнтовного етапу, що призводить до появи безлічі помилок.
3. Низька розумова активність, «бездумний» стиль роботи (діти, через поспішність, неорганізованість діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови. У них відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні, тобто інколи правильно відповідають, але пояснити відповідь не в змозі.
4. Стереотипність мислення, його шаблонність [2, 20].

Також діти із ЗПР характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється в їхній недостатній допитливості. Якщо більшість нормальних дітей звичайно задають багато питань про предмети і явища навколишнього світу, то діти із ЗПР щодо цього значно відрізняються від них: одні питання не задають взагалі, а інші задають тільки ті, що стосуються лише зовнішніх властивостей предметів і явищ [4].

Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються своєрідністю мовленнєвого розвитку. Це проявляється як у затримці темпу розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. Імпресивна сторона мовлення характеризується недостатньою диференційованістю сприйняття мовних звуків, відтінків мовлення (в 75 % спостерігаються труднощі в диференціації звуків).

Для експресивної сторони мовлення характерні бідний словниковий запас, порушення звуків мови, недостатня сформованість лексико-граматичної будови мовлення, наявність аграматизмів, дефекти артикуляційного апарату (в 55 % відзначається недостатність мовної моторики: дітям важко втримувати артикуляційну позу, їхні м’язи язика напружені, також складно відбувається перехід з однієї пози на іншу, в 45 % з них – дефекти будови зубного ряду) [23].

До ознак своєрідної затримки мовленнєвого розвитку можна віднести процес вікового розвитку словотворення при ЗПР [40]. Звичайно, процес бурхливого словотворення в нормально розвинених дітей закінчується до старшого дошкільного віку. У дітей із ЗПР цей процес відбувається аж до кінця початкової школи. Діти нечутливі до норм вживання мовлення, використовують атипові граматичні форми, що мають характер неологізмів. У розумово відсталих дітей цей період зовсім відсутній [40].

Серед помилок звуковимови у дітей із ЗПР переважають порушення свистячих (с, з) і сонорних звуків (м, н, л, р), тоді як у нормально розвинених дітей частіше спостерігається порушення вимови звуків і шиплячих (ш, ж, ч, щ). Порушення вимови свистячих звуків зв’язують з порушеннями мовленнєво-слухового аналізу.

Лексична сторона мовлення перебуває у тісній залежності від загального рівня пізнавального розвитку дитини [33]. У зв’язку зі зниженою пізнавальною активністю у дітей із ЗПР відзначається бідний словниковий запас, що відображає неточні уявлення про навколишній світ. Мовлення складається, в основному, з іменників і дієслів, прикметники використаються тільки для позначення деяких властивостей предметів. Зв’язок слова і позначуваного ним предмету нестійкий. За ступенем виразності можна виділити три групи мовленнєвих порушень, що спостерігаються у дітей із ЗПР:

* ізольований фонетичний дефект (неправильна вимова лише однієї групи звуків). Причина, як правило, у порушенні артикуляційного апарата й недорозвитку мовленнєвої моторики;
* комбінований дефект: дефекти вимови сполучаються з порушеннями фонематичного слуху. Є дефекти в оволодінні двома-трьома фонематичними групами;
* системне недорозвинення мовлення – порушення лексико-граматичної сторони мовлення на тлі занадто бідного словникового запасу, примітивної структури висловлень [33].

Складність мовленнєвого недорозвинення багато в чому залежить від характеру основного порушення. Так, при неускладненому інфантилізмі рівень мовленнєвого розвитку має характер деякої затримки або відповідає нормальному рівню розвитку. При ЗПР церебрально-органічного ґенеза спостерігається порушення мовленнєвої діяльності як системи [33].

У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами яких є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настрою і контрастних проявів емоцій. Вони легко і часто немотивовано переходять від сміху до плачу і навпаки [33].

Недоліки розвитку моторики у дітей із ЗПР виявляються на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, проявом слабко вираженої резидуальної органіки є рухова незручність і недостатня координація, що проявляються навіть у таких автоматизованих рухах, як ходьба, біг. У багатьох дітей, поряд із недостатньою координацією рухів, спостерігаються гіперкінези – надмірна рухова активність у формі неадекватної, надмірної сили або амплітуди рухів [38]. У деяких дітей спостерігаються хореєформні рухи (м’язові посмикування). У деяких випадках, але значно рідше, навпаки, рухова активність значно знижена.

У найбільшій мірі відставання в розвитку рухової сфери проявляється в психомоториці – довільних усвідомлених рухах, спрямованих на досягнення певної мети. Обстеження психомоторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку показало, що виконання багатьох із тестових завдань викликає певні труднощі у дітей. Всі завдання вони виконують повільніше, ніж нормально розвинені діти, виявляються неточність і незручність рухів, труднощі у відтворенні поз руки і пальців. Особливі ускладнення спостерігаються при виконанні поперемінних рухів. При виконанні довільних рухів часто проявляється зайва напруга м’язів, а іноді і хореєформні посмикування [31].

Дефекти координації рухів, у яких беруть участь групи м’язів обох половин тіла, значною мірою можуть бути пов’язані з відставанням у латералізації функцій, тобто у виділенні провідної півкулі мозку. Доведено, що незавершеність латералізації відзначається в багатьох дітей із ЗПР.

Важливу роль у розвитку дитини відіграють сенситивні періоди, тобто періоди найбільш сприятливого, легкого і швидкого розвитку певних психічних процесів. Ці періоди нетривалі, і, якщо за будь-яких причин упродовж їх не сформувалась певна структура, то в подальшому потрібно буде докласти чимало спеціальних зусиль, щоб її сформувати, а розпочата у більш пізні терміни корекційно-реабілітаційна робота вже не буде такою ефективною [33].

Таким чином, важливе значення в роботі молодших школярів із затримкою психічного розвитку має знання їхніх специфічних психофізичних особливостей.

Психічний стан, як цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, відображає своєрідність проходження психічних процесів і виступає як система їх організації, а також як механізм оцінки відображеної діяльності. Виділяють пізнавальні й емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, до пізнавальних процесів відносять відчуття, сприйняття, пам’ять, мислення і уяву. Фізичний стан дітей із ЗПР визначається як здатність дитини виконувати фізичну роботу і містить у собі показники фізичного розвитку і фізичної підготовленості.

Характерною ознакою затримки психічного розвитку є недорозвиток якостей уваги. Тією чи іншою мірою недоліки уваги притаманні дітям, які відносяться до різних клінічних форм затримки психічного розвитку. Вивчення процесів пам’яті дітей з цією патологією розвитку показало їхню недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і складності у відтворенні. Характеристика розумової діяльності дітей із затримкою психічного розвитку має особливе значення. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання у розвитку всіх видів мислення (наочно-дійового, наочно-образного і словесно-логічного). У найменшій мірі воно має прояв у наочно-дійовому мисленні. Також діти із ЗПР характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється в їхній недостатній допитливості. Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються своєрідністю мовленнєвого розвитку. Це проявляється як у затримці темпу розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами яких є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настрою і контрастних проявів емоцій. Недоліки розвитку моторики у дітей із ЗПР виявляються на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, проявом слабко вираженої резидуальної органіки є рухова незручність і недостатня координація, що проявляються навіть у автоматизованих рухах.

* 1. **Можливості корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку засобами адаптивної фізичної культури**

Одним з основних засобів корекції психофізичного стану дітей із ЗПР є фізичні вправи. Науковцями [63, 70] доведено, що фізичні вправи сприятливо діють на центральну нервову систему, підвищують працездатність клітин кори головного мозку та їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, покращенням пам’яті тощо.

Наукові дослідження взаємозв’язку розвитку рухових якостей і психічних процесів, інтелекту та фізичної підготовленості, впливу рухового режиму на розумову працездатність свідчить про те, що високому рівню моторного розвитку відповідає більш високий рівень психічного розвитку [59], тобто, чим вищий інтелект, тим краща успішність у навчанні [45]. У свою чергу, діти з достатнім рівнем розвитку психічних процесів частіше всього мають середні і високі показники фізичного розвитку, статичної витривалості, кращу рухомість нервових процесів [6].

Так, у процесі тренування дітей із затримкою психічного розвитку було встановлено, що чим вище розвинута зорово-моторна координація, тим вище інтелектуальні показники, показники успішності у навчанні [48]. Дмитрієв В. С. [42] у своїх дослідженнях спостерігав позитивний вплив вправ координаційного характеру на підвищення рівня перцептивних функцій і психічних процесів у нормально розвинутих першокласників. Був встановлений взаємозв’язок між руховою пам’яттю та ступенем засвоєння учбового матеріалу у дітей.

Ажицький К. Ю. зі співавторами [50] експериментально довів, що використання в шкільній практиці спеціальних ігор сприяє подоланню навчальних труднощів молодших школярів.

На думку Аулика І. В. [9], умови життєдіяльності організму, його взаємодія з довкіллям, руховий режим, діяльність є важливим індикатором багатьох психічних процесів, а також передумовою адаптації першокласника до навчання.

Також деякі автори вивчали вплив засобів та методів фізичного виховання на психічну сферу дітей молодшого шкільного віку із ЗПР. Так, Ільїним В. А. [52] була розроблена і впроваджена фізкультурно-оздоровча робота з дітьми із ЗПР, яка значно підвищила показники психічного розвитку і розумової працездатності цієї категорії дітей, а також позитивно вплинула на такі провідні фізіологічні функції нервових процесів як сила, рухливість і врівноваженість.

Воропаєв А. М. [32] у своєму дослідженні вивчав залежність між показниками моторики і «шкільної зрілості» у дітей молодшого шкільного віку з її недостатнім рівнем. Важливе значення в своїх корекційних заняттях він надає вправам та іграм для розвитку координаційних здібностей та оволодіння просторовими характеристиками рухів, які, у результаті експериментальної перевірки, сприяли підвищенню показників «шкільної зрілості» та мали між собою високу кореляційну залежність.

Каменщикова Г. А. [56] у своїй корекційній роботі зі школярами із ЗПР активно використовувала такі засоби фізичного виховання, як рухливі ігри, вправи на дрібну моторику, вправи та ігри з речитативом, що значно покращило їхній психофізичний стан у процесі цих занять.

Деякими дослідниками був встановлений позитивний вплив рухової діяльності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку із ЗПР. Так, Долбишевою Н. Г. [43] були розроблені та впроваджені в навчальний процес спеціальні комплекси вправ коригуючої спрямованості для усунення психофізичних порушень у розвитку дітей молодшого шкільного віку із ЗПР. За допомогою розробленої методики був скоригований не тільки фізичний розвиток і рівень рухових здібностей, але й розумовий розвиток дітей цієї категорії.

Каданцевою Г. А. [55] була розроблена оздоровча програма з фізичної культури, яка сприяла не тільки підвищенню рівня фізичного розвитку, але й зменшила захворюваність та підвищила пізнавальну активність у дітей молодшого шкільного віку з нормальним і затриманим психічним розвитком.

Горбуновим Н. П. та Хамадіяровою Т. А. [37] були розроблені спеціальні валеологічні підходи до адаптивного фізичного виховання, що були спрямовані на активізацію пропріорецепторів дітей із ЗПР, що позитивно вплинули на їхню динаміку вищих психічних функцій.

Таким чином, основним засобом корекції психофізичного стану дітей із ЗПР, на думку більшості авторів, є фізичні вправи. Доведено, що саме фізичні вправи сприятливо діють на центральну нервову систему дитини з затримкою психічного розвитку, які підвищують працездатність клітин кори головного мозку і їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, покращенням пам’яті тощо. Дослідниками встановлений позитивний вплив рухової діяльності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

Отже, аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми дозволив з’ясувати основні можливості побудови методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку і визначити засоби корекційно-реабілітаційного впливу.

**Висновки до першого розділу**

Дослідження закономірностей аномалій розвитку психіки є необхідним завданням патопсихології, дефектології та дитячої психіатрії, тому що саме пошук закономірностей, вивчення причин і механізмів формування того чи іншого дефекту психічного розвитку дитини дозволяють своєчасно діагностувати порушення і шукати методи їх корекції.

Затримка психічного розвитку – це уповільнення темпу розвитку психіки, що виражається в нестачі загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, перевазі ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю. Поняття «ЗПР» вживається стосовно до дітей зі слабко вираженою органічною або функціональною недостатністю ЦНС. У цих дітей спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкого виснаження, порушення працездатності тощо. Діти із затримкою психічного розвитку характеризуються як особлива група дітей з відставанням у психічному розвитку, які мають такі особливості інтелекту й особистості, що не дозволяють їм вчасно та якісно опановувати елементарні знання.

Незважаючи на неоднорідність групи дітей із ЗПР, можна виділити загальні риси: при ЗПР порушення настають рано, тому становлення психічних функцій відбувається нерівномірно, уповільнено; для дітей із ЗПР характерна нерівномірна сформованість психічних процесів; найбільш порушеними виявляються емоційно-особистісна сфера, загальні характеристики діяльності, працездатності: в інтелектуальній діяльності найбільш яскраві порушення проявляються на рівні словесно-логічного мислення при відносно більш високому рівні розвитку наочних його форм.

Головним напрямом у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне і психолого-педагогічне вивчення дітей із ЗПР. Існуюча класифікація типів ЗПР відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, але і їх причинну обумовленість. Основні клінічні типи її диференціюються за етіопатогенетичними принципами: конституційного, соматогенного, церебрально-органічного, психогенного походження. Кожному з цих варіантів властиві як специфічні особливості інфантилізму, так і різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності. Вони можуть бути ускладнені багатьма хворобливими ознаками – соматичними, енцефалопатичними, неврологічними – і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості і порушення пізнавальної діяльності, етіологію. Розподіл за ступенями тяжкості дає можливість більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу і визначати подальший прогноз у розвитку дитини із ЗПР.

Характерною ознакою затримки психічного розвитку є недорозвиток якостей уваги. Тією чи іншою мірою недоліки уваги притаманні дітям, які відносяться до різних клінічних форм затримки психічного розвитку. Вивчення процесів пам’яті дітей з цією патологією розвитку показало їхню недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і складності у відтворенні. Характеристика розумової діяльності дітей із затримкою психічного розвитку має особливе значення. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання у розвитку всіх видів мислення. У найменшій мірі воно має прояв у наочно-дійовому мисленні. Також діти із ЗПР характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється в їхній недостатній допитливості. Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються своєрідністю мовленнєвого розвитку. Це проявляється як у затримці темпу розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами яких є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настрою і контрастних проявів емоцій. Недоліки розвитку моторики у дітей із ЗПР виявляються на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації.

Основним засобом корекції психофізичного стану дітей із ЗПР є фізичні вправи, тому що саме вони сприятливо діють на центральну нервову систему дитини з затримкою психічного розвитку, підвищують працездатність клітин кори головного мозку і їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, покращенням пам’яті тощо. Дослідниками встановлений позитивний вплив рухової діяльності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2.1. Методи дослідження**

Відповідно до мети роботи та для розв’язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: методи теоретичного аналізу науково-методичної літератури та документальних даних; антропометричні методи; медико-біологічні методи, тестування рівня психофізичного розвитку; педагогічне спостереження; педагогічний експеримент, методи математичної статистики.

**2.1.1. Методи** **теоретичного аналізу науково-методичної літератури та документальних даних.**

Аналіз науково-методичної літератури.Аналізуючи літературні джерела, були розглянуті питання, пов’язані з визначенням поняття «затримка психічного розвитку», причини виникнення цієї патології в дітей, особливості їхнього психофізичного розвитку.Встановлено, що в загальному комплексі заходів з метою корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку значної уваги заслуговують засоби адаптивної фізичної культури. Однак методики чи програми корекційних занять з адаптивного фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з цього питання в літературі знайти майже не вдалося.

Аналіз документальних даних. Нами були проаналізовані індивідуальні медичні картки, психолого-педагогічні характеристики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Збиралися анамнестичні дані шляхом бесід з вихователями, вчителями, дефектологами, психологами. За допомогою цього методу проведений набір у групи, обирані засоби корекції, розроблена методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з урахуванням індивідуальних психофізичних особливостей дітей цієї категорії.

Також на основі аналізу джерел вітчизняних і зарубіжних учених визначено спрямованість, завдання, актуальність і основні напрями розв’язання поставленої проблеми. Вивчено 72 джерела спеціальної літератури.

**2.1.2. Антропометричні методи.** Вивчення основних соматометричних ознак морфологічного статусу дітей із ЗПР здійснювалося шляхом антропометричних вимірів. Вивчались такі антропометричні показники як довжина тіла (см), маса тіла (кг), які є найбільш розповсюдженим і спрощеним варіантом визначення цих вимірів.

**2.1.3. Медико-біологічні методи.** Медико-біологічні методи дослідження були спрямовані на виявлення у дітей із затримкою психічного розвитку молодшого шкільного віку порушення постави та стопи.

Порушення постави пов’язане з м’язовим дисбалансом. Доведено, що неправильна постава несприятливо позначається на функціях внутрішніх органів: ускладнює роботу серця, легень, шлунково-кишкового тракту, у зв’язку з чим зменшується життєва ємність легень, знижується обмін речовин, з’являється головний біль, підвищується втомлюваність, знижується апетит, дитина стає млявою й апатичною. У зв’язку з цим у неї можуть виникнути проблеми, пов’язані з майбутнім навчанням у школі.

При виявленні початкових форм порушень постави нами використовувався метод соматоскопії [29, 61]. Стан постави вимірювався в сагітальній і фронтальній площинах.

Стан постави в сагітальній площині визначався за допомогою вимірювання відстані між плечовими точками по задній і передній поверхнях тулуба. Цей показник обчислювався за формулою плечового індексу (ПІ):

ПІ = ширина плечей (см) : плечову дугу (см) •100 % (2.1)

Ширину плечей вимірювали спереду, а плечову дугу – по задній поверхні тулуба. Якщо плечовий індекс був менший за 90 %, те це означало порушення постави.

Стан постави у фронтальній площині визначався шляхом вимірювання відстані від сьомого шийного хребця до верхнього кута правої та лівої лопаток. Якщо різниця між цими показниками складала більше 1 см, то у дитини фіксувалося порушення постави. Далі визначався відсоток дітей, які мають порушення постави як у сагітальній, так і у фронтальній площинах.

З метою виявлення порушень стопи у дітей із затримкою психічного розвитку нами були використані такі методи дослідження:

Візуальний метод. У початковому положенні дитина стояла босими ногами на стільці, її стопи були розташовані паралельно на відстані 10–15 см. Нами визначалося: 1) положення кістки п’ятки відносно гомілки (вигляд ззаду); 2) стан подовжнього і поперечного зведення стопи. При нормальному подовжньому зовнішньому зведенні стопи була видна ніша. При природженій плоскостопості подовжнє зведення стопи було притиснуте до опори, а п’ята пронирувана назовні. При поперечній плоскостопості стопа різко сплощена в області голівок плеснових кісток з віялоподібними розставленими пальцями.

Вимірювальний метод (плантографічний). На папері робили відбиток стопи дитини за допомогою легкої фарби, що змивалася. На цьому відбитку проводили лінії АБ – крайні точки внутрішньої сторони, ВГ – через середину 2-го пальця і середину п’яти. ДЖ – через середину подовжньої осі ВГ і під кутом 90° до АБ. Крапку З ставили на місці перетину лінії ДЖ з внутрішнім краєм відбитку стопи.

Далі визначався відсоток дітей, які мали стопу в нормі (індекс від 0 до 1), сплощену (від 1,1 до 2), виражено плоску (більше 2).

**2.1.4. Методи тестування рівня психофізичного розвитку.** Для визначення рівня психофізичного розвитку молодших школярів із ЗПР ми використовували тести, що характеризують стан мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики кистей і пальців рук, статичної координації рухів. Всі тестові завдання проводилися в ігровій формі з використанням наочного матеріалу.

У молодшому шкільному віці дітям властиве наочно-образне мислення (оперування образами), тому і тестові завдання на діагностику рівня розвитку мислення були підібрані відповідно. Дитині були запропоновані малюнки з різними сюжетами, що не існують у реальному житті, і вона мала схарактеризувати їх і пояснити свої враження і думки. Якщо в дитини виникали ускладнення, їй надавалася допомога:

* Стимулююча. Допомагали дитині почати відповідати, подолати можливу невпевненість. Підбадьорювали дитину, показували своє позитивне відношення до її висловів, ставили питання, спонукаючи до відповіді.
* Спрямовуюча. Якщо спонукаючих питань виявлялося недостатньо, щоб викликати активність дитини, ставили прямі питання.
* Навчальна. Разом із дитиною розглядали якийсь фрагмент малюнку і виявляли його безглуздість.

При оцінці результатів виконання дітьми цього тестового завдання враховувалось: а) включення дитини в роботу, зосередженість, відношення до неї, самостійність; б) розуміння і оцінка ситуації в цілому; в) планомірність опису малюнку; г) характер словесних висловів.

Критерії оцінювання:

I рівень – дитина відразу включається в роботу. Правильно і узагальнено оцінює ситуацію в цілому. Доводить зроблене узагальнення аналізом конкретних фрагментів. Фрагменти аналізує в певному порядку. У роботі зосереджена, самостійна. Вислови ємні і змістовні;

II рівень – дитина ситуацію оцінює правильно, але рівень організованості, самостійності у роботі недостатній. У ході виконання завдання потребує стимулюючої допомоги. При описі малюнку фрагменти виділяє хаотично, випадково. Описує те, на що впав погляд. Дитині часто важко знайти потрібні слова;

III рівень – оцінити правильно й узагальнено ситуацію дитина сама не в змозі. Її погляд довго блукає по малюнку. Щоб дитина почала відповідати, потрібна спрямовуюча участь педагога. Засвоєний з його допомогою спосіб аналізу застосовується при описі, оцінці інших фрагментів, але робота йде дуже мляво. Активність дитини доводиться весь час стимулювати;

IV рівень – дати правильну оцінку ситуації дитина не може. Зразок аналізу, даний педагогом, не засвоює, не може перенести його в нову ситуацію, застосувати при аналізі інших фрагментів.

Рухова чи моторна пам’ять – це пам’ять на рухи. З її допомогою запам’ятовуються як поодинокі, так і комплексні рухи. Дослідження рухової пам’ятіпередбачало визначення рівня правильності, чіткості, послідовності виконання рухів згідно з інструкцією.

Критерії оцінювання:

І рівень – правильне, чітке, послідовне виконання рухів за інструкцією з першого разу;

ІІ рівень – спостерігаються незначні помилки під час виконання тестових завдань, але при повторному виконанні дитина правильно і послідовно виконує рухи;

ІІІ рівень– дитина краще запам’ятовує початок і кінець тестового завдання. Під час відтворення рухів спостерігається вповільнення чи прискорення їх темпу. Збій у руховій програмі розпочинається вже з третього чи навіть з другого руху, при цьому відзначаються труднощі переходу від одного рухового елементу до іншого, а також недостатньо повне відтворення матеріалу;

ІV рівень – спостерігається зниження продуктивності запам’ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість; дитина неспроможна перейти від одного рухового елементу до іншого, спостерігаються заміни рухів, зайві та спотворені рухи.

Психолого-педагогічні дослідження [59]вказують на те, що у дітей із ЗПР спостерігається затримка окремих сторін мовленнєвого розвитку. Нами досліджувався рівень сформованості словникового запасу у дітейіз ЗПР, під час чого зверталася увага і на правильне вимовляння дітьми окремих звуків. Так досліджуваному за 1 хв пропонувалося скласти якомога більше слів на звук З (чи інший звук).

Критерії оцінювання:

І рівень – дитина склала 6–7 слів на запропонований педагогом звук, правильне вимовляння нею всіх звуків у словах;

ІІ рівень– дитина склала 4–5 слів на запропонований педагогом звук, правильне вимовляння нею всіх звуків у словах;

ІІІ рівень– дитина склала 2–3 слова на запропонований педагогом звук, порушення звукової сторони мовлення;

ІV рівень **–** дитина склала 1–2 слова на запропонований педагогом звук, значні порушення звукової сторони мовлення.

Кольцова М. М. [62] у своїх спостереженнях довела, що рівень розвитку мовлення дітей перебуває в прямій залежності від ступеня сформованості тонких рухів пальців рук, що рухи кистями рук філогенетично й онтогенетично пов’язані з рухом артикуляційного апарату та це є підставою розгляду кистей рук як органу мовлення. Встановлено, що кисті рук мають представництво в корі головного мозку, як і артикуляційний апарат. Автор [62] відзначала, що морфологічне та функціональне формування мовленнєвих зон відбувається під впливом кінестетичних імпульсів від рук. Особливо підкреслювалось, що вплив пропріоцептивної імпульсації м’язів рук значущий тільки в дитячому віці, поки відбувається формування мовленнєвої моторної зони.

Ці факти також цікаві з огляду на з’ясування готовності дитини із ЗПР до навчання в школі, адже опанування різними навчальними предметами (письмом, математикою, малюванням, ручною працею та ін.) передбачає сформованість м’язів кисті та передпліччя. Доведено, що цілеспрямована робота з удосконалення рухів пальців є корисною для підготовки руки до письма. При недостатньому тренуванні мануальної техніки, незважаючи на значні зусилля дитини, засвоєння зазначених видів діяльності стає суттєвою навчальною проблемою для дитини із затримкою психічного розвитку.

Дослідження рівня розвитку дрібної моторикидітей передбачало з’ясування якості та ступеня диференціації рухів пальців і кистей рук.

Критерії оцінювання:

І рівень – достатньо висока координація рухів пальців і кистей рук, одночасність, точність, швидкість і правильність виконання рухів; достатньо високий рівень регуляції рухів під час прискорення темпу і при виконанні більш складних завдань;

ІІ рівень– дитина виконує тестові завдання у відповідному темпі і ритмі, але спостерігаються нечіткість рухів і збільшення кількості помилок наприкінці випробування; деякі труднощі у виконанні завдань, пов’язаних із кінестетичною організацією рухів, перетворенням окремих рухових актів на плавні;

ІІІ рівень– спостерігається напруженість або розкутість рухів пальців під час виконання завдань, намагання ритмічно виконувати тестові завдання, але в повільному темпі;

ІV рівень – страждають усі досліджувані параметри моторики кистей і пальців рук.

Фіксуються характерні вияви: уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруженість або розкутість рухів пальців, порушення темпоритмічної сторони виконання завдань.

Досліджувана статична координація рухів характеризує рівень розвитку функцій статичної рівноваги, тобто збереження рівноваги в різних положеннях стоячи на місці.

Критерії оцінювання:

I рівень – тривалість і статичність запропонованої пози, довільне її утримання;

II рівень– дитина протягом тривалого часу, але з напругою, утримує позу іноді балансує тулубом, але зберігає рівновагу;

III рівень– наявність значних ускладнень у збереженні рівноваги, поява тремору кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, зрушення з місця або ривки в бік, падіння;

IV рівень – неспроможність збереження статичної рівноваги.

**2.1.5. Педагогічне спостереження.** Педагогічні спостереження проводилися з метою збору необхідної інформації для обґрунтування необхідності оптимізації процесу корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку і виявлення найбільш ефективних засобів і методів педагогічного впливу на них.

Предметом педагогічних спостережень були:

* організація, структура і методика корекційних занять з дітьми означеної нозології;
* методи та форми організації виконання вправ і їх відповідність поставленим завданням дослідження;
* засоби корекції психофізичного стану, їх різноманітність і ступінь ефективності для дітей із ЗПР.

**2.1.6. Педагогічний експеримент.** Педагогічний експеримент був організований з метою перевірки ефективності застосування запропонованої методики. Він був одним із основних методів у дослідженні та ґрунтувався на характері і рівнях відновлення і поліпшення психофізичного стану дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

Контроль за рівнем психофізичного розвитку дітей дозволив порівняти ефективність методики, яку ми пропонуємо, із методиками, за якими займалася контрольна група.

Важливою умовою здійснюваного експерименту була ідентичність методів дослідження на початку і в кінці експерименту.

**2.1.7. Методи математичної статистики.** Дані, отримані в процесі дослідження, були піддані математичній обробці на персональному комп’ютері в програмі «STATISTICA 5.0». Розраховувалися: середня арифметична (М); стандартне відхилення (σ). Порівняльна оцінка результатів проводилася за критерієм t-Стьюдента. Достовірність відмінностей показників вважали суттєвою при рівнях значимості p≤0,05, що визнається надійним у педагогічних дослідженнях. У тих випадках, коли дані були представлені в балах, використовувалися непараметричні методи перевірки статистичних даних.

**2.2. Організація дослідження**

Експериментальною базою дослідження став Полтавський міський центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю. Учасниками дослідження стали учні молодшого шкільного віку, які були поділені на дві групи: експериментальну (n=7) та контрольну (n=6).

Діти експериментальної групи отримували фізичне навантаження за спеціально розробленою методикою, на основі теорії навчання руховим діям, із урахуванням принципів дидактики та за методиками адаптивного фізичного виховання; діти контрольної групи одержували фізичне навантаження на заняттях фізичною культурою за загальноприйнятими методиками. Кількість занять була однакова, тривалість дослідження також.

Дослідження проводилося в чотири етапи.

*Перший етап* передбачав роботу зі спеціальною літературою та програмними документами, конкретизацію змісту проблеми, формулювання завдань дослідження. У процесі цього етапу відбувалося визначення загального напряму дослідження; визначення мети, об’єкту, предмету і завдань дослідження, виявлення загальних відхилень у психофізичному розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку, підбір методик дослідження.

На *другому етапі* дослідження була теоретично обґрунтована необхідність конкретизації змісту методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Були відібрані найбільш адекватні засоби рухової активності, що дозволяють у більш короткі терміни оптимізувати показники психофізичного стану досліджуваних, поліпшити їхнє здоров’я.

На *третьому* *етапі* здійснювалася перевірка ефективності розробленої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з метою корекції психофізичного стану досліджуваних дітей із ЗПР. В процесі паралельного формувального педагогічного експерименту, в якому взяли участь 13 дітей, були отримані дані, що характеризують динаміку досліджуваних показників обох груп досліджуваних.

На *четвертому етапі* проводилася обробка експериментальних даних і перевірка ефективності розробленої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів соматичного та психофізичного стану дітей експериментальної групи; формувалися висновки про ефективність застосування запропонованої методики; оформлювалася дипломна робота.

**РОЗДІЛ 3**

**МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

* 1. **Основи методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**

Основу методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку склав аналіз навчально-методичної документації та спеціальної методичної літератури. В основу експериментального підходу до визначення змісту процесу занять були покладені основні принципи корекції психофізичного стану дітей із ЗПР. З урахуванням особливостей психофізичного стану дітей із ЗПР були визначені завдання (оздоровчі, навчальні, виховні, корекційні), принципи (загальнодидактичні і спеціальні) та засоби їх реалізації на корекційних заняттях для дітей цього контингенту, що були методично обґрунтовані стосовно кожної частини заняття (підготовчої, основної, заключної). Ефективність корекційної роботи базувалась на правильному підборі методичних прийомів з усунення існуючих недоліків у психофізичному стані дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

На основі теоретичних позицій експерименту, документальних даних, результатів констатувального етапу в розробленій методиці реалізовувалися такі загальнодидактичні та спеціальні принципи:

* загальнодидактичні: збереження та зміцнення соматичного та психоневрологічного здоров’я, загартування організму; активізація функцій дихальної системи; покращення функцій опорно-рухового апарату; попередження, корекція порушеної постави, сколіозу; профілактика та корекція плоскостопості, деформації м’язів нижніх кінцівок; оволодіння основними руховими навиками та вміннями;
* спеціальні: уточнення та збагачення словника дітей, розвиток артикуляційного апарату; розвиток уваги, рухової пам’яті, мислення; розвиток дрібної та загальної моторики; розвиток статичної координації рухів; виховання соціально-моральної поведінки та особистісних компонентів пізнавальної діяльності.

Зміст методики був сформований на основі напрямів корекційної роботи:

* основний напрям роботи з дітьми із ЗПР був спрямований на розвиток необхідних рухових вмінь і навичок в основних рухах;
* загальнорозвивальний напрям був спрямований на підвищення рівня психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку;
* коригувальний напрям був спрямований на результативність корекції порушень психічного розвитку дітей, а також поліпшення фізичних якостей, особливо швидкості та спритності, за якими діти із ЗПР найбільше відстають від своїх нормально розвинутих однолітків.

Корекційна робота складалась з декількох різновидів коригувальних вправ: вправ на координацію, вправ на дрібну моторику, асинхронних і артикуляційних вправ, заспокійливих вправ та інших, що були спрямовані на корекцію недоліків психофізичного стану дітей із ЗПР.

Корекційні заняття з адаптивної фізичної культури проводилися 3 рази на тиждень з використанням предметів і без них під музичний супровід. У комплекс були включені такі види вправ: дихальна, артикуляційна, пальчикова гімнастики, вправи на формування навиків правильної постави та зміцнення склепінь стопи, м’язів нижніх кінцівок, рухливі ігри дидактичного спрямування. Всі вправи мали сюжетний зміст, що дозволяло розширювати уявлення дітей про довкілля, збагачувати їхній словник, закріплювати знання, отримані на інших заняттях. Це забезпечувало міжпредметні зв’язки шкільної ланки навчання і виховання. Вправи виконували без предметів і з предметами. Активні дії з предметами сприяли сприйманню та розрізненню кольору, форми, величини, ваги, якості матеріалу й інших властивостей предметів. Для цього застосовували малий (прапорці, кубики, кеглі, стрічки та ін.) і великий (рейки, обручі, м’ячі тощо) фізкультурний інвентар, озвучені й неозвучені предмети та іграшки (брязкальця, хусточки, султанчики, дзвіночки, квіти, повітряні кульки та ін.). Використання на заняттях вправ та ігор, що мали свою цікаву і зрозумілу для дітей назву, сприяло чіткому усвідомленню та швидкому їх засвоєнню і запам’ятовуванню, розвитку уяви, асоціативного мислення. Виконання дітьми вправ за описом і назвою сприяло розвитку мислення у дітей із ЗПР. Використання попереднього вербального супроводу рухової дії, яка буде виконуватись, сприяло кращому усвідомленню кожної вправи. Широке використання різних вихідних положень, різноманітного інвентарю при виконанні вправи як в статичному, так і динамічному положенні, сприяло розвитку координації рухів та придбанню незамінного рухового досвіду. Застосування розповіді самими дітьми про виконані дії, що досягалося шляхом відповідних запитань педагога до дітей, сприяло кращому їх запам’ятовуванню і розвитку пізнавальних процесів, а також подоланню мовленнєвих порушень.

Дихальну гімнастику використовували для розвитку дихальної функції, мовлення, зниження фізичного навантаження, релаксації, зміцнення здоров’я. При виконанні вправ дихальної гімнастики слідкували за правильним виконанням вдиху та видиху, їх ритмом і синхронністю.

Артикуляційна гімнастика була спрямована на тренування артикуляційного апарату, дихальних функцій, корекцію звуковимови та розвиток мовлення дітей із затримкою психічного розвитку.

Пальчикову гімнастику використовували з метою розвитку дрібної моторики, мовлення. Проводили її систематично на кожному занятті, приділяючи їй по 5–7 хв щодня. Розпочинали з найпростіших вправ і знайомства дітей зі своїми пальцями – їх назвами, призначенням. Коли дитячі пальці ставали більш рухливими і гнучкими, вводилися пальчикові ігри, що супроводжувалися промовлянням звуків, слів, декламацією дитячих віршів, скоромовок, із предметами та без них.

Вправи на формування навички правильної постави виконували в першій частині занять, а іноді в завершальній впродовж 4–5 хв. З метою тренування правильної постави широко використовували вправи на рівновагу, що сприяло також і розвитку статичної координації рухів. Виконуючи вправи на рівновагу, приділяли увагу правильному положенню тулуба (тулуб прямий, живіт втягнутий, руки зафіксовані в певному положенні), раціональному розподіленню м’язових зусиль і регуляції їх величини (ступінь напруги та розслаблення), що сприяло підвищенню тонусу м’язів спини і всього тулуба, формуванню правильної постави, корекції плоскостопості.

Як спеціальні засоби тренування статичної рівноваги використовували різні стійки на двох ногах (І–ІV позиції ніг у поєднанні з різними позиціями рук), на одній нозі в різних позах (вільна нога вперед, назад, убік, з нахилами тулуба), на коліні тощо.

Вправи на корекцію плоскостопості і тренування м’язів нижніх кінцівок застосовувалися для усіх м’язових груп у різних вихідних положеннях, з предметами та без них. Використовували різноманітні види ходьби (на носках, п’ятках, спиною вперед та ін.), ходіння по похилій і ребристій поверхнях.

Важливе місце в корекційній роботі займали блоки рухливих ігор дидактичного спрямування, що сприяли покращенню мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики кистей і пальців рук, статичної координації рухів, рухових якостей, емоційного стану.

Під час розучування ігор, їх повторень, звертали увагу на емоційний стан дитини із ЗПР, створювали відповідну мотивацію ігрової діяльності, ігрових епізодів із використанням реальних випадків життя, а це, у свою чергу, сприяло розвитку їхніх уявлень. Неповторна специфіка рухливої гри полягала ще в тому, що в ній воля та самостійність дітей поєднувались із суворим дотриманням правил. Таке добровільне дотримання правил досягалося тоді, коли вони не нав’язувались, а випливали зі змісту гри, її завдань і їх виконання складало головну її привабливість. Взаємовідносини і взаємодія дітей у грі, виконання ігрових дій являли собою особливу форму практичного ознайомлення та проникнення дитини із ЗПР у світ соціальних відносин. Ці ігри сприяли розвитку моральності дитини, розкривали перед нею взаємовідносини у процесі суспільної діяльності та моральних норм, що лежали в основі цих стосунків. При використанні цих ігор простежувалося, що діти із ЗПР активніше пізнають навколишній світ, без особливих труднощів можуть навчитися розрізняти предмети. За допомогою дидактичних ігор діти вчилися порівнювати і групувати предмети як за зовнішніми ознаками, так і за їх призначенням, вирішувати завдання; у них виховувалася зосередженість, увага, наполегливість, розвивалися пізнавальні здатності.

Важливим у корекційній роботі з дітьми із ЗПР було застосування на заняттях музичних творів. Музика допомагала цим дітям розвивати мислення, рухову пам’ять, мовлення, дрібну моторику, статичну координацію рухів, емоційні процеси, підвищувала працездатність, формувала вміння диференціювати просторові та часові параметри рухів.

Прагнучи ефективного вирішення корекційних завдань, застосовували прийоми розвитку активного мислення дітей, що досягалося завдяки чергуванню різних видів рухів, вправ, дидактичних рухових завдань, а також емоційності пояснень вчителя.

Для розвитку рухової пам’яті на перших заняттях застосовувалися прості вправи, що складалися з двох рухів. Далі ці вправи ускладнювалися та доповнювалися рухами та іншими завданнями (рис. 3.1).

З метою визначення ефективності розробленої методики на початку і в кінці експериментального періоду були протестовані діти із ЗПР контрольної й експериментальної груп.

**Мета методики:**

корекція психофізичного стану дітей із ЗПР

**Завдання методики**

навчальні

виховні

корекційні

оздоровчі

**Принципи методики**

спеціальні

загальнодидактичні

**Напрями методики**

коригувальний

загальнорозвивальний

основний

**Різновиди коригувальних вправ і ігор**

заспокійливі

асинхронні, артикуляційні

на дрібну моторику

на координацію

**Методи**

рівномірний

інтервальний

перемінний

ігровий

повторний

Рис. 3.1. Загальна блок-схема методики корекційних занять з адаптивного фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку

Таким чином, розроблена методика корекційних занять з адаптивної фізичної культуридітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ЗПР експериментальної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку, що надасть можливість більш успішно адаптуватися до нових соціальних умов, шкільного навчання. Передбачуваними результатами застосування методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку були: поліпшення психофізичного стану; підвищення фізичної підготовленості; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із затримкою психічного розвитку до навчання. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять експериментальної групи й апробована у формувальному педагогічному експерименті.

* 1. **Дослідження ефективності методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**

Після впровадження методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку були досягнуті певні результати, які ми визначали шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, що був застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки. Для отримання більш точної інформації про ефективність розробленої методики діти із затримкою психічного розвитку були поділені на дві групи (контрольну і експериментальну).

* + 1. **Динаміка антропометричних показників дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.** Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в експериментальній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

Показники довжини та маси тіла дітей експериментальної та контрольної груп наведені у таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Динаміка антропометричних показників досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники, % | ЕГ (n=7) | р | КГ (n=6) | р |
| 1⁎ | 2⁎ | 1⁎ | 2⁎ |
| довжина тіла | 55±0,3 | 62±0,4 | <0,05 | 48±0,6 | 54±0,8 | <0,05 |
| маса тіла | 53±0,5 | 56±0,4 | <0,05 | 49±0,3 | 51±0,2 | >0,05 |

⁎ Примітка. 1 – перше дослідження, 2 – друге дослідження.

Примітка використана в цій і наступних таблицях.

Довжина та маса тіла дітей протягом дослідження поступово збільшувалась. Різниця у довжині та масі тіла дітей експериментальної групи на контрольному етапі має значущу достовірність (р<0,05) порівняно з вихідними даними. У дітей контрольної групи різниця у довжині та масі тіла незначна та не достовірна (р>0,05).

Аналіз основних значень антропометричних показників не виявив значимої різниці між показниками дітей із затримкою психічного розвитку обох груп, а динаміка цілком пояснюється високим темпом росту дітей. Діти експериментальної групи випереджають за всіма показниками дітей контрольної, що доводить ефективність використання засобів адаптивної фізичної культури у розробленій методиці. Слід зауважити, що відставання у довжині та масі тіла дітей із затримкою психічного розвитку контрольної групи відносно експериментальної зменшилось протягом дослідження, що можна пояснити поліпшенням морфофункціонального розвитку обстежених дітей в умовах корекції.

* + 1. **Динаміка показників опорно-рухового апарату дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**. На початку дослідження у дітей із затримкою психічного розвитку за результатами аналізу медичної документації та проведених медико-біологічних методів дослідження було виявлено, що вони мали порушення постави, сколіоз, плоскостопість та вроджені ушкодження нижніх кінцівок (табл. 3.2).

*Таблиця 3.2*

**Динаміка показників опорно-рухового апарату досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Порушення постави, % | ЕГ (n=7) | р | КГ (n=6) | р |
| 1 | 2 | 1 | 2 |
| у фронтальній площині | 12±0,2 | 10±0,1 | ≤0,05 | 12±0,2 | 11±0,1 | >0,05 |
| у сагітальній площині | 23±0,2 | 19±0,1 | <0,05 | 24±0,2 | 23±0,1 | >0,05 |
| сколіоз | 11±0,1 | 9±0,1 | ≤0,05 | 12±0,1 | 12±0,1 | >0,05 |
| плоскостопість | 26±0,1 | 22±0,1 | ≤0,05 | 25±0,1 | 24±0,1 | >0,05 |
| дисплазія кульшових суглобів | 7±0,1 | 6±0,1 | <0,05 | 6±0,2 | 6±0,1 | >0,05 |
| деформація нижньої кінцівки | 3±0,1 | 2±0,1 | <0,05 | 4±0,2 | 4±0,2 | >0,05 |

На початку дослідження була потрібна корекційна робота з усунення у дітей молодшого шкільного віку дефектів опорно-рухового апарату. Протягом дослідження під впливом запропонованої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку прослідковується позитивна динаміка показників опорно-рухового апарату у дітей експериментальної групи. У дітей контрольної групи також виявлена позитивна динаміка, але з меншою дисперсією (при рівні р>0,05).

Аналіз основних значень показників опорно-рухового апарату не виявив значимої різниці між показниками дітей із ЗПР обох груп, а динаміка цілком пояснюється ростом і функціональним розвитком досліджуваних дітей. Діти експериментальної групи випереджають за всіма показниками дітей контрольної, що доводить ефективність використання засобів адаптивної фізичної культури у корекційній методиці.

* + 1. **Динаміка сформованості мислення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**. Аналізуючи результати дослідження психофізичного розвитку дітей із ЗПР молодшого шкільного віку, виявлено, що для них характерний недостатній рівень розвитку досліджуваних функцій (табл. 3.3).

*Таблиця 3.3*

**Динаміка сформованості мислення (за І–ІV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |
| --- | --- |
| ЕГ (n=7) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 23±0,1 | 23±0,4 | 61±0,5 | 77±0,8 | 15±0,2 | <0,05 |
| КГ (n=6) |  |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 23±0,4 | 30±0,3 | 77±0,8 | 69±0,5 | >0,05 |

Під час проведення дослідження виявлено, що всі діти із затримкою психічного розвитку мають низьку концентрацію уваги, підвищену відволікаємість**,** її нестійкість. Наявність сторонніх подразників викликало значне уповільнення виконання завдань і збільшувало кількість помилок. Часто, відчуваючи труднощі під час виконання завдання, діти переключалися на іншу вправу, не пов’язану з необхідною діяльністю, або переймалися своїми думками.

Враховуючи недостатню сформованість процесів мислення у дітей із затримкою психічного розвитку, нами досліджувалися загальні показники цієї психічної функції у дітей із затримкою психічного розвитку. У школярів із ЗПР обох груп спостерігалося відставання в розвитку всіх форм мислення. Не були сформовані основні розумові операції – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення.

Аналізуючи результати тестування процесів мислення, з’ясовано, що діти експериментальної групи за допомогою педагога, в основному, правильно й узагальнено оцінювали подану ситуацію на тестових малюнках. Час на виконання завдання зменшився порівняно з тривалістю виконання завдань на констатувальному етапі дослідження, але при описі малюнку часто фрагменти виділяли хаотично чи випадково. Також їм важко було добирати потрібні слова. Активність дітей з контрольної групи доводилося весь час стимулювати. За допомогою педагога діти майже не могли правильно оцінити ситуацію на малюнку. Зразок аналізу, даний педагогом, не засвоювався.

Отже, експериментальна методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із ЗПР позитивно вплинула на розвиток мислення дітей експериментальної групи.

* + 1. **Динаміка рухової пам’яті дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**. Досліджуючи рухову пам’ять молодших школярів із ЗПР, ми виявили, що діти експериментальної групи набагато краще виконали запропоновані тестові завдання, ніж їхні однолітки з контрольної групи (табл. 3.4).

*Таблиця 3.4*

**Динаміка сформованості рухової пам’яті (за І–ІV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |
| --- | --- |
| ЕГ (n=7) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 15±0,1 | 12±0,2 | 54±0,6 | 88±0,7 | 31±0,2 | <0,05 |
| КГ (n=6) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 12±0,2 | 23±0,2 | 88±0,7 | 77±0,2 | >0,05 |

Педагогічне спостереження показало, що діти експериментальної групи почали швидше і правильніше запам’ятовувати поданий руховий матеріал, точніше відтворювати його, переходячи від одного рухового елементу до іншого без перекручень і повторень, що не вдалося дітям контрольної групи, в яких спостерігалися зниження продуктивності й уповільненість запам’ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість, неспроможність одразу перейти від одного рухового елементу до іншого. У них спостерігалася заміна рухів, їх перекручення, аритмічність виконання, неможливість запам’ятати вправу після кількаразової демонстрації дослідником.

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що збільшився не тільки об’єм пам’яті, а зменшився час на запам’ятовування вправ, що збільшило ефективність занять.

Отже, отримані дані дають підстави стверджувати, що експериментальна методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку позитивно вплинула на рівень розвитку рухової пам’яті дітей експериментальної групи.

* + 1. **Динаміка сформованості мовлення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку**. Досліджуючи сформованість мовлення молодших школярів із ЗПР, ми виявили, що діти експериментальної групи також набагато краще виконали запропоновані тестові завдання, ніж їхні однолітки з контрольної групи (табл. 3.5).

*Таблиця 3.5*

**Динаміка сформованості мовлення (за І–ІV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |
| --- | --- |
| ЕГ (n=7) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 23±0,2 | 35±0,3 | 69±0,5 | 65±0,4 | 8±0,1 | <0,05 |
| КГ (n=6) | р |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 8±0,1 | 35±0,3 | 38±0,3 | 65±0,4 | 54±0,4 | >0,05 |

Значні зміни відбулися у розвитку мовлення дітей експериментальної групи (табл. 3.5), а саме збільшився активний словник дітей і покращилася вимова багатьох звуків. Встановлено, що майже у всіх дітей експериментальної групи покращилося розуміння фізичних термінів, що допомогло їм відчути себе більш впевнено на запропонованих корекційних заняттях і під час застосування інших засобів адаптивної фізичної культури. Також активний словник дітей поповнився іменниками, прикметниками та дієсловами, що конкретизували і розширювали їхнє уявлення про навколишній світ. Це підтверджується тим, що діти на запропонований педагогом звук добирали значну кількість слів і, в основному, правильно вимовляли звуки в них.

Порівнюючи словниковий запас дітей із ЗПР експериментальної та контрольної груп, виявлено, що останні залишилися на рівні вихідних даних констатувального етапу дослідження. Це пов’язано з тим, що корекційна методика не включала цілеспрямованої роботи над розвитком мовлення дітей, а це відбувалося спонтанно і несистематично.

Отже, відзначається позитивний вплив застосованої експериментальної методики на уточнення і розширення активного словника дітей і покращення їхньої звуковимови.

* + 1. **Динаміка сформованості дрібної моторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.** Результати дослідження показали, що експериментальна методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку суттєво вплинула на показники рівня сформованості дрібної моторики пальців і кистей рук дітей експериментальної групи (табл. 3.6).

*Таблиця 3.6*

**Динаміка сформованості дрібної моторики (за І–ІV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |
| --- | --- |
| ЕГ (n=7) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 31±0,3 | 54±0,2 | 61±0,2 | 46±0,1 | 8±0,2 | <0,05 |
| КГ (n=6) | р |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 54±0,2 | 46±0,3 | 46±0,1 | 54±0,6 | >0,05 |

У процесі педагогічного спостереження виявлено, що діти експериментальної групи більш точно і швидше виконували запропоновані тестові завдання. У процесі спеціальної роботи подолані напруженість і скутість рухів пальців і кистей, що важливо для подальшого навчання дітей письму в школі. Отже, запропонована методика значно покращила рівень розвитку дрібної моторики пальців і кистей рук дітей експериментальної групи, що підтверджується кількісними та якісними показниками.

Результати дітей з контрольної групи залишилися низькими. У дітей страждали всі досліджувані параметри дрібної моторики, спостерігалися уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруженість чи розкутість рухів пальців. Це пов’язано з тим, що програма, за якою займалися діти цієї групи, не передбачала вирішення корекційного завдання на розвиток дрібної моторики і тому на заняттях не використовувалися пальчикова гімнастика та масаж пальців і кистей рук.

* + 1. **Динаміка сформованості статичної координації рухів дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.** Результати оцінювання статичної координації показали покращення показників в експериментальній групі (табл. 3.7).

*Таблиця 3.7*

**Динаміка сформованості статичної координації рухів (за І–ІV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (М±σ)**

|  |  |
| --- | --- |
| ЕГ (n=7) | р |
| І | ІІ | ІІІ | ІV |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 23±0,3 | 62±0,4 | 62±0,1 | 38±0,3 | 15±0,2 | <0,05 |
| КГ (n=6) | р |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 0 | 0 | 0 | 8±0,2 | 62±0,4 | 38±0,5 | 38±0,3 | 54±0,3 | >0,05 |

Діти експериментальної групи більш вільно і тривало утримували пози на рівновагу, у статичних вправах намагалися точно й плавно виконати рухи руками та ногами як однойменним, так і різнойменним способами. В той же час діти контрольної групи зазнавали значних труднощів, а іноді зовсім не могли утримувати рівновагу. Під час виконання вправ на рівновагу спостерігалися тремор кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, зрушення з місця або ривки вбік, падіння. Це свідчить, що в програму, за якою займалася контрольна група дітей, не були включені спеціальні вправи на розвиток цієї якості, що є дуже актуально для дітей із затримкою психічного розвитку. Отже, запропонована методика виявилася більш ефективною та результативною щодо розвитку та корекції статичної координації у дітей із ЗПР експериментальної групи, ніж програма, за якою займалася контрольна група.

Таким чином, виконання наприкінці експерименту тестових завдань на визначення рівня психофізичного розвитку засвідчило покращення в дітей експериментальної групи всіх показників, а саме: мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку, яка передбачала не тільки покращення соматичного стану здоров’я, загартування організму, а й корекцію вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку, що і відрізняє розроблену методику від програми, за якою займалася контрольна група дітей.

**Висновки до третього розділу**

Основу розробки методики корекційних занять адаптивною фізичною культурою дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку склав аналіз навчально-методичної документації та спеціальної методичної літератури. В основу експериментального підходу до визначення змісту процесу занять були покладені основні принципи корекції психофізичного стану дітей із ЗПР. З урахуванням особливостей психофізичного стану дітей із ЗПР були визначені завдання (оздоровчі, навчальні, виховні, корекційні), принципи (загальнодидактичні і спеціальні) та засоби їх реалізації на корекційних заняттях для дітей цього контингенту, що були методично обґрунтовані стосовно кожної частини заняття (підготовчої, основної, заключної). Ефективність корекційної роботи базувалась на правильному підборі методичних прийомів з усунення існуючих недоліків у психофізичному стані дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

Після впровадження методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей із затримкою психічного розвитку були досягнуті певні результати, які ми визначали шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, що був застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки.

Виконання наприкінці експерименту тестових завдань на визначення рівня психофізичного розвитку засвідчило покращення в дітей експериментальної групи всіх показників, а саме: антропометричних, опорно-рухового апарату, а також мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку, яка передбачала не тільки покращення соматичного стану здоров’я, загартування організму, а й корекції вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку, що і відрізняє розроблену методику від програми, за якою займалася контрольна група дітей.

Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в експериментальній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

**РОЗДІЛ 4**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Аналіз та узагальнення даних наукової літератури дозволив встановити, що на сьогодні кількість дітей, які не встигають у молодшому шкільному віці за програмними вимогами, не досягають потрібного рівня готовності до шкільного навчання, що становить близько 60 %. За даними медичної статистики, кількість дітей із затримкою психічного розвитку складає 15 %, що стає основною причиною труднощів їхньої адаптації до шкільного навантаження. Для розв’язання цієї проблеми і розробки методів корекційно-педагогічної роботи з дітьми із ЗПР останнім часом почали проводити психологічні, педагогічні, клінічні і фізіологічні дослідження. Корекційна спрямованість педагогічного процесу припускає подолання і корекцію існуючих у дитини рухових, мовленнєвих, розумових порушень, порушень поведінки, спілкування тощо. Для розв’язання цього завдання фахівці пропонують об’єднати зусилля медиків, педагогів, психологів, спеціалістів у галузі адаптивної фізичної культури і спорту.

Науковцями відмічено, що ефективним засобом корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку є комплексне системне використання традиційних і нетрадиційних засобів адаптивного фізичного виховання, однак у проаналізованій нами спеціальній науково-педагогічній літературі ми не виявили єдиної розробленої програми, спрямованої одночасно на покращення здоров’я дітей цієї категорії і корекцію вторинних порушень. Отже, розв’язання проблеми корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку молодшого шкільного віку вимагає пошуку ефективних засобів, методів і форм роботи.

Результати впровадження методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку свідчить про значне поліпшення здоров’я дітей і показників їхнього психофізичного стану. Про ефективність корекційного підходу свідчить приріст всіх досліджуваних показників у дітей з експериментальної групи.

Так, в експериментальній групі зменшилася кількість дітей, які часто хворіють на 23 % і склало 30 %, в контрольній групі ця кількість дітей не змінилася. Також визначено, що поліпшився стан дітей, які страждають на хвороби дихальної системи, кількість хворіючих зменшилась майже на 30 %. Покращенню стану здоров’я дітей експериментальної групи сприяло включення в експериментальну методику вправ дихальної гімнастики.

Під час педагогічного спостереження виявлено, що у дітей експериментальної групи зменшилась спастика м’язів спини та нижніх кінцівок, сформувався стереотип правильної постави. Цьому сприяло систематичне виконання дітьми вправ на формування навички правильної постави, корекцію плоскостопості, тренування м’язів нижніх кінцівок.

Приріст показників, що характеризували поставу у фронтальній площині, в експериментальній групі склав 8 %, у контрольній групі – 7 %; у сагітальній площині в експериментальній групі – 23 %, у контрольній – 0 %.

Після впровадження розробленої методики виявлено, що у дітей експериментальної групи покращився рівень розвитку досліджуваних психофізичних функцій, що не можна сказати про дітей контрольної групи. Вони так і залишилися на вихідних досліджуваних рівнях розвитку (ІІІ і ІV рівні).

Приріст показників мислення ІІ рівня в експериментальній групі становив 23 %, в контрольній – 0 %; ІІІ рівня в експериментальній групі – 39 %, в контрольній – 8 %, IV рівня в експериментальній групі – 46 %, в контрольній – 23 %. Покращенню рівня розвитку мислення дітей експериментальної групи сприяли, в першу чергу, сюжетні заняття, під час яких діти розширювали і закріплювали уявлення про оточуючий світ, рухливі ігри дидактичного спрямування, пальчикова гімнастика та різні проблемні ситуації під час виконання різних вправ.

Приріст показників рухової пам’яті ІІ рівня в експериментальній групі склав 15 %, в контрольній – 0 %; ІІІ рівня в експериментальній групі – 39 %, в контрольній – 15 %, IV рівня в експериментальній групі – 54 %, в контрольній – 15 %. Покращенню показників рухової пам’яті дітей експериментальної групи сприяло систематичне виконання на заняттях різних вправ, що сприяли розвитку рухової пам’яті та виконання тренувальних завдань.

Приріст показників мовлення ІІ рівня в експериментальній групі становив 23 %, в контрольній – 8 %; ІІІ рівня в експериментальній групі – 31 %, в контрольній – 0 %, IV рівня в експериментальній групі – 46 %, в контрольній – 23 %. Покращенню рівня розвитку мовлення, збільшення словарного запасу сприяли вправи для дрібної моторики кистей і пальців рук, артикуляційна, дихальна гімнастика, рухливі ігри дидактичного спрямування, сюжетність занять.

Приріст показників дрібної моторики ІІ рівня в експериментальній групі склав 31 %, в контрольній – 0 %; ІІІ рівня в експериментальній групі – 23 %, в контрольній – 8 %, IV рівня в експериментальній групі – 31 %, в контрольній – 15 %. Покращенню кількісних і якісних показників сприяло збагачення методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку великою кількістю вправ для розвитку дрібної моторики, виконання дітьми вправ з предметами, масаж пальців і кистей рук тощо.

Приріст показників статичної координації рухів ІІ рівня в експериментальній групі становив 23 %, в контрольній – 8 %; ІІІ рівня в експериментальній групі – 23 %, в контрольній – 15 %, IV рівня в експериментальній групі – 23 %, в контрольній – 62 %. Покращенню статичної координації рухів дітей експериментальної групи сприяло виконання дітьми на заняттях вправ на формування навички правильної постави та інших вправ на розвиток статичної рівноваги.

Отже, вивчення динаміки сформованості психофізичних функцій виявило достовірні зміни в якісних і кількісних показниках у дітей експериментальної групи.

Порівняльний аналіз вихідних даних з кінцевими свідчить про ефективність розробленої методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Позитивний результат корекційної роботи був досягнутий завдяки діагностики стану здоров’я та рівня психофізичного стану дітей із ЗПР, відповідно виявленим порушенням поставлені загальні та корекційні завдання та підібрані з урахуванням специфічних особливостей і можливостей дітей із затримкою психічного розвитку, ефективні засоби корекції. Отже, вищезазначене ще раз підтверджує високу ефективність розробленої методики для дітей із затримкою психічного розвитку.

Дані, отримані після впровадження методики корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку свідчать про достовірне покращення показників їхнього стану здоров’я та психофізичного стану, що доводить ефективність підібраних засобів у запропонованій методиці.

**ВИСНОВКИ**

1. Теоретичне дослідження сучасного стану проблеми корекції психофізичного стану дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку підтвердило значний інтерес дослідників і фахівців-практиків до пошуку шляхів покращення їхнього стану здоров’я, рівня психофізичного стану з використанням різних засобів адаптивної фізичної культури на підставі врахування їхніх специфічних особливостей і можливостей. Однак аналіз літературних джерел дозволив з’ясувати, що наукових досліджень, присвячених цій проблемі, в науково-методичній літературі майже не виявлено. Це доводить необхідність пошуку ефективних корекційних засобів, спрямованих на попередження, подолання чи відновлення порушених функцій і систем організму та корекцію вторинних недоліків у дітей із затримкою психічного розвитку.

2. Під час констатувального дослідження виявлено, що 84 % дітей із затримкою психічного розвитку мають різні соматичні захворювання та порушення опорно-рухового апарату (сколіоз, порушення постави у сагітальній та фронтальній площинах, плоскостопість, дисплазію кульшового суглобу, деформацію нижніх кінцівок).

3. Експериментально встановлено, що молодші школярі цієї категорії мають відхилення у психофізичному стані, а саме: мислення, мовлення, рухової пам’яті, дрібної моторики, статичної координації рухів. З’ясовано, що ці недоліки є головною причиною виникнення труднощів у процесі підготовки та адаптації дітей із затримкою психічного розвитку до шкільного навчання.

4. На підставі узагальнення результатів констатувального етапу дослідження були поставлені загальні та корекційні завдання, відповідно до них підібрані засоби корекції, а саме: адаптивна фізична культура та розроблена методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

5. Проведений педагогічний експеримент засвідчив високу ефективність запропонованої методики для дітей цієї категорії експериментальної групи на тлі покращення стану здоров’я та зростання всіх показників психофізичного стану, що досліджувалися. Так, в експериментальній групі зменшилася кількість дітей, які часто хворіють на 23 %, в контрольній – на 0 %, страждаючих на хвороби дихальної системи в експериментальній групі – на 30 %, в контрольній – лише на 8 %. Стан постави у сагітальній площині покращився у дітей експериментальної групи на 23 %, у дітей контрольної – на 0 %, у фронтальній площині у дітей експериментальної групи – на 8 %, у дітей контрольної групи – на 8 %. У дітей із затримкою психічного розвитку експериментальної групи, які мали деформацію нижніх кінцівок і плоскостопість, розвинулася силова витривалість м’язів кінцівок і стопи.

6. Розроблена методика сприяла корекції психофізичного стану дітей експериментальної групи. Так, у них покращилися якості мислення, рівень розвитку мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів тощо.

Отже, розроблена методика корекційних занять з адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку показала свою ефективність і може бути рекомендована до використання у практиці роботи навчальних закладів для дітей цієї категорії.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Айзенберг Б. И., Кузнецова Л. В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития: Психотерапия в дефектологии. М., 2012. С. 152–155.
2. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы. М.: Владос, 2017. 368 с.
3. Актуальные проблемы диагностики ЗПР у детей. Х., 2019. 126 с.
4. Алашкова М. Ш. Особливості психомоторики дітей із затримкою психічного розвитку молодшого шкільного віку / Дефектологія, 2008. № 4. С. 11–13.
5. Антипина А. Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития / Начальная школа, 2013. С. 60–62.
6. Антропова М. В. Режим для младшего школьника. М.: Вента-Граф, 2013. 23 с.
7. Ануфриев А. Ф., Костромича С. Н. Как преодолеть трудности в обучении детей: психодиагностические таблицы, психодиагностические методики, коррекционные упражнения. К., 2017. 45 с.
8. Апанасенко Г. Л., Попова Л. О. Медична валеологія. К.: Здоров’я, 2008. С. 29.
9. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М.: Медицина, 2019. 159 с.
10. Бабкина Н. В. Оценка психологической готовности детей к школе: пособие для психологов и специалистов коррекционно-развивающего обучения. М.: Айрис-Пресс, 2015. 144 с.
11. Бальсевич В. К., Запорожанов В. А. Физическая активность человека. К.: Здоров’я, 2017. 224 с.
12. Банникова Т. А. Программа воспитания детей 5–6 лет с задержкой психического развития / Теория и практика физической культуры, 2014. № 8. С. 58–59.
13. Бастун Н. Діти із затримкою емоційно-вольового розвитку / Дефектологія, 2017. № 3. С. 37–41.
14. Безматерных Л. З., Куликов В. П. Диагностическая эффективность методов количественной оценки индивидуального здоровья / Физиология человека, 2018. Т. 24. № 3. С. 79–85.
15. Безруких М. М., Филиппова Т. А. Комплекс «Ступеньки к школе»: Тренируем пальчики. Учимся рисовать. Учимся находить одинаковые фигуры. Учимся рассказывать по картинкам. Азбука письма. Азбука счета. Учимся узнавать геометрические фигуры. Цвет. Мир вокруг меня. Учимся находить противоположности. Развиваем логическое мышление и память. Учимся учиться. М.: Дрова, 2020. 57 с.
16. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. М., 2019. С. 79–81.
17. Білоусова С. В., Гвоздецька С. В. Корекція фізичного стану дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку / Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України. Матеріали Всеукраїнської наукової конференції. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. С. 93–96.
18. Боднар І. Р. Фізичне виховання дітей з низьким рівнем фізичної підготовки (24.00.02): Автореф. дис. ... канд. наук, з фіз. вих. і спорту. Луцьк, 2000. 19 с.
19. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Д: «Феникс», 2014. С. 168–169.
20. Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития. М., 2020. С. 123–125.
21. Брусник Т. А. Оздоровительные виды гимнастики как эффективные средства, направленные на укрепление опорно-двигательного аппарата / Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. СПб., 2019. № 8 (54). С. 27–30.
22. Булич Е. Г., Муравйов І. В. Здоров’я людини: біологічна основа життєдіяльності та рухова активність в її стимуляції. К.: Олімпійська література, 2003. 424 с.
23. Вайнер Э. Н. Валеология: учеб. для вузов. – 4-е изд., испр. М.: Флинта, 2016. 416 с.
24. Висковатова Т. П. Проблема генеза, диагностики и психолого-педагогической коррекции задержки психического развития у детей (на примере неблагоприятного влияния природных и антропогенных факторов): Дис. … д-ра психол. наук: 19.00.08. К., 1997. 382 с.
25. Власова Т. А., Лебединская К. С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей / Дефектология, 2015. № 6. С. 8–17.
26. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2013. С. 65–67.
27. Власова Т. А., Лебединская К. С., Мачихина В. Ф. Отбор детей во вспомогательную школу. М.: Просвещение, 2013. 176 с.
28. Власова Т. А., Певзнер М. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. М., 1967. С. 178–183.
29. Войтенко В. П. Здоровье здоровых. Введение в санологию. К.: Здоров’я, 2011. 246 с.
30. Волков В. К. Сучасні і традиційні оздоровчі системи / Теорія і практика фізичної культури, 2016. № 12. С. 24–27.
31. Волкова С. С. Физическое развитие школьников с отклонениями в состоянии здоровья. Пособие для учителей. Владимир, 2018. С. 54.
32. Воропаев А. М. Особенности методики физического воспитания детей дошкольного возраста, имеющих недостаточный уровень школьной зрелости: Автореф. дис. …канд. пед. наук. М., 2019. 25 с.
33. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 т. / Гл. ред. А. В. Запорожец. М.: Педагогика, 1983. Т. 3: проблемы развития психики. С 246–255.
34. Гайдук Ф. М. Определение степени тяжести задержек психического развития у детей / Здравоохранение Белоруссии, 2016. № 6. С 14–15.
35. Гвоздецька С. В., Рудика Л. В. Корекція порушень психофізичного стану дітей старшого дошкільного віку із затримкою психічного розвитку / Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України. Матеріали ІІІ Всеукраїнської студентської наукової конференції. Суми, 2013. С. 57–62.
36. Гоббель В. Г. Каким быть специалисту по физической культуре для работы с детьми дошкольного возраста / Теория и практика физической культуры, 2014. № 3. С. 11–13.
37. Горбунов Н. П., Хамадиярова Т. А. Валеологический подход к оценке реакции организма на физические нагрузки у школьников с задержкой психического развития / Физическая культура: Научно-методический журнал, 2020. № 1. С. 22–27.
38. Горская И. Ю., Суянгулова Л. А. Базовые координационные способности школьников с различным уровнем здоровья. Омск: СибГАФК, 2020. 212 с.
39. Дети с временными задержками психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. М.: Педагогика, 2018. С. 70–73.
40. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. М., 2014. 256 с.
41. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навчальний посібник для педагогів і шкільних психологів / Укл. Т. Д. Ілляшенко, Н. А. Бастун, Т. В. Сак. К.: ІЗМН, 2017. С. 46–48.
42. Дмитриев В. С. Основные положения концепции физкультурно-оздоровительной реабилитации детей с отклонениями в развитии / Физическая культура, 2017. № 3. С. 15–17.
43. Долбишева Н. Фізичне здоров’я, компоненти і критерії оцінки / Молода спортивна наука України: зб. наук. праць в галузі фізичної культури та спорту. Львів: ЛДІФК, 2001. Випуск 5. – Т. ІІ. С. 21–24.
44. Дробинская А. О., Фишман М. Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) / Дефектология, 2016. № 5. С. 22–28.
45. Дружинин В. Н. Интеллект и продуктивность деятельности: модель «интеллектуального диапазона» / Психологический журнал, 2018. № 2. С. 61–70.
46. Дубровинская Н. В. Нейрофизиологические механизмы внимания. М., 2015. 144 с.
47. Дунаева З. М. Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития / Дефектология, 2020. № 4. С. 27–34.
48. Душанин С. А. Программы и критерии диагностики реализуемости потенциальных аэробных возможностей как одного из факторов внутренней структуры физической работоспособности в норме и патологии / Медицинские проблемы физической культуры. К., 2016. Вып. 10. С. 47–53.
49. Егорова Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М., 2018. С. 34–36.
50. Зависимость динамики физической работоспособности от ее исходного уровня и мощности выполняемой работы / К. Ю. Ажицкий с соавт. / Теор. и практ. физ. культ., 2018. № 2. С. 14–16.
51. Зислина Н. Н., Ополинский Э. С., Рейдибойм М. Г. Исследование функционального состояния мозга по данным электроэнцефалографии у детей с задержкой развития / Дефектология, 2012. № 3. С. 9–15.
52. Ильин В. А. Физкультурно-оздоровительные мероприятия в детских домах для детей дошкольного возраста с задержкой психического развития: Автореф. дис. … канд. пед. наук. М., 2012. С. 18–20 с.
53. Инденбаум Е. Н. Практика применения функционально-уровневого подхода в организации обучения детей с ЗПР / Дефектология, 2015. № 4. С. 41–54.
54. Ілляшенко Т. Д. Діти із затримкою психічного розвитку в масовій школі / Початкова школа, 2016. № 1. С. 7.
55. Каданцева Г. А. Взаимосвязь познавательной и двигательной активности детей шести лет / Теория и практика физической культуры, 2013. № 11–12. С. 40–41.
56. Каменщикова Г. А. Методика оздоровления в процессе физического воспитания младших школьников с нормальным и замедленным психическим развитием: Автореф. дис. … канд. пед. наук. Челябинск, 2020. С. 17–19 с.
57. Каплунович И. Я. Структуры и основные этапы развития образного мышления в дошкольном детстве / Вопросы психологи, 2014. № 5. С. 44–56.
58. Карпман В. Л., Белоцерковский З. Б., Гудков И. А. Тестирование в спортивной медицине. М.: ФиС, 1988. 208 с.
59. Касаткина Г. М. Влияние физических упражнений разной направленности на развитие движений и психики детей 3–7 лет: Автореф. дис… канд. пед. наук. М., 2012. С. 23–24 с.
60. Кенеман А. В., Хухлаева Д. В. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста: 3-е испр. и доп. изд. Ташкент: Укитувич, 2018. С. 202 с.
61. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. К., 2015. 286 с.
62. Кольцова М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка (роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности). М.: Педагогика, 2013. 79 с.
63. Коробейников И. А., Лубовский В. И. Психологический эксперимент в дифференциальной диагностике нарушений психического развития у детей / Дефектология, 2016. № 6. С. 8–10.
64. Курцевич Т. Ю. Теория и методика физического воспитания. К., 2003. 392 с.
65. Лабскир В. М. Психофізична культура. К. – Х., 2018. 96 с.
66. Марчик В. П. Влияние аэробных нагрузок на уровень здоровья человека / Матер. І Междунар. науч. конф. «Фізич. культ. та здоров’я нації». Вінниця: УАННП, 2006. С. 55–56.
67. Моногаров В. Д. Генез утомления при напряженной мышечной деятельности / Наука в олимпийском спорте, 2014. № 1. С. 47–57.
68. Нифонтова Л. Н. О субъективной оценке двигательного режима в связи с занятиями физической культурой / Матер. науч.-практ. конф. Северодонецк, 2016. С. 128–129.
69. Пирогова Е. А., Иващенко Л. Я., Страпко Н. П. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека. К.: Здоров’я, 2016. 152 с.
70. Пірогова О. О., Иващенко Л. Я., Страпко Н. П. Вплив фізичних вправ на працездатність і здоров’я людини. К.: Здоров’я, 2016. 152 с.
71. Пірогова О. О. Раціональні параметри фізичних навантажень в оздоровчому тренуванні / Матер. III Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми оздоровчої фізкультури та валеології в навчальних закладах України». Кіровоград, 2015. С. 5–6.
72. Сонькин В. Д. Энергетика оздоровительных упражнений / Теор. и практ. физ. культ., 2015. № 2. С. 23–25.