

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Медичний факультет**

**Кафедра медицини та фізичної терапії**

**ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ  
РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ**

**Кваліфікаційна робота**

ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка 4 курсу  
Спеціальності 227 Фізична реабілітація

Освітньо-професійної програми «Фізична  
терапія, ерготерапія»

Федкевич Наталія Григорівна

Керівник: д.м.н., професор Чаланова Р.І.

Рецензент к.м.н., доцент Гайдай М.І.

Херсон – 2020

## **ЗМІСТ**

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Сутність і зміст поняття затримка психічного розвитку.....	7
1.2. Класифікація форм затримки психічного розвитку.....	10
1.3. Особливості психофізичного стану дітей із ЗПР.....	13
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>20</b>
2.1. Організація дослідження.....	21
2.2. Діагностика рівня соціальної адаптації дітей з обмеженими особливостями здоров'я.....	22
2.3. Реалізація комплексу засобів адаптивної фізичної культури для ефективною соціальною реабілітації дітей.....	28
2.4. Результати дослідження та їх обговорення.....	32
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>37</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>38</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** В Україні на сучасному етапі тенденція спостерігається до збільшення кількості дітей, які мають відхилення в психофізичному розвитку. Серед них більшу частину займають діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Вченими [6] доведено, що спостерігається у дітей даної категорії порушення пізнавальної та емоційно-вольової сфер, загальної витривалості, недостатній рівень розвитку координаційних здібностей, гнучкості. За даними медичної статистики кількість здорових дітей із затримкою психічного розвитку 15% становить лише. Такий показник вказує на труднощі їх адаптації до шкільного навантаження. У дітей з ЗПР спостерігається тривала соматична недостатність різного походження, важкі соматичні захворювання (численні пневмонії, ангіни та ін.).

В сучасних умовах неможлива діяльність спеціальних дошкільних та шкільних установ без заснованої на результатах комплексної діагностики кваліфікованої і взаємопов'язаної корекційно-реабілітаційної допомоги з урахуванням їх соматичних і психофізичних особливостей і можливостей дітям із затримкою психічного розвитку. Важливим етапом у зв'язку з цим є в спеціальних шкільних установах для дітей даної категорії вдосконалення корекційно-реабілітаційного процесу є використання в практиці роботи засобів фізичної реабілітації [13].

Вивчення досвіду роботи спеціальних дошкільних установ показав про значні недоліки в організації та змісті фізіореабілітаційного процесу. Це проявляється невизначеністю доступних для дітей даної категорії засобів фізичної реабілітації і відсутність спеціальної комплексної програми фізичної реабілітації для школярів із затримкою психічного розвитку. Вона повинна бути заснована на їх специфічних особливостях та можливостях.

В культурних державах на сьогоднішній день завжди рідше використовують термін «інвалід», що означає в перекладі з латинської - не має сили, невиправданий, непотрібний, змінюючи його подібними судженнями, як «людина з обмеженими можливостями», з «нетиповим станом здоров'я», з « особливими потребами » і так далі. Це відображення справжніх взаємин до подібних людей: в такому разі якщо вони такі, як завжди, проте з деякою кількістю вузьких здібностей, або станом здоров'я. Подібне ставлення формує близько даних людей прихильну емоційну атмосферу [29].

Вивчення труднощів дитячої інвалідності так само як об'єкта теоретичних і практичних досліджень в Україні, незважаючи на важливість, виникло відносно недавно. Наукові дослідження в даній сфері прокладають експерти різних академічних течій: соціології, психології, педагогіки, медицини, правознавства і так далі. Разом з тим, діти з обмеженими здібностями не розглядалися у властивості незалежного об'єкта дослідження, що ніяк не знайшло відповідного висвітлення у вітчизняній науці. Різноманітність даної проблеми вимагає єдиного підходу до розв'язання проблеми дитячої інвалідності [31].

Напрямки соціалізації та соціального захисту дітей з обмеженими можливостями знайшли своє відображення в роботах Е.К. Наберушкіної, Н.В. Шапкін, Т. Малєєва, Я.А. Кравченко, Г.В. Ляпідєвської, К.К. Кузьміна, С. Васіна. Над питаннями адаптаційної фізкультури вивчали Євсєєв С.П., Шапкова Л.В., Матвєєв Л.П., Кесарії Е.Д., Самилічев А.С., Літош Н.Л.

Отже, актуальність проблеми, її соціально-педагогічне значення і недостатня розробленість в галузі фізичної реабілітації зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи.

**Мета кваліфікаційної роботи** - теоретично обґрунтувати і експериментально перевірити ефективність впливу комплексу засобів адаптивної фізичної культури і спорту на соціальну адаптацію дітей з

обмеженими можливостями здоров'я, зокрема з затримкою психічного розвитку.

Виходячи з мети, можна виділити наступні **завдання**:

1. Розкрити особливості показників здоров'я дітей з затримкою психічного розвитку згідно літературних джерел.
2. Вивчити теоретичні основи впливу фізичної культури і спорту на соціальну адаптацію дітей з обмеженими можливостями здоров'я.
3. Виявити, проаналізувати і провести дослідно-експериментальне обґрунтування ефективності комплексу засобів адаптивної фізкультури на соціальну адаптацію дітей з обмеженими особливостями здоров'я, зокрема з ЗПР.

**Об'єкт дослідження:** процес впливу фізичної культури і спорту на соціальну адаптацію дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

**Предмет дослідження:** комплекс засобів адаптивної фізичної культури і спорту, їх вплив на соціальну адаптацію дітей з ЗПР.

Методи, що використовувані в роботі: аналізу літератури, вивчення і узагальнення вітчизняної і зарубіжної практики, порівняння, моделювання, теоретичний аналіз і синтез, конкретизація і ідеалізація, індукція і дедукція, аналогія, класифікація, узагальнення.

**Наукова новизна роботи** полягає в максимально можливому розвитку життєздатності навчатися у дітей з ЗПР, що мають стійке відхилення в стані здоров'я за допомогою комплексу адаптивної фізичної культури.

Теоретична і практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані в результаті дослідження теоретичні і практичні висновки можуть бути використані при розробці програм соціального захисту дітей з обмеженими можливостями, а також заходів, спрямованих на підвищення рівня і якості життя цієї групи населення.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Кваліфікаційна робота виконана в рамках науково-дослідної теми кафедри

медицини та фізичної терапії **“Відновлення здоров’я людей різних вікових груп шляхом фізичної терапії та застосування новітніх технологій оздоровлення”** (державний реєстраційний № 0117U001766).

**Структура кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота представлена у вигляді комп’ютерної верстки на 40 сторінках, складається з вступу, двох розділів, висновків, практичних рекомендацій та переліку посилань.

## **РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

### **1.1. Сутність і зміст поняття затримка психічного розвитку**

Проблема слабовиражених відхилень в психічному розвитку виникла і отримала особливе значення лише в середині ХХ ст., як в закордонній, так і у вітчизняній науці. внаслідок бурхливого розвитку різних галузей науки і техніки і ускладнення програм загальноосвітніх шкіл це відбулося. Тому з'явилася велика кількість дітей, які відчують труднощі в навчанні.

Стали основою сформульованих уявлень про дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) дані клініко-психолого-педагогічного комплексного обстеження стійко невстигаючих учнів зі шкіл різних регіонів країни. За всіма досліджуваними показниками психосоціального розвитку дітей даної категорії якісно відрізняються від інших. Дизонтогенетика розладів, з одного боку, і від «нормального» розвитку - з іншого, займаючи проміжне положення за рівнем психічного розвитку між розумово відсталими і нормально розвиненими однолітками [10].

Описуються в літературі діти із ЗПР [4] як особлива група відставанням у психічному розвитку. Вони мають такі особливості інтелекту і особистості. Вони не дозволяють їм своєчасно і якісно освоювати елементарні знання.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) - це вповільнення темпу розвитку психіки, яке визначається нестачею загального запасу знань, незрілості мислення, обмеженості уявлень, переважанні ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю [1].

Поняття «затримка психічного розвитку» застосовується стосовно до дітей зі слабо вираженою органічною або функціональною недостатністю

ЦНС. У таких дітей спостерігається поліморфна клінічна симптоматика: незрілість складних форм поведінки, цілеспрямованої діяльності на тлі швидкого виснаження, порушення працездатності. Такі діти відрізняються, як діти з недостатніми здібностями до навчання. Для затримки психічного розвитку характерно уповільнення темпу формування пізнавальної та емоційної сфер з їх тимчасовою фіксацією на більш ранніх етапах. Характерна мозаїчність ураження, при якій поряд з дефіцитарними функціями є і збережені [2].

Патологічної суті ЗПР є вплив цілого ряду патологічних факторів перинатального, натального і постнатального періоду [8].

У всіх дітей з ЗПР аналіз електрофізіологічних показників свідчить про наявність органічних уражень мозку. При ЗПР у вигляді енцефалопатичних розладів і недостатності окремих психічних функцій з ознаками загального психічного недорозвинення у більшості випадків виявляється поєднання органічних ушкоджень [16].

Дослідники [12] вказують на варіабельність прояви затримки психічного розвитку. У літературі, присвяченій вивченню дітей з ЗПР, відзначається порушення функції активної уваги, відставання в розвитку пізнавальних процесів, загальна неорганізованість діяльності, переважання ігрових мотивів і малої здатності до вольового зусилля, недостатність загального запасу знань, обмеженості уявлень, слабка працездатність [15].

Серед різних класифікацій ЗПР Поширеними є класифікація К.С. Лебединської [1], розроблена на основі етіопатогенетичного підходу, відповідно, з яким розрізняють 4 основні варіанти ЗПР:

1. ЗПР конституційного походження. До цього варіанту відносяться діти з психічним і психофізичним інфантилізмом;
2. ЗПР соматогенного походження, при якому у дітей відзначається фізичний і психічний астения;



3. ЗПР психогенного генезу, при якому переважно порушується емоційно-вольова сфера;

4. ЗПР церебрально-органічного генезу з переважанням органічного інфантилізму з порушенням пізнавальної діяльності.

Характеризуючи в цілому дітей з ЗПР, слід зазначити нерівномірність порушень різних психічних функцій [19]. Функції, які інтенсивно розвиваються в більш ранні етапи, страждають більше, ніж функції, які формуються пізніше [7]. Для дітей з ЗПР, одним із найчастіших проявів є синдром дефіциту уваги з гіперактивністю [14].

Розглядаючи діяльність дітей з ЗПР в аспекті проблем слід відзначити дослідження, проведені під керівництвом В.І. Лубовського [22], в яких вказується, що діти з ЗПР зазнають труднощів, в довільній організації діяльності, не вміють переключатися з одного виду діяльності на інший, не вміють виконувати вказівки вихователя.

Дошкільнята з ЗПР швидко стомлюються, працездатність їх знижується. Часто вони взагалі відмовляються виконувати роботу, яку розпочату. В.І. Лубовський [22] відзначено, що недостатня працездатність і підвищена стомлюваність в поєднанні з низьким рівнем пізнавальної активності призводять до того, що необхідність зміни способу дії або будь який інший вид роботи, викликають складнощі. У стані стомлення працездатність і увагу різко знижуються, виникають імпульсивні необдумані дії. Знижена працездатність дітей з ЗПР в процесі навчальної діяльності пов'язана з недостатнім рівнем активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

## **1.2. Класифікація форм затримки психічного розвитку**

Важливим напрямком в дослідженні нашої проблеми є психолого-педагогічне та клініко-фізіологічне вивчення дітей з ЗПР. Існуюча в даний час класифікація типів ЗПР, розроблена К.С. Лебединської [1], відображає не тільки механізми порушення психічного розвитку, а їх причинну обумовленість. Основні клінічні форми диференціюються за етіопатогенетичними принципами: церебрально-органічного походження, соматогенного походження, конституційного походження, психогенного походження (патологічне формування особистості).

Кожному з цих варіантів, властиві різний прогностично значущий характер недостатності пізнавальної діяльності так і специфічні особливості інфантилізму. Також, вони можуть бути ускладнені багатьма хворобливими симптомами - енцефалопатичних, неврологічними, соматичними - і мати свої особливості емоційної незрілості і порушення пізнавальної діяльності, свою клініко-психологічну структуру, свою етіологію.

Затримка психічного розвитку конституційного генезу. До даного типу ЗПР відноситься психофізичний інфантилізм - дисгармонійний або гармонійний, обумовлений психічний. В усіх випадках, у дітей, переважають риси емоційно-особистісної незрілості, жвавість міміки, «дитячість» поведінки, і поведінкових реакцій. Розлади поведінки, при дисгармонійному інфантилізмі важче піддаються психолого-педагогічній корекції та вимагають великих зусиль з боку педагогів та батьків, тому таким дітям потрібна додаткова медикаментозна терапія [24].

При ЗПР конституційного походження також розглядають спадково обумовлену часткову недостатність окремих модально-специфічних функцій (гнозис, праксис, мова, слухова і зорова пам'ять), які лежать в основі формування складних міжаналізаторних навичок, таких, як малювання, читання, письмо, рахунок і інші. Генетична обумовленість даних порушень зумовлена передачею в сім'ях дітей з ЗПР з покоління в покоління випадками

ліворуцтва, дислексії, дисграфії, акалькулія, недостатності просторового гнозису і праксису. У плані корекції це один з найсприятливіших типів психічного розвитку при ЗПР [11].

Затримка психічного розвитку соматогенного генезу. Це тип затримки розвитку психіки обумовлений тривалою соматичною недостатністю різного походження: алергічними станами і хронічними інфекціями, набутими та вродженими вадами внутрішніх органів (нирки, серце, легені та інше). Важливу роль відіграють важкі соматичні захворювання (ангіни, численні пневмонії, та інше), що мають місце в перші роки життя дитини [3].

Психічний розвиток таких дітей гальмується, наперед, стійкою астеною, що різко знижує загальний фізичний і психічний тонус, стримує емоційний розвиток. Соматогенний інфантилізм обумовлений переліком невротичних нащарувань - боязкістю, невпевненістю, пов'язані з відчуттям своєї фізичної неповноцінності. Ця форма викликана режимом обмежень і заборон, в якому соматично ослаблена або хвора дитина. Такі діти рідко відвідують дитячі садочки, вони, як правило, виховуються вдома, в результаті чого їх коло спілкування обмежений, порушені міжособистісні відносини. Ці діти потребують санаторно-курортних умов, правильного режиму харчування, відпочинку, сну, їм необхідно медикаментозне лікування [2].

Нерідко, з'являється вторинна інфантилізація, що призводить до погіршення працездатності і більш стійкою затримки психічного розвитку. Облік поєднання всіх цих факторів є основою прогнозу перспектив подальшого розвитку дитини і визначення змісту лікувально-профілактичного, корекційно-педагогічного та виховного впливів на дитину [6].

Акцентують два загальних клініко-психологічних варіанти ЗПР даної категорії. Перший варіант, характеризується як правило незрілістю емоційної сфери за типом органічного інфантилізму. При іншому варіанті - домінують

парціальні порушення вищих коркових функцій та симптоми ураження нервової системи. Затримка психічного розвитку психогенного генезу. Даний вид ЗПР пов'язується з несприятливими умовами виховання, які спотворюють або обмежують стимуляцію психічного розвитку дитини на перших етапах її розвитку. Погіршення у психофізичному розвитку дітей при даному варіанті виникають внаслідок психотравмуючого оточення. Поганий вплив може позначитися на дитині ще в утробі матері, якщо жінка відчуває сильні, довгострокові хвилювання. ЗПР психогенного генезу може бути пов'язана з соціальним сирітством, культурної депривації, при яких у дитини не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, не виховується почуття відповідальності і обов'язку, інтелектуальних установ і інтересів [12]. Тому риси патологічної незрілості і імпульсивності у дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем уявлень і знань про навколишній світ, що надалі відбивається на фрагментарне засвоєнні шкільних предметів.

Варіант аномального розвитку особистості на кшталт «лідер сім'ї» обумовлений навпаки, гіперопікою - розбещеним виховуванням, при якому дитині не даються риси відповідальності, ініціативності, самостійності. Для психогенного інфантилізму, поряд з недостатньою здатністю до вольового зусилля, характерні риси егоїзму і егоцентризму, нелюбові до оточуючих.

Патологічний розвиток особистості з нервовим типом частіше спостерігається у дітей, батьки яких виявляють жорстокість, грубість, деспотичність, агресію до дитини і іншим членам сім'ї. В таких умовах нерідко формується особистість, емоційна незрілість якої проявляється в недостатній рішучості, самостійності, ініціативності та активності [30].

Ефективність корекційних заходів при даному типі ЗПР пов'язана з можливістю перестановки несприятливого сімейного клімату та подолання розпещуючого або відкидає дитини типу сімейного виховання.

Поряд з визначенням типів психічного розвитку, виділені ступеня її тяжкості:

1. Важка ступінь - являє собою діагностичні труднощі в плані відокремлення її від олігофренії в ступені дебільності.

2. Середній ступінь - корекція проводиться в спеціальних умовах.

3. Легкий ступінь - як правило, не потребує систематичного лікування.

Розподіл за рівнями тяжкості, надає можливість, більш ціленаправлено проводити лікування, визначати подальший прогноз у розвитку дитини даної нозологій, будувати корекційно-педагогічну роботу. [21].

### **1.3. Особливості психофізичного стану дітей із ЗПР**

Найважливіше значення для побудови корекційно-реабілітаційної роботи має знання психофізичних, специфічних особливостей дітей із затримкою психічного розвитку.

Розглядаючи особливості психофізичного стану у дітей з ЗПР, ми зупинилися на таких формах, як фізичний і психічний стан дитини.

Психічний стан - це цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, що відображає своєрідність проходження психічних процесів і виступає як система їх організації, а також як механізм оцінки відображеної діяльності. Виділяють пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси. У свою чергу, в пізнавальних процесів відносять пам'ять, сприйняття, відчуття, уяву і мислення [10].

Фізичний стан визначається, як здатність людини виконувати фізичну роботу і включає в себе, в першу чергу, показники фізичного розвитку та фізичної підготовки. Деякі вчені вважають, що провідним показником фізичного стану є розвиток загальної і дрібної моторики [28].

Характерною ознакою затримки психічного розвитку є недорозвинення якостей уваги. Тій чи іншій мірі недоліки уваги притаманні дітям, що

відносяться до різних клінічних форм затримки психічного розвитку. Американські психологи і клініцисти описують «синдром дефіциту уваги», що часто поєднується з гіперактивністю, як характерний для дітей з мінімальними мозковими дисфункціями і з труднощами в навчанні. Прояви недостатності уваги у дошкільників із затримкою психічного розвитку проявляються вже при спостереженні за особливостями сприйняття ними навколишніх предметів і явищ [23].

У психолого-педагогічних дослідженнях [14] відзначаються наступні особливості уваги у дітей з ЗПР:

- знижена концентрація. Виражається в складнощах швидкої стомлюваності, зосередження на об'єкті діяльності та програму її виконання. Ця особливість уваги, показує наявність органічних факторів церебрально-органічного генезу або соматичного;

- нестійкість уваги, що веде до зниження продуктивності, зумовлює складнощі у виконанні завдань. Дитина продуктивно працює протягом 5-15 хвилин, потім, протягом 3-7 хвилин, «відпочиває», накопичує сили для наступного робочого періоду. У моменти «відпочинку», дитина, як би «випадає» з роботи, займаючись різними справами. Після відновлення енергії, дитина знову здатна до продуктивної діяльності і таке інше.

- зниження обсягу уваги. Дитина, отримує одночасно менший обсяг інформації, ніж той, який можна ефективно вирішувати: ігрові, життєві і навчальні та завдання спостерігається ускладнене сприйняття ситуації в цілому;

- знижений розподіл уваги. Дитина не може одночасно виконувати кілька справ, особливо якщо всі вони потребують свідомого контролю, тобто знаходяться в стадії освоєння;

- знижена вибірковість уваги. Дитині важко виділити ціль діяльності та умови її реалізації серед невеликих побічних деталей;

- підвищена відволікаємість. Дитина довго не може зосередитись на даній роботі. Порівняльно-експериментальне ствердження показало, виражений, негативний вплив на діяльність дітей з ЗПР будь-яких інших подразників. Вони роблять численні помилки, темп їх діяльності внаслідок цього сповільнюється а результативність падає.

- «Прилипання уваги». Виражається в труднощах перемикання з одного виду або знайденого способу діяльності на інший, у відсутності гнучкого реагування на ситуацію, що змінюється;

Н.Г. Піддубна [20] відзначала, що наочний матеріал дітьми з ЗПР запам'ятовується набагато краще вербального і в процесі відтворення є більш дієвою опорою. Автор відзначала, що мимовільна пам'ять у дітей з ЗПР страждає не в такій мірі, як довільна, на що треба спиратися при навчанні.

Отже, необхідно спеціально активізувати пізнавальну діяльність дошкільників із ЗПР шляхом посилення мотивації, зосередження їх уваги дітей на завданні. Особливе значення для підвищення ефективності запам'ятовування є вміння використовувати спеціальні раціональні прийоми навчання (угруповання слів і картинок, встановлення зв'язків) [15].

Дослідниками визначено такі загальні недоліки розумової діяльності дітей з ЗПР:

1. Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації (своєрідне ставлення до будь-яких інтелектуальним завданням). Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий момент подолання труднощів (відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуальної завдання ближчим, ігровим). Така дитина виконує завдання не повністю, а її нескладну частину. Вони не зацікавлені кінцевим результатом в завданні, але виконують. Ця особливість мислення має прояв у школі, коли діти дуже швидко втрачають інтерес до нових предметів.

2. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при вирішенні розумових завдань. Діти з ЗПР починають діяти відразу. Це положення

підтвердилося в експерименті Н.Г. Піддубний [20]. При пред'явленні інструкції до завдання багато дітей не зрозумівши її, прагнули швидше отримати експериментальний матеріал і почати діяти. Варто зауважити, що діти з ЗПР в більшій мірі були зацікавлені в тому, щоб швидше закінчити роботу, а не якісно виконати. Вони не здатні були аналізувати умови, не розуміли значущості орієнтовного етапу, що призводило до появи безлічі помилок.

3. Низька розумова активність, «бездумний» стиль роботи (діти, через поспішність, неорганізованості діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови. У них відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні, тобто іноді правильно відповідають, але пояснити відповідь не в змозі.

4. Стереотипність мислення, його шаблонність.

Також діти з ЗПР характеризуються зниженим рівнем пізнавальної активності, що проявляється в їх недостатньою допитливістю. Якщо більшість нормальних дітей дошкільного віку зазвичай задають багато питань про предмети і явища навколишнього світу, то діти з ЗПР в цьому значно відрізняються від них: одні питання не ставлять взагалі, а інші задають тільки ті, які стосуються тільки зовнішніх властивостей предметів і явищ.

Діти із затримкою психічного розвитку дошкільного віку відрізняються своєрідністю мовного розвитку. Це проявляється як в затримці темпу розвитку окремих сторін мови, так і в характері недоліків даного розвитку.

Імпресивного сторона мови характеризується недостатньою дифференційованістю сприйняття мовних звуків, відтінків мови (в 75% спостерігаються труднощі в диференціації звуків).

Для експресивної сторони мови характерні бідний словниковий запас, порушення звуків мови, недостатня сформованість лексико-граматичної будови мови, наявність агроматизмів, дефекти артикуляційного апарату (в



55% відзначається недостатність мовної моторики: дітям важко утримувати артикуляційну позу, їх м'язи язика напружені, також складно відбувається перехід з однієї пози в іншу, в 45% з них - дефекти будови зубного ряду).

Серед помилок звуковимови у дітей з ЗПР переважають порушення свистячих (с, з) і сонорних звуків (м, н, л, р), тоді як у нормально розвинених дітей дошкільного віку частіше спостерігається порушення вимови звуків і шиплячих (ш, ж, ч, щ). Порушення мови свистячих звуків пов'язують переважно з порушенням мовленневослухового аналізу.

Лексична сторона мови знаходиться в тісній залежності від загального рівня пізнавального розвитку дитини. У зв'язку зі зниженою пізнавальною активністю у дітей з ЗПР відзначається бідний словниковий запас, що відображає неточні уявлення про навколишній світ. Мовлення складається в основному з іменників і дієслів, прикметники використовуються тільки для позначення деяких властивостей предметів. Зв'язок слова і позначуваного ним предмета нестійкий. За ступенем вираженості можна виділити три групи мовленнєвих порушень, які спостерігаються у дітей з ЗПР:

- ізольований фонетичний дефект (неправильна вимова тільки однієї групи звуків). Причина, як правило, в порушенні артикуляційного апарату і недорозвинення мовної моторики;
- комбінований дефект: дефекти вимови поєднуються з порушеннями слуху. Є дефекти в оволодінні двома-трьома фонематичним групами;
- системне недорозвинення мови - порушення лексико-граматичної сторони мовлення на тлі занадто бідного словникового запасу, примітивної структури висловлювань.

Складність мовного недорозвинення багато в чому залежить від характеру основного порушення. Так, при неускладненому інфантилізмі рівень мовного розвитку має характер деякої затримки або відповідає

нормальному рівню розвитку. При ЗПР церебрально-органічного генезу спостерігається порушення мовленнєвої діяльності як системи [17].

Недоліки розвитку моторики у дошкільнят з ЗПР проявляються на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, проявом слабо вираженою резидуальною органіки є рухова незручність 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 формі неадекватної, надмірної сили або амплітуди рухів. У деяких дітей спостерігаються хорееформні руху (м'язові посмикування). У деяких випадках, але значно рідше, навпаки, рухова активність значно знижена [6].

Недоліки моторики несприятливо позначаються на розвитку образотворчої діяльності дітей, проявляючись в труднощах проведення простих ліній, виконанні дрібних деталей малюнка, а в подальшому - в труднощах оволодіння листом. Отже, вищевикладене доводить про необхідність спеціальних занять з розвитку моторики цих дітей в дошкільному віці [17].

Слід зазначити, що важливу роль в подальшому розвитку дитини відіграють сензитивні періоди, тобто періоди найбільш сприятливою, легкого і швидкого розвитку певних психічних процесів. У спеціальній літературі визначено, що більшість цих періодів припадає на дошкільний вік. Ці періоди нетривалі, і якщо при будь-яких причин на протязі їх не сформувалася певна структура, то в подальшому потрібно буде докласти чимало спеціальних зусиль, щоб її сформувати. Отже, розпочата в більш пізні терміни корекційно-реабілітаційна робота вже не буде настільки ефективною [11].

Таким чином, аналіз спеціальної літератури з даної проблеми дозволив з'ясувати основні напрямки побудови фізреабілітаційної програми для дітей з

ЗПР дошкільного віку з урахуванням особливостей їх психофізичного розвитку і визначить засоби корекційно-реабілітаційного впливу.

Основним засобом корекції та реабілітації дітей з ЗПР є фізичні вправи. Вченими [18] доведено, що фізичні вправи сприятливо діють на центральну нервову систему. Вони підвищують працездатність клітин кори головного мозку і їх стійкість до сильних подразників, покращують аналітико-синтетичну діяльність центральної нервової системи і взаємодія двох сигнальних систем, обумовлюють більш швидке формування позитивних умовних рефлексів, що супроводжується підвищенням інтенсивності та концентрації уваги, поліпшенням пам'яті тощо ..

Але теоретичний аналіз показав недостатню розробленість даної проблеми в науково-методичній літературі, що і зумовило нас звернути увагу на дану тему і провести дослідження.

У першому розділі було розкрито сутність поняття «затримка психічного розвитку», причини її виникнення; розглянута класифікація типів ЗПР і особливості психофізичного розвитку дітей даної категорії; проаналізовано стан розробленості досліджуваної проблеми в спеціальній літературі.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс методів і методик, що дозволяють отримати різнобічну інформацію про психофізичний та психолого-педагогічний стан дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Їх динаміку в процесі проведення педагогічного експерименту, до якого увійшли: аналіз і узагальнення літературних джерел; педагогічне спостереження; педагогічний експеримент; оцінка рівня фізичної підготовленості; оцінка «моторного профілю»; оцінка рівня соціальної адаптації; оцінка «якості життя».

Для визначення стану досліджуваної проблеми проводився поглиблений аналіз наукової, науково-методичної, навчально-педагогічної та популярної літератури, виданої як в нашій країні, так і за кордоном.

Вивчалася література по теоретико-методичним аспектам адаптивної фізичної культури, структури та змісту комплексної реабілітації та соціальної адаптації дітей з обмеженими можливостями здоров'я в суспільстві, а також інших питань, так чи інакше стосуються теми дослідження. Це дозволило проаналізувати основні аспекти досліджуваної проблеми і визначити можливі напрями її вирішення.

Обов'язковим компонентом педагогічного спостереження стає спільна діяльність з випробуваними, що дозволяє краще ідентифікувати психолого-педагогічні особливості досліджуваного контингенту. Це сприяє підвищенню якості взаємодії з випробуваними в рамках педагогічного експерименту і створює передумови для підвищення його результативності [13].

## 2.1. Організація дослідження

Дослідження проводилося в три етапи (з вересня 2019 року по квітень 2020 року) на базі Новокиївської спеціальної ЗОШ. Для проведення експерименту була сформована група серед дітей зі ЗПР п'ятого класу, в кількості тринадцяти чоловік.

Дослідження проводилося в кілька етапів:

На першому етапі були проведені тести, спрямовані на виявлення рівня соціальної адаптації дітей з ЗПР в умовах освітнього закладу.

На другому етапі протягом трьох місяців група виконувала комплекс фізичних вправ адаптивної фізичної культури, спрямованих на розвиток соціальної адаптації дітей з затримкою психічного розвитку.

На третьому етапі проводився педагогічний експеримент. В процесі експерименту проводилася робота з аналізу застосованого комплексу вправ адаптивної фізкультури на соціальну адаптацію дітей з ЗПР.

На четвертому етапі проводилася статична обробка отриманих результатів, формулювалися висновки та практичні рекомендації. Проводилось оформлення тексту роботи.

## 2.2. Діагностика рівня соціальної адаптації дітей з обмеженими особливостями здоров'я

Мета: виявити рівень соціальної адаптації дітей з ЗПР в умовах освітнього закладу.

Дослідно-експериментальна робота включає три етапи: діагностичний, формуючий, і аналітичний.

На діагностичному етапі вивчається рівень соціальної адаптації учнів.

Експеримент встановлюється серед дітей зі затримкою психічного розвитку п'ятого класу, в кількості тринадцяти чоловік.

До критеріїв адаптованості дитини в умовах загальноосвітнього закладу відносяться:

- 1) Впевненість у собі (впевнений, ситуативно впевнений, не впевнений);
- 2) Товариськість (товариський, вибірково товариський, мовчазний);
- 3) Самооцінка (позитивний прогноз своєї успішності, ситуативний прогноз своєї успішності, негативний прогноз своєї успішності);
- 4) Соціальний статус (сприятливий соціальний статус, нестійкий соціальний статус, несприятливий соціальний статус).

Далі визначається за ступенем прояву критеріїв три рівня соціальної адаптації дитини в умовах освітнього закладу.

*Таблиця 3.1*

### Ступінь прояву критеріїв соціальної адаптації дитини в умовах освітнього закладу

Рівень	Критерії
--------	----------

Високий рівень соціальної адаптації в ЗО	Упевнений	Товариський	Позитивний прогноз успішності	Благопристойності соціальний статус
	Сміливий, бере ініціативу на себе, відчуває себе впевненим класі	Активно спілкується з усіма дітьми і педагогами	Завжди активний, завжди сам домагається успіху	Популярний у однолітків, завжди звертаються за допомогою
Достатній рівень соціальної адаптації в ЗО	Ситуативно впевнений	Вибірково товариський	Ситуативний прогноз успішності	Нестійкий соціальний статус
	Не завжди сміливий, при зовнішньому стимулюванні проявляє ініціативу, не завжди відчуває себе впевненим в класі	не завжди активно спілкується з усіма дітьми і педагогами	не завжди проявляє активність, сумнівається в успішності, але при зовнішньому стимулюванні домагається успіху	Має вибір друзів, не завжди звертаються за допомогою
Низький рівень соціальної адаптації в ЗО	Невпевнений	мовчазний	Негативний прогноз успішності	Несприятливий соціальний статус

	Боїться труднощів, не впевнений в класі, чи не ініціативний	не активний в спілкуванні з дітьми та педагогами	не активність, не досягає успіхів	не популярний, не звертаються за допомогою
--	---	--	---	--

Для діагностики даних показників, спільно з фахівцями освітньої установи (психолог, лікар-дефектолог, соціальний педагог) необхідно застосувати такі методики: проєктивний рисунковий тест «Дерево», тест «Соціометрія», методика Рене Жиля.

Розглянемо три тести для оцінки ефективності впровадження програми педагогічного супроводу соціальної адаптації:

#### 1. Проєктивні рисунковий тест «Дерево».

Вивчаються індивідуально-типологічні особливості дитини.

В процесі діагностики дітям надаються аркуші формату А4, кольорові олівці і пропонується намалювати дерево.

Інтерпретацію результатів здійснює фахівець, який працює з даними дітьми в освітній установі. В ході інтерпретації тесту з'ясовано, що у семи (п'ятдесят і три відсотка) дітей з тринадцяти висока невпевненість в собі, низька самооцінка, по одній людині (сім відсотків) з достатнім рівнем впевненості та самооцінки і п'ять чоловік (тридцять вісім відсотків) з високим рівнем впевненості і самооцінки.

#### 2. Тест «Соціометрія».

Соціально-психологічний тест, розроблений Дж. Морено, за допомогою якого вивчається характеристика міжособистісних емоційних зв'язків у групі:

а) вимір ступеня згуртованості-роз'єднаності в групі;

б) виявлення соотнесительного авторитету членів груп за ознаками симпатії-антипатії (лідери, зірки, відкинуті);



в) виявлення внутрішньогрупових згуртованих утворень на чолі з неформальними лідерами.

Дітям пропонуються питання:

1. З ким із однокласників ти б пішов в похід?
2. Кого з однокласників ти запросив би на своє день народження?
3. До кого з однокласників ти звернувся б за допомогою в навчанні?

Аналіз тесту показує, що в цілому клас дружний. Є лідери (три людини - двадцять три відсотка), до яких звертаються за допомогою. Є відкинуті (три людини - двадцять три відсотка), на яких не звертають уваги через те, що вони новачки, недавно прийшли в клас, тому не спілкуються з іншими дітьми. Є бажані, прийняті (сім осіб - п'ятьдесят три відсотки). Ізольованих груп не зафіксовано.

Таблиця 3.2

Імя дитини	Критерії
	Соціальний статус
Марія К.	Достатній
Тетяна А.	Високий
Оксана Т.	Низький
Наталя М.	Достатній
Олеся М.	Низький
Анжела Л.	Високий
Максим Д.	Високий
Александр Н.	Достатній
Артем Ж.	Низький
Олег К.	Достатній
Михайло К.	Достатній
Оксана С.	Достатній

Іван К.	Достатній
---------	-----------

### 3. Методика Рене Жиля.

Тест адаптований для дітей з порушенням слуху. Діагностика та інтерпретація проводиться спільно з фахівцями (психолог, соціальний педагог, педагог-дефектолог).

У методику входять завдання, які спрямовані на виявлення рівня допитливості; прагнення до спілкування в групі дітей; прагнення до лідерства в групі; конфліктність, агресивність.

Таблиця 3.3

### Діагностика соціальної адаптації

Імя дитини	Критерії				Загальний рівень соціальної адаптації
	Впевненість	Товаристкість	Самооцінка	Соціальний статус	
Марія К.	Н	Н	Н	Д	Н
Тетяна А.	В	В	В	В	В
Оксана Т.	Н	Н	Н	Н	Н
Наталя М.	В	В	В	Д	В
Олеся М.	Д	Н	Н	Н	Н
Анжела Л.	В	В	В	В	В
Максим Д.	В	В	В	В	В
Олександр Н.	Н	Д	Д	Д	Д
Артем Ж.	Н	Н	Н	Н	Н
Олег К.	В	В	В	Д	В
Михайло К.	Н	Н	Н	Д	Н
Оксана С.	Н	Н	Н	Д	Н
Іван К.	Н	Н	Н	Д	Н

*Примітка:* В - високий рівень соціальної адаптації; Д - достатній рівень соціальної адаптації; Н - низький рівень соціальної адаптації.

В ході аналізу та інтерпретації результатів з'ясовано, що сім (п'ятдесят і три відсотка) дітей з тринадцяти відокремлюють себе від класу, відчують себе ізольованими від оточуючих їм некомфортно, відчують нерозуміння, низький рівень товарищескості, достатній рівень товарищескості у одну дитину (сім відсотків). У решти п'яти дітей (тридцять вісім відсотків), хороший контакт з оточуючими, немає проблем у спілкуванні).

Виходячи з даних результатів, за трьома діагностики, можна зробити висновок про те, що у семи (п'ятдесят і три відсотка) дітей з тринадцяти низький рівень соціальної адаптації, у п'яťох (тридцять вісім відсотків) дітей високий рівень соціальної адаптації, лише у одного (сім відсотків) дитини достатній рівень соціальної адаптації в освітньому закладі.

Для дослідження загальної витривалості використовувався модифікований 12-ти хвилинний тест Купера. Зміст тесту складає подолання максимально можливої відстані за дванадцять хвилин. Тест проводився в стандартних умовах в легкоатлетичному манежі. Діти проходили дистанцію по внутрішній розміночній доріжці без виходу на ухил віражу.

Для тестування рівня розвитку дрібної моторики використовувалися наступні спеціальні вправи (вправи виконувалися двома руками одночасно):

1. «Естафета». Починаючи з мізинця, сусідні пальці змикаються, передаючи один одному «естафету». На початку вправи пальці розведені в сторони. Змикання відбувається при обов'язковому русі обох змикаються пальців назустріч один одному в порядку 5-4, 4-3, 3-2, 2-1, 2-3, 3-4, 4-5.

2. «Протиставлення пальців». Протиставлення великого пальця інших пальців, виконується в прямому і зворотному порядку.

3. «Згинання пальців через 1». Кисть розгорнута долонею до себе. Виконується послідовне згинання пальців з кистем подушечкою пальця долоні. Порядок згинання -5-3-4-2-3-1.

4. «Піаніно». Виконується почергове постукування по столу напіввігнутими пальцями, починаючи з мізинця.

Для вимірювання рівня соціальної адаптації використовувалася інтегральна методика, що враховує якісну, кількісну і суб'єктивну емоційну оцінку досліджуваних сторін життєдіяльності дитини-інваліда.

Опитувальник «Якість життя» (Р. С. Еліот, 1992) використовується як один з найефективніших способів діагностики суб'єктивної самооцінки емоційних і функціональних станів, відносин в сім'ї та в суспільстві.

### **2.3. Реалізація комплексу засобів адаптивної фізичної культури для ефективної соціальної реабілітації дітей**

Завдання: зміцнення здоров'я і сприяння правильному фізичному розвитку і різнобічній фізичній підготовленості, зміцнення опорно-рухового апарату, розвиток швидкості, спритності, гнучкості, розвиток соціальних якостей в процесі виконання комплексу вправ адаптивної фізкультури.

Вступне заняття: техніка безпеки на заняттях в залі, при виконанні бігових, стрибкових вправ, при грі. Вимоги до спортивній формі. Особиста гігієна. Режим занять.

Теоретична підготовка: короткі історичні відомості про виникнення адаптивної фізичної культури, відомості про будову і функції організму людини, гігієна, лікарський контроль, попередження травматизму, самоконтроль.

Теоретичні заняття: значення загальної фізичної підготовки для підняття і зміцнення функціонально ональних можливостей організму і розвитку фізичних якостей (швидкості, витривалості, спритності, сили,

гнучкості). Складання комплексів вправ для розминки (підготовчої частини заняття). Коригування техніки виконання вправ.

Практичні заняття:

1. Гімнастичні вправи. Вправи без предметів: для м'язів рук і плечового пояса. Для м'язів ніг, черевного преса, тазостегнового суглоба, тулуба і шиї.

2. Управління з предметами - зі скакалками, гумовими м'ячами, набивними м'ячами (один - два кілограми).

3. Управління на гімнастичних снарядах. Лазіння по гімнастичній стінці.

Матеріально-технічне забезпечення: кабінет для занять (спортивний зал), гімнастичні лавки, гімнастична стінка, гімнастичні мати, скакалки гімнастичні.

Таблиця 3.4

### Комплекс вправ з адаптивної фізичної культури

Зміст	Число повторень	Методичні вказівки
Підготовча частина - 15 хв. Побудова. Перевірка пульсу. Опитування про самопочуття. Ходьба з плавними рухами рук (хвиля), ходьба приставним кроком, ходьба в полуприсяде руки на колінах. Біг на носках 35 сек., Ходьба 25 сек., Дихальні вправи. Побудова для вправ з гімнастичними палицями.		
1. Вправа. Стійка ноги нарізно, палиця горизонтально. Підняти палицю горизонтально на груди, потім вгору прогнути одночасно спину, опустити, палицю в початкове положення.	8	Вдих та видих
2. Вправа. Основна стійка, палиця на грудях. Підняти палицю горизонтально над головою,	5	Дихання вільне

поворот тулуба вліво. Повернутися у вихідне положення. Теж вправо.		
3. Вправа. Ноги на ширині плечей, палиця на лопатках. Нахили тулуба вниз прогнувшись. Випрямитися.	6-8	Вдих
4. Вправа. Основна стійка. Палка горизонтально вперед. Підняти ліву ногу, зігнуту в коліні, торкаючись палиці коліном, повернутися в початкове положення, то ж правою ногою.	5-8	Темп середній. Дихання вільне
5. Вправа. Стійка ноги нарізно, палиця за тулубом на рівні сідниць горизонтально вниз. Піднятися на носки, палицю відвести назад, прогнутися, потім нахилити тулуб вперед, прогнувшись випрямитися.	6	Вдих та видих
6. Упражнение. Основная стойка - палка на лопатках. Руки вверх и одновременно левую ногу вперед на носок, пружинистый наклон влево, вернуться в исходное положение.	6-8	Вдих та видих
7. Вправа. Стійка ноги нарізно. Дихальні вправи. Підняти палицю на груди, потім вгору - вдих, опустити - видих. Ходьба змієюю, змінним кроком в обхід для вправ на гімнастичній стінці. (Перед заняттями на гімнастичній стінці дітей рекомендується посадити на лавки).		
Основна частина - 22 хв. 1. Вправа. Сидячи на підлозі упор руками ззаду на підлозі. Підняти прямі ноги вгору, опустити в початкове положення.	6-8	Вдих та видих
2. Вправа. Сидячи на підлозі, упор руками ззаду. Наслідування їзди на велосипеді. Робити швидкі рухи ногами.	8-10	Дихання вільне
3. Вправа. Сидячи на підлозі, руки на поясі. Нахил тулуба вперед, руки вперед до торкання пальців ніг, повернення в вихідне положення.	8- 10	Вдих та видих

4. Вправа. Сидячи на підлозі, руки вгору, ноги під першою рейкою гімнастичної стінки або тримати один одного за ноги. Нахил тулуба назад, повернення в вихідне положення.	8	Вдих та видих
5. Вправа. Сидячи на підлозі, руки на потилиці, повороти тулуба вліво і вправо.		Дихання вільне
6. Вправа. Стоячи рачки «рух кішки». Вигинання і прогинання повільно, намагаючись залучити в рух весь хребет.	8 – 10	Дихання вільне Темп середній
7. Вправа. Початкове положення те ж. Сісти на п'яти, далі виконати рух, як би проповзти вперед між руками. Просуваючись вперед, не переставляючи руки.	8	Дихання вільне
8. Вправа. Встати правим боком до гімнастичної стінки, взятися правою рукою за рейку на рівні плеча, ліву руку підняти верх, виконати енергійні рухи лівою ногою, згинаючи її в колінному суглобі вперед і розгинаючи назад пряму. Те ж саме виконати стоячи до стінки лівим боком. Ходьба м'яким кроком (м'який переكاتі носка на п'яту і потім встати на всю ступню).	6	Дихання вільне
Побудова до вправ в рівновазі.	8	
1. Вправа. Пройти по широкій площі лавки, руки за головою на потилиці до середини - присісти. Випрямитися і пройти до кінця лавки.		
2. Вправа. Ходьба на носках, руки в сторону.	25 секунд	
3. Вправа. Ходьба з підніманням прямої ноги перед собою, руки на поясі.	20 секунд	
4. Вправа. Ходьба з напівприсідання, руки на коліна.	20 секунд	
Заключна частина	7 хв	
Гра. Перетягування канату. Ходьба кроками вальсу.	2 хв	

Ходьба звичайна. Перевірка пульсу. Опитування про самопочуття		
---	--	--

## 2.4. Результати дослідження та їх обговорення

На заключному етапі дослідно-експериментальної роботи проведено повторне дослідження, в ході якого вирішувалося завдання перевірки ефективності програми з формування соціальної адаптації дітей з ЗПР шляхом застосування засобів адаптивної фізичної культури.

Для визначення ефективності застосування засобів адаптивної фізичної культури, використовується комплекс методик, що і в констатуючому експерименті:

1. Проективні рисунковий тест «Дерево» для дослідження особистості дитини, на рівень комунікабельності.

2. Тест «Соціометрія», спрямований на оцінку міжособистісних емоційних зв'язків у групі, виявлення соотнесительного авторитету членів груп за ознаками симпатії-антипатії (лідери, зірки, відкинуті); виявлення внутрішньогрупових згуртованих утворень на чолі з неформальними лідерами.

3. Методика Рене Жиля націлена на визначення допитливості; прагнення до спілкування у великих групах дітей; прагнення до домінування, лідерства в групах дітей; конфліктність, агресивність; реакція на фрустрацію; прагнення до усамітнення; ставлення до батьків і близьких людей.

В ході застосування методик після комплексу засобів адаптивної фізичної культури були отримані наступні результати.

1. Проективні рисунковий тест «Дерево».



Таблиця 3.5

## Індивідуально-типологічні особливості дитини

Імя дитини	Критерії			
	Впевненість		Самооцінка	
	До	После	До	После
Марія К.	До	После	До	После
Тетяна А.	Н	В	Н	Д
Оксана Т.	В	В	В	В
Наталя М.	Н	Д	Н	Д
Олеся М.	В	В	В	В
Анжела Л.	Д	В	Н	Д
Максим Д.	В	В	В	В
Олександр Н.	В	В	В	В
Артем Ж.	Н	В	Д	В
Олег К.	Н	Д	Н	Д
Михайло К.	В	В	В	В
Оксана С.	Н	Д	Н	Д
Іван К.	Н	Д	Н	В

*Примітка:* В - високий рівень соціальної адаптації; Д - достатній рівень соціальної адаптації; Н - низький рівень соціальної адаптації.

На підставі отриманих даних видно, що після проведеного формуючого експерименту спостерігаються позитивні зміни. Кількість респондентів, що мають низький рівень впевненості та самооцінки, знизився до нуля, і в свою чергу, збільшився відсоток мають достатній рівень (чотири людини - тридцять відсотків) і високий рівень (вісім чоловік - шістдесят один відсоток)

впевненості; достатній рівень (сім осіб - сорок шість відсотків) і високий рівень (сім осіб - п'ятдесят три відсотки) самооцінки.

## 2. Тест «Соціометрія».

Таблиця 3.6

### Характеристика міжособистісних емоційних зв'язків у групі

Імя дитини	Соціальний статус	
	До	Після
Марія К.	Д	В
Тетяна А.	В	В
Оксана Т.	Н	Д
Наталя М.	Д	В
Олеся М.	Н	Д
Анжела Л.	В	В
Максим Д.	В	В
Олександр Н.	Д	В
Артем Ж.	Н	Н
Олег К.	Д	В
Михайло К.	Д	В
Оксана С.	Д	В
Іван К.	Д	В

На підставі отриманих даних можна зрозуміти, що кількість дітей мають низький рівень соціального статусу, зменшилася до однієї людини (сім відсотків), зменшився достатній рівень - двоє людей (п'ятнадцять відсотків), в свою чергу збільшився високий рівень соціального статусу - десять чоловік (сімдесят шість відсотків).

### 3. Методика Рене Жиля.

На підставі даних можна зробити наступний висновок про те, що кількість дітей мають низькі рівень товарищкості, зменшився до однієї людини (сім відсотків), збільшився достатній рівень - п'ять чоловік (тридцять вісім відсотків) і збільшився високий рівень - сім чоловік (п'ятдесят і три відсотка).

Можна стверджувати, що заняття з застосування засобів адаптивної фізичної культури підвищили рівень соціальної адаптації у дітей з порушенням слуху.

Апробація програми і узагальнення отриманих результатів дозволили зробити висновок про ефективність застосування програми.

За підсумками реалізації програми були виявлені позитивні зміни. Діти з порушенням слуху придбали необхідні комунікативні вміння, важливі для їх соціальної адаптації, в учнівському колективі встановився сприятливий психологічний клімат. Стало менше конфлікту в класі.

Таким чином, в результаті реалізованої програми можна зробити висновок про те, що для дітей з порушенням слуху необхідно створювати сприятливі умови для формування впевненості, самооцінки, товарищкості і соціального статусу.

Дослідно-експериментальна частина роботи проводиться в декількох етапах.

На етапі констатуючого експерименту підбираються і проводяться діагностичні методики, що дозволяють визначити рівень соціальної адаптації дітей з порушенням слуху.

Як Формує експеримент полягає в складанні і реалізації програми педагогічної підтримки процесу соціальної адаптації дітей з порушенням слуху.

Заключний етап роботи полягає в проведенні контрольного експерименту дослідження.

Визначення підсумкового рівня соціальної адаптації дітей з порушенням слуху здійснюється за допомогою діагностичних методик, які використовуються на етапі констатуючого експерименту. Проводиться порівняльний аналіз отриманих даних, що дозволяє зробити висновок про позитивні зміни і про ефективність реалізації програми в цілому.

Позитивними результатами впровадження дослідно-експериментальної програми визначаються: підвищення рівня розвитку комунікативних умінь у дітей експериментального класу, підвищення інтенсивності та якості спілкування як з однолітками всередині школи, так і за її межами; а також сформованість умінь конструктивної взаємодії дітей з педагогами і вихователям і в школі. Крім того, до позитивних результатів відноситься сприятливий психологічний клімат, що склався в учнівському колективі, як необхідна умова ефективної соціальної адаптації дітей.

## ВИСНОВКИ

1. Теоретично обґрунтовано і експериментально перевірено ефективність впливу комплексу засобів адаптивної фізичної культури і спорту на соціальну адаптацію дітей з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема з ЗПР.
2. До питання впливу фізичної культури і спорту на соціальну адаптацію дітей з обмеженими можливостями здоров'я відноситься: створення атмосфери емоційного комфорту для зняття проявів депривації, напруженості і тривожності; організація творчої діяльності дітей, з метою підвищення можливості самореалізації, впевненості в собі, товарищескості, самооцінку і соціальний статус, зміцнення психічного і фізичного здоров'я, збільшення рухової активності та розширення рухового досвіду, в процесі використання різноманіття загальнозміцнюючих вправ з іншими методами фізичного виховання.
3. Порівняльний аналіз результатів, отриманих під час констатуючого і контрольного експерименту, дозволили зробити висновки про підвищення рівня соціальної адаптації дітей з ЗПР шляхом застосування комплексу засобів адаптивної фізичної культури.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. С англ. И. Андреев. – К.: Олимп. Лит., 2010. – 608 с.
2. Багнетова Е. А. Гигиена физического воспитания и спорта: Курс лекций. Издательство: «Феникс», 2009. – 192 с.
3. Барчуков И.С. Физическая культура и спорт: методология, теория, практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / И.С. Барчуков, А.А. Нестеров; под общ. ред. Н.Н. Маликова. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. - 528 с.
4. Баршай В.М., Курьсь В.Н., Павлов И.Б. Гимнастика: учебник. Издательство: «Феникс», 2009. – 147 с.
5. Баилова Т.А., Моисеева И.В., Саприна Е.А., Хохлова А.Ю., Особенности глухих учащихся современной специальной школы и факторы, влияющие на сохранность их психического здоровья // Психологическая наука и образование. - 2010.- № 2. – 56 с.
6. Бондаренко И.М., Ковешникова А.М. Составление индивидуальной образовательной программы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья: Методические рекомендации. – М: - 2012. - 36 с.
7. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А.Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 5-124.
8. Голикова Е.М. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями дошкольного и младшего

- школьного возраста: коллективная монография / под ред. О.И. Кирикова. Воронеж Изд-во ВГПУ, 2009. – 96 с.
9. Горелова А.Ю. Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. - 2013. – 215 с.
  10. Горовой В.А. Структурно-функциональная модель и методика организации физической рекреации студентов / В.А. Горовой // Мир спорта. – 2010. – № 4. – 75 с.
  11. Горовой В.А. Физическая рекреация студентов: методические рекомендации / В.А. Горовой. – Мозырь: УО МГПУ им. И.П. Шамякина, 2011. – 158 с.
  12. Демидова, Л. И. Психологические средства адаптации лиц в социуме (На примере лиц с ограниченными возможностями в передвижении): дис. ...канд. психол. наук / Л. И. Демидова. – Новосибирск, 2005. – 220 с.
  13. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: учебное пособие / А.А. Дмитриев. – М. : Академия, 2002.
  14. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
  15. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С.П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.
  16. Загайнов Р.М.: Кризисные ситуации в спорте и психология их преодоления. - М.: Советский спорт, 2010. – 213 с.
  17. Ибрагимова Р. Ю. Трудности школьной адаптации детей с нарушениями слуха. // Дефектология. – 2010. - № 7 –18 с.
  18. Истомина И. А., Саввиди М. И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. - М.: - 2015. – 175 с.
  19. Колосова О.И., Формирование навыков общения у детей с

- ограниченными возможностями здоровья через проведение экскурсий и прогулок. – 2012 г. – 116 с.
20. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для вузов / под ред. Т. В. Зозули. – М.: Академия, 2005. – 304 с.
21. Королева И. В., Янн П. И., Дети с нарушением слуха: Книга для родителей и педагогов. - СПб: КАРО, 2011. – 240 с.
22. Котова О. В. Адаптивная физкультура и инвалидный спорт как средства социализации дизабильных спортсменов / О. В. Котова // Технологии психолого–социальной работы в условиях мегаполиса: Сб. материалов межд. научно–практ. конф., Санкт–Петербург, 5–6 ноября 2009 г. / Санкт–Петербургский государственный институт психологии и социальной работы.– СПб., 2009. – 310 с.
23. Котова О. В. К проблеме ресоциализации инвалидов в социум / О. В. Котова // Духовно–нравственное воспитание учащейся молодежи в современных социокультурных условиях: мат. Всерос. научно–практ. конф., 25–27 января 2010 г.– Курск : КИНПО (ПК и ПП) СОО, 2010.– 316 с.
24. Котова О. В. Личностно–ориентированные и социально–ориентированные подходы к образовательному процессу студентов-инвалидов /О. В. Котова // Высокий уровень качества образования как основа конкурентоспособности специалиста: сб. ст. V регион. научно-практ. конф. – Курск: КГПК, 2009. – 170 с.
25. Котова О. В. Современные модели интеграции инвалидов в социум / О. В. Котова // Социальная политика и социология. – 2010. – № 1.– 278 с.
26. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. ВНЗ / Т. Ю. Круцевич. - К.: Олімпійська література, 2008. – 393 с.



27. Кулакова Е. В., Любимова М. М. и др. Социальная интеграция обучающихся с нарушениями слуха специальных (коррекционных) и общеобразовательных учреждений: Методическое пособие. М. - 2013. – 110 с.
28. Куложенкова М. К., Надомное обучение в школе глухих // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2010. - N 5. – 100 с.
29. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г., Иванова Е.А., Нормализация условий воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (нарушения слуха): Серия «Инклюзивное образование». Выпуск 7./ отв. ред. С.А. Войтас. - М.: МГППУ, 2011. – 75 с.
30. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями развития : учебное пособие / Н.Л. Литош. – М. : СпортАкадемПресс, 2002 – 140 с.
31. Лях В.И.: Физическая культура. Рабочие программы. Предметная линия учебников В.И. Ляха. 1-4 классы. - М.: Просвещение, 2012. - 115 с.
32. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учеб. – метод. комплекс, 2-е изд., стереотип. - М.: Флинта, НОУ ВПО «МПСИ», 2010. - 220 с.
33. Пименова Т. Н., Социальная адаптация ребенка-инвалида / Т. Н. Пименова // Нач. шк. – 2011. – № 2. – 82 с.
34. Плахова Т. В., Дмитриева Л. В., Система работы по социальной адаптации слабослышащих детей // Журнал «Дефектология», М. – 2010. – 46 с.
35. Потапчук, А.А., Матвеев, С.В., Дидур, М.Д. Лечебная физическая культура в детском возрасте. /Учебно-методическое пособие. –

СПб: «Речь» 2007. – 76 с.

36. Рубцов А. В. Социальная адаптация молодых инвалидов с поражениями спинного мозга средствами адаптивной физической культуры / А.В. Рубцов // Вестник Тамбовского университета. – Тамбов, 2011. – Вып. 9 ( 101 ).– 156 с.
37. Рубцов А. В. Социально-экономическая эффективность процесса социальной адаптации и интеграции молодых инвалидов-колясочников средствами адаптивной физической культуры / А. В. Рубцов // Социально–экономические явления и процессы. – 2011. – № 7.– 321 с.
38. Рубцова Н. О. К вопросу о целенаправленном формировании и контроле двигательных способностей инвалидов средствами адаптивной физической культуры / Н. О. Рубцова, А. В. Рубцов, С. Д. Антонюк, А. С. Стрекалов // Вестник Тамбовского университета. – 2011.– Вып. 9 ( 101 ).– 176 с.
39. Рубцова Н. О. Организация адаптивной двигательной рекреации лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами туризма / Н. О. Рубцова, В. Н. Латчук, А. В. Рубцов. – М., 2011.– 111 с.
40. Фришман И.И. Методика работы педагога дополнительного образования. - М., 2011. – 120 с.
41. Фурманов А.Г. Физическая рекреация как фактор укрепления и сохранения здоровья в структуре учебного и свободного времени / А.Г. Фурманов, В.А. Горовой // Мир спорта. – 2009. – № 2. – 97 с.
42. Фурманов А.Г. Физическая рекреация: учеб. пособие для студентов вузов / А.Г. Фурманов. – Минск: МЕТ, 2009. – 495 с.
43. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ж.К.

- Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 480 с.
- 44.Холодов Ж.К.: Теория и методика физического воспитания и спорта. - М.: Академия, 2012. - 415 с.
- 45.Храмов В. В. Адаптивная физическая культура и спорт: социальные проблемы реабилитации: автореф. дис. ...канд. пед. наук / В. В. Храмов. – Волгоград, 2008. – 24 с.
- 46.Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры : методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2001.
- 47.Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие / Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.