

Ім'я користувача:
Полтава Роман Шаравара

ID перевірки:
1013802642

Дата перевірки:
03.02.2023 11:53:59 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
03.02.2023 11:55:25 EET

ID користувача:
100006297

Назва документа: Магістерська Попелюх

Кількість сторінок: 63 Кількість слів: 13483 Кількість символів: 106397 Розмір файлу: 97.14 KB ID файлу: 1013555687

23.1% Схожість

Найбільша схожість: 9.31% з Інтернет-джерелом (<https://ronl.org/referaty/psikhologiya/266811>)

18.4% Джерела з Інтернету

96

Сторінка 65

8.58% Джерела з Бібліотеки

38

Сторінка 67

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

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

Замінені символи

11

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	9
1.1. Причини виникнення та форми затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку.....	9
1.2. Характеристика психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку.....	19
1.3. Можливості корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку засобами адаптивної фізичної культури.....	27
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	33
2.1. Методи дослідження.....	33
2.1.1. Методи теоретичного аналізу науково-методичної літератури та документальних даних.....	33
2.1.2. Антропометричні методи.....	34
2.1.3. Медико-біологічні методи.....	34
2.1.4. Методи тестування рівня психофізичного розвитку...	36
2.1.5. Педагогічне спостереження.....	40
2.1.6. Педагогічний експеримент.....	40
2.1.7. Методи математичної статистики.....	41
2.2. Організація дослідження.....	41
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ	43
3.1. Основи методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку	43
3.2. Дослідження ефективності методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку	49
3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	50
3.2.2. Динаміка показників опорно-рухового апарату дітей	

	3
молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	51
3.2.3. Динаміка сформованості мислення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	52
3.2.4. Динаміка рухової пам'яті дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	53
3.2.5. Динаміка сформованості мовлення дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	55
3.2.6. Динаміка сформованості дрібної моторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	56
3.2.7. Динаміка сформованості статичної координації рухів дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.....	57
Висновки до третього розділу.....	58
РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	61
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АФВ – адаптивне фізичне виховання;
АФК – адаптивна фізична культура;
ВНС – вегетативна нервова система;
ЕГ – експериментальна група;
ЗПР – затримка психічного розвитку;
ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;
КГ – контрольна група;
ЛФК – лікувальна фізична культура;
ПІ – плечовий індекс;
ЦНС – центральна нервова система.

ВСТУП

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

Поняття розумова відсталість визначається багатьма педагогами, психологами і дефектологами як прикордонний стан між нормальним і патологічним розвитком, що має тимчасове відставання відповідно до темпів біологічного дозрівання і яке піддається корекції за допомогою адекватної системи педагогічних заходів. застосовується (Сермеєв Б. В., 1990; Мастюкова Є. М., 2016; Ілляшенко Т. Д., Бастун Н. А., Сак Т. В., 2016; Лазоренко Т. М., 2020).

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

Аналізуючи зміст занять з адаптивного фізичного виховання учнів із затримкою психічного розвитку, можна констатувати, що на цей час більшість програм орієнтована на «умовно» здорових дітей. Підготовка спеціалістів з адаптивного фізичного виховання для роботи в загальноосвітніх і спеціалізованих навчальних закладах будується на вивченні методик фізичного виховання з дітьми, які не мають відхилень у психічному розвитку.

Недостатня кількість матеріалів для організації занять з адаптивного фізичного виховання в спеціальних шкільних закладах для дітей із ЗПР змушує спеціалістів модифікувати програми, що використовуються в роботі зі здоровими дітьми відповідно до можливостей своїх вихованців.

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

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

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

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

Завдання дослідження:

1. Дослідити проблему корекції психофізичного розвитку дітей у теорії і практиці адаптивного фізичного виховання.
2. Визначити особливості рівня фізичного та психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.

3. Окреслити напрями корекційної роботи на заняттях з адаптивного фізичного виховання та обґрунтувати використання ефективних засобів для корекції психофізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку.
4. Розробити методику індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку та дослідити її ефективність.

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

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

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

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

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

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

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

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

Дитина із затримкою психічного розвитку характеризується в спеціальній літературі [19] як особлива група дітей з відставанням у

психічному розвитку, які мають такі особливості інтелекту й особистості, що не дозволяють їм вчасно та якісно опанувати елементарні знання.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) - це уповільнення темпів психічного розвитку, що виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів і нездатності до інтелектуальної діяльності [4]., 26]. Поняття «затримка психічного розвитку» використовується по відношенню до дітей зі слабо вираженою органічною або функціональною недостатністю центральної нервової системи (ЦНС). У них спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: несформованість складних форм поведінки, цілеспрямована діяльність на тлі швидкої виснаженості, порушення працездатності та ін. Таких дітей відзначають як дітей з недостатньою здатністю до навчання [26].

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

Патологічна сутність ЗПР полягає у впливі ряду патологічних факторів у перинатальному, пологовому та постнатальному періодах [24]. Аналіз спеціальних даних свідчить про наявність органічних уражень головного мозку практично у всіх дітей з ДЦП. У більшості випадків при ЗПР виявляється поєднання органічного ураження у вигляді енцефалопатичних розладів і недостатності окремих психічних функцій з ознаками загального психічного недорозвинення [24].

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

У роботах дослідників [44, 51] узагальнені дані про причини виникнення ЗПР. Затримка може бути обумовлена генетичними та екзогенними факторами, що впливають на центральну нервову систему. Причинами ЗПР також можуть бути патології вагітності, асфіксія та травми під час пологів, постнатальні нейроінфекції, тривалі токсико-дистрофічні захворювання перших років життя.

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

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

Для дітей молодшого шкільного віку із ЗПР характерні такі особливості, як незрілість емоційно-вольової сфери, швидка стомлюваність, коливання працездатності, виснаженість нервових процесів [54]. Порівняно з однолітками, діти з ООП потребують більш тривалого періоду для отримання та обробки сенсорної інформації. Крім того, у них спостерігається зниження як довготривалої, так і короткочасної пам'яті, довільного і мимовільного запам'ятовування. Характерні також низька продуктивність і стійкість пам'яті, слабкий розвиток опосередкованого запам'ятовування, зниження його під час інтелектуальної діяльності [63]. Також клінічні спостереження та психологічні дослідження свідчать про недостатній розвиток емоційно-вольової сфери. Затримка розвитку включає емоційний компонент, який суттєво впливає на їх емоційну активність [13].

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

Розглядаючи діяльність дітей з ООП, варто відзначити дослідження, проведені під керівництвом В. І. Лубовського [40], які свідчать про те, що діти з ООП відчують труднощі у довільній організації діяльності, не вміють виконувати вказівки вчителя чи вихователя, перемикалися з одного виду діяльності на інший.

Діти з ООП швидко втомлюються, знижується працездатність, а інколи взагалі відмовляються завершувати розпочату роботу. Відзначено [35], що недостатня працездатність і підвищена стомлюваність у поєднанні з низьким рівнем пізнавальної активності призводять до того, що будь-який новий вид роботи або необхідність зміни способу дії викликає їх значні ускладнення. У стані втоми різко знижується працездатність і увага, виникають імпульсивні, необдумані дії. Знижена працездатність дітей з ООП у процесі навчальної діяльності пов'язана з недостатнім рівнем активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС).

Психоемоційне напруження дітей з ООП, на відміну від їхніх здорових однолітків, залишається на колишньому рівні, не підвищуючись у періоди втоми. Діяльність дітей з ООП характеризується загальною неорганізованістю, імпульсивністю, недостатньою цілеспрямованістю, слабкою орієнтацією у завданні, що призводить до численних помилкових дій [17]. Такі діти припускаються непотрібних, не завжди адекватних помилок, не намагаються знайти раціональні прийоми роботи. Однією з особливостей діяльності дітей із ЗПР є її недостатня регуляція за допомогою мовлення. Це виражається в тому, що діти цієї категорії мають ускладнення в адекватному словесному позначенні дій і точному виконанні запропонованих мовних інструкцій [4].

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

До факторів, що призводять до ЗПР, належать біологічні та соціальні (психогенні, соціогенні) фактори.

Біологічні фактори дуже різноманітні. Зазначається, що в даному випадку йдеться про генетично обумовлену затримку дозрівання різних систем організму дитини, в тому числі нервової. Такі діти, не маючи ознак захворювання, фізично і розумово відстають від вікової норми, що виявляється під час перевірки на шкільну зрілість. Особливо відстає емоційно-вольова сфера: дитина може проявити достатньо знань і кмітливості в грі, але їй дуже важко сприймати суто навчальні завдання, вона не засвоює правила поведінки, обов'язки школяра. Адаптація до школи у таких дітей проходить досить важко, їм краще починати навчання пізніше, і при цьому вони потребують індивідуального підходу з боку сім'ї та вчителя [1].

До розумової відсталості у дітей призводять також різні соматичні захворювання, особливо ті, що починаються в ранньому віці і, переходячи в хронічну форму, надовго позбавляють дитину бадьорості й активності. У таких випадках центральна нервова система безпосередньо не страждає від захворювання, але страждає від загального виснаження організму дитини. Хвороба знижує психічний тонус дитини, через що виникають несприятливі умови для розвитку її психічних функцій. Умовою подолання цієї форми розумової відсталості у дитини є лікування її захворювань і систематична педагогічна робота. Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку пов'язана з больовим ураженням мозку. Його прояви більш стійкі і більш яскраво виражені. Для їх усунення або пом'якшення необхідні

систематичні та тривалі медико-педагогічні заходи. Під час неврологічного обстеження у таких дітей нерідко виявляються певні відхилення у функціонуванні нервової системи, що свідчить про шкідливу дію на мозок або новонароджену дитину різних факторів, а саме: різні захворювання матері під час вагітності, токсичні речовини з якими забруднюється довкілля, а також нікотин, алкоголь, деякі ліки [1, 24].

Розумова відсталість зумовлена різними запальними захворюваннями центральної нервової системи в перші роки життя, а також травмами головного мозку [45].

Ознаки затримки психофізичного розвитку, пов'язані з ураженням головного мозку, виявляються у багатьох дітей вже в ранньому дитинстві: пізній початок ходьби, незграбність у рухах, затримка мовного розвитку, зниження пізнавальної активності. Залежно від того, які функціональні системи головного мозку були пошкоджені, можна спостерігати ті чи інші особливо виражені порушення пізнавальної діяльності. У одних дітей найбільш виражені недоліки в розвитку мовлення і читання, в інших - в лічбі, орієнтуванні в просторі, довільної регуляції поведінки [41].

Причинами затримки психічного розвитку у дітей також є умови їх проживання в неблагополучній сім'ї: алкоголізм батьків, їх неухважність, жорстоке ставлення до дитини. Проведено багато досліджень [34, 60], які свідчать про негативний вплив на розвиток дитини ранньої ізоляції від контакту з матір'ю, оскільки втрата або відсутність тісного контакту з матір'ю чи іншим дорослим, який виконує її функції вже в дитини призводить до серйозних порушень у його розвитку. Можливість виправлення цих вад залежить від тривалості розриву зв'язків з матір'ю: чим вони довші, тим важче подолати їх наслідки.

Важливим напрямком у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне та психолого-педагогічне вивчення дітей із ЗПР. Існуюча класифікація типів розумової відсталості, яка розроблена К.С. Лебединської [27], відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, а й їх

причинність. За етіопатогенетичним принципом виділяють його основні клінічні види: конституціональний, соматогенний, церебрально-органічний, психогенного походження (з патологічним формуванням особистості).

Кожен із цих варіантів характеризується специфічними рисами інфантилізму, а також різним прогностично значущим характером недостатньої пізнавальної активності. Вони можуть ускладнюватися багатьма больовими симптомами - соматичними, енцефалопатичними, неврологічними - і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості та порушення пізнавальної діяльності, етіологію.

Затримка психічного розвитку конституціонального генезу. До цього виду ЗПР відноситься обумовлений психічний, психофізичний інфантилізм – гармонійний або дисгармонійний. В обох випадках у дітей переважає емоційно-особистісна незрілість, «дитяча» поведінка, жвавість міміки та поведінкових реакцій. Порушення поведінки при дисгармонійному інфантилізмі важче піддаються психолого-педагогічній корекції та потребують більших зусиль з боку батьків і педагогів, тому таким дітям показана додаткова медикаментозна терапія [27].

При ЗПР конституційного генезу спадкова часткова недостатність певних модально-специфічних функцій (праксису, гнозису, зорової та слухової пам'яті, мовлення), що лежать в основі формування складних інтераналітичних навичок, таких як малювання, читання, письмо, рахунок та ін. Генетична обумовленість цих розладів визначається передачею ліворукості, дислексії, дисграфії, акалькулії, недостатнього просторового гнозису та праксису в родині дітей з ООП від покоління до покоління [25]. У корекційному плані це один із найбільш сприятливих видів психічного розвитку при ЗПР.

Затримка психічного розвитку соматогенного генезу. Цей вид розумової відсталості зумовлений тривалою соматичною недостатністю різного походження: хронічними інфекціями та алергічними станами, вродженими та набутими вадами розвитку внутрішніх органів (серця, нирок, легенів тощо).

Важливу роль відіграють важкі соматичні захворювання (численні пневмонії, тонзиліти та ін.), що виникають у перші роки життя дитини [25].

Розумовий розвиток цих дітей гальмується, перш за все, стійкою астеною, яка різко знижує загальний психічний і фізичний тонус, затримує емоційний розвиток [37]. Соматогенний інфантизм обумовлений рядом невротичних нашарувань - невпевненістю, боязкістю, які пов'язані з відчуттям своєї фізичної неповноцінності. Цей тип іноді обумовлений режимом заборон і обмежень, в якому живе соматично ослаблена або хвора дитина. Такі діти рідко відвідують дитячий садок, в основному виховуються вдома, внаслідок чого обмежується коло їх спілкування, порушуються міжособистісні стосунки. Ці діти потребують санаторно-курортних умов, повноцінного харчування, відпочинку та сну, потребують лікування [5]. Часто виникає вторинна інфантилізація, що призводить до зниження працездатності і більш стійкої затримки психічного розвитку. Врахування сукупності всіх цих факторів є основою для прогнозування подальших перспектив розвитку дитини та визначення змісту лікувально-профілактичних, корекційно-педагогічних і виховних впливів на дитину [19].

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного походження характеризується більшою стійкістю і вираженістю порушень як в емоційно-вольовій сфері, так і в пізнавальній діяльності. В анамнезі дітей з даним типом ЗПР в більшості випадків виявляється наявність негрубої органічної недостатності нервової системи резидуального характеру внаслідок патологій вагітності (важкі токсикози, інфекції, інтоксикації, травми, резус-конфлікт), асфіксії, родові травми, постнатальні нейроінфекції та ін. Т. Д. Ільшанко [54] зазначає, що церебрально-органічна форма ЗПР є найбільш важкою. Як впливає з назви, це пов'язано з хворобливими ураженнями мозку.

Розрізняють два загальноклініко-психологічних варіанти цієї категорії ЗПР. Перший варіант переважно характеризується незрілістю емоційної сфери за типом органічного інфантилізму. У другому варіанті домінують

симптоми ураження нервової системи та часткові порушення вищих коркових функцій [1].

Затримка психічного розвитку психогенного генезу. Цей вид розумової відсталості пов'язаний з несприятливими умовами виховання, які обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Відхилення в психофізичному розвитку дітей при цьому варіанті виникають внаслідок психотравмуючого впливу середовища. Негативний вплив може позначитися на дитині ще в утробі матері, якщо жінка відчуває сильні, тривалі переживання. ЗПР психогенного генезу може бути пов'язаний із соціальним сирітством, культурною депривацією, при якій у дитини не виховується почуття обов'язку і відповідальності, не стимулюється розвиток пізнавальної активності, інтелектуальних інтересів і інститутів, отже, риси патологічної незрілості. Імпульсивність у дітей часто поєднується з недостатнім рівнем знань та уявлень про навколишній світ, що в подальшому виражається у фрагментованості вивчення шкільних предметів [39].

Варіант аномального розвитку особистості за типом «кумир сім'ї» зумовлений, навпаки, гіперопікою - розбещеним вихованням, при якому дитині не прищеплюються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для психогенного інфантилізму, поряд з недостатньою здатністю до вольових зусиль, характерні риси егоцентризму та егоїзму, нелюбов до праці [26].

Патологічний розвиток особистості за нервовим типом найчастіше спостерігається у дітей, батьки яких проявляють грубість, жорстокість, деспотизм, агресивність по відношенню до дитини та інших членів сім'ї. У таких умовах часто формується боязка, боязка особистість, емоційна незрілість якої виявляється в недостатній самостійності, рішучості, активності та ініціативності [56].

Ефективність корекційних заходів при цьому виді жорстокого поведіння з дітьми пов'язана з можливістю відбудови несприятливого

сімейного клімату, подолання розбещеного або недбалого типу сімейного виховання.

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

1. Легкий ступінь – як правило, не потребує систематичного лікування.
2. Середній ступінь – корекція відбувається в спеціальних умовах.
3. Тяжкий ступінь – являє собою діагностичні труднощі в плані відокремлення її від олігофренії в ступені дебільності [34].

Розподіл за ступенями тяжкості дає змогу більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу та визначати подальший прогноз у розвитку дитини даної нозології.

Таким чином, затримка психічного розвитку - це уповільнення темпу психічного розвитку, що виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів і нездатності до інтелектуальної діяльності. Поняття «ЗПР» використовується по відношенню до дітей зі слабо вираженою органічною або функціональною недостатністю центральної нервової системи. У цих дітей спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: несформованість складних форм поведінки, цілеспрямована діяльність на тлі швидкої виснаженості, порушення працездатності та ін. Діти із затримкою психічного розвитку характеризуються як особлива група дітей із затримкою психічного розвитку, які мають такі інтелектуально-особистісні особливості, що не дозволяють своєчасно та якісно оволодівати елементарними знаннями.

Незважаючи на неоднорідність групи дітей із затримкою психічного розвитку, можна виділити спільні ознаки: при затримці психічного розвитку порушення виникають рано, тому формування психічних функцій відбувається нерівномірно, уповільнено; для дітей з ООП характерна

нерівномірність формування психічних процесів; найбільш порушуються емоційно-особистісна сфера, загальна характеристика діяльності, працездатність: в інтелектуальній діяльності найбільш яскраво виявляються порушення на рівні словесно-логічного мислення з відносно вищим рівнем розвитку його наочних форм.

Основним напрямком у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне та психолого-педагогічне вивчення дітей з ООП. Існуюча класифікація типів розумової відсталості відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, а й їх причинний зв'язок. За етіопатогенетичним принципом виділяють його основні клінічні види: конституціональний, соматогенний, церебрально-органічний, психогенного походження. Кожен із цих варіантів характеризується специфічними рисами інфантилізму, а також різним прогностично значущим характером недостатньої пізнавальної активності. Вони можуть ускладнюватися багатьма больовими симптомами - соматичними, енцефалопатичними, неврологічними - і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості та порушення пізнавальної діяльності, етіологію. Розподіл за ступенями тяжкості дає змогу більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу та визначати подальший прогноз у розвитку дитини із ЗПР.

1.2. Характеристика психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку

Знання особливостей психофізичних особливостей молодших школярів із затримкою психічного розвитку є актуальним для побудови корекційно-реабілітаційної роботи.

Психічний стан — цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, яка відображає своєрідність протікання психічних процесів і виступає як система їх організації, а також механізм оцінки

відображеної діяльності. Розрізняють пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, когнітивні процеси включають відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення та уяву [24].

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

Характерною ознакою розумової відсталості є недорозвинення якостей уваги [40]. Дефіцит уваги в тій чи іншій мірі характерний для дітей, які належать до різних клінічних форм розумової відсталості. Психологи та клініцисти описують «синдром дефіциту уваги», часто пов'язаний з гіперактивністю, як характерний для дітей з мінімальною мозковою дисфункцією та порушеннями навчання. Прояви недостатньої уваги у молодших школярів із затримкою психічного розвитку виявляються вже при спостереженні за особливостями сприйняття ними навколишніх предметів і явищ.

У психолого-педагогічних дослідженнях [45] відзначаються такі особливості уваги у дітей з ООП:

- нестійкість (коливання) уваги, що призводить до зниження продуктивності, викликає труднощі у виконанні завдань. Дитина продуктивно працює 5-15 хвилин, потім 3-7 хвилин «відпочиває», накопичує сили для наступного циклу роботи. У моменти «відпочинку» дитина «випадає» з діяльності, займаючись сторонніми справами. Відновивши сили, дитина знову здатна до продуктивної діяльності тощо;

- знижена концентрація. Виражається в утрудненні зосередження на об'єкті діяльності та програмі її виконання, швидкій стомлюваності. Ця особливість уваги свідчить про наявність органічних факторів соматичного або церебрально-органічного генезу; зниження концентрації уваги. При цьому дитина зберігає менший обсяг інформації, ніж той, на основі якого

можна ефективно вирішувати ігрові, навчальні та життєві завдання, спостерігається складне сприйняття ситуації в цілому;

- знижена вибірковість уваги. Серед несуттєвих побічних деталей дитині важко виділити мету діяльності та умови її здійснення;

- знижена концентрація уваги. Дитина не може виконувати кілька дій одночасно, особливо якщо всі вони вимагають свідомого контролю, тобто перебувають у стадії навчання; «прилипання уваги». Виражається в труднощах переключення з одного виду або знайденого способу діяльності на інший, відсутності гнучкого реагування на мінливу ситуацію;

- підвищена відволікання. Дитина не може довго зосереджуватися на певній діяльності. Порівняльні експериментальні дослідження показують виражений негативний вплив будь-яких сторонніх подразників на діяльність дітей з СДУГ. Вони допускають численні помилки, в результаті чого темп їх діяльності сповільнюється, продуктивність праці падає [45].

Дослідження процесів пам'яті дітей з цією патологією розвитку показало їх недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і труднощі у відтворенні. Багато з того, що нормально розвинені діти запам'ятовують легко, у своїх відстаючих однолітків це викликає значні зусилля і вимагає спеціально організованої роботи з ними. Однією з основних причин недостатньої ефективності мимовільної пам'яті у дітей з церебральним паралічем є зниження їхньої пізнавальної активності. У дослідженнях Т. В. Єгорової [49] ця проблема була піддана спеціальному дослідженню, де було встановлено, що діти із затримкою розвитку не тільки гірше відтворюють словесний матеріал, але й витрачають на нього значно більше часу, ніж їх нормально розвинені однолітки. Вони насилу знаходили потрібні слова самостійно і рідко використовували для цього допоміжні прийоми. У тих випадках, коли це все ж траплялося, найчастіше спостерігалася зміна мети дії [49].

Діти з порушеннями навчання запам'ятовують візуальний матеріал набагато краще, ніж вербальний, і є більш активною опорою в процесі

відтворення. Автор зазначає, що мимовільна пам'ять дітей з ДЦП страждає не так сильно, як довільна пам'ять, на яку необхідно спиратися під час навчання. Тому необхідно спеціально активізувати пізнавальну діяльність дітей з особливими потребами шляхом підвищення мотивації, концентрації їхньої уваги на завданні. Особливе значення для підвищення ефективності запам'ятовування має вміння використовувати спеціальні раціональні прийоми навчання [49].

Особливе значення мають особливості психічної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання в розвитку всіх видів мислення (наочно-дієвого, наочно-образного та словесно-логічного). Найменшою мірою воно проявляється в наочно-дієвому мисленні. Дітям із затримкою психічного розвитку важко діяти за наочною моделлю через порушення операцій аналізу, порушення цілісності, цілеспрямованості, активності сприйняття - все це призводить до того, що дитина не вміє аналізувати модель, розрізнати основні частини, встановлювати зв'язок між частинами та відтворювати цю структуру в процесі власної діяльності. Проте за їхніми результатами діти з вадами розвитку ближче до нормально розвинених, ніж до розумово відсталих. Розвиток словесно-логічного мислення у них також значно відстає порівняно з тим, що спостерігається у нормально розвинених однолітків. Це пов'язано з порушенням найважливіших розумових операцій, які є складовими логічного мислення: аналізу (заціклюється на дрібних деталях, не може виділити головне, виділити другорядні ознаки); порівняння (порівнюють предмети за несуттєвими ознаками); класифікація (вони часто виконують класифікацію правильно, але не можуть зрозуміти її принцип) [53].

Визначені такі загальні недоліки розумової діяльності дітей зі ЗПР:

1. Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації (своєрідне відношення до будь-яких інтелектуальних завдань). Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий

момент подолання труднощів (відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуального завдання більш близьким, ігровим). Така дитина виконує завдання не повністю, а її нескладну частину. Вони не зацікавлені кінцевим результатом у завданні. Ця особливість мислення має прояв у школі, коли діти дуже швидко втрачають інтерес до нових предметів.

2. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при рішенні розумових завдань. Діти із ЗПР починають діяти відразу. При пред'явленні інструкції до завдання багато дітей, не зрозумівши її, прагнуть швидше одержати експериментальний матеріал і почати діяти. Помічено, що діти із ЗПР у більшій мірі зацікавлені в тім, щоб швидше закінчити роботу, а не якісно її виконати. Вони не спроможні аналізувати умови, не розуміють значимості орієнтовного етапу, що призводить до появи безлічі помилок.
3. Низька розумова активність, «бездумний» стиль роботи (діти, через поспішність, неорганізованість діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови. У них відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні, тобто інколи правильно відповідають, але пояснити відповідь не в змозі.
4. Стереотипність мислення, його шаблонність [2, 20].

Також діти з ООП характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється у відсутності у них допитливості. Якщо одні звичайні діти зазвичай задають багато запитань про предмети та явища навколишнього світу, то діти з ООП в цьому суттєво від них відрізняються: одні взагалі не задають питань, а інші задають лише ті, що стосуються лише зовнішнього. властивості предметів і явищ [4].

Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються за рівнем розвитку мовлення. Це виявляється як у затримці темпів розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. Імпресивна сторона мови характеризується недостатньою диференціацією сприйняття звуків мови, відтінків мови (у 75% випадків виникають труднощі диференціації звуків).

Експресивна сторона мовлення характеризується бідністю словникового запасу, порушенням звуків мови, недостатньою сформованістю лексико-граматичної будови мови, наявністю аграматизмів, дефектів артикуляційного апарату (у 55% спостерігається недостатність мовної моторики: вона дітям важко утримувати артикуляційну позу, у них напружені м'язи язика, утруднений перехід з однієї пози в іншу, у 45% з них є дефекти будови зубного ряду) [23].

До ознак своєрідної затримки мовленнєвого розвитку відноситься процес вікового розвитку словотворення в ЗПР [40]. Звичайно, до старшого дошкільного віку процес швидкого словотворення у нормально розвинених дітей закінчується. У дітей з ООП цей процес триває до закінчення початкової школи. Діти несприйнятливі до норм мовлення, вживають нетипові граматичні форми, що мають характер неологізмів. У розумово відсталих дітей цей період взагалі відсутній [40].

Серед помилок мовлення у дітей із ЗПР переважають порушення свистячих (с, з) і сонорних звуків (м, н, л, р), а у нормально розвинених дітей — порушення вимови звуків і шиплячих (ш, ж), (h, sh) частіше спостерігаються. Порушення вимови свистячих звуків пов'язані з розладами мовного і слухового аналізу.

Лексична сторона мовлення знаходиться в тісній залежності від загального рівня когнітивного розвитку дитини [33]. Через знижену пізнавальну активність діти з ООП мають бідний словниковий запас, який відображає неточні уявлення про навколишній світ. Мова складається переважно з іменників і дієслів, прикметники вживаються лише для позначення деяких властивостей предметів. Зв'язок між словом і позначуваним ним предметом нестійкий. За ступенем виразності можна виділити три групи мовленнєвих розладів, що спостерігаються у дітей із ЛД:

- ізольований фонетичний дефект (неправильна вимова лише однієї групи звуків). Причина, як правило, у порушенні артикуляційного апарату й недорозвитку мовленнєвої моторики;

комбінований дефект: дефекти вимови сполучаються з порушеннями фонематичного слуху. Є дефекти в оволодінні двома-трьома фонематичними групами;

системне недорозвинення мовлення – порушення лексико-граматичної сторони мовлення на тлі занадто бідного словникового запасу, примітивної структури висловлень [33].

Складність недорозвинення мовлення багато в чому залежить від характеру основного порушення. Так, при неускладненому інфантилізмі рівень розвитку мовлення дещо затримується або відповідає нормальному рівню розвитку. При ЗПР церебрально-органічного генезу спостерігається порушення мовленнєвої діяльності як системи [33].

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

Вади розвитку моторики у дітей з ОНР проявляються на різних рівнях нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, прояву слабо вираженої залишкової органіки, є руховий дискомфорт і недостатня координація, які проявляються навіть у таких автоматизованих рухах, як ходьба, біг. У багатьох дітей поряд з недостатньою координацією рухів спостерігаються гіперкінези - надмірна рухова активність у вигляді неадекватних, надмірних сили або амплітуди рухів [38]. У деяких дітей спостерігаються хорейформні рухи (посмикування м'язів). У деяких випадках, але значно рідше, рухова активність, навпаки, значно знижується.

Найбільшою мірою відставання в розвитку рухової сфери проявляється в психомоторних - довільних, усвідомлених рухах, спрямованих на досягнення певної мети. Обстеження психомоторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку показало, що виконання багатьох тестових завдань викликає у дітей певні труднощі. Вони виконують

всі завдання повільніше, ніж нормально розвинені діти, виявляються неточність і незграбність рухів, труднощі у відтворенні положень рук і пальців. Особливі ускладнення спостерігаються при виконанні поперемінних рухів. При виконанні довільних рухів часто проявляється надмірне напруження м'язів, іноді хореїформні посмикування [31].

Дефекти координації рухів, в яких беруть участь групи м'язів обох половин тіла, багато в чому можуть бути пов'язані із затримкою латералізації функцій, тобто виділення провідної півкулі головного мозку. Доведено, що у багатьох дітей із СПР відзначається неповна латералізація.

Важливу роль у розвитку дитини відіграють сензитивні періоди, тобто періоди найбільш сприятливого, легкого і швидкого розвитку окремих психічних процесів. Ці періоди короткочасні, і якщо протягом них з яких-небудь причин не сформувалася певна структура, то в подальшому для її формування необхідно буде докласти багато особливих зусиль, а корекційно-реабілітаційну роботу розпочати пізніше. дата вже не буде настільки ефективною [33].

Отже, знання їх специфічних психофізичних особливостей є важливим у роботі молодших школярів із затримкою психічного розвитку.

Психічний стан, як цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, відображає своєрідність протікання психічних процесів і виступає як система їх організації, а також механізм оцінки відображеної діяльності. Розрізняють пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, когнітивні процеси включають відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення та уяву. Фізичний стан дітей з ООП визначається як здатність дитини виконувати фізичну роботу і включає показники фізичного розвитку та фізичної підготовленості.

Характерною ознакою розумової відсталості є недорозвинення якостей уваги. Дефіцит уваги в тій чи іншій мірі характерний для дітей, які належать до різних клінічних форм розумової відсталості. Вивчення процесів пам'яті дітей з цією патологією розвитку показало їх недостатню продуктивність,

малий обсяг, неточність і труднощі у відтворенні. Особливе значення мають особливості психічної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання в розвитку всіх видів мислення (наочно-дієвого, наочно-образного та словесно-логічного).

Найменшою мірою воно проявляється в наочно-дієвому мисленні. Також діти з ООП характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється у відсутності у них допитливості. Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються за рівнем розвитку мовлення. Це виявляється як у затримці темпів розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами якого є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настрою та контрастні прояви емоцій. Вади розвитку моторики у дітей з ООП проявляються на різних рівнях нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, прояву слабо вираженої залишкової органіки, є руховий дискомфорт і недостатня координація, які проявляються навіть при автоматизованих рухах.

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

Одним із основних засобів корекції психофізичного стану дітей з ООП є фізичні вправи. Вченими [63, 70] доведено, що фізичні вправи благотворно впливають на центральну нервову систему, підвищують працездатність клітин кори головного мозку та їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітичну та синтетичну діяльність центральної нервової системи та взаємодія двох сигнальних систем, і призводять до більш

швидкого формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, поліпшенням пам'яті та ін.

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

Так, у процесі навчання дітей із затримкою психічного розвитку встановлено, що чим більше розвинена зорово-моторна координація, тим вищі інтелектуальні показники, показники успішності [48]. В. С. Дмитрієв [42] у своїх дослідженнях спостерігав позитивний вплив координаційних вправ на підвищення рівня перцептивних функцій і психічних процесів у нормально розвинених першокласників. Встановлено зв'язок між руховою пам'яттю і ступенем засвоєння у дітей навчального матеріалу.

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

На думку І. В. Аулика [9], умови життєдіяльності організму, його взаємодія з навколишнім середовищем, режим руху, активність є важливим показником багатьох психічних процесів, а також передумовою адаптації першокласника до навчання.

Деякі автори також досліджували вплив засобів і методів фізичного виховання на психічну сферу дітей молодшого шкільного віку з особливими потребами. Так, В. А. Ільїн [52] розробив і впровадив фізкультурно-оздоровчу роботу з дітьми з ООП, що значно підвищило показники розумового розвитку та розумової працездатності цієї категорії дітей, а також позитивно вплинуло

на такі провідні фізіологічні функції: нервові процеси як сила, рухливість і рівновага.

А. М. Воропаєв [32] у своїх дослідженнях вивчав взаємозв'язок показників рухових якостей і «шкільної зрілості» у дітей молодшого шкільного віку з недостатнім рівнем розвитку рухових якостей. Велике значення на корекційних заняттях надає вправам та іграм на розвиток координаційних здібностей та оволодіння просторовими характеристиками рухів, які за результатами експериментальної перевірки сприяли підвищенню показників «шкільної зрілості» та мали високі показники кореляції між ними.

Каменщикова Г. А. [56] у корекційній роботі зі школярами з особливими потребами активно використовувала такі засоби фізичного виховання, як рухливі ігри, вправи для розвитку дрібної моторики, вправи та ігри з речитативом, що значно покращувало їх психофізичний стан під час цих занять.

Деякі дослідники встановлюють позитивний вплив рухової активності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку з ООП. Наприклад, Н.Г. Долбишева [43] розроблено та впроваджено в навчальний процес спеціальні комплекси корекційних вправ для усунення психофізичних порушень у розвитку дітей молодшого шкільного віку з ООП. За допомогою розробленої методики відкориговано не тільки фізичний розвиток та рівень моторики, а й розумовий розвиток дітей цієї категорії.

Каданцева Г. А. [55] розробила оздоровчу програму з фізичного виховання, яка сприяла не тільки підвищенню рівня фізичного розвитку, але й зниженню захворюваності та підвищенню пізнавальної активності дітей молодшого шкільного віку з нормальним і затримкою психічного розвитку.

Н. П. Горбунов і Т. А. Хамадірова [37] розробили спеціальні валеологічні підходи до адаптивного фізичного виховання, спрямовані на активізацію пропріорецепторів дітей з ОПР, що позитивно вплинуло на динаміку їх вищих психічних функцій.

Таким чином, на думку більшості авторів, фізичні вправи є основним засобом корекції психофізичного стану дітей з церебральним паралічем. Доведено, що на центральну нервову систему дитини із затримкою психічного розвитку благотворно впливають фізичні вправи, які підвищують працездатність клітин кори головного мозку та їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітичну та синтетичну діяльність центральної нервової системи. нервова система і взаємодія двох сигнальних систем, викликають прискорене формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності та концентрації уваги, покращенням пам'яті тощо. Встановлено позитивний вплив рухової активності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку з ООП. .

Отже, аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми дозволив з'ясувати основні можливості побудови методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку з урахуванням особливостей їхнього розвитку. психофізичний розвиток, а також визначити засоби корекційно-реабілітаційного впливу.

Висновки до першого розділу

Вивчення закономірностей аномалій психічного розвитку є необхідною задачею патопсихології, дефектології та дитячої психіатрії, оскільки саме пошук закономірностей, вивчення причин і механізмів формування того чи іншого дефекту психічного розвитку дитини дозволяє своєчасна діагностика порушень і пошук методів їх корекції.

Затримка психічного розвитку - це уповільнення темпу психічного розвитку, що виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів і нездатності до інтелектуальної діяльності. У цих дітей спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: несформованість складних форм поведінки, цілеспрямована діяльність на тлі швидкої виснаженості, порушення працездатності та ін Діти із затримкою психічного розвитку

характеризуються як особлива група дітей із затримкою психічного розвитку, які мають такі інтелектуально-особистісні особливості, що не дозволяють своєчасно та якісно оволодівати елементарними знаннями.

Незважаючи на неоднорідність групи дітей із затримкою психічного розвитку, можна виділити спільні ознаки: при затримці психічного розвитку порушення виникають рано, тому формування психічних функцій відбувається нерівномірно, уповільнено; для дітей з ООП характерна нерівномірність формування психічних процесів; найбільш порушуються емоційно-особистісна сфера, загальна характеристика діяльності, працездатність: в інтелектуальній діяльності найбільш яскраво виявляються порушення на рівні словесно-логічного мислення з відносно вищим рівнем розвитку його наочних форм.

Основним напрямком у дослідженні окресленої проблеми є клініко-фізіологічне та психолого-педагогічне вивчення дітей з ООП. Існуюча класифікація типів розумової відсталості відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, а й їх причинний зв'язок. За етіопатогенетичним принципом виділяють його основні клінічні види: конституціональний, соматогенний, церебрально-органічний, психогенного походження. Кожен із цих варіантів характеризується специфічними рисами інфантилізму, а також різним прогностично значущим характером недостатньої пізнавальної активності. Вони можуть ускладнюватися багатьма больовими симптомами - соматичними, енцефалопатичними, неврологічними - і мати свою клініко-психологічну структуру, особливості емоційної незрілості та порушення пізнавальної діяльності, етіологію. Розподіл за ступенями тяжкості дає змогу більш цілеспрямовано проводити лікування, будувати корекційно-педагогічну роботу та визначати подальший прогноз у розвитку дитини із ЗПР.

Характерною ознакою розумової відсталості є недорозвинення якостей уваги. Дефіцит уваги в тій чи іншій мірі характерний для дітей, які належать до різних клінічних форм розумової відсталості. Вивчення процесів пам'яті

дітей з цією патологією розвитку показало їх недостатню продуктивність, малий обсяг, неточність і труднощі у відтворенні. Особливе значення мають особливості психічної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку. У дітей молодшого шкільного віку цієї категорії спостерігається відставання в розвитку всіх видів мислення. Найменшою мірою воно проявляється в наочно-дієвому мисленні. Також діти з ООП характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється у відсутності у них допитливості. Діти із затримкою психічного розвитку відрізняються за рівнем розвитку мовлення. Це виявляється як у затримці темпів розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків цього розвитку. У дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами якого є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настрою та контрастні прояви емоцій. Вади розвитку моторики у дітей з ООП проявляються на різних рівнях нервово-психічної організації.

Основним засобом корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку є фізичні вправи, оскільки вони благотворно впливають на центральну нервову систему дитини з розумовою відсталістю, підвищують працездатність клітин кори головного мозку та їх стійкість до сильних впливів. подразники, поліпшують аналітичну і синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодію двох сигнальних систем призводять до більш швидкого формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності і концентрації уваги, поліпшенням пам'яті та ін. Дослідниками встановлений позитивний вплив рухової діяльності на психічний розвиток дітей молодшого шкільного віку із ЗПР.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

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

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

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

Аналіз документальних даних. Нами були проаналізовані індивідуальні медичні картки, психолого-педагогічні характеристики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Збиралися анамнестичні дані шляхом бесід з вихователями, вчителями, дефектологами, психологами. За допомогою цього методу проведений набір у групи, обрані засоби корекції, розроблена методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку цієї категорії.

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

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

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

Порушення постави пов'язане з м'язовим дисбалансом. Доведено, що неправильна постава негативно впливає на функції внутрішніх органів: ускладнює роботу серця, легенів, шлунково-кишкового тракту, внаслідок чого знижується життєва ємність легенів, знижується обмін речовин, з'являються головні болі, підвищується стомлюваність, знижується апетит, дитина стає млявим і апатичним. У зв'язку з цим у неї можуть виникнути проблеми, пов'язані з майбутнім навчанням у школі.

При виявленні початкових форм порушень постави застосовували метод соматоскопії [29, 61]. Стан постави вимірювали у сагітальній та фронтальній площинах.

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

$$\text{ПІ} = \text{ширина плечей (см)} : \text{плечову дугу (см)} \cdot 100 \% \quad (2.1)$$

Ширину плечей вимірювали спереду, а плечовий звід – по задній поверхні тулуба. Якщо плечовий індекс був менше 90%, то це означало порушення постави.

Стан постави у фронтальній площині визначали шляхом вимірювання відстані від сьомого шийного хребця до верхнього кута правої та лівої лопаток. Якщо різниця між цими показниками була більше 1 см, у дитини було порушення постави. Далі визначали відсоток дітей з порушеннями постави як у сагітальній, так і у фронтальній площинах.

З метою виявлення ураження стопи у дітей із затримкою психічного розвитку ми використовували такі методи дослідження:

Візуальний метод. У вихідному положенні дитина стояла босими ногами на стільці, стопи були паралельні на відстані 10–15 см. Визначали: 1) положення п'яркової кістки відносно гомілки (вид ззаду); 2) стан поздовжнього і поперечного згинання стопи. Видно нішу при нормальному поздовжньому зовнішньому згинанні стопи. При вродженій плоскостопості поздовжній згин стопи притискався до опори, а п'ята виступала назовні. При поперечному плоскостопості стопа різко сплющена в області головок плеснових кісток з віялоподібно розчепіреними пальцями.

Метод вимірювання (плантографічний). На папері за допомогою світлої змивної фарби робили відбиток стопи дитини. На цьому відбитку були проведені лінії АВ - крайні точки внутрішньої сторони, НV - через середину 2-го пальця і середину п'яти. ДЗ - через середину поздовжньої осі ВГ і під кутом 90° до АВ. Точку Z ставили в точці перетину лінії Ж з внутрішнім краєм сліду.

Далі визначали відсоток дітей, які мали нормальну стопу (індекс від 0 до 1), сплющену (від 1,1 до 2), виражену плоску (більше 2) стопу.

2.1.4. Методи тестування рівня психофізичного розвитку. Для визначення рівня психофізичного розвитку молодших школярів із ЗПР ми використовували тести, що характеризують стан мислення, рухової пам'яті,

мовлення, дрібної моторики кистей і пальців рук, статичної координації рухів. Всі тестові завдання проводилися в ігровій формі з використанням наочного матеріалу.

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

- Стимулюючий. Вони допомогли дитині почати відповідати, подолати можливу невпевненість. Вони підбадьорювали дитину, виявляли своє позитивне ставлення до її висловлювань, ставили запитання, спонукаючи до відповідей.

- Спрямований. Якщо для збудження активності дитини було недостатньо навідних запитань, ставилися прямі запитання.

- Освітня. Разом з дитиною вони подивилися на якийсь фрагмент малюнка і виявили його абсурдність.

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

Критерії оцінювання:

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

II рівень – дитина ситуацію оцінює правильно, але рівень організованості, самостійності у роботі недостатній. У ході виконання завдання потребує стимулюючої допомоги. При описі малюнку фрагменти

виділяє хаотично, випадково. Описує те, на що впав погляд. Дитині часто важко знайти потрібні слова;

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

IV рівень - правильно оцінити цю дитину неможливо. Даний викладачем зразок аналізу не засвоюється, не може перенести його на нове пошкодження, застосувати при аналізі інших фрагментів.

Рухова або рухова пам'ять - це пам'ять рухів. З його допомогою запам'ятовуються як одиничні, так і складні рухи. Дослідження рухової пам'яті передбачало визначення рівня правильності, чіткості та складності виконання рухів за інструкцією.

Критерії оцінювання:

I рівень – правильно, чітко, послідовне виконання рухів за інструкцією з першого разу;

II рівень - під час виконання тестових завдань спостерігаються незначні помилки, але при повторенні дитина виконує рухи правильно і послідовно;

III рівень - дитина краще запам'ятовує початок і кінець тестового завдання. Під час відтворення рухів спостерігається уповільнення або прискорення їх темпу. Збій у руховій програмі починається вже з третього або навіть з другого руху, при цьому відзначаються труднощі переходу від одного рухового елемента до іншого, а також недостатньо повне відтворення матеріалу;

IV рівень - спостерігається зниження продуктивності запам'ятовування рухового матеріалу, недостатнє його усвідомлення; дитина не в змозі переходити від одного рухового елемента до іншого, спостерігаються заміщення рухів, зайві та спотворені рухи.

Психолого-педагогічні дослідження [59] свідчать про затримку окремих сторін мовленнєвого розвитку дітей із ЛД. Досліджували рівень сформованості словникового запасу дітей з ООП, при цьому також звертали увагу на правильну вимову дітьми окремих звуків. Так, випробуваному пропонувалося скласти якомога більше слів зі звуком Z (або іншим звуком) за 1 хвилину.

Критерії оцінки:

I рівень – дитина складала 6–7 слів на запропонований учителем звук, правильно вимовляла всі звуки в словах;

II рівень – дитина складала 4–5 слів на запропонований учителем звук, правильно вимовляла всі звуки в словах;

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

IV рівень – дитина склала 1–2 слова на запропонований вчителем звук, значні порушення звукової сторони мовлення.

Кольцова М.М. [62] у своїх спостереженнях довела, що рівень мовленнєвого розвитку дітей знаходиться в прямій залежності від ступеня сформованості тонких рухів пальців рук, що рухи рук філогенетично і онтогенетично пов'язані з рухом артикуляційного апарату і це є підставою розглядати руки як орган мови. Встановлено, що руки мають представництво в корі головного мозку, як і артикуляційний апарат. Автор [62] зазначає, що морфологічне та функціональне формування мовних зон відбувається під впливом кінестетичних імпульсів з рук. Особливо підкреслювалося, що вплив пропріоцептивної імпульсації м'язів рук значний лише в дитячому віці, поки формується мовленнєва моторна зона.

Ці факти цікаві й з точки зору з'ясування готовності дитини з ООП до навчання в школі, адже оволодіння різними навчальними предметами передбачає формування м'язів кисті та передпліччя. Доведено, що цілеспрямована робота з удосконалення рухів пальців рук корисна для підготовки руки до письма. За недостатньої навченості мануальної техніки,

незважаючи на значні зусилля дитини, оволодіння цими видами діяльності стає для дитини із затримкою психічного розвитку значною освітньою проблемою. Дослідження рівня розвитку дрібної моторики дітей передбачало з'ясування якості та ступеня диференціації рухів пальців рук і рук.

Критерії оцінки:

I рівень – достатньо висока координація рухів пальців і кистей, одночасність, точність, швидкість і правильність рухів; достатньо високий рівень регуляції рухів при прискоренні темпу та при виконанні більш складних завдань;

II рівень – дитина виконує тестові завдання у відповідному темпі та ритмі, але спостерігаються нечіткі рухи та збільшення кількості помилок наприкінці тесту; деякі труднощі при виконанні завдань, пов'язаних з кінестетичною організацією рухів, перетворенням окремих рухових актів у плавні;

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

IV рівень – порушені всі досліджувані параметри моторики рук і пальців.

Фіксуються характерні прояви: уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруга або розкутість рухів пальців, порушення темпово-ритмічної сторони виконання завдань.

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

Критерії оцінки:

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

II рівень - дитина довго, але з напругою утримує позу, іноді балансує тулубом, але зберігає рівновагу;

III рівень – наявність значних ускладнень в утриманні рівноваги, поява тремтіння кінцівок, балансування корпусом і руками, хитання головою, рух з місця або поштовх убік, падіння;

IV рівень – нездатність утримувати статичну рівновагу.

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

Предметом педагогічних спостережень були:

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

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

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

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

2.1.7. Методи математичної статистики. Отримані під час дослідження дані піддавали математичній обробці на персональному комп'ютері в програмі «STATISTICA 5.0». Розраховували: середнє арифметичне (M); стандартне відхилення (σ). Порівняльну оцінку результатів проводили за t -критерієм Стьюдента. Достовірність відмінностей показників вважали достовірними при рівнях значущості $p \leq 0,05$, що визнано достовірним у педагогічних дослідженнях. У випадках, коли дані були представлені в балах, використовувалися непараметричні методи перевірки статистичних даних.

2.2. Організація дослідження

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

Діти експериментальної групи отримували фізичні вправи за спеціально розробленою методикою, заснованою на теорії навчання рухових дій з урахуванням положень дидактики та методики адаптивного фізичного виховання; діти контрольної групи отримували фізичні вправи на уроках фізичної культури за загальноприйнятою методикою. Кількість занять була така ж, як і тривалість навчання.

Дослідження проводилось у чотири етапи.

Перший етап передбачав роботу зі спеціальною літературою та програмними документами, уточнення змісту проблеми та формулювання завдань дослідження. У процесі цього етапу було визначено загальний напрямок дослідження; визначення мети, об'єкта, предмета та завдань дослідження, виявлення загальних відхилень у психофізичному розвитку дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку, вибір методів дослідження.

На другому етапі дослідження теоретично обґрунтовано необхідність уточнення змісту методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку. Були підібрані найбільш адекватні засоби рухової активності, що дозволяють за більш короткий час оптимізувати показники психофізичного стану досліджуваних, поліпшити стан їх здоров'я.

На третьому етапі перевірено ефективність розробленої корекційної методики занять адаптивною фізичною культурою дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку з метою корекції психофізичного стану досліджуваних дітей з вадами розвитку. В процесі паралельного формувального педагогічного експерименту, в якому взяли участь 13 дітей, були отримані дані, що характеризують динаміку досліджуваних показників обох груп досліджуваних.

На четвертому етапі проводилася обробка експериментальних даних і перевірка ефективності розробленої методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів соматичного та психофізичного стану дітей експериментальної групи; формувалися висновки про ефективність застосування запропонованої методики; оформлювалася дипломна робота.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИКА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

3.1. Основи методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку

В основу методики проведення корекційних занять з адаптивної фізичної культури для дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку ліг аналіз навчально-методичної документації та спеціальної методичної літератури. В основу експериментального підходу до визначення змісту навчально-тренувального процесу були покладені основні принципи корекції психофізичного стану дітей з ООП. Враховуючи особливості психофізичного стану дітей з особливими потребами, визначено завдання, принципи (загальнодидактичні та спеціальні) та засоби їх реалізації на корекційних заняттях для дітей цього контингенту, які методично обґрунтовано щодо кожної частини клас (підготовчий, основний, підсумковий). Ефективність корекційної роботи ґрунтувалася на правильному підборі методичних прийомів щодо усунення наявних недоліків у психофізичному стані дітей молодшого шкільного віку з ООП.

На основі теоретичних положень експерименту, документальних даних і результатів констатувального етапу в розроблену методику реалізовано такі загальнодидактичні та спеціальні принципи:

- загальнодидактичні: збереження та зміцнення соматичного та психоневрологічного здоров'я, загартовування організму; активізація функцій дихальної системи; поліпшення функцій опорно-рухового апарату; профілактика, виправлення порушеної постави, сколіозу;

- профілактика та корекція плоскостопості, деформації м'язів нижніх кінцівок; оволодіння основними руховими вміннями та навичками;
- спеціальні: уточнення та збагачення словника дітей, розвиток артикуляційного апарату; розвиток уваги, моторної пам'яті, мислення; розвиток дрібної та загальної моторики; розвиток статичної координації рухів; виховання соціально-моральної поведінки та особистісних компонентів пізнавальної діяльності.
 - Зміст методики сформовано на основі напрямів корекційної роботи:
 - основний напрямок роботи з дітьми-інвалідами був спрямований на розвиток необхідних рухових якостей та навичок основних рухів;
 - загальнорозвивальний напрямок був спрямований на підвищення рівня психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку;
 - корекційний напрямок був спрямований на ефективність корекції порушень психічного розвитку дітей, а також удосконалення фізичних якостей, особливо швидкості та спритності, в яких діти з ООП найбільше відстають від своїх нормально розвинених однолітків.

Корекційна робота складалася з кількох видів корекційних вправ: вправи на координацію, вправи на дрібну моторику, асинхронні та артикуляційні вправи, заспокійливі вправи та інші, які були спрямовані на корекцію недоліків психофізичного стану дітей з ООП.

Корекційні заняття з адаптивної фізичної культури проводились 3 рази на тиждень з використанням предметів і без музичного супроводу. У комплекс були включені такі види вправ: дихальні, артикуляційні, пальчикова гімнастика, вправи для формування навичок правильної постави та зміцнення склепінь стопи, м'язів нижніх кінцівок, рухливі ігри дидактичного спрямування. Усі вправи мали сюжетний зміст, що дозволило розширити уявлення дітей про довкілля, збагатити словниковий запас, закріпити знання, отримані на інших заняттях. Це забезпечувало міжпредметні зв'язки навчання і виховання школи. Вправи виконувалися без предметів і з предметами.

Активні дії з предметами допомагали сприймати і розрізняти колір, форму, розмір, масу, якість матеріалу та інші властивості предметів. Для цього використовували малі (прапорці, кубики, кеглі, стрічки тощо) та великі (рейки, обручі, м'ячі тощо) фізкультхвилинки, дзвінки та неозвучені предмети та іграшки (брязкальця, хустинки, дзвіночки, квіти, повітряні кульки). тощо). Використання на заняттях вправ та ігор, які мали свою цікаву та зрозумілу для дітей назву, сприяло чіткому розумінню та швидкому їх засвоєнню та запам'ятовуванню, розвитку уваги, асоціативного мислення. Виконання дітьми вправ за описом та назвою сприяло розвитку мислення у дітей з ООП. Кращому розумінню кожної вправи сприяло використання попереднього словесного супроводу виконуваної рухової дії. Широке використання різноманітних вихідних положень, різноманітного обладнання при виконанні вправи як у статичних, так і в динамічних положеннях сприяло розвитку координації рухів і набуттю необхідного рухового досвіду. Використання розповідей дітей про виконані дії, що досягалося доречними запитаннями вчителя до дітей, сприяло їх кращому запам'ятовуванню та розвитку пізнавальних процесів, подоланню мовленнєвих порушень.

Дихальні вправи використовувалися для розвитку дихальної функції, мовлення, зниження фізичного навантаження, релаксації, зміцнення самопочуття. При виконанні вправ дихальної гімнастики стежили за правильністю виконання вдиху та видиху, їх ритмічністю та синхронністю.

Артикуляційна гімнастика була спрямована на тренування артикуляційного апарату, функції дихання, корекцію мовлення та мовленнєвого розвитку дітей із затримкою психічного розвитку.

Для розвитку дрібної моторики та мовлення використовувалася пальчикова гімнастика. Її проводили систематично на кожному уроці, щодня приділяючи йому 5–7 хвилин. Почали ми з найпростіших вправ і ознайомлення дітей з пальчиками - їх назвами і призначенням. Коли пальчики дітей стали більш рухливими і гнучкими, почали вводити пальчикові ігри, що

супроводжувалися вимовою звуків, слів, декламуванням дитячих віршів, сценок, з предметами і без.

Вправи для формування навички правильної постави виконувалися в першій частині заняття, а інколи і в заключній частині протягом 4–5 хв. З метою тренування правильної постави широко використовувалися вправи на рівновагу, які також сприяли розвитку статичної координації рухів. При виконанні вправ на рівновагу зверталася увага на правильне положення тіла (корпус прямий, живіт втягнутий, руки зафіксовані в певному положенні), раціональний розподіл м'язових зусиль і регуляцію їх величини (ступінь напруги і розслаблення), що сприяло підвищенню тону м'язів спини і всього тіла, формуванню правильної постави, корекції плоскостопості.

В якості спеціальних використовувалися різні стійки на двох ногах (I–IV положення ніг у поєднанні з різними положеннями рук), на одній нозі в різних положеннях (вільна нога вперед, назад, убік, з нахилами тулуба), на коліні та ін. засоби тренування статичної рівноваги.

Вправи для корекції плоскостопості та тренування м'язів нижніх кінцівок використовували для всіх груп м'язів у різних вихідних положеннях, з предметами та без них. Використовували різні види ходьби (на носках, п'ятах, спиною вперед тощо), ходьбу по похилих і ребристих поверхнях.

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

Під час розучування ігор та їх повторення зверталася увага на емоційний стан дитини з ООП, створювалася відповідна мотивація до ігрової діяльності, ігрових епізодів з використанням життєвих випадків, що, в свою чергу, сприяло розвитку її уявлень. Унікальною особливістю рухливої гри було те, що вона поєднувала в собі волю і самостійність дітей із суворим дотриманням правил. Таке добровільне дотримання правил досягалося тоді, коли вони не були нав'язаними, а впливали зі змісту гри, її завдань та їх

виконання, що було її головною привабливістю. Взаємовідносини та взаємодія дітей у грі, виконання ігрових дій були особливою формою практичного ознайомлення та проникнення дитини з ООП у світ соціальних відносин. Ці ігри сприяли розвитку моральності дитини, розкривали перед нею взаємини в процесі суспільної діяльності та моральні норми, що лежать в основі цих взаємин. При використанні цих ігор помічено, що діти з ООП активніше пізнають навколишній світ, без особливих труднощів вчаться розрізняти предмети. За допомогою дидактичних ігор діти вчилися порівнювати та групувати предмети як за зовнішніми ознаками, так і за призначенням, розв'язувати задачі; розвивали зосередженість, увагу, посидючість, розвивали пізнавальні здібності.

Важливе значення в корекційній роботі з дітьми з ООП мало використання музичних творів на заняттях. Музика сприяла розвитку мислення, рухової пам'яті, мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів, емоційних процесів, підвищувала працездатність, формувала вміння диференціювати просторові та часові параметри рухів. Прагнучи до ефективного вирішення корекційних завдань, використовувалися прийоми розвитку активного мислення дітей, що досягалося завдяки чергуванню різних видів рухів, вправ, дидактичних рухових завдань, а також емоційності пояснень педагога.

Для розвитку рухової пам'яті на перших заняттях використовували прості вправи, що склалися з двох рухів. Пізніше ці вправи були ускладнені і доповнені рухами та іншими завданнями (рис. 3.1).

З метою визначення ефективності розробленої методики на початку та в кінці експериментального періоду було проведено тестування дітей контрольної та експериментальної груп.



Рис. 3.1. Загальна блок-схема методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку

Таким чином, розроблена методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей експериментальної групи ЗОП та корекції вторинних недоліків їх психофізичного розвитку, що дасть можливість більш успішно адаптуватися до нових соціальних умов. шкільна освіта. Очікуваними результатами застосування методів корекційної підготовки до адаптивної фізичної культури дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку були: покращення психофізичного стану; підвищення фізичної працездатності; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій та більш ефективна підготовка дитини із затримкою психічного розвитку до навчання. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять експериментальної групи та апробована у формуючому педагогічному експерименті.

3.2. Дослідження ефективності методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку

Після впровадження методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку досягнуто певних результатів, які ми визначили шляхом порівняння досліджуваних показників у дітей до та після експерименту. Для цього було використано комплекс спеціальних методик, який застосовувався на констатувальному етапі дослідження з метою об'єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту та можливості відстеження їх динаміки. Для отримання більш точної інформації про ефективність розробленої методики діти із затримкою психічного розвитку були розділені на дві групи.

3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Результати

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

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

Таблиця 3.1

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

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

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

Примітка використана в цій і наступних таблицях.

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

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

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

Таблиця 3.2

Динаміка показників опорно-рухового апарату досліджуваних у процесі педагогічного експерименту ($M \pm \sigma$)

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

На початку дослідження була потрібна корекційна робота з усунення у дітей молодшого шкільного віку дефектів опорно-рухового апарату. Протягом дослідження під впливом запропонованої методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку прослідковується позитивна динаміка показників опорно-рухового апарату у дітей експериментальної групи. У дітей контрольної групи також виявлена позитивна динаміка, але з меншою дисперсією (при рівні $p > 0,05$).

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

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

Таблиця 3.3

Динаміка сформованості мислення (за I–IV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (M±σ)

ЕГ (n=7)								р
I		II		III		IV		
1	2	1	2	1	2	1	2	
0	0	0	23±0,1	23±0,4	61±0,5	77±0,8	15±0,2	<0,05
КГ (n=6)								
0	0	0	0	23±0,4	30±0,3	77±0,8	69±0,5	
								>0,05

Під час дослідження встановлено, що у всіх дітей із затримкою психічного розвитку спостерігається низька концентрація уваги, підвищена відволікаємість, її нестійкість. Наявність сторонніх подразників спричиняла значне уповільнення виконання завдань та збільшення кількості помилок. Часто, відчуючи труднощі під час виконання завдання, діти переходили до іншої справи, не пов'язаної з необхідною діяльністю, або займалися своїми думками.

Враховуючи недостатню сформованість процесів мислення у дітей із затримкою психічного розвитку, ми дослідили загальні показники цієї психічної функції у дітей із затримкою психічного розвитку. Школярі з

особливими потребами обох груп відставали у розвитку всіх форм мислення. Не сформовані основні розумові операції – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення.

Аналізуючи результати тестування процесів мислення, виявлено, що діти експериментальної групи за допомогою педагога в основному правильно і в цілому оцінюють представлену ситуацію на тестових малюнках. Час виконання завдання скоротився порівняно з тривалістю завдань на констатувальній стадії дослідження, але при описі картини фрагменти часто вибиралися випадково чи навмання. Їм також було важко підбирати правильні слова. Активність дітей контрольної групи необхідно було весь час стимулювати. За допомогою вчителя діти майже не могли правильно оцінити ситуацію на картинці. Зразок аналізу, наданий викладачем, не був засвоєний.

Отже, експериментальна методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку позитивно вплинула на розвиток мислення дітей експериментальної групи.

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

Таблиця 3.4

Динаміка сформованості рухової пам'яті (за I–IV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (M±σ)

ЕГ (n=7)									p
I		II		III		IV			
1	2	1	2	1	2	1	2		
0	0	0	15±0,1	12±0,2	54±0,6	88±0,7	31±0,2	<0,05	
КГ (n=6)									p
I		II		III		IV			
1	2	1	2	1	2	1	2		

0	0	0	0	12±0,2	23±0,2	88±0,7	77±0,2	>0,05
---	---	---	---	--------	--------	--------	--------	-------

Педагогічне спостереження показало, що діти експериментальної групи стали швидше і правильніше запам'ятовувати пред'явлений руховий матеріал, точніше його відтворювати, переходячи від одного рухового елемента до іншого без спотворень і повторів, чого не вдавалося дітям контрольної групи, у яких спостерігалось зниження продуктивності та уповільнення пам'яті «з'ятість рухового матеріалу, недостатнє його усвідомлення, нездатність відразу переходити від одного рухового елемента до іншого». Спостерігали зміну рухів, їх спотворення, неритмічність виконання, неможливість запам'ятати вправу після кількох показів дослідником.

Аналіз результатів дослідження показав, що не тільки збільшився обсяг пам'яті, але й зменшився час на запам'ятовування вправ, що підвищило ефективність занять.

Отже, отримані дані дають підстави стверджувати, що експериментальна методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку позитивно вплинула на рівень розвитку рухової пам'яті дітей експериментальної групи.

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

Таблиця 3.5

Динаміка сформованості мовлення (за I–IV рівнями) досліджуваних у процесі педагогічного експерименту (M±σ)

ЕГ (n=7)										р
I		II		III		IV				
1	2	1	2	1	2	1	2			

0	0	0	23±0,2	35±0,3	69±0,5	65±0,4	8±0,1	<0,05
КГ (n=6)								
1	2	1	2	1	2	1	2	p
0	0	0	8±0,1	35±0,3	38±0,3	65±0,4	54±0,4	>0,05

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

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

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

3.2.6. Динаміка сформованості дрібної моторики дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку. Результати дослідження показали, що експериментальна методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку достовірно вплинула на показники рівня дрібної моторики пальців і кистей дітей експериментальної групи. група (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Динаміка сформованості дрібної моторики (за I–IV рівнями)
досліджуваних у процесі педагогічного експерименту ($M \pm \sigma$)**

ЕГ (n=7)								p
I		II		III		IV		
1	2	1	2	1	2	1	2	
0	0	0	31±0,3	54±0,2	61±0,2	46±0,1	8±0,2	<0,05
КГ (n=6)								p
1	2	1	2	1	2	1	2	
0	0	0	0	54±0,2	46±0,3	46±0,1	54±0,6	>0,05

У процесі педагогічного спостереження встановлено, що діти експериментальної групи точніше та швидше виконували запропоновані тестові завдання. У процесі спеціальної роботи долається напруга і скрутність рухів пальців і кисті, що важливо для подальшого навчання дітей письма в школі. Отже, запропонована методика значно покращила рівень розвитку дрібної моторики дітей експериментальної групи, що підтверджується кількісними та якісними показниками.

Результати дітей контрольної групи залишалися низькими. У дітей порушувалися всі досліджувані показники дрібної моторики, спостерігалось засвоєння, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруга або розкутість рухів пальців. Це пов'язано з тим, що програма, за якою навчалися діти цієї групи, не передбачала вирішення корекційного завдання з розвитку дрібної моторики, тому на заняттях не використовувалися пальчикова гімнастика та масаж пальців рук.

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

Таблиця 3.7

**Динаміка сформованості статичної координації рухів (за I–IV рівнями)
досліджуваних у процесі педагогічного експерименту ($M \pm \sigma$)**

ЕГ (n=7)									p
I		II		III		IV			
1	2	1	2	1	2	1	2		
0	0	0	23±0,3	62±0,4	62±0,1	38±0,3	15±0,2	<0,05	
КГ (n=6)									p
1	2	1	2	1	2	1	2		
0	0	0	8±0,2	62±0,4	38±0,5	38±0,3	54±0,3	>0,05	

Діти експериментальної групи вільніше і довше утримували пози рівноваги, в статичних вправах намагалися точно і плавно виконувати рухи руками і ногами як однаковими, так і різними способами. У той же час діти контрольної групи відчували значні труднощі, а інколи взагалі не могли втримати рівновагу. Під час вправ на рівновагу спостерігалися тремтіння кінцівок, балансування тулуба та рук, хитання головою, зміщення або ривки вбік, падіння. Це свідчить про те, що в програмі дітей контрольної групи не було спеціальних вправ для розвитку цієї якості, що дуже актуально для дітей із затримкою психічного розвитку. Отже, запропонована методика виявилася більш ефективною та результативною щодо розвитку та корекції статичної координації у дітей із ЗПР експериментальної групи, ніж програма, за якою займалася контрольна група.

Таким чином, наприкінці експерименту виконання тестових завдань на визначення рівня психофізичного розвитку показало покращення у дітей експериментальної групи за всіма показниками, а саме: мислення, рухової пам'яті, мовлення, дрібної моторики, статичної координації, рухів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої методики, яка передбачала не тільки покращення соматичного стану здоров'я, загартування організму, а й корекція вторинних недоліків психофізичного розвитку, що відрізняє розроблену методику від програми, яку використовували діти контрольної групи.

Висновки до третього розділу

Основою для розробки методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку став аналіз навчально-методичної документації та спеціальної методичної літератури. В основу експериментального підходу до визначення змісту навчально-тренувального процесу були покладені основні принципи корекції психофізичного стану дітей з ООП. Враховуючи специфіку психофізичного стану дітей з особливими потребами, визначено завдання (корекційні, освітні, виховні, корекційні), принципи (загальнодидактичні та спеціальні) та засоби їх реалізації на корекційних заняттях для дітей цього контингенту, які були методично обґрунтовані щодо кожної частини заняття (підготовчої, основної, підсумкової). Ефективність корекційної роботи ґрунтувалася на правильному підборі методичних прийомів щодо усунення наявних недоліків у психофізичному стані дітей молодшого шкільного віку з ООП.

Після впровадження методів корекційного навчання адаптивної фізичної культури дітей із затримкою психічного розвитку досягнуто певних результатів, які ми визначили шляхом порівняння досліджуваних показників у дітей до та після експерименту. Для цього було використано комплекс спеціальних методик, який застосовувався на констатувальному етапі дослідження з метою об'єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту та можливості відстеження їх динаміки.

Наприкінці експерименту виконання тестових завдань на визначення рівня психофізичного розвитку показало покращення у дітей експериментальної групи всіх показників, а саме: антропометричних, опорно-рухового апарату, а також мислення, рухової пам'яті, мовлення, дрібна моторика, статична координація рухів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої методики корекційних занять на адаптивну фізичну культуру дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку, яка передбачала не тільки покращення соматичного стану здоров'я, загартування організму, а й корекція вторинних недоліків психофізичного розвитку, що

відрізняє розроблену методику від програми, яку використовували діти контрольної групи.

Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в експериментальній групах, але остання показала значно кращі результати, ніж контрольна група.

РОЗДІЛ 4

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз та узагальнення даних наукової літератури дозволив встановити, що на сьогодні кількість дітей, які не встигають за програмовими вимогами молодшого шкільного віку, не досягають необхідного рівня готовності до шкільного навчання, а це бл. 60%. . За даними медичної статистики кількість дітей із затримкою психічного розвитку становить 15%, що є основною причиною труднощів їх адаптації до шкільного навантаження. З метою вирішення цієї проблеми та розробки методики корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ООП останнім часом почали проводитися психолого-педагогічні та клініко-фізіологічні дослідження. Корекційна спрямованість педагогічного процесу передбачає подолання та корекцію рухових, мовленнєвих, психічних розладів, порушень поведінки, спілкування та ін. Для вирішення цієї проблеми фахівці пропонують об'єднати зусилля лікарів, педагогів, психологів, спеціалістів у галузі адаптивна фізична культура і спорт.

Науковці відзначають, що ефективним засобом корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку є комплексне систематичне використання традиційних і нетрадиційних засобів адаптивного фізичного виховання, проте в проаналізованій нами спеціальній науково-педагогічній літературі ми не знайшли. єдина розроблена програма, спрямована на оздоровлення дітей одночасно цієї категорії та корекцію вторинних порушень. Тому вирішення проблеми корекції психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку молодшого шкільного віку потребує пошуку ефективних засобів, методів і форм роботи.

Результати впровадження методики індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку свідчать про значне покращення здоров'я дітей та показників їх психофізичного стану.

Про ефективність корекційного підходу свідчить приріст усіх досліджуваних показників у дітей експериментальної групи.

Так, в дослідній групі кількість дітей, які часто хворіють, зменшилася на 23% і склала 30%, в контрольній групі ця кількість дітей не змінилася. Також встановлено, що стан дітей із захворюваннями дихальної системи покращився, кількість хворих зменшилася майже на 30%. Поліпшенню стану здоров'я дітей експериментальної групи сприяло включення в методику експерименту вправ дихальної гімнастики.

Під час педагогічного спостереження встановлено, що у дітей експериментальної групи зменшилась спастичність м'язів спини та нижніх кінцівок, сформувався стереотип правильної постави. Цьому сприяло систематичне виконання дітьми вправ для формування навичок правильної постави, корекції плоскостопості, тренування м'язів нижніх кінцівок. Приріст показників, що характеризують поставу у фронтальній площині, становив 8% в дослідній групі, 7% в контрольній групі; у сагітальній площині в дослідній групі – 23%, в контрольній – 0%.

Після впровадження розробленої методики виявлено, що у дітей експериментальної групи покращився рівень розвитку досліджуваних психофізичних функцій, чого не можна сказати про дітей контрольної групи. Вони залишилися на початково досліджених рівнях розвитку (III і IV рівні).

Приріст показників II рівня мислення в дослідній групі склав 23%, в контрольній групі – 0%; III рівень в дослідній групі – 39 %, контрольній групі – 8 %, IV рівень дослідній групі – 46 %, контрольній групі – 23 %. Підвищенню рівня розвитку мислення дітей експериментальної групи сприяли, перш за все, сюжетні заняття, під час яких діти розширювали і закріплювали свої уявлення про навколишній світ, рухливі ігри дидактичного спрямування, пальчикова гімнастика та різні проблемні ситуації під час виконання різноманітних вправ.

Приріст показників рухової пам'яті II рівня в дослідній групі склав 15%, в контрольній групі - 0%; III рівень в дослідній групі – 39 %, контрольній

групі – 15 %, IV рівень дослідній групі – 54 %, контрольній групі – 15 %. Поліпшенню показників рухової пам'яті дітей експериментальної групи сприяло систематичне виконання під час занять різноманітних вправ, які сприяли розвитку рухової пам'яті та виконанню тренувальних завдань.

Приріст мовленнєвих показників II рівня в дослідній групі становив 23%, у контрольній групі – 8%; III рівень в дослідній групі – 31 %, контрольній групі – 0 %, IV рівень дослідній групі – 46 %, контрольній групі – 23 %. Підвищенню рівня мовленнєвого розвитку та збільшенню словникового запасу сприяли вправи на дрібну моторику рук і пальців рук, артикуляцію, дихальна гімнастика, рухливі ігри дидактичного спрямування, сюжетні заняття.

Приріст показників II рівня дрібної моторики в дослідній групі склав 31%, в контрольній групі – 0%; III рівень в дослідній групі – 23 %, контрольній групі – 8 %, IV рівень дослідній групі – 31 %, контрольній групі – 15 %. Поліпшенню кількісних і якісних показників сприяло збагачення методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку великою кількістю вправ для розвитку дрібної моторики, виконання дітьми вправ з предметів, масаж пальців і рук тощо.

Приріст показників статичної координації рухів II рівня в дослідній групі становив 23%, у контрольній групі – 8%; III рівень в дослідній групі – 23%, в контрольній групі – 15%, IV рівень в дослідній групі – 23%, в контрольній групі – 62%. Удосконаленню статичної координації рухів дітей експериментальної групи сприяло виконання дітьми вправ на формування навичок правильної постави та інших вправ на розвиток статичної рівноваги.

Отже, дослідження динаміки формування психофізичних функцій виявило достовірні зміни якісних та кількісних показників у дітей експериментальної групи.

Порівняльний аналіз вихідних даних з підсумковими свідчить про ефективність розробленої методики індивідуалізації інклюзивного навчання

учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку. Позитивного результату корекційної роботи досягнуто завдяки діагностиці стану здоров'я та рівня психофізичного стану дітей із затримкою психічного розвитку, поставлено загальні та корекційні завдання щодо виявлених порушень, підбрано ефективні засоби корекції з урахуванням особливості та можливості дітей із затримкою психічного розвитку. Отже, викладене ще раз підтверджує високу ефективність розробленої методики для дітей із затримкою психічного розвитку. Дані, отримані після впровадження методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку, свідчать про значне покращення їх здоров'я та психофізичних показників, що свідчить про ефективність обраних методів у запропонованій методиці.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичне дослідження сучасного стану проблеми корекції психофізичного стану дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку підтвердило значний інтерес дослідників і практиків до пошуку шляхів покращення їх здоров'я, рівня психофізичного стану за допомогою різноманітних засобів адаптивна фізична культура на основі врахування їх специфічних особливостей і можливостей. Проте аналіз літературних джерел дозволив з'ясувати, що в науково-методичній літературі практично відсутні наукові дослідження, присвячені цій проблемі. Це свідчить про необхідність пошуку ефективних корекційних заходів, спрямованих на попередження, подолання або відновлення порушених функцій і систем організму та корекцію вторинних вад у дітей із затримкою психічного розвитку.

2. Під час констатуючого дослідження встановлено, що 84% дітей із затримкою психічного розвитку мають різноманітні соматичні захворювання та порушення опорно-рухового апарату (сколіоз, порушення постави у сагітальній та фронтальній площинах, плоскостопість, дисплазія тазостегнового суглоба, деформація). нижніх кінцівок).

3. Експериментально встановлено, що у молодших школярів даної категорії спостерігаються відхилення у психофізичному стані, а саме: мисленні, мовленні, руховій пам'яті, дрібній моториці, статичній координації рухів. Встановлено, що ці недоліки є основною причиною труднощів у процесі підготовки та адаптації дітей із затримкою психічного розвитку до шкільного навчання.

4. На основі узагальнення результатів констатуючого етапу дослідження були поставлені загальні та корекційні завдання та відповідно до них підібрані засоби корекції, а саме: адаптивна фізична культура та методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку .

5. Проведений педагогічний експеримент довів високу ефективність запропонованої методики для дітей даної категорії експериментальної групи на фоні покращення стану здоров'я та зростання всіх психофізичних показників, які досліджувалися. Так, кількість дітей, які часто хворіють, в експериментальній групі зменшилася на 23%, у контрольній – на 0%, в експериментальній – на 30%, у контрольній – лише на 8%. У дітей експериментальної групи стан постави у сагітальній площині покращився на 23%, у дітей контрольної групи – на 0%, у дітей експериментальної групи – на 8% у фронтальній площині, у дітей експериментальної групи – на 8%. контрольна група. У дітей із затримкою психічного розвитку дослідної групи, які мали деформації **нижніх кінцівок і плоскостопість, розвинулася силова витривалість м'язів кінцівок і стоп.**

6. Розроблена методика сприяла корекції психофізичного стану дітей експериментальної групи. Таким чином вони покращили свої мислительні якості, рівень розвитку мовлення, дрібної моторики, статичну координацію рухів тощо.

Отже, розроблена методика індивідуалізації інклюзивного навчання учнів початкової школи із затримкою психічного розвитку показала свою ефективність і може бути рекомендована для використання в практиці навчальних закладів для дітей цієї категорії.

Схожість

Джерела з Інтернету

96

1	https://ronl.org/referaty/psikhologiya/266811	9.31%
2	https://knowledge.allbest.ru/psychology/2c0a65635b3ad78a4c53a88521216d27_0.html	9.09%
3	http://www.majalis-vrn.ru/psixologiya/fizichna-reabilitaciya-ditej-iz-zatrimkoyu_22.html	6 джерел 5.61%
5	https://xreferat.com/77/5277-2-f-zichna-reab-l-tac-ya-d-teiy-z-zatrimkoyu-psih-chnogo-rozvitku-v-kom-6-8-rok-v.html	4.05%
6	https://otherreferats.allbest.ru/psychology/00137191_0.html	4.03%
8	https://knowledge.allbest.ru/psychology/2c0b65625a2ad78b4c53a89521206d37_0.html	1.61%
9	http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/11950/Sokolova_mf_2020.pdf	15 джерел 1.56%
10	https://vo.uu.edu.ua/pluginfile.php/572209/mod_folder/content/0/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%...	1.4%
11	https://xreferat.com/77/5947-1-psiholog-chn-osoblivost-d-teiy-z-zatrimkoyu-psih-chnogo-rozvitku.html	4 джерел 0.99%
12	https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Concursi_naukovih_robit/2021/gruden/zdobuv_vo/3pl/komunikativnij_rozvitok_molodshih_shk...	0.95%
14	http://4ua.co.ua/psychology/rb3bc69b4d53b89421306d37_0.html	0.9%
15	https://repository.spu.edu.ua/bitstream/123456789/12449/1/%D0%9C%D1%96%D1%80%D0%BE%D1%88%D0%BD%D0%B8%...	0.73%
16	http://bd.fom.ru/report/map/az/%D0%A0%C2%A0%D0%B2%D0%82%D1%9A%D0%A0%D0%8E%D0%B2%D0%82%E2%84%A2...	0.7%
17	https://pidru4niki.com/82780/psihologiya/movlennya	0.7%
18	https://uu.edu.ua/PIEP	0.67%
19	https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/posibnuku/327/5.pdf	0.66%
20	https://naurok.com.ua/papka-z-diaagnostichnimi-metodikami-dlya-ditey-doshkilnogo-viku-217939.html	0.58%
21	https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11217/Martinez_MBO.pdf?isAllowed=y&sequence=1	0.43%
22	http://um.co.ua/1/1-7/1-77691.html	0.41%
23	https://ukrbukva.net/page,12,6907-Psihologicheskie-osobnosti-deteiy-s-zaderzhkoiy-psihicheskogo-razvitiya-doshkol-nogo-v...	0.4%

24	https://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D...	0.4%
25	https://naurok.com.ua/psihologo-pedagichna-harakteristika-ditey-zatrimkoyu-psihichnogo-rozvitku-235988.html	0.36%
26	https://thelib.info/psihologiya/1238751-klasifikaciya-psihichnogo-dizontogeneza-vv-lebedinskogo	0.27%
27	https://naurok.com.ua/perezentaciya-asistenta-vchitelya-z-dosvidu-roboti-118080.html	0.27%
28	https://lektii.org/13-66532.html	0.24%
30	https://khnra.edu.ua/wp-content/uploads/2020/02/Danishavska-O.-O.-Korektsiya-psihofizichnogo-rozvitku-ditej-doshkilnogo-v..	0.17%
32	http://4ua.co.ua/psychology/sa3ac68a4d53a89521216c37_0.html	2 джерела 0.14%
34	https://ua-referat.com/%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%BF%D...	0.13%
35	http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7660/Klimenko.pdf?sequence=1	0.13%
36	https://irc-netushyn.miskrada.org.ua/news/09-26-37-11-12-2020	0.13%
37	https://uadoc.zavantag.com/text/29386/index-1.html?page=2	0.12%
40	https://naurok.valmi.com.ua/3764.htm	0.09%
42	http://elar.naiu.kiev.ua/bitstream/123456789/529/1/procyuk_dis.pdf	13 джерел 0.07%
43	https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/81713/1/Sampan_judo.pdf	0.07%
44	https://kras-meriass.in.ua/44010.html	0.07%
46	https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2304/Ustymenko_Fizychna%20terapiia%20osib.pdf	0.07%
47	https://college.zsmu.edu.ua/upload/distance%20learning/MS/4/reabilitacia_lekcs.pdf	0.07%
48	https://repository.spu.edu.ua/bitstream/123456789/9963/1/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%81%D1%82%D0%...	18 джерел 0.07%
50	https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D1%96%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D...	0.06%
51	https://www.sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/339	0.06%
52	https://www.ua-referat.com/uploaded/programa-z-korekciino-rozvitkovoyi-roboti/index1.html	3 джерела 0.06%
53	https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94670/Velasquez_ZJE-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1	0.06%

Джерела з Бібліотеки

38

4	Студентська робота	ID файлу: 1013555662	Навчальний заклад: Open International University of Hu	24 Джерело	5.28%
7	Студентська робота	ID файлу: 1009835554	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		1.86%
13	Студентська робота	ID файлу: 1009809803	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.9%
29	Студентська робота	ID файлу: 1013514069	Навчальний заклад: Open International University of Hu	2 Джерело	0.22%
31	Студентська робота	ID файлу: 1009612048	Навчальний заклад: Open International University of Hu	2 Джерело	0.16%
33	Студентська робота	ID файлу: 1013459766	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.13%
38	Студентська робота	ID файлу: 1010101754	Навчальний заклад: Open International University of Hu	2 Джерело	0.12%
39	Студентська робота	ID файлу: 1013492613	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.1%
41	Студентська робота	ID файлу: 1013300550	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.07%
45	Студентська робота	ID файлу: 1013059445	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.07%
49	Студентська робота	ID файлу: 1010059195	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.07%
54	Студентська робота	ID файлу: 1009656254	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.06%