

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1014217293

Дата перевірки:
06.03.2023 13:17:43 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
06.03.2023 13:18:19 EET

ID користувача:
100011298

Назва документа: Данилюк Алла Георгіївна магістерська

Кількість сторінок: 67 Кількість слів: 14301 Кількість символів: 111897 Розмір файлу: 145.68 KB ID файлу: 1013953246

28.1% Схожість

Найбільша схожість: 13.4% з Інтернет-джерелом (https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_rychok_

20.2% Джерела з Інтернету 79 Сторінка 69

10.9% Джерела з Бібліотеки 87 Сторінка 70

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи 2

2

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ	
ІЗ ВАЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВИ.....	9
1.1. Характеристика важких порушень мови у дітей.....	9
1.2. Психофізичні особливості розвитку дітей із важкими порушеннями мови.....	14
1.3. Особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови.....	18
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1. Методи дослідження.....	26
2.1.1. Теоретичні методи.....	26
2.1.2. Антропометричні методи.....	26
2.1.3. Методи визначення рівня фізичного розвитку (метод індексів).....	27
2.1.4. Методи визначення рівня фізичної підготовленості... ..	29
2.1.5. Педагогічні методи.....	29
2.1.6. Психолого-педагогічні методи.....	30
2.1.7. Методи математичної статистики.....	33
2.2. Організація дослідження.....	34
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ДО НАВЧАННЯ У ШКОЛІ	36
3.1. Методичні основи побудови методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі.....	36
3.2. Дослідження ефективності методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі.....	45
3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей з важкими порушеннями мови.....	46
3.2.2. Динаміка показників фізичного розвитку дітей з важкими порушеннями мови.....	48

	3
3.2.3. Динаміка показників фізичної підготовленості дітей з важкими порушеннями мови.....	51
3.2.4. Динаміка показників психоемоційного стану дітей з важкими порушеннями мови.....	54
Висновки до третього розділу.....	59
РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	62
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск;
АТсист – систолічний артеріальний тиск;
АФВ – адаптивне фізичне виховання;
ВНД – вища нервова діяльність;
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВПМ – важкі порушення мови;
ДВОР – діагностика вад особистісного розвитку;
ЖЄЛ – життєва ємність легень;
ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;
КГ – контрольна група;
ОГ – основна група;
ОГК – окружність грудної клітки;
ОРА – опорно-руховий апарат;
ПМД – порушення мовленнєвої діяльності;
СЗЗСО – спеціальні заклади загальної середньої освіти;
ССС – серцево-судинна система;
ЧСС – частота серцевих скорочень.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна система освіти в Україні характеризується зміною освітньої парадигми, активним пошуком шляхів, створення нових напрямів, технологій, методик навчально-виховного процесу. Ознакою сьогодення є трансформація, удосконалення існуючого змісту освіти на всіх її рівнях. У зв'язку зі змінами нормативно-законодавчої бази та гуманізації відносин в освітньому просторі виникає потреба в подальшому вдосконаленні процесу навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами, одне з провідних місць серед яких займають діти з важкими порушеннями мови. Це обумовлено стійкою тенденцією збільшення кількості дітей із цими порушеннями в закладах як спеціальної, так і інклюзивної освіти (В. Бондар, 2019; С. Миронова, 2013; Д. Шульженко, 2018 та ін.).

Мовленнєвий розвиток дітей залишається для вітчизняної логопедичної науки однією з найгостріших проблем, що потребує термінового вирішення. На сучасному етапі реформування системи освіти процес формування та/або корекції мовленнєвої діяльності, розвиток навичок мовленнєвого спілкування дітей, адаптація їх до умов освітнього середовища набуває все більшої гостроти і стає пріоритетним напрямом. Вирішення цієї проблеми пов'язане зі здійсненням індивідуального, диференційованого та поетапного корекційно-розвивального впливів; з удосконаленням методичних систем, що мають ураховувати неоднорідність контингенту дітей, провідні тенденції оновлення змісту освіти, пов'язані зі створенням нового освітнього простору.

До сьогодні у різних галузях як вітчизняної, так і зарубіжної системи спеціальної освіти питанню вивчення порушень мови присвячені дослідження провідних науковців: при сенсорних порушеннях, а саме слухового аналізатору (Т. Зикова, 2017; В. Кондратенко, 2015; В. Назарина, 2019; О. Черкасова, 2013 та ін.); при порушеннях зору (А. Арушанова, 2018; Ю. Бондаренко, 2018; Л. Вавіна, 2017; Є. Синьова, 2010 та ін.); при

порушеннях опорно-рухового апарату (Л. Данілова, 2016; О. Мастокова, 2018; О. Приходько, 2019; О. Чеботарьова, 2014 та ін.); при тяжких порушеннях мови (Н. Голуб, 2016; Л. Журавльова, 2017; Н. Пахомова, 2011; В. Тищенко, 2019 та ін.).

Специфіка порушень мовленнєвої діяльності у дітей визначається, насамперед, особливостями вищої нервової діяльності та психічного розвитку, до яких належать: слабкість замикальної функції кори головного мозку, процесів внутрішнього гальмування, інертність нервових процесів, порушення взаємодії першої та другої сигнальних систем, зниження регулюючої функції мовлення, яка в нормі відіграє важливу роль у розвитку дитини. Названі особливості є основними чинниками недорозвитку мовлення дітей (С. Геращенко, 2010; А. Єгорова, 2019; В. Петрова, 2019 тощо).

Порушення мовленнєвої діяльності характеризуються складністю патогенезу та симптоматики (В. Синьов, 2007–2010), оскільки можуть бути зумовлені як загальним психічним недорозвитком, так і іншими чинниками: зниженням слуху, порушеннями будови артикуляційного апарату та/або мовленнєвої моторики тощо.

На думку О. Хохліної (2018), мовлення відіграє провідну роль у психічному розвитку учнів, їхнього мислення та психічної діяльності в цілому. Включення мовлення в пізнавальну діяльність перебудовує психічні процеси, мисленнєві операції, що розвиваються й удосконалюються по мірі оволодіння мовленням.

У контексті цієї проблеми дослідники (С. Геращенко, 2016; С. Ільїна, 2017; Н. Кравець, 2017; З. Смирнова, 2018 та ін.) зазначають, що мовленнєвий розвиток учнів спеціальних закладів загальної середньої освіти передбачає всебічний розвиток мовлення: збагачення й активізацію словника (як активного, так і пасивного), удосконалення граматичної будови, розвиток морфологічної та синтаксичної складових і, як результат, – формування комунікативних умінь і навичок у різних формах зв'язного мовлення: як усного, так і писемного.

У молодшому шкільному віці закладаються основи психічного і фізичного здоров'я дитини. Одним із пріоритетних завдань, що стоять перед фахівцями з корекційної педагогіки, адаптивної фізичної культури та фізичної реабілітації, є формування у дітей із ВПМ потреби в збереженні і зміцненні здоров'я, виховання ціннісного ставлення до нього, сприяння розвитку всіх фізіологічних систем, фізичного розвитку та розвитку фізичних якостей, які в подальшому визначають темп, характер функціонування організму, що росте. Вищезазначене вказує на актуальність і необхідність розв'язання цієї проблеми, розробки відповідної методики адаптивного фізичного виховання. Отже, окреслені проблеми зумовили актуальність і своєчасність дослідження на тему: «Особливості адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі».

Мета дослідження: науково обґрунтувати та розробити методику адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі.

Завдання дослідження:

1. Вивчити психофізичні особливості розвитку дітей із важкими порушеннями мови.
2. Визначити особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови.
3. Дослідити рівень фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей із важкими порушеннями мови.
4. Розробити та експериментально перевірити ефективність впровадження методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі.

Об'єкт дослідження: процес адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови.

Предмет дослідження: зміст методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі.

Методи дослідження. З метою отримання об'єктивних даних при вирішенні поставлених завдань використовувались такі методи дослідження: теоретичні; антропометричні; методи визначення рівня фізичного розвитку (метод індексів); методи визначення рівня фізичної підготовленості; педагогічні (педагогічне спостереження, педагогічне тестування, педагогічний експеримент); психолого-педагогічні методи; методи математичної статистики.

Експериментальна база дослідження: Сторожинецька загальноосвітня школа-інтернат I-III ступенів Сторожинецької районної ради Чернівецької області.

Практична значущість роботи полягає в тому, що розроблена методика спрямована на підвищення психофізичного розвитку дітей із важкими порушеннями мови, формування мотивації до рухової діяльності на основі застосування практичних компонентів методики. Впроваджена методика сприяє ефективності організації процесу адаптивного фізичного виховання, забезпеченню освітньої, виховної, оздоровчої спрямованості навчального процесу в умовах спеціальної школи-інтернату. Матеріали роботи можуть бути використані на заняттях з адаптивного фізичного виховання груп інтенсивної педагогічної корекції загальноосвітніх шкільних закладів, спеціалізованих шкільних закладів для дітей із важкими порушеннями мови, груп спеціалізованих шкіл для дітей із вадами розвитку, відділень спеціалізованих шкіл-інтернатів для дітей із важкими порушеннями **МОВИ.**

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ВАЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВИ

1.1. Характеристика важких порушень мови у дітей

Діти з важкими порушеннями мови – це особлива категорія дітей із порушеннями всіх компонентів мови при збереженні слуху і первинно збереженому інтелекті. До групи дітей із важкими порушеннями мови відносяться діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови при ринолалії, легким ступенем дизартрії; загальним недорозвиненням мови всіх рівнів мовного розвитку при дизартрії, ринолалії, алалії і т.д., у яких є порушення всіх компонентів мови. У дітей із важкими порушеннями мови відзначається наявність уражень ЦНС, стійких мовних розладів у поєднанні з різними специфічними особливостями їхньої психічної діяльності [7].

Мова являє собою дуже складний фізіологічний, розумовий, психічний, сенсомоторний, мовний процес. У зв'язку з цим мова та її порушення вивчають різноманітні науки: лінгвістика, психолінгвістика, психологія, медицина і т.д.

Термін «важкі порушення мови (ВПМ)» характеризується як «різні складні мовні розлади, при яких у дітей порушене формування всіх компонентів мовної системи, що відносяться до її звукової і смислової сторін, при нормальному слуху та інтелекті» [13].

Авторами [19, 21] важке порушення мови розглядається як системне порушення мовленнєвої діяльності дітей.

Активне засвоєння фонетико-фонематичних, лексичних і граматичних закономірностей починається у дітей у 1,5–3 роки і, в основному, закінчується в дошкільному дитинстві. Мова дитини формується під безпосереднім впливом мови оточуючих її дорослих та у значній мірі залежить від достатньої мовної практики, культури мовного оточення, від

виховання і навчання. Фонетико-фонематичні порушення мови проявляються в порушенні звуковимови і фонематичного слуху [46].

Загальне порушення мови проявляється в недорозвиненні різних компонентів мови: звуковимови фонематичного слуху, лексико-граматичного ладу різного ступеня вираженості. Мова дитини оцінюється за чотирма рівнями розвитку:

- на I рівні мовного розвитку у дитини спостерігається повна відсутність або різке обмеження словесних засобів спілкування;
- на II рівні мовного розвитку в мові дитини присутня коротка аграматична фраза, словник складається зі слів простої складової структури, але, поряд із цим, вимовні можливості дитини значно відстають від вікової норми;
- на III рівні мовного розвитку в мові дитини з'являється розгорнута фразова мова з вираженими елементами лексико-граматичного та фонетико-фонематичного недорозвинення;
- на IV рівні мовного розвитку при наявності розгорнутої фразової мови спостерігаються залишкові прояви недорозвинення всіх компонентів мовної системи [6].

Отже, при першому рівні мовного розвитку мовні можливості дитини значно обмежені, активний словник практично не сформований і складається зі звуконаслідувань, звукокомплексів, лепетних слів. Найчастіше такі діти свої висловлювання супроводжують емоційними жестами і наявністю специфічної міміки. Часто відзначається використання багатозначності смислового значення слів, що вживаються дитиною. З метою позначення абсолютно різних предметів і дій такі діти використовують одні і ті ж слова в своєму лексиконі. Часто відбувається заміна дій предметів назвами предметів, і навпаки. В активній мові переважають кореневі слова. Пасивний словник ширше активного, але теж вкрай обмежений. Практично немає розуміння однини і множини іменників. Відзначається дифузний характер при вимові звуків. Спостерігається дуже низький фонематичний розвиток, складність

при відтворенні, а також сприйнятті складової структури використовуваних слів.

При переході до другого рівня мовного розвитку мовна активність дитини підвищується. Її словниковий запас значно розширюється за рахунок повсякденної предметної і дієслівної лексики. Помітне вживання займенників, простих прийменників, а також союзів. При своїх висловлюваннях дитина починає використовувати прості непоширені речення. При цьому у неї можливі серйозні помилки при вибудовуванні граматичних конструкцій, а також присутня неузгодженість іменників з прикметниками. Хоча пасивний словниковий запас і обмежений, сприйняття зверненої мови помітно поліпшується, дієслівний і предметний словник практично не сформований. Дитина не володіє поняттями колірної гами, відтінками кольорів. У дітей відзначається несформованість великої кількості звуків, характерні помилки звуконаповнення слів, а також порушення їх складової структури.

Для третього рівня мовного розвитку характерною особливістю є присутність розгорнутої фразової мови з елементами фонетико-фонематичного і лексико-граматичного недорозвитку. У самостійних висловлюваннях навіть відзначається бажання вживати складні речення, використовуючи всі частини мови. При цьому можливе вживання неточних значень деяких слів. Характерними є помилки дитини при утворенні прикметника від іменника. Продовжують спостерігатися часті аграматизми. Як і раніше, дитина може вживати прийменники неправильно, порушувати узгодженість слів у реченні. Помилки вимови виражаються іноді в заміні або спотворенні звуків. Дитина наближається до норми розуміння й осмислення мови, труднощі викликають значення слів з використанням суфіксів і приставок. Вимова слів складної конструкції стає досить стійкою.

Для четвертого рівня мовного розвитку відмінною рисою є лише незначні помилки в мовній системі дитини. Характерна недиференційована вимова звуків, проте ці заміни можуть бути нестійкими. Відзначається деяка

недостатність дикції мови, що створює враження «змазаності» висловлювань. Як і раніше, відзначаються труднощі при використанні суфіксів і при утворенні складних слів. Так як важкі порушення мови характеризуються системними порушеннями, відзначається наявність слабкої сформованості всіх мовних структур. Відмінним показником важкого порушення мови вважається її пізніший початок: найперші слова діти починають вимовляти лише в 2–3 роки, а іноді й пізніше. Більшою чи меншою мірою виявляються порушеними вимова і розрізнення звуків. У дітей порушений лексико-граматичний порядок мови: словниковий запас обмежений побутовою лексикою і відстає від дітей, які нормально розвиваються, як за кількісними, так і за якісними показниками, специфічністю є неправильна вимова при поєднанні слів у реченнях, спостерігається збіднення кола уявлень, неповне і спотворене відображення зовнішнього світу. У цих дітей наявні порушення в розумінні змісту промови, спотворення в складовій структурі слів, зв'язна мова практично відсутня. У цієї категорії дітей мову складно зрозуміти, відзначається дуже низька мовна активність, діти мало спілкуються з однолітками і дорослими, вони замкнуті, іноді слова замінюють будь-яким жестом або мімікою [6].

Неповноцінна мовна діяльність накладає відбиток на формування у дітей сенсорної й інтелектуальної сфер. Мовна патологія негативно впливає на розвиток нервово-психічних і пізнавальних процесів, отже, нерідко у дітей із важкими порушеннями мови відзначається відставання темпу психофізичного розвитку, відстає від норми формування уваги, пам'яті, мислення, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що проявляється в незрілості вищих психічних і фізичних функцій. Спостерігається недостатньо стійка увага, дуже обмежені можливості її розподілу. При відносно збереженій смисловій, логічній пам'яті у дітей знижена вербальна пам'ять, страждає продуктивність запам'ятовування, словесно-логічне мислення. Діти не сприймають складні словесні інструкції дорослих, елементи і

послідовність виконання будь-яких заданих дій. Дітей відрізняє дуже швидка стомлюваність, відволікання, підвищена виснаженість [54].

Важке порушення мови виділяється як самостійне порушення, але іноді спостерігається при найбільш складних формах мовленнєвої патології: алалії, афазії, ринології, дизартрії – в тих випадках, коли виявляються одночасно недостатність словникового запасу граматичної будови і прогалини в фонетико-фонематичному розвитку. Порушення мови має різне походження і, відповідно, різну структуру аномальних проявів [58].

В етіології важкого порушення мови виділяються різні фактори як біологічного, так і соціального характеру. До біологічних факторів належать: інфекції або інтоксикації матері під час вагітності, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або груповій приналежності, патологія натального періоду, постнатальні захворювання ЦНС і травми мозку в перші роки життя дитини. Разом із тим, важке порушення мови може бути обумовлене несприятливими умовами виховання і навчання. У багатьох випадках важке порушення мови є наслідком комплексного впливу різних чинників, наприклад, спадкової схильності, органічної недостатності ЦНС і несприятливого соціального оточення [42].

Важке порушення мови часто з'являється внаслідок порушень, пов'язаних з органічними ураженнями або недорозвиненням певних відділів ЦНС, а також із патологіями в будові і функціях апарату артикуляції. Безпосереднім результатом ураження мовленнєвого апарату є ускладненість вимови звуків мови. У дітей виявляються порушення при вимові слів, що виражаються в різному ступені [4].

Порушення взаємодії між слуховим і кінестетичним аналізаторами веде до недостатнього оволодіння звуковим складом слова, що є перешкодою до накопичення ширшого словникового запасу. Також порушується формування граматичної будови мови, виникають певні труднощі при оволодінні письмом і читанням. Рідше зустрічаються діти, в яких в якості вихідної причини важкого порушення мови виступають відхилення зорового сприйняття [26].

Таким чином, мова являє собою дуже складний фізіологічний, розумовий, психічний, сенсомоторний, мовний процес. Важке порушення мови виділяється як самостійне порушення, але іноді спостерігається при найбільш складних формах мовленнєвої патології: алалії, афазії, ринолалії, дизартрії. Порушення мови має різне походження і, відповідно, різну структуру аномальних проявів. Отже, важке порушення мови є системним порушенням всіх структур мови, що виникає під впливом біологічних і соціальних факторів.

До групи дітей з важкими порушеннями мови відносяться діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови при ринолалії, легким ступенем дизартрії; загальним недорозвиненням мови всіх рівнів мовного розвитку при дизартрії, ринолалії, алалії і т.д., у яких є порушення всіх компонентів мови. У дітей із важкими порушеннями мови відзначається наявність уражень ЦНС, стійких мовних розладів у поєднанні з різними специфічними особливостями їхньої психічної діяльності.

Неповноцінна мовна діяльність накладає відбиток на формування у дітей сенсорної й інтелектуальної сфер. Мовна патологія негативно впливає на розвиток нервово-психічних і пізнавальних процесів, отже, у дітей із важкими порушеннями мови відзначається відставання темпу психофізичного розвитку, відстає від норми формування уваги, пам'яті, мислення, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що проявляється в незрілості психічних і фізичних функцій.

1.2. Психофізичні особливості розвитку дітей із важкими порушеннями мови

Порушення мови у дітей зустрічається досить часто – це у подальшому, безумовно, відіб'ється на успішності дитини із загальноосвітніх предметів у школі і, як наслідок, позначиться на втраті інтересу до навчання в цілому. Важке порушення мови у дітей зі збереженим інтелектом і нормальним

слухом є проявом специфічної аномалії мови, при якій відстає від норми або в значній мірі порушене формування основних компонентів системи мовлення: граматики, фонетики, лексики. Типовими в таких випадках є і відхилення в промовній і смисловій сторонах мови [15].

Розглядаючи особливості психофізичного стану в дітей із ВПМ, ми зупинилися на таких поняттях, як психофізичний стан такої дитини.

Психічний розвиток – 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 [22].

Дані фахівців [25, 35], отримані за допомогою досліджень психічних функцій у дітей із ВПМ, вказують на своєрідність їхнього психічного розвитку. У таких дітей присутня недостатність деяких видів сприйняття, особливо слухового, зорового, просторового. Наприклад, слабо розвинене слухове сприйняття сприяє під час проведення занять з адаптивної фізичної культури ускладненню при виконанні завдань, що виконуються по словесним інструкціям педагога.

Порушення зорової сфери, в основному, проявляються в недиференційованості зорових уявлень, у відсутності безперервного зв'язку зорового образу предметів і слова. Особливо це помітно при виконанні дітьми із ВПМ завдань по заданому алгоритму дій [37].

У дітей з діагнозом ВПМ є значні труднощі у відмінності таких понять як «ліворуч» і «праворуч» – ця специфічна особливість орієнтації в просторі проявляється, наприклад, при виконанні ЗРВ, стройових вправ [7].

Увага відрізняється недостатньою стійкістю, що часто сприяє зниженню щільності на занятті адаптивним фізичним вихованням, зниження темпу виконання рухів у процесі навчання вихованцями, тому дуже важливо в роботі з такими дітьми їхнє своєчасне перемикавання з однієї діяльності на іншу [43].

Зорова пам'ять у дітей із важкими порушеннями мови, як показали дослідження [50], майже не відрізняється від норми. Однак продуктивність запам'ятовування, наприклад, алгоритму виконання основних видів рухів, порівняно зі здоровими дітьми, помітно знижена. Такі діти дуже часто забувають складні інструкції, самі змінюють задану педагогом послідовність запропонованих завдань, часто пропускають деякі їх деталі [50].

Специфічні особливості мислення у таких дітей обумовлюють взаємозв'язок між мовними порушеннями та іншими сторонами психічного розвитку. Маючи досить високе зберігання передумов до оволодіння розумовими процесами, що відповідають віку, такі вихованці значно відстають в словесно-логічному мисленні, у них відзначаються складності при проведенні узагальнення та порівняння [54].

Діти з ВПМ, переважно, малоактивні, дуже рідко вони звертаються до дорослих з питаннями, свої ігрові ситуації не супроводжують словесно, вкрай рідко бувають ініціаторами спілкування, відзначаються недоліки в спілкуванні зі своїми однолітками [59].

Фізичний розвиток визначається як здатність дитини виконувати фізичну роботу і містить у собі, у першу чергу, показники фізичного стану і фізичної підготовленості [48].

На думку авторів [31, 48], за рівнем фізичного розвитку діти з важкими порушеннями мови за всіма віковими групами відстають від норми. Очевидно, що порушення мови та пов'язані з ними обмеження рухової активності дітей негативно впливають на їхній фізичний розвиток.

Важкі порушення мови постійно відбивається на руховій функції, та, як наслідок, на розвитку фізичних якостей і працездатності дітей із ВПМ [31]. Малорухливість, як вимушена форма поведінки дитини, призводить до гіподинамії та гіпокінезії, що спричиняють цілий ряд негативних наслідків: зниження функціональних можливостей, порушення соціальних зв'язків і умов самореалізації, втрату побутової незалежності, що, у свою чергу, викликає емоційний стрес [40]. Також відмічаються дискоординація

регуляторних механізмів, погіршення показників кардіореспіраторної системи, порушення ритму діяльності внутрішніх органів, нервові розлади, зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей. Ця аномалія супроводжується розладами моторики та координації рухів, що обмежує пізнавальну та комунікаційну діяльність дітей [66].

На думку деяких науковців [20, 65], у дітей із важкими порушеннями мови спостерігається відставання у фізичному розвитку: довжині та масі тіла, життєвій ємності легень, окружності грудної клітки й інших показниках. У більшості дітей із ВПМ спостерігаються порушення постави, пози, викривлення хребта, плоскостопість [16]. Порушення розвитку мови негативно впливає на формування рухових можливостей – швидкості, сили, витривалості, координації, статичної та динамічної рівноваги. У багатьох дітей із важкими порушеннями мови страждає просторово-орієнтувальна діяльність, макро- та мікроорієнтування у просторі. У цього контингенту дітей суттєво знижується рухова активність, що негативно впливає на формування рухового аналізатора, найбільш хибного у своєму розвитку внаслідок мовленнєвого дефекту [30].

Інші автори [38, 46] вважають, що при важких порушеннях мови порушуються ще й координація, витривалість, швидкість і ритм рухів. Менш виражене відставання за показниками м'язової сили та швидкісно-силових якостей. Порушення мови негативно впливає на розвиток рухових функцій і, особливо, на регуляцію рухів, на самоконтроль при виконанні вправ на точність, координацію, швидкість. У ряді фізичних вправ (вправи на гнучкість, силу) діти з важкими порушеннями мови проявляють відносно високі показники.

У дітей із ВПМ засвоєння рухових дій відбувається повільніше внаслідок обмеження можливостей внесення коректив у загальну структуру у ході дій. Порушення мови зменшує кількість і перетворення інформації, що одержується, та відіграє активну роль у побудові адекватних уявлень у

процесі навчання руховим діям, а ці особливості відбиваються на формуванні рухових можливостей молодших школярів із ВІПМ [53].

Таким чином, проблема психофізичного стану дитини, а особливо аномальної дитини, знову набуває особливої актуальності. Спеціалісти різних галузей знань ведуть науковий пошук у напрямі підвищення рівня здоров'я дітей, але для цього пропонують недостатньо широкий спектр засобів, починаючи з фармакологічних і закінчуючи адаптивним фізичним вихованням і спортом.

Дані фахівців, отримані за допомогою досліджень психічних функцій у дітей із важкими порушеннями мови, вказують на своєрідність їхнього психічного розвитку. У таких дітей присутня недостатність деяких видів сприйняття, особливо слухового, зорового, просторового. За рівнем фізичного розвитку діти з важкими порушеннями мови за всіма віковими групами відстають від норми, тому що порушення мови та пов'язані з ними обмеження рухової активності дітей негативно впливають на їхній фізичний розвиток.

1.3. Особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями мови повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач:

1. Загальні завдання для спеціальних і загальноосвітніх шкільних установ.
2. Специфічні завдання, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень опорно-рухового апарату, фізичного розвитку.

Загальні завдання:

- зміцнювати здоров'я дитини;
- сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави;
- виховувати потребу в різних видах рухової діяльності;

- розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності).

Специфічні завдання:

- створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток і фізичну підготовленість у цілому;
- здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань;
- здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку [54].

Корекційну спрямованість доцільно здійснювати протягом абсолютно всієї роботи з адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, в тому числі і при вирішенні загальних педагогічних завдань на заняттях з фізичної культури. З метою досягнення найкращого результату корекційна робота повинна здійснюватися на спеціально проведених заняттях з адаптивного фізичного виховання, а також пронизувати роботу інших фахівців навчального закладу [54]. Згідно рухової моделі школи, в режимі дня дітей виділяють наступні заходи: ранкова гімнастика, заняття з адаптивного фізичного виховання, прогулянки на свіжому повітрі, фізкультхвилинки, індивідуальна робота з розвитку рухів, спортивні свята і розваги, загартувальні та гігієнічні процедури, оздоровчий біг, теренкур, оздоровчий туризм тощо. Сюди входить проведення рухливих ігор на прогулянках, фізкультурних занять у спортивному залі та на свіжому повітрі, занять у плавальному басейні, їзда на велосипедах, дозована ходьба та ін. Проведення всіх цих заходів вважається обов'язковим для кожного шкільного закладу [62].

У корекції фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей із важкими порушеннями мови найважливіша роль відводиться створенню режиму рухової активності. У корекційну роботу рекомендується включати серію підготовчих вправ, що сприяють розвитку координації рухів у вихованців, завдання для зміцнення м'язів гомілки і стопи, а також розвитку

дрібної і великої моторики пальців рук. Одночасно потрібно сприяти формуванню у дитини вміння точно і вправно виконувати ті чи інші рухи за показом інструктора і його словесними інструкціями [61].

На думку фахівців [45, 64], можливості по використанню засобів адаптивного фізичного виховання дуже великі. Так, використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей з патологіями мови визначаються важливою роллю м'язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м'язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м'язової, серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в навчальному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м'язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Крім соматичної ослаблення у дітей з патологією мови спостерігається уповільнений розвиток локомоторних функцій, скутість при виконанні дозованих рухів, низький рівень координаційних здібностей, порушення зорово-рухової координації, знижена працездатність, підвищена стомлюваність, зниження швидкості і спритності виконання рухових дій. Найбільші складності у дітей виявляються при виконанні вправ по словесній інструкції педагога. У дітей із ВПМ спостерігається слабка координація пальців кисті руки, часто відзначається сповільненість рухів, застрягання на виконуваному завданні. Діти, які мають важкі порушення мови, значно відстають від здорових однолітків при відтворенні рухових завдань по заданим параметрам, відступають від заданої послідовності елементів завдання [52].

Слабкий розвиток будь-якої фізичної якості у дітей зменшує їхні рухові здібності, знижує їхню активність до засвоєння нового рухового матеріалу, зменшує впевненість в успішності при виконанні завдань. Тому одним із

пріоритетних завдань є розвиток фізичних якостей у дітей. Відповідно до моделі рухового режиму в навчальному закладі є великі можливості для вирішення цього завдання. Наприклад, при проведенні щоденної ранкової гімнастики використовуються вправи для розвитку гнучкості, швидкості, тривалий біг або ходьба у повільному темпі сприяє розвитку витривалості у дітей. Рухливі ігри та фізичні вправи розвивають координаційні здібності, швидкість, спритність. Їзда на велосипеді, плавання в басейні, прогулянки і походи в лісі сприяють розвитку силових можливостей і витривалості [48].

Адаптивне фізичне виховання дітей із важкими порушеннями мови має свої специфічні особливості, які, безумовно, повинні враховуватися при побудові педагогічного процесу. Найбільш сприятливі умови для розвитку рухової сфери будуть досягнуті при дотриманні наступних педагогічних умов: орієнтація навчання на ігрову мотивацію; комплексне використання різноманітних ігрових вправ; облік індивідуальних специфічних особливостей кожного вихованця. Діти з вадами мови особливо гостро потребують заохочення їхніх дій при виконанні рухових завдань педагогом. Завдяки позитивній оцінці у них пробуджується бажання самовдосконалюватися. Використання словесних інструкцій в ігровій і привабливій для дітей формі, поєднання виразного показу з промовлянням деталей завдання, широке використання на заняттях мовних вправ у поєднанні з рухами тощо сприяє ефективності педагогічного впливу [66].

Основним завданням методики розвитку фізичних якостей дітей із ВПМ є забезпечення їхньої всебічної фізичної підготовленості. Необхідно сприяти потребі в заняттях фізичними вправами, придбанню запасу життєво необхідних рухових умінь і навичок, потрібних протягом усього життя для підтримки роботи всіх внутрішніх органів і систем [9].

Поповнення запасу рухового досвіду дитини із важкими порушеннями мови здійснюється від одного вікового етапу до іншого. Причому важливе значення відіграє своєчасність засвоєння тих рухових завдань, тих основних видів рухів, формування яких обумовлене віковими та індивідуальними

показниками. При цьому деяка затримка розвитку рухового досвіду, як і його несвоєчасне прискорення, несприятливо позначається на загальному розвитку дітей.

Всебічний фізичний розвиток має на увазі розвиток основних фізичних якостей. Завдяки грі і рухам дитина поступово стає сильною, міцною, спритною, гнучкою і витривалою, а, отже, і більш впевненою у своїх силах, зростає її самостійність, бажання працювати над собою. Досягнувши певного рівня розвитку фізичних якостей, у дитини з'являється психічна готовність до оволодіння новим витком у фізичному розвитку, фізичній підготовленості, відбувається подальше зростання фізичних характеристик дітей, відбувається засвоєння ще більш складних рухових вправ, підвищується техніка їх виконання. Поступово досягається все більш високий рівень фізичного розвитку, який необхідний для певного віку дитини. Тому в застосовуваних методиках розвитку рухової сфери дітей із важкими порушеннями мови необхідне сприятливе поєднання всіх засобів, методів і прийомів адаптивного фізичного виховання [48].

Таким чином, можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із важкими порушеннями мови дуже великі. Використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей з патологіями мови визначаються важливою роллю м'язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м'язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м'язової, серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в навчальному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м'язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями мови повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальні завдання для спеціальних

і загальноосвітніх шкільних установ і специфічні завдання, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень опорно-рухового апарату, фізичного розвитку.

Загальні завдання мають зміцнювати здоров'я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності).

Специфічні завдання повинні створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток і фізичну підготовленість у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку.

Ці завдання адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови можливо втілити засобами ранкової гімнастики, прогулянок на свіжому повітрі, фізкультхвилинок, індивідуальної роботи з розвитку рухів, за гартувальних і гігієнічних процедур, оздоровчого бігу, теренкуру, оздоровчого туризму, рухливих ігор на прогулянках, фізкультурних занять у спортивному залі та на свіжому повітрі, занять у плавальному басейні, їзді на велосипедах, дозованій ходьбі та ін.

Висновки до першого розділу

У молодшому шкільному віці закладаються основи психічного і фізичного здоров'я дитини. Одним із пріоритетних завдань, що стоять перед фахівцями з корекційної педагогіки, адаптивної фізичної культури та фізичної реабілітації, є формування у дітей із важкими порушеннями мови потреби в збереженні і зміцненні здоров'я, виховання ціннісного ставлення до нього, сприяння розвитку всіх фізіологічних систем, фізичного розвитку та

розвитку фізичних якостей, які в подальшому визначають темп, характер функціонування організму, що росте.

Мова являє собою дуже складний фізіологічний, розумовий, психічний, сенсомоторний, мовний процес. Важке порушення мови виділяється як самостійне порушення, але іноді спостерігається при найбільш складних формах мовленнєвої патології: алалії, афазії, ринолалії, дизартрії. Порушення мови має різне походження і, відповідно, різну структуру аномальних проявів. Отже, важке порушення мови є системним порушенням всіх структур мови, що виникає під впливом біологічних і соціальних факторів.

До групи дітей з важкими порушеннями мови відносяться діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови при ринолалії, легким ступенем дизартрії; загальним недорозвиненням мови всіх рівнів мовного розвитку при дизартрії, ринолалії, алалії і т.д., у яких є порушення всіх компонентів мови.

Неповноцінна мовна діяльність накладає відбиток на формування у дітей сенсорної й інтелектуальної сфер. Мовна патологія негативно впливає на розвиток нервово-психічних і пізнавальних процесів, отже, у дітей із важкими порушеннями мови відзначається відставання темпу психофізичного розвитку, відстає від норми формування уваги, пам'яті, мислення, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що проявляється в незрілості психічних і фізичних функцій.

Можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із важкими порушеннями мови дуже великі. Використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей з патологіями мови визначаються важливою роллю м'язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м'язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м'язової, серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в навчальному закладі якісних занять з

адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м'язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями мови повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальні завдання для спеціальних і загальноосвітніх шкільних установ і специфічні завдання, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень опорно-рухового апарату, фізичного розвитку.

Загальні завдання мають зміцнювати здоров'я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності). Специфічні завдання повинні створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток, фізичну підготовленість і психоемоційний стан у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку. Ці завдання для дітей із важкими порушеннями мови можливо втілити засобами адаптивного фізичного виховання.

Отже, аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми дозволив з'ясувати основні можливості побудови методики для дітей із ВПМ молодшого шкільного віку з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку і визначити засоби корекційно-реабілітаційного впливу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

У ході проведення досліджень відповідно до поставлених завдань були використані наступні методи: теоретичні; антропометричні; методи визначення рівня фізичного розвитку (метод індексів); методи визначення рівня фізичної підготовленості; педагогічні (педагогічне спостереження, педагогічне тестування, педагогічний експеримент); психолого-педагогічні методи; методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичні методи. Під час здійснення аналізу та узагальнення даних науково-методичної літератури й інформаційних джерел мережі Інтернет, а також вивчення документальних матеріалів були встановлені основні пріоритетні напрями наукової роботи, а саме визначення проблематики важких порушень мови у дітей молодшого шкільного віку; характеристика особливостей організації процесу адаптивного фізичного виховання дітей із ВПМ; вивчення стану показників фізичного розвитку та фізичної підготовленості школярів цієї нозологічної групи; виявлення підходів, технологій і засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із важкими порушеннями мови.

2.1.2. Антропометричні методи. Вивчення основних соматометричних ознак морфологічного статусу дітей молодшого шкільного віку з важкими порушенням мови здійснювалося шляхом антропометричних вимірів. Вивчались такі антропометричні показники як довжина тіла (см), маса тіла (кг), окружність грудної клітки (см), життєва ємність легень (л), які є найбільш розповсюдженим і спрощеним варіантом визначення цих вимірів. Вимірювання проводилися за загальноприйнятими методиками.

2.1.3. Методи визначення рівня фізичного розвитку (метод індексів). Оцінка рівня фізичного розвитку дітей із ВПМ проводилась шляхом розрахунку: масо-ростового індексу Кетле, $\text{г}\cdot\text{см}^{-1}$; силового індексу, %; життєвого індексу, $\text{мл}\cdot\text{кг}^{-1}$; індексу Робінсона, ум. од.

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

Масо-ростовий індекс Кетле розраховувався згідно формули:

$$IK = MT / DT, \quad (2.1)$$

де ІК – індекс Кетле, $\text{г}\cdot\text{см}^{-1}$; МТ – маса тіла, г; ДТ – довжина тіла стоячи, см.

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

Таблиця 2.1

Шкала оцінки масо-ростового індексу Кетле, $\text{г}\cdot\text{см}^{-1}$ [48]

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

Для визначення сили м'язів-згиначів кисті використовували кистьову динамометрію, яка визначалась за загальноприйнятою методикою.

Силовий індекс визначався за формулою:

$$CI = SK / MT, \quad (2.2)$$

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

Оцінювався результат силового індексу за таблицею 2.2.

Таблиця 2.2

Оцінка результатів силового індексу, % [48]

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

Життєвий індекс визначався за формулою:

$$ЖІ = ЖЄЛ / МТ, \quad (2.3)$$

де ЖІ – життєвий індекс, мл·кг⁻¹; ЖЄЛ – життєва ємність легень, мл; МТ – маса тіла, кг.

Оцінювався результат життєвого індексу за таблицею 2.3.

Таблиця 2.3

Оцінка результатів життєвого індексу, мл·кг⁻¹[48]

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

Індекс Робінсона визначався за формулою:

$$ІР = ЧСС_{сп} \cdot АТ_{сист} / 100, \quad (2.4)$$

де ІР – Індекс Робінсона, ум. од.; ЧСС_{сп} – частота серцевих скорочень у стані спокою, уд/хв⁻¹; АТ_{сист} – систолічний артеріальний тиск, мм. рт. ст.

Оцінювався результат індексу Робінсона за таблицею 2.4.

Таблиця 2.4

Оцінка результатів індексу Робінсона, ум. од. [48]

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

2.1.4. Методи визначення рівня фізичної підготовленості. Загальна структура тестування фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку з важкими порушеннями мови включала у себе: біг 30 м (с), вис на зігнутих руках (для дівчат у полегшеному вихідному положенні) (с), стрибок у довжину з місця (см), човниковий біг 4x9 м (с), нахили тулуба з вихідного положення сидячи вперед із одночасним витягуванням рук уперед (см). Тестування проводилося за загальноприйнятими методиками.

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

Педагогічне спостереження. Метод педагогічного спостереження, що представляє собою спосіб безпосереднього сприйняття педагогічних явищ, процесів у їх дійсності та в динаміці природних умов нами використовувався як вид тривалих, систематичних, відкритих і цілеспрямованих дій з метою

фіксації та подальшої документальної реєстрації. Нами було проведене педагогічне спостереження за проведенням практичних занять з дисципліни «фізична культура» для молодших школярів з важкими порушеннями мови 1–4 класів і визначення рівня їхніх практичних умінь і навиків.

Педагогічний експеримент. Згідно визначення спеціальної науково-методичної літератури, педагогічний експеримент – це комплексний дослідницький метод, суть якого полягає в дослідженні педагогічного явища у спеціально створених умовах навчально-виховного процесу.

Педагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, що здійснювався з метою одержання вихідної інформації про фізичний розвиток і фізичну підготовленість, особливості психоемоційного стану досліджуваних дітей. Формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності впливу розробленої методики на динаміку окреслених показників.

Педагогічне тестування. Як показав аналіз літературних та інформаційних джерел, педагогічне тестування – це вид педагогічного діагностування, науково обґрунтована форма процесу вимірювання рівня практичних умінь і навичок, що базується на застосуванні спеціально підібраних і згрупованих у «батареї» педагогічних тестів.

У ході дослідження педагогічне тестування проводилось безпосередньо під час навчального процесу на уроках фізичної культури і було спрямоване на визначення рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості школярів з важкими порушеннями мови.

2.1.6. Психолого-педагогічні методи. З метою визначення психоемоційного стану та вивчення напрямку поведінки учнів молодших класів із важкими порушеннями мови був використаний метод психологічної діагностики – діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР) (Додатки А, Б). Цей метод широко застосовується у педагогічній практиці серед дітей старшого дошкільного віку під час перевірки готовності до переходу на

навчання до загальноосвітнього закладу або під час щорічних контрольних перевірних перевірок.

Перед проведенням тесту ДВОР досліджуваним роздавалися бланки, що містили 90 запитань стверджувального характеру. Якщо школярі з ними погоджувалися, ставився «+», не погоджувалися – «-».

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

Інтерпретація результатів відбувалася згідно з тестовими нормами (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Тестові норми діагностики вад особистісного розвитку

Шкали	Рівні						
	Низький	едньове	Середній	редньове	Високий	Дуже високий	Найзвичайно
Тривожність	-	1-2	3-5	6-7	8-10	-	-
Імпульсивність	-	1-2	3-6	6	8-10	-	-
Агресивність	-	1	2-5	6-7	8-9	10	-
Схильність до нечесної поведінки	-	0	1-4	5-6	7-8	9-10	-
Асоціальність	-	-	0-3	4	5-6	7	8-9
Замкнутість	-	0	1-5	6-7	8-9	10	-
Невпевненість	3	4-5	6-8	9-10	-	-	-
Екстернальність	-	1-2	3-6	7-8	9-10	-	-
Естетична нечутливість	-	1-2	3-4	5-6	7	8	9-10

Висновок про несприятливий варіант особистісного розвитку формулювався при отриманні результатів «вище середнього» не менше як за

трьома шкалами (визначено шляхом статистичних досліджень – три перевищення є вищими за середнє).

Якщо спостерігається:

- перевищення за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – це свідчить про недостатній фізичний розвиток дитини;
- перевищення за шкалами «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – про недостатній соціальний розвиток дитини;
- перевищення у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – про відхилення у особистісному розвитку дитини;
- високі показники за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» свідчать про негармонійний духовний розвиток дитини.

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

На даний час існує два варіанти тесту Люшера: короткий і повний. У ході проведення наших досліджень був застосований короткий варіант із використанням набору (таблиці) з 8 основних кольорів: синій (1), зелений (2), червоний (3), жовтий (4), фіолетовий (5), коричневий (6), чорний (7), сірий (8) [4].

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

Після здійснення вибору картка відкладалася й виконувався наступний вибір. Так продовжувалося доти, доки не залишалася жодної картки. Основна

увага експериментатора була спрямована на вибір перших двох кольорів. Через 2–3 хв тест повторювався для отримання достовірності результату [4].

2.1.6. Методи математичної статистики. Аналіз отриманих у ході дослідження даних виконувався за допомогою наступних методів математичної статистики: вибіркового методу, описової статистики, параметричної і непараметричної статистики [44]:

- для характеристики морфофункціональних показників, показників фізичної працездатності, прояву психоемоційного стану в ході проведення констатувального та формувального експериментів використовувалась описова статистика: обчислення вибіркового середнього арифметичного значення – \bar{x} , стандартного відхилення – σ ;
- для перевірки гіпотези про відповідність вибірових показників нормальному закону розподілу під час аналізу даних учнів із ВПМ як у ході здійснення констатувального, так і формувального експерименту нами був застосований критерій Шапіро-Уїлкі;
- для визначення достовірності відмінностей статистичних оцінок вибірових показників школярів з вадами мови в умовах констатувального експерименту, розподіл котрих відповідав нормальному закону, нами був застосований критерій Стьюдента;
- для порівняння даних на стадії формувального експерименту був проведений порівняльний аналіз показників критеріїв ефективності та визначення статистичної достовірності відмінностей між вибіровими показниками, розподіл яких не відповідав закону нормального розподілу, нами застосовувалися непараметричні критерії: знаків (для зв'язаних вибірок) і критерій Манна-Уїтні (для незв'язаних вибірок) [44].

У ході здійснення математичного аналізу даних приймалася статистична надійність $p=95\%$ (вірогідність помилки 5% , тобто рівень значущості $p=0,05$); математична обробка проводилася на персональному

комп'ютері з використанням програмних пакетів MS Excel XP, Statistica 6.0 (Statsoft, США).

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилось на базі сторожинецька загальноосвітня школа-інтернат I-III ступенів сторожинецької районної ради чернівецької області. У дослідженні взяли участь 11 учнів молодших класів із важкими порушеннями мови віком від 6 до 8 років.

Для проведення дослідження учні були поділені на 2 групи. Основну групу (ОГ) склали 5 учнів (4 хлопців і 2 дівчини). Контрольну групу (КГ) склали 4 учні (3 хлопці і 2 дівчини).

Під час проведення дослідження в основній групі застосовувалась розроблена методика адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі. У контрольній групі протягом періоду дослідження застосовувалась стандартна програма закладу.

Дослідження з перевіркою поставлених завдань та апробацією результатів і їх впровадження було проведене в чотири етапи:

- перший етап – аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; узгодити терміни проведення дослідження;
- другий етап – організація та проведення констатувального експерименту для отримання нових теоретичних і експериментальних даних стосовно визначення рівня фізичного розвитку, фізичної підготовленості та психоемоційного стану досліджуваних дітей; визначені організаційно-педагогічні умови інтеграції сучасних методів навчання і нових форм рухової активності у процес адаптивного фізичного виховання молодших школярів із важкими порушеннями мови;
- третій етап – наукове обґрунтування розробки та оцінки ефективності

- впровадження методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів дослідження основної та контрольної груп;
- четвертий етап – обробка отриманих результатів методами математичної статистики, оформлення роботи, апробація основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИКА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ДО НАВЧАННЯ У ШКОЛІ

3.1. Методичні основи побудови методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі

Основу розробки методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови склав аналіз навчально-методичної документації, розробленої і рекомендованої Міністерством освіти і науки України для спеціальних загальноосвітніх закладів для дітей із вадами розвитку.

Формулювання змісту структури методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови спиралось на положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навиків; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру [30]. Власні дослідження продовжили розпочату роботу вітчизняних і зарубіжних вчених і фахівців [27, 43] галузі адаптивного фізичного виховання, фізичної культури різних верств населення щодо розробки й впровадження в процес фізичного виховання дітей із ВПМ засобів АФВ.

Обґрунтування положень методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням дозованої ходьби – теренкуру – здійснювалось відповідно до фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання [48], рекомендацій фахівців адаптивного фізичного виховання [66] щодо вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання молодших школярів із важкими порушеннями мови у спеціальних навчальних закладах, величезного наукового здобутку у напрямі розробки та впровадження оздоровчих заходів для цього контингенту дітей [5], наукових даних з дослідження фізичного розвитку дітей із ВПМ [17] і застосування теренкуру у процесі адаптивного фізичного виховання школярів [12].

Змістовними компонентами методики стали: мета, завдання, принципи, етапи методики, методи та засоби й умови її практичної реалізації, а також критерії ефективності.

Розробка та експериментальне впровадження методики передбачало вирішення загальних і спеціальних завдань. Загальні завдання методики були спрямовані на зміцнення здоров'я дитини; сприяли формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховували потребу в різних видах рухової діяльності; розвивали фізичні якості. Специфічні завдання були спрямовані на створення спеціальних умови, що стимулювали фізичний розвиток, фізичну підготовленість та психоемоційний стан у цілому; здійснювали профілактику простудних та інфекційних захворювань; були спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку.

Завдання методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням дозованої ходьби були сформульовані відповідно до встановленої корекційно-розвивальної складової ланки освіти дітей із ВПМ та об'єднані за наступними напрямками:

- **ОСВІТНІ** – створення системи базових теоретичних знань і практичних умінь; ознайомлення з спеціалізованими напрямками сучасної системи

- знань; формування пізнавальної активності учня; розвиток всіх психічних властивостей особистості (пам'яті, уваги, уяви, мислення, представлення тощо); розширення світогляду та раціоналізація світосприйняття та власного пошуку;
- **ОЗДОРОВЧІ** – сприяння фізичному розвитку, фізичній підготовленості та покращенню психоемоційного стану дитини; підвищення рівня соматичного здоров'я та опірності організму до дії несприятливих факторів навколишнього середовища; розвиток необхідних умінь і навичок для самостійного життєзабезпечення; формування правильного психоемоційного ставлення до оточуючого середовища та можливості адаптації в ньому; профілактика сумісних патологій тощо;
 - **МОВЛЕННЄВІ** – заохочення, стимулювання та створення сприятливих умов для мовленнєвого спілкування дітей цієї нозологічної групи; створення сприятливого мовленнєвого середовища; розвиток та удосконалення навичок мовленнєвої діяльності; формування наочно-образних основ для удосконалення мовлення та єдності між мовленнєвими одиницями; формування навичок ситуативного спілкування; розширення словникового запасу учнів; розвиток граматичного ладу мовлення;
 - **КОМПЕНСАТОРНІ** – розвиток зорового сприймання для забезпечення свідомого сприйняття різних видів інформації; формування кінестетичних відчуттів; зосередження уваги на механізмі відтворення окремих складових фізичних рухів;
 - **ВИХОВНІ** – сприяння усвідомленню власних можливостей, розумінню прав та обов'язків соціально адаптованої особистості; розвиток цілеспрямованості діяльності, самоконтролю, вольової сфери учнів; формування впевненості у собі, усвідомлення своєї своєрідності, особистісної цінності; формування ототожнення учнями власної особистості як повноцінного громадянина; сприяння усвідомленню свого місця і ролі у соціумі; розвиток комунікаційних здібностей і здатностей до

вільного мовленнєвого спілкування та невимушеної поведінки у колективі.

Спеціальними завданнями розробленої методики стали:

- покращення стану здоров'я молодших школярів із важкими порушеннями мови, що навчаються у спеціальному загальноосвітньому закладі при взаємодії підвищення ефективності процесу адаптивного фізичного виховання;
- підвищення рівня фізичного та психоемоційного стану школярів із ВПМ під час занять адаптивним фізичним вихованням із включенням теренкуру;
- формування у дітей із важкими порушеннями мови потреби та мотивації у регулярних заняттях фізичними вправами оздоровчо-рекреаційної спрямованості [48, 62].

Розроблення методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням теренкуру здійснювалось на основі загальноприйнятих і спеціальних принципів адаптивного фізичного виховання [1]:

- принцип свідомості й активності спрямований на розвиток уміння раціонально сприймати, оцінювати й діяти в умовах сьогодення, де основним засобом пізнання сучасної реальності для дітей було спостереження, а механізм його активізації враховував специфіку мотиваційно-потребової сфери та зацікавленості таких учнів;
- принцип індивідуалізації передбачав індивідуальні особливості розвитку організму досліджуваних школярів, стану їхнього здоров'я, рівня фізичної підготовленості і можливості перенесення окремо дозованих і спрямованих фізичних навантажень, специфіку основної патології та наявність сумісної тощо;
- принцип доступності включав у себе можливість як для педагога, так і для самих учнів ознайомлюватись та вивчати навчальний матеріал, що відповідав специфіці їхньої зацікавленості, рівню та розвитку практичних

- умінь і навичок, можливості засвоєння навчальної інформації за допомогою сучасних, актуальних і простих у використанні методів і засобів, що включали в цей процес найбільше число сенсорних систем, емоційну сферу;
- принцип послідовності розкривав особливості формування рухових умінь і навичок у дітей із ВПМ, що потребував розширення застосування фізичних вправ, використання позитивного перенесення рухових навичок і чіткого контролю за їх виконанням;
 - принцип диференційно-інтегральних оптимумів втілювався у характері застосування оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень для дітей з урахуванням особливостей адаптаційних реакцій функціональних систем їхнього організму;
 - принцип систематичності базувався на закономірностях включення умовно-рефлекторної діяльності учнів на заняттях, а саме послідовність основних вправ відповідала вирішенню конкретних завдань кожного з етапів методики, підбір і повторюваність вправ – закономірностям «перенесення» рухових навичок і фізичних якостей, чергування навантажень і відпочинку – незмінному підвищенню функціональних можливостей організму дитини;
 - принцип чергування (розсіяного м'язового навантаження) був спрямований на урахування специфіки підбору, комбінаторності та включення засобів адаптивного фізичного виховання у навчальний процес дітей із важкими порушеннями мови задля оптимального розподілу роботи на кожному м'язову групу, раціоналізації відновлення організму учнів і попередження розвитку перевтоми;
 - принцип міцності передбачав формування у дітей системи повноцінних і точних уявлень, сприйняття і відчуття рухів для розвитку окремих умінь та автоматизованого засвоєння навичок.
- Поряд із загальноприйнятими принципами адаптивного фізичного виховання в основу розробки методики включені й спеціальні принципи:

- зв'язок отриманих знань і набутих умінь із життєвою практикою;
- урахування виховної й розвивальної спрямованості;
- всебічність і гармонійність змісту системи знань, умінь, навичок;
- концентризм на процесі теоретичного засвоєння та практичної діяльності **навчання.**

Основним засобом методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови став теренкур, тому що дозована ходьба є природним і найпоширенішим видом фізичної активності. Регулярна ходьба в достатній кількості і правильному темпі (щоб пульс перебував у межах оптимальної тренувальної зони) тренує серцево-судинну систему, впливає на фактори ризику серцево-судинних захворювань, знижує ризики їх виникнення. Заняття ходьбою впливають на загальний фізичний і психоемоційний стан дитини [32, 33].

Теренкур проводився регулярно, щодня, в неспекотний час доби і тільки при гарному самопочутті досліджуваних дітей. Тренування проводились не раніше, ніж через 2 год після прийому їжі. На заняттях дотримувалася питний режим. На підйомах стежили за швидкістю для підтримки заданої інтенсивності. Уважно ставилися до наявних симптомів: тренування припиняли при появі задишки і дискомфорту у верхній половині тулуба (груди, шия, плечі), посиленого серцебиття, тяжкості в голові тощо.

Ознакою гарної переносимості тренувань було рівне вільне дихання, почуття задоволеності, легка приємна фізична втома, здоровий сон. Заняття супроводжувалися правильним диханням, гарним настроєм, появою надзвичайно приємної втоми до кінця шляху.

Крім основного часу тренування, передбачалися періоди «впрацьовування» і «виходу з навантаження». Їх тривалість у середньому становила 5–10 хв. Використовувались низькоінтенсивні аеробні навантаження і вправи на розтяжку. Вправи підвищували кровопостачання м'язів і суглобів, дозволяли підготувати їх до ходьби, сприяли підвищенню

гнучкості й обсягу рухів у суглобах. Виконання вправ після тренування сприяло поступовому відновленню ЧСС і АТ.

Маршрути теренкуру прокладались по красивій пересіченій місцевості, захищеної від вітру, з чистим сухим повітрям. Ступінь навантаження при проходженні маршруту визначалась дистанцією, величиною кута підйому (від 3 до 20°), темпом ходьби, кількістю і тривалістю зупинок і іншими факторами. Перед початком тренувань була розроблена індивідуальна програма, заснована на оцінці ризиків, цілей і можливостей дітей. При призначенні навантаження визначали частоту тренувань, їх тривалість та інтенсивність.

Основний принцип застосування теренкуру, як елемента адаптивного фізичного виховання, визначався двома основними умовами: вибором початкового навантаження та поступовим збільшенням навантаження.

До вибору інтенсивності навантаження підходили диференційовано з урахуванням віку, способу життя, захворювань, наявності обмежень з боку опорно-рухового апарату. Діти основної групи, які були схильні до дії факторів ризику, починали заняття з інтенсивністю не вище 40 % від резервної ЧСС. Навіть повільна низькоінтенсивна ходьба зі швидкістю близько 3 км/год у нетренованих дітей надавала сприятливу дію, допомагала адаптуватися до навантаження і сприяла подальшому прогресу.

Для розвитку тренувального ефекту використовувалось поступове збільшення тривалості, частоти й інтенсивності тренувань до досягнення цільових значень: 150 хв на тиждень аеробної активності середньої інтенсивності (30–40 хв на день ходьби з інтенсивністю 55–75 % від максимальної ЧСС або 40–60 % від резервної ЧСС). Для отримання додаткових переваг для здоров'я дітям рекомендувалося збільшити навантаження середньої інтенсивності до 300 хв (5 год) на тиждень.

Узагальнення наукових даних дозволило сформулювати умови практичної реалізації розробленої методики:

- організаційні – відбір, розробка та впровадження засобів; змістовне

наповнення практичних занять з адаптивного фізичного виховання; підбір школярів з урахуванням встановленої патології та специфіки прояву мотиваційно-потребової сфери;

- дидактичні – використання індивідуального підходу при підборі засобів, дозуванні навантаження та відпочинку на практичних заняттях; підбір і розробка специфічних вправ і засобів теренкуру з метою покращення фізичного розвитку, фізичної підготовленості та психоемоційного стану дітей;
- соціально-адаптаційні – формування мотивації у молодших школярів із важкими порушеннями мови до організованих занять руховою активністю; підвищення рівня фізичної підготовленості та прояву практичних умінь у напрямі покращення показників власного фізичного стану.

Підготовча частина заняття була спрямована на ознайомлення з теоретичним навчальним матеріалом, підготовку функціональних систем організму школярів до майбутнього фізичного навантаження. Характерними особливостями цієї частини було поступове підвищення ЧСС, збільшення температури тіла, підготовка опорно-рухового апарату учнів до подальшого навантаження.

Основна частина заняття включала виконання фізичних вправ і вивчення основних умінь і навиків методики.

Заключна частина заняття об'єднувала фізичні вправи, спрямовані на зниження психічного і фізичного напруження окремих органів і систем організму, доведення їх до оптимального рівня для подальшої діяльності.

Формулювання основних положень обґрунтувало наступний крок у системі розробки методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням теренкуру, а саме підбору та комплектації методів і засобів – методичної основи (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Структура методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови

З метою визначення ефективності розробленої методики на початку і в кінці експериментального періоду були протестовані діти із важкими порушеннями мови контрольної й основної груп.

Таким чином, розроблена методика адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ВПМ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: поліпшення фізичного розвитку; підвищення фізичної підготовленості; покращення психоемоційного стану; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із важкими порушеннями мови до навчання. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формульованому педагогічному експерименті.

3.2. Дослідження ефективності методики адаптивного фізичного виховання дітей з важкими порушеннями мови

Після впровадження методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови були досягнуті певні результати, які визначались 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 формульовального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки. Для отримання більш точної інформації про ефективність розробленої методики діти із важкими порушеннями мови були поділені на дві групи (контрольну й основну).

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

3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей з важкими порушеннями мови. Для характеристики досліджуваних показників фізичного розвитку, фізичної працездатності та психоемоційного стану в ході проведення констатувального та формувального експериментів використовувалась описова статистика: обчислення вибіркового середнього арифметичного значення – \bar{X} , стандартного відхилення – σ .

Динаміка антропометричних показників дітей основної та контрольної груп наведені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Динаміка змін антропометричних показників досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
Довжина тіла, см		
ОГ (хлопці), n=4	119,6±8,3	125,6±5,8*
ОГ (дівчата), n=2	118,2±6,4	123,0±6,3*
КГ (хлопці), n=3	119,3±7,4	123,6±6,9
КГ (дівчата), n=2	118,5±6,8	122,2±5,7
Маса тіла, кг		
ОГ (хлопці), n=4	19,6±1,3	21,6±2,2*
ОГ (дівчата), n=2	18,9±1,1	21,3±1,8*
КГ (хлопці), n=3	18,4±2,1	22,1±1,7*
КГ (дівчата), n=2	18,5±1,2	20,5±1,4
ОГК, см		
ОГ (хлопці), n=4	74,5±0,3	79,8±0,3*
ОГ (дівчата), n=2	72,8±0,4	75,7±0,2*
КГ (хлопці), n=3	74,9±0,2	78,4±0,3
КГ (дівчата), n=2	73,1±0,3	74,8±0,2
ЖЄЛ, л		
ОГ (хлопці), n=4	2,8±0,1	3,3±0,1*
ОГ (дівчата), n=2	2,5±0,1	3,0±0,1*
КГ (хлопці), n=3	2,7±0,1	3,0±0,1
КГ (дівчата), n=2	2,4±0,1	2,6±0,1

Примітка. * – зміни ознаки, статистично значимі при $p < 0,05$.

Примітка збережена у цій і наступних таблицях.

Довжина та маса тіла дітей протягом дослідження поступово збільшувалась. Різниця у довжині тіла хлопців основної групи на контрольному етапі дослідження склала 6,0 см (вихідні результати: $119,6 \pm 8,3$ см, кінцеві: $125,6 \pm 5,8$ см). Збільшення у ваговому показникові дорівнює 2,0 кг порівняно з вихідними даними (вихідні результати: $19,6 \pm 1,3$ кг, кінцеві: $21,6 \pm 2,2$ кг). У хлопців контрольної групи різниця у довжині тіла склала 4,3 см (вихідні результати: $119,3 \pm 7,4$ см, кінцеві: $123,6 \pm 6,9$ см), маса тіла збільшилась на 3,7 кг (вихідні результати: $18,4 \pm 2,1$ кг, кінцеві: $22,1 \pm 1,7$ кг). Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у хлопців основної групи результати виявилися наступними: різниця між першим і кінцевим показниками дорівнює 5,3 см (вихідні результати: $74,5 \pm 0,3$ см, кінцеві: $79,8 \pm 0,3$ см), у хлопців контрольної групи – 3,5 см (вихідні результати: $74,9 \pm 0,2$ см, кінцеві: $78,4 \pm 0,3$ см). Значення життєвої ємності легень наприкінці дослідження у дітей основної групи змінились на 0,5 л (вихідні результати: $2,8 \pm 0,1$ л, кінцеві: $3,3 \pm 0,1$ л), в контрольній групі ця різниця дорівнює 0,3 л (вихідні результати: $2,7 \pm 0,1$ л, кінцеві: $3,0 \pm 0,1$ л).

Дівчата основної групи показали кінцеві результати, що також відрізняються від результатів початку дослідження. Різниця між показниками довжини тіла склала 4,8 см (вихідні результати: $118,2 \pm 6,4$ см, кінцеві: $123,0 \pm 6,3$ см), між показниками маси тіла – 2,4 кг (вихідні результати: $18,9 \pm 1,1$ кг, кінцеві: $21,3 \pm 1,8$ кг). У дівчат контрольної групи одержані результати також покращились, але з меншою дисперсією. Різниця значень довжини тіла дівчат дорівнює 3,7 см (вихідні результати: $118,5 \pm 6,8$ см, кінцеві: $122,2 \pm 5,7$ см), у масі тіла – 2,0 кг (вихідні результати: $18,5 \pm 1,2$ кг, кінцеві: $20,5 \pm 1,4$ кг). Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у дівчат така ситуація: різниця між показниками в основній групі дорівнює 2,9 см (вихідні результати: $72,8 \pm 0,4$ см, кінцеві: $75,7 \pm 0,2$ см), у дівчат контрольної – 1,7 см (вихідні результати: $73,1 \pm 0,3$ см, кінцеві: $74,8 \pm 0,2$ см). Значення життєвої

ємності легень наприкінці дослідження у дітей основної групи змінились на 0,5 л (вихідні результати: $2,5 \pm 0,1$ л, кінцеві: $3,0 \pm 0,1$ л), у контрольній групі ця різниця дорівнює 0,2 л (вихідні результати: $2,4 \pm 0,1$ л, кінцеві: $2,6 \pm 0,1$ л).

Одержані результати антропометричних значень свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким зростанням дітей у цей період. Між тим, різниця між значеннями обох груп незначна.

3.2.2. Динаміка показників фізичного розвитку дітей з важкими порушеннями мови. Впровадження методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови дало можливість отримати позитивні зміни серед показників фізичного розвитку досліджуваних дітей.

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

Таблиця 3.2

Динаміка змін середніх значень індексу Кетле досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
ОГ (хлопці), n=4	$321,6 \pm 2,3$	$292,5 \pm 2,7^*$
ОГ (дівчата), n=2	$330,8 \pm 2,7$	$303,4 \pm 2,5^*$
КГ (хлопці), n=3	$324,6 \pm 2,1$	$302,6 \pm 1,9$
КГ (дівчата), n=2	$328,3 \pm 2,0$	$309,2 \pm 2,3$

Отримані дані показали, що в основній групі хлопців середні значення індексу Кетле знизилися на $29,1 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$ (вихідні результати: $321,6 \pm 2,3 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$, кінцеві: $292,5 \pm 2,7 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$), а в основній групі дівчат – на $27,4 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$ (вихідні результати: $330,8 \pm 2,7 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$, кінцеві: $303,4 \pm 2,5 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$), що максимально наблизило отримані результати до показників норми. Отримані дані в контрольній групі хлопців показали, що середні значення індексу Кетле знизилися на $21,9 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$ (вихідні результати: $324,6 \pm 2,1 \text{ г}\cdot\text{см}^{-1}$, кінцеві:

302,6±1,9 г·см⁻¹), а в контрольній групі дівчат – на 19,1 г·см⁻¹ (вихідні результати: 328,3±2,0 г·см⁻¹, кінцеві: 309,2±2,3 г·см⁻¹), що також наблизило отримані результати до показників норми, але з меншою дисперсією.

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

Таблиця 3.3

Динаміка змін середніх значень індексу Робінсона досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{x} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
ОГ (хлопці), n=4	86,0±4,5	82,1±4,7*
ОГ (дівчата), n=2	95,3±7,6	89,3±3,4*
КГ (хлопці), n=3	86,1±4,1	79,0±4,3*
КГ (дівчата), n=2	94,1±6,4	92,2±4,1

Згідно з отриманими даними відбулося достовірне зниження розрахункових значень індексу Робінсона, що стало характерною ознакою оптимізації діяльності серцево-судинної системи серед хлопців і дівчат основної групи. Так, у хлопців основної групи розрахункові значення індексу Робінсона знизилися на 3,9 ум. од. (вихідні результати: 86,0±4,5 ум. од., кінцеві: 82,1±4,7 ум. од.), а у дівчат – на 5,9 ум. од. (вихідні результати: 95,3±7,6 ум. од., кінцеві: 89,3±3,4 ум. од.). В учнів контрольної групи результати майже не мали статистично значущої різниці і виявилися такими: хлопці – різниця 7,1 ум. од. (вихідні результати: 86,1±4,1 ум. од., кінцеві: 79,0±4,3 ум. од.), а у дівчат – різниця 1,9 ум. од. (вихідні результати: 94,1±6,4 ум. од., кінцеві: 92,2±4,1 ум. од. відповідно).

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

Таблиця 3.4

Динаміка змін середніх значень життєвого індексу досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
ОГ (хлопці), n=4	39,0±6,5	52,4±8,4*
ОГ (дівчата), n=2	32,2±6,7	46,3±5,2*
КГ (хлопці), n=3	38,6±5,3	48,2±5,7
КГ (дівчата), n=2	31,8±5,1	42,5±4,6

Встановлено, що середні значення життєвого індексу учнів основної групи у ході проведення експерименту змінилися у бік їх значного покращення: у хлопців середні розрахункові значення життєвого індексу збільшилися на 20,4 мл·кг⁻¹ (вихідні результати: 39,0±6,5 мл·кг⁻¹, кінцеві: 52,4±8,4 мл·кг⁻¹), у дівчат – на 14,1 мл·кг⁻¹ (вихідні результати: 32,2± 6,7 мл·кг⁻¹, кінцеві: 46,3±5,2 мл·кг⁻¹). В контрольній групі також відбулися зміни: у хлопців різниця склала 9,6 мл·кг⁻¹ (вихідні результати: 38,6± 5,3 мл·кг⁻¹, кінцеві: 48,2±5,7 мл·кг⁻¹), у дівчат – 10,7 мл·кг⁻¹ (вихідні результати: 31,8±5,1 мл·кг⁻¹, кінцеві: 42,5± 4,6 мл·кг⁻¹).

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

Таблиця 3.5

Динаміка змін середніх значень силового індексу досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
ОГ (хлопці), n=4	23,8±5,0	34,1±6,2*
ОГ (дівчата), n=2	21,6±4,8	28,5±4,5*
КГ (хлопці), n=3	24,1±4,8	31,2±5,0
КГ (дівчата), n=2	22,4±3,9	26,7±4,1

Виявлений достовірний приріст результатів силового індексу як серед хлопців, так і серед дівчат основної групи. Динаміка збільшення силового індексу у хлопців склала 10,3 ум. од. (вихідні результати: $23,8 \pm 5,0$ ум. од., кінцеві: $34,1 \pm 6,2$ ум. од.), у дівчат – 6,9 ум. од. (вихідні результати: $21,6 \pm 4,8$ ум. од., кінцеві: $28,5 \pm 4,5$ ум. од.). В контрольній групі результати виявились наступними: різниця показників у хлопців склала 7,1 ум. од. (вихідні результати: $24,1 \pm 4,8$ ум. од., кінцеві: $31,2 \pm 5,0$ ум. од.), у дівчат – 4,3 ум. од. (вихідні результати: $22,4 \pm 3,9$ ум. од., кінцеві: $26,7 \pm 4,1$ ум. од.).

Представлений аналіз отриманих результатів досліджень є науковим обґрунтуванням впровадження запропонованої методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, оскільки не тільки відзначає об'єктивні зміни, встановлені в ході дослідження, а й вказує на позитивну динаміку покращення функціонування систем організму дітей основної групи. В усіх показниках хлопців і дівчат контрольної групи виявлені результати не мали статистично значущої достовірності.

3.2.3. Динаміка показників фізичної підготовленості дітей з важкими порушеннями мови. Наступним етапом у дослідженні показників фізичного розвитку молодших школярів із важкими порушеннями мови у ході здійснення формульованого експерименту стало визначення рівня прояву фізичної працездатності (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Динаміка змін середніх значень фізичної підготовленості досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
	Біг 30 м, с	
ОГ (хлопці), n=4	$6,6 \pm 0,1$	$5,9 \pm 0,3^*$
ОГ (дівчата), n=2	$7,0 \pm 0,2$	$6,3 \pm 0,4^*$
КГ (хлопці), n=3	$6,7 \pm 0,1$	$6,2 \pm 0,2$
КГ (дівчата), n=2	$7,1 \pm 0,1$	$6,6 \pm 0,3$

Продовження таблиці 3.6

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
Човниковий біг 4x9 м, с		
ОГ (хлопці), n=4	14,6±1,2	12,1±0,9*
ОГ (дівчата), n=2	16,4±0,8	14,1±0,7*
КГ (хлопці), n=3	16,8±1,8	14,6±1,1
КГ (дівчата), n=2	16,9±1,9	14,8±1,2
Стрибок у довжину з місця, см		
ОГ (хлопці), n=4	109,0±8,5	116,2±8,1*
ОГ (дівчата), n=2	102,0±6,2	113,6±7,1*
КГ (хлопці), n=3	108,3±8,3	113,0±7,9
КГ (дівчата), n=2	100,1±6,0	105,0±6,9
Вис на зігнутих руках, с		
ОГ (хлопці), n=4	17,1±4,1	20,8±4,4*
ОГ (дівчата), n=2	11,9±2,0	13,4±2,0*
КГ (хлопці), n=3	17,0±3,9	19,6±4,2
КГ (дівчата), n=2	12,3±2,2	12,6±2,0
Нахили тулуба з в.п. сидячи з одночасним витягуванням рук уперед, см		
ОГ (хлопці), n=4	6,0±1,2	7,0±0,7*
ОГ (дівчата), n=2	6,2±1,2	7,8±0,5*
КГ (хлопці), n=3	5,0±1,4	6,2±1,2
КГ (дівчата), n=2	6,2±1,1	6,9±1,4

Аналіз показників фізичної підготовленості хлопців основної групи виявив, що одержані результати дітей мають розбіжності: протягом педагогічного експерименту індивідуальні результати кожного тесту послідовно поліпшувались як у дітей основної групи, так і у дітей контрольної, але дисперсія результатів суттєвіша у дітей основної групи.

В основній групі за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: 6,6±0,1 с, кінцеві: 5,9±0,3 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,5 с (вихідні результати: 14,6±1,2 с, кінцеві: 12,1±1,8 с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 7,2 см (вихідні результати: 109,0±8,5 см, кінцеві: 116,2±8,1 см), у результатах вису на зігнутих руках виявлено різницю у 3,7 с (вихідні результати: 17,1±4,1 с, кінцеві: 20,8±4,4 с) у бік збільшення.

Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,0 см (вихідні результати: $6,0 \pm 1,2$ см, кінцеві: $7,0 \pm 0,7$ см).

У хлопців контрольної групи кінцеві значення виявилися такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: $6,7 \pm 0,1$ с, кінцеві: $6,2 \pm 0,2$ с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,2 с (вихідні результати: $16,8 \pm 1,8$ с, кінцеві: $14,6 \pm 1,1$ с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,7 см (вихідні результати: $108,3 \pm 8,3$ см, кінцеві: $113,0 \pm 7,9$ см), у результатах вису на зігнутих руках виявлено різницю у 2,6 с (вихідні результати: $17,0 \pm 3,9$ с, кінцеві: $19,6 \pm 4,2$ с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,2 см (вихідні результати: $5,0 \pm 1,4$ см, кінцеві: $6,2 \pm 1,2$ см).

У дівчат основної групи за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: $7,0 \pm 0,2$ с, кінцеві: $6,3 \pm 0,4$ с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,3 с (вихідні результати: $16,4 \pm 0,8$ с, кінцеві: $14,1 \pm 0,7$ с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 11,6 см (вихідні результати: $102,0 \pm 6,2$ см, кінцеві: $113,6 \pm 7,1$ см), у результатах вису на зігнутих руках виявлено різницю у 1,5 с (вихідні результати: $11,9 \pm 2,0$ с, кінцеві: $13,4 \pm 2,0$ с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,6 см (вихідні результати: $6,2 \pm 1,2$ см, кінцеві: $7,8 \pm 0,5$ см).

У дівчат контрольної групи кінцеві значення виявилися такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: $7,1 \pm 0,1$ с, кінцеві: $6,6 \pm 0,3$ с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,1 с (вихідні результати: $16,9 \pm 1,9$ с, кінцеві: $14,8 \pm 1,2$ с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,9 см (вихідні результати: $100,1 \pm 6,0$ см, кінцеві: $105,0 \pm 6,9$ см), у результатах вису на зігнутих руках виявлено різницю у 0,3 с (вихідні результати: $12,3 \pm 2,2$ с, кінцеві: $12,6 \pm 2,0$ с) у бік збільшення.

Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 0,7 см (вихідні результати: 6,2±1,1 см, кінцеві: 6,9±1,4 см).

Аналіз наведених даних дозволив зробити висновок, що досліджувані хлопці і дівчата основної групи з важкими порушеннями мови випереджають за всіма визначеними показниками досліджуваних дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність.

3.2.4. Динаміка показників психоемоційного стану дітей з важкими порушеннями мови. Визначення рівня психоемоційного стану та дослідження специфіки особистісної поведінки молодших школярів із ВПМ у ході експерименту за результатами діагностики дало змогу встановити відмінності до та після впровадження методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови.

Характеристика особистісного розвитку дітей засвідчила покращення психоемоційного стану учнів основної групи (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Динаміка змін середніх значень психоемоційного стану за основними критеріями ДВОР досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
Отримання результатів «вище середнього», не менше як за трьома шкалами, %		
ОГ (хлопці), n=4	50,0±0,5	14,2±0,8
ОГ (дівчата), n=2	66,6±0,7	25,0±0,2
КГ (хлопці), n=3	50,0±0,4	27,3±0,1
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,4	30,2±0,2

Продовження таблиці 3.7

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
ПЕРЕВИЩЕННЯ ОТРИМАНИХ ЗНАЧЕНЬ ЗА ШКАЛАМИ «ТРИВОЖНІСТЬ»,		

«імпульсивність», «агресивність», %		
ОГ (хлопці), n=4	42,8±0,2	7,1±0,6*
ОГ (дівчата), n=2	66,6±0,3	8,3±0,1*
КГ (хлопці), n=3	52,1±0,5	22,4±0,4
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,3	14,6±0,1
Перевищення отриманих результатів за шкалами «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність», %		
ОГ (хлопці), n=4	50,0±0,6	14,2±0,3
ОГ (дівчата), n=2	75,0±0,8	8,3±0,4*
КГ (хлопці), n=3	50,0±0,3	23,4±0,1
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,8	19,2±0,3
Перевищення результатів діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість», %		
ОГ (хлопці), n=4	64,2±0,5	21,4±0,2*
ОГ (дівчата), n=2	83,3±0,2	16,6±0,7*
КГ (хлопці), n=3	59,3±0,2	21,4±0,1
КГ (дівчата), n=2	75,0±0,3	44,6±0,6
Високі показники за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість», %		
ОГ (хлопці), n=4	35,7±0,1	0,0±0,0
ОГ (дівчата), n=2	75,0±0,9	0,0±0,0
КГ (хлопці), n=3	38,1±0,3	15,5±0,1
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,1	21,3±0,3

Отримані дані дали змогу підсумувати, що в основній групі кількість хлопців із результатами «вище середнього», не менше як за трьома шкалами, знизилась на 35,8 % (вихідні результати: 50,0±0,5 %, кінцеві: 14,2±0,8 %), у значеннях за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – на 35,7 % (вихідні результати: 42,8±0,2 %, кінцеві: 7,1±0,6 %), за результатами шкал «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – на 35,8 % (вихідні результати: 50,0±0,6 %, кінцеві: 14,2±0,3 %), за значеннями діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – на 42,8 % (вихідні результати: 64,2±0,5 %, кінцеві: 21,4±0,2 %) і за високими показниками за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» – на 35,7 % (вихідні результати: 35,7±0,1 %, кінцеві: 0,0±0,0 %).

В основній групі кількість дівчат із результатами «вище середнього», не менше як за трьома шкалами, знизилась на 41,6 % (вихідні результати: 66,6±0,7 %, кінцеві: 25,0±0,2 %), у значеннях за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – на 58,3 % (вихідні результати: 66,6±0,3 %, кінцеві: 8,3±0,1 %), за результатами шкал «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – на 66,7 % (вихідні результати: 75,0±0,8 %, кінцеві: 8,3±0,4 %), за значеннями діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – на 66,7 % (вихідні результати: 83,3±0,2 %, кінцеві: 16,6±0,7 %) і за високими показниками за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» – на 75,0 % (вихідні результати: 75,0±0,9 %, кінцеві: 0,0±0,0 %).

В контрольній групі кількість хлопців із результатами «вище середнього», не менше як за трьома шкалами, знизилась на 22,7 % (вихідні результати: 50,0±0,4 %, кінцеві: 27,3±0,1 %), у значеннях за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – на 29,7 % (вихідні результати: 52,1±0,5 %, кінцеві: 22,4±0,4 %), за результатами шкал «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – на 26,6 % (вихідні результати: 50,0±0,3 %, кінцеві: 23,4±0,1 %), за значеннями діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – на 37,9 % (вихідні результати: 59,3±0,2 %, кінцеві: 21,4±0,1 %) і за високими показниками за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» – на 22,6 % (вихідні результати: 38,1±0,3 %, кінцеві: 15,5±0,1 %).

В контрольній групі кількість дівчат із результатами «вище середнього», не менше як за трьома шкалами, знизилась на 19,8 % (вихідні результати: 50,0±0,4 %, кінцеві: 30,2±0,2 %), у значеннях за шкалами «тривожність», «імпульсивність», «агресивність» – на 35,4 % (вихідні результати: 50,0±0,3 %, кінцеві: 14,6±0,1 %), за результатами шкал «схильність до нечесної поведінки», «асоціальність» – на 31,8 % (вихідні результати: 50,0±0,8 %, кінцеві: 19,2±0,3 %), за значеннями діагностики у шкалах «замкнутість», «невпевненість» – на 30,4 % (вихідні результати:

75,0±0,3 %, кінцеві: 44,6±0,6 %) і за високими показниками за шкалами «екстернальність» та «естетична нечутливість» – на 28,7 % (вихідні результати: 50,0±0,1 %, кінцеві: 21,3±0,3 %).

Оцінка психоемоційного стану дітей із важкими порушеннями мови під час проведення експерименту здійснена за результатами тесту Люшера (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка змін середніх значень психоемоційного стану за результатами тесту Люшера досліджуваних у процесі експерименту ($\bar{X} \pm \sigma$)

Група, стать	До дослідження	Після дослідження
Допоміжний колір, %		
ОГ (хлопці), n=4	35,7±0,5	28,6±0,8*
ОГ (дівчата), n=2	50,0±0,7	33,3±0,2*
КГ (хлопці), n=3	40,0±0,4	33,3±0,1
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,4	42,7±0,2
Основний колір, %		
ОГ (хлопці), n=4	64,3±0,5	71,4±0,8*
ОГ (дівчата), n=2	50,0±0,7	66,7±0,2*
КГ (хлопці), n=3	60,0±0,4	66,7±0,1
КГ (дівчата), n=2	50,0±0,4	57,3±0,2

Порівняльний аналіз даних показав, що серед дівчат і хлопців основної групи по завершенні експерименту спостерігалось покращення емоційного стану, підвищення зацікавленості і задоволення від занять, запропонованих нами у структурі методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, з'явилося прагнення уникнення конфліктів, перевага позитивних емоцій. У виборі кольорової гами переважали як у школярів, так і у школярок основної групи жовтий (46,7 %), зелений (26,2 %) та синій (11,9 %) кольори, що свідчить про прагнення до активності, спілкування, веселості, задоволеності, спокою, відчуття впевненості, наполегливості. Слід також відзначити, що 5,9 % хлопців із важкими порушеннями мови обрали під час повторного тестування червоний колір, що

свідчить про надмірну активність, збудження, спрямованість на позитивний результат, успіх. Головним залишається той факт, що у виборі кольорів при повторному тестуванні обстежуваними учнями були відсутні чорний і сірий, що вказує на зменшення тривожності, страху.

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

Таким чином, після проведення формувального експерименту можна з впевненістю констатувати, що одержані результати антропометричних значень свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким зростанням дітей у цей період, але, між тим, різниця між значеннями обох груп незначна.

Представлений аналіз отриманих результатів фізичного розвитку є науковим обґрунтуванням впровадження запропонованої методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, оскільки не тільки відзначає об'єктивні зміни, встановлені в ході досліджень, а й вказує на позитивну динаміку покращення функціонування провідних систем організму дітей основної групи. В усіх показниках хлопців і дівчат контрольної групи виявлені результати не мали статистично значущої різниці.

Аналіз наведених даних фізичної підготовленості дозволив зробити висновок, що досліджувані хлопці і дівчата основної групи з важкими порушеннями мови випереджають за всіма визначеними показниками досліджуваних дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність.

Дослідження динаміки показників в обох групах показали, що інтеграція у процес адаптивного фізичного виховання розробленої методики для дітей із важкими порушеннями мови має позитивний вплив на психоемоційний стан дітей цієї нозології, а застосування обраних методів і засобів сприяло відновленню, корекції та компенсації порушених психічних функцій у якості чинника психотерапевтичної профілактики.

Висновки до третього розділу

Оснoву розробки методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови склав аналіз навчально-методичної документації, розробленої і рекомендованої Міністерством освіти і науки України для спеціальних загальноосвітніх закладів для дітей із вадами розвитку. Формулювання змісту структури методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови спиралося на положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навиків; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру.

Обґрунтування положень методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням дозованої ходьби – теренкуру – здійснювалось відповідно до фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання, рекомендацій фахівців адаптивного фізичного виховання щодо вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання молодших школярів із важкими порушеннями мови у спеціальних навчальних закладах, величезного наукового здобутку у напрямі розробки та впровадження оздоровчих заходів для цього контингенту дітей, наукових даних з дослідження фізичного розвитку дітей із ВПМ і застосування теренкуру у процесі адаптивного фізичного виховання школярів.

Змістовними компонентами методики стали: мета, завдання, принципи, етапи методики, методи та засоби й умови її практичної реалізації, а також критерії ефективності.

Розробка та експериментальне впровадження методики передбачало вирішення загальних і спеціальних завдань. Загальні завдання методики були спрямовані на зміцнення здоров'я дитини; сприяли формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховували потребу в різних видах рухової діяльності; розвивали фізичні якості. Специфічні завдання були спрямовані на створення спеціальних умови, що стимулювали фізичний розвиток, фізичну підготовленість та психоемоційний стан у цілому; здійснювали профілактику простудних та інфекційних захворювань; були спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку.

Розроблення методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови з використанням теренкуру здійснювалось на основі загальноприйнятих і спеціальних принципів адаптивного фізичного виховання.

Основним засобом методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови став теренкур, тому що дозована ходьба є природним і найпоширенішим видом фізичної активності. Регулярна ходьба в достатній кількості і правильному темпі (щоб пульс перебував у межах оптимальної тренувальної зони) тренує серцево-судинну систему, впливає на фактори ризику серцево-судинних захворювань, знижує ризики їх виникнення. Заняття ходьбою впливають на загальний фізичний і психоемоційний стан дитини.

Після впровадження експериментальної методики адаптивного фізичного виховання дітей з важкими порушеннями мови були досягнуті певні результати, які визначались 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 формульовального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки.

Виконання наприкінці експерименту тестових завдань на визначення рівня фізичного розвитку, фізичної підготовленості та психоемоційного стану засвідчило покращення в дітей основної групи всіх показників. Це свідчить про позитивний вплив та ефективність розробленої методики.

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

РОЗДІЛ 4

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У молодшому шкільному віці закладаються основи психічного і фізичного здоров'я дитини. Одним із пріоритетних завдань, що стоять перед фахівцями з корекційної педагогіки, адаптивної фізичної культури та фізичної реабілітації, є формування у дітей із важкими порушеннями мови потреби в збереженні і зміцненні здоров'я, виховання ціннісного ставлення до нього, сприяння розвитку всіх фізіологічних систем, фізичного розвитку та розвитку фізичних якостей, які в подальшому визначають темп, характер функціонування організму, що росте.

Мова являє собою дуже складний фізіологічний, розумовий, психічний, сенсомоторний, мовний процес. Важке порушення мови виділяється як самостійне порушення, але іноді спостерігається при найбільш складних формах мовленнєвої патології: алалії, афазії, ринолалії, дизартрії. Порушення мови має різне походження і, відповідно, різну структуру аномальних проявів. Отже, важке порушення мови є системним порушенням всіх структур мови, що виникає під впливом біологічних і соціальних факторів.

До групи дітей з важкими порушеннями мови відносяться діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови при ринолалії, легким ступенем дизартрії; загальним недорозвиненням мови всіх рівнів мовного розвитку при дизартрії, ринолалії, алалії і т.д., у яких є порушення всіх компонентів мови.

Неповноцінна мовна діяльність накладає відбиток на формування у дітей сенсорної й інтелектуальної сфер. Мовна патологія негативно впливає на розвиток нервово-психічних і пізнавальних процесів, отже, у дітей із важкими порушеннями мови відзначається відставання темпу психофізичного розвитку, відстає від норми формування уваги, пам'яті, мислення, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що проявляється в незрілості психічних і фізичних функцій.

Можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із важкими порушеннями мови дуже великі. Використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей з патологіями мови визначаються важливою роллю м'язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м'язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м'язової, серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в навчальному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м'язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями мови повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальні завдання для спеціальних і загальноосвітніх шкільних установ і специфічні завдання, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень опорно-рухового апарату, фізичного розвитку.

Загальні завдання мають зміцнювати здоров'я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності). Специфічні завдання повинні створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток, фізичну підготовленість і психоемоційний стан у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку. Ці завдання для дітей із важкими порушеннями мови можливо втілити засобами адаптивного фізичного виховання.

Отже, аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми дозволив з'ясувати основні можливості побудови методики для дітей із ВПМ молодшого шкільного віку з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку і визначити засоби корекційно-реабілітаційного впливу.

Розроблена методика адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ВПМ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: поліпшення фізичного розвитку; підвищення фізичної підготовленості; покращення психоемоційного стану; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із важкими порушеннями мови до навчання. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формульованому педагогічному експерименті.

Дані, отримані після впровадження методики адаптивного фізичного виховання дітей з важкими порушеннями мови, свідчать про достовірне покращення показників їхнього стану здоров'я та психофізичного стану, що доводить ефективність підібраних засобів у запропонованій методиці.

ВИСНОВКИ

Аналіз літературних джерел довів інтерес фахівців і актуальність формування у дітей із важкими порушеннями мови потреби в збереженні і зміцненні здоров'я, виховання ціннісного ставлення до нього, сприяння розвитку всіх фізіологічних систем, фізичного розвитку та розвитку фізичних якостей, які в подальшому визначають темп, характер функціонування організму, що росте.

До групи дітей з важкими порушеннями мови відносять дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мови при ринолалії, легким ступенем дизартрії; загальним недорозвиненням мови всіх рівнів мовного розвитку при дизартрії, ринолалії, алалії і т.д., у яких є порушення всіх компонентів мови.

Неповноцінна мовна діяльність накладає відбиток на формування у дітей сенсорної й інтелектуальної сфер. Мовна патологія негативно впливає на розвиток нервово-психічних і пізнавальних процесів, отже, у дітей із важкими порушеннями мови відзначається відставання темпу психофізичного розвитку, відстає від норми формування уваги, пам'яті, мислення, фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що проявляється в незрілості психічних і фізичних функцій.

Можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із важкими порушеннями мови дуже великі. Використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей з патологіями мови визначаються важливою роллю м'язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м'язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м'язової, серцево-судинної, дихальної та інших найважливіших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в навчальному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи

рівень функціонального стану м'язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Адаптивне фізичне виховання дітей із порушеннями мови повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальні завдання для спеціальних і загальноосвітніх шкільних установ і специфічні завдання, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень опорно-рухового апарату, фізичного розвитку.

Загальні завдання мають зміцнювати здоров'я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності). Специфічні завдання повинні створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток, фізичну підготовленість і психоемоційний стан у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку. Ці завдання для дітей із важкими порушеннями мови можливо втілити засобами адаптивного фізичного виховання.

Основу розробки методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі склав аналіз навчально-методичної документації, розробленої і рекомендованої Міністерством освіти і науки України для спеціальних загальноосвітніх закладів для дітей із вадами розвитку. Формулювання змісту структури методики адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови спиралось на положення теорії і методики адаптивного фізичного виховання, в процесі якого вирішуються наступні задачі: загальні – освітні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навиків; розвиток рухових здібностей тощо) та специфічні завдання, а саме:

корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості адаптивного фізичного виховання дітей із важкими порушеннями мови, обумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень, фізичного, психічного, інтелектуального характеру.

Обґрунтування положень методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі з використанням дозованої ходьби – теренкуру – здійснювалось відповідно до фундаментальних засад теорії і методики фізичного виховання, рекомендацій фахівців адаптивного фізичного виховання щодо вдосконалення навчального процесу з фізичного виховання молодших школярів із важкими порушеннями мови у спеціальних навчальних закладах, величезного наукового здобутку у напрямі розробки та впровадження оздоровчих заходів для цього контингенту дітей, наукових даних з дослідження фізичного розвитку дітей із ВПМ і застосування теренкуру у процесі адаптивного фізичного виховання школярів.

Змістовними компонентами методики стали: мета, завдання, принципи, етапи методики, методи та засоби й умови її практичної реалізації, а також критерії ефективності.

Розробка та експериментальне впровадження методики передбачало вирішення загальних і спеціальних завдань. Загальні завдання методики були спрямовані на зміцнення здоров'я дитини; сприяли формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховували потребу в різних видах рухової діяльності; розвивали фізичні якості. Специфічні завдання були спрямовані на створення спеціальних умови, що стимулювали фізичний розвиток, фізичну підготовленість та психоемоційний стан у цілому; здійснювали профілактику простудних та інфекційних захворювань; були спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку.

Розроблення методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі з використанням теренкуру здійснювалось на основі загальноприйнятих і спеціальних принципів адаптивного фізичного виховання.

Основним засобом методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі став теренкур, тому що дозована ходьба є природним і найпоширенішим видом фізичної активності. Регулярна ходьба в достатній кількості і правильному темпі (щоб пульс перебував у межах оптимальної тренувальної зони) тренує серцево-судинну систему, впливає на фактори ризику серцево-судинних захворювань, знижує ризику їх виникнення. Заняття ходьбою впливають на загальний фізичний і психоемоційний стан дитини.

Після впровадження експериментальної методики адаптації дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення до навчання у школі були досягнуті певні результати, які визначались 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 фізичного розвитку, фізичної підготовленості та психоемоційного стану засвідчило покращення в дітей основної групи всіх показників. Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в основній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній, що свідчить про ефективність розробленої методики.

Схожість

Джерела з Інтернету

79

1	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_rychok_t.m.pdf	13.4%
3	https://pedscience.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/01/37-1.pdf	1.92%
5	http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/25569/100355164.pdf;sequence=1	3 джерела 1.69%
6	https://www.studsell.com/view/108158/?page=5	1.52%
9	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_demyanchuk_o.g.pdf	1.08%
11	https://www.ua-referat.com/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D1%84%D0%BE%D1%80...	7 джерел 1.05%
13	https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/5498/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%...	0.6%
15	http://www.studcon.org/harakterystyka-leksychnoyi-storony-movlennya-u-ditey-iz-znm	0.43%
16	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_myhalchuk_a.d.pdf	4 джерела 0.42%
17	http://socio.125mb.com/fizicheskoe-vospitanie-19954.html	0.38%
19	https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=788526	3 джерела 0.29%
21	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/3723/%D0%9C%D0%B0%D1%86%D0%B0%D0%BA.pdf?sequenc...	0.15%
22	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/3724/%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%88%D0%...	11 джерел 0.13%
24	https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/81627/1/Kravchenko_running.pdf	2 джерела 0.13%
27	http://eprints.zu.edu.ua/8116/1/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F%20%D0%9D%D0%B5%D1%87%D0%B8...	0.1%
28	http://4ua.co.ua/psychology/qa3ad68b5d43a88421306d27_0.html	0.09%
29	https://gvput.com.ua/81564	3 джерела 0.08%
31	https://www.webqc.org/balancedchemical-equations-210822-1.html	30 джерел 0.07%
34	https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/81632	0.07%
36	https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-5-uk/glava-1-osnovi-elektrokardiografii	0.06%

38	https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/conferences/issue/download/2019-03-31/75	0.06%
39	https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2017/05/11-1.pdf	0.06%
41	http://shag.com.ua/materiali-treteoyi-shorichnoyi-regionalenoyi-studentsekoyi-kon.html?page=2	2 Джерела 0.06%

Джерела з Бібліотеки

87

2	Студентська робота	ID файлу: 1013815253	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	5.99%
4	Студентська робота	ID файлу: 1013555687	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	1.89%
7	Студентська робота	ID файлу: 1010162489	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	1.39%
8	Студентська робота	ID файлу: 1013555662	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	1.35%
10	Студентська робота	ID файлу: 1009876151	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	1.08%
12	Студентська робота	ID файлу: 1009829389	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	1.01%
14	Студентська робота	ID файлу: 1013885288	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	2 Джерела 0.52%
18	Студентська робота	ID файлу: 1009835554	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.35%
20	Студентська робота	ID файлу: 1013742569	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	2 Джерела 0.17%
23	Студентська робота	ID файлу: 1011522396	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	40 Джерела 0.13%
25	Студентська робота	ID файлу: 1010214744	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	24 Джерела 0.13%
26	Студентська робота	ID файлу: 1013644713	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.11%
30	Студентська робота	ID файлу: 1009843898	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.08%
32	Студентська робота	ID файлу: 1013809622	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	2 Джерела 0.07%
33	Студентська робота	ID файлу: 1013521750	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	3 Джерела 0.07%
35	Студентська робота	ID файлу: 1013486798	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.06%
37	Студентська робота	ID файлу: 1012952669	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.06%
40	Студентська робота	ID файлу: 1013584382	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.06%

42 Студентська робота ID файлу: 1010162488 Навчальний заклад: Open International University of Human Deve... 0.06%

43 Студентська робота ID файлу: 1013646784 Навчальний заклад: Open International University of Human Deve... 0.06%