

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

ID перевірки:
1014295242

Дата перевірки:
10.03.2023 09:19:33 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
10.03.2023 09:20:29 EET

ID користувача:
100011298

Назва документа: Сиротюк Надія магістерська

Кількість сторінок: 68 Кількість слів: 14614 Кількість символів: 114733 Розмір файлу: 456.86 KB ID файлу: 1014026628

16.2% Схожість

Найбільша схожість: 4.22% з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: 1013555662)

10.5% Джерела з Інтернету

235

Сторінка 70

6.73% Джерела з Бібліотеки

37

Сторінка 71

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	10
1.1. Етіопатогенез мовленнєвих порушень та їх вплив на психофізичний розвиток молодших школярів.....	10
1.2. Особливості розвитку рухової сфери слабчуючих молодших школярів зі сколіотичною поставою.....	19
1.3. Дослідження використання засобів адаптивної фізичної реабілітації у програмах профілактики та корекції сколіотичної постави слабчуючих дітей молодшого шкільного віку.....	26
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	34
2.1. Методи дослідження.....	34
2.1.1. Теоретичні методи.....	34
2.1.2. Педагогічні методи.....	34
2.1.3. Антропометричні методи.....	36
2.1.4. Методи визначення функціонального стану.....	36
2.1.5. Методи оцінювання фізичної підготовленості.....	36
2.1.6. Метод фотометрії.....	37
2.1.7. Метод визначення біогеометричного профілю постави	38
2.1.8. Методи математичної статистики.....	38
2.2. Організація дослідження.....	39
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....	40
3.1. Обґрунтування методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення.....	40
3.2. Дослідження ефективності методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення...	48
Висновки до третього розділу.....	63
РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	67

	3
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск;

АТдіаст – діастолічний артеріальний тиск;

АТсист – систолічний артеріальний тиск;

в.п. – вихідне положення;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

дБ – децибели;

ЕГ – експериментальна група;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

КГ – контрольна група;

ЛГ – лікувальна гімнастика;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

ОГК – окружність грудної клітки;

ОРА – опорно-руховий апарат;

ССС – серцево-судинна система;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

ВСТУП

Актуальність дослідження. В основних положеннях Національної доктрини розвитку освіти України в XXI столітті наголошується на необхідності оновлення змісту та вдосконалення системи освіти дітей з особливими потребами, впровадження нових підходів, форм і методів навчання і виховання, що забезпечують потреби розвитку особистості, сприяють її максимальній фізичній та психічній реабілітації, соціалізації та інтеграції в суспільство (Євсєєв С. П., 2015; Павлінко А. О., 2019). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже 7% населення нашої країни страждають від часткової або повної втрати слуху (Ващенко Л. В., 2016). За даними МОН, в Україні близько 15 тис. школярів з вадами слуху, з них майже 7 тис. – глухі та 8 тис. – слабочуючі діти шкільного віку (Лещий Н.П., 2018).

Вченими (Добриніна Л. А., 2015; Рубашна О. Ф., 2018) доведено, що стійке порушення слуху у дітей призводить до недостатнього розвитку мовленнєвої функції, функціональних розладів фізіологічних систем (серцево-судинної, дихальної, опорно-рухової), зниження рухової активності та недостатнього рухового досвіду. На думку вчених (Губарева Н.В., 2019; Джевага В.В., 2016), втрата слуху зумовлює у дітей молодшого шкільного віку відставання у розвитку таких психічних процесів, як сприйняття, пам'ять, мислення, пізнання, увага, уява, формування усної мови. мовлення, що ще більше ускладнює їх соціальну інтеграцію.

Дослідженнями спеціалістів (Круцевич Т. Ю., 2018; Йосип Петрович Вінник, 2010) доведено, що розвиток дітей з вадами слуху неможливий без засобів адаптивного фізичного виховання та фізичної реабілітації, які забезпечують необхідний рівень моторного розвитку, профілактика та корекція порушень рухової функції. Відомо (Махназ К., 2010, Сторожик А.І., 2013), що слабочуючі та глухі діти відстають у темпі біологічного дозрівання, у них спостерігаються порушення діяльності серцево-судинної та дихальної систем, спостерігаються відхилення в функції опорно-рухового апарату.

Сьогодні існує достатня кількість робіт, присвячених вирішенню проблем корекції рухових порушень у дітей з порушеннями слуху. Наприклад, Байкіна Н.Г. (2015) розроблено методику спеціальної корекційної роботи з урахуванням структури дефекту та індивідуальних особливостей дітей з порушенням слуху. І. В. Хмельницької (2016) розроблено технологію програмування занять з фізичної культури на основі комп'ютерних систем контролю рухових якостей молодших школярів з вадами слуху. Методику корекції соматичного здоров'я та рухової сфери слабочуючих дітей молодшого шкільного віку з використанням українських народних ігор запропонувала І. П. Випасняк (2007). Авдеєнко Є. С. (2010) запропоновано методику розвитку музично-ритмічних рухів у слабочуючих учнів молодших класів.

Вітчизняні дослідники (Кашуба В. О., 2019; Потапчук А. А., Дідур М. Д., 2011) вказують на тісний зв'язок між станом опорно-рухового апарату та здоров'ям дитини. Вони вважають, що відсутність відхилень у стані опорно-рухового апарату є необхідною умовою нормального функціонування органів і систем, розвитку дитини, організму в цілому, підвищення працездатності дітей і зміцнення їх здоров'я.

Дослідження інших спеціалістів (О. М. Бондар, 2019; Ю. М. Фурман, 2012; А. І. Альошина, 2018) показують, що близько 70% здорових дітей, які вступають до першого класу загальноосвітньої школи, мають різні функціональні порушення опорно-рухового апарату. опорно-рухового апарату, зокрема порушення постави у сагітальній та фронтальній площинах, плоскостопість тощо, а у 5–6 класах порушення постави спостерігаються майже у 50% дітей (І. В. Хмельницька, 2016; В. В. Вербіна, 2011). За даними спеціальної літератури, ще більше патологічних відхилень у стані опорно-рухового апарату спостерігається у дітей з порушеннями слуху (Афанасьєва О. С., 2014; Насралла З. Х. А., 2014).

На жаль, аналіз спеціальної літератури доводить, що лише поодинокі дослідження присвячені корекції порушень постави у слабочуючих школярів

молодшого шкільного віку засобами адаптивного фізичного виховання та фізичної реабілітації (Кашуба В.О., Насралла З.Х.А. , 2008; Шатунов Д. А. , 2013). Крім того, частина наукових праць присвячена дошкільному, середньому та старшому шкільному віку, а діти молодшого шкільного віку залишаються поза увагою спеціалістів, оскільки відомо, що молодший шкільний вік – це період, що супроводжується початковими змінами в діяльність усіх фізіологічних систем, серцево-судинної системи, збільшується м'язова маса, розвивається витривалість і координація рухів, формується і змінюється постава (Бальсевич В. К., 2019, Круцевич Т. Ю., 2017). Крім того, роботи цього плану (А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб, 2015) присвячені проблемам адаптивного фізичного виховання та адаптивної фізичної рекреації, а використання засобів адаптивної фізичної реабілітації представлено неповно або фрагментарно. Отже, враховуючи те, що кількість слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою неухильно зростає, виникає необхідність дослідження функціонального стану опорно-рухового апарату, серцево-судинної та дихальної систем у вищезазначеного контингенту. з метою розробки методики адаптивної фізичної реабілітації, спрямованої на профілактику прогресування та корекцію сколіотичної постави у дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху. Отже, актуальність даної проблеми, її недостатня теоретична розробленість, вимоги сучасної шкільної практики зумовили вибір теми дослідження: «Соціально-психологічна адаптація дітей з порушеннями мовлення».

Мета дослідження: науково обґрунтувати та розробити методику соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення.

Завдання дослідження:

1. Вивчити й узагальнити сучасні науково-методичні джерела, результати вітчизняного і зарубіжного досвіду з проблеми соціально-психологічної адаптації та профілактики і корекції сколіотичної постави слабочуючих дітей молодшого шкільного віку.

2. Визначити особливості фізичного розвитку та функціонального стану хребетного стовпа, серцево-судинної і дихальної систем дітей з порушеннями мовлення молодшого шкільного віку.
3. Обґрунтувати та розробити методику соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення молодшого шкільного віку та визначити її ефективність.

Об'єкт дослідження: процес соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

Предмет дослідження: методика соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення молодшого шкільного віку.

Методи дослідження. Відповідно до мети роботи та для вирішення поставлених у роботі завдань були використані наступні методи дослідження: теоретичний, педагогічний, антропометричний методи, методи визначення функціонального стану, методи оцінки фізичної підготовленості, метод фотометрії, метод визначення біогеометричного профілю постави, методи математичної статистики.

Експериментальна база дослідження: Полтавська спеціальна школа Полтавської обласної ради.

4. **Практична значущість роботи.** Розроблено методику соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення молодшого шкільного віку. Результати дослідження можуть бути використані при створенні методик і програм профілактики захворювань опорно-рухового апарату слабочуючих дітей молодшого шкільного віку в освітньому середовищі загальноосвітніх шкіл, реабілітаційних центрів, санаторіїв і фізкультурних кабінетів; матеріали та результати дослідження можуть бути використані в системі профілактичної роботи з усунення зазначених недоліків з учнями-підлітками, а також під час розробки навчально-методичного забезпечення адаптивного фізичного виховання та адаптивної фізичної реабілітації в спеціалізованих навчальних закладах.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Етіопатогенез мовленнєвих порушень та їх вплив на психофізичний розвиток молодших школярів

Сьогодні, згідно з оприлюдненими даними ВООЗ, кожен десятий житель планети є інвалідом, тобто людиною з обмеженими життєвими можливостями. Сьогодні рівень інвалідності жителів планети сягає показника понад мільярд осіб або 15% [5]. В Україні кількість осіб з інвалідністю становить майже 2 млн 800 тис. осіб, або 6,1% від загальної чисельності населення [21]. Ці дані свідчать про гостроту та поширеність проблеми інвалідності. На жаль, в Україні також стрімко відбувається процес інвалідизації дитячого контингенту. Кількість дітей-інвалідів за віком становить: до 3 років 5% 8%; 3-6 років 16,7%; 7-13 років 58,1%; 14-15 років – 19,4% [21]. Загальносвітова тенденція до збільшення кількості осіб з обмеженими можливостями спонукає наукову спільноту до пошуку найбільш ефективних педагогічних методів і прийомів, спрямованих на мобілізацію всіх компенсаторних можливостей, що сприятиме їх успішній соціалізації [41].

Фахівці [40, 50], які займаються дослідженням даної проблеми, відзначають, що нагальною потребою сучасної системи освіти є формування освітньо-корекційного простору для дітей з обмеженими можливостями, який забезпечить не тільки здобуття освіти, а й формування соціально-побутової моделі особистості дитини. Як зазначається в працях В. М. Мухіна [53], це дозволить школярам з обмеженими можливостями реалізувати свій природний потенціал та інтегруватися в суспільство. У зв'язку з цим виникає

необхідність пошуку заходів, спрямованих на попередження інвалідності населення та створення системи ефективної реабілітації осіб з інвалідністю, що є важливим напрямком державної соціальної політики України [53].

1. Загальні зусилля державних органів, науковців і практиків спрямовані на пошук шляхів оптимального використання засобів фізичної реабілітації для зміцнення здоров'я, досягнення необхідного рівня працездатності та адаптації людей з обмеженими можливостями в суспільстві. Організацію їх занять руховою діяльністю здійснюють органи охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо [19]. Розуміння рівності як права дитини бути такою, як більшість інших, поступається визнанню унікальності кожної особистості та права особистості на збереження та розвиток власної індивідуальності [24]. Оскільки розвиток дитини відбувається, насамперед, у процесі чуттєвого сприйняття навколишнього світу, що пов'язано з діяльністю різних органів чуття: зору, слуху, смаку тощо, сприйняття навколишнього світу через слух забезпечує можливість «озвучити» все, що відбувається навколо, значно повніше відобразити, наситити звуковими образами [47]. При цьому складні, комплексні розлади, в тому числі розлади слуху та інших систем, можуть виникати під впливом різних причин і в різний час.

2. Сьогодні існують різні погляди на причини розладів слуху. Причини розвитку слухових патологій у дітей, а також частота слухових розладів різні, що зумовлено соціальними, економічними, демографічними факторами, а також рівнем розвитку медицини [9].

3. Серед причин погіршення слуху можна назвати:

Вроджена (спадкова глухота) - зниження слуху спостерігається у 15-20% дітей, причинами якого є: токсикоз вагітності, вірусна інфекція матері, травматичне ураження плода, а також «поломки» в генах, які несуть інформацію про розвиток органів слуху ембріона, а саме вроджену деформацію слухових кісточок, недорозвинення слухового нерва, оклюзію (недорозвинення внутрішнього вуха), відсутність барабанної перетинки,

атрезію (зарощення зовнішнього слухового проходу) . Найчастіше ці порушення вже є в організмі батьків, дитина їх просто успадковує. Спадкова глухота може передаватися від батьків до дітей і далі, з покоління в покоління.

4. Набуті (набута глухота і приглухуватість) – ураження нормально розвинених органів слуху внаслідок дії різних несприятливих факторів (внаслідок перенесених дитиною інфекційних захворювань, як правило, до 3 років, таких як: вірусний грип, паротит, кір, скарлатина; запальні захворювання носа та носоглотки; неврит слухового нерва; нейроінфекції: менінгіт, енцефаліт; механічні ушкодження голови - забиті місця, удари; вплив екстремальних звукових подразників тощо. % дітей з порушенням слуху [9].

Фахівцями [11, 18] встановлено, що у слабочуючих і глухих дітей з ранніми або вродженими вадами слуху відстають у розвитку статичні та локомоторні функції. Діти часто не мають того рухового досвіду, який є досі: вони не вміють швидко бігати, стрибати, повзати, робити найпростіші рухи. Для багатьох слабочуючих і глухих дітей характерні порушення дрібної моторики, які згодом впливає на формування різних видів діяльності дітей. При виконанні багатьох рухів, у тому числі побутових, діти з порушеннями слуху створюють надмірний шум, неритмічні та повільні рухи [18].

Встановлення причин порушень слуху в деяких випадках досить складне і визначається: по-перше, можливим впливом кількох шкідливих факторів одночасно; по-друге, ця ж причина може викликати спадкове, вроджене або набуте порушення слуху.

У дітей з вадами слуху всіх груп також можуть бути додаткові первинні порушення з боку різних органів і систем. Відомо кілька форм спадкових порушень слуху, які поєднуються з порушеннями зору, шкіри, нирок та інших органів (синдром Ашера, Альстрема, Варденбурга, Альпорта, Пендреля та ін.) [22].

Майже у 70% дітей з вадами слуху втрата слуху зазвичай супроводжується як супутніми захворюваннями, так і вторинними відхиленнями. За словами Байкіної Н.Г. [10], порушення слуху супроводжуються порушенням функцій вестибулярного апарату, затримкою моторного і психічного розвитку, порушенням мови, пам'яті, уваги, мислення; за дослідженнями Ляхової І.М.[45] – порушеннями рівноваги, ритмічності, точності рухів, реактивних здібностей, просторово-часової орієнтації, рухової пам'яті, постави та ОРА, захворюваннями дихальної системи та вегетативно-соматичними розладами.

Слух – це здатність організму сприймати та розрізняти звуки за допомогою звукового аналізатора [16]. Адекватним подразником для слухового аналізатора є звук, який є коливальними рухами навколишнього середовища (повітря, води, землі тощо). Вухом людини здатне сприймати звуки в діапазоні від 16–20 до 16 000–20 000 Гц, що характеризує значну чутливість слухового сприймання. Найбільш адекватне розуміння дитиною звуків відбувається в діапазоні від 1000 до 3000 Гц, в якому переважно здійснюється мовленнєве спілкування. Другим фізіологічним параметром є інтенсивність звуку, яка відповідає фізіологічному параметру гучності звуку. Третій параметр – тривалість. Спектр звуку також є важливим параметром [47]. Весь комплекс цих звуків забезпечує дитині адекватне уявлення про навколишню дійсність і правильну орієнтацію в просторі. Звукомовлення, яке формується на основі повноцінного звукосприймання, є важливим засобом спілкування та пізнання навколишнього світу [18].

За характером слухової функції виділяють розлади слуху [13]:

- звукопровідна (кондуктивна) форма – враховується характер патологічного процесу, його локалізація: порушення слуху, спричинені захворюваннями чи порушеннями зовнішнього чи середнього вуха;
- звукосприймаюча (перцептивна) форма - є результатом пошкодження ніжних сенсорних клітин у внутрішньому вусі або нервів, пов'язаних з ними.

Така втрата слуху може коливатися від легкої до важкої. Часто це заважає дитині чути одні частоти краще за інші, тобто навіть після посилення звуку дитина з цією формою порушення слуху чує лише окремі звуки, невдало користуючись технічними засобами;

- змішана форма приглухуватості є поєднанням звукопровідної та звукосприймаючої форм і є результатом розладів, що локалізуються у зовнішньому, середньому та внутрішньому вусі (рис. 1.1).

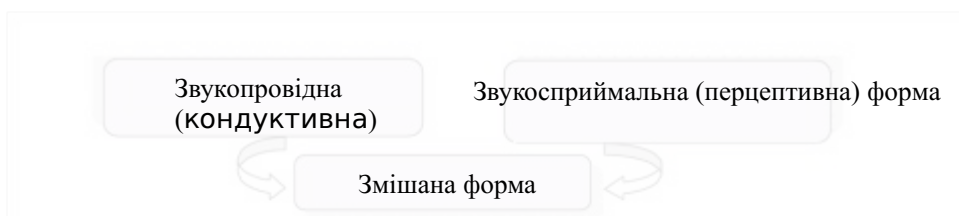


Рис. 1.1. Класифікація форм порушення слуху за характером слухової функції

Проведений системний аналіз існуючих класифікацій розладів слуху дав змогу встановити, що змістовними визначальними компонентами кожної класифікації є характер порушення слухової функції та стан мовлення (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Система класифікацій порушень слуху [44]

Однією з найпоширеніших класифікацій порушень слуху є класифікація О. Маслової [48], яка дозволяє виділити 4 ступені порушення слуху: легкий, помірний, значний, важкий – залежно від відстані, на якій сприймається усне та шепітне мовлення; діапазон сприйняття мови досить значний (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація порушень слуху [48]

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

У класифікації Л.В. Неймана [55] залежно від гучності сприйманих частот виділяють 4 групи: 1-ша група - діти, які сприймають найнижчі частоти (125–150 Гц). Ці діти не розрізняють звуків мови і реагують або на дуже гучний голос біля вуха, або на інтенсивні звуки на близькій відстані (крик). 2 група - діти, які сприймають частоти 150–500 Гц. Діти цієї групи реагують на гучний голос біля вуха, розрізняють голосні «о» і «у»; здатні сприймати інші дуже гучні звуки на короткій відстані. 3 група - діти, які сприймають звуки в діапазоні низьких і середніх частот, від 125 до 1000 Гц. 4 група - діти, які сприймають частоти від 1250 до 2000 Гц. Діти 3-4 груп на близькій відстані розрізняють менш інтенсивні та різноманітні звуки.

Відповідно до Міжнародної медичної класифікації встановлено 4 ступені порушення слуху: 1 ступінь – менше 40 дБ; 2 ступінь – 40–55 дБ; 3 ступінь – 55–70 дБ; 4 ступінь – 70–90 дБ [47]. В основу розроблених

класифікацій [47] покладено здатність дитини з порушенням слуху сприймати мовлення на певній відстані від того, хто говорить, а також критерії перевірки гучності в дБ.

У сучасній науковій літературі обґрунтовано основні поняття порушення слуху: соціокультурного та біологічного та медичного. Соціокультурна концепція порушення слуху - це особливий стан, що об'єднує слабочуючих в культурно-мовну єдність. Люди з вадами слуху, які не хочуть асимілюватися в «суспільство чуючих», які не ідентифікують себе як члени суспільства чуючих, повинні мати право жити за традиціями власного мікросоціуму, розвивати власну культуру, мова жестів. Саме реалізація цього права гарантує рівність людей з вадами слуху з представниками більшості, а також з представниками інших культурних і релігійних меншин. Біологічно-медичне поняття порушення слуху - це біологічна патологія, яка вимагає лікування, а також її наслідки, насамперед, відсутність усного мовлення. Метою спеціальної допомоги є максимально наблизити дитину з вадами слуху до «стандартів слуху», що забезпечить їй рівні можливості для активної участі в суспільстві, що чує [56].

Серед дітей з порушеннями слуху значну групу складають діти з вадами психофізичного розвитку, які не можуть самостійно навчитися говорити, тобто оволодіти звуковою стороною мовлення, оскільки погано сприймають звукове мовлення і не мають можливість отримувати слухові проби. Вони не контролюють свою вимову, внаслідок чого виникає спотворене мовлення, іноді усне мовлення взагалі не розвивається [62]. Оскільки це негативно позначається на оволодінні всім складним мовленнєвим апаратом, що не тільки обмежує здатність дитини до навчання та пізнання навколишнього світу, а й негативно позначається на всьому психічному розвитку особистості, затримуючи чи спотворюючи її, оскільки мова є символічною системою і виступає важливим засобом кодування та декодування інформації [62].

Порушення слуху іноді призводить до німоти і може призвести до соціальної ізоляції дітей, оскільки їх спільна діяльність зі здоровими дітьми досить обмежена. Це часто призводить до порушень емоційно-вольової сфери у них у вигляді агресивності, проявів негативізму, егоїзму, егоцентризму або навпаки - загальмованості, апатії, безініціативності [67].

Необхідність диференціації осіб з порушенням функції слуху визначається практикою побудови з ними освітнього, корекційного та реабілітаційного процесів. Проведення чіткої діагностики та визначення груп дітей зі схожими станами дозволить більш ефективно організувати з ними роботу, виявити тих з них, які потребують спеціально організованого навчання, і тих, хто може навчатися в загальноосвітній школі, якщо там будуть створені необхідні умови [64].

Діти зі зниженим слухом (слабочуючі) — діти з частковою втратою слуху, що не заважає їм самостійно накопичувати певний словниковий запас (часто неповний, дещо спотворений), певною мірою оволодівати граматичною будовою мовлення, хоча, загалом, це призводить до розвитку виражених мовних розладів [55]. Дитина, яка починає чути звуки в діапазоні 20-50 дБ і більше (втрата слуху першого ступеня) і якщо вона чує звуки висотою 50-70 дБ і більше (втрата слуху другого ступеня), вважається важкою. слухання. Відповідно, висотний діапазон звуків різний у різних дітей [55].

Характеризуючи психічний розвиток цієї категорії дітей, необхідно відзначити певні відхилення від норми. І справа тут не тільки в тому, що дитина погано чує, тобто має фізичний недолік, а в тому, що цей недолік призводить до появи цілого ряду порушень і відхилень у розвитку. На перший план виступає недорозвинення мовлення [55].

Недорозвинення мовлення набуває характеру вторинного відхилення, яке виникає як функціональне на тлі аномалій розвитку психіки в цілому. Оскільки мова є складною системою, за допомогою якої передається і

сприймається закодована в словах інформація, дитина з порушенням слуху відчуває її недостатність з самого раннього розвитку [47].

Ричок Т.[62] зазначає, що мовлення найбільше страждає у школярів з вадами слуху, і ці мовні особливості проявляються у звуженні обсягу інформації, що отримується в процесі навчання, і в обмеженні комунікативних функцій загалом. ускладнюється та якісно змінюється розвиток особистості та залучення школярів до занять фізичними вправами та руховою діяльністю [62]. Спотворення мовленнєвого розвитку, недостатність, аномальний словниковий запас часто створюють враження, що у дитини розумова відсталість або, в кращому випадку, значний пробіл у знаннях. Це ускладнює соціальну взаємодію такої дитини. Труднощі мовленнєвого спілкування є основною причиною виникнення конфліктних ситуацій з однолітками, формування порушень емоційно-вольової сфери, проявів агресивності, егоїзму [1].

Значний вплив на розвиток інтерактивної сфери мають особистісні характеристики. Відставання в оволодінні вербальним спілкуванням викликає неможливість повідомити про власні плани на майбутнє, описати події внутрішнього життя, обговорити проблеми. Це призводить до самоізоляції, труднощів у соціальній взаємодії. По суті, у розвитку самосвідомості та самооцінки слабочуючі школярі проходять ті ж етапи, що й чуучі, але при цьому запізняються на 2-3 роки.

Спілкування слабочуючих школярів відбувається переважно у вузькому формальному колективі (всередині класу). Основними факторами, пов'язаними з соціометричним статусом, є академічна успішність, рівень розвитку мовлення, ступінь збереження слуху, дисциплінованість, працездатність, комунікабельність, широта інтересів [69]. Перебування в інтернатних закладах негативно впливає на психічний розвиток дітей з вадами слуху, що спричиняє обмеження контактів, зниження комунікативної активності, призводить до неможливості налагодження співпраці з

дорослими та дітьми. На думку фахівців [40, 62], це призводить до створення кризової ситуації, яка характеризується: соціальним «навішуванням ярликів» (стигматизацією) – як на дитину з вадами; штучна ізоляція в особливому суспільстві, яка найчастіше не сприяє подальшій адаптації в суспільстві; майже повне виключення сім'ї з процесу виховання та навчання дитини з порушенням слуху; жорсткість та інваріантність форм здобуття освіти в системі спеціальних закладів.

Таким чином, нагальною потребою сучасної системи освіти є формування освітньо-корекційно-реабілітаційного простору для дітей з вадами слуху, який забезпечить не лише здобуття освіти, а й формування особистості дитини, що дозволить важко- нечуючих школярів для реалізації свого природного потенціалу та інтеграції в суспільство. У зв'язку з цим виникла потреба в заходах, спрямованих на попередження їх інвалідності та створення системи ефективного захисту та реабілітації дітей з вадами слуху, що є важливим напрямком державної політики України. Це особлива організація навчання слабчуючих дітей, в якій важливим фактором, що впливає на їх залучення, є пізнання навколишньої дійсності, формування взаємин школярів із дорослими, усвідомлення дитиною стану власного здоров'я в культурних і моральних цінностях.

1.2. Особливості розвитку рухової сфери слабчуючих молодших школярів зі сколіотичною поставою

Доведено [55], що погіршення функції слухової системи послаблює перебіг фізичного та психічного розвитку слабчуючих дітей молодшого шкільного віку. Результати досліджень [46] підтверджують, що у дітей з порушенням слуху спостерігається порушення рухової пам'яті, недостатньо точна координація та невпевненість рухів, сповільнене засвоєння рухових умінь і навичок. За даними Л. А. Колосовської [39], цей контингент дітей має

низький рівень розвитку м'язової сили, відставання в силі стояння та статичній витривалості [39].

Для дітей з вадами слуху характерний ряд порушень рухової сфери: зниження рівня розвитку основних фізичних якостей, відставання від норми показників сили основних груп м'язів тулуба і рук, швидкості і силові якості, труднощі в утриманні статичної та динамічної рівноваги та ін. Функціональна недостатність рухового аналізатора дітей з вадами слуху є причиною їх недостатньої фізичної підготовленості [53].

Причинами розвитку дефектів постави у дітей з порушенням слуху є комплекс факторів (недостатній фізичний розвиток, зниження м'язової витривалості, порушення моторики і координації та ін.). На жаль, за даними фахівців, спостерігається подальше зростання кількості людей з деформаціями хребта [2, 44]. Особливим віковим періодом у розвитку організму дитини є молодший шкільний вік, у якому ще не завершилися процеси окостеніння, спостерігається прискорення росту хребта, реєструється початок статевого розвитку. Цілий ряд факторів зумовлює розвиток порушень постави у дітей з порушенням слуху [44]. Доведено [3, 53], що між порушеннями слуху та руховою системою існує тісна функціональна взаємозалежність. Дослідження вчених [40, 69] підтверджують це положення та відзначають особливість рухової сфери дітей з порушенням слуху:

- відносно низький рівень розвитку просторового орієнтування;
- відхилення в розвитку рухової сфери (дрібна моторика кисті і пальців, координація рухів окремих частин тіла в часі і просторі, диференційованість і ритмічність рухів);
- недостатньо точна координація і невпевненість рухів, що проявляється в основних рухових навичках;
- відносна повільність оволодіння руховими навичками;
- труднощі утримання статичної та динамічної рівноваги у дітей з вадами слуху;

- відставання в розвитку життєво важливих фізичних здібностей - швидко-силових, силових, витривалості та інших, що характеризують фізичну підготовленість дітей;

- сповільнюється реакція, швидкість виконання окремих рухів і темп рухової активності в цілому [69].

Ослаблені молодші школярі зі сколіотичною поставою значно більше часу витрачають на засвоєння складних координаційних навичок, поступаються у статичній і динамічній рівновазі школярам зі збереженим слухом, мають нижчий рівень максимальних досягнень у точності та своєчасності рухів [50].

При дослідженні координаційних здібностей у слабчующих дітей зі сколіотичною поставою виявлено недостатньо точну координацію, невпевненість рухів, труднощі в утриманні статичної та динамічної рівноваги, низький рівень просторового орієнтування, уповільнене оволодіння руховими навичками [27].

Фахівці [23, 36] пояснюють порушення рухової сфери слабчующих дітей зі сколіотичною поставою недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату. Таким чином, вестибулярний апарат цих дітей характеризується зниженням функціонального стану, що негативно впливає на статико-динамічну рівновагу. Ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, супроводжується затримкою формування стояння, порушенням м'язового тону і здатності утримувати рівновагу, недорозвиненням орієнтування в просторі, труднощами диференціації рухових відчуттів і виконання складних координованих рухів, у недостатньому виробництві чітких, плавних і розмірених рухів [36].

І. В. Хмельницька [68] встановила, що показники, що характеризують здатність дітей з вадами слуху зі сколіотичною поставою зберігати стійкість у статичній позі, статистично ймовірно нижчі за показники їхніх здорових однолітків. При ходьбі з відкритими очима слабчующі діти молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою поведуться так само, як і здорові

діти. Проте в процесі ходьби із закритими очима виявлено помітну різницю між дітьми зі зниженим слухом і дітьми зі збереженим слухом. Порушення рівноваги у слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою за відсутності контролю зору відзначають майже у 45,0 % [68].

Встановлено [49], що діти з вадами слуху зі сколіотичною поставою повністю втрачають здатність орієнтуватися в просторі, коли закривають очі, у них спостерігається асиметрія при ходьбі. З віком ступінь асиметрії під час ходьби у слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою зменшується. Відмінності між слабчочуючими дітьми та їхніми однолітками зі збереженим слухом виражені в 7–12 років, проте в більш старшому віці різниці в ступені асиметрії під час ходьби між слабчочуючими і здоровими дітьми майже немає [49].

Результати аналізу особливостей прояву швидкісних якостей показали виражені відмінності між слабчочуючими дітьми зі сколіотичною поставою та дітьми зі збереженим слухом. Середні значення швидкості сенсомоторної реакції при зниженні інтенсивності звукового інформаційного потоку були нижче, ніж при нормальному функціонуванні слухового аналізатора. Час латентного періоду зорово-моторної реакції у слабчочуючих відрізняється від такого у здорових однолітків. Різниця середніх значень у цих групах у молодшому шкільному віці становить 72 мс, у середньому – 43 мс, а в старшому віці – 35 мс [57]. В ігровій діяльності, де потрібен комплексний прояв швидкісних якостей. Найбільше відставання школярів зі збереженим слухом у рівні швидкісного розвитку спостерігається в молодшому і, частково, в середньому шкільному віці.

Швидкість, як комплексна рухова якість дитини, має велике значення для успішної орієнтації та рухливості дітей. Водночас є численні підтвердження [53] того, що рівень розвитку всіх форм прояву швидкості (часу рухової реакції, частоти окремого руху чи повного рухового акту) у дітей із вадами слуху зі сколіотичною поставою значно нижчий, ніж у здорових однолітків.

За даними фахівців [27, 32], діти з вадами слуху зі сколіотичною поставою мають низький рівень м'язової сили. Зокрема, у даного контингенту фіксується відставання за показниками сили стояння та статичної витривалості. У молодшому шкільному віці у всіх школярів спостерігається виражене зниження статичної витривалості, а до старшого шкільного віку їх показники наближаються до результатів однолітків зі збереженим слухом [32].

Ослаблені діти зі сколіотичною поставою за рівнем загальної витривалості близькі до здорових однолітків. Якщо в динаміці м'язової сили спостерігається різке зростання в молодшому шкільному віці, то в старшому характерний виражений стрибок витривалості. Міжіндивідуальні варіації витривалості між слабчучими та слабчучими дітьми перших років навчання становлять відповідно 9–26 с та 17–28 с [7]. У більш пізні вікові періоди коливання статичної витривалості становлять 14–21 с і 30–44 с у слабчучих і 23–31 с і 36–50 с у здорових. Розглянуті зміни м'язової сили, статичної та загальної витривалості характеризують зовнішню форму діяльності рухового апарату, точніше, скорочувальну здатність м'язів та їх готовність до навантажень. До старшого шкільного віку рівень загальної витривалості дітей зі слухом підвищується. втрата майже порівнянна з рівнем витривалості однолітків зі збереженим слухом і залежить головним чином від стану кардіореспіраторної системи [7].

До характерних особливостей фізичної підготовленості дітей із вадами слуху зі сколіотичною поставою молодшого шкільного віку відносяться низькі показники загальної фізичної підготовленості, особливо рівня розвитку сили та гнучкості [22]. Останнє набуває особливого значення в роботі зі слабчучими школярами, якщо мати на увазі винятковий вплив мови на психічний і фізичний розвиток слабчучих дітей, що відзначається в дослідженнях загальної та спеціальної психології. [22].

Аналіз наукових досліджень, педагогічних спостережень та проведеного обстеження [32] фізичного стану слабчучих дітей зі

сколіотичною поставою виявили значне відставання показників швидкісно-силових якостей та різноманітних проявів координаційних здібностей. Дослідження Байкіної Н.Г. [12], Євсєєва Л.Г. [28] та ін., вказує на те, що порушення слуху у дітей вже в 7–10 років супроводжуються розладами рухової функції та координаційних здібностей. У низці робіт [27, 33, 60] вказується, що у слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою спостерігається затримка розвитку рухових функцій, що, у свою чергу, впливає на формування зв'язків між аналізаторами, звужує навколоносовий простір, порушує точність рухів, статичну та динамічну рівновагу, здатність до засвоєння заданого ритму рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни у зниженні рухової пам'яті, довільної уваги, особливо в учнів молодшого та середнього шкільного віку. Багато слабочуючих школярів із сколіотичною поставою ледь засвоюють поняття про міри часу та співвідношення між одиницями вимірювання [31].

Характеризуючи фізичний розвиток слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою, автори [65, 69, 71] зазначають, що порушення слуху в дитячому віці уповільнює природний хід їх фізичного розвитку. У цих дітей нижчі, порівняно зі здоровими однолітками, основні показники фізичного розвитку: довжина і маса тіла, окружність грудної клітки.

Ряд факторів, таких як недостатній фізичний розвиток, зниження силової витривалості м'язів, що формують ортоградну поставу, зниження м'язової рецепції, порушення моторики і координації, є причинами розвитку патологічних змін постави у слуху- діти з вадами. Результати досліджень Г.В.Кучеренко [43] силових показників слабочуючих дітей виявили їх зниження порівняно зі здоровими однолітками. Таким чином, різниця в одному з показників фізичного розвитку.

Бабій І. М. [8] підтверджує, що у дітей з вадами слуху зі сколіотичною поставою спостерігається відставання у фізичному розвитку від однолітків зі збереженим слухом за основними антропометричними показниками (довжина і маса тіла, окружність грудної клітки). Дисгармонійний фізичний

розвиток відзначається у 37,9% слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою.

Таким чином, між порушеннями слуху та руховою системою існує тісна функціональна взаємозалежність. Аналіз досліджень науковців підтверджує це положення та відзначає особливість рухової сфери дітей з порушенням слуху: порівняно низький рівень розвитку просторового орієнтування; відхилення в розвитку рухової сфери (дрібна моторика кисті і пальців, координація рухів окремих частин тіла в часі і просторі, диференційованість і ритмічність рухів); недостатньо точна координація і невпевненість рухів, що проявляється в основних рухових навичках; відносна повільність оволодіння руховими навичками; утрудненість збереження статичної та динамічної рівноваги у дітей з вадами слуху; відставання в розвитку життєво важливих фізичних здібностей - швидко-силових, силових, витривалих та інших, що характеризують фізичну підготовленість дітей; уповільнення реакції, швидкості виконання окремих рухів і темпу рухової активності в цілому тощо. Порушення рухової сфери слабчуючих дітей зі сколіотичною поставою фахівці пояснюють недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату, ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, супроводжується затримкою формування прямого положення, порушенням м'язовий тонус і здатність до утримання рівноваги, нерозвиненість орієнтування в просторі, труднощі диференціації рухових відчуттів і виконання складних координованих рухів, недостатнє вироблення чітких, плавних і розмірених рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам'яті і довірливої уваги. Порівняно зі здоровими однолітками у цих дітей нижчі основні показники антропометричних даних, статистично ймовірно гірше збереження вертикальної стійкості тіла, ніж у здорових однолітків, виражені зміни ряду гоніометричних характеристик порівняно з показниками здорових дітей тощо. Отже, на основі аналізу літературних даних можна зробити

висновок про відхилення в руховій сфері та фізичному розвитку дітей із вадами слуху зі сколіотичною поставою.

1.3. Дослідження використання засобів адаптивної фізичної реабілітації у програмах профілактики та корекції сколіотичної постави слабчущих дітей молодшого шкільного віку

Адаптивна фізична реабілітація дітей з вадами слуху є одним із важливих напрямів роботи спеціальних закладів, є основною частиною оздоровчо-виховної та профілактичної роботи та виступає потужним засобом зміцнення здоров'я та правильного фізичного розвитку дітей з порушеннями слуху, зі сколіотичною поставою [16].

Розробка засобів і методів, спрямованих на профілактику та нормалізацію функціонального стану опорно-рухового апарату, базується на роботах науковців [15, 30, 61] для дітей зі збереженими функціями сенсорних систем. Зазначається [69], що важливим кроком для забезпечення ефективних технологій, підходів чи програм адаптивної фізичної реабілітації є планування, яке визначає обсяг заходів та містить визначення їх мети, мети, завдань і завдань. Мета таких програм повинна відповідати місії організації, а також звичайній або загальній програмі адаптивної фізичної реабілітації.

Для діагностики особливостей та визначення ступеня рухових розладів І.В. Хмельницької [68] розроблено діагностичні комплекси комп'ютерного моніторингу моторики школярів з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку, до складу яких входять пакети прикладних програм «БіоВідео» та «Індивід». Прикладне програмне забезпечення автоматизованої системи «Індивід» складається з 10 модулів, що дозволяє визначити такі психомоторні показники: сенсомоторні реакції; швидкість переключення уваги; зорова пам'ять; сприйняття часу; збалансованість нервових процесів; реакція на руханий об'єкт [68].

Враховуючи теоретичні закономірності керівництва педагогічним процесом та дидактичні особливості навчання слабчучючих дітей молодшого шкільного віку, Насралла З.Х. [32] розроблено технологію корекції порушень постави, яка базується на показниках біогеометричного профілю постави, біомеханічних показниках вертикальної стійкості тіла тих, хто займається, включає інформаційно-методичну систему «Осанка», характеризується модульною системою. Ця мультимедійна система однією з перших була інтегрована в процес адаптивної фізичної реабілітації школярів з вадами слуху.

Методи адаптивної фізичної реабілітації останнім часом збагатилися великою кількістю наукових даних, присвячених питанням розвитку, вдосконалення та корекції порушень фізичних здібностей у дітей з вадами слуху. Існує достатня кількість наукових праць [32, 52], які можна розділити на дві групи: спрямовані на розвиток фізичних здібностей та на корекцію порушень у школярів з вадами слуху. Серед технологій, спрямованих на розвиток координаційних здібностей, можна виділити роботи Г.Е. Гуріновича [23]. Автором виявлено віково-статеві закономірності розвитку координаційних проявів у дітей з різними нозологіями порівняно зі здоровими однолітками, а також розроблено технологію вдосконалення та комплексного тестування оцінки рівня розвитку основних видів координаційних здібностей. Гурінович Г. Є. [23] розроблено шкали диференційованої оцінки рівня розвитку різних координаційних проявів здорових школярів та дітей з порушеннями мовлення, зору, слуху та інтелекту 8–15 років з урахуванням статі.

Мясищев С. А. [54] розроблено та раціонально використано програму навчання плаванню дітей 8–9 років з порушеннями слуху з урахуванням індивідуальних особливостей, рівня порушення слуху та вторинних відхилень, яка містить організаційно-методичні особливості навчання плаванню, включаючи попередню підготовку до заняття на суші, розповсюдження навчального матеріалу з плавання та основні аспекти

застосування ігрового методу на заняттях з плавання, що дозволить дітям з вадами слуху оволодіти життєво важливими навичками в умовах навчально-виховного процесу школи-інтернату для слуху, порушений. Розвитку фізичних якостей та підвищенню рівня фізіологічної адаптації сприяла реалізація експериментальної програми навчання початковому плаванню.

У своїй роботі В. В. Дзевага [27] виявив особливості розвитку фізичних здібностей глухих дітей 5–7 років, визначив зв'язок їх проявів у віковій динаміці з іншими показниками, що характеризують фізичну підготовленість глухих дітей. Це також був експериментально обґрунтований метод тренування фізичних здібностей, який підвищує рівень фізичного та психічного стану глухих дітей. В. В. Дзевага [27] основними педагогічними впливами на дітей 5–7 років з порушенням слуху вважає засоби цілеспрямованого виховання вміння реагувати, підтримувати рівновагу тіла, відтворювати просторово-силові параметри руху, відтворювати ритм і орієнтування в простір, в тому числі хатха вправи - йога для дітей, гімнастика на фітболі, вестибулярна та очна гімнастика в поєднанні з вправами на «диску здоров'я», «пальчикові ігри», «етюди» для розслаблення м'язів.

За результатами досліджень І. М. Ляхової [45] з метою вдосконалення корекційно-педагогічного процесу адаптивної фізичної реабілітації дітей зі зниженим слухом розроблено науково обґрунтований навчально-методичний комплекс, спрямований на корекцію їх рухової сфери. Автором доведено, що цілеспрямовані фізичні вправи комплексного характеру (комплекси аеробіки з предметами і без, степ-біг, ігрові завдання та естафети), вправи для формування та зміцнення правильної постави, статико-динамічні вправи є ефективними засобами корекції і розвиток рухової сфери дітей з вадами слуху. Встановлено, що їх широке впровадження в практику адаптивної фізичної реабілітації дітей з недорозвиненням функції слуху сприяє підвищенню інтересу до занять фізичною культурою, активізації рухової діяльності, створенню та розширенню бази рухів і мовленнєвого досвіду, що відіграє важливу роль в оволодінні новими руховими діями.

Метод Е.Ю. Овсяннікова [56], що включає послідовне застосування загальнорозвиваючих вправ, гімнастики, елементів лижної підготовки, легкої атлетики та рухливих ігор із застосуванням на початковому етапі однорідних і повторюваних прийомів розвитку фізичних якостей, а на наступних етапах – додатково варіативних і ігрові методи, дали змогу підвищити рівень розвитку моторики у дітей 7-10 років з порушенням слуху.

Комплексну програму адаптації засобами фізичної реабілітації розробив І. В. Малярєнко [47]. Авторська програма забезпечує розвиток дрібної моторики, корекцію порушень координації та формування бази рухових якостей глухих дітей 8-10 років зі складною структурою дефекту. Програма занять включає: загальнорозвивальні вправи, спеціальні дихальні вправи, вправи та ігри з м'ячем, ігри на увагу та координацію, пальчикова гімнастика, комп'ютерні заняття (вправи з мишкою та клавіатурою) тощо.

Киргизов А. П. [37] в процесі фізичної реабілітації глухих і слабочуючих дітей пропонує використовувати вправи для підвищення рівня функціональних можливостей вестибулярного апарату та його корекції з використанням корекційно-розвивальної програми на основі баскетболу з ігровою та змагальною діяльністю, спортивне тренування з використанням спеціалізованих навчально-тренувальних моделей.

З метою формування вертикальної стійкості тіла школярів 7–10 років зі знизеним слухом Мороз М. [52] розробив і теоретично обґрунтував технологію, основними напрямками якої є заняття фізичними вправами, розвиток вертикальної стійкості, розвиток вертикальної стійкості тіла, формування стійкої мотивації до виконання комплексів вправ, спрямованих на розвиток у школярів рівноваги, корекції постави та профілактики плоскостопості, а також виховання уваги та цілеспрямованості.

Афанасьєвою О. С. [6] запропоновано програму фізичної реабілітації слабочуючих дітей середнього шкільного віку, які мають сколіотичну поставу, яка присвячена теоретичному обґрунтуванню методичних підходів з урахуванням особливостей організму слабочуючих дітей середнього віку.

шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів фізичної реабілітації, єдності діагностики та корекції, диференціації та індивідуалізації, врахування вікових особливостей, компенсаторної спрямованості педагогічного впливу, адекватності, оптимальності та варіативності педагогічного впливу, Основна роль мікросоціуму, дозування та реакція організму на фізичне навантаження, раціональне поєднання засобів фізичної реабілітації.

Таким чином, адаптивна фізична реабілітація дітей з вадами слуху потребує від спеціалістів спеціальних підходів і методичних прийомів, які дозволять повніше розкрити фізичний та особистісний потенціал дітей та сприятимуть їх гармонійному розвитку.

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури показав підвищений інтерес з боку фахівців до проблеми профілактики та корекції сколіотичної постави школярів з порушеннями слуху. Водночас, запропоновані технології поки що не дозволяють ефективно боротися з неухильно зростаючою кількістю слабчущих студентів, які мають сколіотичну поставу, що свідчить про актуальність даної проблеми.

Висновки до першого розділу

Сьогодні гострою потребою системи освіти є формування освітньо-корекційно-реабілітаційного простору для дітей з вадами слуху, який забезпечить не лише здобуття освіти, а й формування особистості дитини, що дозволить важко- нечуючих школярів для реалізації свого природного потенціалу та інтеграції в суспільство. У зв'язку з цим, необхідні заходи, спрямовані на попередження їх інвалідності та створення системи ефективного захисту та реабілітації дітей з вадами слуху, що є важливим напрямком державної політики України. Особлива організація навчання слабчущих дітей є важливим фактором, що впливає на залучення їх до культурних і моральних цінностей.

Між порушеннями слуху та руховою системою існує тісна функціональна взаємозалежність. Аналіз досліджень підтверджує це положення і відзначає особливість рухової сфери дітей з порушенням слуху: відносно низький рівень розвитку просторового орієнтування; відхилення в розвитку рухової сфери; недостатньо точна координація і невпевненість рухів, що проявляється в основних рухових навичках; відносна повільність оволодіння руховими навичками; утрудненість збереження статичної та динамічної рівноваги у дітей з вадами слуху; відставання у розвитку життєво важливих фізичних здібностей - швидкісно-силових, силових, витривалих та інших, що характеризують фізичну підготовленість дітей; уповільнення реакції, швидкості виконання окремих рухів і темпу рухової активності в цілому тощо. Порушення рухової сфери слабочуючих дітей із сколіотичною поставою дослідники пояснюють недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату, ураження слухового аналізатора позначається на роботі кінестетичного апарату, супроводжується затримкою формування стояння, порушенням м'язовий тонус і здатність до утримання рівноваги, нерозвиненість орієнтування в просторі, труднощі диференціації рухових відчуттів і виконання складних координованих рухів, недостатнє вироблення чітких, плавних і розмірених рухів. Порушення слухового сприйняття викликають специфічні зміни в зниженні рухової пам'яті і довільної уваги. Порівняно зі здоровими однолітками у цих дітей нижчі основні показники антропометричних даних, статистично ймовірно гірше збереження вертикальної стійкості тіла, ніж у здорових однолітків, виражені зміни ряду гоніометричних характеристик порівняно з показниками здорових дітей тощо. Отже, на основі аналізу літературних даних можна зробити висновок про відхилення в руховій сфері та фізичному розвитку дітей із вадами слуху зі сколіотичною поставою.

Адаптаційна фізична реабілітація дітей з вадами слуху зі сколіотичною поставою є основною частиною оздоровчо-профілактичної роботи і виступає потужним засобом зміцнення здоров'я та правильного фізичного розвитку

дітей. Це вимагає від спеціалістів особливих підходів і методичних прийомів, які дозволять повніше розкрити фізичний та особистісний потенціал дітей та сприятимуть їх гармонійному розвитку. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури засвідчив підвищений інтерес фахівців до проблеми профілактики та корекції порушень постави у школярів з вадами слуху. Водночас, запропоновані технології поки що не дозволяють ефективно боротися з неухильно зростаючою кількістю слабчущих студентів, які мають сколіотичну поставу, що свідчить про актуальність даної проблеми.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Відповідно до мети роботи та для вирішення поставлених у роботі завдань були використані наступні методи дослідження: теоретичний, педагогічний, антропометричний методи, методи визначення функціонального стану, методи оцінки фізичної підготовленості, метод фотометрії, метод визначення біогеометричного профілю постави, методи математичної статистики.

2.1.1. Теоретичні методи. Для теоретичного аналізу науково-методичної та спеціальної літератури використано такі методи вивчення та узагальнення літературних даних: накопичення інформації, вивчення, аналіз, систематизація та узагальнення отриманих даних.

2.1.2. Збір інформації за темою дослідження супроводжувався пошуком наукових публікацій та фундаментальних праць у галузі адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою. Аналіз та систематизація отриманої інформації дозволила виявити причинно-наслідкові зв'язки між фізичним розвитком та фізичною підготовленістю дітей з вадами слуху, а узагальнення теоретичних даних сприяло визначенню проблемного поля для подальшої діяльності, формулювання мети та формулювання основних завдань дослідження.

На основі аналізу джерел вітчизняних та зарубіжних науковців визначено спрямованість, завдання, актуальність та основні напрями вирішення проблеми. Вивчено 71 джерело спеціальної літератури.

2.1.2. Педагогічні методи. Педагогічна методика орієнтована на пізнання безпосередньої дійсності, зовнішніх зв'язків і відносин шляхів і методів пізнання педагогічної дійсності та умов педагогічної діяльності [41]. Організація та проведення дослідження передбачало

одночасне використання педагогічного спостереження, педагогічного експерименту та педагогічного тестування.

Педагогічне спостереження. Метод педагогічного спостереження, який є методом безпосереднього сприйняття педагогічних явищ, процесів в їх дійсності та в динаміці природних умов, використовувався як вид тривалих, систематичних, відкритих і цілеспрямованих дій з метою фіксації та подальше документальне оформлення [58]. Проведено педагогічне спостереження за практичними заняттями з дисципліни «фізична культура» для слабочуючих школярів із сколіотичною поставою 1-3 класів та визначено рівень їх практичних умінь і навичок.

Педагогічний експеримент. За визначенням спеціальної науково-методичної літератури, педагогічний експеримент – це комплексний метод дослідження, суть якого полягає у вивченні педагогічного явища у спеціально створених умовах навчально-виховного процесу [40]. Педагогічний експеримент проводився у формі констатуючого дослідження, яке проводилося з метою отримання вихідної інформації про функціональний стан та рівень фізичної підготовленості досліджуваних дітей. Формуючий експеримент проводився з метою визначення ефективності розробленої методики на динаміку окреслених показників.

Педагогічне тестування. Педагогічне тестування – вид педагогічної діагностики, науково обґрунтована форма процесу вимірювання рівня теоретичних знань і практичних умінь і навичок, яка базується на використанні спеціально підібраних і згрупованих у «батарею» педагогічних тестів [63]. З метою проведення педагогічного тестування оцінювали фізичну підготовленість слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою за загальноприйнятими методиками.

2.1.3. Антропометричні методи. На основі загальноприйнятих та рекомендованих у літературі антропометричних методів дослідження

визначено: довжину тіла (см), масу тіла (кг), окружність грудної клітки (см). Отримані результати порівнювали із середньовічними стандартами учнів початкової школи. Усі показники оцінювали за загальноприйнятою методикою [65].

2.1.4. Методи визначення функціонального стану. Функціональний стан серцево-судинної системи оцінювали за такими показниками: ЧСС в абсолютному спокої (уд/хв); артеріальний тиск, систолічний і діастолічний (мм рт. ст.). ЧСС і артеріальний тиск у досліджуваних дітей визначали за загальноприйнятими методиками.

Функціональний стан дихальної системи досліджували шляхом визначення життєвої ємності легень на сухому портативному спірометрі SPP за загальноприйнятою методикою. Обстежуваний спочатку зробив 2-3 вільних пробних вдиху і видиху, потім зробив максимальний вдих, взяв мундштук в рот, щільно охопивши його губами і одночасно затиснувши ніс пальцями вільної руки, зробив спокійний, плавний, максимально можливий видих близько 5 секунд. Процедуру повторюють тричі з інтервалом в півхвилини. Зафіксовано найкращу спробу.

Тест Штанге. Студент школи імені В.П. сидячи глибоко вдихнув і видихнув, потім знову вдихнув (близько 80% від максимуму), закрив рот і одночасно затиснув пальцями ніс, затримав дихання (секундомір включився в кінці дихання). Норма для підліткового віку – 40–55 с.

Тест Генчі полягав у затримці дихання аналогічно після видиху. Норма для підліткового віку – 25–30 с.

2.1.5. Методи оцінювання фізичної підготовленості. Оцінку фізичної підготовленості проводили на основі достовірних об'єктивних тестів у стандартних умовах як для експериментальної, так і для контрольної груп.

У дослідження були включені такі тести: стрибок у довжину з місця (см); згинання та розгинання рук лежачи (кількість разів); біг 30 м (с); човниковий біг 4×9 м (с); підтягування (кількість разів); підняття тулуба в положенні сидячи (кількість разів); нахил тулуба вперед з положення сидячи

(см), динамометрія правої та лівої рук (кг).

Таблиця 2.1

Орієнтовні навчальні нормативи для дітей молодшого шкільного віку [70]

№ з/п	Нормативи	Рівні оцінювання			
		низький	середній	достатній	високий
1	Стрибок у довжину з місця, см	до 110	120	130	140
2	Згинання, розгинання рук в упорі лежачи, разів	до 10	10	12	15
3	Біг 30 м, с	до 9,0	8,9	8,1	7,5
4	Човниковий біг 4×9 м, с	до 10,0	9,9	9,7	9,5
5	Підтягування, разів	до 4	4	6	8
6	Піднімання тулуба в сід, разів	до 20	20	30	40
7	Нахил тулуба вперед з в.п. сидячи, см	до 3	3	6	9
8	Динамометрія правої і лівої рук, кг	до 7,5	8,5	9,5	10,5

2.1.6. Метод фотометрії. Фотометрію проводили за допомогою оптико-електронної системи «ОртоJump», яка дала змогу визначити точність відтворення половини максимального стрибка в довжину з положення (см), час рухової реакції на зоровий стимул (мс) та показники здатності до ритму (мс) [20].

Дитина виконує спочатку максимальний стрибок у довжину з місця між датчиками системи, а потім 50% максимального стрибка в довжину з місця. Основним показником є здатність відтворити 50% довжини максимального стрибка. Чим ближче значення стрибка до 50%, тим краще розвинена кінестетична здатність дитини.

Дитині потрібно якомога швидше підстрибнути, коли загориться світловий сигнал на проекторі. Основним показником результату є час

реакції. Чим менше часу, тим краще розвинена реакційна здатність дитини.

Для визначення рівня розвитку ритмічної здібності використовувався тест «ведення м'яча». Дитині необхідно «водити» баскетбольний м'яч однією рукою між датчиками системи протягом 15 секунд, за кожен секунду їй потрібно зробити один удар об підлогу. Основним результуючим показником є співвідношення тривалості фаз підтримки та польоту м'яча [20].

2.1.7. Спосіб визначення біогеометричного профілю постави. Метод візуального скринінгу з використанням вдосконаленої карти експрес-контролю біогеометричного профілю постави проводили з урахуванням 11 показників: у сагітальній площині – 6 показників, у фронтальній – 5 [26, 32]. Кожен з них оцінювався за бальною системою шляхом порівняння індивідуальної постави кожної дитини з графічним зображенням зразка: бал «1» - оцінка «погано», «2» - «задовільно», «3» - «відмінно». ". Результати візуального скринінгу дозволили більш детально розглянути проблему типів постави та визначити вираженість її функціональних порушень.

2.1.8. Методи математичної статистики. Математичні та статистичні розрахунки проводили за допомогою ПК з використанням програм «Excel», «SPSS», STATISTICA 7.0 в операційній системі Windows.

Розраховувалися такі показники: середнє арифметичне (\bar{x}), стандартна помилка середнього арифметичного (σ), t-критерій Стьюдента.

Під час математичного аналізу даних було прийнято статистичну достовірність $p=95\%$ (ймовірність помилки 5%, тобто рівень значущості $p=0,05$); математичну обробку проводили на персональному комп'ютері IBM з процесором AMD з використанням пакетів програм MS Excel XP, Statistica 6.0 (Statsoft, США).

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилось у чотири етапи. Експериментальною базою дослідження стала Полтавська спеціальна школа-інтернат для глухих дітей.

Перший етап передбачав аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів, що дало змогу оцінити загальний стан проблеми; встановити об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму дослідження; узгодити умови проведення дослідження.

На другому етапі дослідження відбулася організація та проведення констатувального експерименту для отримання нових теоретичних та експериментальних даних щодо визначення рівня функціонального стану та фізичної підготовленості слабочуючих школярів зі сколіотичною поставою; визначено організаційно-педагогічні умови інтеграції сучасних методів навчання та нових форм рухової активності в процес адаптивної фізичної реабілітації дітей з вадами слуху.

На третьому етапі проведено обґрунтування розробки та оцінку ефективності впровадження методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів досліджуваних діти експериментальної та контрольної груп.

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

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.

3.1. Обґрунтування методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення.

В основу розробки методики адаптивної фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху зі сколіотичною поставою став аналіз навчально-методичної документації, розробленої та рекомендованої МОН України для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для діти з вадами слуху.

Формулювання змісту структури методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою ґрунтувалося на положеннях адаптивної фізичної реабілітації, у процесі якої вирішуються такі завдання: загальні – виховні, оздоровчі, виховні (зміцнення здоров'я, сприяння нормальному фізичному розвитку, навчання основам техніки рухів, формування життєво важливих умінь і навичок; розвиток рухових здібностей тощо) та спеціальні завдання, а саме: корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, які відображають особливості слабочуючих школярів, зумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень фізичного та функціонального характеру [25]. Власні дослідження продовжили роботу, розпочату вітчизняними та зарубіжними вченими та фахівцями [12, 19] щодо впровадження корекційно-відновлювальних та профілактичних заходів у процесі адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих школярів із сколіотичною поставою. За результатами констатувального експерименту з урахуванням закономірностей розвитку слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою розроблено методику, метою якої є впровадження форм і методів адаптивної фізичної реабілітації для корекції та профілактики постави у дітей

з вадами слуху. Підбір засобів та обґрунтування їх регулювання проводили з урахуванням особливостей організму слабочуючих дітей молодшого шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів (єдність діагностики та корекції, диференціації та індивідуалізації з урахуванням вікових особливостей, компенсаторної спрямованості педагогічного впливу, адекватності, оптимальності та варіативності педагогічного впливу, основної ролі мікросоціуму), дозування та реакції організму на фізичне навантаження, раціональне поєднання засобів адаптивної фізичної реабілітації.

У процесі розробки методики враховуються особливості навчання рухових дій дітей з порушеннями слуху, які зумовлені специфікою сенсорного сприйняття. Відомо, що тренування рухових дій має наступні етапи:

- етап початкового навчання, а саме формування уявлення про рухову дію; на цьому етапі запропоновано використовувати наступний алгоритм: 1) інструктивне завдання; 2) зразковий показ, розгорнуте наочне пояснення з акцентом на напрямі руху окремих частин тіла; 3) повторна демонстрація з акцентом на поясненні кінематичних характеристик нового руху (акцент на м'язових відчуттях, які повинні виникати під час виконання вправи); 4) перевірка правильності створеного уявлення шляхом опитування;

- етап корекції вірності створеного уявлення через пояснення. Враховуючи рекомендації З.Х. Насралла [32], Л. В. Шапкина [69] та ін., на етапі формування попередніх уявлень у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями слуху необхідно вдаватися до назв вправ, що викликають образні уявлення. Використовувані зображення, відповідні характеру досліджуваного руху, допомогли створити правильне зорове уявлення про нього. Отримані позитивні емоції спонукали дітей багаторазово повторювати одну і ту ж вправу, що сприяло закріпленню рухових навичок;

- етап детального навчання (формування навички); цей етап характеризувався багаторазовим повторенням вправи (в цілому або частинами) з наступним активним використанням наявного рухового досвіду, а також послідовним поєднанням рухів частин тіла з м'язовими відчуттями, включенням м'язово-зорової пам'яті. На цьому етапі запропоновано широке використання методів сенсорного сприйняття, зокрема опори на залишковий слух [69].

- етап закріплення та подальшого вдосконалення (формування навички) характеризувався багаторазовим повторенням вправи в цілому з акцентом на окремих її елементах. На цьому етапі пропонувалося розділити дітей на групи в залежності від ступеня засвоєння вправи (рухової дії) з подальшим повторенням завдання. У разі великої кількості помилок вправу припиняли, щоб не закріплювати помилковий стереотип рухової дії, водночас на цьому етапі пропонувалося виправити помилки за допомогою словесної корекції та переваги зорових і тактильних відчуттів. Виправлено помилки учнів, пояснено причини їх появи. Контроль не був нав'язливим, а мав стимулюючий характер [69].

При розробці методики враховувалося, що її реалізація в процесі корекції та профілактики порушень постави у дітей з порушеннями слуху вимагає комплексного включення всіх збережених видів відчуттів з провідною роллю мови. З урахуванням рекомендацій авторів [29] використано такі методи та методичні прийоми:

- для формування знань, наочних уявлень – плакати із зображеннями вправ та їх назвами;

- для формування зорово-дійових уявлень - індивідуальні картки (як роздатковий матеріал при організації роботи груповим методом і коловим методом) з малюнками та схемами рухів, описом завдань, покажчиками та вказівками напрямку руху;

- демонстрація педагогом рухів у різних експозиціях (площинах) з подальшим словесним супроводом, а також одночасне виконання педагогом вправи методом «розкажи-покажи» з наступним виконанням вправи дітьми;

- показ рухів з одночасною словесною інструкцією (опис, пояснення) в окремих випадках доповнювався уточнювальною мімікою та жестами, мовою для читання з обличчя;

- для формування просторових уявлень широко використовували різні за кольором, формою, розміром, масою об'ємні предмети (пінопласт і пінопластові куби), а також спортивне обладнання та нестандартне обладнання;

- знакові та вібраційні сигнали концентрації уваги, інформація про початок або зупинку рухів;

- звукові сигнали музичних інструментів були включені в деякі комплекси вправ для диференціації та використання залишкового слухового сприйняття при виконанні ритмічних рухів [29].Щодо використання в розробленій методиці методів, спрямованих на засвоєння знань, тісно пов'язаних з перцептивними методами, враховується особливість дітей із цією нозологією – порушення функції слухового аналізатора призводить до ряду вторинних відхилень і, перш за все, до затримки мовного розвитку, а тому в процесі корекційної роботи велику увагу приділяли розвитку мовлення дитини [38].

Включення мовного матеріалу в розроблену методику позитивно вплинуло на накопичення та розуміння лексики, пов'язаної з формуванням і вдосконаленням рухових умінь і навичок, на розвиток інтелекту дитини з порушенням слуху.

Використання словесних методів у поєднанні з методами зорового сприйняття, на нашу думку, сприяло більш усвідомленому виконанню комплексів вправ, підвищенню інтересу до занять.

Як зазначалося, після показу вправи або демонстрації її графічного зображення дітям оголошувалася назва вправи та її основні елементи. Учням пропонувалося кілька разів промовити разом з учителем вголос порядок виконання вправи, що дозволяло активізувати діяльність сигнальних систем, сконцентрувати увагу школярів на сприйнятті технічної основи вправи, закріпити навички виконання вправи. асоціативний зв'язок зі створеним зоровим образом вправи.

Структурний зміст уроків запропонованої методики був побудований за класичною схемою і включав підготовчу, основну та заключну частини уроку.

Підготовча частина була спрямована на підготовку функціональних систем організму до фізичних навантажень. Характерними ознаками цієї частини були поступове збільшення ЧСС, підвищення температури тіла, підготовка ОРА до фізичного навантаження. Основна частина заняття включала виконання фізичних вправ різної спрямованості для корекції порушень постави. Заключна частина заняття поєднувала комплексні фізичні вправи, спрямовані на зниження психічного та фізичного навантаження окремих органів і систем організму, доведення їх до оптимального рівня для подальшої діяльності, а також підведення підсумків самого заняття.

Розроблена методика включала 3 рухові режими: щадний, щадно-тренувальний, тренувальний. Заняття проводилися в щадному індивідуальному режимі, а в щадному режимі навчання і тренування - індивідуальним і малогруповим методами.

Основною формою рухового режиму була лікувальна гімнастика з переважним використанням корекційних вправ для профілактики фіксованих порушень постави. Перевагу надавали симетричним фізичним вправам, які усували асиметрію м'язового тону, сприяли корекції асиметрії кутів лопаток, закріплювали навички правильної постави (тричі на тиждень по 45 хвилин) (рис. 3.1).).

РУХОВІ РЕЖИМИ		
щадний	щадно-тренувальний	тренувальний
<ul style="list-style-type: none"> - опанувати виконання вправ; - навчити правильному диханню; - адаптувати до навантажень; - зміцнити м'язово-зв'язковий апарат з акцентом на м'язи, що формують поставу; - активізувати ССС і респіраторну системи; - зміцнити організм. 	<ul style="list-style-type: none"> - подальше зміцнення м'язового корсету; - корекція деформації і стабілізація хребта; - збільшення амплітуди руху в суглобах. 	<ul style="list-style-type: none"> - закріплення отриманих навичок; - формування мотивації до регулярних самостійних занять ЛГ, спрямованої на закріплення отриманих навичок.
<p>Вправи ЛГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЗРВ; - для м'язів спини, живота, стегон і стоп; - дихальні (початковий комплекс); - коригувальні при сколіотичній поставі (в т.ч. на фітболі); - для тренування рівноваги; - для розвитку спритності. 	<p>Вправи ЛГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЗРВ; - для м'язів спини, живота, стегон і стоп; - дихальні; - коригувальні при сколіотичній поставі (в т.ч. на фітболі); - на профілакторі Євмінова (кут нахилу 15–20°); - для тренування рівноваги; - для розвитку спритності. 	<p>Вправи ЛГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЗРВ; - для м'язів спини, живота, стегон і стоп; - дихальні; - коригувальні при сколіотичній поставі (в т.ч. на фітболі); - на профілакторі Євмінова (кут нахилу 20°); - для тренування рівноваги; - для розвитку спритності.

Рис. 3.1. Блок-схема методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення

Відмінною особливістю методики було використання фітболів, застосування яких сприяло формуванню навички правильної постави, забезпечувало зміцнення м'язового корсету та покращувало вестибулярну функцію; Профілактичний засіб Євмінова для розвантаження хребта і зміцнення глибоких м'язів спини (при заняттях ЛГ); вправи дихальної гімнастики за методикою О. М. Стрельникової (по 15 хв після лікувальної гімнастики).

У процесі корекції порушень постави в рамках методики значну роль відігравали параметри навантаження:

1. при виконанні вправ дотримувалася точність поз і положень тіла, ритмічність виконання вправ, при перших ознаках втоми виконання вправ припинялося;

2. завдання низької (40–60%) та середньої складності (60–70%) виявилися досить ефективними для слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою; вправи для корекції порушень постави на початкових етапах виконували з низькою інтенсивністю, на наступних етапах інтенсивність поступово збільшували;

3 процес корекції сколіотичної постави був найбільш ефективним при складності рухів від 75 до 90% від максимального рівня;

4, кожен наступну вправу виконували у фазі повного відновлення, коли функціональні показники поверталися до початкового рівня;

5 кількість повторень при короткочасній роботі в кожній вправі коливалася від 6 до 12 разів, при довготривалій роботі кількість повторень зменшувалась до 4–6 разів;

6 оптимальним режимом для слабчучих дітей вважається такий обсяг навантаження, при якому ЧСС не перевищує 150–160 уд/хв (принцип оптимальності педагогічних впливів виявлявся в тому, що для дітей з вадами слуху, оптимальна міра впливу фізичного навантаження на організм полягає в стимуляції адаптаційно-компенсаторних процесів);

7 індивідуальний контроль і корекція під час занять.

Таким чином, під час обґрунтування методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою виявлено фактори, які важко врахувати у змісті традиційних уроків. В основу розробки експериментального підходу до визначення його змісту лягли основні принципи адаптивної фізичної реабілітації.

За результатами констатувального експерименту з урахуванням закономірностей розвитку слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою розроблено методику, метою якої є впровадження форм і методів адаптивної фізичної реабілітації для корекції та профілактики порушення постави у дітей з порушенням слуху. Підбір засобів та обґрунтування їх регулювання проводили з урахуванням особливостей організму слабочуючих дітей молодшого шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів, дозування та реакції організму на фізичне навантаження, раціональне поєднання засобів адаптивної фізичної реабілітації.

Відмінною рисою розробленої методики стала її спрямованість на профілактику та корекцію порушень постави у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку з використанням фітболів (що сприяло формуванню навичок правильної постави, забезпечувало зміцнення м'язового корсету та покращення вестибулярної функції), профілактичний засіб Євмінова (для розвантаження хребта та зміцнення глибоких м'язів спини); вправи дихальної гімнастики за методикою О. М. Стрельникової (для відновлення організму), що сприяло досягненню мети всього педагогічного процесу.

3.2. Дослідження ефективності методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення

Для перевірки ефективності методики проведено формувальний педагогічний експеримент. У дослідженні взяли участь 12 слабочуючих хлопчиків зі сколіотичною поставою віком 7-8 років, яких випадковим чином розподілили на експериментальну (n=6) і контрольну (n=6) групи.

Контрольна група отримувала фізичні вправи за програмою уроків фізичної культури в школі, експериментальна група займалася за запропонованою методикою.

Динаміка антропометричних показників слабчуючих дітей зі сколіотичною поставою молодшого шкільного віку. Аналіз результатів педагогічного експерименту свідчить про покращення окремих досліджуваних показників у молодших школярів з вадами слуху, які навчалися в експериментальній групі, після впровадження запропонованої методики. Слід зазначити, що отримані результати дітей експериментальної групи істотно відрізняються від показників дітей контрольної групи.

При проведенні порівняльного аналізу антропометричних показників юнаків експериментальної та контрольної груп визначено значення вихідних і кінцевих результатів дослідження (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Антропометричні показники хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{x} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Довжина тіла, см	119,6 ± 8,2	125,6 ± 5,9	< 0,05
Маса тіла, кг	19,6 ± 1,3	21,6 ± 2,2	< 0,05
ОГК, см	74,5 ± 0,3	79,8 ± 0,3	< 0,05
КГ, n = 6			
Довжина тіла, см	119,3 ± 7,4	123,6 ± 6,9	➤ 0,05
Маса тіла, кг	18,4 ± 2,1	22,1 ± 1,7	< 0,05
ОГК, см	74,9 ± 0,2	78,4 ± 0,3	➤ 0,05

Зріст і маса тіла дітей під час дослідження поступово збільшувалися. Різниця в довжині тіла хлопців експериментальної групи на контрольному етапі дослідження становила 6,0 см (вихідні результати: 119,6 ± 8,3 см, кінцеві результати: 125,6 ± 5,8 см). Приріст індексу ваги дорівнює 2,0 кг порівняно з вихідними даними (вихідні результати: 19,6 ± 1,3 кг, кінцеві:

21,6±2,2 кг). Що стосується вимірювання окружності грудної клітки, то результати для хлопців експериментальної групи були такими: різниця між першим і кінцевим вимірюванням становить 5,3 см (початковий результат: 74,5±0,3 см, кінцевий: 79,8±0,3 см) ($p < 0,05$).

У хлопчиків контрольної групи різниця в довжині тіла становила 4,3 см (вихідні результати: 119,3±7,4 см, кінцеві: 123,6±6,9 см), маса тіла зросла на 3,7 кг (вихідні результати: 18,4±2,1 кг, кінцеві: 22,1) ±1,7 кг). Що стосується вимірювань окружності грудної клітки, то різниця між першим і кінцевим вимірюваннями у хлопців контрольної групи становить 3,5 см (вихідні результати: 74,9±0,2 см, кінцеві результати: 78,4±0,3 см) ($p > 0,05$).

Отримані результати антропометричних показників свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким ростом дітей у цей період. При цьому різниця між значеннями обох груп незначна.

Динаміка показників функціонального стану слабчочуючих дітей зі сколіотичною поставою молодшого шкільного віку. З метою оцінки змін функціонального стану було проведено повторне обстеження дітей обох груп, яке виявило, що особливий ефект від використання розробленої методики пов'язаний із підвищенням функціональних можливостей серцево-судинної системи, що виражається в оптимізації роботи серця в спокої і підвищення резервних можливостей системи кровообігу при м'язовій діяльності. Динаміку функціональних показників дітей дослідної та контрольної груп наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Показники функціонального стану хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{x} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
АТсист, мм рт. ст.	110,0 ± 4,9	112,0 ± 4,3	< 0,05

АТдіаст, мм рт. ст.	64,0 ± 2,6	63,0 ± 2,3	< 0,05
ЧСС, уд / хв	96,0 ± 5,1	89,0 ± 2,4	< 0,05
ЖЕЛ, л	2,8 ± 0,1	3,3 ± 0,1	< 0,05
КГ, n = 6			
АТсист, мм рт. ст.	113,0 ± 5,1	111,0 ± 5,9	➤ 0,05
АТдіаст, мм рт. ст.	63,0 ± 2,7	64,0 ± 3,4	➤ 0,05
ЧСС, уд / хв	97,0 ± 4,2	93,0 ± 5,3	➤ 0,05
ЖЕЛ, л	2,7 ± 0,1	3,0 ± 0,1	➤ 0,05

При повторному тестуванні показників функціонального стану у дітей експериментальної групи виявлено достовірне підвищення результатів порівняно з дітьми контрольної групи, причому відмінності спостерігалися за всіма показниками. Різниця показників тиску у дітей дослідної групи (систолічний (початкові результати: 110,0±4,9 мм.рт.ст., кінцеві: 112,0±4,3 мм.рт.ст.), діастолічний (початкові: 64,0±2,6 мм.рт.ст., кінцеві: 63,0±4,3 мм.рт.ст.). 2,3 мм рт.ст.)) залишився майже на початковому рівні, ЧСС на кінець дослідження 7 уд/хв (початкові результати: 96,0±5,1 уд/хв, кінцеві: 89,0±2,4 уд/хв), змінена життєва ємність легень. на 0,5 л в кінці дослідження (початкові результати: 2,8±0,1 л, кінцеві: 3, 3±0,1 л) (p<0,05).

У дітей контрольної групи результати вимірювання систолічного тиску (початкові результати: 113,0±5,1 мм.рт.ст., кінцеві: 111,0±5,9 мм.рт.ст.) та діастолічного тиску (початкові: 63,0±2,7 мм.рт.ст., кінцеві: 64,0±3,4 мм.рт.ст.). рт.ст.) не змінювався, так як у дітей дослідної групи частота серцевих скорочень відрізнялася на 4 уд/хв (початкові результати: 97, 0±4,2 уд/хв, кінцеві: 93,0±5,3 уд/хв), у значеннях ЖЕЛ – 0,3 л (початкові результати: 2,7±0,1 л, кінцеві: 3,0±0,1 л) (p>0,05).

Отже, динаміка показників функціонального стану наприкінці дослідження у дітей експериментальної групи не збігається з динамікою контрольної групи. У хлопців експериментальної групи протягом дослідження стабільно та стабільно покращувалися показники приросту показників, усі отримані значення відповідали віковим нормам. Позитивне поліпшення показників функціонального стану сформувалося на початковому

етапі занять за розробленою методикою та зафіксувалося під час дослідження.

Динаміка показників функціональних проб наприкінці дослідження виявила достовірну різницю в результатах дітей експериментальної групи, на відміну від контрольної групи, які наведені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Показники функціональних проб хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{x} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Проба Штанге, с	28,1 ± 8,6	38,2 ± 4,2	< 0,05
Проба Генчі, с	14,4 ± 1,8	18,1 ± 1,6	< 0,05
КГ, n = 6			
Проба Штанге, с	29,5 ± 4,7	34,4 ± 3,5	➤ 0,05
Проба Генчі, с	13,7 ± 2,5	15,1 ± 2,4	➤ 0,05

Під час дослідження змінилися також результати функціональних проб дітей обох груп. У дітей експериментальної групи порівняно з початком дослідження покращилися показники проби Штанге на 10,1 с (початкові результати: 28,1±8,6 с, кінцеві: 38,2±4,2 с), показники проби Генчі покращилися на 3,7 с (початкові результати: 14,4±1,8 с, кінцеві: 18,1±1,6 с) (p<0,05).

Кінцеві результати хлопчиків контрольної групи також змінилися, але різниця між вихідним і кінцевим результатами менша, ніж у дітей експериментальної групи: тест Штанге – на 4,9 с (вихідні результати: 29,5±4,7 с, кінцеві): 34,4±3,5 с), проба Генчі – за 1,4 с (початкові результати: 13,7±2,5 с, кінцеві: 15,1±2,4 с) (p>0,05).

Таким чином, аналіз результатів дослідження дав змогу встановити, що впровадження методики адаптивної фізичної реабілітації позитивно впливає на організм школярів експериментальної групи (p<0,05). Основною

відмінністю змісту занять між досліджуваними групами є різний обсяг та інтенсивність вправ. Відвідування уроків фізичної культури в школі хлопцями контрольної групи сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників, але з нижчим рівнем достовірності ($p > 0,05$).

Динаміка показників фізичної підготовленості слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою молодшого шкільного віку. Аналіз фізичної підготовленості хлопців показав (табл. 3.4), що в дослідній та контрольній групах після дослідження більшість показників показали позитивні зміни.

Таблиця 3.4

Показники фізичної підготовленості хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Стрибок у довжину з місця, см	109,0 ± 8,5	116,2 ± 8,1	< 0,05
Згинання і розгинання рук в упорі лежачи, разів	8,0 ± 3,2	12,0 ± 3,0	< 0,05
Біг 30 м, с	6,6 ± 0,1	5,9 ± 0,3	< 0,05
Човниковий біг 4×9 м, с	14,6 ± 1,2	12,1 ± 0,9	< 0,05
Підтягування, разів	3,0 ± 2,4	6,0 ± 1,5	< 0,05
Піднімання тулуба в сід, разів	36,0 ± 11,2	47,0 ± 8,7	< 0,05
Нахил тулуба вперед з в.п. сидячи, см	6,0 ± 1,2	7,0 ± 0,7	< 0,05
Динамометрія правої руки, кг	9,2 ± 2,0	10,7 ± 1,6	< 0,05
Динамометрія лівої руки, кг	8,4 ± 1,7	10,7 ± 1,5	< 0,05

Продовження таблиці 3.4

1	2	3	4
КГ, n = 6			
Стрибок у довжину з місця, см	108,3 ± 8,3	113,0 ± 7,9	< 0,05
Згинання і розгинання рук в упорі лежачи, разів	8,0 ± 2,8	10,0 ± 4,5	➤ 0,05
Біг 30 м, с	6,7 ± 0,1	6,2 ± 0,2	➤ 0,05
Човниковий біг 4×9 м, с	16,8 ± 1,8	14,6 ± 1,1	➤ 0,05
Підтягування, разів	3,0 ± 1,2	5,0 ± 1,4	➤ 0,05
Піднімання тулуба в сід, разів	34,0 ± 11,4	40,0 ± 7,2	➤ 0,05
Нахил тулуба вперед з в.п. сидячи, см	5,0 ± 1,4	6,2 ± 1,2	➤ 0,05
Динамометрія правої руки, кг	8,9 ± 1,9	10,1 ± 1,2	< 0,05
Динамометрія лівої руки, кг	8,2 ± 2,0	9,8 ± 2,1	< 0,05

Аналіз показників фізичної підготовленості хлопців експериментальної групи виявив, що результати, отримані дітьми, мають розбіжності.

В експериментальній групі за результатами стрибків у довжину з місця покращилися середні показники на 7,2 см (вихідні результати: 109,0±8,5 см, кінцеві: 116,2±8,1 см), величина згинання та розгинання рук в упорі лежачи. вниз збільшився в 4,0 рази (початкові результати: 8,0±3,2 рази, кінцеві: 12,0±3,0 рази), за тестом з бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (початкові результати: 6,6±0,1 с, кінцеві: 5,9±0,3 с), за тестом човниковий біг спостерігалась динаміка зниження показників і різниця між першим і другим дослідженнями становила 2,5 с (початкові результати: 14,6±1,2 с, кінцеві: 12,1±1,8 с). У результатах підтягування виявлено різницю в 3,0 рази (вихідні результати: 3,0±2,4 рази, кінцеві результати: 6,0±1,5 рази), результат нормативу підйому тулуба збільшився в 11,0 разів (вихідні результати: 36, 0).

$\pm 11,2$ рази, остаточно: $47,0 \pm 8,7$ рази); різниця між початковим і кінцевим результатами гнучкості становила 1,0 см (початкові результати: $6,0 \pm 1,2$ см, кінцеві результати: $7,0 \pm 0,7$ см). Результати динамометрії обох рук дітей дослідної групи змінилися в межах вікової норми на 2,3 кг (вихідні результати: $9,2 \pm 2,0$ кг і $8,4 \pm 1,7$ кг, кінцеві результати: $10,7 \pm 1,6$ кг і $10,7 \pm 1,5$ кг) ($p < 0,05$). У хлопців контрольної групи кінцеві показники були такими: за результатами стрибків у довжину з місця середні показники покращилися на 4,7 см (вихідні результати: $108,3 \pm 8,3$ см, кінцеві): $113,0 \pm 7,9$ см), показники згинання та розгинання рук в упорі лежачи зросли в 2,0 рази (вихідні результати: $8,0 \pm 2,8$ рази, кінцеві: $10,0 \pm 4,5$ рази), за тестом з бігу на 30 м різниця результатів становила 0,5 с (початкові результати: $6,7 \pm 0,1$ с, кінцеві: $6,2 \pm 0,2$ с), тест човниковий біг показав зниження показників на 2,2 с (початкові результати: $16,8 \pm 1,8$ с, кінцеві: $14,6 \pm 1,1$ с). У результатах підтягування виявлено різницю в 2,0 рази (початкові результати: $3,0 \pm 1,2$ рази, кінцеві: $5,0 \pm 1,4$ рази), середній результат підйому стовбура в насінні змінився в 6,0 разів (початкові результати: $34,0 \pm 11,4$ рази, кінцеві: $40,0 \pm 7,2$ разів) у напрямку вгору, різниця між початковим і кінцевим результатами гнучкості становила 1,0 см (початкові результати: $5,0 \pm 1,4$ см, кінцеві: $6,2 \pm 1,2$ см), показники динамометрії зросли на 1,2 і 1,6 кг відповідно (початкові результати: $8,9 \pm 1,9$ кг і $8,2 \pm 2,0$ кг, кінцеві: $10,1 \pm 1,2$ кг і $9,8 \pm 2,1$ кг) ($p > 0,05$).

Загалом усі підсумкові результати фізичної підготовленості як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінилися позитивно, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. В експериментальній групі максимально покращилися показники стрибків у довжину, сидячи, гнучкості. У дітей контрольної групи максимально збільшилися показники підйому тулуба в положенні сидячи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а знайдена різниця основних значень має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання

розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

Динаміка показників розвитку кінестетичної, реактивної та ритмічної здібностей слабчучих дітей із сколіотичною поставою молодшого шкільного віку. Також досліджено вплив запропонованої методики на можливість контролю просторово-силових параметрів рухів методом фотометрії. Критерієм оцінки цієї здатності були показники відтворення 50 % зусилля від максимальної динамометрії руки та відтворення 50 % максимальної довжини стрибка в довжину з місця (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Показники розвитку кінестетичної здатності хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Динамометрія правої руки, %	71,8 ± 4,2	58,2 ± 3,6	< 0,05
Динамометрія лівої руки, %	67,5 ± 3,9	55,1 ± 4,3	< 0,05
Стрибок у довжину з місця, %	56,8 ± 2,1	49,4 ± 2,6	< 0,05
КГ, n=6			
Динамометрія правої руки, %	73,8 ± 5,8	68,5 ± 5,6	➤ 0,05
Динамометрія лівої руки, %	68,4 ± 4,5	63,2 ± 4,8	< 0,05
Стрибок у довжину з місця, %	55,4 ± 3,8	53,8 ± 4,1	>0,05

Діти експериментальної групи, які до початку експерименту не мали достовірних відмінностей від контрольної групи, після дослідження достовірно покращили значення спроби відтворення 50% максимальної динамометрії на 13,6% правою рукою (початкові результати). : 71,8±4,2%,

кінцевий: $58,2 \pm 3,6\%$) і на 12,4% зліва (початкові результати: $67,5 \pm 3,9\%$, кінцеві: $55,1 \pm 4,3\%$). Юнаки експериментальної групи, які до початку експерименту не мали достовірних відмінностей від контрольної групи, після дослідження достовірно покращили значення спроби відтворити 50% максимального значення стрибка в довжину на 7,4% (початкове значення). результати: $56,8 \pm 2,1\%$, кінцеві: $49,4 \pm 2,6\%$), з рівнем значущості $p < 0,05$.

Наприкінці дослідження встановлено, що показники спроби відтворення зусилля 50 % від максимального показника динамометрії руки у дітей до та після експерименту в контрольній групі достовірно не відрізняються. Спостерігається тенденція до покращення здатності диференціювати силові параметри рухів: за період дослідження відсоток спроб відтворити 50% величини зменшився на 5,3% (вихідні результати: $73,8 \pm 5,8\%$, кінцеві: $68,5 \pm 5,6\%$) правою рукою та на 1,3% (початкові результати: $68,4 \pm 4,5\%$, кінцеві: $63,2 \pm 4,8\%$) лівою. Показники спроби відтворити 50 % максимального показника довжини стрибка у дітей контрольної групи до та після дослідження також достовірно не відрізняються. Спостерігається тенденція до покращення здатності до просторових параметрів рухів: за період дослідження відсоток спроб відтворити довжину стрибка 50% зменшився на 1,6% (початкові результати: $55,4 \pm 3,8\%$, кінцеві: $53,8 \pm 4,1\%$), але на рівні значущості $p > 0,05$.

Таким чином, можна констатувати, що внаслідок впливу розробленої методики у слабчуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою покращилась здатність керувати просторово-силовими параметрами рухів, про що свідчить достовірне покращення критеріїв ефективності цієї здатності у дітей експериментальної групи порівняно з контрольною під час педагогічного експерименту.

Реактивність оцінювали на основі визначення латентного часу простої зорово-моторної реакції. У таблиці 3.6 наведені показники латентного часу

реакції на світловий сигнал в дослідній і контрольній групах до і після формувального експерименту.

Таблиця 3.6

Показники розвитку реагуючої здатності хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{x} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Латентний час простої рухової реакції на світловий сигнал, мс	698,0 ± 43,2	552,2 ± 39,6	< 0,05
КГ, n = 6			
Латентний час простої рухової реакції на світловий сигнал, мс	712,8 ± 41,8	651,5 ± 42,1	> 0,05

На початку проведення експерименту не виявлено достовірних відмінностей між показниками латентного часу реакції у дітей обох груп. У ході дослідження встановлено, що латентний час простої рухової реакції на світловий сигнал у дітей експериментальної групи, які до початку експерименту не мали достовірних відмінностей від контрольної, після експерименту достовірно покращили латентний час реакції на 146,0 мс (вихідні результати: 698,0±43,2 мс, кінцеві: 552,2±39,6 мс) (p<0,05).

У дітей контрольної групи спостерігається тенденція до покращення здатності до реагування, за період експерименту латентний час реакції зменшився на 61,0 мс (вихідні результати: 712,8±41,8 мс, кінцеві: 651,5±42,1 мс), але при рівні значущості p>0,05.

Отже, в результаті впливу розробленої методики у слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою покращилась здатність

до реагуючої здатності, про що свідчить достовірне покращення її критеріїв ефективності у дітей експериментальної групи порівняно з контрольною.

Здатність до ритму оцінювалась на основі визначення «дриблінгу» баскетбольним м'ячем однією рукою протягом 15 с в обмеженому просторі (коло діаметром 1,5 м), при цьому оцінювалась кількість виконаних ударів за 15 с. В таблиці 3.7 представлені показники експериментальної та контрольної груп до та після проведення формувального експерименту.

Таблиця 3.7

Показники розвитку ритмічної здатності хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження в динаміці ($\bar{x} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n=6			
«Дриблінг» баскетбольним м'ячем в обмеженому просторі за 15 с, разів	25,8 ± 2,5	31,2 ± 3,7	< 0,05
КГ, n = 6			
«Дриблінг» баскетбольним м'ячем в обмеженому просторі за 15 с, разів	24,8 ± 2,2	28,5 ± 3,0	> 0,05

На початку експерименту достовірних відмінностей між показниками інсультів у дітей дослідної та контрольної груп не виявлено.

Наприкінці дослідження встановлено, що «ведення» м'яча у дітей експериментальної групи до і після експерименту не мало достовірних відмінностей від контрольної групи, після експерименту «ведення» м'яча достовірно покращився на 5,7 ударів (початкові результати: 25,8±2,5 рази, кінцеві: 31,2±3,7 рази) (p<0,05).

У дітей контрольної групи також спостерігалася тенденція до покращення здатності до ритму: за експериментальний період кількість виконаних ударів зросла лише на 3,7 удару (початкові результати: $24,8 \pm 2,2$ рази, кінцеві результати: $28,5 \pm 3,0$ рази), але на рівні значущості $p > 0,05$.

Так, у результаті впливу розробленої методики у слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою покращилась здатність розвивати ритмічні здібності, про що свідчить достовірне покращення критеріїв її ефективності у дітей експериментальної групи порівняно з контрольна група.

Таким чином, усі кінцеві результати розвитку кінестетичних, реактивних та ритмічних здібностей як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінилися позитивно, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а знайдена різниця основних значень має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

Динаміка показників біогеометричного профілю дітей із вадами слуху зі сколіотичною поставою молодшого шкільного віку. Основним критерієм ефективності методики адаптивної фізичної реабілітації слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою стало вивчення біогеометричного профілю. Аналіз результатів дослідження показує, що під впливом розробленої методики показники біогеометричного профілю постави дітей покращилися в експериментальній групі хлопців, у контрольній групі вірогідних змін не відбулося (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка показників біогеометричного профілю хлопців експериментальної та контрольної груп до та після дослідження ($\bar{X} \pm \sigma$)

Показник	До дослідження	Після дослідження	p
1	2	3	4
ЕГ, n = 6			
Нормальна постава, %	-	24,8 ± 2,6	< 0,05
Плоска спина, %	15,1 ± 2,6	13,7 ± 1,4	< 0,05
Круглоувігнута спина, %	20,6 ± 2,0	17,3 ± 1,7	< 0,05
Кругла спина, %	27,9 ± 1,9	21,4 ± 2,2	< 0,05
Сколіотична постава, %	36,4 ± 3,2	22,8 ± 2,8	< 0,05
КГ, n = 6			
Нормальна постава, %	-	7,1 ± 0,4	➤ 0,05
Плоска спина, %	19,3 ± 3,4	18,1 ± 1,7	< 0,05
Круглоувігнута спина, %	20,1 ± 2,5	18,7 ± 1,9	➤ 0,05
Кругла спина, %	28,1 ± 2,3	26,9 ± 2,0	➤ 0,05
Сколіотична постава, %	32,5 ± 2,1	29,2 ± 2,4	➤ 0,05

Результати візуального скринінгу дозволили більш детально розглянути проблему типів постави та визначити вираженість її функціональних порушень. Таким чином, виявилось, що дітей з нормальною поставою на початку дослідження в обох групах не було. У дітей експериментальної групи, у яких до початку експерименту не було достовірних відмінностей від контрольної групи, після дослідження позитивно змінилися всі показники біогеометричного профілю постави: сколіотична постава на 13,6 % (вихідні результати: 36,4±3,2%, кінцева: 22,8±2,8%), кругла спина - на 6,5% (початкові результати: 27,9±1,9%, кінцеві: 21,4±2,2%), кругла увігнута спина - на 3,3% (початкові результати: 20,6. ±2,0%, кінцевий: 17,3±1,7%), плоска спина - на 1,4% (початкові результати: 15,1±2,6%, кінцеві: 13, 7±1,4%), нормальна

постава – на 24,8% (початкові результати: 0,0%, кінцевий: 24,8±2,6%) (p<0,05).

Наприкінці дослідження встановлено, що показники біогеометричного профілю постави у дітей до та після експерименту в контрольній групі достовірно не відрізнялися: сколіотична постава на 3,3 % (початкові результати: 32,5±2,1 %, кінцеві : 29,2±2,4%), округла спина - на 1,2% (початкові результати: 28,1±2,3%, кінцеві: 26,9±2,0%), кругла увігнута спина - на 1,4% (початкові результати: 20,1±2,5%, кінцеві: 18,7±1,9%), рівна спина - на 1,2% (початкові результати: 19,3±3,4%, кінцеві: 18,1±1,7%), нормальна постава - на 7,1% (початкові результати: 0,0%, кінцеві: 7,1±0,4%) (p>0,05). Так, у результаті впливу розробленої методики у слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою покращилися показники біогеометричного профілю постави, про що свідчить достовірне покращення критеріїв працездатності у дітей експериментальної групи порівняно з контрольною групою. Усі підсумкові показники біогеометричного профілю постави дітей як дослідної, так і контрольної групи мали позитивні зміни, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а знайдена різниця основних значень має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчующих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

Таким чином, викладене дає змогу стверджувати, що засоби адаптивної фізичної реабілітації, застосовані у хлопців експериментальної групи, сприяли достовірному підвищенню всіх досліджуваних показників, а отже, можна говорити про ефективність запропонованої методики. адаптивна

фізична реабілітація дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху зі сколіотичною поставою.

Порівнюючи результативність запропонованої методики та уроків фізичної культури, можна констатувати, що заняття в експериментальній групі були більш ефективними, оскільки результати антропометричних показників, функціонального стану, функціональних проб, показників фізичної підготовленості, показників розвитку Тут покращилися кінестетичні, реактивні та ритмічні здібності, а головне – показники біогеометричного профілю постави дітей експериментальної групи. Отримані дані свідчать про ефективність використання засобів адаптивної фізичної реабілітації в розробленій методиці.

Висновки до третього розділу

У ході обґрунтування методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою виявлено фактори, які важко врахувати у змісті традиційних уроків. В основу розробки експериментального підходу до визначення змісту розробленої методики лягли основні принципи адаптивної фізичної реабілітації.

За результатами констатувального експерименту з урахуванням закономірностей розвитку слабочуючих дітей зі сколіотичною поставою розроблено методику, метою якої є впровадження форм і методів адаптивної фізичної реабілітації для корекції та профілактики порушення постави у дітей з вадами слуху. Підбір засобів та обґрунтування їх регулювання проводили з урахуванням особливостей організму слабочуючих дітей молодшого шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів, дозування та реакції організму на фізичне навантаження, раціональне поєднання засобів адаптивної фізичної реабілітації. Відмінною особливістю розробленої методики стала її спрямованість на профілактику та корекцію порушень постави у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку з використанням фітболів (що

сприяло формуванню навичок правильної постави, забезпечувало зміцнення м'язового корсету та покращення вестибулярної функції), профілактичний засіб Євмінова (для розвантаження хребта та зміцнення глибоких м'язів спини); вправи дихальної гімнастики за методикою О. М. Стрельникової (для відновлення організму), що сприяло досягненню мети всього педагогічного процесу. Оцінку ефективності розробленої методики проводили відповідно до встановлених критеріїв. Впровадження розробленої методики дозволило констатувати достовірні позитивні зміни в усіх досліджуваних показниках хлопців експериментальної групи.

Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних зрушень у процесі формувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось у покращенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$.

Отримані результати антропометричних показників свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким ростом дітей у цей період. При цьому різниця між значеннями обох груп незначна.

Аналіз досліджених результатів функціонального стану та функціональних проб дав змогу встановити, що впровадження методики адаптивної фізичної реабілітації позитивно впливає на організм школярів експериментальної групи ($p < 0,05$). Основною відмінністю змісту занять між досліджуваними групами є різний обсяг та інтенсивність вправ. Відвідування уроків фізичної культури в школі хлопцями контрольної групи сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників, але з нижчим рівнем достовірності ($p > 0,05$).

Усі кінцеві результати фізичної підготовленості як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінилися в позитивну сторону, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. В експериментальній групі максимально покращилися показники стрибків у довжину, підйому тулуба та гнучкості. У дітей контрольної групи виявлено

максимальне збільшення показників підйому тулуба в положенні сидячи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а виявлена різниця в основних значеннях має статистичну достовірність, яка свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою. Кінцеві результати розвитку кінестетичної, реактивної та ритмічної здібностей як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінювалися позитивно, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а виявлена різниця в основних значеннях має статистичну достовірність, яка свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

В результаті впливу розробленої методики у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою покращилися показники біогеометричного профілю постави, про що свідчить достовірне покращення критеріїв працездатності у дітей експериментальної групи. групи порівняно з контрольною групою. Усі кінцеві показники біогеометричного профілю постави як дослідної, так і контрольної групи дітей змінилися позитивно, але краща динаміка показників знову виявлена у дітей експериментальної групи.

Таким чином, аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а виявлена різниця в основних значеннях має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної

фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху зі сколіотичною поставою.

Представлені результати проведених в ході експерименту досліджень підтвердили обґрунтованість розробки та ефективність впровадження розробленої методики.

РОЗДІЛ 4

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основним завданням, визначеним у Національній стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, є формування гармонійно розвиненої, морально та фізично здорової особистості, яка відповідально ставиться до свого здоров'я. Положення Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті наголошують на необхідності оновлення змісту та вдосконалення системи освіти дітей з особливими потребами, запровадження нових підходів, форм і методів навчання та виховання, які забезпечують потреби дітей з особливими потребами. розвитку особистості, сприяють їх максимальній фізичній і психічній реабілітації, а також соціалізації та інтеграції в суспільство.

За даними ВООЗ, майже 7% населення нашої країни страждає на часткову або повну втрату слуху, тобто в Україні близько 15 тис. школярів з вадами слуху, з них майже 7 тис. глухих і 8 тис. дітей шкільного віку зі слухом. порушення.

Розвиток дітей з вадами слуху неможливий без засобів адаптивного фізичного виховання та адаптивної фізичної реабілітації, які забезпечують необхідний рівень рухового розвитку, профілактику та корекцію відхилень рухових функцій, оскільки діти з вадами слуху відстають у темпі біологічного дозрівання. , у них порушується діяльність серцево-судинної та дихальної системи, значне місце займає порушення постави. Аналіз спеціальної літератури доводить, що корекції сколіотичної постави школярів молодшого шкільного віку з вадами слуху засобами адаптивного фізичного виховання та адаптивної фізичної реабілітації присвячено лише поодинокі дослідження. Отже, враховуючи те, що кількість слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою неухильно зростає, на сьогоднішній день існує необхідність розробки методики, спрямованої на

попередження прогресування та корекцію порушень мовлення у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку.

В основу розробки методики соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями мовлення зі сколіотичною поставою став аналіз навчально-методичної документації, розробленої та рекомендованої МОН України для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для діти з вадами слуху. В основу формулювання змісту структури методики адаптивної фізичної реабілітації слабочуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою були покладені положення адаптивної фізичної реабілітації, у процесі якої вирішувалися загальні та специфічні завдання, а саме: : корекційні, компенсаторні, профілактичні та лікувально-відновлювальні, що відображають особливості слабчующих школярів, зумовлені наявністю основного дефекту, супутніх захворювань, вторинних відхилень фізичного та функціонального характеру. Власні дослідження продовжили розпочату вітчизняними та зарубіжними вченими та спеціалістами роботу щодо впровадження корекційно-відновлювальних та профілактичних заходів у процес адаптивної фізичної реабілітації слабчующих школярів із сколіотичною поставою.

За результатами констатувального експерименту з урахуванням закономірностей розвитку слабчующих дітей зі сколіотичною поставою розроблено методику, метою якої є впровадження форм і методів адаптивної фізичної реабілітації для корекції та профілактики порушення постави у дітей з порушенням слуху. Підбір засобів та обґрунтування їх регулювання проводили з урахуванням особливостей організму слабчующих дітей молодшого шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів, дозування та реакції організму на фізичне навантаження. , раціональне поєднання засобів адаптивної фізичної реабілітації.

Відмінною особливістю розробленої методики стала її спрямованість на профілактику та корекцію порушень постави у слабчуючих дітей молодшого шкільного віку з використанням фітболів (що сприяло формуванню навичок правильної постави, забезпечувало зміцнення м'язового корсету та покращення вестибулярної функції), профілактичний засіб Євмінова (для розвантаження хребта та зміцнення глибоких м'язів спини); вправи дихальної гімнастики за методикою О. М. Стрельникової (для відновлення організму), що сприяло досягненню мети всього педагогічного процесу.

Проведено оцінку ефективності розробленої методики відповідно до встановлених критеріїв. Впровадження розробленої методики дозволило констатувати достовірні позитивні зміни в усіх досліджуваних показниках хлопців експериментальної групи.

Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних зрушень у процесі формувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось у покращенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$. . Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані діти експериментальної групи випереджають дітей контрольної групи за всіма досліджуваними показниками, а виявлена різниця в основних значеннях має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчуючих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою.

Отже, результати педагогічного експерименту засвідчили ефективність інтегрованої в навчальний процес розробленої методики за встановленими нами критеріями ефективності. Отримані дані мають як теоретичне, так і практичне значення.

ВИСНОВКИ

1. 1. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури свідчить про постійне зростання кількості дітей з вадами слуху у світі. На сьогоднішній день накопичено достатньо теоретичного та експериментального матеріалу щодо корекції психофізичного стану та рухової сфери дітей з вадами слуху, однак на даний час дослідження присвячені розробці програм і методик адаптивної фізичної реабілітації, спрямованих на корекцію постави та нормалізація функції серцево-судинної та дихальної системи дітей молодшого шкільного віку з вадами слуху. Також за даними аналізу літератури встановлено, що порушення постави є одним із найпоширеніших відхилень у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку.

2. Аналіз спеціальної літератури засвідчує, що лише поодинокі дослідження присвячені корекції порушень постави у слабочуючих учнів молодшого шкільного віку засобами адаптивної фізичної реабілітації, тому, враховуючи той факт, що кількість осіб молодшого шкільного віку з вадами слуху значно зростає, дітей з порушеннями постави неухильно зростає, наразі існує потреба у розробці методів адаптивної фізичної реабілітації, спрямованих на попередження прогресування та корекцію порушень постави у слабочуючих дітей молодшого шкільного віку.

3. 3. За результатами констатувального експерименту з урахуванням закономірностей розвитку слабочуючих дітей із сколіотичною поставою розроблено методику, метою якої є впровадження форм і методів адаптивної фізичної реабілітації для корекції та профілактика порушень постави у дітей з вадами слуху. Підбір засобів та обґрунтування їх регулювання проводили з урахуванням особливостей організму слабочуючих дітей молодшого шкільного віку залежно від рухового режиму, протипоказань, спеціальних педагогічних принципів, дозування та реакції організму на фізичне навантаження, раціональне поєднання засобів адаптивної фізичної реабілітації.

4. Відмінною особливістю розробленої методики стала її спрямованість на профілактику та корекцію порушень постави у слабчущих дітей молодшого шкільного віку з використанням фітболів (що сприяло формуванню навичок правильної постави, забезпечувало зміцнення м'язового корсету та покращення вестибулярної функції), профілактичний засіб Євмінова (для розвантаження хребта та зміцнення глибоких м'язів спини); вправи дихальної гімнастики за методикою О. М. Стрельникової (для відновлення організму), що сприяло досягненню мети всього педагогічного процесу.

5. Оцінку ефективності розробленої методики проводили за встановленими критеріями, впровадження яких дозволило констатувати достовірні позитивні зрушення за всіма досліджуваними показниками хлопців експериментальної групи. Порівняльний аналіз отриманих даних засвідчив наявність позитивних зрушень у процесі формувального експерименту дітей експериментальної групи, що проявилось у покращенні середніх значень показників на рівні $p < 0,05$.

Отримані результати антропометричних показників свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким ростом дітей у цей період. При цьому різниця між значеннями обох груп незначна. Аналіз досліджених результатів функціонального стану та функціональних проб дав змогу встановити, що впровадження методики адаптивної фізичної реабілітації позитивно впливає на організм школярів експериментальної групи ($p < 0,05$). Основною відмінністю змісту занять між досліджуваними групами є різний обсяг та інтенсивність вправ. Відвідування уроків фізичної культури в школі хлопцями контрольної групи сприяло відносному покращенню більшості досліджуваних показників, але з нижчим рівнем достовірності ($p > 0,05$). Усі кінцеві результати фізичної підготовленості як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінилися в позитивну сторону, але кращу динаміку показників виявлено у дітей експериментальної групи. В експериментальній

групі максимально покращилися показники стрибків у довжину, підйому тулуба та гнучкості. У дітей контрольної групи виявлено максимальне збільшення показників підйому тулуба в положенні сидячи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а знайдена різниця основних значень має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою. Кінцеві результати розвитку кінестетичної, реактивної та ритмічної здібностей як експериментальної, так і контрольної груп дітей змінилися позитивно, але краще виявлено динаміку показників у дітей експериментальної групи. Аналіз наведених даних дав змогу зробити висновок, що досліджувані хлопці експериментальної групи за всіма визначеними показниками випереджають досліджуваних дітей контрольної групи, а знайдена різниця основних значень має статистичну достовірність, що свідчить про ефективність використання розробленої методики адаптивної фізичної реабілітації слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою. В результаті впливу розробленої методики у слабчучих дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави покращилися показники біогеометричного профілю постави, про що свідчить достовірне покращення критеріїв успішності у дітей експериментальної групи порівняно з до контрольної групи. Усі підсумкові показники біогеометричного профілю постави як дослідної, так і контрольної групи дітей змінилися позитивно, але краща динаміка показників знову виявлена у дітей експериментальної групи.

Представлені результати проведених в ході експерименту досліджень підтвердили обґрунтованість розробки та ефективність впровадження методики адаптивної фізичної реабілітації слабчучих дітей молодшого шкільного віку зі сколіотичною поставою, що є основою для її практичного впровадження в системі адаптивної фізичної реабілітації.

Схожість

Джерела з Інтернету

235

2	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_rychok_t.m.pdf	39 джерел	3.91%
4	https://uu.edu.ua/upload/Osvita/Fragmenti_diplomnih_robit/PIEP/2021/016/pt_016_Hladkyy_S_V.docx	2 джерела	1.64%
5	https://sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/download/563/552		1.41%
7	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/avtoreferaty/2014/7.2014.doc	2 джерела	1.08%
9	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0042-2019-06-06-dissert-02.pdf	9 джерел	0.87%
10	https://docplayer.net/85983848-Dzhevaga-volodimir-valentinovich-korekciya-porushen-koordinacynih-zdibnostey-ditey-molods...		0.61%
11	http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/9717/6.%20%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BF%D1%83%D1%85%D1%...		0.6%
12	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/pictures/aktualni_problemy_1_konferen_1.pdf	2 джерела	0.48%
14	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_savlyuk_s.p.pdf		0.29%
15	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_butov_r.s.pdf		0.28%
16	http://www.disslib.org/teoretyko-metodychni-osnovy-korektsiyi-rukhovoyi-sfery-ditej-zi-znyzhenym-slukhom.html	3 джерела	0.25%
18	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/pictures/diss_goncharova_n.m.pdf		0.18%
19	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/aref_dzhevaga_v.v.pdf	5 джерел	0.17%
20	http://dspace.oneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/11754/1/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D1%8E%D1%89%D0%B5%D0%B...		0.15%
21	https://lib.iitta.gov.ua/719159/1/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A_14_2018.pdf		0.15%
22	https://repository.sspu.edu.ua/bitstream/123456789/10035/1/%D0%9A%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%84%D1%96...		0.14%
24	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/3724/%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0...		0.13%
25	http://umo.edu.ua/images/content/institutes/imp/vydannya/konferenc/%D0%B7%D0%B1_%D1%82%D0%B5%D0%B7	38 джерел	0.12%
26	https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/%D0%94_26.053.14/Kisilyk_1404_1.pdf	3 джерела	0.12%
27	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0036-2019-03-01-dissert-02.pdf		0.12%

28	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_blystiv_t.v.pdf	18 джерел	0.12%
29	http://sporthealth.kubg.edu.ua/article/download/221259/223396		0.11%
30	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_pereginec_m.m.pdf	6 джерел	0.09%
31	http://lib.iitta.gov.ua/712187/2/Teor_i_tehnoi_rozv_np_pracivnikiv_IVO-2017-131p_avtors-kolektiv.pdf	28 джерел	0.09%
33	https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/%D0%94_26.053.10/Sundukova.pdf	2 джерела	0.07%
35	http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/7784/1/%d0%94d1%96d1%8fd0%bbd1%8c%bd%bd1%96d	31 джерело	0.07%
36	http://eprints.zu.edu.ua/26001/1/dys_Krasovska.pdf	12 джерел	0.07%
37	https://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0_%D0%B0%D0%B4%D0%B0D...		0.06%
39	http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/29743		0.06%
40	http://psv.udpu.edu.ua/article/download/162396/161365	5 джерел	0.06%
41	http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/27833/1/%d0%ae%d0%b7d0%ba%d0%be%d0%b2d0%b5d1%86d1...		0.05%
42	https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/3376/1/Shuba.pdf		0.05%
43	https://www.uzhnu.edu.ua/en/infocentre/get/2140	5 джерел	0.05%
44	http://eprints.cdu.edu.ua/4656/2/shaposhnik1%20%282%29.pdf	2 джерела	0.05%
45	http://lib.iitta.gov.ua/710835/1/Dovhan_dis.pdf		0.05%
46	https://bsa.edu.lv/wp-content/docs/science/book/law_innovative_society/law_innovative_society_2021_2_17.pdf	5 джерел	0.05%
47	https://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_Respirat_4/32-33.pdf		0.05%

Джерела з Бібліотеки

37

1	Студентська робота	ID файлу: 1013555662	Навчальний заклад: Open International University of Hu	24 Джерело	4.22%
3	Студентська робота	ID файлу: 1013953246	Навчальний заклад: Open International University of Hu	2 Джерело	2.08%
6	Студентська робота	ID файлу: 1013885288	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		1.16%
8	Студентська робота	ID файлу: 1013815253	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.88%

13	Студентська робота	ID файлу: 1014026506	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.38%
17	Студентська робота	ID файлу: 1013555687	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.22%
23	Студентська робота	ID файлу: 1013775629	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve... 2 Джерело	0.13%
32	Студентська робота	ID файлу: 1013486798	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.08%
34	Студентська робота	ID файлу: 1013059444	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.07%
38	Студентська робота	ID файлу: 1010762864	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve... 3 Джерело	0.06%