

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М.П.ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

**ЯШНА ОЛЬГА ПЕТРІВНА**

**УДК 37.016:796-056.24(043.3)**

**МЕТОДИКА НАВЧАННЯ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ В  
УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

13.00.02 – теорія та методика навчання  
(фізична культура, основи здоров'я)

Дисертація

на здобуття ступеню кандидата педагогічних наук

Науковий керівник

Дубогай Олександра Дмитрівна

доктор педагогічних наук, професор

Київ – 2011

## ЗМІСТ

	стор.
УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ СТАНУ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	11
1.1. Нормативно-правові засади навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.....	11
1.2. Методичне забезпечення навчання адаптивній фізичній культурі дітей в умовах центрів соціальної реабілітації.....	17
1.3. Узагальнення методик навчання адаптивній фізичній культурі дітей з різними вадами здоров'я .....	22
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	34
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ СУБ'ЄКТІВ НАВЧАННЯ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	36
2.1. Методи організації дослідження.....	36
2.2. Результати медико-педагогічного дослідження.....	44
2.3. Порівняльний аналіз результатів тестування й психологічного спостереження за дітьми в центрах соціальної реабілітації.....	53
2.3.1. Порівняльний аналіз показників розвитку рухових умінь дітей з захворюваннями опорно-рухового апарату.....	53
2.3.2. Порівняльний аналіз розвитку рухових якостей у дітей з різними вадами здоров'я.....	65
2.3.3. Порівняльний аналіз результатів психологічного спостереження за дітьми з вадами розвитку за методикою Р. Бейлза .....	75
2.4. Вивчення особливостей діяльності центрів соціальної і соціально-психологічної реабілітації .....	84

2.5. Результати анкетування й опитування батьків.....	91
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	97
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	99
3.1. Концептуальне обґрунтування методики навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.....	99
3.2. Зміст методики навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.....	118
3.3. Ефективність експериментально впровадженої методики навчання дітей АФК в умовах центрів соціальної реабілітації.....	131
3.3.1. Аналіз динаміки розвитку рухових умінь у дітей з вадами опорно- рухового апарату.....	131
3.3.2. Визначення розвитку рухових якостей у дітей з різними вадами здоров'я.....	158
3.3.3. Результати психологічного спостереження за методикою Р. Бейлза	176
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	184
ВИСНОВКИ.....	187
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	190
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	192
ДОДАТКИ	

## УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АФА – адаптивна фізична активність

АФВ – адаптивне фізичне виховання

АФК – адаптивна фізична культура

ВП – вихідне положення

ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЗПР – затримка психічного розвитку

ЗУ – Закон України

ІПР – індивідуальна програма реабілітації

КЦСПР – Київський центр соціально-психологічної реабілітації

ЛКК – лікарсько-консультаційна комісія

ЛФК – лікувальна фізична культура

МКХ – міжнародна кваліфікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МЦСР – Мелітопольський центр соціальної реабілітації

ОРА – опорно-руховий апарат

РДА – ранній дитячий аутизм

ЧСС – частота серцевих скорочень

ЦНС – центральна нервова система

ЦР – центр реабілітації

ЦСР – центр соціальної реабілітації

ЦСПР – центр соціально-психологічної реабілітації

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Досягнення останніх десятиліть у фундаментальних науках медицині, педагогіці, психології, теорії та методиці фізичного виховання, соціології відкривають значні перспективи успішної соціальної інтеграції в суспільство дітей, які раніше вважалися не здатними до цього (Р. Чудна, 2002 [323]; В. Ляшенко [180], 2004; Л. Шипіцина [342], 2005; В. Бондар, 2006; В. Синьов, 2006; А. Шевцов, 2007 [336]; Л. Фамічова; М. Шермет, 2008, О. Дубогай, 2010). Одним із значних наукових досягнень сьогодення є усвідомлення вирішальної ролі рухової активності для реабілітації людей з обмеженими можливостями.

Так, за останніми даними Міністерства охорони здоров'я України в нашій державі нараховується 4,5 млн. інвалідів, з них 186 тис. - діти, у тому числі 85 тис. з тяжкою патологією, тобто лежачі хворі, і 23 тис. з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) [32]. Інвалідність у дітей виявляється в суттєвому обмеженні життєдіяльності, вона викликає соціальну дезадаптацію, яка зумовлена порушеннями в розвитку, труднощами в самообслуговуванні, спілкуванні, оволодінні професійними навичками [134, 341, 344].

Вивчення науково-методичної літератури дало змогу встановити, що на сьогодні поза увагою вчених залишалось питання навчання дітей з різними вадами розвитку адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації. Центри соціальної реабілітації (ЦСР) є державними установами, які повинні забезпечувати реалізацію «Індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда», що створює можливість здійснювати комплексний підхід у застосуванні соціальних, медичних, психологічних і педагогічних видів відновлення організму дітей з вадами розвитку (В. Ляшенко, 2004 [180]; О. Опалюк, О. Лісовий, 2006 [210]; А. Шевцов, 2007 [336]; О. Стасюк, 2008 [279]).

Реабілітаційна функція цих установ полягає в обслуговуванні дітей з різними вадами розвитку, різного віку та різними морфо-функціональними і

руховими можливостями організму. Дана обставина обумовлює певні труднощі при розробці методики навчання відповідного контингенту таких дітей.

Крім того, одним із завдань, які покладає держава на центри соціальної реабілітації, є соціальна інтеграція дітей з вадами розвитку у суспільство, що неможливо реалізувати за умов застосування лише індивідуальних і диференційованих навчально-пізнавальних форм занять, як це склалося в системі спеціальної освіти, реабілітації і виховання в сім'ї. У наукових працях вітчизняних вчених відображена роль адаптивної фізичної культури як провідної форми занять серед арсеналу заходів розвитку рухових умінь, реабілітації та соціальної інтеграції (Н. Рубцова, 2003 [245]; С. Євсєєв, В. Попов, 2000 [95]; О. Томенко, 2003 [294]; Г. Шаніна, 2003 [331]; В. Федюкіна, О. Хріпунова, 2005 [339]; І. Випасняк, 2007 [39]; Р. Карпюк, 2008; Л. Хода, 2008 [315]). Таким чином, в умовах сьогодення виникає потреба в розробці комплексної навчальної методики з адаптивної фізичної культури, яка могла б відповідати потребам дітей у розвитку індивідуальних рухових дій, з одного боку, і вирішувала завдання їх соціальної адаптації й інтеграції, з другого.

#### **Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.**

Тема дисертаційного дослідження є складовою частиною тематичного плану та загальної проблеми наукових досліджень Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова «Зміст, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів» відповідно до комплексної наукової теми кафедри фізичного виховання і здоров'я Інституту фізичного виховання та спорту «Удосконалення змісту вищої педагогічної освіти з фізичного виховання» (протокол №5 від 22.12.2006 р.). Тему дисертації затверджено на вченій раді НПУ імені М. П. Драгоманова (протокол № 9 від 27.03.2008 р.) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 27.06.2008 р.).

**Мета дослідження:** обґрунтувати, розробити і впровадити в умови центрів соціальної реабілітації методику комплексних занять адаптивною фізичною культурою дітей з вадами розвитку.

### **Завдання дослідження:**

1. Провести ретроспективний аналіз нормативно-правової та науково-методичної літератури щодо навчання дітей з вадами розвитку комплексним формам занять адаптивної фізичної культури в умовах центрів соціальної реабілітації.

2. Дослідити розвиток рухових умінь, фізичних якостей та встановити рівень соціальної інтеграції дітей з вадами розвитку у колективі під час занять адаптивною фізичною культурою в умовах центрів соціальної реабілітації.

3. Визначити пріоритетні напрямки комплексного навчання дітей з вадами розвитку виконанню фізичних вправ в системі занять адаптивною фізичною культурою в умовах центрів соціальної реабілітації.

4. Розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність впливу методики комплексного навчання на організм дітей з вадами розвитку адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.

**Об'єкт дослідження** – процес навчання дітей з вадами розвитку адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.

**Предмет дослідження** – методи, форми, зміст та структура проведення комплексної методики навчання дітей з вадами розвитку адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації.

### **Методи дослідження:**

*теоретичні:* аналіз та узагальнення нормативно-правової та науково-методичної літератури з метою виявлення стану досліджуваної проблеми;

*емпіричні:* педагогічний експеримент (констатувальний та формувальний), який проводився з метою вивчення проблематики дослідження і оцінювання результатів розв'язання поставлених завдань; педагогічне тестування, з метою визначення рівня рухових умінь та розвитку фізичних якостей дітей; педагогічне спостереження, з метою визначення пріоритетних напрямків методичного забезпечення занять фізичними вправами; соціологічне дослідження, яке проводилось методом анкетування для з'ясування

спроможності дітей займатись у колективі різними формами адаптивної фізичної культури (АФК) в центрах соціальної реабілітації; анкетування й бесіди з батьками для визначення їх ставлення щодо значущості використання АФК в життєдіяльності, навчанні й відновленні рухових можливостей дітей; психологічне спостереження проводилось з метою визначення рівня соціальної інтеграції дітей; медико-педагогічне дослідження застосовувалось для вивчення функціональних характеристик організму, статі, віку, основного і супутнього захворювання;

*статистичні:* кількісний та якісний аналіз емпіричних даних; було обчислено середнє арифметичне, стандартне відхилення, дисперсію вибірки й коефіцієнт варіації, перевірка статистичних гіпотез проводилась за z-критерієм та U-критерієм Вілкоксона-Манна-Уїтні.

**Наукова новизна одержаних результатів** роботи полягає в тому, що:

- *уперше* вивчено структуру рухових можливостей дітей з різними вадами розвитку з метою їх інтеграції до групових форм занять адаптивною фізичною культурою; визначено пріоритетні напрямки методики навчання руховим діям дітей в умовах центрів соціальної реабілітації з акцентом на застосування сучасних соціально-психологічних технологій у поєднанні з відповідними формами, методами й засобами адаптивної фізичної культури; концептуально обґрунтовано узагальнені варіанти комплексного навчання адаптивній фізичній культурі дітей відповідно до умов центрів соціальної реабілітації на основі єдиних принципів психофізіологічного впливу на організм з патологією розвитку, що базуються на загальних умовах про генезис та структуру механізмів порушень і шляхи компенсаторного розвитку засобами фізичної культури;

- *уточнено* положення про комплексність, диференційованість та пріоритетну роль в системі соціальної інтеграції дітей з вадами розвитку застосування різних видів адаптивної фізичної культури в поєднанні з психолого-педагогічними технологіями при навчанні дітей руховим діям певної спрямованості в умовах центрів соціальної реабілітації;



- *подальшого розвитку набули*: ідея комплексного навчання адаптивній фізичній культурі дітей з різними вадами розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації; соціально-психологічні підходи та технології навчання руховим діям певної спрямованості і обсягу фізичного навантаження в залежності від специфіки вад розвитку організму дітей різного віку; доповнено вітчизняну концепцію адаптивної фізичної культури.

**Практичне значення одержаних результатів:** розроблено комплексну методику навчання дітей адаптивній фізичній культурі із залученням оптимальних оздоровчо-корекційних та соціально-педагогічних технологій в системі підготовки фахівців з фізичної реабілітації та вчителів фізичного виховання у вищих навчальних закладах та їх подальшій професійній діяльності в умовах центрів соціальної реабілітації. Теоретичні узагальнення та результати дисертаційного дослідження можуть впроваджуватись науковцями, педагогами та фізичними реабілітологами при розробці підручників, методичних посібників і дидактичних матеріалів.

Результати дослідження впроваджено до навчально-відновлювального процесу Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів Мелітопольської міської ради Запорізької області (акт упровадження від 24.07.2009 р.) та Соціального фонду «Центру соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями «ПРИДА» Оболонського району в м. Києві, центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (акт упровадження 01.07.2009 р.).

**Апробація результатів дослідження.** Про основні положення дисертаційної роботи було зроблено доповіді на конференціях з міжнародною участю, а також всеукраїнських і регіональних науково-практичних: «Проблеми розвитку українського суспільства: прогнози та реалії» (Мелітополь, 2007), «Теоретичні і практичні питання культурології» (Мелітополь, 2008), «Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту і туризму» (Запоріжжя, 2009), «Актуальні проблеми підготовки педагогічних кадрів до творчої професійної діяльності» (Мелітополь, 2010), «Проблеми активізації

рекреаційно-оздоровчої діяльності населення» (Львів, 2010), «Олімпійський спорт, фізична культура, здоров'я нації у сучасних умовах» (Луганськ, 2010).

**Публікації.** Основні положення дисертаційного дослідження викладено в 10 наукових працях (з них 6 – у фахових виданнях, затверджених ВАК України).

**Структура та обсяг роботи.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (384 найменування, з них 22 – іноземні) і додатків. Загальний обсяг дисертації – 330 сторінок (основна частина – 234 сторінки). Робота містить 25 таблиць, 17 рисунків і 2 додатки.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ СТАНУ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 1.1. Нормативно-правове забезпечення навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації в Україні

З переходом суспільства до постіндустріальної стадії розвитку, а також у зв'язку з поворотом у суспільній свідомості від «культури корисності» до «культури гідності», з'явився принципово новий погляд на проблему інвалідності. Сьогодні людина з обмеженими можливостями розглядається не тільки як об'єкт медико-соціальної роботи, але і як активний суб'єкт суспільного життя й творець своєї долі.

Шлях європейської та світової інтеграції, який обрано Україною, зумовлює необхідність інтенсивних змін у політичному, економічному й соціальному житті країни. Відповідно до Національної доктрини розвитку освіти (2002) і Національної доктрини розвитку фізичної культури і спорту (2004), стратегічним завданням державної політики відповідно до Концепції Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу зазначена мета – «поетапне прийняття та впровадження нормативно-правових актів України, розроблених з урахуванням законодавства Європейського Союзу» (Закон України від 21 листопада 2002 року № 228 – IV) [198].

Аналіз матеріалів Організації Об'єднаних Націй і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчить, що в світі кількість людей з психічними і фізичними вадами досягає 13% (3% з них народжуються з вадами інтелекту і 10% з іншими психофізичним вадами).

Мільйони дітей і дорослих живуть в умовах, що принижує їхню гідність і посилюють сегрегацію. Про це свідчать дослідження різних міжнародних організацій, а також документи ООН [345].

9 грудня 1975 року була прийнята Декларація про права інвалідів [366], у якій висвітлювались головні права інвалідів, що декларувалися в Загальній Декларації прав людини, Декларації про права розумово відсталих осіб, а також були передбачені Декларацією соціального прогресу й розвитку та в інших деклараціях.

У 1976 р. в Парижі відбулася Перша міжнародна конференція міністрів і керівників, відповідальних за фізичне виховання й спорт, яка була скликана ЮНЕСКО. Зокрема, у ході конференції було досягнуто загального визнання, що усі люди мають рівні права займатися фізичним вихованням і спортом. На підставі цього рекомендувалося, щоб програми з фізичного виховання і спорту поширювалися на осіб з особливими потребами, «включаючи дітей, які неохоплені школою, осіб, які страждають фізичними, розумовими чи іншими недоліками».

21 листопада 1977 р. на XX сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО була прийнята резолюція і проголошена Міжнародна хартія з фізичного виховання й спорту [374].

Заходи ООН та ЮНЕСКО мали певний вплив на різні регіони світу. Зокрема, в 1975 р. Рада Європи ухвалила хартію «Спорт для всіх», що змінило спортивну атмосферу у Європі та сприяло демократизації спорту [370].

У 1980 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла Міжнародну класифікацію дефектів, інвалідності й непрацездатності, яка проводить чітке розмежування між «дефектом», «інвалідністю» і «непрацездатністю». У класифікації зазначено: *«Дефект: будь-яка втрата психічної, фізіологічної або анатомічної структури, або функції, або відхилення від неї. Інвалідність: будь-яке обмеження або відсутність (у результаті дефекту) здатності здійснювати ту чи іншу діяльність таким чином або в таких межах, що вважаються нормальними для людини. Непрацездатність: обмеженість конкретного індивідуума, що випливає з дефекту або інвалідності, що перешкоджає або позбавляє його можливості виконувати роль, що вважається для цього*

індивідуума, залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів» [191].

Заходи Міжнародного року інвалідів (1981), а також Всесвітня програма дій (1982) дали великий поштовх прогресу в галузі правового захисту інвалідів. 3 грудня 1982 року Генеральна Асамблея ООН прийняла резолюцією A/37/51 (доповнення № 51 до резолюції № 37/52) про Всесвітню програму дій стосовно інвалідів [44]. Головною метою Всесвітньої програми дій було сприяння ефективним заходам щодо попередження інвалідності, відновлення працездатності й реалізації цілей «рівності» і «повної участі» інвалідів у соціальному житті й розвитку. До Всесвітньої програми було включено розділ «Спорт», в якому зазначено, що спорт одержує визнання як важливий фактор у житті інвалідів і тому «держави-члени повинні заохочувати усі види спортивної діяльності інвалідів, зокрема, шляхом надання належних засобів і належної організації для цієї діяльності» [44].

У 1987 році Рада Європи прийняла «Європейську хартію про спорт для всіх: інваліди» [370].

У Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей інвалідів, які були прийняті Генеральною Асамблеєю ООН (№ 48/96, від 20 грудня 1993 р.) дано правове визначення поняття терміну «інвалід». Термін «інвалід» слугує для визначення «будь-якої особи, яка не може самостійно забезпечити ведення цілком або частково своє особисте і/або соціальне життя через недолік від вродженого або не вродженого характеру, фізичних або розумових здібностей» [381]. Таким чином, права й соціальний добробут інвалідів є предметом пильної уваги з боку ООН та інших міжнародних організацій.

У нашій державі питання фізичної культури і спорту людей з вадами в розумовому й фізичному розвитку регулюються нормами закону України «Про фізичну культуру і спорт», а їхні права на участь у великому спорті зафіксовані в Законі України «Про підтримку олімпійського, параолімпійського руху та спорту вищих досягнень в Україні».

У 1991 р. Верховна Рада України прийняла закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [231], і відповідно до цього документу була ухвалена державна програма, на підставі якої у 1992 р. в Україні створена система державних центрів реабілітації і спорту інвалідів.

У 1993 р. рішенням уряду України були створені Український Центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» та його 27 регіональних відділень, які забезпечують впровадження в життя державної політики з питань фізичної культури і спорту інвалідів в Україні [140, 299].

На залучення дітей з вадами розвитку до фізичної культури спрямовані такі державні програми, як Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації», «Діти-інваліди» та ін. Протягом дії Цільової комплексної програми на базі існуючих шкіл-інтернатів для дітей з різними вадами силами Міносвіти України, Держкомспорту України, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій створено відділення спортивної підготовки [323].

На сьогодні діють 65 підрозділів регіональних центрів «Інваспорт» у містах і районах України, відкрито 27 спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл для інвалідів, 111 фізкультурно-оздоровчий клуб інвалідів.

Вся система фізичної культури і спорту інвалідів містить такі підсистеми:

- 1) лікувально-реабілітаційну;
- 2) фізкультурно-оздоровчу;
- 3) масовий спорт інвалідів;
- 4) спорт вищих досягнень, включаючи міжнародні змагання [340].

Від 8 жовтня 2007 р. за № 623 наказом МОЗ України було затверджено форму індивідуальної програми реабілітації інваліда і дитини-інваліда (ІПР) [230], в якій, одними з основних видів відновлення визнано фізичну та фізкультурно-спортивну реабілітацію.

Згідно з законом «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [232] *фізична реабілітація* – це система заходів, спрямованих на розробку і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування та реабілітації, які

забезпечують функціональне відновлення індивіда, виявляють і розвивають резервні та компенсаторні можливості організму шляхом засвоєння нових рухів, компенсаторних навичок, використання технічних й інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення. Формами фізичної реабілітації, передбаченими ІПР визначено [230]: консультації; ерготерапія; кінезотерапія; лікувальний масаж; лікувальна фізкультура.

*Фізкультурно-спортивна реабілітація* [232] є системою заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я індивіда і спрямованих на відновлення й компенсацію за допомогою занять фізичною культурою та спортом функціональних можливостей організму для поліпшення фізичного та психологічного стану. До форм фізкультурно-спортивної реабілітації [230] віднесено: навчання навичкам заняття фізичною культурою; оздоровлення й реабілітація в таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів; навчально-тренувальні заняття з фізичної культури та спорту; заняття спортом.

Для цілеспрямованого залучення інвалідів до систематичних занять фізичними вправами працюють федерації, комітети, комісії, асоціації інвалідів, розроблені перші навчальні програми для підготовки фахівців-педагогів, функціонують корекційні установи, консультаційні пункти, спеціальні школи-інтернати, клуби, секції, збірні команди за видами спорту, проводяться свята, фестивалі, змагання для інвалідів [331]. Не зважаючи на це, за даними «Інваспорту» України (2004) лише 2% від загальної кількості інвалідів, у тому числі й дітей, охоплені фізкультурно-спортивною діяльністю. При цьому спостерігається явна недооцінка ролі масової фізичної культури у порівнянні з популяризацією професійного спорту [344].

У Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [231, 232] наголошено, що Індивідуальна програма реабілітації «є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, у

яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу й форми власності» (стаття 23).

Згідно з основними напрямками державної молодіжної політики і з метою реалізації головних завдань, визначених ЗУ «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», на підставі статті 6 цього Закону в нашій державі з 1992 року почала організовуватися система центрів соціальних служб для молоді. За даними Міністерства праці та соціальної політики на період 2007 року на території України налічувалося 420 центрів реабілітації дітей-інвалідів [98]. Діяльність цих установ передусім передбачає створення умов, що сприяють соціальній адаптації та самореалізації дітей та молоді в інтересах особистості, суспільства і держави в цілому. Відповідно до плану розвитку мережі центрів соціальних служб для молоді: у 1999 р. мало бути завершено формування всієї мережі центрів в Україні, тобто з 2000 року вони повинні були запрацювати в кожному місті й районі усіх регіонів нашої держави [210]. Отже, реабілітація людей з психофізичними вадами є специфічним спрямуванням соціальної політики держави, яка покликана ствердити або удосконалити життя окремих соціальних груп у суспільстві [299].

У ході аналізу Типових положень про центр соціальної реабілітації, центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями, центр професійної, медичної та соціальної реабілітації, центри медико-соціальної реабілітації неповнолітніх, було встановлено, що ці установи мають відмінності у структурі й організації своєї діяльності. Спільним для всіх перелічених вище закладів є орієнтація на відновлення функцій, розвиток компенсаторних можливостей, навчання дітей з вадами розвитку та надання психосоціальної допомоги сім'ям, що їх виховують [225-229].

Залежно від специфіки діяльності центру в ньому можуть обслуговуватися діти-інваліди віком від 0 до 18 років. *Дитина-інвалід* за визначенням ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [232] – особа віком до



18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги й захисту. Таким чином, категорія дітей, що має можливість обслуговуватися в центрах реабілітації різноманітна за нозологією, віком, ступенем важкості та структурою дефекту, часом його виникнення, причинами та характером перебігу захворювання, медичним прогнозом, наявністю супутніх захворювань і вторинних відхилень, станом соматичного здоров'я, рівнем фізичного розвитку й фізичної підготовленості та іншими ознаками, що значно ускладнює добір методів відновлювального, навчального й виховного впливу [354].

З аналізу наведених вище нормативно-правових документів стало відомо, що світовою й українською спільнотою визнано роль фізичної активності як важливого оздоровчого і соціально інтегруючого чиннику у житті дітей з вадами здоров'я. Розвиток, який отримали в останнє десятиріччя центри соціальної реабілітації, а також створення нормативно-правової бази для регламентування їхньої діяльності, свідчить про розширення умов для залучення осіб з вадами здоров'я до масової фізичної культури. Між тим, показник осіб з вадами розвитку, які систематично займаються фізичною культурою залишається надмалим. Через це, на наш погляд, є потреба у додатковому дослідженні причин недостатнього впровадження фізичної культури в життя дітей з вадами розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації і знаходження можливих способів нівелювання їх наслідків.

## 1.2. Методичне забезпечення навчання адаптивній фізичній культурі дітей в умовах центрів соціальної реабілітації

Мережа центрів реабілітації є організованим у часі і просторі середовищем, яке складає систему державного соціально-правового забезпечення сім'ї, що виховує дитину з вадами розвитку. Ці установи надають

комплексні послуги на мультидисциплінарному рівні, тобто при взаємодії лікарів, педагогів, психологів, фізичних реабілітологів, логопедів, соціальних працівників [180].

На Всеукраїнському форумі соціальних працівників [210], були розглянуті питання про необхідність реформування та вдосконалення роботи реабілітаційних установ у чотирьох напрямках:

- організаційна робота;
- науково-методичне забезпечення;
- нормативно-правове забезпечення;
- практична діяльність.

Основне завдання, яке держава покладає на реабілітаційні установи є соціальна реабілітація дітей з вадами розвитку для повноцінного життя у суспільстві [227- 232].

*Соціальна реабілітація* - це комплекс заходів, спрямованих на відновлення особи у її правах, соціальному статусі, здоров'ї, дієздатності [214]. Навчання фізичним вправам дітей з вадами розвитку полягає у засвоєнні соціального досвіду спеціальними методами, які враховують недоліки їх психічного й фізичного розвитку.

Для більшості дітей з особливими потребами реабілітаційний центр стає одним з основних інститутів соціалізації після сім'ї [180]. *Соціалізація* полягає у засвоєнні соціально-культурного досвіду, необхідного для включення в життя суспільства. *Соціальна інтеграція* відображує процес включення людей з порушеннями життєдіяльності у соціальні системи, структури, соціуми, передбачені для здорових людей, активна участь у основних напрямках життя та діяльності, самореалізацію й розкриття особистісних здібностей. Людина соціалізована, тобто підготовлена до життя у суспільстві може бути не інтегрованою та залишатися поза запитом суспільства [315].

*Соціальна інтеграція* передбачає не лише підготовку осіб з обмеженими можливостями здоров'я до входження у суспільство, а й підготовку самого суспільства до прийняття таких людей. Підготовка самого суспільства, ідея

забезпечення прийняття дитини з обмеженими можливостями здоров'я має включати формування відповідних правових основ держави, що регламентують сприятливі умови для інтеграції, у тому числі і в системі фізичної культури та спорту, формування позитивного відношення здорових членів суспільства до таких дітей. Соціальна інтеграція передбачує соціальну адаптацію дитини з обмеженими можливостями до загальної системи соціальних відносин і взаємодій, перед усім у рамках того освітнього середовища, в яке її інтегровано [185, 207].

За словами А. Панова (1997) [214] соціалізацію не слід зводити до освіти й виховання, хоча вона і вміщує ці процеси. Соціалізація особи здійснюється під впливом сукупності багатьох умов, як соціально-контрольованих, і спрямовано-організованих, так і стихійних, виникаючих спонтанно.

На нашу думку, такий погляд може бути виправданий стосовно дітей з нормою розвитку. Натомість, діти з вадами здоров'я, які стають клієнтами реабілітаційних установ, у ряді випадків, мають вимушене змінення умов життя (відсутність цілеспрямованого навчання й виховання, ізольованість від товариства однолітків і суспільства в цілому). Гіперопіка або нехтування проблемами здоров'я дитини з боку батьків призводить до затримки в неї розвитку психофізичних якостей, у зв'язку з чим процес її соціалізації потребує організованих і контрольованих дій з боку держави, суспільства, фахівців і родини [134, 281, 336].

У США прийнято пов'язувати теорію адаптації, розвитку і індивідуалізації з розумінням впливу на ці процеси філософії рухової активності, фізичного стану, фізичної культури, ігор, танців, занять у воді [375]. За визначенням російського соціолога Е. Корнеєвої (1996) [142], адаптація, тобто існуючий рівень розвитку психофізичних якостей, не є показником соціальної інтегрованості особи до суспільства.

С. Демчук (2005) [85] і І. Випасняк (2007) [40] у своїх дослідженнях висловили думку, що у дітей основні соціальні зв'язки починають закладатися у старшому шкільному віці, тому в цей період вони потребують активного

сприяння. Натомість, Е. Корнеєва [142] вважає, що якість соціальності людини залишається незмінною протягом всього життя. Змінюються лише форми її взаємодії з соціумом і міра відповідності очікуванням і вимогам останнього. Необхідність залучення дітей з вадами розвитку до ранніх заходів соціальної реабілітації пов'язана із сучасними поглядами теорії і практики соціальної психології і педагогіки, дефектології та інших галузей науки [27, 142, 185, 207]. Ця ідея віднайшла комплексне відображення у Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, яку розробив і активно впроваджував у практику центрів ранньої соціальної реабілітації України В.І. Ляшенко (2004) [180].

Автор відповідної концепції визначав особливості діяльності центрів ранньої соціальної реабілітації у дотриманні таких заходів:

- якомога ранньому виявленні патологій, ранній діагностиці, ранньому втручанні, ранньому початку реабілітації;
- неперервності кваліфікованого, різнорівневого, довготривалого впливу на дитину у часі й просторі;
- комплексному підході до побудови та реалізації програм соціальної реабілітації;
- поступовості та етапності, у русі, від простого до складного, від ближніх цілей до дальніх;
- глибокій індивідуалізації реабілітаційних програм, у побудові і реалізації їх з урахуванням своєрідності інвалідизуючого захворювання дитини;
- широкому залученні сім'ї та довколишнього середовища у реабілітаційний процес і поступовому розширенні освоєного простору;
- реалізації індивідуальних реабілітаційних програм дітей-інвалідів без відриву їх від сім'ї та місця проживання;
- перебуванні дитини у мікросоціумі дитячого колективу, без ізоляції від суспільства, в умовах звичайного середовища [180].

Посилаючись на вище наведене, відновлення засобами адаптивної фізичної культури доцільно розпочинати від народження та продовжувати протягом всього життя особи з вадами розвитку. При цьому розвиток рухових

умінь та фізичних якостей не гарантує успішної соціальної інтеграції індивіда до суспільства, тому що цей процес потребує відповідних умов для повноцінної взаємодії з іншими людьми та соціальними системами.

Як було визначено у попередньому розділі центри соціальної реабілітації у своїй діяльності керуються індивідуальною програмою реабілітації, в якій зазначено такі види фізичної активності осіб з вадами розвитку, як фізична й фізкультурно-спортивна реабілітація.

З аналізу літературних джерел [59, 124, 319, 323] стало відомо, що адаптивна фізична культура в реабілітаційних установах є додатковою формою занять фізичними вправами та переважно застосовується у вигляді фізичної реабілітації (лікувальної фізичної культури, механотерапії, фізіотерапії, бальнеотерапії, лікувального масажу та ін. [199, 309]). Відомостей щодо застосування фізкультурно-спортивної реабілітації в умовах реабілітаційних центрів України у науковій літературі нами не було знайдено.

Натомість багатьма науковцями й практиками встановлено [153, 331], що проведення занять з фізкультурно-спортивної реабілітації створюють умови для забезпечення розвитку рухового апарату дітей, зміцнення їх здоров'я, підвищення працездатності організму, сприяють згладжуванню та подоланню багатьох відхилень, оскільки саме рухова активність лежить в основі розвитку психічних процесів і організму в цілому, що забезпечує безпосередній зв'язок дитини з навколишнім світом.

Деякі автори, серед яких В. Мухін (2000), Р. Чудна (2002) та ін. [199, 323] відносять фізичну реабілітацію до засобу клінічної медицини, на відміну від такого погляду Е. Стребелева (1997), Р. Банникова та Н. Белуга (2006), та інші [10, 241, 280] розглядають цей засіб, як лікувально-педагогічний. Тобто засоби фізичної реабілітації є одночасно лікувальними й освітніми, вони спрямовані на навчання прийомам компенсації і відновлення. Навчання ж фізкультурно-спортивній реабілітації має на меті розвиток фізичних якостей, функціональних можливостей і психосоціального потенціалу людини. Якщо фізична реабілітація актуальна на етапі лікування й відновлення функцій

організму, то фізкультурно-спортивна реабілітація націлена на підтримку кондицій людини протягом всього життя [330].

У працях російських дослідниць Н. Рубцової (1998), Н. Оганесян (2005) та ін. [208, 248, 319] згадується, що в умовах центрів реабілітації застосовують фізичну реабілітацію у формі індивідуальних занять і епізодично адаптивну фізичну рекреацію. Головні положення вітчизняної і світової науки свідчать, що в наслідок особливостей проявів основного дефекту у дитини обмежуються соціальні зв'язки, останнє негативно відображається на її загальному розвитку [336]. За умов проведення занять з фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації лише у індивідуальній формі неможливо вирішувати завдання соціальної реабілітації й інтеграції дітей з вадами розвитку до суспільства.

Виходячи з вищезначеного стало відомо, що питання навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації є недостатньо вивченим. На теоретичному рівні, на нашу думку, слід провести аналіз, синтез та узагальнення окремих методик навчання адаптивній фізичній культурі з визначенням сучасних підходів до соціальної інтеграції дітей відповідними засобами. На практичному рівні доцільно було б дослідити вплив занять з АФК на розвиток рухів, фізичних якостей та процес соціальної інтеграції дітей з вадами розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації.

### 1.3. Узагальнення методик навчання адаптивній фізичній культурі дітей з різними вадами здоров'я

Дослідження педагогічних аспектів комплексної соціальної реабілітації дітей з вадами розвитку засобами АФК логічно пов'язані з теорією й практикою різноманітних методик. На основі аналізу та узагальнення цих методик можливо визначити невирішені загальні й окремі питання методики навчання адаптивної фізичної культури дітей з різними вадами здоров'я.

У нашій країні адаптивна фізична культура як освітній предмет з'явилася і розвивається віднедавна [323]. *Адаптивна фізична культура* – це частина

загальної культури, підсистема фізичної культури, одна із сфер соціальної діяльності, спрямована на задоволення потреби осіб, що мають вади стану здоров'я у руховій активності, відновленні, зміцненні й підтриманні здоров'я, особистого розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою покращення якості життя, соціалізації та інтеграції у суспільство [319].

Адаптивна фізична культура є джерелом фізичної активності інвалідів і осіб з обмеженими можливостями (інвалідів від народження або з набутою інвалідністю), що охоплює тривалий період життя (дошкільний, шкільний, молодіжний вік) [93, 152, 332].

За педагогічною класифікацією діти за основними дефектами поділяються на [139, 162]:

- дітей з порушеннями слуху (глухі, слабчочуючі, пізно оглухлі);
- дітей з порушеннями зору (сліпі, слабкозорі);
- дітей з тяжкими порушеннями мови (логопати);
- дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (розумово відсталі, із затримкою психічного розвитку, раннього дитячого аутизму);
- дітей з комплексними порушеннями психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, сліпі розумово відсталі, глухі розумово відсталі та ін.);
- дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Для цієї категорії дітей у нашій державі було розроблено теорію адаптивного фізичного виховання з метою навчання їх у спеціальних (корекційних) школах [325, 326]. Незважаючи на те, що у концепції адаптивного фізичного обґрунтовано завдання соціалізації дітей з патологією розвитку, конкретних методів і змісту їх практичної реалізації під час аналізу відповідної теорії нами знайдено не було. Основну ж функцію з вирішення завдання соціалізації відповідною теорією розглядається у широкому залученні дітей з вадами розвитку до участі у масовому і професійному спорті [325, 326]. Також підкреслюється ідея, що самі заняття фізичними вправами несуть на собі інтегруючий потенціал, але це не відповідає сучасним поглядам соціальної психології, педагогіки та дефектології [142, 180].

Відповідно до подної класифікації дітей за формами нозологій відбувається розробка окремих авторських методик спрямованих на вирішення завдання соціальної інтеграції дітей з конкретними вадами розвитку в умовах корекційних установ відповідної спрямованості.

І. Випасняк (2005) обґрунтував роль національних рухливих ігор у процесі інтеграції дітей з вадам слуху за умов організації занять у контактних групах [39]. Д. Зубатюк (2007) вивчав можливість участі дітей з вадами слуху з метою соціальної адаптації у спорті вищих досягнень [114]. Л. Хода (2008) [315] виділила моделі інтеграції дітей з вадами слуху засобами спорту та рухової рекреації.

У дослідженнях Т. Євтухової (1994), А. Ростамашвілі (2000), Е. Смурової (2004) [99, 242, 272] визначена роль АФК у процесі соціальної реабілітації та інтеграції дітей з вадами зору. Т. Євтухова [99] розглядала рухливі ігри як засіб соціальної інтеграції дітей з вадами зору. А. Ростамашвілі [242] дослідив можливість соціальної інтеграції слабозорих і сліпих при застосуванні адаптивної рухової рекреації з включенням у ці заходи здорових дітей. Е. Смурова [272] довела інтеграційний вплив занять аеробікою для слабозорих дітей.

О. Луковська та С. Афанасьєв (2004) [174] дослідили можливість нормалізації психоемоційного стану дітей з ДЦП шляхом застосування фізичних вправ. Застосування різних видів АФК та їх роль у соціальній інтеграції дітей з різними порушеннями ОРА розглянуто Т. Даниловою (2001), С. Демчук (2003), А. Трададюком та С. Вицько (2004), Л. Мороз (2006) [78, 82, 196, 295]. Визначальна роль у соціальній інтеграції означеної категорії дітей відводиться застосуванню рекреаційних заходів і спорту.

Особливості соціальної адаптації дітей з розумовими вадами при застосуванні адаптованого туризму, спорту, рекреаційної діяльності досліджували А. Самилічев и О. Яшин (2003), Р. Гавриліна (2007) [50, 253]. В. Ільїн у своєму дослідженні вивчав механізми формування адекватної



взаємодії розумово відсталих дітей з однолітками на заняттях фізичного виховання [114].

Слід зауважити, що діти, котрі отримали статус інваліда можуть мати й інші захворювання, які не вміщує подана вище класифікація. Це інфекційні та паразитарні хвороби; хвороби крові та окремі порушення із залученням імунного механізму; хвороби нервової системи; хвороби ока та придаткового апарату; хвороби вуха й соскоподібного апарату; хвороби системи кровообігу, дихальної системи, органів травлення, шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи й сполучної тканини, сечостатевої системи, травми та наслідки отруєння й зовнішніх чинників [291]. У дітей з даними нозологіями рівень функціональних резервних можливостей визначають як низький або нижче середнього [117]. Залежно від виду й особливостей ускладнення захворювання діти можуть відвідувати загальноосвітню школу, де з ними мають проводити заняття з АФК за умов віднесення їх до спеціальної медичної групи. Вони можуть відвідувати центр соціальної реабілітації на етапі відновлення після випадку загострення хвороби або, якщо вони мають тяжкі хронічні захворювання, з незверненими змінами в діяльності органів і систем [117]. До важливіших завдань роботи з цією категорією дітей відносять зміцнення здоров'я, сприяння правильному фізичному розвитку та росту фізичної і розумової працеспроможності, збільшення фізіологічної активності органів і систем, що послабленні захворюванням [291].

До того ж, у центрах соціальної реабілітації до відновлювального процесу залучають дітей зі складними та важкими порушеннями розвитку, які за результатами лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) отримали статус «ненавчені». Означена категорія дітей потребує постійної уваги з боку батьків або опікунів. Між тим, за дослідженнями Т. Мальцевої (2006), [186] далеко не в усіх сім'ях усвідомлюють необхідність не тільки догляду за такою дитиною, але й виховання її як особистості, здатної до нормальної взаємодії з оточуючими людьми. У половині означених сімей батьки вимушені постійно бути поруч з дитиною, але тільки в кожному десятому випадку розвиваючі

заняття та ігри проводяться з необхідною частотою. Третя частина батьків лише періодично приділяють час для занять з дітьми. Зрозуміло, що у сімейному контексті закладаються й формуються основи особистості дитини, але наскільки компетентні батьки у цьому питанні?

Відомо, що у ряді випадків від позиції батьків щодо відновлення і навчання своєї дитини залежить ефективність застосовуваних заходів. Проводячи аналіз анкетного опитування родини, котра виховує дитину з вадами розвитку В. Ляшенко (2004) [180] визначив, що батьки можуть займати такі позиції у процесі її відновлення: енергійну, пасивну або байдужу, агресивну, пристосувальну.

Поряд із цим, Н. Корельська (2000) та С. Філімонова (2004) [141, 311] наголошують на визначальній ролі сім'ї у фізичному вихованні дітей з вадами розвитку.

Проведений аналіз науково-методичної літератури дав змогу встановити, що на сьогодні недостатньо вивченими залишаються питання розвитку рухових умінь і якостей у дітей з вадами опорно-рухового апарату (при ампутації кінцівок, при травмі спинного мозку й органічному враженні центральної нервової системи) та вадах інтелекту (раннього дитячого аутизму, синдромі Дауна). Потребують додаткового вивчення аспекти розвитку локомоторних умінь і окремих рухових якостей, а саме витривалості, швидкості, спритності та гнучкості у дітей різного віку й статі. Значної уваги вчені приділяють навчанню адаптивній фізичній культурі дітей з вадами слуху, зору й затримкою психічного розвитку. Серед вікових періодів ґрунтовно дослідженим є молодший шкільний вік у порівнянні з іншими віковими періодами за нозологіями. Незначної уваги приділено вивченню статевих особливостей у розвитку рухів і фізичних якостей дітей з різними вадами здоров'я.

Тому, на нашу думку, доцільним є проведення узагальнених форм та методів АФК з метою виділення загальних завдань розвитку дітей з різними вадами розвитку засобами фізичних вправ [358].

У теорії адаптивної фізичної культури виокремлюються різноманітні види, за допомогою яких можливо забезпечити широкий спектр впливу на особистість дитини. Кожний вид адаптивної фізичної культури має своє значення [94, 153, 332].

*Адаптивне фізичне виховання (АФВ)* спрямовано на формування базових основ фізичної освіти. Основними його засобами є фізичні вправи, природні джерела: сонце, повітря, вода [93, 326]. Дослідження багатьох вчених [39, 50, 82, 99, 114, 253] надають важливу інтеграційну роль розвитку окремих фізичних якостей, загартуванню та загальному розвитку дитини.

Традиційною формою навчання АФВ є урок, на якому дітей диференціюють за основною вадою й віком. Узагальнені методи навчання АФВ дітей з різними вадами:

- 1) Метод формування знань: наочний; словесний; практичних вправ.
- 2) Метод стимулювання рухової активності.
- 3) Методи компенсації порушеної і використання збережених функцій.
- 4) Методи виховання особистості містять у собі виховне середовище,

діяльність з виховання, усвідомлення, самовідчуття себе в реальному житті [13, 288, 308, 319, 326].

5) Методи навчання рухам і розвитку фізичних якостей: розвиток основних локомоторних функцій: ходіння, стрибки, біг, метання [13, 288, 308, 319, 326]; розвиток фізичних якостей: координація рухів [9, 42, 43, 61, 64, 110, 118, 123, 131, 145, 147, 178, 282, 313, 314, 320, 349], сила [96, 106, 120, 265, 287, 296, 312, 355], витривалість [17, 101, 247], швидкість [120, 121, 195, 265], спритність, рухливість у суглобах і гнучкість [30, 179, 221].

***Узагальнені особливості розвитку фізичних якостей у дітей з різними вадами здоров'я:***

*Розвиток витривалості* лімітується у даної категорії дітей не тільки зниженням потенціалу серцево-судинної, дихальної і метаболічної системи організму, але й, головне, – зниженням здатності до вольових зусиль. Для дітей з тяжкою формою розумової відсталості, соматичними розладами, або тих,

котрі не оволоділи вмінням самостійно ходити, а також для категорії дітей з тяжкими патологіями зору розвиток спеціальної витривалості ускладнений (потрібно шукати альтернативні методи його розвитку: на велоергометрі, трідбані – біговій доріжці, степпері, та інших тренажерах, які дозволяють дозувати навантаження й полегшувати вихідні положення дитини) [17, 101, 247, 300]. У деяких випадках розвиток специфічними методами є неможливим, у таких випадках можливо розвивати загальну витривалість під час виконання загально розвиваючих вправ (пасивних і пасивно-активних) і мимовільних рухів.

*Розвиток швидкісних якостей* має важливе значення, тому що дитина з вадами розвитку повинна вміти швидко реагувати у побутовій, навчальній, спортивній, трудовій діяльності. Вона має сприймати зовнішні сигнали, передбачувати та попереджати небезпеку (транспортну), швидко перебудовувати свою діяльність у відповідності до зміни умов. Швидкісні якості залежать від стану центральної і периферичної нервової системи, від психічних функцій (відчуття, сприймання, уваги), від рівня координаційних можливостей (рівноваги, орієнтації у просторі та ін.), від особливостей характеру і поведінки. У дітей з вадами розвитку є декілька з перелічених дефектів, які справляють вплив на розвиток швидкості [120, 121, 195, 265].

*Виховання рухливості у суглобах і гнучкості.* Діти з вадами розвитку відстають у гнучкості на 10-20 %, а у деяких випадках і більше [87, 88, 319], що пов'язано з порушенням нервової регуляції тонусу м'язів, міжм'язовою координацією, функціональним станом суглобів: суглобової поверхні, суглобових капсул, внутрішньосуглобових зв'язок, вроджених або набутих тугорухливостей, наявності парезів, паралічей, контрактур, рубців і спайок після хірургічного втручання. Вправи на розтягнення стимулюють загальне зниження тонусу м'язів, знижують артеріальний тиск. Важливо також зазначити, що запорукою здоров'я всього організму є розвиток гнучкості хребта [29, 179, 221].

*Виховання сили.* Неабиякий інтерес викликає використання силової підготовки у процесі навчальних занять, спрямованих на зміцнення здоров'я та підвищення рівня фізичної підготовленості. Силкові вправи впливають на кардиореспіраторну витривалість, зокрема, на чинники ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Унаслідок силової підготовки ЧСС при субмаксимальній інтенсивності навантаження, як правило, знижується, що звичайно свідчить про підвищення кардиореспіраторної витривалості. Силова підготовка може привести до збільшення розмірів серця унаслідок гіпертрофії міжшлуночкового перетину й перетину лівого шлуночку. Це може підвищувати скоротливу здатність лівого шлуночку та сісталічний обсяг.

За наявними даними, вправи для розвитку сили можуть викликати зниження артеріального тиску у спокої для тих, хто страждає на гіпертензію. Результати досліджень свідчать про можливість використання силової підготовки для досягнення сприятливих змін у профілях ліпідів крові. Вправи силової спрямованості можуть також підвищувати чутливість до інсуліну й толерантність до глюкози – важливий чинник, який запобігає розвитку діабету [100, 106, 121, 287, 296, 312, 346]. Останнім часом вивчається роль силової підготовки у профілактиці остеопорозу. У результаті силової підготовки знижується та навіть можливе припинення демінералізації кісток [297].

При тяжких формах розумової відсталості, ускладненнях соматичного характеру, порушеннях зору, симптоматиці церебрального типу, сколіозах вправи з підняттям ваги, зістрибуваннями, стрибки протипоказані.

*Виховання спритності.* Передумовами для розвитку спритності є засвоєння рухів і координаційних поєднань. Під час вправ і ігор на спритність удосконалюється «відчуття м'язових зусиль», «відчуття простору», «відчуття розрахунку часу» і ін. У процесі навчання удосконалюється функція різних аналізаторів, від яких залежить правильне, точне й своєчасне (а отже, спритне) виконання рухів [277, 278].

При побудові навчального процесу з фізичного виховання прийнято орієнтуватися на оптимальні вікові межі, у яких діти досягають своїх найвищих результатів у розвитку тих або інших фізичних якостей (табл. 1.1) [308].

Таблиця 1.1

**Узагальнений зразок сприятливих періодів розвитку рухових навичок для дітей з різними нозологіями**

Морфофункціональні показники, фізичні якості	Вік (років)										
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ріст						+	+	+	+		
М'язова маса						+	+	+	+		
Швидкість			+	+	+						
Швидкісно-силові якості				+	+	+	+	+			
Сила						+	+	+			
Витривалість (аеробні можливості)		+	+	+					+	+	+
Анаеробні можливості			+	+	+				+	+	+
Гнучкість	+	+	+	+							
Координаційні можливості			+	+	+	+					
Рівновага	+	+		+	+	+	+	+			

За даними наукових досліджень [61, 89, 161, 242, 262, 346], аномальний розвиток дитини завжди супроводжується порушенням моторних функцій, відставанням і дефіцитом рухової сфери. Результатом цього є відставання дітей з особливими потребами від здорових однолітків за рівнем фізичного розвитку й фізичної підготовки на 1-3 роки [319]. Разом із тим, неможна залишати поза увагою розвиток тих якостей, які в даному віці не удосконалюються. Особливо важливо дотримуватися врівноваженості у розвитку загальної витривалості зі швидкісними якостями й силою, тобто тих з них, які мають під собою різні фізіологічні механізми. Формування рухових умінь і навичок у дітей з вадами

розвитку є складним процесом, до основ якого покладені педагогічні, психологічні, фізіологічні й біохімічні закономірності [13, 288, 289, 292, 308].

б) Метод соціально-психологічного регулювання. Л. Брусіловський, А. Гройсман, А. Росляков [319] з метою ефективною соціальною інтеграції дітей у колективі розробили методи соціально-психологічного регулювання, які складаються із сугестивних методів, використання музики, ігрових методів, театралізованих форм занять.

7) Методи роботи з батьками. Н. Корельська [141] розглядає 5 блоків роботи з батьками: 1) Освітній блок. Надання знань про «особливу» дитину; 2) Психологічно-терапевтичний. Прийняття матір'ю себе та своєї дитини та звільнення від почуття провини; 3) Тренувальний блок. Конструювання у матері адекватної соціальної поведінки у суспільних місцях; 4) Правовий блок. Правова поінформованість; 5) Інтеграційний блок. Узагальнення досвіду батьків у вихованні дітей з вадами розвитку, а також навчання у діалогах із засобами масової інформації.

С. Філімонова [311] зазначає, що головною метою сімейних видів фізичної активності є активізація сили дитини у боротьбі з недугою, пробудження в ній радості твірного буття, допомога батькам у розумінні й прийнятті дитини. У адаптивному сімейному спорті доцільно керуватися не метою (швидше, вище, сильніше), а засобами її досягнення. С. Філімонова рекомендує наступні форми сімейних занять фізичними вправами: ранкова гімнастика, заняття фізкультурою протягом дня, рухливі ігри, туристичні прогулянки тощо.

*Фізична реабілітація* спрямована на відновлення організму на етапі лікування (лікувальна фізична культура, масаж, бальнеотерапія, фізіотерапія, механотерапія тощо) [59, 93, 124, 323, 326]. Означені засоби застосовують у формі індивідуальних занять [78, 208, 248, 295]. Індивідуальні заняття мають відповідне значення у вирішенні конкретних проблем окремого індивіда. Центри соціальної реабілітації опікуються дітьми з різними нозологіями, більшість з них мають порушення у психіці та поведінці, розлади рухового

апарату та внутрішніх органів, що й зумовлює необхідність індивідуального корекційного впливу фізичними вправами. За Н. Бернштейном (1997) [16] кожен рівень побудови руху характеризується морфологічною локалізацією, провідною аферентацією, специфічними властивостями рухів, основною та фоновою роллю у рухових актах вищих рівнів, патологічних синдромів і дезфункцій. Тобто, диференційний підхід спричинений тим, що різні патологічні вади мають різні причини та різні способи їх корекції.

*Адаптивна рухова рекреація* спрямована на оздоровче дозвілля, активний відпочинок і спілкування дітей [93]. Основними формами занять, які застосовуються для дітей з різними нозологіями, є рухливі ігри, спортивні змагання, туризм [50, 99, 113, 253]. Широке застосування в цьому виді АФК набули соціальні технології завдяки виокремленню Л. Ходою (2008) [315] моделей інтеграції дітей на заняттях: базова інтернальна інтеграція; змішана інтернальна інтеграція; включаюча екстернальна інтеграція; поєднуюча екстернальна інтеграція.

*Адаптивний спорт* спрямований на вдосконалення та реалізацію фізичних, психічних, емоційно-вольових здібностей дитини [93, 325]. З метою соціальної інтеграції дітей з різними вадами застосовують спортивне тренування за обраним видом спорту: легку або важку атлетику, боротьбу, спортивні ігри тощо [82, 113, 274, 305, 315, 380]. До специфічних методів тренування у спорті відносять: спеціальну фізичну, технічну, тактичну, психологічну підготовку в обораному виді спорту [308]. Форми організації тренувальних занять: малогрупові, групові, колективні. Отримання соціально-психологічного ефекту від занять можливо при застосуванні моделей інтеграції, розроблених Л. Ходою [315].

Важливу увагу на сьогодні приділено *креативним (художньо-музикальним) видам рухової активності*, які засновані на самовиразі духовної сутності через рух, музику, образ та різні засоби мистецтва, що є важливою складовою задоволення потреби дитини у самоактуалізації, творчому розвитку, самовираженні своєї сутності і регуляції свого стану [289]. До основних засобів



відносять танці, аеробіку та інші фітнес технології [272, 292]. Інтегративна ефективність занять залежить від їхньої емоційності, яскравості, цікавості, тому їх можливо проводити у малогруповій, груповій і колективній формі при застосуванні інтеграційних моделей за Л. Ходою [13, 315, 289].

*Екстремальні види рухової активності* спрямовані на задоволення індивідів у потребі випробувати себе з метою подолання комплексів неповноцінності, задоволення потреби в стресі, профілактиці депресії, створенні переживання повноти життя. Екстремальними видами діяльності вважаються дельтапланеризм, парашутний і гірськолижний спорт, скелелазіння, альпінізм, серфінг, дайвінг, рафтинг або виконання знайомих і засвоєних вправ у незвичайних умовах [13, 292].

Однак до занять фізичною активністю є узагальнені абсолютні протипоказань: лихоманка, гнійні процеси в тканинах, хронічні захворювання у стадії загострення, гострі інфекційні захворювання; серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, стенокардія напруження та спокою, перенесений інфаркт міокарду, інсульт в анамнезі, аневіризма серця й аорти, міокардит будь-якої етимології, декомпенсовані пороки серця, порушення серцевого ритму та провідності, синусова тахікардія з ЧСС більше 100 / хв.; легенева недостатність (при зменшенні життєвої ємності легенів на 50% і більш від належного); загроза кровотеч (кавернозний туберкульоз, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки зі схильністю до кровотеч); захворювання крові (в т.ч. анемія); наслідки перенесених черепно-мозкових травм зі схильністю до підвищення внутрішньочерепного тиску із загрозою епілептичних нападів; наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу та порушень кровообігу спинного мозку з локалізацією до захворювання (міопатія, міастенія); розсіяний склероз; злоякісні новоутворення; жовчнокам'яна та сечокам'яна хвороби з частими нападами, хронічна ниркова недостатність; хронічний гепатит будь-якої етимології; короткозорість високого ступеню зі змінами на дні ока, стани після відшарування сітківки, глаукома будь-якого ступеня; цукровий діабет важкої

форми, ускладнений ретинопатією, мієлопатією, поліневритами; епілепсія; остеохондроз хребта, ускладнений грижами дисків, спонділолистезом, мієлопатією, больовим синдромом вертебробазиллярною недостатністю; психічні захворювання (шизофренія, депресивно-маніакальний стан).

Діти, що мають перелічені захворювання, безумовно, повинні займатися фізичними вправами, але в межах лікувальної фізичної культури під безпосереднім контролем лікаря [308].

Таким чином, стало відомо, що методично невивченим залишається питання застосування соціальних технологій при сумісному навчанні адаптивній фізичній культурі дітей з різними вадами розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації. На наш погляд, доцільним є фактичне вивчення медико-педагогічних характеристик (віку, статі, розвитку рухових умінь та фізичних якостей) дітей, що відвідують центри соціальної реабілітації.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений аналіз та узагальнення нормативно-правових документів і науково-методичних засад впровадження засобів, методів, форм та психолого-соціальних технологій адаптивної фізичної культури в умови центрів соціальної реабілітації. У ході вивчення теоретичного матеріалу встановлено, що у законодавстві України визначено роль центрів соціальної реабілітації в навчанні й відновленні психофізичного стану організму дітей з вадами розвитку засобами фізкультурно-спортивної реабілітації.

Аналіз науково-методичної літератури показав, що основний загал досліджень присвячено корекційно спрямованому навчанню дітей фізичним вправам в умовах спеціальних (корекційних) закладів відповідно до нозологічних форм різних вад їх розвитку.

Крім того, важливим є факт, що в реабілітаційних центрах, як правило, застосовується реабілітація медичного спрямування. Інформація про застосування фізичних вправ комплексної спрямованості для корекції рухових

умінь дітей з різними формами відхилень засобами фізичної культури в умовах одної групи в системі занять АФК практично не віднайшла висвітлення в науково-методичній літературі.

У ході вивчення нормативно-правових документів і наукової літератури було встановлено, що центри соціальної реабілітації мають вирішувати ще й завдання соціальної адаптації та інтеграції у суспільство дітей з вадами розвитку. Роль різноманітних засобів адаптивної фізичної культури у соціальній інтеграції дітей з вадами розвитку висвітлювали у своїх роботах багато сучасних авторів. Між тим, лише у дослідженні Л.Ходи виділено теоретичні моделі соціальної інтеграції дітей з різними вадами розвитку в умовах одної навчальної групи, у тому числі і за участі в цьому процесі дітей з нормою розвитку за умов їх комплексного навчання на заняттях адаптивною фізичною культурою.

На основі аналізу запропонованих у науково-методичній літературі методик АФК для окремих нозологічних груп дітей з відхиленнями у розвитку нами було визначено загальні методичні особливості їх навчання специфіці виконання фізичних вправ та рухових дій різної спрямованості.

Таким чином, враховуючи все вищезначене, розробка комплексної методики навчання адаптивній фізичній культурі для умов центрів соціальної реабілітації дозволить не лише оптимізувати можливість розширення сфери додаткових форм та методів проведення занять фізичними вправами дітей з різними вадами розвитку, але й надасть можливість цілеспрямовано адаптувати їх до умов соціального середовища.

## РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ СУБ'ЄКТІВ НАВЧАННЯ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 2.1. Методи та організація дослідження

**Метод вивчення літературних джерел та документів.** Проведено аналіз літературних джерел щодо розробленості окремих методик адаптивної фізичної культури з метою встановлення особливостей і закономірностей навчання дітей з різними нозологіями. Особливу увагу приділено вивченню ступеня дослідженості питань соціальної інтеграції дітей засобами АФК, і розробленості доцільних педагогічних методів, прийомів та технологій.

Проаналізовано нормативно-правові постанови стосовно специфіки діяльності реабілітаційних установ і застосування в їх умовах різних видів АФК. Вивчено 384 джерел літератури, з них 22 на іноземних мовах.

**Педагогічні методи дослідження.** Педагогічні методи включали педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, контрольні випробування (тестування).

**Педагогічне спостереження.** Було застосовано проблемне спостереження для визначення видів, методів, форм, структури, засобів занять з АФК у практичній діяльності реабілітаційних установ різних міст України (м. Мелітополь – 1 центр; м. Одеса – 1; м. Київ – 4 центри), а також за організацією та методикою занять на базі двох фітнес-клубів м. Києва «Queen of Dance», «Sport Life» і спортивно-танцювального клубу «Березіль».

За програмою воно мало розвідувальний характер. За часом спостереження було безперервним, за об'єктом – прихованим, за участю – включеним (у 2 центрах і 2 клубах), а також – перервним, прихованим і невключеним (у 4 центрах і 1 клубі).

*З метою перевірки ефективності педагогічних рекомендацій:* за проблематикою тематичне спостереження, за часом безперервне, за обізнаністю – прихованим, за участю – включеним (у 2 центрах і 2 клубах).

**Педагогічний експеримент.** Проводився констатувальний, формувальний і контрольний експеримент.

Констатувальний експеримент проводився з метою визначення початкових показників розвитку рухових вмінь у дітей із захворюванням ОРА і фізичних якостей у дітей з іншими нозологіями (з вадами зору, слуху, інтелекту тощо) і різних за віком (за педагогічною періодизацією: дошкільники, молодший, середній, старший шкільний вік). За станом змінення умов експеримент був природнім, за обізнаністю – відкритий. За логікою доведення паралельний.

Під час формувального експерименту було обґрунтовано, розроблено й впроваджено методику навчання АФК дітей в умовах центрів соціальної реабілітації.

У ході контрольного експерименту було встановлено ефективність впровадженої навчальної методики. За логікою доведення експеримент був послідовний.

**Педагогічне тестування.** З метою цілеспрямованого навчання було застосовано диференційований підхід тестового випробування дітей з вадами розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації.

Для визначення розвитку фізичних якостей у дітей, було застосовано основні тестові вправи з Орієнтувального комплексу тестових оцінок стану фізичної підготовленості з Програми для шкіл інтенсивної педагогічної корекції (2006) [233], тестування на розвиток витривалості проводились з застосуванням тренажера «Степпер» і велоергометра. Для дітей з наслідками ДЦП (органічним враженням ЦНС) застосовувалось тестування рухових умінь розроблених у школі-центрі «Динаміка» [319].

1. Тест на визначення *швидкості*. Використовували біг 30 м/с, або біг на місті на частоту рухів ніг з опорою за 10 с (разів). Тест проводився з опором на сходинку гімнастичної стінки.

2. *Витривалість*: застосували біг від 300 м, визначаючи індивідуальний час виконання вправи у секундах.

3. *Гнучкість*: нахил тулуба уперед з положення сидячи, см. Вимірювалось положення витягнутих рук, що перевищувало (значення зі знаком «+») або не досягало (значення зі знаком «-») положення стоп за допомогою лінійки й відміток крейди.

4. *Сила*: піднімання тулуба лежачи на спині, руки за головою (разів) і піднімання всід (разів).

5. *Спритність*: «човниковий біг» 4 x 9, с, або кидки волейбольного м'яча в стіну й ловіння його після відскоку від стіни 1,5 м за 10 с, разів.

6. *Швидкісно-силові якості*: стрибок у довжину або вгору з місця, см. Вимірювання довжини стрибка проводилось за допомогою крейди й сантиметрової стрічки, поверхня підлоги була рівною та неслизькою.

Для визначення рівня *витривалості* тест з бігу було замінено ходьбою на тренажері «Степпер» і їздою на велоергометрі. Визначався максимальний час виконання вправи у секундах.

Тестування рухових умінь для дітей з ДЦП за методикою школи-центру «Динаміка»:

1. В.П. лежачи на спині сісти (кількість разів): а) махом рук; б) руки за голову.

2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/с).

3. Виконання вправи «Крильця» (час/с).

4. Ландау 1 (угору/час/с).

5. Ландау 2 (вниз/час/с).

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с).

7. Поворот на живіт з положення лежачи на спині (час/с): а) направо; б) наліво.

8. Стояння: карачки (час/с)

- на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опірному положенні;

- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опірному положенні;

- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні,  
права нога назад, ліва в опорному положенні;

- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні,  
ліва нога назад, права в опорному положенні.

на колінах руки вздовж тулуба;

на ногах (без опори): на лівій і правій нозі.

9. Стрибки на двох ногах (кількість): на лівій і на правій нозі.

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (кількість разів); тенісний м'яч  
(сидячи, стоячи).

11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою й правою рукою.

12. Метання в ціль, 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою й правою рукою.

13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду,  
голова посередині лінії.

14. В.П. лежачи на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі  
(час/с): права й ліва нога.

15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с):  
права й ліва нога.

16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (кількість  
разів): права й ліва нога. Теж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права й ліва  
нога.

**Соціологічні методи.** Було застосовано метод цілеспрямованого  
телефонного опитування керівників і фахівців 36 реабілітаційних установ  
України. Проведено анкетування 42 батьків і бесіди з 183 респондентами.

**Психологічні методи.** Було застосовано методіку спостереження  
групової взаємодії за Р. Бейлзом [335]. Методика націлена на вивчення малих  
груп (підходу до інтеграції у групі та процесів, що з цим пов'язані).  
Показником виступали особистісні прояви взаємодій і взаємовідношень.

*Предметом соціально-психологічного спостереження* виступали вербальна й невербальна поведінка окремої дитини в групі на заняттях. Під час спостереження фіксувалися: а) мовленнєві акти (їхній зміст, послідовність, спрямованість, частота тощо); б) виразні експресивні рухи тіла; в) рухи, переміщення й нерухомий стан дітей, дистанція між ними, торкання тощо; г) різного роду фізичні дії: торкання, штовхання, удари, передача, відштовхування тощо; д) сумісність усіх цих актів і ознак.

Процес взаємодії описується за допомогою 12 дискретних категорій, що відображують основні проблеми взаємовідносин і групові процеси: а) обмін інформацією й визначення ситуації у груповій свідомості; б) взаємне оцінювання один одного і зовнішньої інформації, формування групових цінностей; в) спроби індивідів наказувати один одному або впливати один на одного, формування статусної ієрархії; г) формування групового рішення; д) послаблення міжособистісних і внутрішньоособистісних напруг, підтримка один одного; є) розвиток взаємодопомоги і підтримки, групова інтеграція (рис. 2.1).

*Класифікація спостереження:* безпосереднє і опосередковане; неусвідомлене внутрішнє та зовнішнє; включене й невключене (закрите й відкрите); пряме й непряме; вибіркоче; польове (під час занять), систематичне. *Одиниця спостереження* визначається, як «суб'єктно-предикативна одиниця, що піддається визначенню через одну з визначених категорій» як «дрібніший сегмент вербальної і невербальної поведінки, що можна розрізнити й зафіксувати, використовуючи поданий набір категорій (рис. 2. 1) в умовах, коли безперервно робиться серія відміток про поведінку дітей».

*Надійність* доводилась попарним порівнянням результатів повідомлень незалежних спостережень дослідників (психолога та фізичного реабілітолога центру). Ключі зв'язку категорій у системі Р. Бейлза:

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| а – проблема орієнтації;        | д – проблема пошуку рішення;       |
| б – проблема оцінювання, думки; | е – проблема подолання напруження; |
| с – проблема контролю;          | ф – проблема інтеграції.           |



Соціально-емоційна  
область: *позитивна*

1. Виражає солідарність, поцінює статус іншої людини, надає допомогу, винагороджує.  
2. Виражає послаблення напруги, шуткує, сміється, виражає задоволення.  
3. Погоджується, виражає пасивне прийняття, приймає, поступається.

Область задачі:  
*нейтральна*

4. Дає раду, спрямування, приймає до уваги автономію іншого  
5. Виражає думку, оцінює, аналізує, виражає почуття, побажання.  
6. Дає орієнтацію, інформацію, повторює, уточнює, підтверджує

a b c d e f

7. Запрошує орієнтацію, інформацію, повторення, підтвердження.  
8. Запрошує думку, оцінку, цікавиться самопочуттям.  
9. Питає ради, спрямування, можливий спосіб дії.

Соціально-емоційна область:  
*негативна*

10. Заперечує, виражає пасивне нехтування, формальна поведінка, відмовляє у допомозі.  
11. Виражає напруження, просить на допомогу, відступає «із поля бою».  
12. Виражає антагонізм, підриває статус іншого, захищає і стверджує себе

Рис. 2.1 - Система категорій спостереження взаємодії в групі і їх основні зв'язки

**Методи математичної статистики.** Статистична обробка первинного матеріалу проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Статистика у педагогіці» і «Описувальної статистики» Microsoft Excel, що входить до стандартного пакету Microsoft Office для Windows, що дозволило провести розрахунок базових величин і аналіз отриманих вимірювань. Для аналізу даних експериментального дослідження було отримано данні: середнє арифметичне ( $M_x$ ), стандартне відхилення ( $\sigma$ ), дисперсія вибірки ( $\sigma^2$ ), коефіцієнт варіації ( $V$ ). Достовірність збігу та різниці характеристик визначалась за z-критерієм і U-критерієм Вілкоксона-Манна-Уїтні за рівнем значення похибки  $p=0,05$ .

**Методи медико-педагогічного дослідження.** Показники захворюваності й віку дітей вивчалися за допомогою вивчення медичних карт 104 дітей Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Мелітополь) і 58 дітей Центру соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними обмеженнями «ПРИДА» (м. Київ). Особливості проявів захворювання з'ясовувались за допомогою бесід з батьками та опікунами, які виховували дітей з вадами розвитку. Таким чином, було визначено: 1) вік дітей за педагогічною періодизацією; 2) основні й супутні вади дитини; 3) особливості відвідування дітьми навчальних і реабілітаційних закладів; 4) особливості режиму життя, пов'язані з хворобою, у т.ч. залучення дітей до фізичної активності.

**Організація дослідження.** Метою першого етапу дослідження (2006-2007 рр.) було теоретичне усвідомлення проблеми та її емпіричне вивчення.

Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури з проблематики дослідження дозволили визначити мету, об'єкт, предмет, завдання та методи дослідження. Крім цього, було проведено аналіз окремих методик навчання дітей АФК з метою означення невирішених завдань. На цьому ж етапі було здійснено констатувальний експеримент на базі Мелітопольського центру, в якому взяли участь 104 дитини і 19 батьків та Київському центрі, де в експериментальному дослідженні взяли участь 58 дітей і

23 батьків. Поряд із цим, було проведено телефонне опитування керівників і фахівців 36 центрів реабілітації на території України, педагогічне спостереження за організацією занять на базі 6 центрів соціальної реабілітації (м. Мелітополь - 1, м. Київ - 4, м. Одеса - 1), а також за організацією і методикою фізкультурно-оздоровчих занять на базі двох фітнес-клубів м. Києва «Queen of Dance», «Sport Life» і спортивно-танцювального клубу «Березіль». У педагогічному спостереженні брали участь 98 осіб, з них 23 - робітники центрів реабілітації і клубів, 14 батьків і 61 дитина (від 1,5 до 18 років).

*Метою другого етапу (2007-2009 рр.)* було зібрання даних про стан фізичної підготовки та психосоціальної інтеграції дітей з вадами розвитку, які відвідували визначені центри; вивчено особливості навчання та відновлення стану рухової активності дітей засобами адаптивної фізичної культури в умовах центрів соціальної реабілітації. Для об'єктивної оцінки даного факту було проведено цілеспрямоване опитування батьків.

На основі узагальнення результатів, отриманих в обох центрах, виділено I, II і II-а (додаткову) типові групи дітей з відхиленнями у розвитку, які займались адаптивною фізичною культурою в умовах центрів соціальної реабілітації регіонів України. Ці діти за станом психофізичних можливостей організму віднесені до категорії дітей, яким дозволено займатись АФК. Крім того, були визначені пріоритетні напрямки методичного забезпечення дітей під час занять АФК і у ході формувального експерименту було концептуально науково обґрунтовано методи, засоби, структуру, зміст, підходи та психолого-соціальні технології навчання дітей АФК в умовах центрів соціальної реабілітації.

*Метою третього етапу дослідження (2008-2010 рр.)* було проведення оцінки ефективності впливу запропонованої комплексної методики занять фізичними вправами в системі АФК в умовах центрів соціальної реабілітації. На основі результатів педагогічного тестування щодо динаміки розвитку у дітей рухових умінь, фізичних якостей і соціальної адаптації було встановлено рівень їх соціальної інтеграції.

## 2.2. Результати медико-педагогічного дослідження

Вихідною умовою при побудові навчального процесу є характеристика суб'єкту педагогічної діяльності за станом здоров'я, фізичними, психічними особливостями розвитку, лише за цієї умови можливо ставити та вирішувати навчальні завдання. Вивчення медичних карт дітей створило умови для диференціювання їх за нозологією, віком, статтю. Бесіди з батьками й опікунами дали змогу визначити особливості життєдіяльності дітей, у тому числі рівень залученості їх до процесів навчання й реабілітації. На заняття АФК у МЦСР було залучено 104 дитини (54 хлопців і 50 дівчат), у КЦСПР - 58 (32 хлопців і 26 дівчат). Наймолодший вік обстеженої дитини складав 2,7 роки, найстарший – 18 років. За педагогічною періодизацією - це діти від молодшого дошкільного віку до старшого шкільного.

У МЦСР 20,4% від загальної кількості дітей склали хлопці дошкільного віку, 29,6 % – молодшого шкільного віку; 27,8% – середнього шкільного віку; 22,2% – старшого шкільного віку. Результат дослідження вікового складу дівчат показали, що дошкільний вік склав 20,0%, молодший шкільний вік – 20,0%, середній шкільний вік – 40,0%; старший шкільний вік – 20,0% (табл.2.2, рис.2.2).

Таблиця 2.2

### Співвідношення дітей за віковою педагогічною періодизацією з МЦСР

Педагогічна періодизація, вік	Хлопці		Дівчата	
	Кіл.	%	Кіл.	%
Дошкільний	11	20,4	10	20,0
Молодший шкільний	16	29,6	10	20,0
Середній шкільний	15	27,8	20	40,0
Старший шкільний	12	22,2	10	20,0
Всього	54	100,0	50	100,0

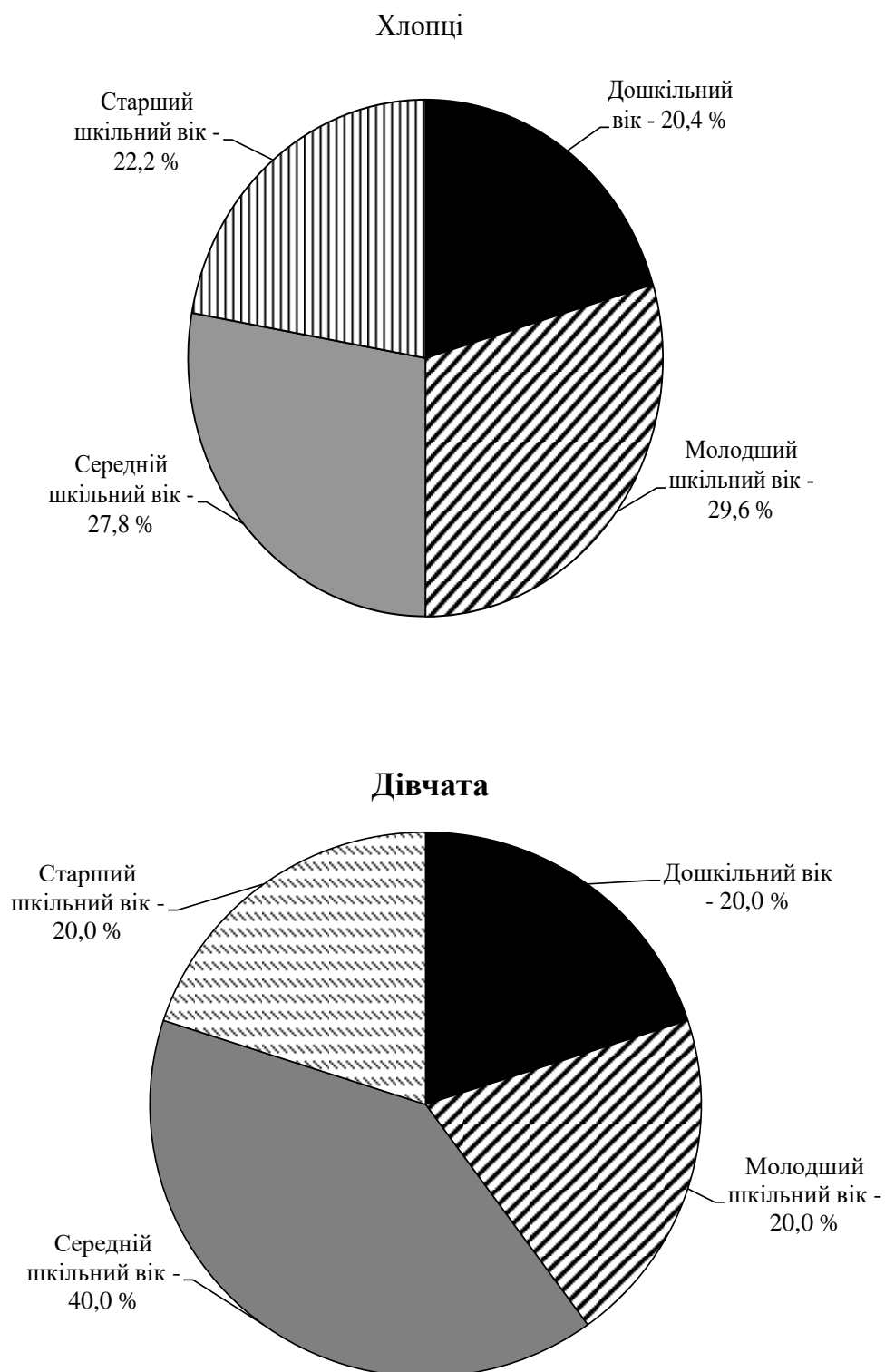


Рис. 2.2 – Педагогічна періодизація дітей за віком на заняттях АФК з МЦСР

За узагальненням результатів обстеження дітей у КЦСПР хлопці дошкільного віку склали – 23,3%, молодшого шкільного віку – 29,6%; середнього – 27,8%; старшого шкільного віку – 13,3%. Відповідно дівчата: дошкільного віку – 13,0%, молодшого шкільного віку – 30,4%, середнього шкільного віку – 39,1%, старшого шкільного віку – 13,3% (табл.2.3, рис.2.3).

Таблиця 2.3

### Співвідношення дітей за віковою педагогічною періодизацією з КЦСПР

Педагогічна періодизація, вік	Хлопці		Дівчата	
	Кіл.	%	Кіл.	%
Дошкільний	9	28,0	6	23,1
Молодший шкільний	12	37,5	7	26,9
Середній шкільний	7	21,9	9	34,6
Старший шкільний	4	12,5	4	15,4
Всього	32	100,0	26	100,0

Переважає частина досліджених дітей мали важкі вади опорно-рухового апарату. У МЦСПР - 66,6% хлопців (з них 46,3% внаслідок враження ЦНС) і 60,0% дівчат (з них 46,0% – унаслідок враження ЦНС). Так, 9,2% хлопців і 4,0% дівчат мали вади зору; 1,9% хлопців і 6,0% дівчат - вади слуху; 5,6% хлопців і 4,0% дівчат мали враження інтелекту; захворюваннями внутрішніх органів страждали 16,6 і 26,0% хлопців і дівчат, відповідно. Разом із тим, у 3,7% хлопців і 4,0% дівчат мали супутні захворювання: сколіоз, плоскостопість, розлади мови, вади слуху чи зору, епілепсія, захворювання внутрішніх органів і психіки (табл. 2.4, рис.2.4).

У Київському центрі 59,4% хлопця і 50,0% дівчат мали враження ОРА (з них 50,0 і 34,6%, відповідно, внаслідок ураження ЦНС). Так, у 9,4% хлопців і 3,8% дівчат мали вади органів зору, з вадами слуху на обліку центру не було

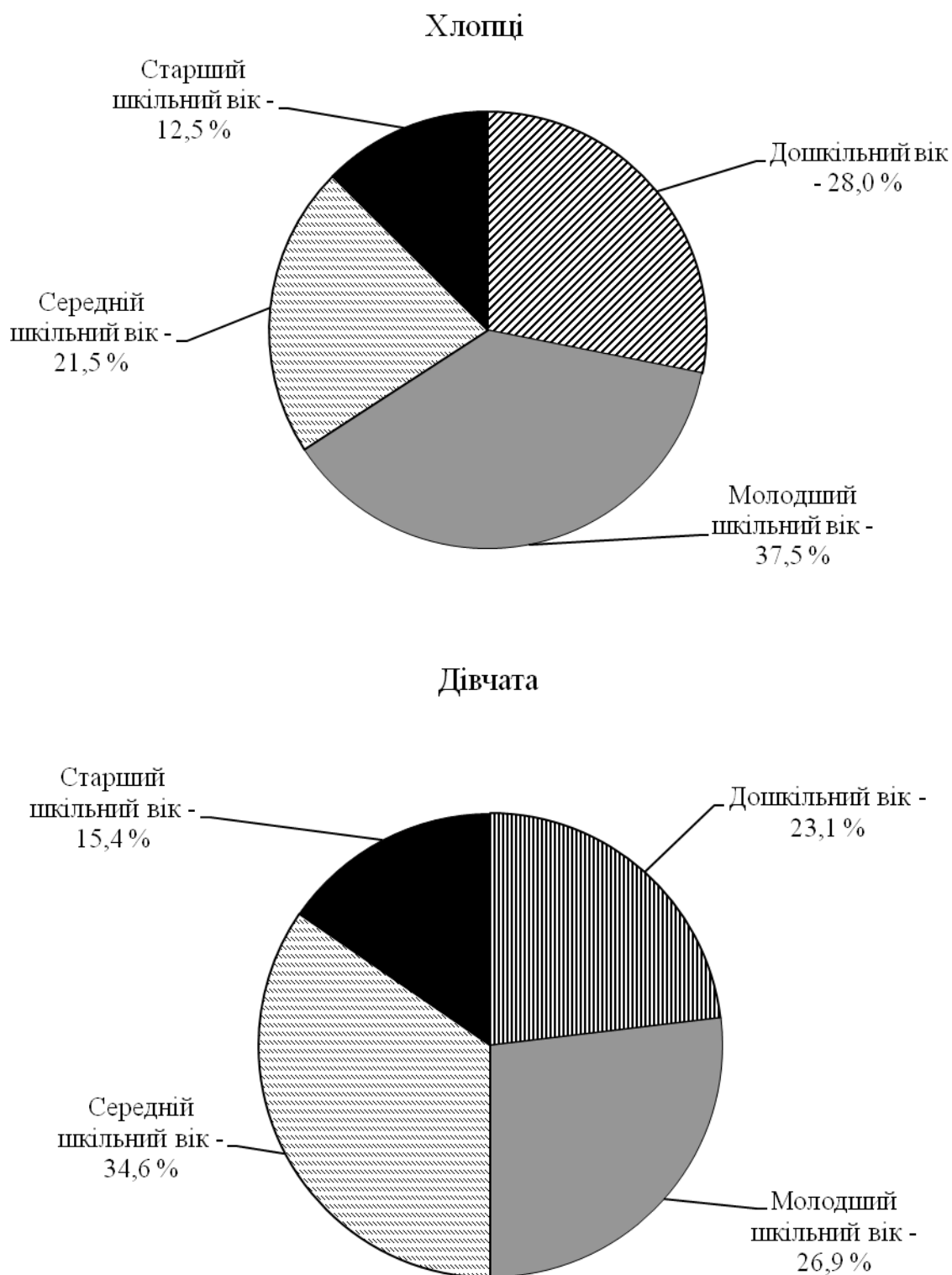


Рис. 2.3 - Педагогічна періодизація дітей за віком на заняттях АФК з КЦСПР

Таблиця 2.4

## Співвідношення захворювань між хлопцями та дівчатами з МЦСР

№	Нозологія	Хлопці		Дівчата	
		Кіл.	%	Кіл.	%
<b>1</b>	<b>Вади опорно-рухового апарату</b>				
	ДЦП ( у т.ч. органічне враження ЦНС)	25	46,3	23	46,0
	Хвороби та їх наслідки (в т.ч. інфекційні)	9	16,6	6	12,0
	Травми	2	3,7	1	2,0
	<b>Загалом</b>	<b>36</b>	<b>66,6</b>	<b>30,0</b>	<b>60,0</b>
<b>2</b>	<b>Вади органів зору</b>				
	Сліпі	-	-	-	-
	Слабозорі	5	9,2	2	4,0
	<b>Загалом</b>	<b>5</b>	<b>9,2</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>
<b>3</b>	<b>Вади органів слуху</b>				
	Глухі	1	1,9	1	2,0
	Туговухі	-	-	2	4,0
	<b>Загалом</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>3</b>	<b>6,0</b>
<b>4</b>	<b>Розумова відсталість</b>				
	Аутизм	-	-	-	-
	Затримка психічного розвитку	2	3,7	1	2,0
	Хвороба Дауна	1	1,9	1	2,0
	<b>Загалом</b>	<b>3</b>	<b>5,6</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>
<b>5</b>	<b>Захворювання внутрішніх органів</b>				
	Ракові хвороби (пухлинні, рак крові)	2	3,7	1	2,0
	Бронхіальна астма	3	5,5	-	-
	Захворювання ЖКТ	2	3,7	1	2,0
	Захворювання обміну речовин	1	1,9	7	14,0
	Захворювання серцево-судинної системи	1	1,9	2	4,0



## Продовження таблиці 2.4

Захворювання органів виділення	-	-	1	2,0
Інші	-	-	1	2,0
Загалом	<b>9</b>	<b>16,6</b>	<b>13</b>	<b>26,0</b>
<b>У т.ч. супутні вади</b>	<b>2</b>	<b>3,7</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>
<b>Всього дітей</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

жодної дитини, 12,6% хлопців і 15,4% дівчат страждали на розумову відсталість. Захворювання внутрішніх органів мали 18,8% хлопців і 30,5% дівчат, у тому числі супутні захворювання зустрічались у 28,1% хлопців і 26,9% дівчат (табл.2.5. рис.2.5).

Таблиця 2.5

**Співвідношення захворювань між хлопцями та дівчатами з КЦСПР**

№	Нозологія	Хлопці		Дівчата	
		Кіл.	%	Кіл.	%
<b>1</b>	<b>Вади опорно-рухового апарату</b>				
	ДЦП ( у т.ч. органічне враження ЦНС)	16	50,0	9	34,6
	Хвороби та їх наслідки (в т.ч. інфекційні)	2	6,3	4	15,4
	Травми	1	3,1	-	-
	Загалом	<b>19</b>	<b>59,4</b>	<b>13</b>	<b>50,0</b>
<b>2</b>	<b>Вади органів зору</b>				
	Сліпі	1	3,1	1	3,8
	Слабозорі	2	6,3	-	-
	Загалом	<b>3</b>	<b>9,4</b>	<b>1</b>	<b>3,8</b>
<b>3</b>	<b>Розумова відсталість</b>				
	Аутизм	2	6,3	2	7,7
	Затримка психічного розвитку	2	6,3	2	7,7

## Продовження таблиці 2.5

	Хвороба Дауна	-	-	-	-
	Загалом	<b>4</b>	<b>12,6</b>	<b>4</b>	<b>15,4</b>
<b>4</b>	<b>Захворювання внутрішніх органів</b>				
	Ракові хвороби (пухлинні, рак крові)	1	3,1	-	-
	Бронхіальна астма	2	6,3	-	-
	Захворювання ЖКТ	1	3,1	1	3,8
	Захворювання обміну речовин	-	-	1	3,8
	Захворювання серцево-судинної системи	2	6,3	1	3,8
	Захворювання органів виділення	-	-	1	3,8
	Захворювання статевих органів	-	-	1	3,8
	Психічні порушення	-	-	2	7,7
	Інші	-	-	1	3,8
	Загалом	<b>6</b>	<b>18,8</b>	<b>8</b>	<b>30,5</b>
	<b>У т.ч. супутні вади</b>	<b>9</b>	<b>28,1</b>	<b>7</b>	<b>26,9</b>
	<b>Всього дітей</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

Стало відомо, що із загальної кількості обстежених дітей у МЦСР - 30,8% не навчались у освітніх закладах, 40,4% - навчались за індивідуальною програмою у загальноосвітніх закладах, 2,9% дітей – здобували освіту у спеціальних школах інтернатах. У КЦСПР з загальної кількості обстежених дітей - 40,5% не навчались у освітніх закладах, 7,1% - здобували освіту в інклюзивному класі загальноосвітньої школи (№168), 2,3% - у спецшколі.

За опитуванням дітей і їхніх батьків було встановлено, що 86,3% дослідженого контингенту дітей не займались систематичними фізичними вправами.

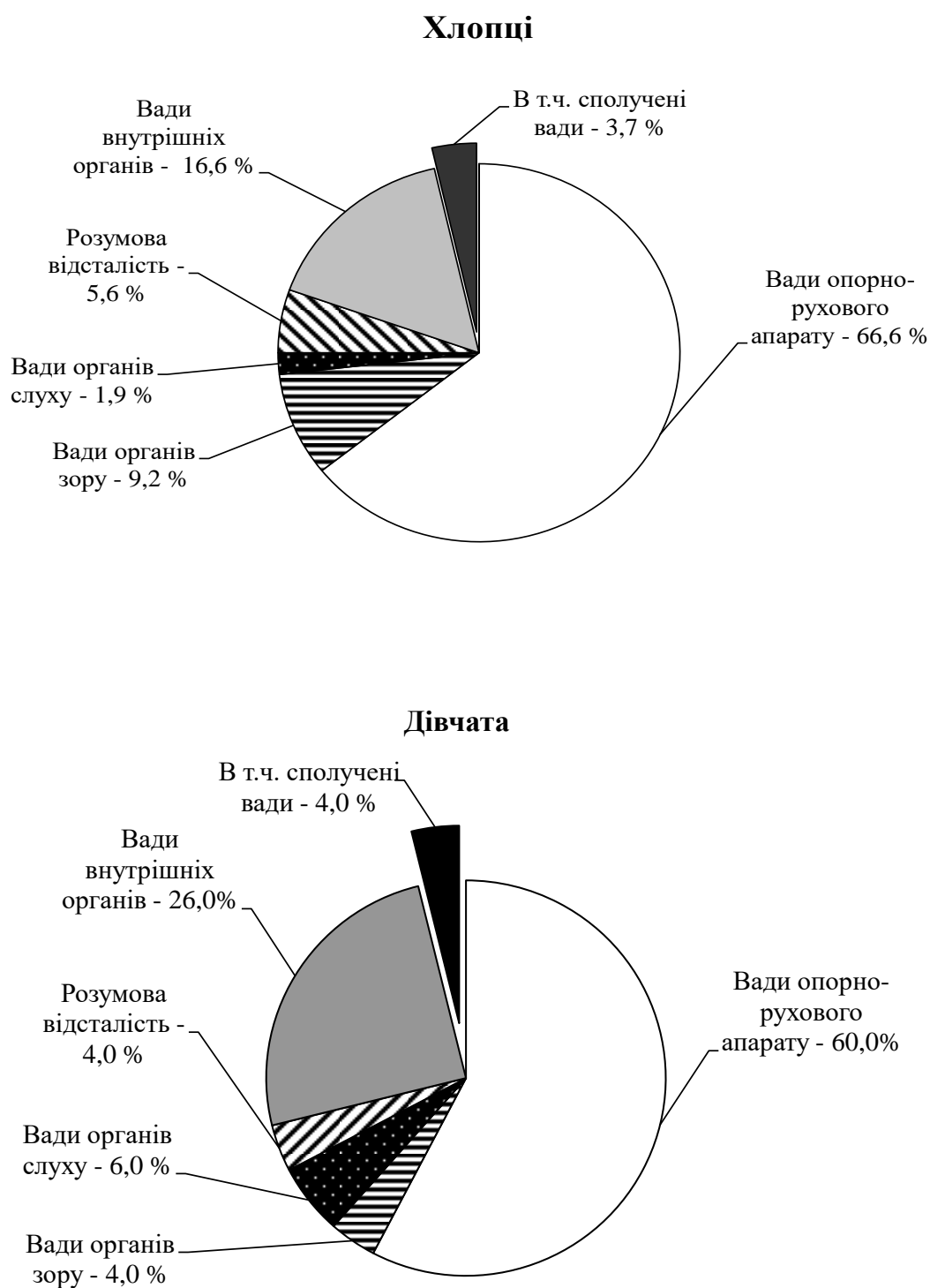


Рис. 2.4 – Диференціація дітей за захворюванням і статтю, що відвідували заняття АФК з МЦСР

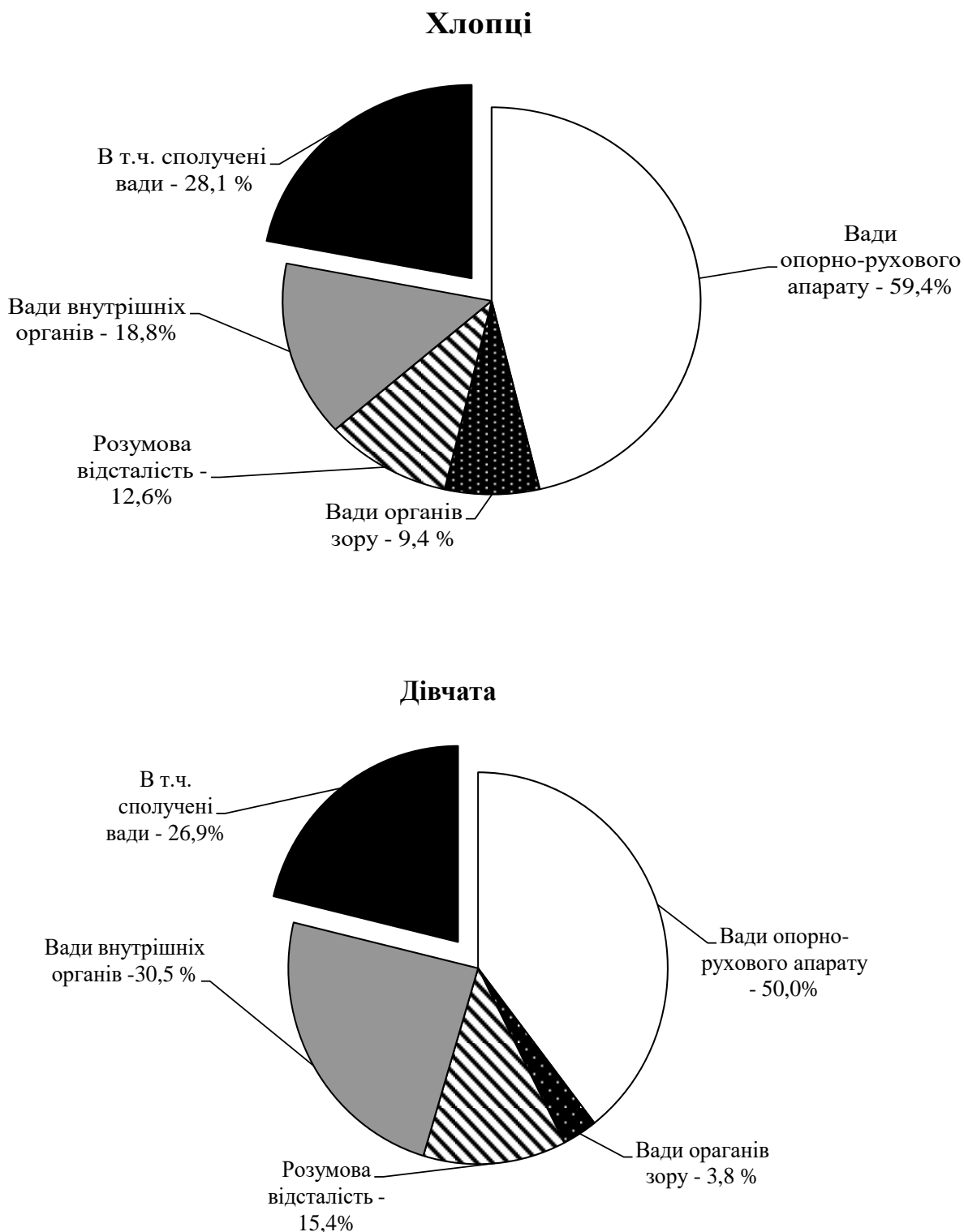


Рис. 2.5 – Диференціація дітей за захворюванням і статтю, що відвідували заняття АФК з КЦСПР

Таким чином, медико-педагогічне дослідження підтвердило той факт, що в умовах центрів соціальної реабілітації до процесу відновлення й навчання включено дітей з різними вадами, різного віку, статі та ступеню залученості до навчання в закладах освіти [358].

### 2.3. Порівняльний аналіз фізичної підготовки й соціальної інтегрованості дітей в центрах соціальної реабілітації

У відповідності до основних медико-педагогічних характеристик дітей добиралися рухові тестові завдання.

У центрах реабілітації, на відміну від шкіл, для оцінки рухових умінь і фізичних якостей дітей застосовують кількісну шкалу оцінки. Це пов'язано з відсутністю універсальних методів медичного діагностування й педагогічного контролю дітей з різними вадами розвитку, які б були визнані нормативними стандартами.

Нами було виділено експериментальну та контрольну групу з метою порівняння особливостей фізичного розвитку й ступеню соціальної інтегрованості дітей у двох центрах соціальної реабілітації України.

До експериментальної групи увійшли 104 дитини з МЦСР, а до контрольної 58 дітей - з КЦСПР.

#### 2.3.1. Порівняльний аналіз показників розвитку рухових умінь дітей з захворюваннями опорно-рухового апарату

У зв'язку із тим, що у переважної частини дітей було зареєстровано важкі порушення опорно-рухового апарату, їх рухові можливості характеризувалися множинними порушеннями розвитку, основними з яких були рухові, мовні й психічні. Для визначення особливостей розвитку рухових умінь означеної категорії дітей було обрано тестування за методикою школи «Динаміка» [319].

З метою збільшення обсягу вибірки було проаналізовано отримані показники рухових умінь дітей різного віку в межах вікового періоду (дошкільного й шкільного). Достовірність отриманих даних перевірялась за допомогою z-критерію, якій дозволяє проводити аналіз даних за умов малої кількості даних у вибірці та їхньої відносної неоднорідності за показниками дисперсії. Для перевірки інформативності обраних тестів нами було додатково обчислено й проаналізовано показники коефіцієнту варіації значень у вибірці.

Результати порівняльного аналізу розвитку рухових умінь у дітей із захворюваннями ОРА дошкільного віку МЦСР і КЦСПР показали (табл. 2.6), що вибірки даних експериментальної і контрольної групи не були гомогенними за всіма показниками.

Аналіз середніх значень показав, що достовірна різниця за результатами виконання тестових завдань була у 66,9% хлопців і 34,3 % у дівчат ( $p < 0,05$ ). За обсягом виконаних вправ хлопці дошкільного віку з МЦСР виконали 100%, а з КЦСПР 71,4%; дівчата, відповідно, лише 97,1% і 71,4%.

Отримані під час випробування дані вказували, що у загальній кількості дітей з київського центру на момент обстеження не було сформовано навички ходи, а також виявлялась суттєва затримка дрібної і загальної моторики.

Аналіз показників дисперсії вибірки вказував на значні розбіжності у результатах рухової підготовки обстежених дітей, що також засвідчувало про негомогенність двох вибірок даних.

При виконанні випробування на піднімання з положення лежачи, руки за головою підтримання правильного вихідного положення ускладнювало дітям виконання завдання. Результати випробувань, які характеризують розвиток дрібної моторики показали, що дітям з КЦСПР було складно виконувати завдання, а деякі діти не могли їх виконати взагалі.

Результати порівняльного аналізу розвитку рухових умінь у дітей шкільного віку з захворюваннями ОРА у МЦСР і КЦСПР показали (табл. 2.7), що дані у вибірках експериментальної і контрольної групи не були

Таблиця 2.6

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь хлопців і дівчат із захворюваннями ОРА дошкільного віку в МЦСР та КЦСПР**

Тести	Стать (n)	Експериментальна група (МЦСР) n=11			Стать (n)	Контрольна група (КЦСПР) n=6			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=7</sub>	4,1	$\pm 1,3$	1,8	X <sub>n=3</sub>	2,3	$\pm 3,3$	16,3	>0,05	0,7
	D <sub>n=4</sub>	0,3	$\pm 1,3$	0,3	D <sub>n=3</sub>	1,0	$\pm 1,4$	3,0	>0,05	2,0
	X <sub>n=7</sub>	1,2	$\pm 1,2$	1,4	X <sub>n=3</sub>	1,0	$\pm 1,4$	3,0	>0,05	0,2
	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	D <sub>n=3</sub>	0	0	0	-	-
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/с)	X <sub>n=7</sub>	15,6	$\pm 4,2$	17,3	X <sub>n=3</sub>	8,0	$\pm 5,0$	37,0	<0,05	0,95
	D <sub>n=4</sub>	9,0	$\pm 1,4$	4,0	D <sub>n=3</sub>	11,7	$\pm 2,9$	12,3	>0,05	0,3
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=7</sub>	20,3	$\pm 15,4$	236,9	X <sub>n=3</sub>	1,3	$\pm 1,9$	5,3	<0,05	14,6
	D <sub>n=4</sub>	2,5	$\pm 2,9$	8,3	D <sub>n=3</sub>	1,3	$\pm 1,9$	5,3	>0,05	0,9
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=7</sub>	10,3	$\pm 4,5$	20,6	X <sub>n=3</sub>	10,0	$\pm 5,0$	37,0	>0,05	0,03
	D <sub>n=4</sub>	4,5	$\pm 1,7$	3,0	D <sub>n=3</sub>	5,0	$\pm 0,8$	1,0	>0,05	0,01
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=7</sub>	5,7	$\pm 4,4$	19,6	X <sub>n=3</sub>	9,0	$\pm 0,8$	1,0	>0,05	0,6
	D <sub>n=4</sub>	4,3	$\pm 0,5$	0,3	D <sub>n=3</sub>	6,3	$\pm 4,0$	24,3	>0,05	0,5

Продовження таблиці 2.6

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с)	$X_{n=7}$	2,4	$\pm 2,5$	6,3	$X_{n=3}$	4,3	$\pm 3,1$	14,3	$>0,05$	0,8
	$D_{n=4}$	1,3	$\pm 1,5$	2,3	$D_{n=3}$	5,6	$\pm 8,0$	96,3	$>0,05$	3,3
7. Поворот на живіт з положення лежачи на спині (час/с): а) направо б) наліво	$X_{n=7}$	45,1	$\pm 7,8$	60,5	$X_{n=3}$	7,3	$\pm 3,3$	16,3	$<0,05$	5,2
	$D_{n=4}$	9,3	$\pm 4,0$	15,6	$D_{n=3}$	20,7	$\pm 22,2$	737,3	$<0,05$	1,2
	$X_{n=7}$	46,6	$\pm 7,2$	52,3	$X_{n=3}$	9,0	$\pm 4,2$	27,0	$>0,05$	4,2
	$D_{n=4}$	12,0	$\pm 3,7$	13,3	$D_{n=3}$	45,3	$\pm 58,5$	5125,3	$>0,05$	2,8
8. Стояння: карачки (час/с) - на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні	$X_{n=7}$	3,7	$\pm 3,7$	13,6	$X_{n=3}$	12,3	$\pm 11,1$	186,3	$>0,05$	2,3
	$D_{n=4}$	10,5	$\pm 1,3$	1,7	$D_{n=3}$	17,0	$\pm 15,3$	349,0	$>0,05$	0,6
- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опорному положенні	$X_{n=7}$	3,1	$\pm 3,1$	9,5	$X_{n=3}$	11,3	$\pm 10,3$	160,3	$>0,05$	2,6
	$D_{n=4}$	11,0	$\pm 3,2$	10,0	$D_{n=3}$	20,3	$\pm 19,1$	550,3	$>0,05$	0,8
- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні, права нога назад, ліва в опорному положенні	$X_{n=7}$	1,6	$\pm 2,1$	4,6	$X_{n=3}$	1,0	$\pm 1,4$	3,0	$>0,05$	0,6
	$D_{n=4}$	2,5	$\pm 1,9$	3,7	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-



Продовження таблиці 2.6

- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні, ліва нога назад, права в опорному положенні	$X_{n=7}$	2,1	$\pm 2,0$	4,1	$X_{n=3}$	1,0	$\pm 1,4$	3,0	$>0,05$	1,1
	$D_{n=4}$	1,8	$\pm 1,3$	1,6	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
- на колінах руки вздовж тулуба	$X_{n=7}$	24,0	$\pm 12,4$	154,0	$X_{n=3}$	23,3	$\pm 16,5$	409,3	$>0,05$	0,03
	$D_{n=4}$	22,5	$\pm 2,1$	4,3	$D_{n=3}$	34,3	$\pm 24,9$	926,3	$>0,05$	0,5
- на ногах (без опори):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=7}$	75,9	$\pm 41,8$	1996,1	$X_{n=3}$	1,0	$\pm 0,8$	1,0	$<0,05$	74,9
	$D_{n=4}$	78,5	$\pm 37,2$	1849,0	$D_{n=3}$	33,0	$\pm 27,4$	1123,0	$>0,05$	1,4
	$X_{n=7}$	4,4	$\pm 3,0$	10,6	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	7,8	$\pm 5,7$	44,3	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$X_{n=7}$	5,8	$\pm 4,9$	27,8	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	8,0	$\pm 5,5$	40,0	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
9. Стрибки на двох ногах (разів):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=7}$	2,4	$\pm 3,0$	4,1	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	3,1	$\pm 1,3$	2,6	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,2	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,8$	0,9	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 0,7$	0,6	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	1,3	$\pm 1,3$	2,3	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-

Продовження таблиці 2.6

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (разів) тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	$X_{n=7}$	1,0	$\pm 0,8$	0,7	$X_{n=3}$	2,7	$\pm 1,9$	5,3	$>0,05$	1,7
	$D_{n=4}$	2,5	$\pm 1,1$	1,7	$D_{n=3}$	0,7	$\pm 0,5$	0,3	$<0,05$	2,6
	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,2	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	$X_{n=7}$	107,0	$\pm 33,0$	1268,3	$X_{n=3}$	15,3	$\pm 9,5$	136,3	$<0,05$	6,0
	$D_{n=4}$	23,5	$\pm 7,2$	69,7	$D_{n=3}$	47,3	$\pm 66,9$	6721,3	$>0,05$	1,0
	$X_{n=7}$	104,3	$\pm 31,1$	1131,9	$X_{n=3}$	19,0	$\pm 12,8$	247,0	$<0,05$	4,5
	$D_{n=4}$	21,8	$\pm 7,3$	70,9	$D_{n=3}$	51,0	$\pm 72,1$	7803,0	$>0,05$	1,3
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою рукою правою рукою	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,3	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$X_{n=7}$	0,1	$\pm 0,3$	0,1	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	$D_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 0,5$	0,2	$X_{n=3}$	1,0	0	0	$>0,05$	0,4
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,4$	0,3	$D_{n=3}$	0,7	$\pm 0,4$	0,3	$>0,05$	0,1
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі	$X_{n=7}$	16,9	$\pm 4,3$	21,1	$X_{n=3}$	2,7	$\pm 2,5$	9,3	$<0,05$	5,3
	$D_{n=4}$	7,3	$\pm 1,6$	3,6	$D_{n=3}$	4,6	$\pm 3,3$	17,3	$>0,05$	0,6

Продовження таблиці 2.6

(час/с): права нога	$X_{n=7}$	20,3	$\pm 7,4$	63,2	$X_{n=3}$	3,0	$\pm 2,2$	7,0	$<0,05$	5,8
ліва нога	$D_{n=4}$	7,5	$\pm 2,9$	11,0	$D_{n=3}$	5,0	$\pm 3,7$	21,0	$>0,05$	0,5
15. В.П. лежачи на животі зігнути	$X_{n=7}$	9,0	$\pm 6,3$	46,3	$X_{n=3}$	0,7	$\pm 0,9$	1,3	$<0,05$	11,9
ногу у колінному суглобі (час/с):	$D_{n=4}$	1,0	$\pm 0,7$	0,7	$D_{n=3}$	3,3	$\pm 2,5$	9,3	$>0,05$	2,3
права нога	$X_{n=7}$	11,1	$\pm 6,0$	41,5	$X_{n=3}$	1,0	$\pm 1,4$	3,0	$<0,05$	10,1
ліва нога	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,2$	2,0	$D_{n=3}$	3,3	$\pm 2,9$	12,3	$>0,05$	0,7
16. В.П. лежачи на животі зігнути	$X_{n=7}$	9,0	$\pm 6,3$	46,3	$X_{n=3}$	1,3	$\pm 1,9$	5,3	$<0,05$	5,9
ногу в колінному суглобі (разів):	$D_{n=4}$	2,3	$\pm 0,8$	0,9	$D_{n=3}$	4,3	$\pm 3,3$	16,3	$>0,05$	0,9
права нога	$X_{n=7}$	11,1	$\pm 6,0$	41,5	$X_{n=3}$	2,0	$\pm 2,8$	12,0	$<0,05$	4,6
ліва нога	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,2$	2,0	$D_{n=3}$	4,3	$\pm 3,3$	16,3	$>0,05$	1,1
Те ж з обтяженням (вага обтяження	$X_{n=7}$	1,4	$\pm 1,4$	2,3	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
0,5 кг): права нога	$D_{n=4}$	4,0	$\pm 1,0$	1,3	$D_{n=3}$	2,7	$\pm 2,1$	6,3	$>0,05$	0,5
ліва нога	$X_{n=7}$	1,7	$\pm 0,9$	0,9	$X_{n=3}$	0	0	0	$<0,05$	-
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,8$	0,9	$D_{n=3}$	2,0	$\pm 1,6$	4,0	$>0,05$	1,5

Таблиця 2.7

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь хлопців і дівчат шкільного віку (молодшого, середнього і старшого) із захворюваннями ОРА в МЦСР та КЦСПР**

Тести	Стать (n)	Експериментальна група (МЦСР) n=13			Стать (n)	Контрольна група (КЦСПР) n=11			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=8</sub>	9,9	$\pm 4,6$	24,7	X <sub>n=7</sub>	2,4	$\pm 1,9$	4,3	<0,05	3,1
	D <sub>n=5</sub>	2,0	$\pm 1,9$	4,5	D <sub>n=4</sub>	0,8	$\pm 1,3$	2,3	>0,05	1,5
	X <sub>n=8</sub>	6,0	$\pm 4,1$	19,4	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	0,2	$\pm 0,4$	0,2	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/сек)	X <sub>n=8</sub>	33,1	$\pm 13,4$	203,9	X <sub>n=7</sub>	14,0	$\pm 13,7$	220,3	<0,05	1,4
	D <sub>n=5</sub>	16,0	$\pm 8,4$	87,5	D <sub>n=4</sub>	14,3	$\pm 12,1$	194,9	>0,05	0,1
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=8</sub>	27,3	$\pm 21,4$	525,6	X <sub>n=7</sub>	3,9	$\pm 3,7$	16,1	<0,05	6,0
	D <sub>n=5</sub>	10,0	$\pm 6,6$	54,5	D <sub>n=4</sub>	1,0	$\pm 1,7$	4,0	<0,05	9,0
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=8</sub>	6,8	$\pm 3,7$	15,6	X <sub>n=7</sub>	3,9	$\pm 2,0$	4,5	>0,05	0,7
	D <sub>n=5</sub>	7,3	$\pm 4,4$	40,9	D <sub>n=4</sub>	13,2	$\pm 5,5$	23,7	>0,05	0,8
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=8</sub>	7,9	$\pm 3,8$	16,4	X <sub>n=7</sub>	4,9	$\pm 3,4$	13,8	>0,05	0,6
	D <sub>n=5</sub>	8,4	$\pm 4,2$	22,3	D <sub>n=4</sub>	13,5	$\pm 9,6$	123,0	>0,05	0,6

Продовження таблиці 2.7

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с)	X <sub>n=8</sub>	26,9	±25,9	765,3	X <sub>n=7</sub>	7,1	±8,4	81,5	>0,05	2,8
	D <sub>n=5</sub>	6,0	±3,9	19,5	D <sub>n=4</sub>	6,0	±5,1	34,7	>0,05	0
7. Поворот на живіт з положення лежачи на спині (час/с): а) направо б) наліво	X <sub>n=8</sub>	22,5	±18,4	388,0	X <sub>n=7</sub>	15,6	±19,7	453,0	>0,05	0,4
	D <sub>n=5</sub>	5,2	±2,1	5,7	D <sub>n=4</sub>	7,5	±7,0	65,7	>0,05	0,4
	X <sub>n=8</sub>	32,6	±42,4	2054,3	X <sub>n=7</sub>	13,7	±17,4	353,9	>0,05	1,3
	D <sub>n=5</sub>	5,2	±2,0	5,2	D <sub>n=4</sub>	7,5	±8,1	87,0	>0,05	0,4
8. Стояння: карачки (час/с) - на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	27,9	±21,8	545,6	X <sub>n=7</sub>	6,7	±4,2	20,2	<0,05	3,2
	D <sub>n=5</sub>	13,4	±7,0	60,8	D <sub>n=4</sub>	5,8	±5,8	45,6	>0,05	1,3
- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	23,8	±21,0	502,5	X <sub>n=7</sub>	7,4	±4,6	24,6	<0,05	2,2
	D <sub>n=5</sub>	11,4	±3,7	17,3	D <sub>n=4</sub>	7,5	±7,5	75,7	>0,05	0,5
- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні, права нога назад, ліва в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	5,1	±7,9	72,1	X <sub>n=7</sub>	1,3	±1,7	3,6	>0,05	2,9
	D <sub>n=5</sub>	1,4	±2,8	9,8	D <sub>n=4</sub>	0,8	±1,3	2,3	>0,05	0,8

Продовження таблиці 2.7

- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні, ліва нога назад, права в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	5,3	±5,1	29,9	X <sub>n=7</sub>	0,7	±1,7	3,6	<0,05	6,6
	D <sub>n=5</sub>	1,4	±2,8	9,8	D <sub>n=4</sub>	0,5	±0,9	1,0	<0,05	1,8
- на колінах руки вздовж тулуба	X <sub>n=8</sub>	347,5	±194,6	43288,6	X <sub>n=7</sub>	46,4	±48,8	2773,6	<0,05	6,4
	D <sub>n=5</sub>	25,0	±15,6	305,5	D <sub>n=4</sub>	26,8	±27,4	1002,3	>0,05	0,01
- на ногах (без опори):	X <sub>n=8</sub>	41,5	±45,4	2353,7	X <sub>n=7</sub>	8,4	±11,0	140,0	>0,05	3,9
	D <sub>n=5</sub>	42,8	±46,8	2733,7	D <sub>n=4</sub>	14,0	±22,5	678,0	>0,05	2,1
на лівій нозі	X <sub>n=8</sub>	7,5	±13,4	205,1	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	5,6	±6,9	58,8	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
на правій нозі	X <sub>n=8</sub>	10,1	±17,6	355,0	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	6,4	±7,9	77,3	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
9. Стрибки на двох ногах (разів):	X <sub>n=8</sub>	6,1	±9,0	92,1	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	3,6	±4,8	28,8	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
на лівій нозі	X <sub>n=8</sub>	6,0	±10,2	121,3	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	0,6	±1,2	1,8	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
на правій нозі	X <sub>n=8</sub>	2,5	±3,5	14,3	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	<0,05	-
	D <sub>n=5</sub>	0,8	±1,2	1,7	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-

Продовження таблиці 2.7

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (разів)	X <sub>n=8</sub>	10,9	±6,0	41,0	X <sub>n=7</sub>	2,0	±2,3	6,3	<0,05	4,5
	D <sub>n=5</sub>	3,2	±2,4	7,2	D <sub>n=4</sub>	1,5	±1,7	3,7	>0,05	1,1
тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	X <sub>n=8</sub>	7,3	±5,0	28,2	X <sub>n=7</sub>	0,7	±1,2	1,6	<0,05	9,4
	D <sub>n=5</sub>	0,4	±0,8	0,8	D <sub>n=4</sub>	0,3	±0,4	0,3	>0,05	0,3
11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	X <sub>n=8</sub>	32,5	±27,7	879,4	X <sub>n=7</sub>	27,4	±25,0	727,0	>0,05	1,2
	D <sub>n=5</sub>	16,0	±6,4	50,5	D <sub>n=4</sub>	35,5	±51,8	3577,7	>0,05	0,4
	X <sub>n=8</sub>	41,5	±36,8	1551,1	X <sub>n=7</sub>	29,0	±26,8	841,0	>0,05	1,2
	D <sub>n=5</sub>	11,8	±3,2	13,2	D <sub>n=4</sub>	36,8	±50,0	3338,9	>0,05	2,1
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою рукою правою рукою	X <sub>n=8</sub>	0,5	±0,9	0,9	X <sub>n=7</sub>	0,4	±0,7	0,6	>0,05	0,3
	D <sub>n=5</sub>	0,2	±0,4	0,2	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
	X <sub>n=8</sub>	1,4	±1,1	1,4	X <sub>n=7</sub>	0,4	±0,7	0,6	>0,05	2,5
	D <sub>n=5</sub>	0	0	0	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	<0,05	-
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	X <sub>n=8</sub>	0,9	±0,3	0,1	X <sub>n=7</sub>	0,7	±0,5	0,2	>0,05	0,3
	D <sub>n=5</sub>	0,8	±0,4	0,2	D <sub>n=4</sub>	0,5	±0,5	0,3	>0,05	0,9
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу в колінному суглобі	X <sub>n=8</sub>	53,0	±18,9	406,9	X <sub>n=7</sub>	4,6	±2,9	10,0	<0,05	10,5
	D <sub>n=5</sub>	13,6	±5,1	32,3	D <sub>n=4</sub>	8,8	±4,4	26,3	>0,05	0,5

Продовження таблиці 2.7

(час/с): права нога	$X_{n=8}$	60,5	$\pm 42,0$	2016,3	$X_{n=7}$	4,7	$\pm 3,9$	17,6	$<0,05$	11,9
ліва нога	$D_{n=5}$	11,6	$\pm 6,6$	54,8	$D_{n=4}$	8,5	$\pm 4,2$	23,0	$>0,05$	0,4
15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с): права нога	$X_{n=8}$	12,0	$\pm 3,8$	16,9	$X_{n=7}$	6,3	$\pm 5,3$	33,2	$<0,05$	0,9
ліва нога	$D_{n=5}$	3,0	$\pm 1,8$	4,0	$D_{n=4}$	9,0	$\pm 6,5$	56,7	$>0,05$	2,0
	$X_{n=8}$	9,5	$\pm 4,4$	22,0	$X_{n=7}$	7,1	$\pm 5,6$	36,1	$>0,05$	0,3
	$D_{n=5}$	3,8	$\pm 2,2$	6,2	$D_{n=4}$	11,0	$\pm 7,5$	76,0	$>0,05$	1,9
16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (разів): права нога	$X_{n=8}$	12,9	$\pm 3,8$	16,4	$X_{n=7}$	7,0	$\pm 4,4$	22,7	$<0,05$	0,8
ліва нога	$D_{n=5}$	4,6	$\pm 1,0$	1,3	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,9$	4,7	$<0,05$	2,5
	$X_{n=8}$	12,8	$\pm 6,5$	47,9	$X_{n=7}$	7,9	$\pm 5,5$	35,1	$>0,05$	0,6
	$D_{n=5}$	5,6	$\pm 1,6$	3,3	$D_{n=4}$	3,3	$\pm 4,0$	20,9	$>0,05$	0,7
Те ж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права нога	$X_{n=8}$	7,4	$\pm 3,6$	14,8	$X_{n=7}$	4,6	$\pm 2,5$	7,3	$>0,05$	0,6
ліва нога	$D_{n=5}$	1,8	$\pm 0,4$	0,2	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 1,3$	2,3	$>0,05$	1,2
	$X_{n=8}$	8,4	$\pm 4,8$	26,3	$X_{n=7}$	4,9	$\pm 3,4$	13,1	$>0,05$	0,7
	$D_{n=5}$	26,3	$\pm 1,2$	1,7	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 3,5$	16,0	$>0,05$	0,1



гомогені за всіма показниками. Порівняльний аналіз середніх значень двох вибірок вказував на достовірну різницю за результатами випробувань у 45,7 % хлопців і 31,4 % дівчат ( $p < 0,05$ ). У загальній кількості дітей київського центру, на момент обстеження, не було сформовано навички ходи, мала місце суттєва затримка дрібної і загальної моторики.

За обсягом виконаних вправ хлопці шкільного віку з МЦСР виконали 100%, а з КЦСПР лише 82,6%, дівчата, відповідно – 97,1 до 77,1%. Отримані дані вказують, що діти з КЦСПР за розвитком рухів поступалися дітям з МЦСР.

Слід додати, що діти з КЦСПР не змогли жодного разу сісти з положення лежачи на спині (руки за голову), що, на наш погляд, було пов'язано з недостатнім розвитком сили м'язів черевного пресу й спини. Також отримані дані свідчать про наявність у дітей обстеженого віку затримки розвитку моторики поясу нижніх кінцівок. До того ж, дівчатам з обох центрів важко було влучити в ціль під час метання. Аналіз показників коефіцієнту варіації вказував на інформативність тестових завдань ( $\geq 10\%$ ).

Виходячи з вище встановленого достовірний аналіз даних можливо проводити наразі застосування порівняльного аналізу індивідуального приросту у кожної дитини [288].

### 2.3.2. Порівняльний аналіз розвитку рухових якостей у дітей з різними вадами здоров'я

У дітей з іншими вадами розвитку доцільно було визначити рівень розвитку рухових якостей, виходячи з того, що в них були сформовані локомоторні можливості. Тому для тестування розвитку рухів цих дітей нами було обрано Програму для шкіл інтенсивної педагогічної корекції [233].

Порівняльний аналіз початкових показників розвитку рухових якостей у дітей з різними вадами здоров'я молодшого шкільного віку у МЦСР і КЦСПР (табл. 2.8) показав, що між вибірками даних віднесених до контрольної і експериментальної груп існує статистична достовірна різниця а переважною

кількістю випробувань ( $p < 0,05$ ). Це свідчить, що відповідні вибірки не можливо вважати гомогенними. Показник витривалості у хлопців молодшого шкільного віку з МЦСР дорівнював  $34,7 \pm 22,0$ , а у хлопців з КЦСПР  $136,1 \pm 73,8$ , що в 4 рази більше ( $p < 0,05$ ). Проте, дані дисперсії вибірки свідчать, що у хлопців з КЦСПР розвиток витривалості характеризується нестабільністю порівняно з хлопцями МЦСР.

Хлопці з КЦСПР у 2 рази краще ніж хлопці з МЦСР виконали вправи на швидкість, відповідно  $2,2 \pm 0,6$  і  $4,6 \pm 1,9$ . Рухове завдання на визначення рівня гнучкості хлопці з МЦСР виконали з результатом  $-6,2 \pm 4,6$ , а з КЦСПР  $-2,9 \pm 11,2$ , що у 2 рази менше у порівнянні з результатами дітей з МЦСР.

За показниками сили хлопці з КЦСПР у 2 рази переважали хлопців з МЦСР, відповідно присідання  $6,2 \pm 2,6$  і  $13,1 \pm 4,8$ ; сила черевного пресу  $5,4 \pm 1,8$  і  $10,1 \pm 3,5$ .

У випробуванні на спритність (кидання) результати хлопців з КЦСПР у 2 рази були кращі порівняно з хлопцями з МЦСР, відповідно  $1,5 \pm 0,8$  і  $3,3 \pm 2,0$ .

У швидкісно-силових показниках хлопці з КЦСПР у 1,5 рази мали кращі результати ніж хлопці з МЦСР, відповідно  $15,5 \pm 15,8$  і  $40,6 \pm 21,8$ . Проте, у хлопців з МЦСР за показниками дисперсії вибірки показники були в 2 рази стабільніші.

Разом із тим, у дівчат не було визначено достовірної різниці ( $p > 0,05$ ) в розвитку витривалості, сили (присідання) і швидкості. Достовірну різницю було встановлено у показниках сили черевного пресу, у дівчат з МЦСР кількість разів склала  $7,5 \pm 4,3$ , а у дівчат з КЦСПР  $9,3 \pm 7,2$ , де дівчата з КЦСПР переважали у 1,5 рази дівчат з МЦСР.

У показниках спритності дівчата з КЦСПР переважали дівчат з МЦСР у 4 рази, відповідно до показників  $4,1 \pm 2,0$  і  $0,8 \pm 1,4$ .

Статистично достовірної різниці не було визначено у показниках гнучкості та розвитку швидкісно-силових якостей (стрибки вгору) у дітей обох статей ( $p > 0,05$ ). Слід відмітити, що жодна дитина не змогла влучити в ціль під час метання.

Таблиця 2.8

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей молодшого шкільного віку у МЦСР та КЦСПР**

Фізичні якості	Стать (n)	Експериментальна група (n=21)			Стать (n)	Контрольна група (n=15)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степер), с	X <sub>n=13</sub>	34,7	$\pm 22,0$	458,2	X <sub>n=7</sub>	136,1	$\pm 73,8$	5440,8	<0,05	2,9
	Д <sub>n=8</sub>	30,8	$\pm 15,6$	242,8	Д <sub>n=8</sub>	74,9	$\pm 62,0$	3846,4	>0,05	1,4
Швидкість, разів	X <sub>n=13</sub>	2,2	$\pm 0,6$	0,4	X <sub>n=7</sub>	4,6	$\pm 1,9$	3,6	<0,05	1,1
	Д <sub>n=8</sub>	2,6	$\pm 5,4$	1,4	Д <sub>n=8</sub>	2,6	$\pm 1,5$	1,4	<0,05	0,6
Гнучкість, см	X <sub>n=13</sub>	-6,2	$\pm 4,6$	23,5	X <sub>n=7</sub>	-2,9	$\pm 11,2$	124,5	>0,05	-0,5
	Д <sub>n=8</sub>	-2,9	$\pm 5,4$	29,6	Д <sub>n=8</sub>	-2,6	$\pm 6,7$	44,3	>0,05	-0,1

Продовження таблиці 2.8

Сила, разів: присідання	$X_{n=13}$	6,2	$\pm 2,6$	7,4	$X_{n=7}$	13,1	$\pm 4,8$	23,5	$< 0,05$	1,1
	$D_{n=8}$	7,5	$\pm 3,5$	12,6	$D_{n=8}$	10,4	$\pm 4,7$	22,6	$> 0,05$	0,4
	$X_{n=13}$	5,4	$\pm 1,8$	4,4	$X_{n=7}$	10,1	$\pm 3,5$	12,5	$< 0,05$	0,9
	$D_{n=8}$	7,5	$\pm 4,3$	18,9	$D_{n=8}$	9,3	$\pm 7,2$	51,4	$< 0,05$	0,2
Спритність, разів: метання	$X_{n=13}$	-	-	-	$X_{n=7}$	-	-	-	-	-
	$D_{n=8}$	-	-	-	$D_{n=8}$	-	-	-	-	-
	$X_{n=13}$	1,5	$\pm 0,8$	0,8	$X_{n=7}$	3,3	$\pm 2,0$	3,9	$< 0,05$	1,2
	$D_{n=8}$	0,8	$\pm 1,4$	1,9	$D_{n=8}$	4,1	$\pm 2,0$	3,8	$< 0,05$	4,1
Швидкісно-силові якості, см: стрибок у довжину	$X_{n=13}$	15,5	$\pm 15,8$	212,6	$X_{n=7}$	40,6	$\pm 21,8$	473,0	$< 0,05$	1,6
	$D_{n=8}$	16,3	$\pm 17,0$	288,5	$D_{n=8}$	24,5	$\pm 24,0$	577,7	$> 0,05$	0,5
	$X_{n=13}$	9,9	$\pm 3,7$	14,7	$X_{n=7}$	10,7	$\pm 3,1$	11,6	$> 0,05$	0,1
	$D_{n=8}$	11,5	$\pm 2,9$	9,7	$D_{n=8}$	10,0	$\pm 4,5$	23,3	$> 0,05$	0,2
вгору	$X_{n=13}$	9,9	$\pm 3,7$	14,7	$X_{n=7}$	10,7	$\pm 3,1$	11,6	$> 0,05$	0,1
	$D_{n=8}$	11,5	$\pm 2,9$	9,7	$D_{n=8}$	10,0	$\pm 4,5$	23,3	$> 0,05$	0,2

Показники дисперсії вибірки вказують, що суттєвий вплив на показники витривалості, гнучкості та швидкісно-силових якостей мала індивідуальна фізична підготовка дітей.

Порівняльний аналіз первинних показників розвитку фізичних якостей у дітей середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я у МЦСР і КЦСПР (табл. 2.9) показав, що за переважною кількістю випробувань достовірної різниці у показниках двох вибірок не було ( $p > 0,05$ ).

Було встановлено, що між хлопцями двох центрів за розвитком швидкісно-силових якостей була достовірною різниця. Так, хлопці з МЦСР стрибнули в довжину на  $42,3 \pm 33,0$  см за середнім значенням, а хлопці з КЦСПР на  $36,7 \pm 19,2$  см. Угору, хлопці з МЦСР стрибнули на  $11,7 \pm 6,9$ , а хлопці з КЦСПР  $9,3 \pm 4,0$  см. Відповідно хлопці з МЦСР за середнім показником розвитку швидкісно-силових якостей переважали хлопців з КЦСПР. Втім за показниками дисперсії вибірки у хлопців з МЦСР у 3 рази більше виявлялась нестабільність розвитку відповідної якості. Достовірну різницю було визначено також у розвитку спритності, тому що діти КЦСПР не змогли влучити в ціль під час метання.

Дівчата з КЦСПР жодного разу не вловили м'яч після відскоку від стіни й не влучили жодного разу під час метання, що позначилося на достовірній різниці розвитку спритності ( $p < 0,05$ ).

Аналіз дисперсії вибірки вказував на нестабільність у розвитку витривалості, гнучкості та швидкісно-силових якостей у дітей з обох центрів.

Порівняльний аналіз первинних показників розвитку фізичних якостей у дітей старшого шкільного віку з різними вадами здоров'я у МЦСР та КЦСПР (табл. 2.10) показав, що у хлопців достовірною різниця визначилась у показниках спритності (метання) у зв'язку з тим, що хлопці з КЦСПР жодного разу не влучили в ціль ( $p < 0,05$ ).

У дівчат достовірною різницю було визначено у показниках витривалості, відповідно, дівчата з МЦСР у середньому витримали  $55,1 \pm 20,1$  с на тренажері, а дівчата з КЦСПР  $179,7 \pm 99,4$  с, що у 3,2 рази перевищило результат

Таблиця 2.9

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей середнього шкільного віку у МЦСР та КЦСПР**

Фізичні якості	Стать (n)	Експериментальна група (n=29)			Стать (n)	Контрольна група (n=9)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степер), с	X <sub>n=12</sub>	69,7	$\pm 36,1$	1200,6	X <sub>n=6</sub>	92,5	$\pm 58,5$	3418,3	>0,05	0,3
	D <sub>n=17</sub>	43,2	$\pm 16,2$	316,1	D <sub>n=3</sub>	67,7	$\pm 41,7$	1737,3	>0,05	0,6
Швидкість, разів	X <sub>n=12</sub>	3,5	$\pm 1,8$	2,8	X <sub>n=6</sub>	4,0	$\pm 1,9$	3,6	>0,05	1,4
	D <sub>n=17</sub>	3,7	$\pm 1,0$	1,9	D <sub>n=3</sub>	3,3	$\pm 0,6$	0,3	>0,05	1,2
Гнучкість, см	X <sub>n=12</sub>	-6,1	$\pm 5,7$	30,8	X <sub>n=6</sub>	-7,8	$\pm 3,2$	10,2	>0,05	-0,2
	D <sub>n=17</sub>	-3,1	$\pm 5,6$	36,3	D <sub>n=3</sub>	-3,3	$\pm 5,0$	25,3	>0,05	-0,1



експериментальної групи. Разом з тим, показник дисперсії вибірки вказував на нестабільність розвитку витривалості у дівчат з КЦСПР у 24,4 рази у порівнянні з групою дітей з МЦСР.

За показниками сили червонного пресу дівчата з КЦСПР у 84 рази мали кращий результат ніж дівчата з МЦСР, відповідно,  $16,8 \pm 6,1$  і  $0,2 \pm 0,4$ .

Дівчата з МЦСПР за показниками розвитку спритності випереджали в 5,6 рази дівчат з КЦСПР. Так, під час метання в ціль дівчата з МЦСР влучили  $5,6 \pm 2,5$  рази, а дівчата з КЦСПР  $1,0 \pm 0,9$ .

За розвитком швидкісно-силових якостей дівчата з КЦСПР у 2 рази випереджували дівчат з МЦСР, відповідно  $23,3 \pm 4,7$  і  $10,0 \pm 4,3$  см.

Варто зауважити, що діти КЦСПР не змогли влучити в ціль під час метання, а дівчата не змогли жодного разу вловити м'яч після відскоку від стіни. Аналіз дисперсії вибірки вказує на нестабільність у розвитку витривалості, гнучкості та швидкісно-силових якостей у дітей обох центрів.

Аналіз показників коефіцієнту варіації показав, що загальний обсяг даних лежить у межах  $\geq 10\%$ , а це свідчить про їхню інформативність.

Таким чином, у хлопців молодшого шкільного віку було виявлено достовірну різницю у 66,7% виконаних вправ, у дівчат – у 33,3%; у хлопців середнього шкільного віку - у 33,3%, а у дівчат - у 22,2% вправ; у хлопців старшого шкільного віку достовірну різницю виявлено у 11,1% виконаних завдань, а у дівчат – у 55,6%.

До цього слід додати, що діти дуже важко переносили навантаження загального курсу реабілітації. У більшості дітей не було сформовано звички займатися фізичними вправами, тому вони швидко втомлювались і відмовлялись виконувати завдання на заняттях. Значні труднощі для дітей складало виконання вправ, які потребували прояву силових і швидкісних якостей. Діти часто робили інтервали для відпочинку під час вправ на витривалість. Характеристики показників гнучкості та спритності вказують на те, що у дітей не було закладено попередньої бази локомоторних умінь. У більшості дітей, які увійшли до вибіркової сукупності не було сформовано



Таблиця 2.10

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей старшого шкільного віку у МЦСР та КЦСПР**

Фізичні якості	Стать (n)	Експериментальна група (n=19)			Стать (n)	Контрольна група (n=10)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степпер), с	X <sub>n=10</sub>	203,9	$\pm 182,6$	33348,5	X <sub>n=4</sub>	189,5	$\pm 71,6$	5129,7	>0,05	0,1
	D <sub>n=9</sub>	55,1	$\pm 20,1$	405,1	D <sub>n=6</sub>	179,7	$\pm 99,4$	9889,5	<0,05	2,2
Швидкість, разів	X <sub>n=10</sub>	4,9	$\pm 1,4$	2,1	X <sub>n=4</sub>	5,3	$\pm 2,2$	4,9	>0,05	0,1
	D <sub>n=9</sub>	4,0	$\pm 1,7$	2,8	D <sub>n=6</sub>	5,0	$\pm 1,7$	2,8	>0,05	0,3
Гнучкість, см	X <sub>n=10</sub>	-4,0	$\pm 5,9$	34,7	X <sub>n=4</sub>	-4,5	$\pm 11,0$	121,0	>0,05	-0,1
	D <sub>n=9</sub>	-0,4	$\pm 5,1$	25,8	D <sub>n=6</sub>	1,7	$\pm 5,7$	32,7	>0,05	-5,3

Продовження таблиці 2.10

Сила, разів: присідання	$X_{n=10}$	14,6	$\pm 2,7$	7,4	$X_{n=4}$	15,3	$\pm 4,1$	16,9	$>0,05$	0,04	
	$D_{n=9}$	11,4	$\pm 5,7$	13,5	$D_{n=6}$	13,2	$\pm 5,3$	27,8	$>0,05$	0,2	
	прес	$X_{n=10}$	11,6	$\pm 1,1$	1,2	$X_{n=4}$	10,5	$\pm 4,1$	17,0	$>0,05$	0,1
		$D_{n=9}$	0,2	$\pm 0,4$	32,8	$D_{n=6}$	16,8	$\pm 6,1$	37,4	$<0,05$	83,0
Спритність, разів: метання	$X_{n=10}$	0,9	$\pm 1,6$	1,2	$X_{n=4}$	0	0	0	$<0,05$	-	
	$D_{n=9}$	5,6	$\pm 2,5$	0,2	$D_{n=6}$	1,0	$\pm 0,9$	0,8	$<0,05$	4,6	
	кидання	$X_{n=10}$	6,1	$\pm 37,3$	2,5	$X_{n=4}$	5,0	$\pm 2,2$	4,7	$>0,05$	0,2
		$D_{n=9}$	53,4	$\pm 26,8$	6,0	$D_{n=6}$	5,5	$\pm 2,1$	4,3	$<0,05$	8,7
Швидкісно-силові якості, см: стрибок у довжину	$X_{n=10}$	60,4	$\pm 37,3$	1394,7	$X_{n=4}$	57,0	$\pm 17,3$	300,0	$>0,05$	0,1	
	$D_{n=9}$	53,4	$\pm 26,8$	717,8	$D_{n=6}$	64,8	$\pm 45,8$	2097,4	$>0,05$	0,2	
	вгору	$X_{n=10}$	18,0	$\pm 5,8$	37,6	$X_{n=4}$	15,5	$\pm 1,1$	1,7	$>0,05$	0,2
		$D_{n=9}$	10,0	$\pm 4,3$	21,3	$D_{n=6}$	23,3	$\pm 4,7$	27,1	$<0,05$	1,3

навички правильної техніки виконання основних фізичних вправ і вихідних положень. Під час аналізу показників дисперсії вибірки встановлено, що структура рухів дітей характеризувалася нестабільністю. Отриманні дані вказують на те, що індивідуальні показники фізичної підготовки дітей у двох групах різко вирізнялися й мали значні відхилення від середніх значень. Неодноразово протягом загального курсу реабілітації у дітей виникали симптоми застуди, що вказувало на загальне виснаження організму. За таких умов відновлення системи організму й корекція основної вади уповільнювалась у часі, тому що доводилось переривати курс реабілітації.

З метою з'ясування факторів, які могли вплинути на різницю фізичної підготовки дітей у двох центрах соціальної реабілітації, нами було проведено додаткове дослідження. Також нами було проведено анкетування й опитування батьків з метою визначення їхнього ставлення до реабілітації дітей засобами АФК.

### 2.3.3. Порівняльний аналіз результатів психологічного спостереження за дітьми з вадами розвитку за методикою Р. Бейлза

Багатьма дослідженнями було визначено, що соціальна інтеграція індивідів відбувається у процесі спільної суспільної діяльності [3, 50, 61, 138]. Заняття фізичними вправами забезпечують спільну діяльність дітей під час навчання й відновлення й можуть відігравати важливу роль у процесі соціальної інтеграції, тому, нами було проведено цілеспрямоване психологічне спостереження за дітьми на заняттях АФК та оцінено їхній емоційний стан.

У соціальній психології під терміном «взаємодія» розуміють систему взаємозустрічних дій і вчинків. Будь-який прояв активності одного з учасників взаємодії стає одночасно й стимулом наступного поведінкового акту іншого та своєрідною реакцією на попередні дії партнера або опонента [3].

Достовірність отриманих даних визначалась при порівнянні показників отриманих реабілітологом і психологом центру за критерієм-U (критерій

попарного порівняння результатів). Аналіз достовірності отриманих показників визначався за порівнянням двох досліджуваних груп із застосуванням z-критерію.

Порівняльний аналіз первинних показників психологічного спостереження за дітьми із захворюваннями ОРА дошкільного й шкільного віку у МЦСР та КЦСПР (табл. 2.11) показав, що вибірки є гомогенними за всіма показниками ( $p > 0,05$ ). Серед хлопців із захворюваннями ОРА з МЦСР негативні емоції переважали у 12,5% - дошкільників, 33,3% хлопців молодшого шкільного віку, 50,0% - середнього шкільного віку та 100% - старшого шкільного віку.

Нейтральні емоції по відношенню до інших проявляли 37,5% дошкільників, 33,3% - молодших школярів, 50,0% хлопців середнього шкільного віку. Відсутність інтересу (чи/або можливості) до взаємодії виявлено у 50,0% дошкільників і 33,3% молодших школярів (рис. 2.6). Серед хлопців з захворюваннями ОРА з КЦСПР 75,0% дошкільників і 33,3% молодших школярів переважно проявляли негативні емоції у стосунках до інших. Нейтральні емоції було зафіксовано у 16,7% хлопців молодшого шкільного віку. Відсутність інтересу (чи/або можливості) до взаємодії спостерігалось у 25,0% дошкільників, 50,0% - молодших школярів, 100% хлопців середнього шкільного віку (рис. 2.6).

Серед дівчат із захворюваннями ОРА з МЦСР 28,8% дошкільниць і 100% - молодших школярок виявляли негативні емоції під час спілкування. Нейтральні емоції проявляли 42,9% дошкільниць і 100% дівчат середнього шкільного віку. Відсутність інтересу (чи/або можливості) до взаємодії було виявлено у 28,6% дівчат дошкільного віку. Спостереження за поведінкою дівчат з захворюваннями ОРА з КЦСПР показало, що 50,0% дошкільниць і 100% дівчат молодшого шкільного віку переважно виявляли негативні емоції до інших. Відсутність інтересу (чи/або можливості) до взаємодії було відмічено у 50,0% дошкільниць і 50,0% молодших школярок (рис. 2.7).

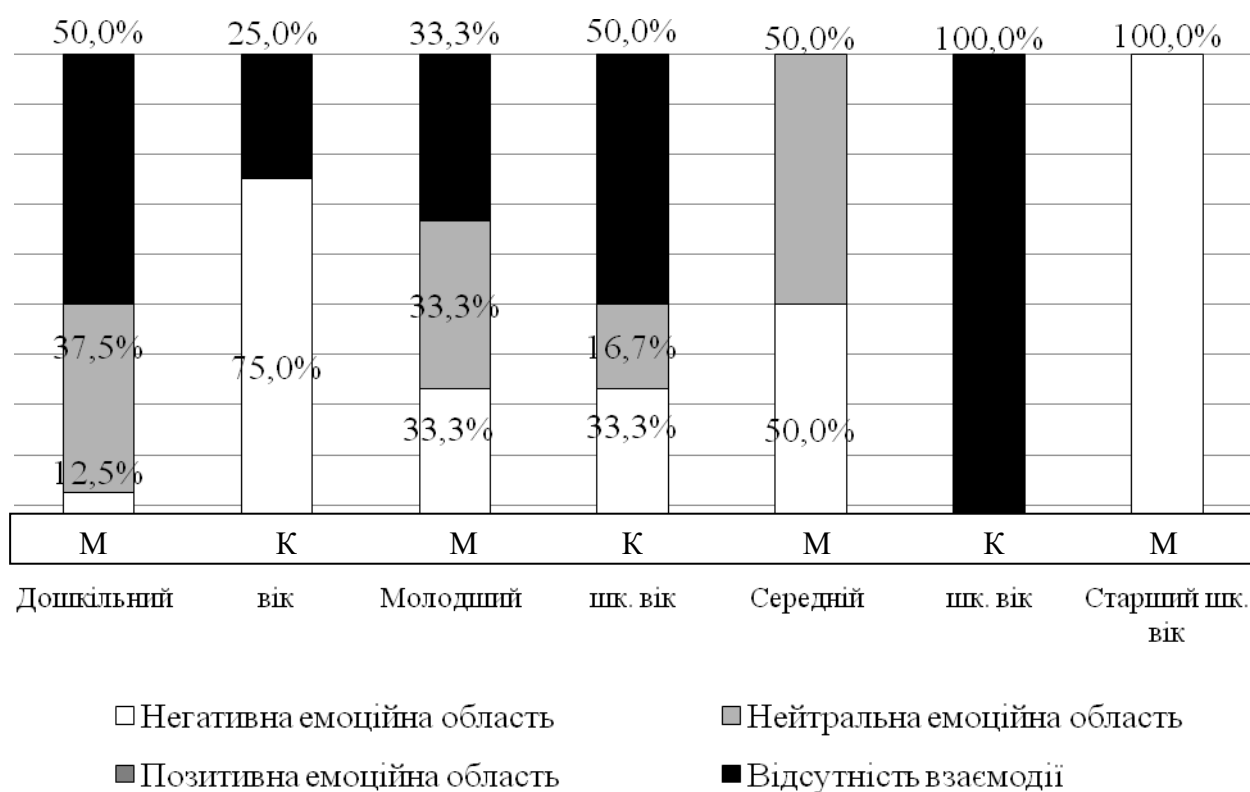


Рис. 2.6 - Порівняльний аналіз первинного психологічного спостереження за хлопцями із захворюваннями ОРА в МЦСР і КЦПСР

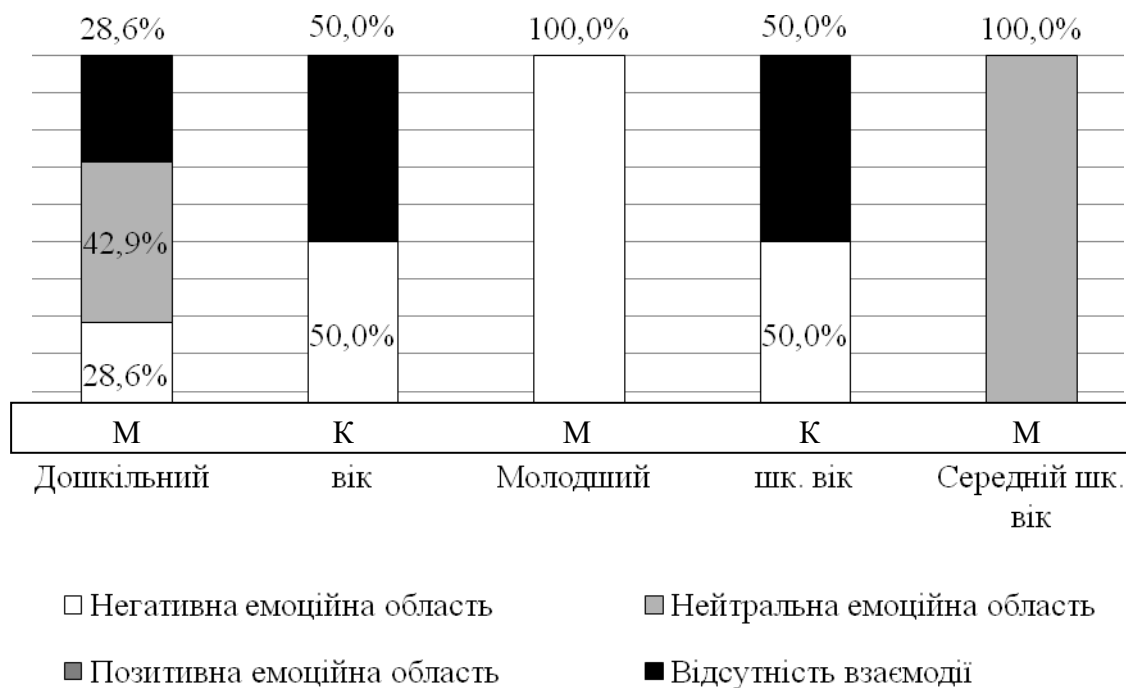


Рис. 2.7 – Порівняльний аналіз первинного психологічного спостереження за дівчатами із захворюваннями ОРА в МЦСР і КЦПСР

Таблиця 2.11

**Порівняльний аналіз первинних показників психологічного спостереження за дітьми із захворюваннями ОРА в МЦСР та КЦСПР**

Вік	Стать (n)	Експериментальна група (n=24)			Стать (n)	Контрольна група (n=16)			z	U	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$			
Дошкільний	X <sub>n=8</sub>	4,8	$\pm 4,7$	25,9	X <sub>n=2</sub>	7,3	$\pm 5,2$	41,3	>0,05	>0,05	0,5
	D <sub>n=7</sub>	6,7	$\pm 4,3$	21,9	D <sub>n=3</sub>	5,5	$\pm 5,5$	60,5	>0,05	>0,05	0,2
Шкільний (молодший, середній і старший)	X <sub>n=7</sub>	8,0	$\pm 4,0$	18,7	X <sub>n=4</sub>	4,6	$\pm 5,3$	33,3	>0,05	>0,05	0,7
	D <sub>n=2</sub>	9,0	$\pm 2,0$	8,0	D <sub>n=7</sub>	4,3	$\pm 4,4$	25,6	>0,05	>0,05	1,1

Таким чином, порівняльний аналіз результатів психологічного спостереження за хлопцями та дівчатами із захворюваннями ОРА показав, що серед дітей з КЦСПР спілкування було або відсутнім, або під час нього в них переважали негативні емоції. У дітей з МЦСР проявлялись нейтральні і позитивні емоції під час спілкування, що свідчить більшу готовність до взаємодії з іншими дітьми в колективі.

За показниками якісної характеристики 47,4 % хлопці дошкільного та шкільного віку з МЦСР були у процесі оцінювання інших і зовнішньої інформації. 9,5% дівчат і хлопців дошкільного віку з КЦСПР під час дослідження обмінювалися інформацією та визначалися із ситуацією у груповій свідомості. 43,1% дівчат у обох центрах перебували на етапі командування або впливу на інших.

Аналіз показників дисперсії вказує на значні розбіжності між дітьми у їхній поведінці в групі під час занять. Так, переважна кількість дітей поводити себе пасивно, а незначна їх частина активно вступала до взаємодії і спілкувалася.

Додамо, що за результатами педагогічного спостереження діти дошкільного й молодшого шкільного віку з ДЦП (із локомоторними обмеженнями) не виявляли інтересу (чи/або не мали можливості) до спілкування і взаємодії один з одним без заохочення їх з боку батьків або реабілітолога. Деякі діти виявляли агресію, штовхались, віднімали спортивний інвентар у інших. Окремі діти, які були вперше включені до групи, лякалися великої кількості дітей. У деяких дітей траплялись випадки істеричних нападів і девіантної поведінки.

Порівняльний аналіз первинних показників психологічного спостереження за дітьми з різними вадами здоров'я (табл. 2.12) показав, що загальний обсяг показників у вибірці є достовірно гомогенним ( $p > 0,05$ ).

Достовірна різниця була визначена лише між дівчатами середнього шкільного віку ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2.12

**Порівняльний аналіз первинних показників психологічного спостереження за дітьми з різними вадами здоров'я в МЦСР та КЦСПР**

Вік	Стать	Експериментальна група (n=79)			Стать	Контрольна група (n=34)			z	U	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$		x	$\sigma$	$\sigma^2$			
Молодший	X <sub>n=13</sub>	9,5	$\pm 2,1$	5,1	X <sub>n=7</sub>	7,9	$\pm 1,7$	3,5	>0,05	>0,05	0,2
	D <sub>n=8</sub>	9,0	$\pm 2,6$	7,7	D <sub>n=10</sub>	8,3	$\pm 2,7$	8,2	>0,05	>0,05	0,1
Середній	X <sub>n=12</sub>	7,2	$\pm 1,8$	3,6	X <sub>n=6</sub>	8,0	$\pm 2,1$	5,2	>0,05	>0,05	0,1
	D <sub>n=17</sub>	3,6	$\pm 1,8$	3,5	D <sub>n=4</sub>	8,3	$\pm 1,9$	4,9	<0,05	>0,05	1,3
Старший	X <sub>n=10</sub>	8,4	$\pm 1,8$	3,6	X <sub>n=4</sub>	8,5	$\pm 2,7$	9,7	>0,05	>0,05	0,01
	D <sub>n=9</sub>	7,1	$\pm 2,6$	7,6	D <sub>n=6</sub>	6,0	$\pm 2,1$	5,2	>0,05	>0,05	0,2



Серед хлопців з різними вадами розвитку з МЦСР негативні емоції переважали у 46,2 % хлопців молодшого шкільного віку, 91,7 % - середнього шкільного віку та 70,0% - старшого шкільного віку. У 53,9% молодших школярів, 8,3% хлопців середнього шкільного віку, а також у 30,0% хлопців старшого шкільного з віку МЦСР переважно проявлялись нейтральні емоції по відношенню до інших (рис. 2.8).

Серед хлопців з різними вадами здоров'я з КЦСПР 87,7% - молодших школярів, 66,7% хлопців середнього шкільного віку, 50,0% хлопців старшого шкільного віку проявляли нейтральні емоції по відношенню до інших. Негативні емоції до інших проявляли 14,3% хлопців молодшого шкільного віку, 33,3% - середнього шкільного віку, 50,0 % - старшого шкільного віку (рис. 2.8).

Негативні емоції було виявлено у дівчат з різними вадами здоров'я з МЦСР у такому співвідношенні відповідно до віку: 50,0% - молодших школярок, 76,5% школярок середнього віку, 66,7% – старшого шкільного віку. Нейтральні емоції проявляли 50,0% дівчат молодшого шкільного віку, 23,5% середнього шкільного віку, 22,2% – старшого шкільного віку. У 11,1% - дівчат старшого шкільного віку проявлялися позитивні емоції.

Спостереження за поведінкою дівчат з різними вадами здоров'я з КЦСПР показало, що негативні емоційні реакції проявляли у ході спілкування 57,1% дівчат молодшого шкільного віку, 75,0% - середнього шкільного віку, 83,3% - старшого шкільного віку. Нейтральні: 42,9% дівчат молодшого шкільного віку, 25,0% - середнього та 16,7% – старшого шкільного віку (рис. 2.9).

Було встановлено, що 44,2 % хлопців з різними вадами здоров'я в обох центрах були на етапі взаємного оцінювання інших і зовнішньої інформації, 25,0 % хлопців дошкільного віку з МЦСР були на етапі формування групового рішення. У 23,1 % хлопців середнього шкільного віку з МЦСР відбувався процес обміну інформацією та визначення ситуації у груповій свідомості, 7,7%

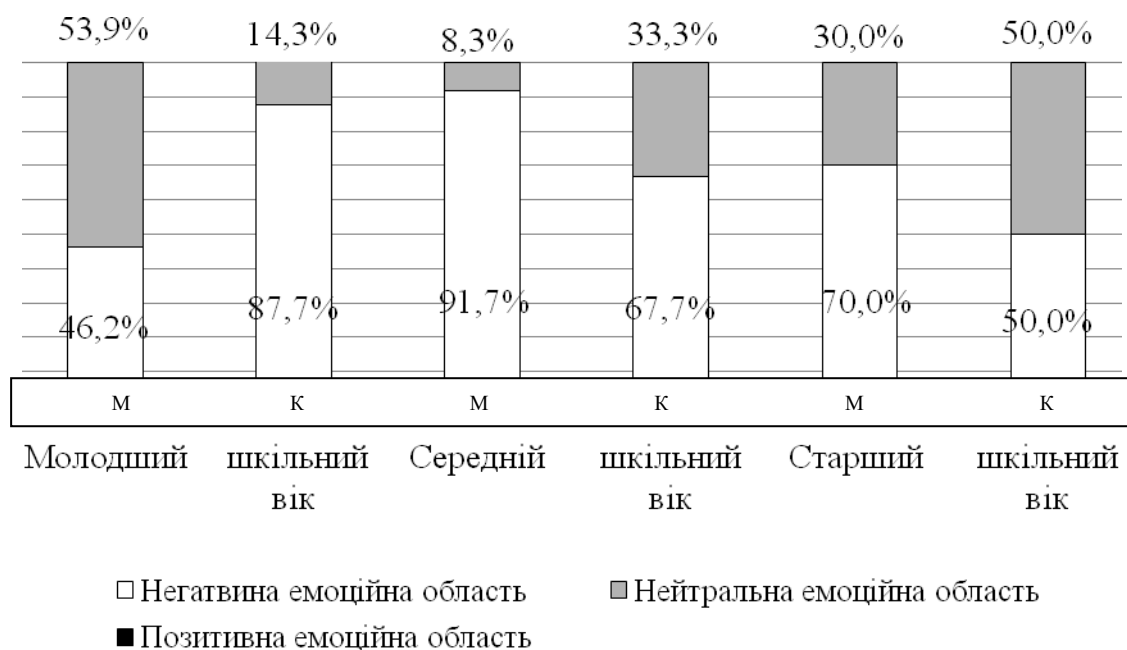


Рис. 2.8 – Порівняльний аналіз первинного психологічного спостереження за хлопцями з різними вадами здоров'я в МЦСП і КЦСПР



Рис. 2.9 – Порівняльний аналіз первинного психологічного спостереження за дівчатами з різними вадами здоров'я в МЦСП і КЦСПР

хлопців старшого шкільного віку з КЦСПР намагалися командувати або впливати на інших.

Аналіз даних психологічного спостереження показав, що 41,2 % дівчат молодшого й середнього шкільного віку з МЦСР намагалися командувати або впливати на інших, 29,4% дівчат старшого шкільного віку з обох центрів були на етапі обміну інформацією та визначення ситуації у груповій свідомості, 21,6 % дітей молодшого й середнього шкільного віку з КЦСПР займалися оцінюванням інших і зовнішньої інформації, формували групові цінності.

Таким чином, серед хлопців з МЦСР середнього й старшого шкільного віку переважали негативні емоції, максимальний прояв негативних емоцій було виявлено у хлопців середнього шкільного віку. З КЦСПР максимальний прояв негативних емоцій було виявлено у хлопців молодшого шкільного віку. Серед дівчат з МЦСР переважали під час взаємодії негативні емоції, між тим у незначного відсотка дівчат старшого шкільного віку було визначено прояв позитивних емоцій. У дівчат з КЦСПР мали місце, поряд з негативними, і нейтральні емоції. Максимальні значення прояву негативних емоцій було виявлено у дівчат молодшого шкільного віку.

Аналіз показників дисперсії вказує на, те що у дітей в обох групах проявлялась стабільність у емоційних реакціях. Показники коефіцієнту варіації свідчать про інформативність отриманих даних ( $\geq 10\%$ ).

Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога та психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p < 0,05$ ).

Слід додати, що результати педагогічного спостереження за дітьми з різними вадами здоров'я показали, що вони невпевнено почувалися у колективі, відмовлялись грати разом, вели себе напружено, іноді вступали до конфліктів і суперечок, тому намагалися виконувати завдання самостійно. При цьому на індивідуальних заняттях мотивація до виконання вправ і ігор у дітей послаблювалась. І навпаки, чим більше на занятті було присутньо осіб, тим

зацікавленішими були діти, тим менше вони скаржилися на втому й скоріше оволодівали руховими вміннями.

Таким чином, з одного боку, діти хотіли знаходитись у колі товаришів, а з другого - вони не мали достатнього досвіду спілкування та взаємодії для реалізації своєї потреби, про що свідчать результати психолого-педагогічного спостереження.

#### 2.4. Вивчення особливостей діяльності центрів соціальної і соціально-психологічної реабілітації

О. Опалюк та О. Лісовий (2006) [210] виділяють такі загальні завдання реабілітації у центрі: психогігієна виховного мікросередовища, оздоровлення й лікування, медична профілактика, охорона здоров'я, подолання комплексу неповноцінності, профілактика вторинних дефектів, розвиток компенсаторних функцій, соціальна адаптація та реабілітація, реалізація резервних сил і можливостей.

У своїй діяльності центри реабілітації України спираються на такі основні принципи:

- врахування регіональних особливостей;
- соціокультурної та економічної ситуації у регіоні;
- партнерство;
- різнобічність реабілітаційних заходів;
- єдність біологічних, психосоціальних і педагогічних методів;
- індивідуально-особистісний, гуманістичний підхід.

О. Стасюк (2008), [278] вивчаючи якість надання реабілітаційних послуг у центрах реабілітації було встановлено, що більшість відвідувачів добре оцінюють надані їм послуги. Серед іншого, дослідниця зазначила, що від 8,9% до 43% (при загальній кількості респондентів 402) відвідувачів реабілітаційних установ не володіють чіткою інформацією відносно жодної характеристики

наданих їм послуг. Тобто батьки дітей з вадами розвитку у низці випадків не знають, які саме та якої якості послуги мають отримати вони й їхня дитина.

Сучасні погляди на процеси навчання й пізнання розглядаються у соціальних і культурних аспектах. На думку Л. Виготського [48] навчання протікає у соціальному середовищі, тому не останню роль відіграє вивчення соціального й культурного середовища, в якому відбувається розвиток і навчання окремої дитини. З цього приводу нами було вивчено та проаналізовано діяльність центрів, обраних для проведення експериментальної частини дослідження.

Перш за все, нами було вивчено Типові положення, що регламентують діяльність реабілітаційних установ тих закладів, у яких безпосередньо проходив у експеримент.

За даними порівняння основних функцій двох типів реабілітаційних установ (табл.2.13) стало відомо, що вони мають деякі відмінності в організації своєї діяльності. Розбіжності існують у структурі, меті, строках й організації реабілітаційних заходів, вікових межах цільових клієнтів. Попре це існують і спільні функції, які полягають у комплексному підході, соціальному спрямуванні, наданні послуг родині, не обов'язковому відвідуванні реабілітаційних закладів, застосуванні психосоціальних і педагогічних заходів.

Загальним для двох реабілітаційних установ поданого типу є також спрямованість на соціальну реабілітацію та адаптацію дітей і сімей, в яких вони виховуються.

Крім цього, діяльність обох центрів регламентується індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда (ІПР) [230] за змістом якої будується увесь навчально-відновлювальний процес.

ІПР вміщує такі види та форми заходів реабілітації:

1. Медична реабілітація, що складається з: відновлювальної терапії, профілактичних заходів, санаторно-курортного лікування, реконструктивної хірургії, психіатричної допомоги, слухопротезування, кохлеарної імплантації, медичного спостереження.

Таблиця 2.13

**Порівняльний аналіз діяльності Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Мелітополь) і Центру соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з функціональними порушеннями «ІРИДА» (м. Київ)**

Функціональні складові закладу	Особливості діяльності		Спільне у діяльності
	ЦСР	ЦСПР	
Структура	розгалужена на відділи	не розгалужена	комплексний підхід
Мета діяльності	всесторонній розвиток, засвоєння знань, умінь і навичок з метою підготовки дітей до дошкільної, шкільної, і, з урахуванням медичних рекомендацій, професійно-технічної і вищої освіти	відновлення та підтримка фізичного та психічного стану дітей і молоді, адаптація та інтеграція у суспільство	соціальна адаптація та інтеграція в суспільство
Цільові клієнти	від 2-18 років	від 7-35 років	родина
Регламент відвідування	не менше 6 місяців	без обмеження	рекомендаційний характер

## Продовження таблиці 2.13

Організація реабілітаційних заходів	1. Заходи з психологічної реабілітації. 2. Заходи з педагогічної реабілітації 3. Заходи з професійної орієнтації 4. Заходи з медичного супроводу	Види послуг: 1.Психологічні; 2.Соціально-педагогічні; 3.Соціально-медичні; 4.Юридичні та інформаційні. 5.Створює клуби за інтересами, направляє у разі потреби осіб у інші реабілітаційні заклади, забезпечує щоденне одноразове харчування.	Психологічні; Соціально-педагогічні; Соціально-медичні заходи.
-------------------------------------	---	---	--

2. Психолого-педагогічна реабілітація складається з: консультування, психолого-педагогічної діагностики, психолого-педагогічного патронажу, психологічної і педагогічної корекції.

Освітні послуги:

- колективна форма навчання, у тому числі інтегроване й інклюзивне навчання;
- індивідуальна форма навчання;
- дистанційна форма навчання.

3. Фізична реабілітація вміщує: консультування, ерготерапію; кінезотерапію, лікувальний масаж, лікувальну фізкультуру.

4. Професійна реабілітація складається з: професійної орієнтації, професійного відбору, професійної освіти, експертизи потенційних професійних здібностей, професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації.

5. Трудова реабілітація складається з: пристосування до створення робочого місця з урахуванням безпеки і фізичних можливостей інваліда; раціональне працевлаштування інваліда (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або новою діяльністю); визначення видів спеціальностей і професій доступних за станом здоров'я.

6. Фізкультурно-спортивна реабілітація вміщує: навчання заняттям з фізичної культури; оздоровлення та реабілітацію у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів; навчально-тренувальні заняття з фізичної культури та спорту; заняття спортом.

7. Соціальна та побутова реабілітація: навчання основним соціальним навичкам; соціально-побутовий патронаж; працетерапія; пристосування меблів, установа обладнання для адаптації житлових приміщень.

Результати телефонного опитування керівників і фахівців 36 центрів реабілітації України, педагогічне спостереження за проведенням занять з фізичної реабілітації на базі 6 центрів реабілітації [355, 359] та опитування батьків, що виховують дітей з психофізичними вадами дало можливість встановити, що відновлення дітей з вадами розвитку має переважно медичний характер [355, 359]. На нашу думку, такі обставини пов'язані, по-перше, з усталеним сприйманням дитини з вадами розвитку як пацієнта медичних установ. По-друге, фактичною відсутністю програмного й методичного забезпечення навчальних та відновлювальних занять. По-третє, недостатньою компетентністю фахівців, що займаються корекційним навчанням у реабілітаційних установах (реабітологів, психологів, педагогів, соціальних



працівників та ін.). По-четверте, непоінформованістю батьків про низку необхідних заходів відновлення й навчання їх дитини.

За даним аналізу результатів частотного педагогічного спостереження було встановлено, що різні фахівці центру (психолог, логопед, соціальний педагог, масажист, фізіотерапевт, бальнеотерапевт, фізичний реабілітолог тощо) для здійснення індивідуального підходу переважно застосовують індивідуальну форму організації занять, тим самим позбавляючи дітей будь-якої взаємодії один з одним [358, 359]. Результати проведеного опитування показали, що реабілітація та соціальна інтеграція засобами АФК реалізуються під час індивідуальних занять або процедур з фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, бальнеотерапія, фізіотерапія тощо). У п'яти із загальної кількості центрів, в яких проводилось телефонне опитування, епізодично до загального плану роботи центру включали рекреаційні заходи, спортивні змагання, присвячені Дню інваліда або Дню здоров'я [355, 359].

Слід зауважити, що до програми індивідуального навчання дітей з вадами розвитку в умовах загальноосвітніх шкіл, поряд з трудовим і музичним навчанням не включено фізичне виховання. За «Педагогічним словником» [218], індивідуальне навчання використовується для хворих дітей, які за станом здоров'я не можуть ходити до школи. Для навчання таких дітей органи освіти призначають спеціальних вчителів, які проводять з ними заняття в домашніх умовах. Тобто, хай то дитина включена до будь-якого освітнього закладу або ні, у період закладання основ фізичних і психосоціальних якостей вона перебуватиме поза колективом інших дітей і майже позбавлена можливості систематично займатися фізичними вправами.

Також вочевидь той факт, що діти, які набули статусу «ненавчених», мають дуже малі шанси перейти на іншу сходинку суспільного життя, бо історично й фактично так склалось, що їх «не вміють навчати». У багатьох провінційних містах діти зі статусом «інвалід» не мають, у більшості випадків, базового навчання фізичним вправам, не кажучи вже про організацію рухової рекреації, креативних рухових практик та спорту.

У Центрі соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Мелітополь) з моменту його відкриття функціонувало відділення фізкультурно-спортивної реабілітації, де проводилися заняття з фізичного виховання й спортивної підготовки за видами спорту (настільний теніс, шахи, шашки, пауерліфтинг). Стало відомо, що на сьогодні дане відділення припинило своє функціонування. Хоча, на спільній з центром площі діяв на суспільних засадах фізкультурно-спортивний клуб «ФОКІС» залучення до рухової активності дітей ця організація не займалась.

У Мелітопольському центрі реабілітації у 2007 році в системі забезпечення заходами фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації було задіяно: 2 фізичних реабілітологи, 1 медична сестра з лікувальної фізичної культури, 2 медичні сестри з бальнеотерапії, 2 масажисти. У київському центрі на момент кризи 2008-2009 років було скорочено посаду фахівця з фізичної реабілітації у зв'язку з тим, що більшість часу ця посада залишалась вакантною. Інших занять з рухової активності в центрі не проводилось. З засобів фізичної реабілітації застосовувався масаж, а також батькам дозволялося самостійно займатися з дітьми у реабілітаційному залі [354, 361].

У МЦСР діти проходили курс реабілітації кожного кварталу 1,5-2 тижня. У КЦСПР діти малу змогу відвідувати реабілітаційну установу кожного дня, але через проблеми мобілізації переважна кількість дітей відвідувала заняття не більше 2-3 разів на тиждень.

Таким чином, отримані дані свідчать, що діти у двох центрах не отримували однакового обсягу послуг на заняттях з фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації, тому подальше проведення порівняльного аналізу показників фізичного розвитку й соціально-психологічної інтеграції у колектив у експериментальній і контрольній групі не матиме достатньої наукової достовірності також у зв'язку з особливістю діяльності типових центрів соціальної реабілітації у різних регіонах України.

## 2.5. Результати анкетування й опитування батьків

Результати частотного педагогічного спостереження на базі 6 реабілітаційних центрів України показали, що на сьогодні роботи з сім'ями, що виховують дітей з вадами розвитку у напрямку їх заохочення до фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації не ведеться.

Результати цілеспрямованого опитування й бесід з 183 батьками (опікунами) у Мелітопольському та Київському реабілітаційних центрах дали змогу виділити основні проблеми, які спричинюють ускладнення систематичного застосування фізичної або фізкультурно-спортивної реабілітації у центрах або поза їх межами:

- проблема мобілізації дітей до центру – 89,4% респонденти;
- обмеженість часу перебування у центрі (курсу реабілітації або кількості занять на тиждень, залежно від особливостей організації реабілітаційного процесу у центрі) – 73,2%;
- відсутність знань щодо принципів корекційного впливу фізичних вправ на систему організму дитини для використання їх поза центром – 96,8%;
- відсутність мотиву у дитини займатись фізичними вправами вдома під наглядом батьків (або самотійно) – 58,4%.

У ході бесід з'ясувалось, що 63,6 % батьків потребують допомоги та консультування фахівця з фізичної реабілітації щотижня, а 24,1% - щомісяця, 12,3% – раз на півроку.

Слід зауважити, що об'єктивні причини пов'язані з відсутністю власного транспорту у ЦСР і/або економним графіком його експлуатації. Особливості організації надання реабілітаційних послуг (курси, заняття, час) закономірно залежать від обсягу дітей, що перебувають на обліку в ЦСР у співвідношенні до фахівців, що можуть фактично надавати послуги. У київських центрах соціальної реабілітації не вистачає фахівців з фізичної реабілітації, що також відображається на можливості організації систематичних занять. Така ситуація

спричинена, з одного боку, важкими й відповідальними умовами праці, а з другого, порівняно низькою оплатою праці [360].

Результати проведеного нами анкетування (додаток А) 42 батьків дали змогу відтворити загальне ставлення до застосування фізичної активності у відновленні й розвитку дитини (табл. 2.14). Батькам було запропоновано обрати ймовірні відповіді. У таблиці було порівняно відповіді батьків з Мелітопольського та Київського ЦСР. Варіанти відповідей, які не обиралися, до таблиці занесені не були.

Дані анкетування засвідчили, що у МЦСР 89,5%, а у КЦСПР 86,4% батьків вважають, що їхній дитині необхідні заняття з фізичної та фізкультурно-спортивної реабілітації. Проте, 10,5% батькам з МЦСР і 27,3% з КЦСПР не завжди вистачає часу для занять з дитиною. У МЦСР 10,5% батьків вважають, що їхній дитині протипоказані заняття взагалі. 31,6% батьків з МЦСР і 40,9% з КЦСПР зазначили, що займаються з дитиною щодня, через день – 21,1% і 45,5%, і менше ніж два рази на тиждень 47,4 і 9,1%, відповідно.

Отже, стало відомо, що переважна кількість батьків усвідомлюють необхідність заняття фізичними вправами для їхньої дитини. Батькам з Києва частіше не вистачає часу, попри це вони більше займаються з дітьми, аніж батьки з Мелітополя, і віддають перевагу заняттям через день. Майже половина батьків, що мешкають у Мелітополі, не приділяють часу для занять з дітьми вдома.

За відповідями батьків з МЦСР для 63,2%, а з КЦСПР для 40,9% дітей заняття на базі центру є основною формою занять фізичним вправами, 26,3% батьків з МЦСР і 22,7% з КЦСПР сприймають заняття в центрі, як метод навчання для подальших занять вдома, а 36,4% батьків з КЦСПР зазначили також, що заняття є доповненням домашніх занять.

Також у 10,5% батьків з МЦСР є потреба у консультуванні й навчанні навичок застосування фізичних вправ з метою відновлення та розвитку дитини у фахівця з фізичної реабілітації більше ніж раз на тиждень. Батькам з КЦСПР були необхідні ті ж послуги у 40,9 % випадків. Раз на тиждень – 21,1% (МЦСР)

Таблиця 2.14

**Порівняльний аналіз ставлення батьків до заходів фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації у Мелітопольському та Київському центрах соціальної реабілітації**

Питання, на які було дано відповіді	Відповіді батьків МЦСЦ (n=19) кіл. – %	Відповіді батьків КЦПСР (n=23) кіл. – %
Заняття з фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації: - протипоказані вашій дитині - необхідні - необхідні, але не завжди вистачає часу й бажання ними займатися	2 – 10,5% 17 – 89,5% 2 – 10,5%	– 19 – 86,4% 6 – 27,3%
Чи часто Ви займаєтесь фізичними вправами зі своєю дитиною? - щодня - через день - менше, ніж два рази на тиждень	6 – 31,6% 4 – 21,1% 9 – 47,4%	9 – 40,9% 10 – 45,5% 2 – 9,1%
Заняття з фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації, які проводяться в центрі є: - основою занять фізичними вправами - доповненням домашніх занять - засобом навчання для подальших самостійних занять вдома	12 – 63,2 % 5 – 26,3% 5 – 26,3%	9 – 40,9% 8 – 36,4% 5 – 22,7%
Чи часто у Вас виникає потреба консультуватися або навчатися практичних		

Продовження таблиці 2.14

<p>навичок у спеціаліста з фізичної реабілітації:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- раз на тиждень</li> <li>- більше, ніж раз на тиждень</li> <li>- раз на місяць</li> <li>- послуги не потрібні</li> </ul>	<p>4 – 21,1%</p> <p>2 – 10,5%</p> <p>9 – 47,4%</p> <p>4 – 21,1%</p>	<p>6 – 27,3%</p> <p>9 – 40,9%</p> <p>7 – 31,8%</p> <p>–</p>
<p>На Вашу думку, заняття з фізичної реабілітації можуть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- розвивати фізичні й функціональні можливості дитини;</li> <li>- розвивати психічні і соціальні якості дитини</li> <li>- впливають на загальний розвиток дитини</li> </ul>	<p>16 – 84,2%</p> <p>6 – 31,6%</p> <p>12 – 63, 2%</p>	<p>20 – 90,9%</p> <p>6 – 27,3%</p> <p>7 – 31,8%</p>
<p>Від чого залежить ефективність занять з фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- від організації занять керівництвом центру</li> <li>- від бажання дитини займатися фізичними вправами</li> <li>- від облаштування спортивного залу</li> <li>- від майстерності фахівця з фізичної реабілітації</li> <li>- від заохочення батьками своїх дітей</li> </ul> <p>Обрали всі відповіді</p>	<p>У %</p> <p>10 – 52,6%</p> <p>12 – 63,2%</p> <p>9 – 47,4%</p> <p>14 – 73,7%</p> <p>9 – 47,4%</p> <p>7 – 36,8%</p>	<p>По п'ятибальній шкалі</p> <p>18 – 3,2</p> <p>20 – 3,6</p> <p>19 – 2,7</p> <p>19 – 4</p> <p>19 – 4</p> <p>23 – 100%</p>
<p>Яка роль, на вашу думку, відводиться батькам у навчанні дитини рухам і розвитку фізичних якостей?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- багато що залежать від наполегливості і</li> </ul>		

## Продовження таблиці 2.14

активності батьків	19 – 100%	22 – 95, 5%
- дуже не значна	1 – 5,3%	1 – 4,5%
Ваша дитина і ви:		
- з радістю займаєтесь фізичними вправами в центрі і вдома	14 – 21,1%	20 – 90,9%
- займаєтесь тільки в центрі	4 – 21,1%	2 – 9,1%
- займаєтесь тільки вдома	1 – 5,3%	–
- без радості	–	1 – 4,5%
- з важкістю	–	1 – 4,5%
Повернено анкет не заповненими	5 %	2 %
Не повернено	3%	7%

і 27,3% (КЦСПР), раз на місяць 47,4% і 31,8%, відповідно. Так, 21,1% батьків з МЦСР зазначили, що їм послуги зовсім не потрібні. Можливо припустити, що чим менше батьки приділяють часу для занять з дітьми, тим менше вони розуміють потребу у збагаченні власних знань і вмінь для її відновлення засобами АФК.

При цьому 63,2% батьків з МЦСР погодились, що заняття фізичними вправами впливають на розвиток всього організму, а з КЦСПР лише 31,8% батьків вважали, що це так. Переважна кількість батьків традиційно вважають, що фізичні вправи впливають на розвиток фізичних і функціональних якостей дитини. Так, з МЦСР цієї думки додержувались 84,2% батьків, а з КЦСПР 90,9%. З тим, що заняття фізичними вправами можуть впливати на розвиток психічних і соціальних якостей погодились 31,6% батьків з МЦСР і 27,3% з КЦСПР.

Було встановлено, що 73,7% батьків з Мелітополя вбачають залежність ефективності занять фізичними вправами від майстерності фахівця з фізичної реабілітації. Батьки з Києва також дотримуються цієї думки, оскільки за

кількістю набраних балів (за 5-бальною шкалою) це твердження було оцінено на 4 бали. Лише 47,4% батьків з Мелітополлю визнали вагомість своєї ролі у фізичному розвитку дитини, а батьки з КЦСПР свою роль оцінили на 4 бали. Батьки МЦСР на зацікавленість дітей покладались у 63,2% випадках, 52,6% – на організацію занять керівництвом, 47,4% – відзначили роль облаштованості залу. Батьки з КЦСПР оцінили на 3,6 бали важливість інтересу дітей до занять, на 3,2 – організацію занять керівництвом і на 2,7 бали – облаштованість залу.

Отже, батьки Мелітопольського центру більше покладаються на фахівців з фізичної реабілітації і керівництво та перекладають на них відповідальність за відновлення своїх дітей заходами АФК. Батьки київського центру у рівній мірі покладали відповідальність за відновлення своєї дитини на себе й фахівця з фізичної реабілітації. За тією же послідовністю, що і батьки з Мелітополлю, вони розподілили пріоритети між сферами впливу останніх факторів зацікавленості дітей, організації занять керівництвом і облаштованістю залу.

Також 100% батьків з МЦСР визнали, що у навчанні рухам і розвитку фізичних якостей багато що залежить від них, і 1 з тієї ж кількості батьків відзначив протилежну відповідь, тобто, що від батьків мало що залежить. 90,9% батьків з КЦСПР погодились, що вони відіграють важливу роль у процесі розвитку фізичних якостей у своїх дітей, і 4,5% – визначили, що їхня роль дуже незначна. Останній ряд питань визначив, що 21,1% дітей за думкою батьків з МЦСР з радістю займаються фізичними вправами в центрі та вдома, на думку батьків з КЦСПР 90,9% дітей (при цьому 1 респондент довільно дописав, що діти займаються без радості, а 1 – що діти займаються з важкістю). 21,1% батьків з МЦСР займались лише в центрі, а 5,3 % – лише вдома. З КЦСПР 9,1% займались лише в центрі. Додамо, що 5% анкет, які роздавались батькам у МЦСР було повернено незаповненими, 3% не було повернено, у КЦСПР 2% і 7%, відповідно.

Таким чином, отримані у ході анкетування дані показали, що діти з двох центрів мали різні умови виховання засобами АФК в родині.



## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Обґрунтовано методи дослідження, етапи його проведення та висвітлено результати первинного тестування рівня рухових можливостей, фізичної підготовки та психолого-соціальної інтеграції дітей з вадами розвитку; проведено порівняльний аналіз нормативної бази і організаційних особливостей діяльності центрів соціальної реабілітації, проаналізовано та узагальнено результати цілеспрямованого опитування й анкетування батьків.

У ході проведеного дослідження було визначено найбільш ефективні нормативно-правові юридичні засади, що впливають на діяльність і практичне використання засобів та методів адаптивної фізичної культури в типових центрах соціальної реабілітації. Встановлено, що між цими видами діяльності існує ряд розбіжностей. Дана обставина, на нашу думку, була суттєвим фактором, впливаючим на результати експериментального дослідження.

При вивченні анамнезу стану здоров'я дітей з різними нозологічними категоріями відхилень у розвитку виявлено, що в обох центрах соціальної реабілітації основний контингент (до 61,3%) склали діти з вадами опорно-рухового апарату та ураженням центральної нервової системи. У інших дітей переважно зафіксовано соматичні захворювання різних систем і органів.

Враховуючи, що основний контингент склали діти з важкими наслідками захворювання опорно-рухового апарату, для більш об'єктивного вивчення їх рухових можливостей нами були визначені тестові завдання, які загалом склалися з 35 фізичних вправ, рекомендованих вченими для проведення відповідних досліджень. Внаслідок проведеного тестування було встановлено, що рівень розвитку культури виконання основних рухів базувався на несформованості позастатичних рефлексів, які забезпечують ступінь вертикалізації тіла у просторі, фізіологічність пози прямостояння та сидіння, навички ходи та розвиток загальної і дрібної моторики. Крім того, було з'ясовано, що показники морфо-функціональних та рухливих можливостей організму цих дітей при проведенні порівняльного аналізу з аналогічними

даними дітей, які відвідували заняття з АФК в центрах соціальної реабілітації різних регіонів України не були гомогенними, що практично не дало змогу визначити контрольну групу.

Між тим, у дітей з іншими соматичними захворюваннями було зафіксовано певний рівень спроможності виконувати основні життєвонеобхідні рухи. Крім того, вони при виконанні фізичних вправ відрізнялись сформованістю локомоторних дій. Означену обставину підтвердило визначення основних характеристик якості виконання рухових дій, для чого нами було застосовано педагогічне тестування 9 основних рухових вправ. Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що у даного контингенту дітей спостерігається практична відсутність готовності до виконання щонайменшого навантаження у вигляді фізичних вправ .

За результатами аналізу психологічного спостереження було встановлено, що обстежені діти визначалися низьким рівнем не були навчені соціальній і руховій взаємодії з іншими особами у колективі, тобто елементам соціальної активності у повсякденному житті, що виявлялось у прояві негативно-нейтральних емоцій під час занять фізичними вправами у колективі.

Крім того, 86,3 % дітей дослідженого контингенту до проведення експерименту практично не займались систематично фізичними вправами, що підтверджено результатами анкетування і цілеспрямованого опитування батьків.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ НАВЧАННЯ АДАПТИВНІЙ ФІЗИЧНІЙ КУЛЬТУРИ В УМОВИ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 3.1. Концептуальне обґрунтування методики навчання дітей адаптивної фізичної культури в умовах центрів соціальної реабілітації

Відомо, що концепція формулює принципи процесу діяльності, який відповідає загальнонауковому рівню пізнання [138]. В. Мясіщев (2003) [188] у своїй концепції особистості вважав, що людина – це єдина *біо-психо-соціальної система*. У АФК суб'єктом навчання виступає дитина з вадами розвитку, відповідно до концепції В. Мясіщева на біологічному рівні таку дітину характеризує наявність патології, що призводить до обмежених можливостей і супроводжується її малорухливістю як вимушеною формою поведінки та призводить до гіподинамії і гіпокенезії. Подовжене перебування в стані зниженого обсягу й інтенсивності рухової діяльності (малих витратах енергії на м'язову роботу, локального характеру зусиль, вимушених статичних поз і положень, спрощених координацій) призводить до зниження всіх проявів життєдіяльності, неекономічного функціонування різних систем організму, а в подальшому – до виснаження компенсаторних можливостей і функціональних резервів [333].

Кумулятивний ефект гіподинамії і гіпокенезії виявляється у порушенні регуляторних механізмів, атрофічних і дегенеративних змінах опорно-рухового апарату, особливо нервово-м'язового і кісткового компонентів, у зниженні стійкості та надійності координації рухових актів, порушенні обмінних процесів, зменшенні обсягу циркулюючої крові й сили скорочення серцевої м'язи, зниження функції дихання, розладу травлення та ін. [308, 333].

Обмеження рухової активності дитини з особливими потребами в низці випадків має негативні наслідки – такі, як порушення соціальних зв'язків і умов

самореалізації, що ускладнює можливість до подальшої економічної і побутової незалежності, викликає стійкий емоційний стрес [257].

Для дітей-інвалідів з дитинства характерні прояви дизонтогенезу й ретардації як у природному (біологічному), так і в психофізичному розвитку, що викликає зміщення сенситивних періодів вікового розвитку, призводить до дефіциту природних потреб дитини в русі, грі, емоціях, спілкуванні, ускладнює навчання [163, 231, 259, 283].

За даними наукових досліджень [61, 89, 161, 242, 262, 346], аномальний розвиток дитини завжди супроводжується порушенням моторних функцій, відставанням і дефіцитом рухової сфери. Результатом цього є відставання дітей з особливими потребами від здорових однолітків за рівнем фізичного розвитку та фізичної підготовки на 1-3 роки [319].

На психологічному рівні дитину з вадами здоров'я характеризують особливості її провідної діяльності відповідно до вікового етапу.

*Моторний етап*, властивий малюку на першому році життя, коли відбувається становлення моторних функцій, їхнє формування, удосконалення та диференціація за досить короткий період часу. Провідна діяльність немовля – це емоційно-контактне спілкування з дорослим.

*Сенсомоторний етап*, що триває від одного до трьох років, і є основним для розвитку первинних цілеспрямованих дій та активних форм спілкування. Знаряддево-предметна діяльність, на даному етапі, є провідною.

*Афективний етап* триває від трьох до дванадцяти років, це головний період, коли дитина експериментує з поведінковими реакціями, вольовими зусиллями та вибирає свій, характерний для цього віку Я-образ. Провідною діяльністю цього етапу є навчання.

*Ідеаторний етап* – від дванадцяти років та протягом всього формування зрілої особистості, коли відбувається формування й розвиток понять, особистісних суджень. Основною діяльністю є інтимне-особистісне спілкування підлітків; професійно-навчальна діяльність ранньої юності [7, 73, 136, 200, 283, 348].

Між тим, психічний розвиток дитини з вадами розвитку є нерівномірним і супроводжується різкими кількісними та якісними змінами під час вікових криз:

- *Перша вікова криза* (2-4 роки): самосприйняття, становлення самостійних дій дитини, перші статеві орієнтації;

- *Друга вікова криза* (6-8 років): зміна ігрової мотивації на навчальну, оволодіння новими соціальними ролями, формування відповідальності та набуття певних значущих обов'язків;

- *Третя вікова криза* (12-18 років): самоактуалізація, перші спроби самовиховання, самовизначення як особистості.

У певні кризові періоди у зв'язку з порушенням відносної фізіологічної та психофізіологічної рівноваги у дітей з вадами розвитку особливо часто виникають та проявляються психічні порушення [126].

Також будь яка особистість має відповідні етапи становлення в соціальному житті, тому розрізняють чотири основні етапи соціалізації особистості:

1. Соціалізація дитини.
2. Соціалізація підлітка (нестійка, проміжна).
3. Тривала (концептуальна) цілісна соціалізація (перехід від юності до зрілості у період від 17-18 до 23-25 років).
4. Соціалізація дорослих.

Сучасні соціально-психологічні дослідження свідчать, що основи соціалізації дитини закладаються під час пренатального періоду розвитку зародка через сприйняття їм емоційних переживань матері [15, 70, 240].

Перша психосоціальна криза, що розглядається С. Ройз (2005) [240], припадає на акт народження, який супроводжується стресом і пов'язаним з ним специфічними психофізичними відчуттями. На сьогодні існує практика, коли дитину кладуть на живіт матері після народження, що за думкою вчених, відіграє важливу роль, як перший соціальний контакт на основі якого буде розгортатися подальше соціальне життя людини [15, 70, 240].

В. Городянко, А. Брегеда, А. Бовтрук, Г. Дворецька (1999) та ін. [276] також розглядають кризи соціального становлення дитини. Це перші 2 – 3 роки і вступ до школи; для соціалізації підлітка – перетворення дитини та підлітка на юнака; початок самостійного життя й перехід від юнацтва до зрілості. Соціалізація дітей націлена на формування ціннісних орієнтацій, засвоєння норм поведінки та пов'язана здебільшого з мотивацією.

Л. Виготський писав: «...фізичний дефект викликає ніби соціальний звих, абсолютно аналогічний тілесному звиху, коли пошкоджений член – рука або нога – виходить з суглобу, коли грубо розриваються звичайні зв'язки й зчленування, і функціонування органу супроводжується болем та відновлювальним процесом. Якщо психологічний тілесний недолік означає соціальний звих, то педагогічно виховувати таку дитину – це означає вправляти її у життя, як вправляється звихнутий і хворий орган» [47].

Нами було проаналізовано концептуальні основи теорії адаптивної фізичної культури, котрі існують у різних країнах світу. Стало відомо, що у США на АФК покладають вирішення фізичних, психологічних, соціальних і екологічних проблем людини з вадами розвитку [373, 375, 380]. Натомість, у Росії вважають, що АФК виконує освітні, виховні, розвиваючі, корекційні, компенсаторні та профілактичні завдання [13, 94, 331]. У нашій державі Р. Чудна (2003) виокремила морфо-функціональні, психолого-педагогічні й соціальні завдання, котрі має виконувати адаптивна фізична культура [324-326].

З нашого погляду, існуюча концепція АФК потребує доповнення і доопрацювання, так як ми вважаємо, що вирішення лише біологічних (морфо-функціональних), психолого-педагогічних і соціальних завдань є недостатнім для вирішення проблеми загального розвитку і підготовки дитини з функціональними обмеженнями до повноцінного життя. Так, ми вважаємо, що дитина з вадами розвитку є носієм своєї культури.

Наш досвід роботи з дітьми з вадами розвитку дав змогу зрозуміти, що ці діти не лише самі мають невичерпаний дар любові, чутливості, відкритості, щирості, терпіння, відваги, але й через взаємодію навчають цим чеснотами

оточуючих. У родині, що виховує особливу дитину, змінюються цінності – і на перший план виходять духовні, моральні, етичні засади в осягненні сенсу життя. Труднощі і негаразди повертають людей до пошуку істини й Бога, а матеріальні, економічні, політичні проблеми залишаються на другому плані. Ми вважаємо, що через ставлення до дитини, матері, людей похилого віку, слабких і хворих вимірюється загальний духовний і культурний потенціал нації.

У сучасній науковій літературі ми знайшли погляди, які ствердили нас у думці, що проблема захворюваності і інвалідизації дітей має багатоаспектні прояви, які доцільно враховувати у дослідженнях відповідного спрямування.

В останнє десятиріччя загальний інтерес привертає нова наука ноологія про духовне становлення людини, в основу якої покладено вчення Т. де Шардена [267], Р. Бекка (космічна свідомість), С. Гроффа (холотропна свідомість) [70], А. Маслоу (ресакралізація свідомості та пікові переживання) [155]. У дослідженнях Сибірського філіалу Академії наук Росії новій людині дали назву «Номо поетіс» – людина ноетична, або духовна, космічна. При такому розгляді сутності людини головний акцент робиться не на раціональній, а на інтуїтивній і духовній основі «ноезиса» (процесу осягнення духовної, божественної сутності людини та Космосу). Духовний потенціал людини можливо «виважити» лише через її інформаційний потенціал, тобто через образ її життя, серцеву щедрість, відкритість, ставлення до людей, особливо до дітей, природи, рослин, тварин, усієї планети. У працях Л. Бетіної, О. Коновалова, В. Тонкова, Е. Суродеевої [155] розуміння еволюції людини визначається з точки зору космології: це самовдосконалення, спрямоване на видалення системою низьких частот, які розвивають низькі риси й прирікають людину на деградацію. За визначенням вчених цього спрямування інтелектуальний потенціал, на який сьогодні роблять велику ставку, набагато слабший за загальний духовний потенціал.

У роботах науковців, які безпосередньо працювали з дітьми з вадами розвитку [49, 116, 180], ми неодноразово зустрічали, визначення дітей з вадами розвитку як «духовно обдарованих», «талановитих», «відвертих»,

«потенційних», «чистих» – при тому, що їхні фізичні або інтелектуальні здібності не досягають загально прийнятої норми.

Таке розуміння, на нашу думку, має спрямовувати людство не приховувати проблем, пов'язаних зі здоров'ям, бо на сьогодні ці проблеми вже вийшли за межі якоїсь окремої соціальної категорії людей. Так, М. Куртишева (2007) [155] вивчаючи причини виникнення масових вад у дітей зазначає, що більшість дітей, які народжувалися у першій половині 90-х років, мали у своїх медичних картах діагноз: частковий альфа-ритм, загашення альфа-ритму або відсутність альфа-ритму. Альфа-ритм відповідає за активне налаштування мозкової діяльності та правильне «включення» адаптивних процесів. Дослідниця вважає, що природна система «налаштування» й адаптації психофізичної сфери дитини проходила (а можливо й досі ще проходить, бо такий процес потребує значного часу) період «перебудови» та змінення: «нові» діти навчаються налаштовуватися на наш світ по-іншому і за допомогою інших природних механізмів. Академік В. Казначєєв [155] припустив визначення для нового явища як «адаптацію через хворобу». Тобто, коли стрімко змінюється психосоматична норма в основного загалу дітей, не було проведено комплексних досліджень і, за припущеннями М. Куртишевої, науковцями було пропущено початок революції в еволюції.

Якщо вважається, що організм хворіє увесь, то не можна забувати, що він також увесь бореться з недугою, включаючи захисні реакції, активізуючи життєві сили. У зв'язку з цим проблема адаптації і компенсації порушених функцій – це перед усім проблема роботи організму як цілісної системи [255, 256, 340]. Дж. Кришнамурті вважав: «Любов і співчуття – ось основа, від якої завдяки увазі походить розумність» [155].

Будь яке захворювання, за визначенням німецького вченого-фізика й Нобелівського лауреата М. Планка, – це нестача енергії. Ще М. Амосов казав: «Ми можемо лікувати хворий орган, симптоми захворювання, або видалити орган – але енергію ми дати не можемо». За думкою Т. Г. Гведота, хвороба – це



інформаційний безлад на різних рівнях організації фізіологічних систем [108, 205, 252].

За словами В. Бехтерева фізичне виховання полягає не лише у зміцненні тіла, а в першу чергу, велику роль відіграє у розвитку енергії, кмітливості, рішучості, здібності до ініціативи й стійкості, тобто в розвитку тих властивостей, які об'єднані під загальним поняттям волі і самої діяльності – що є найціннішим даром людської особистості. Окрім цього вчений вбачав, що важливість морального виховання полягає у розвитку почуття соціальної любові та співчуття, розвитку почуття правди та поваги до всього суспільного цінного і прекрасного, розвитку почуття обов'язку у стосунках між людьми. Для розвитку розуму важливого значення В. Бехтерев надавав вихованню, а не лише здобуттю знань [156].

Так, у дослідженнях Ю. Нікіфорова (1991), В. Зинченка (1995), М. Чистякова (1995), Н. Самоукіна (1996), С. Дмитрієва (1997) та інших [90, 108, 205, 252, 317] визначено, що фізичні вправи сприяють розширенню сфери самосвідомості, бо не існує більш досконалого знаряддя, ніж людське тіло. Фізична цілісність, яка відчувається внутрішньо, стає інструментарієм взаємодії людини зі світом речей, природи, інших людей, а також одночасно виступає інструментом її «Я», яке удосконалюється душею та духом душі. С. Дмитрієв [90] писав: «У семантичному світі особистості виникає справжня поліфонія моторних і розумових процесів, контрольний пункт понять, образів, світовідчуття, діалогічна свідомість як механізм онтологічного ставлення людини до самої себе й світу».

Доречно пригадати вислів П. Лесгафта [165], за яким основне завдання фізичної культури – навчити дітей «свідомо ставитись до своїх рухів».

На основі одержаних результатів нами було виділено концептуальні завдання методики навчання адаптивній фізичній культурі дітей в умовах центрів соціальної реабілітації.

До них було віднесено: *біологічні, психолого-педагогічні, соціальні й духовні* завдання.

1. Біологічні завдання АФК полягають у розвитку рухових умінь, фізичних якостей, компенсації та відновлення основного та супутніх дефектів.

2. Під психолого-педагогічними завданнями, ми розуміємо вирішення завдань розвитку пізнавальних процесів, компенсації та відновлення порушених вищих психічних функцій, загального виховання.

3. Соціальні завдання полягають у корекції поведінки соціальної адаптації та інтеграції дітей у суспільство.

4. До духовних завдань нами було віднесено виховання моральних чеснот і загальний культурний розвиток.

Крім концептуальних завдань АФК має вирішувати конкретні завдання, які на практичному рівні відповідають загальній науковій ідеї.

Багатьма дослідженнями [90, 108, 204, 205, 252, 322, 317] встановлено тісний взаємозв'язок між розвитком фізичних і психологічних здібностей дитини з обмеженими можливостями. На думку Е. Хомська (1997) [204] «динамічні характеристики рухових операцій відображають роботу цілого ряду мозкових структур, і крім власне моторних систем, що керують відповідними руховими функціями, вони тісно пов'язані також з діяльністю неспецифічних мозкових механізмів різних рівнів і префронтальних відділів кори великих півкуль». Н. Гардеева (1995) [52] зазначала: «У дії формується не лише образ предметів, але також практичні, предметні узагальнення, предметні ситуативні й операційні значення. Всі вони являють собою необхідні умови усвідомлення даної ситуації і переносу складних форм поведінки та дії у нову ситуацію. Таке перенесення не може бути повним і автоматичним, оскільки при здійсненні дії враховується не тільки минулий досвід, а також нова ціль і завдання дії». Ґрунтуючись на теоріях психофізичних основ психічних процесів [290], розвитку вищих психічних функцій [46], єдності навчання та психічного розвитку дитини [77], теорії діяльності [173, 245] розроблено численні методики, які паралельно з фізичним вихованням спрямовані на вирішення завдань розвитку пізнавальної діяльності, мотивації, емоційно-вольової сфери,

рухової пам'яті, мислення, мовлення, уваги, тобто впливають на всю структуру вищих психічних функцій дитини [90, 108, 205, 252, 317].

Однією з провідних категорій АФК вважається поняття патологічних реакцій [324]. *Патологічні реакції* - це збочення координаційних гармонічних відношень у діяльності окремих органів і систем організму, порушення врівноваженості організму з навколишнім середовищем, зниженням його пристосувальних можливостей. Класична медицина досліджує патологічні процеси відносно структури рівнів організму: субклітинний, клітинний, тканинний, органний, системний та цілісний організм. У відповідності до них розглядаються функціональні порушення: трофічні, вегетативні, сенсорні, рухові та поведінкові [255-256]. До патологій субклітинного рівня відносять: генетичні, хромосомні та придбані захворювання процесів обміну, на цьому рівні головними чинниками регуляції є біохімічна адаптація, що виявляється у позитивних змінах гомеостазу (біохімічній, енергетичній). Прояви патології клітинного рівня залежать як від порушеного фактору, так і від спеціалізації порушеної клітини, а також від кількості вражених клітин. При значній кількості вражених клітин йдеться про порушення на тканинному рівні, на клітинному та тканинному рівні провідною регуляцією є нейрогуморальна [255, 297].

Теоретичне й клінічне обґрунтування застосування фізичної культури пов'язано з цілющою дією фізичних вправ на організм шляхом взаємодії нейрогуморальної системи і моторно-вісцеральних рефлексів. Будь-яке скорочення м'язів подразнює закладені в них численні нервові закінчення і потік імпульсів з них, а також з пропріорецепторів інших утворень ОРА, спрямовуються у ЦНС. Вони змінюють її функціональний стан і через вегетативні центри забезпечують регуляцію і перебудову діяльності внутрішніх органів. Одночасно в цьому процесі регуляції бере участь і гуморальна система, у якій продукти обміну речовин, що виникають у м'язах, попадають у кров і діють на нервову систему (безпосередньо на центри і через хеморецептори) і залози внутрішньої секреції, викликаючи виділення гормонів. Таким чином,

інформація про роботу м'язів під час занять АФК по нервових і гуморальних шляхах надходить у ЦНС і центр ендокринної системи (гіпоталамус), інтегрується, а потім ці системи регулюють функцію й трофіку внутрішніх органів [24, 212]. Таким чином, розрізняють чотири механізми лікувальної дії фізичних вправ на організм хворого на клітинному рівні: тонізуючий, трофічний (trophe – живлення), формування компенсації і нормалізація функції [167, 168, 172].

За сучасними поглядами хвильової генетики, гени – не лише речові структури, але й хвильові матриці, за якими, як за шаблонами, будується організм. ДНК – це особливий вид акустичних та електромагнітних полів, продукований генетичним апаратом самого організму й здатний до опосередкованої функції з обміну стратегічною регуляційною інформацією між клітинами, тканинами й організмами біосистеми. Зовнішні (екзобіологічні) польові сигнали несуть додаткову, а можливо, і головну інформацію у генний континуум Землі. За уявленнями авторів даної теорії гени володіють естетично-образною та мовленнєвою регуляцію [41, 72].

Звісно, що одним з ефективних засобів психофізичного розвитку є метод, заснований на поєднанні тілесних і вербальних механізмів впливу на організм людини. Багато науковців [104] звернули увагу на те, що формування мимовільних рухів відображається під безпосереднім впливом регулюючої функції мовлення. Цей визначальний зв'язок покладено в основу методик мовленнєво-рухових вправ і розвитку дрібної моторики пальців рук [169, 170]. Тобто посилаючись на згадану вище теорію, можна припустити, що регуляція на генному рівні може відбуватися через застосування мовленнєво-рухових практик. Що також підтверджується концепцією єдності структури та функції, за якої позитивні перебудови в організмі відбуваються на більш тонких морфологічних рівнях і уявляють собою відображення реакцій організму на відповідних функціям структурах [256].

Важливого значення для дітей з вадами розвитку набуває навчання рухливим іграм, які виконують три основні завдання: освітнє, виховне,

оздоровче [166]. У процесі гри дитина на сенсомоторному рівні відтворює свій досвід і почуття, пристосовується до себе й оточуючого світу. Гра розвиває вміння працювати, тренує активність, зосередженість, терплячість, передає інформацію про оточуючий світ, розвиває розумові здібності та такі риси, як повага, терпимість до іншої людини, тактовність, бажання допомогти. Рухові й спортивні ігри розвивають фізичні й психічні якості та сприяють їх вдосконаленню і корекції. Взаємодіючи з іграшками, предметами, дитина засвоює їхні властивості, призначення, способи використання. У цьому сенсі важливими є дидактичні ігри. У процесі сюжетних ігор також інтенсивно розвивається сприйняття, образна пам'ять, уява. У грі повноцінно може бути реалізоване завдання мовного розвитку дитини, емоційна навантаженість гри пов'язана з моментом вирішення рухових завдань, що викликає у дитини позитивний настрій, останнє відрізняє гру від регламентованих рухів [22, 180, 224].

Дж. Мід [138] важливого значення надавав грі, на його думку, гра – це не лише механізм оволодіння відносинами ігрової ситуації, але й модель соціальної взаємодії індивідів у групі.

К. Ушинський [301] зазначав, що гра має велике значення як засіб виховання. Гра за своїми діями та переживаннями виступає сутністю дитини, вона більш цікава, ніж оточуюче життя, бо вона більш зрозуміла дитині. Гра – власний витвір дитини як майбутньої особистості, а в дійсне життя вона ще не може увійти через його швидкоплинність і складність. У грі ж вона знайомиться з усім оточуючим, випробовує власні сили й самостійно розпоряджається предметами, тоді як у реальному житті вона не має жодної самостійної діяльності.

А. Макаренко [182] висловив думку, що ігри є одним з найкращих засобів підготовки дітей і молоді до праці. Педагог довів важливе значення гри для виховання у дітей свідомої дисципліни. З віком гра дитини поступово переходить у працю. А. Макаренко писав: «Гра має важливе значення в житті

дитини, має те саме значення яке в дорослого має діяльність, робота, служба. Яка дитина в грі, такою з багатьох поглядів буде в роботі, коли виросте...».

Е. Слепович (1990) [271] зауважує, що діти, у яких не сформована ігрова діяльність, не мають потреби у переході до наступної провідної діяльності, тобто навчання.

На сьогодні у багатьох дослідженнях визначено важливу роль спорту у соціальній інтеграції дітей з вадами розвитку [82, 113, 274, 305, 315, 380]. Під час відновлення або тренування за обраним видом спорту діти навчаються ставити та досягати мети, виявляють наполегливість, витривалість і кмітливність, долають власні психофізичні перешкоди, застосовують уяву, конструктивні здібності тощо. З розвитком основних фізичних якостей, докладанням наполегливих зусиль у подоланні недуги, творчому підході до організації самостійних відновлювальних занять у дитини закладаються базові навички для подальшої професійної діяльності [21, 33].

Між тим, для дітей, що перебувають під опікою реабілітаційних установ, дуже гостро постає проблема нестачі спілкування, що пов'язано із звуженням соціального кола (сім'я, близькі родичи, медичні й реабілітаційні установи і, можливо, дитячий садок, школа або спеціалізований інтернат). Спілкування – це не лише процес взаємодії людей, змістом якого є обмін інформацією, але й головний розвиваючий фактор [116].

Спілкування, на думку М. Лисиної [171], є особливою умовою існування людини, де предметом діяльності є не інший предмет або група предметів, а інша людина.

Німецький філософ П. Натроп [275], розвиваючи ідеї соціальної педагогіки, писав: «людина... не росте поодинокі, ... не виростає просто одна поряд з іншою, в приблизно однакових умовах, але кожна під різнобічними впливами одна одної, безперервно реагуючи на ці впливи».

На необхідності безперервної соціалізації засобами навчання й виховання дітей у колективі однолітків зауважували А. Макаренко [182], Л. С.Виготський [48], В. Сухомлинський [285]. Л. Виготський вважав, що соціальна

повноцінність є кінцева цільова точка виховання, бо всі процеси зверхкомпенсації спрямовані на задоволення соціальної позиції.

У соціальній психології нечисленну за складом групу, поєднану однією діяльністю, особи якої перебувають у безпосередньому особистому спілкуванні, яке постає основою для виникнення емоційних відношень, групових норм і процесів, називають *малою групою*. Мінімальну чисельність осіб у такій групі вчені визначають, як 2-3 особи, а максимальний її обсяг становить кількість осіб, яка існує реально та є достатньою для виконання сумісної діяльності. Отже, специфічною ознакою малої групи, яка вирізняє її від великої – є суспільні відносини у вигляді безпосередніх особистісних контактів, тому поряд з поняттям «мала група» застосовують поняття «контактна група» [2].

На підставі щойно визначеного нами були виділені наступні критерії соціально-інтегруючого заняття:

- кількість учасників 2-3 і більше осіб [2, 45, 142, 275, 285];
- виражена контактна взаємодія [2, 39, 47, 137, 197, 271, 300];
- наявність спілкування: звертання, діалоги, промовляння хором тощо [116, 171];
- гуманістична спрямованість сюжету заняття, окремої вправи або гри (емоційно-позитивний контекст) [49, 116, 138, 155, 180, 267];
- навчальна й розвиваюча компонента (розвиток психічних, фізичних й соціальних навичок) [90, 108, 205, 252, 317].

Петьо [270] розробив метод *кондуктивної педагогіки* й застосовував групове навчання, під час якого діти спостерігають один за одним і заохочують до виконання вправ. Кондуктори керують групою та забезпечують середовище, яке мотивує й емоційно підтримує. Досягнення мети даних програм визначалась загальним рівнем розвитку групи та вміннями кожної дитини.

Ж. Bruner [362] зауважив, що потенціал навчання розкривається у всій своїй повноті лише при сумісному навчанні. Для того, щоб навчатися вирішувати більшість завдань, необхідна підтримка більш розвинених і

компетентних особистостей. У цьому сенсі пізнавальний розвиток того, хто навчається, значно посилюється, оскільки він завжди може розраховувати на підтримку інших, отримуючи користь від механізмів соціальної взаємодії. Під іншими автор розглядав співучнів і викладачів [382].

С. Русова [249] звернула увагу на те, що у процесі навчання фізичним вправам діти наслідують рухам один одного, що відображається на якості засвоєння окремих вправ та елементів руху. Поряд із цим, педагог приділяє велику увагу розвитку у дитини «соціального інстинкту», який вона розуміє як, перш за все, інстинкт спілкування, намагання дитини не залишатися самотньою, а бути серед своїх одноліток, серед людей.

У соціальній психології лідером вважається той член малої групи, який висувається у результаті взаємодії членів групи для організації групи при вирішенні конкретного завдання. Він демонструє більш високий, ніж інші члени групи, рівень активності, участі, впливу на рішення завдання. Таким чином, лідер висувається у конкретній ситуації, приймаючи на себе відповідні функції [2].

Отже, нами було визначено такі критерії виділення лідерів на заняттях АФК у центрі реабілітації – це:

- особи, які у стосунках до інших виявляють: співчуття, повагу, розуміння, увагу, відкритість, щирість, доброзичливість [155];

- особи, які вміють впливати на інших, стимулювати групу, спрямовувати її на рішення завдання, забезпечувати засобами, якими можливо було б вирішити їх [2];

- особи, які мають більш досконалий розвиток рухових вмінь, фізичних якостей і виявляють активність у взаємодії і спілкуванні з іншими [355, 356, 359].

Реалізувати відповідні завдання, можливо при застосуванні різноманітних засобів, методів, прийомів і технологій, які було відібрано нами у ході тривалого часу під час вивчення науково-методичної літерати і практичного застосування:



1) *Заняття й ігри в парах.* За визначенням А. Глейбермана (2005) [56] вправи в парах з людьми будь-якого віку, статі, рівня підготовленості завжди виконуються емоційно.

Вправи в парах вирішують наступні завдання: розвивають фізичні якості (координаційні здібності, вдосконалюють силу м'язів, швидкість мозкових скорочень, рухливість у суглобах, спритність, вміння регулювати напруження й розслаблення окремих груп м'язів); збільшують життєздатність організму та його фізичний розвиток; формують правильну поставу; виховують вміння гармонійно вести себе в екстремальній ситуації (відповідальність за партнера); розвивають почуття товариства та зміцнюють дисципліну; відпрацьовують вміння точно розраховувати зусилля за інтенсивністю.

2) *Ритмічні вправи й ігри в колі.* Ю. Зарубіна та М. Попова (2006) [105] вважають, що коло – ідеальна форма розміщення дітей для їх поєднання, тому що в ньому всі рівні й кожний – частина цілого. У момент знаходження в колі у дитини виникає переживання єдності з іншими дітьми, що справляє важливий стимул для її подальшого розвитку. Коло здійснює: активізацію зорової і слухової уваги, стимуляцію сенсорного розвитку та тактильної взаємодії дитини з іншими дітьми, розвиток здібностей до розподілу, концентрації і переключення уваги, стимулює пасивних дітей до активності й стає опором для організації діяльності розгальмованих дітей, для чутливих до контактів дітей створює умови опосередкованого спілкування.

3) *Соціально-психологічне регулювання дітей у групі за методикою Л. Брусіловського, А. Гройсман, А. Рослякової (2004) [319].* Більшості дітей з вадами розвитку властиві нестійкість уваги, в'ялість мислення, низький рівень уяви та фантазування, схильність до штампів і стереотипів. Ці особливості психіки розповсюджуються і на їхню рухову діяльність. Діти приходять на заняття з різним настроєм: частіше пасивним і неініціативним, рідше – агресивним і конфліктним.

Для оптимізації стану дітей автори рекомендують застосовувати прийоми психолого-педагогічної регуляції:

- доброзичливий стиль спілкування, довіра, відкритість реабілітолога, виражена увага до кожної дитини та батьків;
- позитивний настрій, позитивна мотивація, підтримка оптимізму, емоційного комфорту та безпеки;
- визначення загальної мети, поєднання зі спільними інтересами, організація взаємодії дітей за принципом психологічної сумісності;
- адекватність засобів, методів і методичних прийомів реальному стану й індивідуальним можливостям дітей;
- миротворчі акти у випадках конфліктів, що виникають унаслідок нестійкого психічного стану, невдачі, болю, емоційного дискомфорту, відсутності уваги і т.п.

Засобами вирішення конфліктів можуть бути мотивовані переконання, зміна установки, ставлення й оцінки, компроміси, поступки, жарти, посмішки, двобічний аналіз ситуації, концентрація на позитивних сторонах ситуації, переорієнтація уваги на інший об'єкт або дію;

- сугестивні методи (методи навіювання), при яких діти засвоюють ідеї і судження реабілітолога (батьків, дітей-лідерів). Навіювання стосуються зняття страхів, тривожності, стресу, невпевненості, збільшення працеспроможності, мобілізації емоційної активності;

- використання музики з метою зняття нервово-м'язового напруження, прискорення відновлювальних процесів, ритмічного й емоціонального налаштування;

- ігрові методи організації занять, що активізують увагу, пам'ять, уяву, створюють відчуття задоволення, радості. Спеціальним доббором рухливих ігор можна регулювати психоемоційний стан, знімати агресію та формувати емпатію у міжособистісних стосунках;

- театралізовані форми занять (казкотерапія, сюжетно-ролеві ігри, тематичні ігрові композиції), пов'язані з переміщенням, відтворенням позитивних образів, сумісною діяльністю, яка може стати зразком для наслідування, джерелом рухової, психомоторної і соціальної активності.

4) *Національні рухливі ігри* за А. Цьосем [318] відіграють величезну роль у фізичному та моральному вихованні дітей. Завдяки їм формуються такі якості, як стриманість, кмітливість, наполегливість, організованість, розвиваються сила, спритність, швидкість, витривалість та гнучкість. У той же час, гра є дійовим методом трудового виховання. У багатьох іграх спостерігається наслідування трудових дій дорослих. Через багаторазове повторення ігрових дій прищеплюється народна мудрість, повага до праці, звичаїв і традицій рідного народу.

За допомогою рухливих ігор діти в ранньому віці опановують першими елементами грамотності, завчають вірші, скоромовки, лічилки, математичними здібностями. Співи, приказки та примовки, які супроводжують гру дають змогу позбутися агресії, зверхності, почуття переваги над іншими. Поряд із цим дитина вчиться вправно володіти словом, додержуватися етичних норм поведінки, в неї пробуджується мистецький хист до художнього слова, танцю й театрального мистецтва.

5) *Заняття спортом (настільний теніс)*. Настільний теніс впливає на розвиток життєво важливих якостей, перш за все, основних характеристик уваги (інтенсивності, стійкості, переключення). Зір, м'язово-суглобова чутливість і тактильні відчуття у процесі заняття настільним тенісом є основним задіяними аналізаторами. Застосування вправ з настільного тенісу дозволяють максимально задіяти відповідні аналізатори для найбільш ефективної їх участі у компенсації втрачених функцій [135].

6) *Моделі соціальної інтеграції дітей на заняттях АФК* за Л. Ходою (2008) [315]:

- *базова інтернальна інтеграція* – модель соціальної інтеграції першого рівня, поєднує одну нозологічну групу, для сумісної рухової діяльності, вміщує два варіанти: 1 – поєднання дітей з однією нозологією з різницею вікового діапазону до 3-х років, у тому числі, тих що мають ускладнену структуру порушення; 2 – поєднання дітей з різним ступенем ураження;

- *змішана інтернальна інтеграція* – модель соціальної інтеграції другого рівня, поєднує осіб різних нозологічних груп (із сенсорними, фізичними й інтелектуальними порушеннями) для сумісної рухової діяльності;

- *включаюча екстернальна інтеграція* – модель соціальної інтеграції третього рівня, що поєднує осіб з однією нозологією та здорових, для сумісної рухової діяльності;

- *поєднуюча екстернальна інтеграція* – модель соціальної інтеграції четвертого рівня, що поєднує дітей із сенсорними, фізичними й інтелектуальними порушеннями й здорових дітей для сумісної рухової діяльності.

Отже, на конкретному рівні завдання АФК мають відповідати обґрунтованій концептуальній ідеї і реалізовуватися у рамках заходів передбачених ІПР:

*Фізичної реабілітації:* ЛФК, масаж, фізіотерапія, бальнеотерапія та ін.

*Завдання фізичної реабілітації:* компенсація й оздоровлення функцій систем організму: серцево-судинної системи; дихальної системи; обміну речовин; нервової системи (ЦНС, ПНС); системи травлення; опорно-рухового апарату; імунітету. Вплив на систему аналізаторів: слуховий аналізатор (вестибулярна функція, залишковий слух); зоровий аналізатор (розвиток залишкового зору); кінестетичні відчуття (тактильні відчуття); нюх; смак.

*Фізкультурно-спортивної реабілітації:* фізичне виховання, рекреаційні види діяльності, адаптивний спорт, художньо-креативні види АФК.

*Завдання фізкультурно-спортивної реабілітації:* загальний психофізичний розвиток, навчання, виховання, соціальна інтеграція.

*Особливості завдань розвитку рухової сфери:*

Рухових умінь і фізичних якостей: підвищення загальної рухової активності; фізичний розвиток, корекція диспропорції тілобудови, деформації стоп і хребта, зміцнення «м'язового корсету», підвищення вегетативних функцій, що забезпечують рух; розвиток координації рухів (швидкості реакції, точності, темпу, ритму рухів, узгодженість мікро- і макромоторики,

диференціація зусиль, часу й простору, стійкість до вестибулярних подразнень, орієнтування у просторі, довільне розслаблення й напруження м'язів, збереження сталості пози, узгодженість рухів); навчання життєво важливим руховим вмінням, локомоторної діяльності – ходьби, бігу (особливо при порушенні опороспроможності), а також лазіння, повзання, стрибки, метання, вправи з предметами; розвиток фізичних якостей – сили, швидкості, витривалості, гнучкості, спритності [319, 326]. Формування навичок саморегуляції психофізичного стану: уміння оцінити свій психофізичний стан, уміння корегувати навантаження, уміння правильно дихати, слідкувати за серцевим ритмом, навчання навичок самовідновлення, налагодження зворотного зв'язку [292, 319, 326].

*Особливості завдань пізнавальної сфери:*

Розвиток вищих психічних функцій: пам'ять (зорова, моторна, короткочасна та довготривала); мислення (пізнавальна діяльність, увага, сприйняття); сприймання (зовнішнє та внутрішнє); мовлення (лексичне, граматичне, фонемотичне); емоційно-вольові якості [36, 48].

*Особливості завдань соціальної адаптації та інтеграції:*

Формування й розвиток психо-соціальних якостей: у сім'ї (з батьками та близькими родичами); в організації (центрі, школі, лікарні та ін.); у суспільстві (в суспільних місцях – зі сторонніми людьми); міжособистісних (з близькими людьми, друзями); рефлексивних (стосовно до самого себе).

*Особливості завдань виховання:*

Моральне виховання й корекція поведінки: виховання моральних й етичних чеснот: щирості, доброзичливості, співчуття, поваги й любові до інших людей і світу вцілому; соціальної дезорієнтації (труднощі у засвоєнні правил поведінки, некерованість, агресія, ігнорування заборон); зниження чутливості до соціальних норм (брак розвитку різних видів дитячої діяльності та її особливості, пов'язані з дефектом у розвитку: імпульсивність і гіперактивність); соціальної депривації; негативної самопред'яви (має свідомий характер з метою звернути на себе увагу: грубість і ін.); синдрому сімейної

ізоляції (інфантильність і несамотійність); хронічного неуспіху (тривожність); відходу від діяльності (фантазування або істеричний розвиток); вербалізму (превалює вербальний розвиток над іншими пізнавальними процесами: сприйняттям, наочно-дієвим і наочно-образним мисленням, уявою, довільною увагою) [26].

Розв'язання означених завдань, на нашу думку, створить комплексний вплив на розвиток дітей, які мають функціональні порушення.

Таким чином, своєрідність обґрунтованої нами методики полягає у комплексному вирішенні біологічних, психолого-педагогічних, соціальних і духовних завдань у процесі навчання дітей рухам і їх фізичного розвитку.

### 3.2. Зміст методики навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації

Отже, попередні теоретико-емпіричні дослідження показали, що в реабілітаційних центрах існує комплекс невирішених організаційно-методичних завдань щодо застосування різних видів АФК: 1) відсутність методичного забезпечення занять з фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації; 2) відсутність науково обґрунтованих способів впровадження новітніх психолого-педагогічних підходів та соціальних технологій для організації групових форм занять для навчання руховим діям дітей з різними вадами розвитку; 3) фактична відсутність роботи з родиною щодо застосування сімейних форм АФК [141, 311, 356, 357].

На основі узагальнення даних емпіричного дослідження нами було виділено типові групи дітей, яким показані заняття АФК в центрах соціальної реабілітації.

До **I групи** у Мелітопольському центрі увійшло 25 дітей, з них 15 хлопців і 9 дівчат, у київському – 15 дітей, з них 9 хлопців і 6 дівчат. Їх характеризувало відставання від психофізичних норм розвитку більше ніж на 3 роки. Переважну кількість групи (98,7%) склали діти з важкими наслідками

ДЦП або органічним враженням ЦНС. Ці діти за клінічними дослідженнями лікарсько-консультаційною комісією були визнані «ненавченими». У 85,7 % з них виявлені вторинні порушення, супутні захворювання або друге захворювання, що призводить до інвалідності. За попереднім дослідженням було виявлено, що в них не сформовані локомоторні здібності, проявлялися негативні емоції або не було ніяких спроб до встановлення контактів з іншими.

До **II групи** у Мелітопольському центрі увійшло 70 дітей, з них 35 хлопців і 35 дівчат, а у київському – 35 дітей, з них 17 хлопців і 18 дівчат. За клінічними висновками лікарсько-консультаційної комісії ці діти мали сенсорні і вторинні вади, незначні розлади поведінки й вищих психічних функцій. За результатами попередніх досліджень у них були сформовані локомоторні здібності, проте спостерігалась непропорційність розвитку фізичних якостей і психосоціальної інтегрованість.

До **II-а (додаткової) групи** у Мелітопольському центрі було залучено 15 дітей, з них 12 хлопців і 3 дівчини, до спортивної секції з настільного тенісу. Дітей цієї групи за висновками лікарсько-консультаційної комісії характеризували такі загальні особливості: часткова або повна компенсація первинного дефекту, легкі прояви вторинних вад, відсутність соматичних захворювань, достатній розвиток вищих психічних функцій і вміння дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. Означена категорія дітей не мала протипоказань до занять спортом і систематично відвідувала фізкультурні заняття. За даними проведених досліджень вони мали кращий від інших дітей у групі розвиток фізичних та психосоціальної якостей [355]. Група виділена з метою поширення ідеї серед фахівців фізичної реабілітації і корекційних педагогів, котрі працюють у центрах соціальної реабілітації, щодо наявності потенціалу у дітей з вадами розвитку заняттями спортом.

Критеріями формування типових груп дітей було:

1. Наявність інвалідизуючого захворювання.
2. Показання до занять фізичними вправами.
3. Сформованість чи не сформованість локомоторних навичок.

4. Бажання й наявність функціональних можливостей до зайнять спортом.
5. Рівень соціальної інтегрованості.

З вище означеного відповідно до кожної типової групи дітей було виділено відповідний етап навчання:

I. *Корекційно-розвиваючий.* До кола завдань даного етапу входило навчання дітей елементарним руховим діям, розвитку сенсорного сприйняття з акцентом на фізичні вправи, орієнтуючи на визначення положення і напрямку свого тіла у просторі ;визначенню положення різних частин свого тіла (одна відносно іншої); сприйняття взаємодії власних складних рухів; визначення самопочуття, його залежності від факторів навколишнього середовища. Проводилось розширення обсягу рухової активності з метою відновлення або компенсація первинного порушення, корекції та профілактики вторинних порушень, вдосконалення координаційних можливостей, засвоєння навичок саморегуляції психофізичного стану, закладання та формування соціального досвіду, а також звички систематично займатися фізичними вправами.

II. *Фізкультурно-оздоровчий.* Завданнями відповідного етапу було розвиток та вдосконалення рухових якостей дітей за рахунок виконання нижчеозначених методичних умов: раціонально оптимальної для виконання пози тіла, яка забезпечує стійкість і рівновагу у просторі; здатність диференціювати напрям, форми і амплітуди рухів; загальної витривалості організму на основі застосування локальних і інтегральних фізичних навантажень у спеціальному режимі; розвитку основних функціональних систем для оздоровлення організму засобами дихальної гімнастики; підтримки набутих кондицій, що загалом створює умови для профілактики вторинних порушень, прищеплення норм поведінки у колективі, вдосконалення навички саморегуляції психофізичного стану, навчає самостійним заняттям фізичними вправами, формує позитивний соціальний досвід.

III. *Фізкультурно-спортивний.* На цьому етапі здійснювалось вдосконалення засвоєних рухових навичок, компенсація первинної вади, профілактика вторинних порушень розвитку, технічна підготовка до виду



спорту який впроваджений у центрі соціальної реабілітації, самовдосконалення психофізичного стану, реалізація й розширення соціального досвіду.

Слід зауважити на тому, що етапи мають умовне ділення і їхні засоби взаємодоповнюються в процесі навчання й відновлення. Відповідно до кожної виділеної типової групи було розроблено відповідну методику навчання (рис. 3.10).

Основною формою організації фізичної і фізкультурно-спортивної реабілітації є навчально-відновлювальне заняття. Перед кожним заняттям ставляться певні навчальні завдання. Заняття будують за планом, що дозволяє розподілити матеріал у потрібній послідовності, передбачити організаційні й методичні особливості залежно від завдань і конкретних умов.

При провадженні комплексної методики АФК в роботу центрів соціальної реабілітації зв'язковою ланкою була не тільки рухова активність, у вигляді виконання фізичних вправ, але, і особлива ігрова діяльність, яка сприяла «розмиванню» кордонів між дітьми різного віку і з різними формами патологій. Пріоритет гри при проведенні організованих форм занять АФК та в організації рухової життєдіяльності дітей створював сприятливі умови для виховання людських якостей та індивідуальних психоемоційних проявів дитини. Гра, яка проводилась під час занять, створювала дружні відносини між дітьми, сприяла зняттю загальмування та підняттю можливості загального мовного розвитку. Під час гри між дітьми виникала первинна емоційно-діюча орієнтація до рухової діяльності, що сприяло створенню зони ближнього розвитку. Крім того, у дітей формувалась орієнтація до норм соціальних відносин, сприяюча засвоєнню різних комбінацій соціальних ролей. Особливе значення приділялось грі, як сумісній діяльності, яка є вихідною точкою для розвитку якостей, які забезпечують рівень соціалізації.

Виконання основних рухів розподілялось з урахуванням важкості структури їх виконання, поступового ускладнення і необхідності засвоєння матеріалу з розривом у повторенні кожної вправи не більше, ніж через 3-6 занять. Рухові ігри проводились протягом 3-6 занять без змін, а потім їх

проведення ускладнювалось, створювались різні варіанти виконання рухів під час гри. Виходячи з того, що діти з вадами розвитку мали обмежений руховий досвід, вони виявляли схильність до стереотипних рухів і прагнули повторювати те, що вже добре засвоєно. Тому, для стимулювання рухової активності у дітей використовувався наочний матеріал, змінювались ситуації, всіляко створювався емоційний настрій на фоні незмінного характеру руху. У зв'язку із цим при вивченні нових фізичних вправ не висувались вимоги до правильного прийняття вихідного положення і чіткості виконання рухових дій. Оскільки для таких дітей характерна недосконалість координації рухів, нездатність управляти рухами окремих частин тіла (рук, ніг, тулуба), це викликало певні труднощі, скутість або зайві рухові дії при виконанні загальнорозвиваючих вправ.

У запропонованій комплексній методиці АФК широко використовувалась раціональна сполука наочного та словесного навчання руховим діям.

Протягом заняття спочатку пропонувалось нарощування фізичного навантаження відповідно психічним та руховим можливостям дітей, а потім його поступове зниження.

Систематичне та доступне підвищення фізичних навантажень сприяло загальному психофізичному розвитку організму дітей і поліпшувало рівень їх рухової підготовки. Ґрунтовність засвоєння рухів та фізичних вправ залежала від обов'язкової попередньо означеної кількості їх повторень.

Рухові ігри проводились протягом 3-6 занять без змін, а потім зміст та умови їх проведення ускладнювалось, створювались різні варіанти виконання рухів під час гри для того, щоб діти проявляли більший інтерес та увагу, долаючи певні труднощі. Виконання основних рухів розподілялось з урахуванням важкості структури їх виконання, поступовим ускладненням і необхідності засвоєння вивчених рухових вправ з розривом повторення кожної вправи не більше, ніж через 3-6 занять. Виходячи з того, що діти з вадами розвитку мали обмежений руховий досвід, вони виявляли схильність до

стереотипних рухів і прагнули повторювати те, що вже добре засвоєно. Тому, для стимулювання рухової активності у дітей використовувались наочний матеріал, змінювалась ситуація, всіляко створювався емоційний настрій на фоні незмінного характеру рухів. У зв'язку із цим при вивчанні нових фізичних вправ не висувались вимоги до правильного прийняття вихідного положення і чіткості виконання рухових дій. Так як для таких дітей характерна недосконалість координації рухів, а іноді і нездатність управляти рухами окремих частин тіла (рук, ніг, тулуба), що викликало певні труднощі, скутість або зайві рухи при виконанні загальнорозвиваючих вправ, підбирались оптимальні вихідні положення для їх виконання (лежачи, сидячи, стоячи).

### **Особливості роботи з дітьми у І групі.**

**Спеціальні завдання:** Рухові порушення у дітей із захворюваннями на ДЦП виявляються у вигляді парезів, паралічей, примусових рухів. Особливо значимі й складні порушення тонусу, які можуть проходити по типу статичності, ригідності, гіпотонії, дистонії. Порушення регуляції тонусу тісно зв'язані із затримкою патологічних тонічних рефлексів і не сформованістю ланцюгових установочних випрямляючих рефлексів. На основі чого формуються вторинні порушення у м'язах, кістках і суглобах (контрактури та деформації) [306, 319, 325]. Тому, важливого зазначення для реабілітації й навчання дітей з даною патологією набуває розвиток основних локомоторних рухів: вміння утримувати голову, вміння повертати тулуб, вміння повзати на корячках, вміння сидіти, вміння стояти, вміння ходити, розвиток координаційних вмінь довільних рухів у нижніх і верхніх кінцівках, розвиток сили м'язів пресу, спини, верхніх і нижніх кінцівок.

Значної уваги доцільно приділяти закладанню основ поведінки в колективі і формуванню навичок спілкування і взаємодії.

**Форми заняття:** індивідуальне та індивідуально-групове [319].



Рис. 3. 10 - Структурні елементи методики навчання дітей АФК в умовах центрів соціальної реабілітації

*Індивідуальні заняття* проводяться з дітьми, які мають важкі та супутні захворювання. Взаємодія з однією особою дозволяє індивідуалізувати зміст, методи, прийоми лікувально-відновлювальних і корекційно-компенсаторних засобів адаптивної фізичної культури, оперативно контролювати стан дитини під час виконання фізичних вправ. Індивідуальні заняття з реабілітологом дозволяють сформувати емоційний контакт між дорослим і дитиною. Емоційно значущий зв'язок з дорослим не лише розширює уяву дитини про навколишній світ, але й змінює її сприйняття самої себе. Для дітей з важкою патологією опорно-рухового апарату доцільно розпочинати соціальну адаптацію в умовах центру з індивідуальних форм занять АФК.

*Індивідуально-групові заняття* проводяться з групою від 2-3 до 6-8 дітей, як правило, з приблизно однаковими первинними або вторинними порушеннями в стані здоров'я. Такі заняття типові для корекційних занять. Особливість їх полягає в тому, що частина з них проводиться для загального обсягу дітей, із доббором доступних для всіх вправ, інша частина складається з персональних завдань для кожного, що виконуються під контролем реабілітолога і за допомогою батьків. Такий підхід зумовлений наявністю у дітей в групі різних дефектів і вимогами індивідуального підходу [106, 319].

**Структура й зміст заняття.** Заняття з даною групою дітей складається з трьох частин: підготовчої, основної і завершальної. Кожна частина має свої завдання, які вирішуються специфічними засобами [201, 277]. Тривалість заняття до 60 хв.

1. Розминка: пасивно-активна гімнастика, мовленнєво-рухові вправи – 10-15 хв.;

2. Корекція основного дефекту й вторинних порушень (за традиційними методиками Войт і Бобат), формування основних локомоторних можливостей 30-35 хв;

3. Розвиток дрібної моторики, ігри з предметами і в колі, вправи на загальне розслаблення 10-15 хв [355].

**Робота з батьками:** у ході заняття доцільно приділяти час роботі з батьками у вигляді роз'яснення сутності застосування фізичних вправ спеціальної спрямованості щодо закономірностей і послідовності їх виконання, правильності прийняття вихідних положень, кількості повторень і оцінювання результатів їх застосування [361].

**Особливості застосування соціальних технологій і психолого-педагогічних прийомів.** Заняття проводилось за умов перебування декількох бітків з дітьми в реабілітаційному. Впровадження даного методичного підходу ми спостерігали на базі Центру реабілітації дітей-інвалідів одеського обласного фонду «Будущеє» [2, 155, 249, 270, 362].

### **Особливості роботи з дітьми у II групі.**

**Спеціальні завдання:** Розвиток фізичних якостей: сили, швидкості, витривалості, спритності та гнучкості. Паралельно доцільно сприяти налагодженню контактності в групі.

**Форми занять:** Індивідуально-групові заняття (див. вище).

**Малогрупові заняття** - форма заняття, за якої особи в групі залучаються з урахуванням особливостей фізичної підготовки і соціального досвіду кожного, що дозволяє упорядкувати процес навчання рухам, використовувати єдині засоби й методи, створювати умови рухової взаємодії, вербального та невербального спілкування, збільшувати педагогічну й моторну щільність заняття. Хоча за цієї форми заняття обмежується індивідуальний підхід [105, 319].

**Структура й зміст заняття:** Виходячи з того, що заняття в центрах реабілітації є додатковою формою навчання рухам за основу для його розробки нами було взято структуру заняття з оздоровчого фітнесу [297]. Педагогічне спостереження за організацією та проведенням занять на базі двох фітнес-клубів м. Києва «Queen of Dance», «Sport Life» і танцювально-спортивного клубу «Березіль» дало змогу уточнити структуру цих занять відповідно до структури оздоровчого фітнесу. Такі заняття створюють умови для комплексного оздоровчо й розвиваючого впливу на всю систему організму

[297]. Кожній частині заняття відповідають конкретні завдання, які вирішуються специфічними засобами [201, 277].

Заняття складається з шести частин (до 60 хв):

*Вступна частина:*

1. Вітання (1-2 хв).
2. Розминка (5-7 хв): загально розвивальні вправи в колі [106], прес-стретчінг у парах (табл. 3.15) [57].
3. *Основна частина* (25-30 хв):
4. Корекція й відновлення основної і вторинної вади – індивідуальні завдання (за традиційними методиками ЛФК);
5. Розвиток фізичних якостей: рухливі ігри на розвиток витривалості, спритності і швидкості (табл. 3.15) [318], вправи на тренажерах: трідбані, степпері, велоергометри; естафети, елементи спортивних ігор;
6. Вправи на профілактику захворювання різних систем організму: зору, слуху, ОРА (додаток Б).
4. *Партер* (5-7 хв): вправи, спрямовані на розвиток гнучкості хребта, в колі [105];
5. *Силовий тренінг* (5-10 хв) вправи у парах [56] і національних рухливих іграх [318]. Вправи на загальне розтягнення в парах.
6. *Рекреація й саморегуляція* (3-5 хв): застосовування ігор низької інтенсивності, навчання елементам самомасажу, дихальним вправам та вправам на загальне розслаблення.

***Робота з батьками:*** складалась з пояснення значення систематичних занять фізичними вправами оздоровчого спрямування і загальнорозвиваючих вправ, які спрямовані на загальний фізичний розвиток дитини і надавались рекомендації щодо їх застосування вдома [361].

***Особливості застосування соціальних технологій.*** Для дітей означеної типової групи особливе значення при проведенні занять мала роль лідера, яким можуть бути як практично здорові діти, так і дорослі, педагоги та реабілітологи. Створювались умови для рухової взаємодії дітей під час виконання фізичних

Таблиця 3.15

**Рекомендований комплекс рухливих ігор на розвиток фізичних якостей за А.В. Цьосем і вправ на гнучкість у парах за А. Н. Глейберманом**

Автори	Фізичні якості	
Цьось А. В.	Сила	«Краски», «Ворота», «Ріпка», «У залізного ключа, або у вовка», «Коромисло»
	Швидкісно-силові	«Вовк і коза», «У річку, гоп», «Переправа через річку», «Класики», «Сміхота», «Пускайте нас», «У царя», «Крук», «Вуж», «У відьми», «Яструб»
	Швидкість	«У колдуна», «Горішки», «Шикало», «Вивірка, шишка, горіх», «Повінь», «Лисиця і заєць», «Бездомна лисиця», «Оса», «Сірий вовк», «Варена ріпка», «Птиці», «Бондар», «Регіт», «Попід руки», «Мур», «Запорожець на січі», «Маринка», «Хрещик», «Горшечки», «Дуб»
	Витривалість	«Ковбаса», «Латка», «Квач», «Передай іншому», «Рибалки й риби»,
	Спритності	«Шило», «У кужмірки», «Кузьмарики», «Панас», «Хорт», «Ой летіла зозуленька», «Море»
Глейберман А. Н.	Гнучкість	«Повороти-І», «Глибже-глибже», «Розтинання», «Обличчя до обличчя», «У баранячій ріг», «Натягни лук», «Полюси», «Верблюд», «Обруч», «Відпочив», «Хиропатія», «Ванька-встанька-І», «Пліткуни», «Подвійною тягою», «Кішечка», «Зашморг», «Вільному воля», «Накладка», «Ковдра на себе», «Без натуги», «Рибина», «Розтягнення», «Безсоромний ведмідь», «Ресора», «Каучук-1», «Хижка», «Вітрець»,



## Продовження таблиці 3.15

Глейberman А. Н.	Гнучкість	«Не сип мені сіль на рану!», «Подвійною тягою», «Кішечка», «Зашморг», «Вільному воля», «Накладка», «Ковдра на себе», «Без натуги», «Рибина», «Розтягнення», «Безсоромний ведмідь», «Ресора», «Каучук-1», «Хижка», «Вітрець», «Не сип мені сіль на рану!», «Спіраль», «Випробування», «Стара платівка», «Серце», «Емоції», «Апатія», «Серце-1»
------------------	-----------	---

вправ і рухливих ігор. Поряд із цим застосовувались психолого-педагогічні підходи [2, 56, 105, 155, 242, 249, 270, 315, 319, 351, 362].

#### **Особливості методичної роботи з дітьми II-а (додаткової) групи.**

**Спеціальні завдання:** Загальна й спеціальна фізична, тактична, технічна й психологічна підготовка за обраним видом спорту (настільний теніс).

Самоактуалізація та самовдосконалення, соціальна інтеграція, закладання лідерських якостей.

Критерії, що характеризують можливість переходу до початкового етапу спортивної підготовки: а) стабільність складу дітей, що відвідують заняття; б) динаміка поліпшення індивідуальних показників, що характеризують стан основного дефекту (захворювання), супутніх захворювань і вторинних відхилень; в) динаміка приросту індивідуальних показників фізичного розвитку і основних фізичних якостей дітей і молоді; г) рівень засвоєння основ техніки обраного виду спорту, навичок гігієни й самоконтролю, самостійного пересування та побутового самообслуговування, уміння орієнтуватися в навколишньому середовищі та незнайомих обставинах, здатність контактувати з незнайомим тренером [308].

**Форми занять:** індивідуальне, індивідуально-групове, малогрупове.

**Структура й зміст заняття.** Структура складається із трьох частин: підготовчої, основної і завершальної. Тривалість тренувального заняття від 60 до 90 хв.

**Підготовча частина:** постановка мети та завдання щодо змісту заняття; проведення контролю над станом готовності до занять (самопочуття, стану дихальної і серцево-судинної системи); індивідуальні завдання на виконання відновлювальних і профілактичних вправ; загально- й спеціально розвиваючі фізичні вправи.

**Основна частина:** теоретична, психологічна та спеціальна фізична підготовка дітей; вивчення техніки виконання ударів і прийому м'яча у настільному тенісі, переміщення біля столу (додаток Б).

**Завершальна частина:** самостійна організація рухової рекреації (рухові та спортивні ігри низької інтенсивності, настільні ігри); навчання вправам на саморегуляцію й розслаблення; обговорення помилок, надання рекомендацій і вербальної оцінки загальної роботи дитини під час заняття; надання завдання для самостійної роботи вдома [356].

**Робота з батьками:** складалась з інформування їх щодо особливостей режимів фізичного відновлення, харчування дитини та контролю за станом її самопочуття після тренувального заняття [361].

**Особливості застосування соціальних технологій:** основою психолого-соціальної роботи з дітьми даної типової групи було залучення здорових дітей до сумісних спортивних тренувань і змагань [56, 105, 315, 319].

Пульс при допустимому фізичному навантаженні має перевищувати 120-130 уд./хв, в окремих випадках, залежно від самопочуття та психофізіологічного стану дітей, він може досягати 140-150 уд./хв [297].

Завдання в структурі заняття для кожної з виділеної нами групи дітей мали різні особливості, але загальною рисою для них була комплексність у вирішенні різних завдань пов'язаних з розвитком, навчанням й відновленням. Така комплексність створює належні умови закласти основу знань про особливості комплексного застосування фізичних вправ для всебічного

розвитку рухової сфери дити за період реабілітаційного курсу з метою їх подальшого застосування поза центром. Поєднання дітей у єдині групи незалежно від особливостей основної вади надавали можливість не лише стимулювати отримання дітьми рухово-соціального досвіду, але й надавати реабілітаційні послуги більшій кількості дітей за короткий час.

Свідчення протипоказань до занять АФК розглядають окремо для кожної дитини й окремо для кожного виду АФК. Проте існують загальні критерії допуску. Рекомендований зміст програми навчання АФК дітей в умовах реабілітаційних установ подано у додатку Б.

### 3.3. Ефективність експериментально впровадженої методики навчання адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації

#### 3.3.1. Аналіз динаміки розвитку рухових умінь у дітей з захворюваннями опорно-рухового апарату

Виходячи з аналізу результатів первинного дослідження нами було поетапно впроваджено розроблену методику в центри реабілітації двох міст України - Мелітополя та Києва з метою можливості узагальнення результатів і складання рекомендації для подальшого практичного впровадження її у навчальний процес типових центрів соціальної реабілітації.

Аналіз динаміки розвитку рухових умінь хлопців із захворюваннями ОРА дошкільного віку у МЦСР (табл. 3.16) показав, що статистично достовірний приріст ( $p < 0,05$ ) відбувся у розвитку уміння підніматися з положення лежачі (махом рук/ руки за головою) з показником  $7,1 \pm 1,7$  і  $3,3 \pm 1,7$ , відповідно, що 1,7 і 1,9 рази перевищує первинний показник. Також у 3 рази збільшився показник утримання рук в упорі лежачи на животі, він становив  $7,0 \pm 4,8$  с; скоротився час повороту на живіт з положення лежачи (направо/наліво)  $35,4 \pm 4,6$  і  $32,1 \pm 6,5$ , відповідно, в 1,3 і 1,5 рази у порівнянні з початковим показником. Кількість стрибків на двох ногах зростає у 2,3 рази і становила  $5,6 \pm 3,8$  рази.

Таблиця 3.16

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь дітей І типової групи дошкільного віку в МЦСР**

Тести	Стать (n)	До n=11			Після n=11			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=7</sub>	4,1	$\pm 1,3$	1,8	7,1	$\pm 1,7$	3,5	<0,05	0,7
	D <sub>n=4</sub>	0,3	$\pm 1,3$	0,3	4,5	$\pm 1,1$	1,7	<0,05	17,0
	X <sub>n=7</sub>	1,2	$\pm 1,2$	1,4	3,3	$\pm 1,7$	3,3	<0,05	1,3
	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	1,0	$\pm 0,7$	0,7	<0,05	-
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/с)	X <sub>n=7</sub>	15,6	$\pm 4,2$	17,3	24,3	$\pm 5,8$	37,6	>0,05	0,6
	D <sub>n=4</sub>	9,0	$\pm 1,4$	4,0	29,0	$\pm 4,8$	31,3	<0,05	2,2
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=7</sub>	20,3	$\pm 15,4$	236,9	14,4	$\pm 10,6$	130,3	>0,05	0,4
	D <sub>n=4</sub>	2,5	$\pm 2,9$	8,3	11,5	$\pm 9,2$	112,3	>0,05	3,6
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=7</sub>	10,3	$\pm 4,5$	20,6	7,1	$\pm 2,3$	7,1	>0,05	0,4
	D <sub>n=4</sub>	4,5	$\pm 1,7$	3,0	4,0	$\pm 1,9$	4,7	>0,05	0,1
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=7</sub>	5,7	$\pm 4,4$	19,6	4,1	$\pm 1,0$	1,1	>0,05	0,4
	D <sub>n=4</sub>	4,3	$\pm 0,5$	0,3	2,5	$\pm 0,5$	0,3	<0,05	0,7

Продовження таблиці 3.16

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с)	$X_{n=7}$	2,4	$\pm 2,5$	6,3	7,0	$\pm 4,8$	27,3	$<0,05$	1,8
	$D_{n=4}$	1,3	$\pm 1,5$	2,3	6,8	$\pm 3,0$	12,3	$<0,05$	4,4
7. Поворот на живіт з положення лежачи на спині (час/с): а) направо б) наліво	$X_{n=7}$	45,1	$\pm 7,8$	60,5	35,4	$\pm 4,6$	25,0	$<0,05$	0,3
	$D_{n=4}$	9,3	$\pm 4,0$	15,6	5,0	$\pm 1,2$	2,0	$<0,05$	0,9
	$X_{n=7}$	46,6	$\pm 7,2$	52,3	32,1	$\pm 6,5$	49,5	$<0,05$	0,4
	$D_{n=4}$	12,0	$\pm 3,7$	13,3	6,3	$\pm 0,4$	0,3	$<0,05$	0,9
8. Стояння: карачки (час/с) - на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні	$X_{n=7}$	3,7	$\pm 3,7$	13,6	6,0	$\pm 4,4$	23,0	$>0,05$	0,6
	$D_{n=4}$	10,5	$\pm 1,3$	1,7	18,3	$\pm 2,9$	10,9	$<0,05$	0,7
- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опорному положенні	$X_{n=7}$	3,1	$\pm 3,1$	9,5	4,7	$\pm 3,6$	15,2	$>0,05$	0,5
	$D_{n=4}$	11,0	$\pm 3,2$	10,0	26,5	$\pm 7,0$	65,0	$<0,05$	1,4
- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні, права нога назад, ліва в опорному положенні	$X_{n=7}$	1,6	$\pm 2,1$	4,6	4,3	$\pm 4,0$	18,2	$>0,05$	1,7
	$D_{n=4}$	2,5	$\pm 1,9$	3,7	8,3	$\pm 3,9$	20,3	$<0,05$	2,3

Продовження таблиці 3.16

- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні, ліва нога назад, права в опорному положенні	$X_{n=7}$	2,1	$\pm 2,0$	4,1	2,9	$\pm 2,2$	5,5	$>0,05$	0,3
	$D_{n=4}$	1,8	$\pm 1,3$	1,6	5,3	$\pm 2,2$	6,3	$<0,05$	2,0
- на колінах руки вздовж тулуба	$X_{n=7}$	24,0	$\pm 12,4$	154,0	31,7	$\pm 11,4$	151,9	$>0,05$	0,3
	$D_{n=4}$	22,5	$\pm 2,1$	4,3	49,8	$\pm 9,1$	109,6	$<0,05$	1,2
- на ногах (без опори):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=7}$	75,9	$\pm 41,8$	1996,1	86,0	$\pm 34,3$	1373,0	$>0,05$	0,2
	$D_{n=4}$	78,5	$\pm 37,2$	1849,0	100,0	$\pm 0$	0	$>0,05$	0,3
	$X_{n=7}$	4,4	$\pm 3,0$	10,6	7,0	$\pm 5,3$	32,3	$>0,05$	0,6
	$D_{n=4}$	7,8	$\pm 5,7$	44,3	14,3	$\pm 7,9$	82,9	$>0,05$	0,8
	$X_{n=7}$	5,8	$\pm 4,9$	27,8	11,0	$\pm 10,5$	128,3	$>0,05$	0,9
	$D_{n=4}$	8,0	$\pm 5,5$	40,0	19,8	$\pm 11,3$	170,3	$>0,05$	1,5
9. Стрибки на двох ногах (разів):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=7}$	2,4	$\pm 3,0$	4,1	5,6	$\pm 3,8$	16,6	$<0,05$	1,6
	$D_{n=4}$	3,1	$\pm 1,3$	2,6	8,0	$\pm 3,7$	18,7	$>0,05$	0,7
	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,2	0,9	$\pm 1,1$	1,5	$>0,05$	2,0
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,8$	0,9	4,0	$\pm 2,5$	8,7	$<0,05$	4,3
	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 0,7$	0,6	1,9	$\pm 1,7$	3,5	$>0,05$	1,6
	$D_{n=4}$	1,3	$\pm 1,3$	2,3	4,3	$\pm 2,7$	9,6	$>0,05$	2,4

Продовження таблиці 3.16

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (разів) тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	$X_{n=7}$	1,0	$\pm 0,8$	0,7	4,3	$\pm 2,1$	4,9	$< 0,05$	3,3
	$D_{n=4}$	2,5	$\pm 1,1$	1,7	1,0	$\pm 1,2$	2,0	$< 0,05$	1,0
	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,2	1,1	$\pm 1,1$	1,5	$> 0,05$	3,0
	$D_{n=4}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	1,0	$\pm 1,2$	2,0	$> 0,05$	3,0
11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	$X_{n=7}$	107,0	$\pm 33,0$	1268,3	65,7	$\pm 21,9$	558,9	$< 0,05$	0,6
	$D_{n=4}$	23,5	$\pm 7,2$	69,7	10,3	$\pm 2,9$	10,9	$< 0,05$	1,3
	$X_{n=7}$	104,3	$\pm 31,1$	1131,9	58,9	$\pm 17,0$	337,1	$< 0,05$	0,8
	$D_{n=4}$	21,8	$\pm 7,3$	70,9	9,3	$\pm 1,9$	4,9	$< 0,05$	1,4
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою рукою правою рукою	$X_{n=7}$	0,3	$\pm 0,5$	0,3	0,6	$\pm 0,7$	0,6	$> 0,05$	1,0
	$D_{n=4}$	0	0	0	0,3	$\pm 0,4$	0,3	$> 0,05$	-
	$X_{n=7}$	0,1	$\pm 0,3$	0,1	0,4	$\pm 1,0$	1,3	$> 0,05$	2,0
	$D_{n=4}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	1,0	$\pm 1,7$	4,0	$> 0,05$	3,0
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 0,5$	0,2	0,7	$\pm 0,5$	0,2	$> 0,05$	0
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,4$	0,3	1,0	0	0	$> 0,05$	0,3
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі (час/с): права нога	$X_{n=7}$	16,9	$\pm 4,3$	21,1	28,9	$\pm 4,9$	28,5	$< 0,05$	0,7
	$D_{n=4}$	7,3	$\pm 1,6$	3,6	14,8	$\pm 4,7$	28,9	$< 0,05$	1,0

Продовження таблиці 3.16

ліва нога	$X_{n=7}$	20,3	$\pm 7,4$	63,2	40,0	$\pm 11,8$	162,3	$<0,05$	1,0
	$D_{n=4}$	7,5	$\pm 2,9$	11,0	15,8	$\pm 4,2$	23,6	$<0,05$	1,1
15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с): права нога ліва нога	$X_{n=7}$	9,0	$\pm 6,3$	46,3	8,1	$\pm 3,7$	15,8	$>0,05$	0,1
	$D_{n=4}$	1,0	$\pm 0,7$	0,7	2,5	$\pm 3,2$	13,5	$>0,05$	1,5
	$X_{n=7}$	11,1	$\pm 6,0$	41,5	6,9	$\pm 1,4$	2,1	$>0,05$	0,6
	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,2$	2,0	0,9	$\pm 0,2$	0,1	$<0,05$	1,3
16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (разів): права нога ліва нога	$X_{n=7}$	9,0	$\pm 6,3$	46,3	8,6	$\pm 2,9$	9,6	$<0,05$	0,8
	$D_{n=4}$	2,3	$\pm 0,8$	0,9	6,5	$\pm 1,5$	3,0	$<0,05$	1,9
	$X_{n=7}$	11,1	$\pm 6,0$	41,5	11,1	$\pm 4,4$	22,5	$<0,05$	1,0
	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,2$	2,0	6,3	$\pm 1,9$	4,3	$<0,05$	2,1
Теж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права нога ліва нога	$X_{n=7}$	1,4	$\pm 1,4$	2,3	3,7	$\pm 1,7$	3,6	$<0,05$	1,6
	$D_{n=4}$	4,0	$\pm 1,0$	1,3	4,3	$\pm 1,6$	3,6	$<0,05$	3,3
	$X_{n=7}$	1,7	$\pm 0,9$	0,9	4,7	$\pm 1,6$	2,9	$<0,05$	1,8
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 0,8$	0,9	5,3	$\pm 1,8$	4,3	$<0,05$	6,0



У ловінні великого м'яча з відстані 1,5 м показник збільшився в 4,3 рази і становив  $4,3 \pm 2,1$ . Хлопці мали достовірний приріст у скороченні часу збору пірамідки з 5 кілець (лівою/правою) рукою з результатом  $65,7 \pm 21,9$  с і  $58,9 \pm 17,0$ , відповідно, що у 1,6 і 1,8 рази швидше протипочаткового показника. Достовірний приріст відбувся в розвитку рухів поясу нижніх кінцівок, так у показниках утримання зігнутої у коліні ноги (правої/лівої) в 1,7 і 2 рази і становили  $28, \pm 4,9$  і  $40,0 \pm 11,8$ , відповідно ( $p < 0,05$ ). Збільшилась кількість разів згинання ніг у колінних суглобах з обтяженням (права/ліва) нога в 2,6 і 2,8 з результатом  $3,7 \pm 1,7$  і  $4,7 \pm 1,6$ , відповідно.

Аналіз динаміки розвитку рухових умінь дівчат з захворюванням ОРА дошкільного віку у МЦСР (табл. 3.16) показав, що у них статистично достовірний приріст ( $p < 0,05$ ) відбувся в розвитку уміння підніматися з положення лежачі махом рук з результатом  $4,5 \pm 1,1$ , що 15 разів перевищує первинний показник; з положення руки за головою  $1,0 \pm 0,7$  порівняно з тим, що при початковому дослідженні діти не могли виконати вправу жодного разу. Також достовірний приріст відбувся у збільшенні в 3,2 рази часу утримання голови лежачі на спині та становив  $29,0 \pm 4,8$ . Результат виконання Ландау 2 становив  $4,1 \pm 1,0$ , що в 1,4 рази швидше порівняно з початковим рівнем. В утриманні рук в упорі лежачи на животі відбувся приріст у 5,2 рази та становив  $6,8 \pm 3,0$  с. Також скоротився час повороту на живіт з положення лежачи (направо/наліво)  $5,0 \pm 2,0$  і  $6,3 \pm 0,3$ , що в 1,9 рази швидше від початкового показника. У дівчат відбувся достовірний приріст у стоянні карачки на трьох точках опору, ліва/ права рука уперед, права в опірному положенні з показником  $18,3 \pm 2,9$  і  $26,5 \pm 7,0$ , відповідно, що у 1,7 і 2,1 рази, довше від початкових результатів. До того ж, у дівчат достовірно покращилися показники стояння на двох точках опору, ліва/права рука уперед, права/ліва нога назад з показниками  $8,3 \pm 3,9$  і  $5,3 \pm 2,2$ , відповідно, що у 3,3 і 2,9 перевищувало початкові уміння. У стоянні на колінах (руки уздовж тулуба) дівчата виконали  $49,8 \pm 9,1$  с, що у 2,2 рази перевищує початковий результат. У стрибках на лівій нозі показник покращився у 5 разів і становив  $4,0 \pm 2,5$  рази. Дівчата мали

достовірний приріст у скороченні часу збору пірамідки з 5 кілець лівою/правою рукою з результатом  $10,3 \pm 2,9$  і  $3,2$  рази більше у порівнянні з попередніми значеннями ( $p < 0,05$ ). Також збільшилась кількість разів в  $1,1$  і  $6,6$  згинання ніг у колінних суглобах з обтяженням (права/ліва) нога -  $4,3 \pm 1,6$  і  $5,3 \pm 1,8$ , відповідно.

Значним результатом розробленої авторської методики вважаємо те, що за період її впровадження 1 хлопець і 1 дівчина оволоділи навичкою ходьби.

Слід зауважити, що отримані дані характеризувалися також нестабільністю за показниками дисперсії вибірки.

Загальний обсяг показників коефіцієнту варіації знаходився у межах  $\geq 10\%$ . У дівчат показник уміння вставати з положення лежачи махом рук за коефіцієнтом варіації сягнув  $17\%$ , що вказує на середній рівень інформативності отриманих даних.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку рухових умінь у хлопців шкільного віку із захворюваннями ОРА в МЦСР (табл. 3.17) показав, що вони мали достовірний приріст у формуванні рефлексу випрямлення за Ландау 1 у  $1,6$  рази, з результатом  $6,4 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ).

Достовірним був приріст розвитку моторики верхніх кінцівок у випробуванні на збір пірамідки правою рукою -  $30,3 \pm 31,1$ , що у  $1,4$  рази перевищувало початковий результат ( $p < 0,05$ ).

Показники розвитку моторики нижніх кінцівок мали достовірний приріст у часі утримання зігнутої у колінному суглобі правої ноги та становили  $85,8 \pm 27,8$  с, що у  $1,6$  рази переважало первинний результат. Динаміка розвитку швидкості згинання ніг (правої/лівої) у колінних суглобах становила  $7,3 \pm 2,9$  і  $5,8 \pm 2,0$ , що у  $1,6$  рази перевищило початкові значення, в тому числі із обтяженням становила  $13,3 \pm 5,5$  і  $13,4 \pm 6,5$ , відповідно, що у  $1,8$  і  $1,6$  рази перевищило попередні дані ( $p < 0,05$ ). Слід відзначити, що за період

Таблиця 3.17

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь хлопців і дівчат шкільного віку (молодшого, середнього та старшого) шкільного віку I типової групи в МЦСР**

Тести	Стать (n)	До n=13			Після n=13			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=8</sub>	9,9	±4,6	24,7	14,1	±5,4	33,8	>0,05	0,7
	D <sub>n=5</sub>	2,0	±1,9	4,5	7,2	±2,5	7,7	<0,05	2,6
	X <sub>n=8</sub>	6,0	±4,1	19,4	8,8	±4,1	19,4	>0,05	1,3
	D <sub>n=5</sub>	0,2	±0,4	0,2	3,6	±1,7	3,8	<0,05	17,0
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/с)	X <sub>n=8</sub>	33,1	±13,4	203,9	45,1	±12,0	165,3	>0,05	0,6
	D <sub>n=5</sub>	16,0	±8,4	87,5	40,2	±13,7	234,7	<0,05	1,5
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=8</sub>	27,3	±21,4	525,6	18,3	±14,2	231,1	>0,05	0,4
	D <sub>n=5</sub>	10,0	±6,6	54,5	4,8	±3,2	13,2	>0,05	1,1
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=8</sub>	6,8	±3,7	15,6	6,4	±3,8	16,6	<0,05	0,4
	D <sub>n=5</sub>	7,3	±4,4	40,9	6,4	±2,2	6,3	<0,05	1,1
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=8</sub>	7,9	±3,8	16,4	6,6	±2,2	5,4	>0,05	0,4
	D <sub>n=5</sub>	8,4	±4,2	22,3	4,2	±1,5	2,7	>0,05	1,0

Продовження таблиці 3.17

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с)	X <sub>n=8</sub>	26,9	±25,9	765,3	33,9	±32,4	1202,4	>0,05	1,8
	D <sub>n=5</sub>	6,0	±3,9	19,5	13,0	±5,2	34,0	<0,05	1,2
7. Поворот на живіт із положення лежачи на спині (час/с): а) направо б) наліво	X <sub>n=8</sub>	22,5	±18,4	388,0	17,0	±13,1	196,6	>0,05	0,3
	D <sub>n=5</sub>	5,2	±2,1	5,7	3,8	±0,7	0,7	>0,05	0,4
	X <sub>n=8</sub>	32,6	±42,4	2054,3	17,3	±15,8	285,9	>0,05	0,4
	D <sub>n=5</sub>	5,2	±2,0	5,2	3,8	±0,7	0,7	>0,05	0,4
8. Стояння: карачки (час/с) - на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	27,9	±21,8	545,6	7,9	±9,9	111,6	>0,05	0,6
	D <sub>n=5</sub>	13,4	±7,0	60,8	25,2	±15,0	279,7	>0,05	0,9
- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	23,8	±21,0	502,5	29,0	±26,0	771,7	>0,05	0,5
	D <sub>n=5</sub>	11,4	±3,7	17,3	26,4	±10,1	128,3	<0,05	1,3
- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні, права нога назад, ліва в опорному положенні	X <sub>n=8</sub>	5,1	±7,9	72,1	7,9	±9,9	111,6	>0,05	1,7
	D <sub>n=5</sub>	1,4	±2,8	9,8	6,2	±5,0	30,7	>0,05	4,2

Продовження таблиці 3.17

- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні, ліва нога назад, права в опорному положенні	$X_{n=8}$	5,3	$\pm 5,1$	29,9	5,6	$\pm 4,9$	28,0	$>0,05$	0,3
	$D_{n=5}$	1,4	$\pm 2,8$	9,8	4,0	$\pm 5,5$	38,5	$>0,05$	1,9
- на колінах руки вздовж тулуба	$X_{n=8}$	347,5	$\pm 194,6$	43288,6	356,0	$\pm 193,7$	42888,0	$>0,05$	0,3
	$D_{n=5}$	25,0	$\pm 15,6$	305,5	62,8	$\pm 30,3$	1145,7	$<0,05$	1,5
- на ногах (без опори):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=8}$	41,5	$\pm 45,4$	2353,7	52,5	$\pm 47,5$	2580,0	$>0,05$	0,2
	$D_{n=5}$	42,8	$\pm 46,8$	2733,7	49,4	$\pm 41,7$	2174,8	$>0,05$	0,2
	$X_{n=8}$	7,5	$\pm 13,4$	205,1	10,6	$\pm 18,2$	377,4	$>0,05$	0,6
	$D_{n=5}$	5,6	$\pm 6,9$	58,8	15,2	$\pm 19,0$	451,2	$>0,05$	1,4
	$X_{n=8}$	10,1	$\pm 17,6$	355,0	13,3	$\pm 20,7$	490,5	$>0,05$	0,9
	$D_{n=5}$	6,4	$\pm 7,9$	77,3	12,2	$\pm 15,2$	289,2	$>0,05$	1,2
9. Стрибки на двох ногах (разів):  на лівій нозі  на правій нозі	$X_{n=8}$	6,1	$\pm 9,0$	92,1	8,1	$\pm 11,9$	160,7	$>0,05$	1,6
	$D_{n=5}$	3,6	$\pm 4,8$	28,8	5,4	$\pm 6,7$	55,8	$>0,05$	0,5
	$X_{n=8}$	6,0	$\pm 10,2$	121,3	3,3	$\pm 4,5$	22,8	$>0,05$	2,0
	$D_{n=5}$	0,6	$\pm 1,2$	1,8	2,4	$\pm 3,2$	12,8	$>0,05$	3,0
	$X_{n=8}$	2,5	$\pm 3,5$	14,3	3,4	$\pm 4,9$	27,1	$>0,05$	1,6
	$D_{n=5}$	0,8	$\pm 1,2$	1,7	2,8	$\pm 3,5$	15,2	$>0,05$	2,5

Продовження таблиці 3.17

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (разів)	$X_{n=8}$	10,9	$\pm 6,0$	41,0	14,9	$\pm 7,8$	69,8	$>0,05$	3,3
	$D_{n=5}$	3,2	$\pm 2,4$	7,2	7,0	$\pm 3,2$	12,5	$>0,05$	1,2
тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	$X_{n=8}$	7,3	$\pm 5,0$	28,2	7,9	$\pm 5,1$	29,8	$>0,05$	3,0
	$D_{n=5}$	0,4	$\pm 0,8$	0,8	1,8	$\pm 2,2$	6,2	$>0,05$	3,5
11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	$X_{n=8}$	32,5	$\pm 27,7$	879,4	18,6	$\pm 13,1$	195,4	$>0,05$	0,6
	$D_{n=5}$	16,0	$\pm 6,4$	50,5	7,8	$\pm 2,2$	6,2	$<0,05$	1,1
	$X_{n=8}$	41,5	$\pm 36,8$	1551,1	30,3	$\pm 31,1$	1101,9	$<0,05$	0,8
	$D_{n=5}$	11,8	$\pm 3,2$	13,2	6,8	$\pm 1,6$	3,2	$<0,05$	0,7
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою рукою правою рукою	$X_{n=8}$	0,5	$\pm 0,9$	0,9	1,3	$\pm 1,9$	4,2	$>0,05$	3,3
	$D_{n=5}$	0,2	$\pm 0,4$	0,2	0,8	$\pm 1,2$	1,7	$>0,05$	3,0
	$X_{n=8}$	1,4	$\pm 1,1$	1,4	2,6	$\pm 2,5$	7,1	$>0,05$	0,3
	$D_{n=5}$	0	0	0	0,2	$\pm 0,4$	0,2	$>0,05$	0,3
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	$X_{n=8}$	0,9	$\pm 0,3$	0,1	0,9	$\pm 0,3$	0,1	$>0,05$	0
	$D_{n=5}$	0,8	$\pm 0,4$	0,2	1,0	0	0	$>0,05$	0,3
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі (час/с): права нога	$X_{n=8}$	53,0	$\pm 18,9$	406,9	85,8	$\pm 27,8$	882,2	$<0,05$	0,7
	$D_{n=5}$	13,6	$\pm 5,1$	32,3	26,4	$\pm 10,0$	125,8	$<0,05$	0,9

Продовження таблиці 3.17

ліва нога	X <sub>n=8</sub>	60,5	±42,0	2016,3	90,0	±34,6	1370,3	>0,05	1,0
	D <sub>n=5</sub>	11,6	±6,6	54,8	23,8	±12,2	187,2	>0,05	1,1
15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с): права нога ліва нога	X <sub>n=8</sub>	12,0	±3,8	16,9	7,3	±2,9	9,6	<0,05	0,1
	D <sub>n=5</sub>	3,0	±1,8	4,0	1,4	±0,5	0,3	>0,05	1,1
	X <sub>n=8</sub>	9,5	±4,4	22,0	5,8	±2,0	4,5	<0,05	0,6
	D <sub>n=5</sub>	3,8	±2,2	6,2	1,6	±0,8	0,8	>0,05	1,4
16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (разів): права нога ліва нога	X <sub>n=8</sub>	12,9	±3,8	16,4	24,9	±10,0	115,0	<0,05	0,8
	D <sub>n=5</sub>	4,6	±1,0	1,3	10,6	±1,7	3,8	<0,05	1,3
	X <sub>n=8</sub>	12,8	±6,5	47,9	26,5	±13,3	201,1	<0,05	1,0
	D <sub>n=5</sub>	5,6	±1,6	3,3	13,2	±2,8	9,7	<0,05	1,4
Теж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права нога ліва нога	X <sub>n=8</sub>	7,4	±3,6	14,8	13,3	±5,5	34,2	<0,05	1,6
	D <sub>n=5</sub>	1,8	±0,4	0,2	8,0	±1,8	4,0	<0,05	3,4
	X <sub>n=8</sub>	8,4	±4,8	26,3	13,4	±6,5	48,6	<0,05	1,8
	D <sub>n=5</sub>	26,3	±1,2	1,7	9,2	±1,9	4,7	<0,05	3,2

впровадження методики навичкою ходи оволодів 1 хлопець дослідженого віку.

До того ж, варто додати, що всі показники у яких спостерігався достовірний приріст за дисперсією вибірки характеризувалися нестабільністю.

Показники коефіцієнту варіації знаходились у межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про незначну мінливість варіаційних рядів отриманих даних.

Порівняльний аналіз розвитку рухових умінь дівчат шкільного віку із захворюванням ОРА в МЦСР показав (табл. 3.17), що в них відбувся достовірний приріст у підніманні із положення лежачи махом рук (руки за голову) з результатом  $7,2 \pm 2,5$ , що в 3,6 рази перевищує попередній результат. Дівчата мали достовірний приріст у показниках утримання голови лежачи на спині з результатом  $40,2 \pm 13,7$ , що 2,5 рази перевищило початкове значення.

Також було визначено достовірний приріст у швидкості розгинання за Ландау 1 з результатом  $6,4 \pm 2,2$ , що 1,4 рази краще проти початкового значення. Дівчата з достовірним приростом у 2,2 рази утримали руки в упорі лежачи на животі з результатом  $13,0 \pm 5,2$  ( $p < 0,05$ ).

Показники рівня готовності дівчат до вертикалізації показали, що вони в 2,3 рази довше фіксувалися на трьох точках опори (права рука вперед, ліва в опірному положенні) –  $26,4 \pm 10,1$ , і на колінах (руки уздовж тулуба) в 2,5 рази з показником  $62,8 \pm 30,3$  ( $p < 0,05$ ).

Аналіз динаміка розвитку рухів верхніх кінцівок свідчить, що достовірна різниця відбулась у швидкості збору пірамідки (лівою/правою) рукою з результатом  $7,8 \pm 2,2$  і  $6,8 \pm 1,6$ , відповідно, що в 2,1 і 1,7 рази швидше за початковий показник. Достовірний приріст відбувся в розвитку рухів поясу нижніх кінцівок, так у показниках згинання лівої ноги у колінному суглобі результат становив  $0,9 \pm 0,2$ , що у 2,2 рази більше за початкове значення; в утриманні зігнутої у колінному суглобі ноги (правої/лівої) результат становив  $6,5 \pm 1,5$  і  $2,0 \pm 1,9$ , відповідно, що в 2,8 рази і перевищило початковий результат ( $p < 0,05$ ).

У показниках розвитку рухів у поясі нижніх кінцівок відбувся достовірний приріст в утриманні правої ноги зігнутої у колінному суглобі з



результатом  $26,4 \pm 10,0$ , що в 1,9 рази краще у порівнянні з початковим результатом, а також приріст було відмічено в кількості згинань у колінних суглобах (правою/лівою) ногами з результатом  $1,4 \pm 0,5$  і  $1,6 \pm 0,8$ , відповідно, що у 2,1 і 2,4 рази більше за початкові показники, в т.ч. із обтяженням –  $8,0 \pm 1,8$  і  $9,2 \pm 1,9$ , відповідно, що у 4,4 і 2,9 рази більше початкових даних ( $p < 0,05$ ).

За показником дисперсії вибірки було визначено нестабільність у розвитку умінь, які характеризують готовність до вертикалізації і розвитку моторики нижніх кінцівок (утримання зігнутих ніг у колінних суглобах).

У випробуванні на піднімання із положення лежачі в положення сидячи руки за голову показник коефіцієнту варіації сягнув 17,0 %, що свідчить про середню інформативність цих даних.

За період проведення дослідження, жодна дівчина із означеного контингенту дітей не оволоділа навичкою ходьби.

Порівняльний аналіз розвитку рухових умінь хлопців дошкільного віку із захворюванням ОРА в КЦСПР (табл. 3.18) показав, що вони мали достовірний приріст у виконанні вправ «Крильця» з результатом  $15,7 \pm 8,5$ , що в 12,1 рази більше ніж початкові показники; і у випрямленні за Ландау 2 з результатом  $4,7 \pm 0,9$ , що в 1,9 рази перевищило початковий показник ( $p < 0,05$ ).

Випробування на готовність до вертикалізації не мали достовірного приросту. Між тим, показники дисперсії вибірки, вказують на покращення індивідуальних результатів у окремих дітей. Також жоден хлопець із означеного контингенту дітей не зміг зафіксуватися на правій нозі, виконати стрибки на обох й одній (правій/лівій) нозі.

Щодо розвитку моторики верхніх кінцівок, то хлопці не змогли жодного разу вловити тенісний м'яч і влучити в ціль під час метання (правою/лівою) рукою.

У показниках розвитку моторики нижніх кінцівок не було відмічено достовірного приросту показників.

Таблиця 3.18

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь хлопців і дівчат I типової групи дошкільного віку в КЦСПР**

Тести	Стать (n)	До n=6			Після n=6			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=3</sub>	2,3	$\pm 3,3$	16,3	6,7	$\pm 3,9$	22,3	>0,05	1,9
	D <sub>n=3</sub>	1,0	$\pm 1,4$	3,0	2,7	$\pm 2,5$	9,3	>0,05	1,7
	X <sub>n=3</sub>	1,0	$\pm 1,4$	3,0	2,3	$\pm 1,2$	2,3	>0,05	1,3
	D <sub>n=3</sub>	0	0	0	0	0	0	-	-
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/сек)	X <sub>n=3</sub>	8,0	$\pm 5,0$	37,0	20,0	$\pm 10,7$	171,0	>0,05	1,5
	D <sub>n=3</sub>	11,7	$\pm 2,9$	12,3	21,3	$\pm 5,3$	42,3	<0,05	0,8
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=3</sub>	1,3	$\pm 1,9$	5,3	15,7	$\pm 8,5$	108,3	<0,05	10,8
	D <sub>n=3</sub>	1,3	$\pm 1,9$	5,3	1,3	$\pm 1,9$	5,3	>0,05	0
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=3</sub>	10,0	$\pm 5,0$	37,0	4,3	$\pm 1,9$	5,3	>0,05	1,3
	D <sub>n=3</sub>	5,0	$\pm 0,8$	1,0	2,3	$\pm 0,5$	0,3	<0,05	1,1
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=3</sub>	9,0	$\pm 0,8$	1,0	4,7	$\pm 0,9$	1,3	<0,05	0,9
	D <sub>n=3</sub>	6,3	$\pm 4,0$	24,3	5,0	$\pm 2,2$	7,0	>0,05	0,3





Продовження таблиці 3.18

10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (разів) тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	$X_{n=3}$	2,7	$\pm 1,9$	5,3	4,3	$\pm 3,1$	14,3	$>0,05$	0,6
	$D_{n=3}$	0,7	$\pm 0,5$	0,3	1,0	$\pm 0,8$	1,0	$>0,05$	0,5
	$X_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	$X_{n=3}$	15,3	$\pm 9,5$	136,3	12,7	$\pm 7,6$	86,3	$>0,05$	0,2
	$D_{n=3}$	47,3	$\pm 66,9$	6721,3	20,7	$\pm 29,2$	1281,3	$>0,05$	1,3
	$X_{n=3}$	19,0	$\pm 12,8$	247,0	14,0	$\pm 7,8$	91,0	$>0,05$	0,4
	$D_{n=3}$	51,0	$\pm 72,1$	7803,0	24,0	$\pm 33,9$	1728,0	$>0,05$	1,1
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою рукою правою рукою	$X_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$X_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=3}$	0	0	0	0	0	0	-	-
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	$X_{n=3}$	1,0	0	0	1,0	0	0	$>0,05$	0
	$D_{n=3}$	0,7	$\pm 0,4$	0,3	0,7	0,4	0,3	$>0,05$	0
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі (час/с): права нога	$X_{n=3}$	2,7	$\pm 2,5$	9,3	6,3	$\pm 2,9$	12,3	$>0,05$	1,4
	$D_{n=3}$	4,6	$\pm 3,3$	17,3	7,0	$\pm 5,1$	39,0	$>0,05$	0,5

Продовження таблиці 3.18

ліва нога	$X_{n=3}$	3,0	$\pm 2,2$	7,0	5,7	$\pm 1,9$	5,3	$>0,05$	0,9
	$D_{n=3}$	5,0	$\pm 3,7$	21,0	8,3	$\pm 6,2$	58,3	$>0,05$	0,7
15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с): права нога ліва нога	$X_{n=3}$	0,7	$\pm 0,9$	1,3	0,7	$\pm 0,9$	1,3	$>0,05$	0
	$D_{n=3}$	3,3	$\pm 2,5$	9,3	2,7	$\pm 1,9$	5,3	$>0,05$	0,3
	$X_{n=3}$	1,0	$\pm 1,4$	3,0	1,0	$\pm 1,4$	3,0	$>0,05$	0
	$D_{n=3}$	3,3	$\pm 2,9$	12,3	2,7	$\pm 2,1$	6,3	$>0,05$	0,3
16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (разів): права нога ліва нога	$X_{n=3}$	1,3	$\pm 1,9$	5,3	3,3	$\pm 3,4$	17,3	$>0,05$	1,5
	$D_{n=3}$	4,3	$\pm 3,3$	16,3	7,0	$\pm 5,7$	49,0	$>0,05$	0,6
	$X_{n=3}$	2,0	$\pm 2,8$	12,0	5,0	$\pm 5,7$	49,0	$>0,05$	1,5
	$D_{n=3}$	4,3	$\pm 3,3$	16,3	7,7	$\pm 6,1$	56,3	$>0,05$	0,5
Теж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права нога ліва нога	$X_{n=3}$	0	0	0	1,7	$\pm 1,7$	4,3	$>0,05$	-
	$D_{n=3}$	2,7	$\pm 2,1$	6,3	6,0	$\pm 4,9$	36,0	$>0,05$	1,3
	$X_{n=3}$	0	0	0	4,3	$\pm 2,4$	8,3	$>0,05$	-
	$D_{n=3}$	2,0	$\pm 1,6$	4,0	6,7	$\pm 5,3$	42,3	$>0,05$	2,3

Слід зазначити, що у виконанні вправи «Крильця» визначено нестабільність за показником дисперсії.

Показники коефіцієнту варіації вказують, що виконання вправи «Крильця» і стояння на двох ногах мають середній рівень інформативності, у першому випадку показник досяг 10,8%, в другому – 17,3%.

Порівняльний аналіз розвитку рухових умінь дівчат дошкільного віку із захворюванням ОРА в КЦСПР (табл. 3.18) показав, що в них відбувся достовірний приріст у розвитку уміння утримувати голову в положенні лежачи на спині з показником  $21,3 \pm 5,3$ , що 1,8 рази більше проти початкового значення. Дівчата мали також динаміку у виконанні випрямлення за Ландау 1 з показником  $2,3 \pm 0,5$ , що 2,3 рази швидше початкового результату ( $p > 0,05$ ). Між тим, дівчата не змогли виконати жодного піднімання із положення лежачи руки за голову.

Випробування на готовність дівчат до вертикалізації засвідчили, що жодна дівчина не здатна зафіксуватися на двох точка опори, на одній нозі (правій/лівій), виконати стрибки на двох й одній нозі (правій/лівій).

Розвиток моторики верхніх кінцівок показав, що дівчата не можуть вловити жодного разу тенісний м'яч, і влучити в ціль (правою/лівою) рукою.

Показники коефіцієнту варіації вказували, що інформативність отриманих даних знаходиться у межах  $\geq 10\%$ , тобто варіація ряду даних незначна.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку рухових умінь хлопців шкільного віку із захворюванням ОРА в КРСПЦ показав (табл. 3.19), що в них відбувся достовірний приріст у показниках вставання із положення лежачи в положення сидячи махом рук з результатом  $6,9 \pm 3,0$ , що у 2,9 рази більше у порівнянні з початковим результатом, а також при вихідному положенні руки за головою з результатом  $3,3 \pm 2,1$  у порівнянні із тим, що спочатку вони не могли виконати вправу жодного разу ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.19

**Порівняльний аналіз початкових показників тестування рухових умінь дітей шкільного віку (молодшого, середнього та старшого) шкільного віку I типової групи в КЦСПР**

Тести	Стать	До n=11			Після n=11			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
1. В.П. лежачи на спині сісти (кількість разів): а) махом рук б) руки за голову	X <sub>n=7</sub>	2,4	$\pm 1,9$	4,3	6,9	$\pm 3,0$	10,5	<0,05	1,8
	D <sub>n=4</sub>	0,8	$\pm 1,3$	2,3	2,3	$\pm 2,9$	10,9	>0,05	2,0
	X <sub>n=7</sub>	0	0	0	3,3	$\pm 2,1$	5,2	<0,05	-
	D <sub>n=4</sub>	0	0	0	0,8	$\pm 1,3$	2,3	0	-
2. В.П. лежачи на спині утримати голову (час/с)	X <sub>n=7</sub>	14,0	$\pm 13,7$	220,3	27,3	$\pm 18,7$	408,9	>0,05	0,9
	D <sub>n=4</sub>	14,3	$\pm 12,1$	194,9	25,3	$\pm 17,1$	390,9	>0,05	0,8
3. Виконання вправи «Крильця» (час/с)	X <sub>n=7</sub>	3,9	$\pm 3,7$	16,1	12,7	$\pm 10,7$	133,9	>0,05	2,3
	D <sub>n=4</sub>	1,0	$\pm 1,7$	4,0	1,0	$\pm 1,7$	4,0	>0,05	0
4. Ландау 1 (угору/час/с)	X <sub>n=7</sub>	3,9	$\pm 2,0$	4,5	2,1	$\pm 1,0$	1,1	>0,05	0,8
	D <sub>n=4</sub>	13,2	$\pm 5,5$	23,7	5,5	$\pm 3,9$	20,3	>0,05	0,3
5. Ландау 2 (вниз/час/с)	X <sub>n=7</sub>	4,9	$\pm 3,4$	13,8	3,4	$\pm 2,3$	3,0	>0,05	0,4
	D <sub>n=4</sub>	13,5	$\pm 9,6$	123,0	11,0	$\pm 6,3$	53,3	>0,05	0,2



Продовження таблиці 3.19

6. В.П. лежачи на животі руки в упорі (час/с)	X <sub>n=7</sub>	7,1	±8,4	81,5	19,7	±19,2	431,2	>0,05	1,8
	D <sub>n=4</sub>	6,0	±5,1	34,7	9,8	±9,8	126,9	>0,05	0,6
7. Поворот на живіт із положення лежачи на спині (час/с): а) направо	X <sub>n=7</sub>	15,6	±19,7	453,0	6,9	±6,7	52,5	>0,05	1,0
	D <sub>n=4</sub>	7,5	±7,0	65,7	11,8	±8,7	100,9	>0,05	0,6
б) наліво	X <sub>n=7</sub>	13,7	±17,4	353,9	9,1	±9,3	101,5	>0,05	0,7
	D <sub>n=4</sub>	7,5	±8,1	87,0	14,8	±11,8	186,9	>0,05	1,0
8. Стояння: карачки (час/с) - на трьох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні	X <sub>n=7</sub>	6,7	±4,2	20,2	14,0	±9,5	105,0	>0,05	1,1
	D <sub>n=4</sub>	5,8	±5,8	45,6	9,3	±9,4	118,3	>0,05	0,6
- на трьох точках опори, права рука уперед, ліва в опорному положенні	X <sub>n=7</sub>	7,4	±4,6	24,6	15,4	±13,2	202,0	>0,05	1,1
	D <sub>n=4</sub>	7,5	±7,5	75,7	10,5	±10,5	147,7	>0,05	0,4
- на двох точках опору, ліва рука уперед, права в опорному положенні, права нога назад, ліва в опорному положенні	X <sub>n=7</sub>	1,3	±1,7	3,6	2,7	±2,7	8,2	>0,05	1,1
	D <sub>n=4</sub>	0,8	±1,3	2,3	2,5	±4,3	25,0	>0,05	2,3
- на двох точках опору, права рука уперед, ліва в опорному положенні, ліва нога назад, права в опорному положенні	X <sub>n=7</sub>	0,7	±1,7	3,6	1,3	±2,4	6,6	>0,05	0,8
	D <sub>n=4</sub>	0,5	±0,9	1,0	1,5	±2,6	9,0	>0,05	2,0

Продовження таблиці 3.19

- на колінах руки вздовж тулуба	$X_{n=7}$	46,4	$\pm 48,8$	2773,6	99,0	$\pm 85,3$	8489,3	$>0,05$	1,1
	$D_{n=4}$	26,8	$\pm 27,4$	1002,3	70,5	$\pm 70,5$	6629,7	$>0,05$	1,6
- на ногах (без опори):	$X_{n=7}$	8,4	$\pm 11,0$	140,0	21,6	$\pm 32,9$	1261,6	$>0,05$	1,6
	$D_{n=4}$	14,0	$\pm 22,5$	678,0	25,8	$\pm 42,9$	2452,3	$>0,05$	0,8
на лівій нозі	$X_{n=7}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	0	0	0	-	-
на правій нозі	$X_{n=7}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	0	0	0	-	-
9. Стрибки на двох ногах (кількість):	$X_{n=7}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	0	0	0	-	-
на лівій нозі	$X_{n=7}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	0	0	0	-	-
на правій нозі	$X_{n=7}$	0	0	0	0	0	0	-	-
	$D_{n=4}$	0	0	0	0	0	0	-	-
10. Ловити: великий м'яч, відстань 1,5 м (кількість разів) тенісний м'яч (сидячи, стоячи)	$X_{n=7}$	2,0	$\pm 2,3$	6,3	2,3	$\pm 2,6$	7,9	$>0,05$	0,1
	$D_{n=4}$	1,5	$\pm 1,7$	3,7	3,0	$\pm 3,3$	14,7	$>0,05$	1,0
	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 1,2$	1,6	0,7	$\pm 1,2$	1,6	$>0,05$	0
	$D_{n=4}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	0,8	$\pm 1,3$	2,3	$>0,05$	2,0

Продовження таблиці 3.19

11. Збір пірамідки 5 кілець (час/с): лівою рукою правою рукою	$X_{n=7}$	27,4	$\pm 25,0$	727,0	18,9	$\pm 16,4$	312,5	$>0,05$	0,5
	$D_{n=4}$	35,5	$\pm 51,8$	3577,7	17,0	$\pm 21,0$	588,0	$>0,05$	1,1
	$X_{n=7}$	29,0	$\pm 26,8$	841,0	20,6	$\pm 17,6$	361,6	$>0,05$	0,4
	$D_{n=4}$	36,8	$\pm 50,0$	3338,9	16,5	$\pm 19,1$	485,7	$>0,05$	1,2
12. Метання в ціль 5 спроб, відстань 1,5 м: лівою правою рукою	$X_{n=7}$	0,4	$\pm 0,7$	0,6	0,4	$\pm 0,7$	0,6	$>0,05$	0
	$D_{n=4}$	0	0	0	0,8	$\pm 1,3$	2,3	$>0,05$	-
	$X_{n=7}$	0,4	$\pm 0,7$	0,6	0,6	$\pm 1,0$	1,0	$>0,05$	0
	$D_{n=4}$	0	0	0	1,0	$\pm 1,7$	4,0	$>0,05$	-
13. В.П. стоячи, сидячи, лежачи (підкреслити в.п.). Фіксація погляду, голова по середній лінії	$X_{n=7}$	0,7	$\pm 0,5$	0,2	1,0	0	0	$>0,05$	0,4
	$D_{n=4}$	0,5	$\pm 0,5$	0,3	0,5	$\pm 0,5$	0,3	$>0,05$	0
14. В.П. лежачі на животі утримати зігнуту ногу у колінному суглобі (час/с): права ліва нога	$X_{n=7}$	4,6	$\pm 2,9$	10,0	10,0	$\pm 3,6$	15,0	$<0,05$	1,2
	$D_{n=4}$	8,8	$\pm 4,4$	26,3	13,5	$\pm 6,0$	48,3	$>0,05$	0,5
	$X_{n=7}$	4,7	$\pm 3,9$	17,6	9,6	$\pm 4,5$	23,6	$<0,05$	1,0
	$D_{n=4}$	8,5	$\pm 4,2$	23,0	12,5	$\pm 4,4$	25,7	$>0,05$	0,5
15. В.П. лежачи на животі зігнути ногу у колінному суглобі (час/с): права	$X_{n=7}$	6,3	$\pm 5,3$	33,2	7,9	$\pm 6,3$	46,5	$>0,05$	0,3
	$D_{n=4}$	9,0	$\pm 6,5$	56,7	6,5	$\pm 4,2$	23,0	$>0,05$	0,4
	$X_{n=7}$	7,1	$\pm 5,6$	36,1	10,6	$\pm 5,6$	37,0	$>0,05$	0,5

Продовження таблиці 3.19

ліва нога	$D_{n=4}$	11,0	$\pm 7,5$	76,0	6,5	$\pm 4,3$	24,3	$>0,05$	0,7
16. В.П. лежачи на животі зігнути ногу в колінному суглобі (кілбкість разів): права ліва нога	$X_{n=7}$	7,0	$\pm 4,4$	22,7	13,4	$\pm 6,5$	50,0	$<0,05$	0,9
	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 1,9$	4,7	4,5	$\pm 3,4$	15,0	$<0,05$	1,3
	$X_{n=7}$	7,9	$\pm 5,5$	35,1	14,1	$\pm 4,8$	27,1	$<0,05$	0,8
	$D_{n=4}$	3,3	$\pm 4,0$	20,9	5,5	$\pm 4,8$	31,0	$>0,05$	0,7
Теж з обтяженням (вага обтяження 0,5 кг): права ліва нога	$X_{n=7}$	4,6	$\pm 2,5$	7,3	11,4	$\pm 6,1$	43,6	$<0,05$	1,5
	$D_{n=4}$	0,8	$\pm 1,3$	2,3	1,8	$\pm 3,0$	12,3	$>0,05$	1,3
	$X_{n=7}$	4,9	$\pm 3,4$	13,1	11,3	$\pm 5,0$	29,6	$<0,05$	1,3
	$D_{n=4}$	2,0	$\pm 3,5$	16,0	2,5	$\pm 4,3$	25,0	$>0,05$	0,3

У випробуванні готовності хлопців до вертикалізації визначилось, що вони так і не змогли встояти на одній нозі (правій/лівій), а також стрибати на двох і одній (правій/лівій) нозі.

Достовірний приріст відбувся у показниках розвитку утримання зігнутої ноги у колінному суглобі (правої/лівої) з результатом  $10,0 \pm 3,6$  і  $9,6 \pm 4,5$ , відповідно, що у 2,3 і 2,0 рази перевищило первинні результати. Також у хлопців відбувся достовірний приріст за кількістю згинання у колінному суглобі ніг (правої/лівої) ноги з результатом  $13,4 \pm 6,5$  і  $14,1 \pm 4,8$ , відповідно, що у 1,9 і 1,8 рази перевищує первинний результат ( $p < 0,05$ ). Теж саме з обтяженням (правої/лівої) ноги з результатом  $11,4 \pm 6,1$  і  $11,3 \pm 5,0$ , відповідно, що у 2,5 і 2,3 перевищує первинні показники ( $p < 0,05$ ). Показники коефіцієнту варіації лежать у межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про незначну змінюваність варіаційного ряду.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку рухових умінь у дівчат шкільного віку з захворюванням ОРА в КЦСПР показав (табл. 3.19), що вони мали достовірний приріст за кількістю згинань правої ноги в колінному суглобі з результатом  $4,5 \pm 3,4$ , що у 2,3 рази перевищило початкові дані ( $p < 0,05$ ).

Так, результати випробувань на готовність дівчат до вертикалізації показали, що дівчата не можуть жодного разу встояти на одній нозі (правій/лівій), виконувати стрибки на двох й одній нозі (правій/лівій). Слід додати, що за період впровадження методики 1 дівчина оволоділа навичкою ходьби.

Показники коефіцієнту варіації знаходились у межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про інформативність отриманих даних.

Узагальнення даних проведеного дослідження мало такий результат: із 7 хлопців і 3 дівчат у МЦСР, які не володіли ходьбою, 1 хлопець шкільного віку та 1 дівчина дошкільного навчалися ходити, у КЦСПР 9 хлопців і 4 дівчини не володіли навичкою ходьби, з них 1 хлопець і 1 дівчина шкільного віку оволоділи відповідною навичкою. Слід зауважити, що діти із МЦСР за загальним результатом переважали дітей із КЦСПР ( $p < 0,05$ ). Діти із КЦСПР не

могли виконати більшість завдань які є базовими у формуванні вертикальної пози й вміння ходити, а також у них було виявлено значну затримку розвитку загальної моторики, в тому числі моторики поясу верхніх і нижніх кінцівок. Майже у половини означених дітей не розгорнулася долонь, а також не протиставлявся великий палець. З цього можливо зробити висновок про загальну затримку розвитку дослідженого контингенту дітей із захворюванням ОРА в КЦСПР. Так, діти з МЦСПР наприкінці дослідження виконали 100% запропонованих вправ: у хлопців дошкільного віку достовірний приріст відбувся у 40% виконаних вправ, у дівчат у 62,9%; у хлопців шкільного віку у 22,9%, а у дівчат - у 40% виконаних завдань. Хлопці дошкільного віку із КЦСПР виконали 77,1% вправ, з них у 5,7% відбувся достовірний приріст, дівчата 71,4%, з них у 5,7% відбувся достовірний приріст; діти шкільного віку виконали 85,8% запропонованих їм вправ, з них у 14,2% відбувся достовірний приріст, як у хлопців, так і у дівчат. Результати цілеспрямованого опитування показали, що більшість батьків під час занять вдома приділяли увагу розвитку моторики нижніх кінцівок, що негативно позначилось на загальному фізичному розвитку основного загалу досліджених дітей.

### 3.3.2. Визначення розвитку рухових якостей у дітей з різними вадами здоров'я

Аналіз динаміки розвитку рухових якостей у хлопців молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я в МЦСПР (табл. 3.20) показав, що достовірний приріст у них відбувся в розвитку витривалості і становив  $229,3 \pm 115,8$  с, що у 6,6 рази перевищує попередній результат. Показник швидкості склав  $3,0 \pm 0,7$ , що у 1,4 рази краще від початкового результату. Показники сили поясу нижніх кінцівок і черевного пресу в 1,8 рази перевищили попередній результат, якій становив  $11,6 \pm 3,3$  і  $9,7 \pm 3,7$ , відповідно. У показниках спритності (у виконанні кидання й ловіння м'яча) показник збільшився в 1,9 рази проти початкового й склав  $2,8 \pm 0,9$ .

Таблиця 3.20

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи молодшого шкільного віку у МЦСР**

Фізичні якості	Стагь	До (n=21)			Після (n=21)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степпер), с	X <sub>n=13</sub>	34,7	$\pm 22,0$	458,2	229,3	$\pm 115,8$	14528,6	<0,05	5,6
	D <sub>n=8</sub>	30,8	$\pm 15,6$	242,8	144,4	$\pm 115,4$	15226,6	<0,05	3,7
Швидкість, разів	X <sub>n=13</sub>	2,2	$\pm 0,6$	0,4	3,0	$\pm 0,7$	0,5	<0,05	0,3
	D <sub>n=8</sub>	2,6	$\pm 5,4$	1,4	3,5	$\pm 1,4$	2,3	>0,05	0,3
Гнучкість, см	X <sub>n=13</sub>	-6,2	$\pm 4,6$	23,5	-3,5	$\pm 3,8$	15,9	>0,05	-0,4
	D <sub>n=8</sub>	-2,9	$\pm 5,4$	29,6	-0,3	$\pm 4,4$	22,5	>0,05	-0,9
Сила, разів: присідання прес	X <sub>n=13</sub>	6,2	$\pm 2,6$	7,4	11,6	$\pm 3,3$	12,3	<0,05	0,9
	D <sub>n=8</sub>	7,5	$\pm 3,5$	12,6	11,4	$\pm 4,8$	26,0	>0,05	0,5
	X <sub>n=13</sub>	5,4	$\pm 1,8$	4,4	9,7	$\pm 3,7$	14,7	<0,05	0,8
	D <sub>n=8</sub>	7,5	$\pm 4,3$	18,9	8,8	$\pm 3,0$	10,2	>0,05	0,2

Продовження таблиці 3.20

Спритність, разів: метання кидання	$X_{n=13}$	-	-	-	-	-	-	-	-
	$D_{n=8}$	-	-	-	0,4	$\pm 0,7$	0,6	$>0,05$	-
	$X_{n=13}$	1,5	$\pm 0,8$	0,8	2,8	$\pm 0,9$	0,9	$<0,05$	0,9
	$D_{n=8}$	0,8	$\pm 1,4$	1,9	3,5	$\pm 2,1$	5,1	$<0,05$	3,7
Швидкісно-силові якості, см: стрибок у довжину вгору	$X_{n=13}$	15,5	$\pm 15,8$	212,6	21,7	$\pm 15,6$	262,2	$>0,05$	0,4
	$D_{n=8}$	16,3	$\pm 17,0$	288,5	39,1	23,9	650,7	$<0,05$	1,2
	$X_{n=13}$	9,9	$\pm 3,7$	14,7	17,1	$\pm 7,5$	61,2	$<0,05$	0,7
	$D_{n=8}$	11,5	$\pm 2,9$	9,7	17,0	8,7	85,7	$>0,05$	0,7



Хлопці мали достовірний приріст у показниках швидкісно-силових якостей (стрибок вгору) –  $17,1 \pm 7,5$ , що у 1,7 рази вище за початкові дані ( $p < 0,05$ ). Однак хлопці жодного разу не змогли влучити в ціль під час метання.

Слід зауважити, що результати аналізу дисперсії вибірки вказували на нестабільність у розвитку витривалості, гнучкості та швидкісно-силових якостей, це, в свою чергу, вказувало на розбіжність у індивідуальних показниках розвитку означених якостей.

Показники коефіцієнту варіації вказують на незначну змінюваність варіаційного ряду ( $\geq 10\%$ ).

Аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у дівчат молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я в МЦСР (табл. 3.20) показав, що достовірний приріст у них відбувся в розвитку витривалості –  $144,4 \pm 115,4$ , що у 4,7 рази перевищує первинний показник. У показниках спритності (кидання й ловінні м'яча) результат збільшився у 4,4 рази проти початкового та становив  $3,5 \pm 2,1$ . За показниками швидкісно-силових якостей (стрибок у довжину) приріст у 2,4 рази перевищив початковий показник і склав  $39,1 \pm 23,9$  ( $p < 0,05$ ).

Аналіз показників дисперсії вибірки вказує на нестабільність розвитку витривалості, гнучкості, швидкісно-силових якостей.

За показниками коефіцієнту варіації отримані дані є інформативними та лежать у межах до  $\geq 10\%$ .

Порівняльний аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у хлопців середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я із МЦСР (табл. 3.21) показав, що у них відбувся приріст у розвитку витривалості в 4,4 рази з показником  $309,9 \pm 181,4$ . Розвиток швидкості показник становив  $5,3 \pm 2,5$ , що в 1,5 рази перевищує попередні дані. За розвитком сили поясу нижніх кінцівок і черевного пресу показники становили  $16,8 \pm 3,3$  і  $13,9 \pm 3,8$ , відповідно, що у 1,4 і 1,6 рази більше порівняно з попереднім результатом. Динаміка відбулась у розвитку спритності (кидання й ловіння м'яча) і становила  $6,0 \pm 1,6$ , що у 1,4 рази перевищує початкові уміння. Розвиток швидкісно-силових якостей

Таблиця 3. 21

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи середнього шкільного віку у МЦСР**

Фізичні якості	Стать	До (n=29)			Після (n=29)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степер), с	X <sub>n=12</sub>	69,7	$\pm 36,1$	1200,6	69,7	$\pm 181,4$	35897,4	<0,05	3,4
	D <sub>n=17</sub>	43,2	$\pm 16,1$	316,1	414,2	$\pm 278,9$	82623,7	<0,05	8,6
Швидкість, разів	X <sub>n=12</sub>	3,5	$\pm 1,8$	2,8	5,3	$\pm 2,5$	6,8	<0,05	0,5
	D <sub>n=17</sub>	3,7	$\pm 1,0$	1,9	4,6	$\pm 1,5$	2,4	>0,05	0,2
Гнучкість, см	X <sub>n=12</sub>	-6,1	$\pm 5,7$	30,8	-2,5	$\pm 3,7$	15,4	>0,05	-0,6
	D <sub>n=17</sub>	-3,1	$\pm 5,6$	36,3	-0,2	$\pm 31,3$	5,4	>0,05	-0,9
Сила (кількість разів): присідання	X <sub>n=12</sub>	11,8	$\pm 3,3$	9,6	16,8	$\pm 3,3$	12,0	<0,05	0,4
	D <sub>n=17</sub>	9,9	$\pm 2,6$	13,3	14,7	$\pm 3,1$	10,1	<0,05	0,5
прес	X <sub>n=12</sub>	8,7	$\pm 3,6$	11,5	13,9	$\pm 3,8$	16,1	<0,05	0,6
	D <sub>n=17</sub>	8,4	$\pm 2,4$	6,9	11,6	3,0	9,4	<0,05	0,4

Продовження таблиці 3.21

Спритність, разів:									
метання	$X_{n=12}$	0,3	$\pm 0,4$	0,4	0,6	$\pm 0,8$	0,6	$< 0,05$	0,8
	$D_{n=17}$	0,3	$\pm 0,4$	0,3	0,6	$\pm 0,8$	0,8	$> 0,05$	1,0
кидання	$X_{n=12}$	4,4	$\pm 2,8$	2,8	6,0	$\pm 1,6$	2,9	$< 0,05$	0,5
	$D_{n=17}$	3,8	$\pm 0,6$	2,9	4,8	$\pm 1,5$	2,3	$> 0,05$	0,3
Швидкісно-силові якості, см:									
стрибок у довжину	$X_{n=12}$	42,3	$\pm 33,0$	993,8	61,3	$\pm 32,0$	1114,9	$< 0,05$	0,9
	$D_{n=17}$	38,4	$\pm 18,7$	575,5	46,8	$\pm 27,9$	828,4	$> 0,05$	0,2
вгору	$X_{n=12}$	11,7	$\pm 6,9$	51,7	18,9	$\pm 10,2$	114,3	$> 0,05$	0,6
	$D_{n=17}$	5,3	$\pm 1,5$	6,2	18,9	$\pm 11,7$	146,4	$> 0,05$	0,6

відбувся у стрибках у довжину –  $61,3 \pm 32,0$ , що у 1,4 рази більше за початковий результат ( $p < 0,05$ ).

Порівняльний аналіз динаміки показників розвитку фізичних якостей у дівчат середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я із МЦСР (табл. 3.21) показав, що у них приросту набули показники витривалості у 9,6 рази з результатом  $414,2 \pm 278,9$  с, і сили (присідання й прес)  $14,7 \pm 3,1$  і  $11,6 \pm 3,0$ , відповідно, що у 1,4 і 1,5 рази перевищило початкові можливості дівчат ( $p < 0,05$ ).

Показники витривалості та швидкісно-силових якостей мали значне розсіювання індивідуальних результатів дітей відносно середньої, про що свідчать показники дисперсії вибірки.

Аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у хлопців старшого шкільного віку з різними вадами здоров'я в МЦСР (табл. 3.22) показав, що достовірний приріст відбувся у розвитку витривалості -  $784,0 \pm 408,7$  с, що у 3,8 рази перевищує попередній результат. Показник швидкості склав  $7,9 \pm 3,5$ , що у 1,6 рази краще, ніж початковий результат. Показники сили поясу нижніх кінцівок і черевного пресу становили  $19,9 \pm 3,9$  і  $16,1 \pm 3,4$ , відповідно, що у 1,4 рази вище за початкові значення. Показник розвитку спритності (метання у ціль) збільшився в 2,4 рази проти початкового та склав  $2,2 \pm 1,5$ . Хлопці мали достовірний приріст у показниках швидкісно-силових якостей (стрибок у довжину/вгору) –  $88,4 \pm 28,5$  і  $32,9 \pm 8,2$ , що у 1,5 і 5,3 рази вище за початкові дані ( $p < 0,05$ ).

Показники витривалості та швидкісно-силових якостей мали значне розсіювання за індивідуальними результатами відносно середньої, про що свідчать показники дисперсії вибірки.

Порівняльний аналіз динаміки показників розвитку фізичних якостей у дівчат старшого шкільного віку з різними вадами здоров'я із МЦСР (табл. 3.22) показав, що у них приросту набули показники витривалості у 12,4 рази з результатом  $685,2 \pm 467,7$  с, і сили (присідання)  $17,4 \pm 9,5$ , що у 1,5 рази перевищило їх початкові можливості ( $p < 0,05$ ). Дівчата мали достовірний

Таблиця 3.22

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи старшого шкільного віку у МЦСР**

Фізичні якості	Стать	До (n=19)			Після (n=19)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степпер), с	X <sub>n=10</sub>	203,9	$\pm 182,6$	33348,5	784,0	$\pm 408,7$	185634,2	<0,05	3,0
	Д <sub>n=9</sub>	55,1	$\pm 20,1$	405,1	685,2	$\pm 467,7$	246035,2	>0,05	11,8
Швидкість, разів	X <sub>n=10</sub>	4,9	$\pm 1,4$	2,1	7,9	$\pm 3,5$	13,7	<0,05	0,6
	Д <sub>n=9</sub>	4,0	$\pm 1,7$	2,8	5,1	$\pm 2,0$	4,4	>0,05	0,3
Гнучкість, см	X <sub>n=10</sub>	-4,0	$\pm 5,9$	34,7	-2,3	$\pm 5,1$	28,5	>0,05	-0,5
	Д <sub>n=9</sub>	-4,0	$\pm 5,1$	25,8	0,9	$\pm 8,9$	88,9	>0,05	0,3
Сила, разів: присідання  прес	X <sub>n=10</sub>	14,6	$\pm 2,7$	7,4	19,9	$\pm 3,9$	17,0	<0,05	0,4
	Д <sub>n=9</sub>	11,4	$\pm 5,7$	13,5	17,4	$\pm 9,5$	2,9	<0,05	0,6
	X <sub>n=10</sub>	11,6	$\pm 1,1$	1,2	16,1	$\pm 3,4$	12,8	<0,05	0,4
	Д <sub>n=9</sub>	0,2	$\pm 0,4$	32,8	13,6	$\pm 6,7$	50,0	>0,05	0,4

Продовження таблиці 3.22

Спритність, разів:									
метання	$X_{n=10}$	0,9	$\pm 1,6$	1,2	2,2	$\pm 1,5$	2,4	$<0,05$	1,4
	$D_{n=9}$	5,6	$\pm 2,5$	0,2	1,6	$\pm 0,8$	0,8	$<0,05$	6,0
кидання	$X_{n=10}$	6,1	$\pm 37,3$	2,5	7,5	$\pm 1,0$	1,2	$>0,05$	0,3
	$D_{n=9}$	53,4	$\pm 26,8$	6,0	5,6	$\pm 2,2$	5,3	$>0,05$	0
Швидкісно-силові якості, см: стрибок									
у довжину	$X_{n=10}$	60,4	$\pm 37,3$	1394,7	88,4	$\pm 28,5$	900,5	$<0,05$	0,8
	$D_{n=9}$	53,4	$\pm 26,8$	717,8	58,0	$\pm 31,9$	1142,3	$>0,05$	0,08
вгору	$X_{n=10}$	6,2	$\pm 4,1$	17,1	32,9	$\pm 8,2$	73,9	$<0,05$	0,8
	$D_{n=9}$	6,1	$\pm 3,3$	11,1	20,6	$\pm 11,6$	152,5	$<0,05$	1,1

приріст у показниках швидкісно-силових якостей (стрибок вгору) –  $20,6 \pm 11,6$ , що у 3,4 рази вище за початковий показник ( $p < 0,05$ ).

Показники дисперсії вказують на нестабільність розвитку витривалості й швидкісно-силових якостей.

Аналіз динаміки розвитку рухових якостей у хлопців молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я в КЦСПР (табл. 3.23) показав, що достовірний приріст у них відбувся в розвитку витривалості з результатом  $584,3 \pm 386,3$  с, що у 4,3 рази перевищує попередній результат. Розвиток швидкості склав  $3,0 \pm 0,7$ , що у 1,4 рази краще у порівнянні з початковим результатом. Динаміка розвитку сили поясу нижніх кінцівок і черевного пресу склали  $11,6 \pm 3,3$  і  $9,7 \pm 3,7$ , відповідно, що у 1,8 рази вище за початкові значення. За розвитком спритності (метання в ціль) хлопці мали результат  $0,1 \pm 0,3$  у порівнянні із тим, що на початку дослідження вони не змогли жодного разу влучити в ціль. Показники дисперсії вказують на нестабільність розвитку у хлопців витривалості гнучкості та швидкісно-силових якостей.

Порівняльний аналіз динаміки показників розвитку фізичних якостей у дівчат молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я із КЦСПР (табл. 3.23) показав, що у них приросту набув показник витривалості у 5,2 рази з результатом  $389,7 \pm 474,9$  с ( $p < 0,05$ ). У показниках спритності (метання в ціль) дівчата мали результат  $0,7 \pm 1,4$  у порівнянні із тим, що на початку дослідження вони не змогли жодного разу влучити в ціль. Однак, показник дисперсії вибірки вказує на нестабільність розвитку витривалості.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у хлопців середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я із КЦСПР (табл. 3.24) показав, що у них відбувся приріст у показниках витривалості в 2,7 рази з результатом  $250,3 \pm 157,9$  с. Розвиток сили поясу нижніх кінцівок і черевного пресу становив  $14,8 \pm 3,2$  і  $12,7 \pm 2,0$ , відповідно, що у 1,5 рази більше, ніж первинних показників. Розвиток швидкісно-силових якостей відбувся у стрибках вгору –  $13,0 \pm 3,5$ , що у 1,7 рази більше за початковий результат ( $p < 0,05$ ). Хлопці жодного разу не змогли влучити під час метання.

Таблиця 3.23

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи молодшого шкільного віку у КЦСПР**

Фізичні якості	Стагь	До (n=15)			Після (n=15)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степпер), с	X <sub>n=7</sub>	136,1	$\pm 73,8$	5440,8	584,3	$\pm 386,3$	174119,2	<0,05	3,3
	D <sub>n=8</sub>	74,9	$\pm 62,0$	3846,7	389,7	$\pm 474,9$	26115,2	>0,05	4,1
Швидкість, разів	X <sub>n=7</sub>	4,6	$\pm 1,9$	3,6	5,3	$\pm 1,5$	2,6	>0,05	0,2
	D <sub>n=8</sub>	4,1	$\pm 1,5$	2,1	5,7	$\pm 1,7$	3,2	>0,05	0,3
Гнучкість, см	X <sub>n=7</sub>	-2,9	$\pm 11,2$	124,5	-1,4	$\pm 9,3$	101,0	>0,05	-0,5
	D <sub>n=8</sub>	-2,6	$\pm 6,7$	44,3	0,3	$\pm 6,1$	43,2	>0,05	-1,1
Сила, разів: присідання прес	X <sub>n=7</sub>	13,1	$\pm 4,8$	23,5	15,0	$\pm 4,6$	24,7	>0,05	0,1
	D <sub>n=8</sub>	10,4	$\pm 4,7$	22,6	13,3	$\pm 4,2$	20,6	>0,05	0,2
	X <sub>n=7</sub>	10,1	$\pm 3,5$	12,5	11,9	$\pm 4,2$	20,1	>0,05	0,2
	D <sub>n=8</sub>	9,3	$\pm 7,2$	51,4	11,6	$\pm 6,3$	46,6	>0,05	0,2



Продовження таблиці 3.23

Спритність, разів: метання кидання	$X_{n=7}$	0	0	0	0,1	$\pm 0,3$	0,1	$>0,05$	-
	$D_{n=8}$	0	0	0	0,7	$\pm 1,4$	2,2	$>0,05$	-
	$X_{n=7}$	3,3	$\pm 2,0$	3,9	4,0	$\pm 1,5$	2,7	$>0,05$	0,2
	$D_{n=8}$	4,1	$\pm 2,0$	3,8	5,1	$\pm 2,0$	4,8	$>0,05$	3,7
Швидкісно-силові якості, см: стрибок у довжину вгору	$X_{n=7}$	40,6	$\pm 21,8$	473,0	45,7	$\pm 20,6$	494,9	$>0,05$	0,1
	$D_{n=8}$	24,5	$\pm 24,0$	577,7	20,4	$\pm 6,8$	53,3	$>0,05$	0,2
	$X_{n=7}$	8,9	$\pm 3,8$	16,6	11,4	$\pm 3,2$	12,3	$>0,05$	0,4
	$D_{n=8}$	5,0	$\pm 2,1$	4,3	7,7	$\pm 2,1$	5,2	$>0,05$	0,4

Таблиця 3. 24

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи середнього шкільного віку у КЦСПР**

Фізичні якості	Стать	До (n=9)			Після (n=9)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степер), с	X <sub>n=6</sub>	92,5	±58,5	3418,3	250,3	±157,9	29919,4	<0,05	3,4
	D <sub>n=3</sub>	67,7	±41,7	1737,3	251,5	±134,6	24156,3	<0,05	8,6
Швидкість, разів	X <sub>n=6</sub>	4,0	±1,9	3,6	5,2	±2,0	4,7	<0,05	0,5
	D <sub>n=3</sub>	3,3	±0,6	0,3	4,0	0	4,0	>0,05	0,2
Гнучкість, см	X <sub>n=6</sub>	-7,8	±3,2	10,2	-5,2	±2,8	9,4	>0,05	-0,6
	D <sub>n=3</sub>	-3,3	±5,0	25,3	-5,3	±3,3	14,9	>0,05	-0,9
Сила (кількість разів): присідання  прес	X <sub>n=6</sub>	9,8	±3,3	11,0	14,8	±3,2	12,6	<0,05	0,4
	D <sub>n=3</sub>	8,0	±3,6	13,0	12,0	±4,0	21,3	<0,05	0,5
	X <sub>n=6</sub>	8,5	±2,1	4,3	12,7	±2,0	4,7	<0,05	0,6
	D <sub>n=3</sub>	6,3	±1,5	2,3	8,8	±2,4	7,6	<0,05	0,4

Продовження таблиці 3.24

Спритність, разів:									
метання	$X_{n=6}$	-	-	-	-	-	-	-	-
	$D_{n=3}$	-	-	-	-	-	-	-	-
кидання	$X_{n=6}$	2,7	$\pm 2,5$	6,2	4,0	$\pm 2,5$	7,6	<0,05	0,5
	$D_{n=3}$	0	0	0	3,5	$\pm 2,7$	9,8	>0,05	0,3
Швидкісно-силові якості, см:									
стрибок у довжину	$X_{n=6}$	36,7	$\pm 19,2$	367,8	42,8	$\pm 21,7$	563,0	<0,05	0,9
	$D_{n=3}$	20,3	$\pm 15,4$	236,3	25,0	$\pm 11,6$	172,0	>0,05	0,2
вгору	$X_{n=6}$	9,3	$\pm 4,0$	19,1	13,0	$\pm 3,5$	14,4	>0,05	0,6
	$D_{n=3}$	16,3	$\pm 4,0$	20,9	22,0	$\pm 3,7$	18,7	>0,05	0,6

Показники дисперсії вказують на нестабільність розвитку у хлопців досліджуваного віку витривалості та швидкісно-силових якостей.

Порівняльний аналіз динаміки показників розвитку фізичних якостей у дівчат середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я із КЦСПР (табл. 3.24) показав, що у них приросту набули показники витривалості у 3,7 рази з результатом  $251,5 \pm 134,6$  с, і швидкість –  $4,0 \pm 0$ , що у 1,2 рази більше проти початкових значень. Також у дівчат відбувся приріст у показниках швидкісно-силових якостей з результатом  $25,0 \pm 11,6$ , що 1,2 рази більше у порівнянні з початковим значенням ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що дівчата жодного разу не влучили в ціль під час метання.

Показники витривалості та швидкісно-силових якостей мали значне розсіювання індивідуальних даних відносно середньої, про що свідчать показники дисперсії вибірки.

Аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у хлопців старшого шкільного віку з різними вадами здоров'я в КЦСПР (табл. 3.25) показав, що достовірний приріст у них відбувся в розвитку витривалості та склав  $784,0 \pm 408,7$  с, що у 3,8 рази перевищувало попередній результат. Показник швидкості склав -  $7,9 \pm 3,5$ , що у 1,6 рази краще, ніж початковий результат. Розвиток сили поясу нижніх кінцівок і черевного становили  $19,9 \pm 3,9$  і  $16,1 \pm 3,4$ , відповідно, що у 1,4 рази більше за початкові значення. У показниках спритності (метання у ціль) показник збільшився в 2,4 рази проти початкового, і склав  $2,2 \pm 1,5$ . Хлопці мали достовірний приріст у показниках швидкісно-силових якостей (стрибок у довжину/вгору) –  $88,4 \pm 28,5$  і  $32,9 \pm 8,2$ , що у 1,5 і 5,3 рази вище за початкові дані ( $p < 0,05$ ).

Показники витривалості та швидкісно-силових якостей мали значне розсіювання індивідуальних даних відносно середньої, про що свідчать показники дисперсії вибірки.

Порівняльний аналіз динаміки розвитку фізичних якостей у дівчат середнього шкільного віку з різними вадами здоров'я із КЦСПР (табл. 3.25) показав, що у них приросту набули показники витривалості у 3 рази з

Таблиця 3.25

**Порівняльний аналіз первинних показників розвитку рухових якостей у дітей II типової групи старшого шкільного віку у КЦСПР**

Фізичні якості	Стать	До (n=10)			Після (n=10)			z	V
		x	$\sigma$	$\sigma^2$	x	$\sigma$	$\sigma^2$		
Витривалість (тренажер степер), с	X <sub>n=4</sub>	189,5	$\pm 71,6$	5129,7	566,0	$\pm 170,4$	38736,7	<0,05	2,0
	D <sub>n=6</sub>	179,7	$\pm 99,4$	9889,5	552,7	$\pm 508,9$	310770,3	>0,05	2,1
Швидкість, разів	X <sub>n=4</sub>	5,3	$\pm 2,2$	4,9	6,0	$\pm 1,9$	4,7	>0,05	0,1
	D <sub>n=6</sub>	5,0	$\pm 1,7$	2,8	7,3	$\pm 2,8$	9,5	>0,05	0,5
Гнучкість, см	X <sub>n=4</sub>	-4,5	$\pm 11,0$	121,0	-0,8	$\pm 7,0$	65,6	>0,05	-0,8
	D <sub>n=6</sub>	1,7	$\pm 5,7$	32,7	4,5	$\pm 4,3$	22,7	>0,05	0,2
Сила, разів: присідання  прес	X <sub>n=4</sub>	15,3	$\pm 4,1$	16,9	19,5	$\pm 3,9$	20,3	>0,05	0,2
	D <sub>n=6</sub>	13,2	$\pm 5,3$	27,8	16,2	$\pm 6,1$	45,0	>0,05	0,1
	X <sub>n=4</sub>	10,5	$\pm 4,1$	17,0	16,3	$\pm 4,3$	24,9	>0,05	0,5
	D <sub>n=6</sub>	16,8	$\pm 6,1$	37,4	20,5	$\pm 7,4$	66,3	>0,05	0,1

Продовження таблиці 3.25

Спритність, разів:									
метання	$X_{n=4}$	0	0	0	0,3	$\pm 0,4$	0,3	$>0,05$	-
	$D_{n=6}$	1,0	$\pm 0,9$	0,8	1,8	$\pm 1,3$	2,2	$>0,05$	0,8
кидання	$X_{n=4}$	5,0	$\pm 2,2$	4,7	6,5	$\pm 1,8$	4,3	$>0,05$	0,2
	$D_{n=6}$	5,5	$\pm 2,1$	4,3	6,7	$\pm 3,1$	11,9	$>0,05$	0,1
Швидкісно-силові якості, см:									
стрибок у довжину	$X_{n=4}$	57,0	$\pm 17,3$	300,0	61,8	$\pm 14,8$	293,6	$>0,05$	0,2
	$D_{n=6}$	64,8	$\pm 45,8$	2097,4	84,2	$\pm 46,9$	2637,0	$>0,05$	0,1
вгору	$X_{n=4}$	8,0	$\pm 4,1$	16,7	23,5	$\pm 8,4$	94,3	$<0,05$	1,4
	$D_{n=6}$	18,3	$\pm 7,8$	73,1	29,5	$\pm 4,1$	19,9	$<0,05$	0,6

результатом  $566,0 \pm 170,4$  с та швидкісно-силових якостей (стрибок вгору) -  $23,5 \pm 8,4$ , що у 2,9 рази перевищило початкові можливості дівчат ( $p < 0,05$ ).

Отже, хлопців молодшого шкільного віку із МЦСР виконали 88,9% запропонованих вправ, з них у 66,7% мали достовірний приріст, дівчата виконали 100% вправ, з них у 33,3% відбувся достовірний приріст. Діти середнього й старшого шкільного віку виконали 100% вправ, у хлопців відбувся приріст у 77,8% вправ, у дівчат - у 33,3%. Хлопці молодшого шкільного віку із КЦСПР виконали 88,9% вправ, а приріст мали - в 11,1%, дівчата того ж віку виконали 100% вправ, але не мали достовірного приросту за жодним показником. Діти середнього віку виконали 88,9% завдань, з них достовірний приріст у хлопців відбувся у 77,1%, а у дівчат у 33,3% вправ. Діти старшого шкільного віку виконали 100% вправ, з них у хлопців у 22,2%, а у дівчат в 11,1% відбувся достовірний приріст.

Слід зауважити, що у дітей з обох центрів не відбулось достовірного приросту у розвитку гнучкості за середнім показником. У деяких випадках аналіз даних дисперсії вибірки вказував на значне розсіювання значень розвитку гнучкості, що свідчить про приріст даної якості лише у окремих дітей. На наш погляд, цей факт пов'язаний із тим, що більшість обстежених дітей мали захворюванням ОРА, а у значного відсотка дітей спостерігалось порушення постави. До того ж, розвиток якостей гнучкості та спритності вдосконалюється на базі достатнього розвитку м'язової координації. Отже, можливо припустити, що діти відповідного контингенту не мали достатнього розвитку координаційних вмінь у ранньому віці, що позначилося на поточному стані їх фізичної підготовки.

Педагогічне спостереження дало змогу визначити, що для більшості хлопців з різними вадами здоров'я цікавість складала заняття на силовому тренажері й спортивні ігри, а дівчата більше приділяли часу вправам спрямованим на контроль над масою тіла та корекцію фігури.

### 3.3.3. Аналіз динаміки результатів психологічного спостереження за методикою Р. Бейлза

Аналіз динаміки результатів психологічного спостереження за хлопцями із захворюванням ОРА із МЦСР показав (рис. 3. 11), що у 50% школярів середнього й старшого шкільного віку прояв негативних емоцій під час взаємодіє з іншими дітьми змінився на нейтральні. У дошкільників й школярів молодшого віку емоційний стан під час перебування в колективі лишився без змін.

У 14,3% дівчат із захворюванням ОРА із МЦСР дошкільного віку нейтральні емоції змінились на позитивні, а негативні на нейтральні. У дівчат молодшого шкільного віку негативні емоції змінились на нейтральні, а у дівчат середнього шкільного віку емоції під час взаємодії з іншими залишились нейтральними (рис. 3.12).

Показники дисперсії вибірки свідчить про нестабільність у поведінкових проявах хлопців цього віку. Слід зауважити, що у дівчат показник мав більшу стабільність ніж при початковому спостереженні. Показники коефіцієнту варіації лежать у межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про їх інформативність.

У хлопців із захворюванням ОРА із КЦСПР дошкільного й молодшого шкільного віку знизився прояв негативних емоцій по відношенню до інших на чверть, а у хлопців середнього шкільного віку емоційне ставлення до інших лишилося без змін (рис. 3.13).

У 50% дівчат середнього шкільного віку із захворюваннями ОРА із КЦСПР нейтральні емоції змінились на позитивні. У дівчат дошкільного й молодшого шкільного віку емоції по відношенню до інших залишились незмінними (рис. 3.14).

Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога й психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p > 0,05$ ). Показники дисперсії вибірки свідчать про нестабільність у поведінки дітей щодо інтеграції



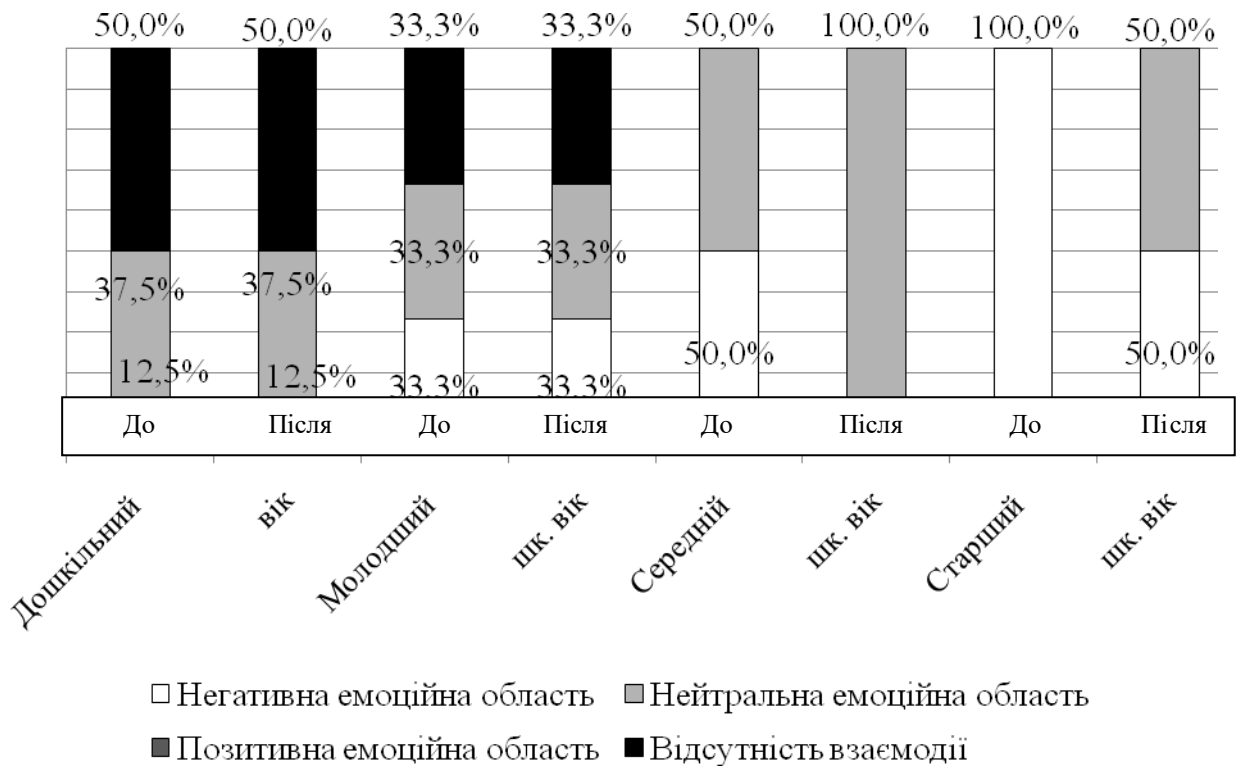


Рис. 3.11 - Результати динаміки психологічного спостереження за хлопцями I типової групи в МЦСР

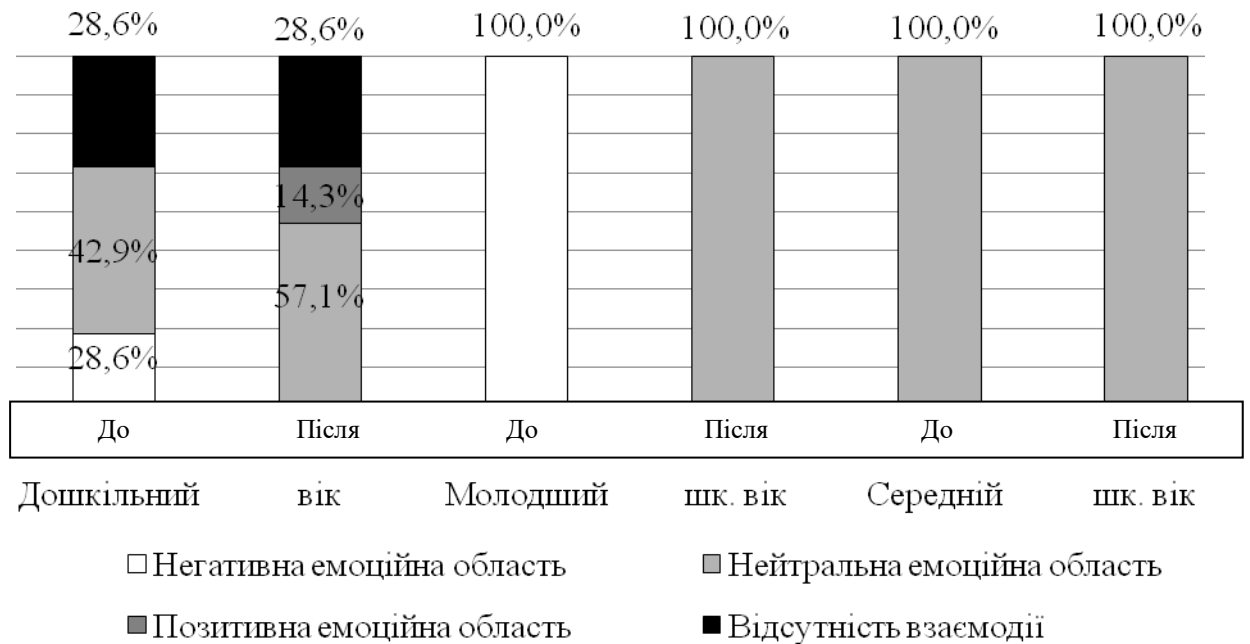


Рис. 3.12 - Результати динаміки психологічного спостереження за дівчатами I типової групи в МЦСР

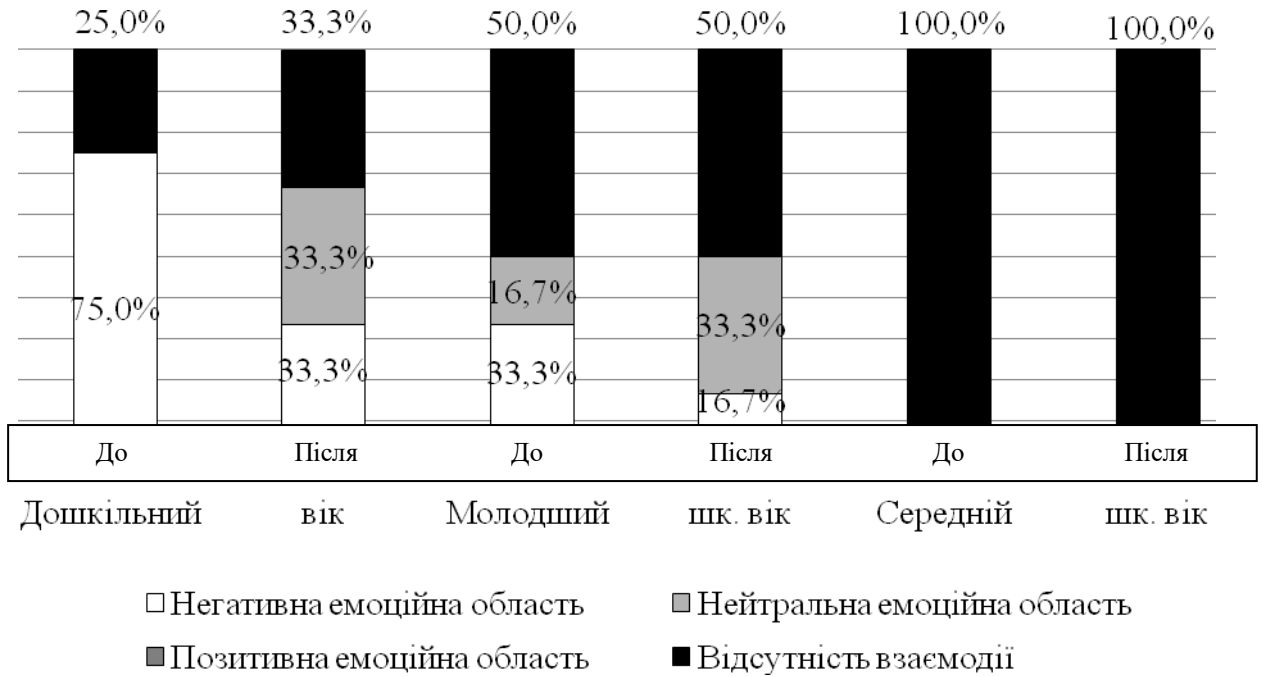


Рис. 3.13 - Результати динаміки психологічного спостереження за хлопцями

I типової групи в КЦПСР

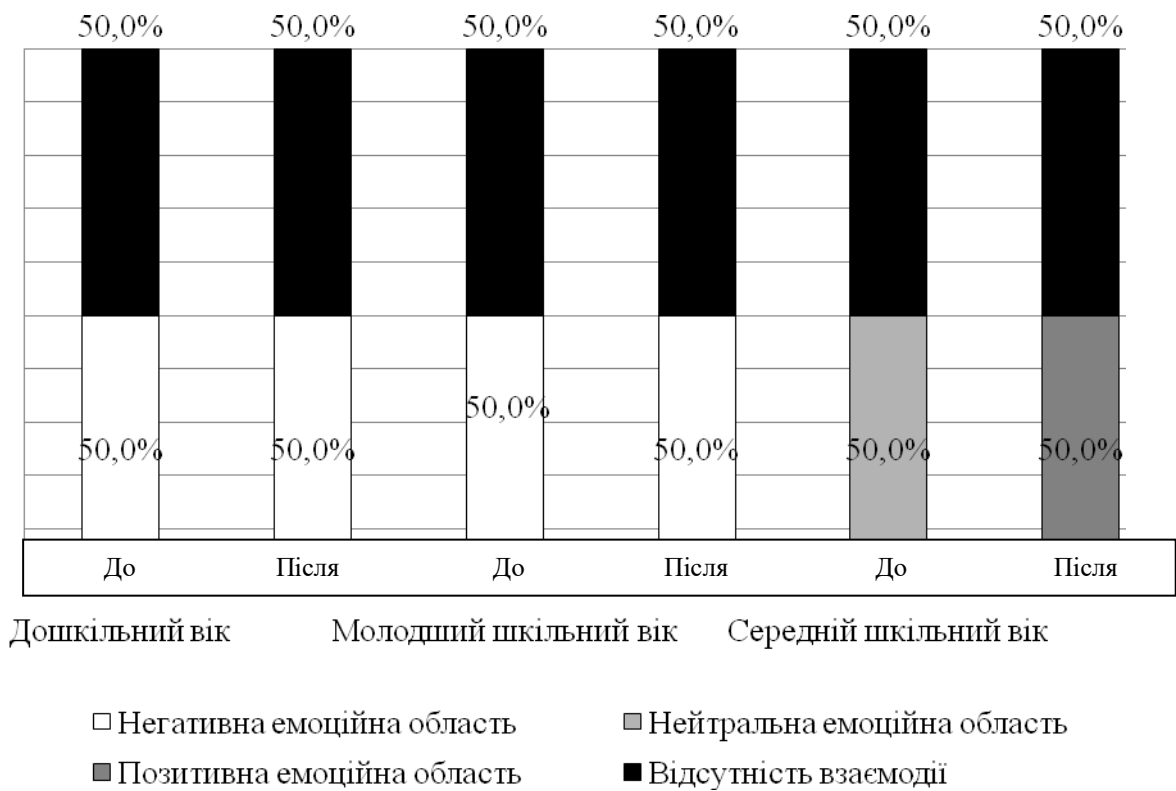


Рис. 3.14 - Результати первинного психологічного спостереження за дівчатами

I типової групи в КЦПСР

у колективі. Показники коефіцієнту варіації лежать у межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про їхню інформативність.

У ході вивчення динаміки психосоціальної інтеграції хлопців з різними вадами із МЦСР до колективу було встановлено, що прояви нейтрально-негативних емоцій змінилися на нейтрально-позитивні у хлопців молодшого шкільного віку. У хлопців середнього й старшого шкільного віку негативно-нейтральні емоції змінилися на позитивно-нейтральні (рис. 3.15). Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога й психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p > 0,05$ ). В усіх досліджених вікових категорія хлопців, визначилась стабільність у поведінкових проявах відповідно до показників дисперсії вибірки.

У дівчат молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я із МЦСР у проявах під час взаємодії з іншими на початку дослідження переважали негативно-нейтральні емоції, а наприкінці - нейтрально-позитивні. У дівчат середнього й старшого шкільного віку негативно-нейтральні емоції змінились на нейтрально-позитивні (рис. 3.16). Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога й психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p > 0,05$ ).

Психологічне спостереження за хлопцями з різними вадами здоров'я із КЦСПР показало, що у молодших школярів прояви негативно-нейтральних емоцій змінились на нейтрально-позитивні. У хлопців середнього шкільного віку – з негативно-нейтральних емоції змінились на нейтрально-позитивно-негативні, в яких переважали нейтральні емоції. У хлопців старшого шкільного віку негативно-нейтральні емоції змінились на нейтрально-позитивні (рис. 3.17). Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога й психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p > 0,05$ ).

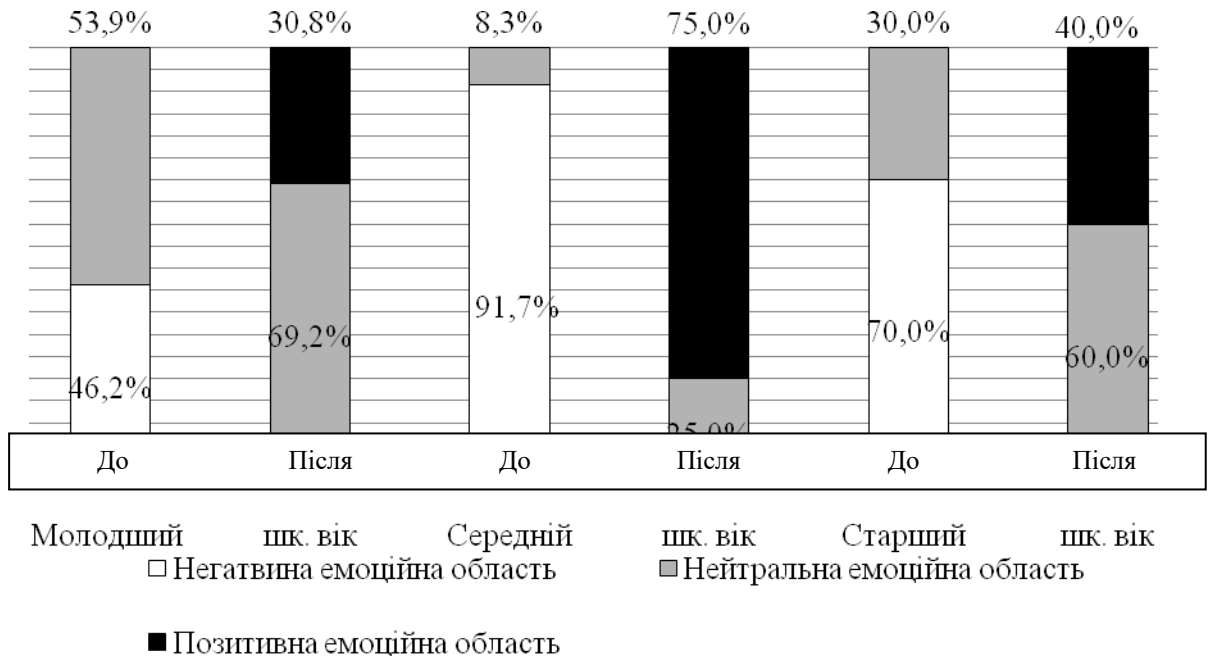


Рис. 3.15 – Результати динаміки психологічного спостереження за хлопцями II типової групи в МЦСР

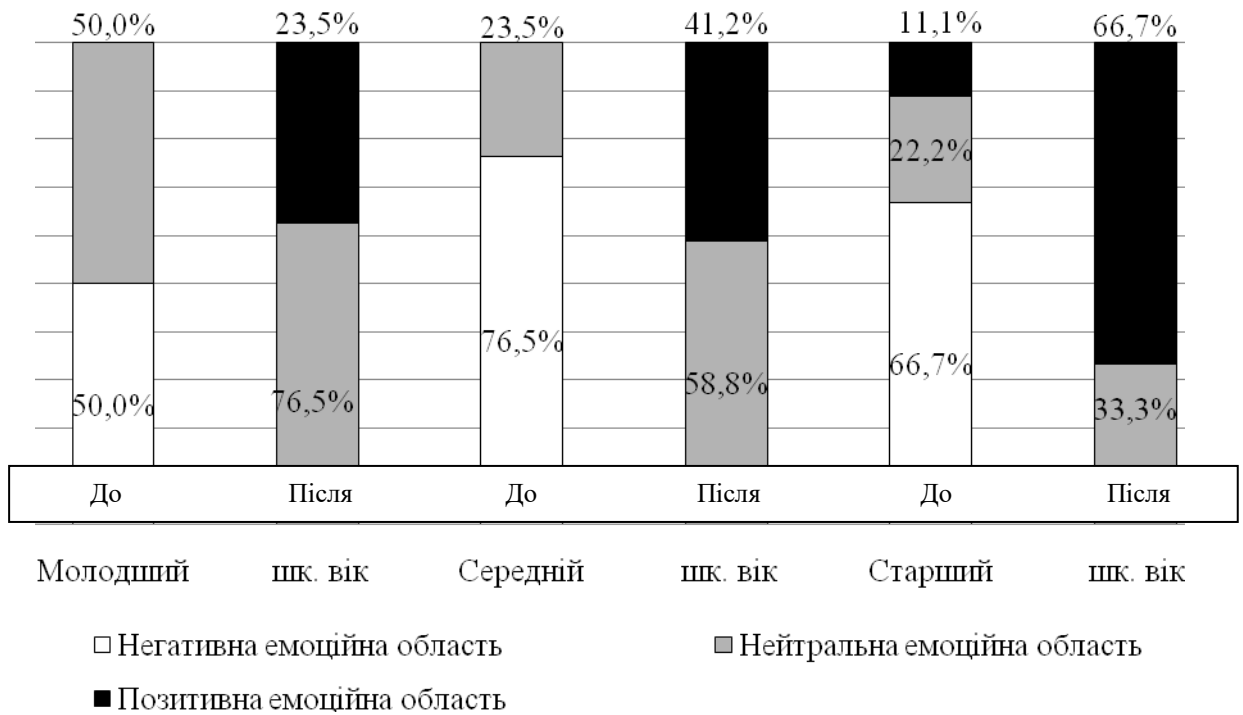


Рис. 3.16 - Результати динаміки психологічного спостереження за дівчатами II типової групи в МЦСР

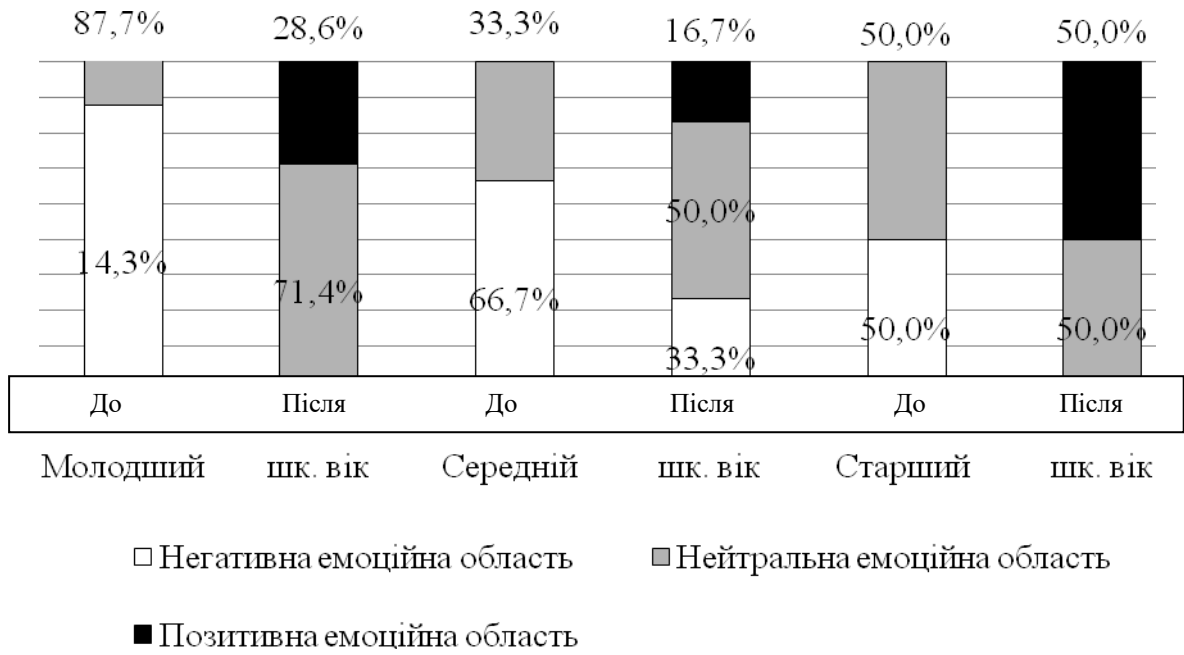


Рис. 3.17 - Результати динаміки психологічного спостереження за хлопцями II типової групи в КЦПСР

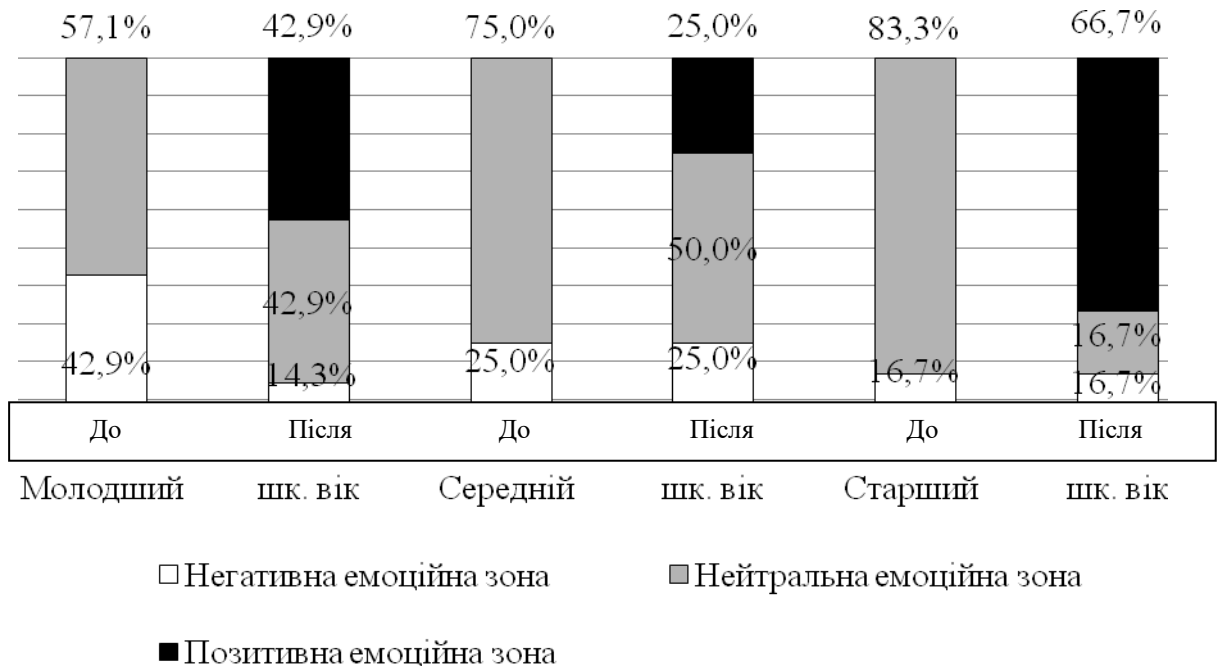


Рис. 3.18 - Результати динаміки психологічного спостереження за дівчатами II типової групи в КЦСПР

У дівчат молодшого шкільного віку з різними вадами здоров'я із КЦСПР прояви нейтрально-негативних емоцій знизилися у 2,5 рази й змінилися на нейтрально-позитивні емоції. У 25% дівчат середнього шкільного віку нейтральне ставлення до інших змінилось на позитивне. У дівчат старшого шкільного незмінним залишився відсоток прояву негативних емоцій, проте переважна частка нейтральних емоцій змінилась на позитивні (рис. 3.18). Порівняльний аналіз показників спостереження реабілітолога й психолога центру за критерієм-U (критерій попарного порівняння результатів) показав, що достовірної різниці між показниками не було ( $p > 0,05$ ). Показники коефіцієнту варіації знаходяться в межах  $\geq 10\%$ , що свідчить про інформативність отриманих даних.

Таким чином, дошкільники із захворюванням ОРА із МЦСР намагались командувати або впливати на інших, формували статусну ієрархію, діти шкільного віку були на етапі взаємного оцінювання інших і зовнішньої інформації ( $p > 0,05$ ). Дошкільники із захворюванням ОРА із КЦСПР були на етапі взаємного оцінювання інших і зовнішньої інформації, а школярі – формували групове рішення. Слід зазначити, що у поведінкових проявах дітей за показниками дисперсії вибірки визначалась нестабільність, а це свідчить про зміну індивідуальних показників психосоціальної інтегрованості окремих дітей.

Один хлопчик із КЦСПР молодшого шкільного віку за період проведення експерименту вступив до середньої школи №168 із інклюзивним навчанням. Слід зауважити, що для більшості обстежених дітей із захворюванням ОРА спілкування й взаємодія були поряді неможливі у зв'язку із особливостями прояву основної або вторинної вади.

Із МЦСР переважний обсяг обстежених дітей випробовували позитивні емоції під час взаємодії аніж на початку дослідження. Не значний відсоток прояву негативних емоцій, на нашу думку, мав місце у зв'язку із тим, що діти звикли спілкуватися у знайомому колі осіб і не вміли встановлювати та підтримувати дружні стосунки. Серед дітей середнього та старшого віку із МЦСР виділилась група, яка приходила на заняття з метою спілкування. У

окремих дітей під час занять АФК зав'язалися дружні стосунки, які вони підтримували поза центром.

У дітей з різними вадами здоров'я із КЦСПР також відбулись зміни у стосунках до оточуючих. На нашу думку, на отриманий результат дослідження впливала організація спрямованої і систематичної психосоціальної роботи: клубів спілкування, активне відвідування культурно-суспільних міст (театрів, парків, кіно, музеїв, виставкових залів тощо), що в, свою чергу, сприяє збагаченню соціального досвіду дітей.

Аналіз динаміки результатів психологічного спостереження показав, що діти із захворюваннями ОРА випробовують складності у спілкуванні та взаємодії з іншими. Так, 33,3% хлопців і 50,0% дівчат дошкільного віку, 50,0% хлопців молодшого шкільного віку, 100% хлопців середнього шкільного віку із КЦСПР не могли самостійно вступати до взаємодії. Із МЦСР 50,0% і 28,6% дівчат хлопців дошкільного віку не могли вступати до самостійної взаємодії з іншими. Отримані дані свідчать, що відсутність розвитку базових рухових умінь дітей з ДЦП і пов'язаною із цим затримкою загального розвитку стає перешкодою у спілкуванні з іншими особами.

При аналізі динаміки результатів психологічних спостережень встановлено, що статистично значимих змін в емоційних проявах дітей з важкими наслідками ДЦП і враженням центральної нервової системи за період впровадження методики з адаптивної фізичної культури не відбулось.

Визначення динаміки рівня соціальної адаптації й інтеграції до колективу у дітей з різними патологіями, які були віднесені до II і II-а типових груп показало, що переважали прояви позитивних емоцій у хлопців середнього і дівчат старшого шкільного віку під час занять адаптивною фізичною культурою. У основного загалу дітей під час занять фізичними вправами проявлялись нейтральні емоції. Аналіз показників дисперсії вибірки даних вказував на розбіг індивідуальних особливостей емоційних проявів у дітей залежно від їхньої статі, віку, особливостей основної і вторинної вади.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Висвітлено концептуальне обґрунтування методики навчання дітей АФК та результати її впровадження в умовах центрів соціальної реабілітації.

Необхідно визначити, що для всіх дітей з патологією розвитку була характерна загальна моторна недостатність, а саме: порушення точності координації рухів та їх недосконалість; важкість збереження статичної та динамічної рівноваги; низький рівень розвитку просторової орієнтації; загальмованість формування рухових навичок. Все це обумовлює розробку особливих методів навчання, які базуються на використанні всієї системи сенсорних аналізаторів і повинні бути спрямовані на корекцію психофізичного розвитку.

Виходячи зі специфіки комплексної методики занять адаптивною фізичною культурою в умовах реабілітаційного центру діти поєднувались у групи на основі критерію оцінки рухового і соціального досвіду кожного. Було виділено типові групи дітей I, II і II-а (додаткову) для занять АФК в центрах соціальної реабілітації різних регіонів України.

Крім того, для кожної типової групи дітей з різними вадами розвитку було обґрунтовано пріоритетні напрямки та окреслено етапи комплексного навчання засобами адаптивної фізичної культури із застосуванням різних засобів, форм, методів, підходів до впровадження психолого-соціальних технологій під час занять фізичним вправам. Основний психолого-педагогічний акцент був спрямований на значущість наявності у кожній групі дітей-лідерів. Це як правило були діти, які мали більш високий рівень розвинення рухових умінь та навичок, незалежно від виду патологічного відхилення.

Загалом це сприяло створенню виховної атмосфери: діти, які мали обмежений рухово-соціальний досвід прагнули наслідувати руховим діям дітей-лідерів; рухово розвинуті діти із задоволенням допомагали тим, що не вміють повноцінно рухатися або знайти своє місце під час проведення рухливих ігор.



При провадженні комплексної методики АФК в роботу центрів соціальної реабілітації зв'язковою ланкою була не тільки рухова активність, у вигляді виконання фізичних вправ, але, і особлива ігрова діяльність, яка сприяла «розмиванню» кордонів між дітьми різного віку і з різними формами патологій. Пріоритет гри при проведенні організованих форм занять АФК та в організації рухової життєдіяльності дітей створював сприятливі умови для виховання людських якостей та індивідуальних психоемоційних проявів дитини. Гра, яка проводилась під час занять, створювала дружні відносини між дітьми, сприяла зняттю загальмування та підняттю можливості загального мовного розвитку. Під час гри між дітьми виникала первинна емоційно-діюча орієнтація до рухової діяльності, що сприяло створенню зони ближнього розвитку. Крім того, у дітей формувалась орієнтація до норм соціальних відносин, сприяюча засвоєнню різних комбінацій соціальних ролей. Особливе значення приділялось грі, як сумісній діяльності, яка є вихідною точкою для розвитку якостей, які забезпечують рівень соціалізації.

У запропонованій комплексній методиці АФК широко використовувалась раціональна сполука наочного та словесного навчання руховим діям.

Протягом заняття спочатку пропонувалось нарощування фізичного навантаження відповідно психічним та руховим можливостям дітей, а потім його поступове зниження.

Систематичне та доступне підвищення фізичних навантажень сприяло загальному психофізичному розвитку організму дітей і поліпшувало рівень їх рухової підготовки. Ґрунтовність засвоєння рухів та фізичних вправ залежала від обов'язкової попередньо означеної кількості їх повторень.

Рухові ігри проводились протягом 3-6 занять без змін, а потім зміст та умови їх проведення ускладнювалось, створювались різні варіанти виконання рухів під час гри для того, щоб діти проявляли більший інтерес та увагу, долаючи певні труднощі. Виконання основних рухів розподілялось з урахуванням важкості структури їх виконання, поступовим ускладненням і

необхідності засвоєння вивчених рухових вправ з розривом повторення кожної вправи не більше, ніж через 3-6 занять. Виходячи з того, що діти з вадами розвитку мали обмежений руховий досвід, вони виявляли схильність до стереотипних рухів і прагнули повторювати те, що вже добре засвоєно. Тому, для стимулювання рухової активності у дітей використовувались наочний матеріал, змінювалась ситуація, всіляко створювався емоційний настрій на фоні незмінного характеру рухів. У зв'язку із цим при вивчанні нових фізичних вправ не висувались вимоги до правильного прийняття вихідного положення і чіткості виконання рухових дій. Так як для таких дітей характерна недосконалість координації рухів, а іноді і нездатність управляти рухами окремих частин тіла (рук, ніг, тулуба), що викликало певні труднощі, скутість або зайві рухи при виконанні загальнорозвиваючих вправ, підбирались оптимальні вихідні положення для їх виконання (лежачи, сидячи, стоячи).

Ефективність запропонованої методики навчання адаптивній фізичній культурі дітей з вадами розвитку визначилась у встановленні того факту, що кількісний та достовірний індивідуальний приріст у порівнянні з початковими індивідуальними результатами в значній мірі залежав від важкості патології розвитку, початкового рівня володіння руховими умінням та навичками, психо-емоційного стану та прагнення сім'ї до своєчасного відновлення рухової активності дитини.

## ВИСНОВКИ

1. У результаті проведеного ретроспективного аналізу нормативно-правових документів та науково-методичної літератури було встановлено, що навчання АФК дітей з вадами розвитку в умовах центрів реабілітації мало ряд невирішених методично-організаційних проблем. Теоретичний аналіз свідчить, що на сьогодні в умовах центрів соціальної реабілітації застосовують переважно лише реабілітацію медичного спрямування у формі індивідуальних і диференційованих процедур. Між тим, виходячи з аналізу науково-методичних джерел та методичних розробок став очевидним факт, що адаптивна фізична культура дітей з вадами розвитку в умовах сучасності розглядається як ефективний засіб соціальної інтеграції; її основним завданням є закладання фундаменту фізичної підготовки, рухового потенціалу дитини та загального вдосконалення для успішної соціальної інтеграції у подальшій життєдіяльності.

Теоретично встановлено, що моделі соціальної інтеграції дітей з різними вадами розвитку засобами адаптивної фізичної культури, в тому числі при сумісному навчанні в одній групі з дітьми з нормою розвитку в умовах центрів соціальної реабілітації, практично не застосовуються.

2. За результатами дослідження виявлено незадовільний стан сформованості рухових умінь у дітей із патологією розвитку. Розвиток рухів у дітей з порушенням опорно-рухового апарату характеризувався несформованістю позастатичних рефлексів, які підтримують фізіологічну позу тіла, навички ходи та обумовлюють затримку розвитку загальної і дрібної моторики.

При оцінці рівня сформованості рухових якостей у категорії дітей з різними іншими патологіями розвитку встановлено низький рівень їх прояву, що підтверджувалось якістю демонстрації локомоторних можливостей. Крім того, дітей відповідної категорії характеризувала відсутність готовності до виконання щонайменшого навантаження у вигляді фізичних вправ.

Аналіз результатів психологічного спостереження за дітьми з різними вадами розвитку при групових заняттях на початку продемонстрував низький рівень їх соціальної адаптації до взаємодії з іншими дітьми, тобто вони не були навчені соціальній і руховій взаємодії під час занять фізичними вправами, елементам соціальної активності у повсякденному житті.

3. Визначено, розроблено та апробовано пріоритетні напрямки методики комплексного навчання дітей з вадами розвитку виконанню фізичних вправ в системі групових занять адаптивною фізичною культурою в умовах центрів соціальної реабілітації. Вони полягають у поєднанні дітей в групи незалежно від виду патології розвитку з виділенням дітей-лідерів для стимулювання у всіх займаючихся орієнтації у соціальних відносинах та наслідуванні точності при виконанні рухових дій, засвоєнні різних соціальних ролей, розвитку рухових умінь та життєвонеобхідних навичок, забезпечуючих рівень соціалізації.

4. Експериментально перевірено ефективність впливу методики комплексного навчання дітей у групах адаптивної фізичної культури в умовах центрів соціальної реабілітації. Визначено, що діти з патологією розвитку рухового апарату за обсягом виконання тестових вправ і кількісним індивідуальним приростом рухових умінь мали незначний достовірний приріст у порівнянні з початковими індивідуальними результатами, що в значній мірі залежить від тяжкості патології, рівня розвитку рухових умінь та навичок, психо-емоційного стану та прагнення сім'ї до своєчасного відновлення рухової активності дитини.

Дану обставину підтверджують результати оцінки зміни психологічного стану, які показали, що у дітей з важкою патологією розвитку рухового апарату статистично достовірних змін у проявах емоцій під час впровадження комплексної методики з адаптивної фізичної культури не зафіксовано.

Аналіз динаміки психологічних спостережень за дітьми з іншими різними вадами розвитку, рівень сформованості рухових дій яких характеризувався як середній, свідчить, що застосована методика навчання АФК в центрах соціальної реабілітації різних регіонів України сприяла не

тільки розвитку рухових можливостей організму, але і соціальній адаптації та інтеграції в колективі. Діти переважно проявляли позитивні й нейтральні емоції по відношенню до інших. Крім того, у дітей старшого шкільного віку спостерігалась тенденція до потреби встановлювати міжособистісні стосунки і активно інтегруватися у колектив.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для інструкторів з фізичної культури і спорту або фізичних реабілітологів при проведенні занять АФК пропонуються слідуючі практичні рекомендації:

- під час навчання руховим діям дітей, які мають ураження центральної нервової системи (I типової групи) бажано надавати перевагу цілісному засвоєнню рухів із широким застосуванням підвідних вправ. З дітьми, які мають різні вади розвитку і віднесені до II і II-а груп, можливо застосування методу поетапного вивчення фізичних вправ різної структури та спрямованості;

- при поточному плануванні занять ефективно змінювати незначну частину фізичних вправ попереднього заняття (2-3 вправи), залишаючи основний зміст заняття незмінним, бажано повторювати ті вправи, виконання яких дає дітям задоволення. Це надає можливість дітям більш впевнено почуватися на занятті і повною мірою реалізовувати свій пізнавальний інтерес під час формування руху. Крім того, чим більше часу надається для вивчення вправ, тим ґрунтовніше їх засвоюють діти, а викладач (реабілітолог) має змогу їх систематично корегувати;

- дітей, які страждають на ДЦП (I типова група), і не в змозі активно виконувати фізичні вправи, доцільно через 3-6 занять заохочувати словесним стимулюванням до активного утримання фізіологічних положень тіла і виконання рухів;

- відбирати для виконання фізичні вправи на крупні м'язові групи (плечовий пояс, живіт, спина, ноги), значну увагу приділяти розвитку дрібної моторики;

- проводячи заняття у малокомплектній та скомплектованій групах доцільно не застосовувати ті рухові завдання, до яких є протипоказання хоча б у однієї дитини з групи;

- слід пам'ятати, що інформація про виконуваний рух, яка поступає у мозок дитини з вадою розвитку зі збереженого аналізатора має меншу

інформативність, ніж у здорових дітей, що призводить до потреби у більш тривалому часі його засвоєння;

- важливою умовою мотивації дітей до відвідування занять у центрах соціальної реабілітації є активна участь інструктора з фізичного виховання або реабілітолога під час виконання рухових завдань і ігор разом з дітьми, що дає можливість підтримувати ритм заняття та надавати дітям своєчасну допомогу і зворотній зв'язок про якість виконуваних рухів.

Розробка принципів та змісту корекційного психофізичного впливу на дітей з патологією розвитку базувалась на загальних уявленнях про генезис та структуру людської психіки, механізми порушення, шляхи компенсаторного розвитку. В основу методики закладена ідея значних розходжень в рівні розвитку наглядного мислення у дітей з різними формами патологічних вад.

Методика занять фізичними вправами в реабілітаційному центрі для дітей з різними вадами розвитку передбачала використання таких засобів: хобба, біг, повзання, лазіння, метання та катання, стрибки, національні рухливі ігри за спрощеними правилами, ігрові та загальнорозвиваючі вправи (з предметами і без них), елементи спортивних ігор і адаптивного спортивного тренування.

Для розвитку рухової взаємодії між дітьми створювались педагогічні умови за яких вони мали можливість знаходитися у колективі з іншими.

Віднесення дітей до типових груп, має передбачувати гнучку міграцію учнів із групи в групу (проведення час від часу сумісних занять, рекреаційних заходів, спортивних свят). Це створює умови для активної взаємодії між дітьми, налагодженню нових стосунків і зміцненню існуючих, а також збагаченню досвіду спілкування та сумісної діяльності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарян Р. Н. Характеристика некоторых показателей функций зрения, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем у слабовидящих школьников в процессе выполнения упражнений силового характера / Р. Н. Азарян, А. А. Арутюнян – В кн. : сб. научно-методических работ по физическому воспитанию. Ереван, 1978, с. 11.
2. Андреева Г. М. Социальная психология [Электронный ресурс] / Г. М. Андреева // Третье изд. – М. : Наука, 1994. – Гл. 18. – Режим доступа к книге : <http://psylib.org.ua/books/andrg01/index.htm>
3. Асми Назем. Совершенствование управления устойчивостью вертикальной позы и ритмическими движениями у детей 7–9 лет на уроках физической культуры / Асми Назем // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. / за ред. С.С. Єрмакова . – Х. , 1999. – № 12. – С. 23 – 28.
4. Афанасьев В. Ф. Особенности развития двигательных качеств у слабовидящих детей / В. Ф. Афанасьев, Л. Ф. Косаткин // Научная конф. 4-я по физическому воспитанию детей и подростков. – М. , 1968. – С. 169 – 170.
5. Бадалян Л. О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка / Л. О. Бадалян // Методические аспекты науки о мозге. - М. , 1983. - С.16 – 18.
6. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина – М. : Здоровье, 1988. – 328 с.
7. Байкина Н. Коррекция психомоторного развития у детей с церебральным параличом нетрадиционными формами занятий / Н. Байкина, Я. Крет, Н. Городецкая // Наука в олимпийском спорте. – 2006. - №1. – С. 61–64.
8. Байкина Н. Г. Критерии оценки физического развития глухих детей по отбору в специальные школы / Н. Г. Байкина, Н. С. Крайний // Оздоровительная



физическая культура и спорт инвалидов : Тез. докл. I Всесоюз. науч.-практ. конф. – О. , 1989. – Вып. 2. – С. 4 – 5.

9. Бандуріна К. В. Відновлення великих моторних функцій дітей з церебральним паралічем, як показник ефективності застосування самостійних занять фізичними вправами / К. В. Бандуріна // Педагогіка, психологія та медико-педагогічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – 2008. – №1. – С. 17 – 19.

10. Банникова Р. А. Коррекция анемических состояний пубертатного периода средствами физической реабилитации на санаторном этапе / Р. А. Банникова, Н. Белуга // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. - № 4. – С. 10 – 12.

11. Барабаш О. А. Педагогическая технология оценивания уровня развития двигательных способностей школьников 8-17 лет с умственной отсталостью / О. А. Барабаш // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2007. - №4. – С. 2 – 6.

12. Барабаш О.А. Педагогическое тестирование знаний по физической культуре школьников 8-17 лет с легкой степенью умственной отсталости / О. А. Барабаш // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2006. - №1. – С. 46 – 49.

13. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры / Т. П. Бегидова : Учебн. пособие. – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

14. Белова А.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных / А. Н. Белова, В. Н. Григорьева – М. : Антидор, 1997. – 216 с.

15. Березина И. Дети по плану / И. Березина // Мой ребенок. – 2005. – №3. – С. 4 – 6.

16. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений: Избр. психол. тр. / Акад. пед. и соц. наук. Моск. психол.-соц. ин-т; Авт. вступ. ст. В.П. Зинченко; сост. А. И. Назаров. / Н. А. Бернштейн – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1997. – 604 с.

17. Бобков Г. А. Особенности возрастных изменений выносливости и методика ее развития у слепых школьников : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / Г. А. Бобков – Москва, 1978. – 18 с.

18. Бойко В. В. Целенаправленное развитие двигательной функции человека в процессе физического совершенствования и коррекции восстановительной работы : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук физ. восп: спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / В. В. Бойко – Одесса, 1994. – 28 с.

19. Бойко Г. Контроль за динамікою працездатності імбецилів з хворобою Дауна в процесі занять фізичною культурою і спортом / Г. Бойко // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні зб. наук. пр. – Рівне, 2001. – Вип.2. – С. 110 – 113.

20. Бондар В. І. Спеціальне навчання дітей з вадами розумового та сенсорного розвитку: стан та перспективи / В. І. Бондар // Інтеграція аномальної дитини в сучасні системи соціальних відносин / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції . – К. , 1994. – С. 13 – 18.

21. Бондарь В. И. Развитие теории и практики профессионально-трудового обучения воспитательных школ Украины (1917-1990 гг.) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук. / В. И. Бондарь – К., 1992. – 44 с.

22. Борисенко А. Ф. Система фізичного виховання учнів початкової школи. Фізичне виховання учнів початкової школи / А. Ф. Борисенко // Фізичне виховання в школі. – 1997. – № 2. – С. 15 – 17.

23. Бородин С. А. Очерки здоровья: от безнадежной инвалидности – к удивительным результатам / С. А. Бородин– 4-е изд., доп. – М. : 1998. – 287 с.

24. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и лечебная физическая культура при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд – Л. : Медицина, 1971. – 247 с.

25. Бортфельд С. А. ЛФК и массаж при ДЦП / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева – Л., 1986. – 176 с.
26. Борякова Н. Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студентов педвузов / Н. Ю. Борякова. – М. : АСТ; Астрель, 2008. – С.97 – 98, 110, 196.
27. Бріскін Ю.А. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів / Ю. А. Бріскін, А. В. Передерій, В. В. Строкотов // Паролімпійський спорт. – Львів : Арал. – С. 126 – 140.
28. Быкова О. Е. Специфика разработки индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов [Электронный ресурс] / О. Е. Быкова // Вестник филиала российского государственного социального университета в г. Красноярске – Красноярск. – 2006. – Режим доступа к веснику: <http://kraspubl.ru/content/view/142/58/>.
29. Быковская Е. Ю. и др. Ускорение угасания патологических тонических рефлексов у ДЦП-детей под воздействие адаптивной онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа / Е. Ю. Быковская и др. // Адаптивная физическая культура. – 2007. - №2. – С. 19 – 20.
30. Быковская Е. Ю. Развитие подвижности суставов у ДЦП-детей под воздействием адаптивной онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа / Е. Ю. Быковская // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №3. – С. 16 – 18.
31. Быструшкин С.К. Влияние произвольной мышечной релаксации на регуляцию сердечно-сосудистой системы у детей в норме и при нарушении интеллектуального развития / С. К. Быструшкин, Р. И. Айзман // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2004. – №2. – С. 22 – 24.
32. В Україні така велика кількість інвалідів, тому що їх почали рахувати [виступ голови Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України Т. Бехтєєвої] // ZIK – інформаційний ресурс. [Електронний ресурс] – 2010. – Режим доступу до ресурсу: <http://zik.com.ua/ua/news/2008/02/03/124363>.

33. Ваганов Н. Н. Концепция медико-социальной реабилитации детей, страдающих хроническими заболеваниями, часто болеющих детей и детей-инвалидов / Н. Н. Ваганов, Э. Б. Боровик, В. И. Бондарь // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 1994. – № 6. – С. 34 – 37.

34. Вайзман Н. П. Психомоторика детей-олигофренов / Н. П. Вайзман. - М., «Педагогика», 1976. – 104 с.

35. Верещагина Н.С. Эффективность программ, направленных на формирование статических поз у детей с ДЦП / Н. С. Верещагина // Современный олимпийский спорт и спорт для всех : материалы XI международного научного конгресса : В 4 ч. – Минск, 2007. – Ч. 3. – С. 394 – 396.

36. Виноградова А. Л. Формирование базовых познавательных функций с помощью адаптационно-игровых занятий / А. Л. Виноградова, И.С. Константинова // III Международный Конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Материалы Конгресса. Казань, 23-26 мая 2006 г. / Мин. здрав. и соц. разв. Российской Федерации, Мин. здрав. Республики Татарстан, Казанский Государственный Мед. Университет, Ассоциация детских психиатров и психологов / Под редакцией А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Издательско-полиграфический центр «Глобус», Москва, 2006. – С. 371 – 372.

37. Випасняк І. До питання про фізичний стан школярів з вадами слуху / І. Випасняк // Актуальні проблеми розвитку руху «Спорт для всіх» у контексті Європейської інтеграції України. Матеріали міжнар. наук.-проект. конф. – Тернопіль, 2004. – С. 368 – 370.

38. Випасняк І. Характеристика фізичного розвитку і фізичних якостей школярів із слуховою дераивацією / І. Випасняк // Актуальні проблеми фізичної культури і спорту : зб. наук. пр. – К., 2005. – Вип. 8 – 9. – С. 93 – 97.

39. Випасняк І. П. Соціальна інтеграція глухих дітей на основі рухової активності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. з фіз.

виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / І. П. Випасняк – Львів, 2007. – 20 с.

40. Вісковатова Т. П. Проблема генезу діагностики і психолого-педагогічної корекції затримки психічного розвитку в дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : спец. 19.00.08 «Спеціальна психологія» / Т. П. Вісковатова – К., 1997. – 39 с.

41. Волновые внекомпьютерные функции ДНК / П. П. Гаряев, Г. Г. Тертышный, Е. Ж. Леонова, А. В. Мологин // Сознание и физическая реальность. – Т. 5. – 2001. – №6. – С. 31.

42. Воловик Н. І. Розвиток здібностей до просторового орієнтування у дітей з порушенням зору / Н. І. Воловик // Чернігівський державний педагогічний університет ім. Т. Г.Шевченка. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. зб. наук. ст. – Чернігів, 2007. – Вип. 44 – С. 437–439.

43. Воловик Н. І. Формування координаційних умінь дітей 4-5 річного віку з функціональними порушеннями зору в дошкільних навчальних закладах : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Н. І. Воловик – Київ, 2008. – 222 с.

44. Всемирная программа действий в отношении инвалидов / Организация объединённых наций. - Нью-Йорк, 1983. – С. 109.

45. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский– М. : Педагогика // Собр. Соч. в 6 т. – 1982. – Т.5. – С. 70.

46. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский – М. : Педагогика, 1991. – 480 с.

47. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С.Выготский - М., 1996, – С.19.

48. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский – М., 1960. – С.198 – 199.

49. Выготский Л. С. Собрание сочинение / Л. С.Выготский : В 6 т. / Под ред. Т.А. Власовой. – М. : Педагогика, 1983. – Т.5. – С. 45.

50. Гаврилина Р. Н. Характеристика компетентности подростков с умственной отсталостью в процессе двигательной деятельности / Р. Н. Гаврилина // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №2. – С. 31-32.

51. Гайко Г. В. Основні принципи реабілітації з наслідками травм і ортопедичних захворюваннях / Г. В. Гайко, І. В. Шумада // Ортопедія, травматологія та протезування : Респ. зб. – К., 1995. – Вип. 24. – С. 3-6.

52. Гардеева Н. Д. Экспериментальная психология исполнительного действия / Н. Д. Гардеева– М. : Тривала, 1995. – С. 39.

53. Гвоздецька С. Визначення особливостей рівня фізичної підготовленості у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку / С. Гвоздецька // Молода спортивна наука України : зб. наук. статей в галузі фіз. культури і спорту. – Львов, 2002. – Вип. 6. – Т.1. – С 193 – 195.

54. Гвоздецька С. В. Корекція показників уваги у дітей 6 років із затримкою психічного розвитку засобами фізичного виховання / С. В. Гвоздецька // Педагогіка, психологія та методико-біолог. проблеми фіз. виховання і спорту: зб. наук. пр. – Харків, 2006. – №12. – С. 36 – 39.

55. Гиттик Л. С. Гиперкинезы и детский церебральный паралич / Л. С. Гиттик // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича. – Донецк, 1994. – С.162 – 163.

56. Глейберман А. Н. Упражнения в парах / А. Н.Глейберман – М. : Физкультура и Спорт, 2005 – 256 с.

57. Гонеев А. Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Яллаева; Под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр «Академия», 1999. – 280 с.

58. Гончаренко Е. Особенности физического развития детей с нарушением умственного развития / Е. Гончаренко // Физическая культура: научные проблемы образования и спорта: Междунар. науч. конф. – Кишинев, 2007. – С. 120 – 126.

59. Горбатюк С. Становлення та розвиток системи регіональних центрів реабілітації інвалідів / С. Горбатюк // Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника. Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2008. – Вип.7. – С. 77-81.
60. Городяненко В. Г. Соціологія: підручник / В. Г. Городяненко – К. – «Академія», 2003 р. – С. 45 – 56.
61. Горская И. Ю. Координационные способности школьников с нарушениями интеллекта : Учебн. пособие / И. Ю. Горская, Т. В. Синельникова – Омск, СибГАФК, 1999. – С. 68.
62. Грибовська І. Оцінка фізичного здоров'я глухих дітей / І. Грибовська, Гурінович Х. // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2002. № 2 – 3. – С. 113 – 115.
63. Грибовська І. Б. Комплексна оцінка функціонального стану вестибулярної сенсорної системи глухих дітей та його корекція в процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук фіз. вих.: спец. 24.00.02 «Фізичне культура, фізичне виховання різних груп населення» / І. Б. Грибовська – Луцьк, 1998. – 17 с.
64. Григоренко В. Г. Оптимізація корекційного навчання руховим діям на основі цілеспрямованого розвитку у школярів з порушеннями зору точності, контролю і самоконтролю / В. Г. Григоренко, В. В. Дичко // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – Харьков, 1999. – № 1. – С. 14 – 17.
65. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации инвалидов с нарушениями функций спинного мозга / В. Г. Григоренко – М. : Советский спорт, 1991. – 410 с.
66. Гришин В.Г. Игры с мячом и ракеткой: (Из опыта работы) / В. Г. Гришин Пособие для воспитателя ст. групп дет. сада. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Просвещение, 1982. – С. 43 – 70.
67. Грищуніна Н. Состояние вегетативной нервной системы и церебральной гемодинамики у детей с церебральным параличом в процессе

занятий физкультурой и спортом / Н. Грищунина, И. Зражевская // Олімпійський спорт і спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації: IV Міжнар. наук. конгрес. – К., 2000. – С. 600.

68. Гросс Н. А. Современные подходы к развитию двигательных навыков у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и ДЦП / Н. А. Гросс , Ю. А. Гросс // Адаптивная физическая культура. – 2006. – №4. – С. 2.

69. Гросс Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Н. А. Гросс – М., 2000. – 224 с.

70. Грофф С. Холотропное сознание / С. Грофф – Пер. с англ. О. Цветковой. М. : изд-во Трансперсонального Института, 1996. – 248 с.

71. Гузій І. Існуюча практика застосування засобів фізичного виховання для усунення наслідків ДЦП / І. Гузій // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип. 5. Т.2. – С. 195-198.

72. Гурвич А. Г. Теория биологического поля / А. Г. Гурвич – М., 1944. – С. 28.

73. Гуревич М. О. Психология детского возраста. 2-е изд., испр. и допол. / М. О. Гуревич – М. : Госмедиздат, 1932. – 231с.

74. Гурінович Х. Роль мови у корекційно-педагогічному процесі фізичного виховання глухих дітей / Х. Гурінович // Оздоровча і спортивна робота з неповносправними : зб. наук. ст. з проблем фізичного виховання і спорту та фізичної реабілітації неповносправних. – Львів, 2003. – Вип. 1. – С. 32 – 34.

75. Гурінович Х. Є. Вплив засобів фізичного виховання на функціональний стан серцево-судинної системи глухих дітей молодшого шкільного віку / Х. Є. Гурінович, О. В. Гузій, В. М. Трач // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. – Л., 2005. Вип. 9. – Т. 2. – С. 119 – 124.

76. Давыдова Н. С. Коррекция нарушений пространственного восприятия у детей с минимальной мозговой дисфункцией // Физкультура в профилактике и реабилитации / Н. С. Давидова, Л. Я. Ювилевич – 2005. – №3. – С.25 – 26.



77. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения / В. В. Давыдов – М. : Педагогика, 1986. – 240 с.

78. Данилова Т. Динамічні зрушення у функціональному розвитку дітей з ДЦП в умовах організації методичної реабілітації, професійного навчання та соціальної адаптації на базі дитячого клінічного санаторію «Хаджубей» / Т. Данилова // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип. 5. Т.2. – С. 198 – 201.

79. Данків А. Особливості фізичного розвитку дітей з вадами зору за даними антропометричних досліджень / А. Данків // Спортив. вісн. Придніпров'я. – 2005. – № 3. – С. 152 – 154.

80. Данків А. Показники фізичного розвитку, соматичного здоров'я та їх корекція засобами фізичної культури (на прикладі бальних танців) у дітей з вадами зору / А. Данків // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2004. – № 7. – С. 125-127.

81. Данків А. Фізичний розвиток молодших школярів з вадами зору / А. Данків // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип. 9, т.2. – С. 143 – 145.

82. Демчук С. Роль і місце фізичної культури і спорту в соціальній інтеграції та адаптації неповносправних школярів із церебральним паралічем / С. Демчук // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип. 9., Т.2. – С. 105 – 108.

83. Демчук С. Функціональна характеристика школярів із церебральним паралічем / С. Демчук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків. ХДАДМ (ХХІІІ), 2003. – №6. – С. 81 – 86.

84. Демчук С. Характеристика динаміки показників рухової активності неповносправних школярів 15-16 років із церебральним паралічем / С. Демчук // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні : зб. наук. пр. / Між нар. ун-т «РЕГІ» ім. акад. С. Дем'янчука. – Рівне, 2003. – Вип. 3. Т.2. – С. 118 – 122.

85. Демчук С. П. Зміст фізичного виховання у соціальній інтеграції та реабілітації школярів 15-16 років: дис. ... кан. з фіз. культури і спорту: 24.00.02 / Демчук С. П. - Львів, 2003 р. – 332 с.
86. Дишель Г. О. Фізичний розвиток дітей 7-8 років м. Одеси / Г. О. Дишель, А. І. Босенко, О. С. Пенлепчук // Адаптаційні можливості дітей та молоді : Тез. докл. IV Міжнар. наук.-практ. конф. – О., 2002. – С. 22 – 24.
87. Дмитриев А. А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей / А. А. Дмитриев – М. : Советский спорт, 1991. – 32с.
88. Дмитриев А. А. Физическое воспитание учащихся вспомогательной школы / А. А. Дмитриев, Б. В. Сермеев – Красноярск: КГПН, 1988. – 85 с.
89. Дмитриев В. С. Предмет учебно-педагогической дисциплины «Физическая культура и спорт инвалидов» / В. С. Дмитриев, В. П. Жиленкова и др. // В сб. материалов к лекциям, т. I - Малаховка, ВИНТИ, 1993, С. 75 - 88.
90. Дмитриев С. В. Магия духовного мира в двигательных действиях человека / С. В. Дмитриев // Теория и практика физической культуры. – 1997. – №12. – С. 44 – 50.
91. Дозирование физических нагрузок различного характера, применяемых в коррекции двигательной сферы инвалидов с нарушениями функции спинного мозга / Б. В. Сермеев, В. Г. Григоренко, С. Н. Вицько, Ю. Т. Черников // Тезисы докл. 1-й Всесоюз. конф. «Физическая культура и спорт инвалидов». – Одесса, 1989. – С. 51 – 53.
92. Дуткевич Я. И. Исследования влияния физической подготовленности на производственный показатель выпускников школы слепых / Я. И. Дуткевич // Всесоюзная науч.-практ. конф. Физическая культура и здоровый образ жизни, «Севастополь», 16-21 февр. 1990 г. Физическая подготовленность: средства и методы оздоровления физической культурой. – М., 1990. – С. 39 – 40.
93. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) [Электронный ресурс] / С. П. Евсеев // Теория и практика физической культуры. – 1998. - №1. – С. 2 – 7. – Режим доступа к журналу: [НТТР://lib.sportedu.ru/Press/ТРФК/1998N1/p2-7.htm](http://lib.sportedu.ru/Press/ТРФК/1998N1/p2-7.htm).

94. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура / С. П. Евсеева, Л. В. Шапкина – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.

95. Евсеев С. П. Непрерывное физкультурное образование как средство социальной адаптации людей с ограниченными возможностями / С. П. Евсеев, В. И. Попов // Адаптивная физическая культура. – 2000. – №1 – 2. – С. 8 – 10.

96. Еракова Л. А. Дифференцированное физическое воспитание слепых и слабовидящих школьников в условиях специализированного интерната: дис. ... канд. наук по физ. воспитанию и спорту: 24.00.02 / Еракова Л. А. – К., 2005. – 182 с.

97. Ермакова Л. А. Физическое развитие и двигательная активность в режиме дня детей с депривацией слуха / Л. А. Ермакова // Современный олимпийский спорт и спорт для всех: материалы XI международного научного конгресса : В 4 ч. – Минск, 2007. – Ч. 2. – С. 233 – 236.

98. Ефанова М. Харьковский опыт внедрят по все стране [Электронный ресурс] / М. Ефанова // Вечерний Харьков. – 2007. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.vecherniy.kharkov.ua/news/9342/>.

99. Євтухова Т. А. Педагогічні аспекти інтенсивної фізичної та соціальної реабілітації учнів з порушеннями зору (10-13 років) / Т. А. Євтухова // Республіканська конф. І концепція підготовки спеціалістів фізичної культури та спорту в Україні. Матеріали... - Луцьк, 1994. – С. 482 – 484.

100. Єракова Л. Розвиток рухових якостей школярів інвалідів залежно від ступеню втрати зору / Л. Єракова // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. – Львів, 2004. – Вип. 8, Т.2. – С. 137 – 141.

101. Жданова Т. А. Коррекционное значение упражнений на выносливость для глухих школьников / Т. А. Жданова, Н. Т. Байкина // Социальные аспекты психологического здоровья детей и подростков : Материалы междунар. симпоз. – Одеса, 1994. – С. 144 – 145.

102. Жданова Т. И. и др. Коррекция двигательной сферы глухих школьников упражнениями на равновесие / Жданова Т. И. и др. // Социальные

аспекты психологического здоровья детей и подростков: Материалы междунар. симпоз. – Одеса, 1994. – С. 148.

103. Загальна декларація прав людини. Прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. – Міністерство закордонних справ України, Декларація від 12/10/48 за номером 995-015.

104. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений / А. В. Запорожец – М. : АПН РСФСР, 1960. – 151 с.

105. Зарубина Ю. Г. Игровое занятие «Круг» // в сб. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: Научно-практический сборник / Ю. Г. Зарубина, М. Г. Попова - М. : Теревинф, 2006. Вып. 5 – С. 133 – 149.

106. Заузова С. А. Щитова С. В. Особенности функционального состояния нервно-мышечной системы школьников с умственной отсталостью / С. А. Заузова, С. В. Щитова // Теория и практика физической культуры. – 2007. – №8. – С. 21 – 23.

107. Земцова М. И. Некоторые особенности физического развития детей дошкольного возраста с амблиопией и косоглазием / М. И. Земцова, В. А. Кручинин // Совершенствование физического воспитания слепых и слабовидящих школьников : сб. науч. ст. – М. : АПН НИИ Дефектологии, 1987. – С. 25 – 30.

108. Зинченко В. П. Психология действия / В. П. Зинченко // Экспериментальная психология исполнительного действия. (Предисл.) Н. Д. Гордяева– М. : Тривала., 1995. – С.17.

109. Зияд Хамиди Ахмад Наср Аллах. Коррекция нарушений осанки слабослышающих школьников средствами физического воспитания: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук. по физ. воспитанию и спорту : спец. 24.00.02 – «Физическая культура, физическое воспитание разных групп населения» / Зияд Хамиди Ахмад Наср Аллах. – Киев, 2008. – 24 с.

110. Зияд Хамиди Ахмад Наср Аллах. Особенности пространственной организации тела детей младшего школьного возраста со слуховой депривацией / Зияд Хамиди Ахмад Наср Аллах // Педагогіка, психологія та

медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. ст. – Харків, 2007. – №1. – С. 39 – 43.

111. Золотухин В. А. Подготовка юных гимнастов 11-12 лет с учетом особенностей силы их нервной системы и вестибулярной устойчивости : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / В. А.Золотухин – Малаховка, 1985. – 23 с.

112. Зотов В. Введение в оздоровительную реабилитацию : В 2 кн. – Кн. 1. / В. Зотов , М. Белов – К. : Медекол, 1995. – 181 с.

113. Зубатюк Д. Рівень соціальної адаптації дітей старшого шкільного віку з вадами слуху / Д. Зубатюк // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. - №2. – С. 12 – 14.

114. Ильин В. А. Обучение детей с умственной отсталостью адекватным формам взаимодействия со сверстниками в процессе адаптивного физического воспитания / В. А. Ильин // Адаптивная физическая культура. – 2004. – №2. – С. 18.

115. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство / Д. Н. Исаев – СПб. : Речь, 2003. – 391 с.

116. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді: дис... канд. пед. наук. 13.00.05 / І. Б. Іванова – К., 1998. – 174 с.

117. Інструкція про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури. Наказ Мін. охор. зд. Укр, Мін. освіти і науки України від 20.07.09 №518/674 // Директор школи. – 2010. - №7. – С. 25 – 27.

118. Какузин В. А. Статистическое равновесие глухих учащихся и его изменение в процессе физического воспитания : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук. : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / В. А. Какузин – М., 1973. – 23 с.

119. Камаєва О. Особливості впливу різних рівнів та режиму рухової діяльності на фізичні та функціональні можливості дітей з відхиленнями розумового розвитку / О. Камаєва, В. Козаков // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2006. – №1. – С. 6 – 8.

120. Карабанов А. Г. Уровень развития быстроты и ловкости у глухих подростков / А. Г. Карабанов // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – Харьков, 1999. – № 2. – С. 27 – 29.

121. Карабанов А. Г. Уровень развития силы и скоростно-силовых качеств у глухих школьников / А. Г. Карабанов // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – Харьков, 1999. – № 1. – С. 11 – 13.

122. Карабанов А. Г. Функціональні можливості глухих підлітків / А. Г. Карабанов // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. – Харьков ХХПИ., 1998. - №2. – С. 37 – 39.

123. Кашуба В. Корекція координаційних здібностей молодших школярів з вадами слуху у процесі адаптивного фізичного виховання / В. Кашуба // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – №2. – С. 77 – 82.

124. Кісельов А. Ф. Фізична та соціальна реабілітація дітей-інвалідів у Миколаївському обласному центрі дитячої ортопедії та реабілітації / А. Ф. Кісельов, О. І. Цебржинський, А. О. Руденко [та ін.] // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2007. – № 2 – 3. – С. 212 – 214.

125. Класифікація ураження нервової системи у дітей і підлітків / За ред. В. Ю. Мартинюка. – К. : Фенікс. 2001. – 192 с.

126. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев – М. : Медицина, 1979. – 607с.

127. Ковиліна В. Г. Корекція рухових якостей дітей середнього дошкільного віку з порушенням зору : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук / В. Г. Ковиліна. – Одеса, 2004. – 21 с.

128. Ковінько М. Розвиток професійно важливих і психофізичних якостей підлітків з дитячим церебральним паралічем, які навчаються у вищому

професійному училищі / М. Ковінько, О. Мерзликіна, О. Гузій // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2002. – №2 – 3. – С.126 – 128.

129. Коган О. Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мезга / О. Г. Коган – М. : Медицина, 1975. – 256 с.

130. Козаков Д. Ю. Методика формирования дыхания у детей-аутистов в процессе гидрореабилитации / Д. Ю. Козаков // Плавание – III. Исследование, тренировка, гидрореабилитация. – СПб: «Плавин», 2005. – С. 264 – 269.

131. Козачук В. Изменение пространственной ориентировки слепых детей младшего школьного возраста под влиянием специально направленных упражнений / В. Козачук // Фізична культура, спорт та здоров'я : III Міжнародна наукова конф. Студентів та аспірантів. – Харків, 2001. – С. 103.

132. Козленко М. О. Теорія і методика корекційно-розвивальної роботи в системі фізичного відхилення учнів допоміжної школи: 13.00.01., 13.00.03. дис. ... докт. пед. наук / Козленко М.О. – К., 1992. – 48 с.

133. Колесник Э. А. Лечение больных с поражением спинного мозга / Э. А. Колесник – К.: Здоровье, 1980. – 156 с.

134. Колесник Ю. А. Социальная реабилитация инвалидов / Ю. А. Колесник // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. монографія : [Зб. наук. пр.]. – Х., 2008. - № 11. – С. 178 – 182.

135. Колишкін О. Особливості використання засобів адаптивного фізичного виховання у процесі розвитку мовлення слабочуючих старшокласників / О. Колишкін // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2008. – Вип. 12, Т.3. – С. 120 –125.

136. Колотий Н. М. Психологічні особливості дітей-сиріт та дітей позбавлених батьківського піклування / Н. М. Колотий, О. Е. Беляева // Матеріали конференції «Медико-соціальні аспекти охорони здоров'я дітей – сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» – Харків, 2003. – С. 89 – 92.

137. Кон И. С. Д. Г. Мид и проблема человеческого я / И. С. Кон, Д. К. Шалин // Вопросы философии. – 1969. – №12. – С. 89.

138. Концепция современного естествознания: Учебник для вузов / Под ред. проф. В.Н. Лавриненко, проф. В. П. Ретникова. – 3-е изд. перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2006. – С. 237.

139. Концепція державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами. Прийнята Колегією Міністерства освіти України 23.06.09 (протокол №7/5-7) // Інформаційний збірник Міністерства освіти України. – 1999. – №19. – С. 14-28.

140. Копій О. Характер роботи українського центру «Інваспорт» та особливості його діяльності на Львівщині // Молодіжні проблеми в Україні: Стан та шляхи вирішення : зб. наук.-метод. статей. - Львів, 1997. – С. 85.

141. Корельская Н. Г. Работа с родителями детей-инвалидов / Н. Г. Корельская // Адаптивная физическая культура. – 2000. – №1 (2). – С. 41–43.

142. Корнеева Е. Н. Взгляд на социализацию с точки зрения возрастной психологии // Ярославский педагогический вестник. – 1996. – № 2. – С.17–23.

143. Кортова Ю. Формування у рухах уявлень про навколишній світ в учнів перших класів з зоровими захворюваннями / Ю. Кортова // Молода спортивна наука України. зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7. Т.1. – С. 373 – 375.

144. Корягина Ю. В. Особенности восприятия времени и пространства у подростков с нарушениями интеллектуального развития / Ю. В. Корягина, Н. Л. Литош, С. Шемет // Адаптивная физическая культура. – 2004. – №3. – С. 12-14.

145. Косівська С. В. Вплив розвитку координаційних здібностей на інтелектуальні показники дітей із затримкою психічного розвитку 6-7 років / С. В. Косівська // Чернігівський держ. Пед. ун-т ім. Т. Г. Шевченка. Вісник держ. Пед. ун-ту. Вип. 35. – Чернігів, 2006. – С. 466 – 469.

146. Костонян О. А. Психологические особенности формирования чувства интервалов времени у детей старшего школьного возраста : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук / О. А.Костонян - Єреван, 1992. – 20 с.



147. Коткова Л. Ю. Коррекционно-развивающая методика совершенствования двигательных качеств и координационных способностей слабовидящих школьников 14-15 лет : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / Л. Ю. Коткова – Омск, 2005. – 24 с.

148. Коцан І. Я. До методики діагностики рухових порушень у глухих школярів / І. Я. Коцан // Республіканська конф. І Концепція підготовки спеціалістів фізичної культури та спорту в Україні. матеріали... - Луцьк, 1994. – С. 478 – 479.

149. Коштур Я. Є. Характеристика психофізичного розвитку розумово відсталих підлітків / Я. Є. Коштур // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наукових пр. – Харків, 2008. – №3. – С. 99 – 101.

150. Кравченко Ю. В. Оцінка психофізіологічних характеристик стану здоров'я молоді з вадами слуху / Ю. В. Кравченко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. – Луцьк, 1999. – С. 668 – 670.

151. Кричко З. І. Особливості морфофункціонального стану підлітків 13-15 років із затримкою психічного розвитку / З. І. Кричко // Слобожанський науково-спортивний вісник : зб. наук. ст. – Харків, 2006. - Вип. 10. – С. 158–160.

152. Круцевич Т. Понятійно-категоріальний апарат адаптивного фізичного виховання / Т. Круцевич, Р. Чудна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2005. – № 2–3. – С. 48–51.

153. Кузакова В. Д. Физическое воспитание глухих и тугоухих в связи с их психологическими особенностями. – В кн. : Психологические особенности спортивной деятельности / В. Д. Кузакова - Л., 1975. – С. 107–115.

154. Курдыбайло С. Ф. Плавание как средство двигательной реабилитации инвалидов после ампутации конечностей / С. Ф. Курдыбайло, В. Г. Богатых – Теория и практика физической культуры. – 1998. – №1. – С. 48-51.
155. Куртышева М. А. Дети Индиго – будущее человечества / М. А. Куртышева – Спб. : Питер, 2007. – С. 40 – 41.
156. Лавренюк А. Корекція легких ступенів вираження аутизму засобами фізичного виховання / А. Лавренюк // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип. 5. Т.2. – С. 140-142.
157. Лавренюк А. Організація занять із загального розвитку грубої і дрібної моторики аутичних дітей / А. Лавренюк // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7, Т.1. – С. 367–370.
158. Лазаренко Т. Корекція пам'яті у дітей, які мають затримку психічного розвитку, засобами фізичного виховання / Т. Лазаренко // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7, Т.1. – С. 420 – 424.
159. Лазаренко Т. П. Физическая подготовленность детей 5-10 лет с задержкою психического развития / Т. П. Лазаренко // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні : зб. наук. праць. Вісник економ.-гуманіт. ін-ту. – Рівне, 1999. – С. 192-197.
160. Лапшин В. А. Основы дефектологи / В. А.Лапшин, Б. П. Пузанов – М. : Просвящение, 1990. – С. 213.
161. Лебедева Н. Т. Актуальный вопрос гигиены детей и подростков / Н. Т. Лебедева, Л. А. Колосовская, Е. В. Пилюттик // Материалы конф. – Минск, 1995. – С. 141–144.
162. Лебедева Н. Т. Реабилитационное воздействие двигательного режима на школьников с дефектами слуха / Н. Т. Лебедева // Труды ВНИИЭТИИ. – М. , 1995. – С. 27– 34.
163. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский - М. : изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
164. Леонтьев А. И. Деятельность. Сознание. Личность. / А. И. Леонтьев – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.

165. Лесгафт П. Ф. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста // Собр. пед. соч. / П. Ф. Лесгафт – М., 1953. – Т.1.- С. 270.
166. Лесько О. М. Організаційно-методичні основи використання рухливих ігор у фізичному вихованні молодших школярів із затримкою психічного розвитку: дис. ... канд. наук з фізичного виховання і спорту: 24.00.02 / Лесько О. М. – Львів, 2004. – 194 с.
167. Лечебная физическая культура при протезировании детей с дефектами нижних конечностей / В. К. Добровольский, Н. В. Ступкина, Т. А. Ананьева // Методические рекомендации. – Л. , 1981. – 44 с.
168. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / Под ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой. – М. : Медицина, 1995. – 400 с.
169. Ликова І. О. Образотворча діяльність в дитячому садку: планування, конспекти занять, методичні рекомендації. Ранній вік. / І. О. Ликова – Х. : «АНГРО ПЛЮС»: ТОВ Видавництво «РАНОК». 2008. – С. 104-120.
170. Ликова І.О. Образотворча діяльність у дитячому садку: планування, конспекти занять, методичні рекомендації. Молодша група. / І.О. Ликова – Х. : Веста: вид-во «Ранок», 2007. – С. 17-143.
171. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина – М. : Педагогика, 1986. – 144 с.
172. Лікувальна фізична культура та спортивна медицина / В. В. Клапчук, Г. В. Дзяк, І. В. Муравов та ін. / За ред. В. В. Клапчука, Г. В. Дзяка. – К. – Здоров'я. – 1995. – 312 с.
173. Ломов Б. Ф. Системность в психологи. Избр. психол. тр. : Акад. пед. и соц. наук., Моск. психол. соц. ин-т; под ред. В. А. Барабанщикова и др./ Б. Ф. Ломов– М. : [Ин-т практ. психологии]; Воронеж [НПО «МОДЭК»], 1996. – 383 с.
174. Луковская О. Особливості фізичного розвитку і психоемоційного стану дітей молодшого шкільного віку, що страждають церебральним паралічем / О. Луковская, С. Афанас'єв // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2004. – № 6. – С. 136 – 139.

175. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 2-е изд. / А. Р. Лурия– М. : изд-во МГУ, 1969. – 504 с.
176. Лянной Ю. О. Реабілітація школярів із травмами хребта засобами фізичної культури і спорту / Ю. О. Лянной // Дефектологія. 1998. – №1. – С. 38–40.
177. Ляхов И. Проявление особенностей моторики глухих школьников при выполнении гимнастических упражнений / И. Ляхов // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. – Луцьк, 1999. – С. 879 – 882.
178. Ляхова І. Здатність слабочуючих дітей 10-12 років до точності відтворення просторових параметрів рухів / І. Ляхова // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип. 5., Т.2. – С. 239–241.
179. Ляхова І. Особливості розвитку гнучкості дітей і підлітків зі зниженим слухом / І. Ляхова // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вип. 5. – Вінниця, 2004. – С. 92 – 95.
180. Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у центрах ранньої соціальної реабілітації: дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.05 / Ляшенко В. І. – Херсон, 2004. – 277 арк.
181. Лящук А.Ф. Физическое воспитание детей 1-4 классов с задержкой психического развития / А. Ф. Лящук // Фізичне виховання у сучасному суспільстві: Зб. наук. пр. – Луцьк, 1999. – С. 440 – 444.
182. Макаренко А. С. Игра // Собр. соч.-м. / А. С. Макаренко– М., 1940. – Т.4. – С. 54 – 56.
183. Макаренко А. С. Общие условия семейного воспитания / А. С. Макаренко Соч.в 7. М. : изд-во АКН РСФСр, 1985. – Т.4. – С. 200.
184. Макаренко О. Реабілітація слабкозорих дітей 13-15 років в умовах школи-інтернату засобами фізичного виховання / О. Макаренко // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2000. – Вип.4. – С. 277–278.

185. Малофеев Н. Н. Актуальные проблемы специального образования / Н. Н. Малофеев // Дефектология. – 1994. – № 6. – С.7–8.

186. Мальцева Т. К. Медико-социальные и психолого-педагогические проблемы реабилитации детей-инвалидов [Электронный ресурс] / Т. К. Мальцева // Вестник филиала Российского государственного социального университета в г. Красноярске. - 2006. - Режим доступа до журналу <http://kraspubl.ru/content/blogcategory/29/58/>.

187. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук – СПб., 2001. – 220 с.

188. Манухина Н. М. Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции [Электронный ресурс] / Н. М. Манухина // Журнал практической психологии и психоанализа. Ежекварт. науч.-практ. журн. электр. публ. – 2003. - №3. – Режим доступа к журналу: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20030310>.

189. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.

190. Машаду И. П. Адаптивная физическая культура детей с церебральным параличом в условиях образовательного учреждения : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / И. П. Машаду - 2006. – 22 с.

191. Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МСДИН). Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1980 год.

192. Мерзликіна О. Педагогічний контроль за рівнем розвитку рухових функцій – важлива умова ефективності фізичної реабілітації підлітків з церебральним паралічем / О. Мерзликіна // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. – Львів, 2004. – Вип.8, Т.2. – С. 236 – 239.

193. Мирошніченко Н.О. Соціально-педагогічні умови інтегрування молоді з функціональними обмеженнями в сучасне середовище : дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / Мирошніченко Н. О. – Київ, 2008. – 23 с.

194. Михайлик С. Взаимосвязь двигательного, тактильного и вестибулярного анализаторов в системе физической подготовки / С. Михайлик // Фізична культура, спорт та здоров'я : III Міжнародна наукова конф. студентів та аспірантів. – Харків, 2001. – С. 94.

195. Михайлова Н. Развитие физических способностей детей с речевыми нарушениями / Н. Михайлова, І. Тригус // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип. 9, Т.2. – С. 150-152.

196. Мороз Л. В. Аналіз сучасної системи соціально-корекційної роботи серед дітей з наслідками церебрального паралічу / Л. В. Мороз // Педагогіка, психологія та медико-біолог. Проблеми фізичного виховання і спорту : [Зб. наук. пр.]. – Харків, 2006. – №3. – С. 71–73.

197. Мудрик А. В. Социализация человека: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений / А. В. Мудрик – 2-е изд., испр. и доп. – М. : издательский центр «Академия», 2006 – 304 с.

198. Мудрик В. І. Міжнародні засади формування соціально-правового ставлення до умов життя, реабілітації й спорту інвалідів / В. І. Мудрик // Спортивна наука України. Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури. – Електронне наукове фахове видання: Львів, ЛДУФК. – 2006, № 2 (3) номер, с. 1. [Електронний ресурс]. - Режим доступу до збірнику: <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>

199. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін – Київ: Олімпійська література, 2000. – С. 18 – 19, 23.

200. Мухомедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: Психологическое взаимодействие / Мухомедрахимов Р. Ж. - СПб. : изд.-во СПбГУ, 1999. – С. 98–122.

201. Настольная книга учителя физической культуры /Под ред. Л. Б. Кофмана /. – М. : Физкультура и спорт, 1998. – С. 23–28.

202. Настольный теннис: Пер. с кит. / Под ред. Сюй Яньшэна. – М. : Физкультура и спорт, 1987. – 320 с.

203. Начинова Е.В. Коррекция отклонений в развитии основных движений у слабовидящих школьников средствами физического воспитания : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук / Е.В. Начинова. – М., 1989. – 21 с.

204. Нейропсихология индивидуальных различий : Уч. пособие / Е. Д. Хомская, И. В. Ефилова, Е. В. Будыкина, Е. В. Епиколопова / Под ред. Е. Д. Хомской. – М. : Рос. Пед. агентство, 1997. – С. 60.

205. Никифоров Ю. Б. Психорегуляция – в практику физического воспитания школьников / Ю. Б. Никифоров // Физ. Культуре в школе. – 1991. – № 6. – С. 22 – 24.

206. Новицкий П. И. Двигательная активность учащихся с интеллектуальной недостаточностью / П. И. Новицкий // Мир спорта. – 2007. – №2. – С. 106 – 111.

207. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира: Хрестоматия [сост. Л.М.Шипицина]. – М. : СПб., 1997. – 256 с.

208. Оганесян Н.Ю. Танцевальная игра как одна из частей танцевальной терапии / Н. Ю. Оганесян // Адаптивная физическая культура. – 2003. - №3(15). – С. 29.

209. Оліяр М. Про необхідність розвитку психомоторних здібностей дітей з обмеженими можливостями слухового аналізатора / М. Оліяр // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип.9, Т.2. – С.125–129.

210. Опалюк О. М. Корекційно-реабілітаційні служби : Навчально-методичний посібник / О.М. Опалюк, О. І. Лісовий – Кам'янець-Подільський: «МЕДОБОРИ-2006», 2006. – С. 9, 42–46.

211. Орес О. Використання засобів фізичного виховання для корекції рухових порушень у дітей з раннім дитячим аутизмом / О. Орес // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7,Т.1. – С. 364–366.

212. Основні поняття і терміни оздоровчої фізичної культури та реабілітації / О. Д. Дубогай, А. М. Ткачук, С. Д. Костікова, А. О.Єфімов. – Луцьк: Надстир'я, 1998. – 100 с.
213. Основы специальной психологии : Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений /Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М. : издательский центр «Академия», 2002. – С. 135.
214. Панов А. М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями - эффективная форма социального обслуживания семьи и детей /А. М. Панов // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. – М. – 1997. – С. 5.
215. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, А. Е. Штеренгерц, В. В.Польской – К, 1986. – 1986. – 189 с.
216. Певзнер М. С. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности / Науч.-исслед. ин-т дефектологии Акад. пед наук СССР / М. С. Певзнер, Л. И. Ростягайлова, Е. М. Мастюкова - М. : Педагогика, 1982. – 104 с.
217. Певзнер М. С. Этимология, патогенез, клиника и классификация олигофрении // Учащиеся вспомогательной школы / М. С. Певзнер– М. : Педагогика, 1979. – 240 с.
218. Педагогічний словник / За редакцією дійсного члена АПН України М. Д. Ярманчека – К. : Педагогічна думка, 2001. – 516 с.
219. Позняк Н. Особенности обучения самостоятельной ходьбе детей с церебральным параличом / Н. Позняк // Олимпийский спорт и спорт для всех; Тезисы V междунар. науч. конгресса. – Минск; БГАФК, 2001. – С. 44.
220. Полещук А. Коррекция пространственной ориентации двигательной деятельности младших школьников с особенностями интеллекта / А. Полещук // Олимпийский спорт и спорт для всех: Тезисы V междунар. Науч. Конгресса. – Минск : ГАФК. 2001. – С. 371.



221. Помещикова И. П. Определение способности воспроизводить амплитуду движений у учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. П. Помещикова // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. – Харьков, 2008. – №3. – С. 98–105.

222. Попова Г. В. и др. Изучение особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы детей школьного возраста с отставанием в интеллектуальном развитии / Г. В. Попова и др. // Современный олимпийский спорт и спорт для всех : материалы XI международного научного конгресса : в 4 ч. – Минск, 2007. – Ч.2. – С.175 – 182.

223. Поташню І. М. Фізична підготовленість учнів спецшколи для дітей із затримкою психічного розвитку / І. М. Поташню // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків: ХХІІІ, 2001. – №18. – С. 26–31.

224. Приступа Є. Н. Особливості проведення українських народних ігор та забав з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку / Є. Н. Приступа, В. І. Левків // Сучасні проблеми розвитку теорії та методики спорту і рухливих ігор : Тези ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. – Л., 1997. – С. 60.

225. Положення про центр медико-соціальної реабілітації неповнолітніх : Постанова Каб. Мін. України від 6 вересня 1996 р. № 1072 // Зібрання постанов уряду України. – 1996. - №17. – Ст. 481.- С. 58-63.

226. Про затвердження Типового положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації : Наказ Мін. праці та соціальної політики України від 11.06.99, № 96/187/146/55// Офіційний вісник України. – 1999. – № 26. – С. 102 – 107.

227. Про затвердження Типового положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів : Наказ Мін. праці та соціальної політики України від 10.07.2002 р., № 313/395/248/92 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 48. – С. 242–248.

228. Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів : Наказ Мін. праці та соціальної політики України

від 6 березня 2007 р., № 201/13468// Офіційний вісник України. – 2007. – № 18. – С. 116-119.

229. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями : Постанова Каб. Мін. України від 8 вересня 2005 р., № 877// Офіційний вісник України. – 2005. – № 37. – С. 24–25.

230. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та порядку їх складання / Наказ МОЗ України 08.10.2007, № 623// Офіційний вісник України. – 2007. – №80. – С. 122-125.

231. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні / Постанова Каб. Мін. Укр. від 31.01.2007, № 69, №70 // Офіційний вісник України. – 2007. – №8. – С. 32-41.

232. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 року, № 2961-IV// Відомості Верховної Ради України. – 2006. – №2-3. – ст.36. – С. 44-66.

233. Програми для шкіл інтенсивної педагогічної корекції. Фізична культура 1-9 класи / Рекоменд. Мін. осв. і науки Укр. (лист № 1/11-6491 від 20.12.2004) // Ю. Й. Волинець, Л. М. Довганюк– Харків: ТОВ «Веста», 2006. – 127 с.

234. Программа воспитания и обучения дошкольников с интеллектуальной недостаточностью / Л. Б. Баряева, О. П. Гаврилушкина, А. П.Зарин, Н. Д. Соколова – СПб. : изд-во «СОЮЗ», 2003. – 320 с.

235. Проскуріна Т. Ю. Тестування рухової активності дітей з церебральним паралічем / Т. Ю. Проскуріна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків: ХХІІІ., 2001. – №27. – С. 65–70.

236. Протезирование детей с дефектами конечностей // Под ред. В. И. Филатова. – Л. : Медицина. Ленинградское отд., 1981. – 278 с.

237. Рахманов В. М. Медико-социальные аспекты воспитания и обучения детей с нарушением слуха / В. М. Рахманов– Х. : Основа, 1990. – 153 с.

238. Решетілова В. Корекція затримки психічного розвитку у дітей молодшого шкільного віку засобами фізичної культури / В. Решетілова // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Київ-Вінниця, 2001. – С. 318-320.

239. Розанова Т. В. Развитие памяти и мышления у глухих детей / Т. В. Розанова – М. : Педагогіка, 1978. – 118 с.

240. Ройз С. Что чувствует ребенок во время родов / С. Ройз // Хорошие родители – 2005 – №1 – С. 52–54.

241. Роль і місце фізичної реабілітації у загальній системі охорони здоров'я населення / І. Башкін, Е. Макарова, Р. Л. Мустафа, Х. Кавадзе // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2006. – №3. – С. 25 – 29.

242. Ростомошвили Л. Н. АФК = средство интеграции : [Интеграция детей с депривацией зрения в среду нормально видящих сверстников средствами АФК] / Л. Н. Ростомошвили // Адаптивная физическая культура. – 2000. – №3–4. – С. 11–15.

243. Ростомашвили Л. Н. Физические упражнения для детей с нарушением зрения: (методические рекомендации для учителей, воспитателей, родителей) / Л. Н. Ростомашвили. – Спб., 2001. – 65 с.

244. Ростомашвили Л. Н. Организационные условия адаптивной физического воспитания в специальных (коррекционных) школах I-IV видов / Л. Н. Ростомашвили, Е. В. Чернобыльская // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №2. – С. 10 – 11.

245. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн – М. , 1989. – 410 с.

246. Рубцова Н. О. Адаптивное физкультурно-спортивное движение как фактор социальной адаптации инвалидов различных категорий / Н.О. Рубцова // Теория и практика физической культуры. – 1998. – №5. – С. 44 – 46.

247. Рубцова Н. О. Влияние урока аэробики коррекционной направленности на младших школьников с ЗПР / Н. О. Рубцова, В. А. Ильин // Современный

олимпийский спорт и спорт для всех : VII Междунар. науч. конгресс. – М., 2003. – Т.3. – С. 303–304.

248. Рубцова Н. О. К проблеме формирования инфраструктуры системы физической культуры и спорта для инвалидов / Н. О. Рубцова // Теория и практика физической культуры. – 1998. – №1. – С. 41– 44 – Режим доступа к ресурсу: [НТТР://lib.sportedu.ru/Press/TPFK/1998N1/p41-44.htm](http://lib.sportedu.ru/Press/TPFK/1998N1/p41-44.htm) 94331.

249. Русова С. Ф. Теорія і практика дошкільного виховання / Русова С.Ф. – Львів – Харків – Париж: Просвіта, 1993. – 127 с.

250. Рутовская И. Оценка физического состояния слепых детей в возрасте 7-17 лет / И. Рутовская, К. Грыщунски // Олімпійський спорт і спорт для всіх : проблеми здоров'я, рекреації : IV Міжнар. Наук. конгрес. – К., 2000. – С. 617.

251. Сайкина Е. Г. Использование средств детского фитнеса в физическом воспитании детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья / Е. Г. Сайкина // Адаптивная физическая культура. – 2006. – №2 (26). – С. 32 – 34.

252. Самаукина Н. В. Игры, в которые играют / Н. В. Самаукина: Психолог. практикум. – Дубна: Феникс, 1996. – 160 с.

253. Самыличев А. С. Адаптивная физическая культура в деле социальной адаптации умственно отсталых детей / А. С. Самыличев, О. В. Яшин // Адаптивная физическая культура. – 2003. – № 2. – С. 19–20.

254. Сараева Н.М. Особенности волевой активности подростков с физическими недостатками : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук. / Сараева Н.М. – М., 1980. – 36 с.

255. Саркисов Д. С. Очерки по структурным основам гомеостаза / Д. С. Саркисов – М.г: Медицина, 1977. – 352 с.

256. Саркисов Д. С. Приспособительные и компенсаторные процессы – В кн.: Общая патология человека : Руководство / Под ред. А. И. Струкова, В. В. Серова, Д. С. Саркисова; АМН СССР / Д. С. Саркисов, Л. И.Аруин, В. П.Туманов – М.: Медицина, 1982. - С. 443-532.

257. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов (Ред. и сост. В. С. Дмитриев, А. В. Сахно). Т I и II. - М. : МОГИФК, ВНИИФК, 1993. Т I. – 272 с. Т. II. – 292 с.

258. Сековец Л.С. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушением зрения / Л. С. Сековец. – Нижний Новгород: изд. Ю.Л. Николаева, 2001. – 168 с.

259. Семаго Н. Таблица форм парциальной несформированности / Н. Семаго, О. Чиркова // Школьный психолог. — 2006. — № 23. – С 34.

260. Семенова К. А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией ДЦП / К. А. Семенова – М., 1999. – 384 с.

261. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К. А. Семенова - М. : Медицина, 1976. – 225 с.

262. Сергеев Г. Б. Программы школы для слабослышащих детей / Г. Б. Сергеев Физическая культура. – М. , 1995. – С. 36.

263. Сермеев Б. В. Физическое воспитание детей с нарушением зрения / Б. В. Сермеев. – К. : Здоров'я, 1987. – 112 с.

264. Сермеев Б. В. Физическое воспитание слабовидящих детей / Б. В. Сермеев. – М. : Просвещение, 1983. – 96 с.

265. Сермеев Б. В. Физическое воспитание слабовидящих детей / Б. В. Сермеев - К. : Здоровье, 1987. – 110 с.

266. Синельникова Е. В. и др. Специфика развития физической работоспособности детей с ослабленным зрением / Е. В. Синельникова и др. // Научно-практ. Конф. Региональные проблемы физической культуры и спорта, Надым, 6-9 дек. 1993. – Омск, 1993. – С. 61–63.

267. Ситаров В. А. Социальная экология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений / В. А. Ситаров, В. В. Пустовойтов – М. : издательский центр «Академия», 2000. – 280 с.

268. Сіроштан Н. Рухова діяльність як фактор зміцнення здоров'я дітей з порушенням слуху / Н. Сіроштан, С. Понікаров // Актуальні проблеми

юнацького спорту : Матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. – Херсон, 2003. – С. 148-150.

269. Сковорода Г. Сочинения в 2-х т., Т.2. / Г. Сковорода – М. : 1975. – С. 127.

270. Скрипник О. Школа, где учат побеждать [Электронный ресурс] / О. Скрипник // Зеркало недели – 2005- №3 (531) - Режим доступа к ресурсу: <http://www.zn.ua/3000/3300/49044/>.

271. Слепович Е. С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития / Е. С. Слепович – М.: Педагогика, 1990. – 96 с.

272. Смурова Е. В. Адаптивная физическая культура как фактор формирования здоровья и социальной интеграции слабовидящих детей / Е. В. Смурова // Физ. культура : воспитание, образование, тренировка. – 2004. - № 3. – С. 26.

273. Смурова Т. С. Двигательная активность в жизнедеятельности детей со зрительной патологией / Т. С. Смурова // Теория и практика физической культуры. – 2001. – №6. – С. 24.

274. Соболевский В. И. и др. Некоторые вопросы социальной и медицинской реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта. – В кн. : Физическая культура, здоровье и трудовое долголетие советского человека / В. И. Соболевский и др. М., 1983. – С. 123–124.

275. Социальная психология в вопросах и ответах / Под ред. В. А. Лабунской. М. : Гардарики, 1999.- С.76, 36.

276. Соціологія: Навч.-метод. посібник для самост. вивч. дисц. / А. Ю. Брегеда, А. П. Бовтрук, Г. В. Дворецька та ін. - К. : КНЕУ, 1999. – 124 с.

277. Спортивные и подвижные игры: Учебник для средних спец. учебных заведений физ. культ. – изд. 3-е, перераб., доп. / Под ред. Ю.И.Портных. – М. : Физкультура и спорт, 1984. – С. 7 – 15.

278. Спортивные и подвижные игры. Учебник для физ. техникумов. изд. 2-е, перераб. Под ред. Ю. И. Портных. М., «Физическая культура и спорт», 1977. – С. 13 – 26, 245 – 260.

279. Стасюк О. М. Удосконалення управління зв'язками з громадськістю центрів реабілітації осіб з особливими потребами / О. М. Стасюк // Слабожанський науково-спортивний вісник : зб. наук. ст. – Харків, 2008. – Вип. 4. – С. 207 – 210.

280. Стребелева Е. А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии / Е. А. Стребелева // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 50 – 55.

281. Стрелецкая Е. П. Адаптивная оздоровительно-образовательная среда / Е. П. Стрелецкая // Адаптивная физическая культура. – 2004.- №4 (20). – С. 22–26.

282. Стрелковська В. Рівень розвитку деяких координаційних здібностей дітей віком від 12 до 15 років з розумовою відсталістю / В. Стрелковська // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип. 9, Т.2. – С. 94-100.

283. Сухарева Е. Г. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / клиника олигофрении / В 3 т. Т. III. Е. Г. Сухарева - М. : Медицина, 1965. – 332 с.

284. Сухиненко И. В. Физическое воспитание детей с миопией средней степени в условиях общеобразовательной школы : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук.: спец. 13.00.04 «Теория и методика физ. воспитания и спорт. тренировки» / И. В. Сухиненко - М., 1980. – 22 с.

285. Сухомлинский В. О. Вибрані твори в 5-ти Т.- Т. 3. Серце віддаю дітям. Народження громадянина. Листи до сина. / В. О.Сухомлинский : Рад. Школа, 1997. – С. 322.

286. Таран Л. А. Формирование на уроках физкультуры учащихся 5-8 классов вспомогательной школы умения ориентироваться в пространстве / Л. А.Таран // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. – Харьков: ХГАДИ, 2002. - №1. – С. 57 – 62.

287. Тельников Ю.В. Влияние занятий общефизической подготовкой на детей с ДЦП в системе дополнительного образования / Ю. В.Тельников,

С. А. Полиевский // Актуальные проблемы физического воспитания учащейся молодежи: Материалы региональной науч.-практ. конф. – Ростов-на-Дону., 1995. – С. 150 – 152.

288. Теория и методика физического воспитания: Учеб. пособие для студентов физ. воспитания пед. ин-тов / Б. А. Ашмарин, М. Я. Виленский, К. Х. Граптынъ и др., Под ред. Б. А. Ашмарина. – М. : Просвящение, 1979. – 360 с.

289. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст]: учебник. В 2 т. Т.1. : Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С. П. Евсеева. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Советский спорт, 2005. – С.33, 195.

290. Теплов Б.М. Избранные труды: в 2-х т. / Ред. сост. авт. Вступ ст. и коммент. Н.С. Лейтес, И.В. Равич-Щербо / Теплов Б.М. – М. : Педагогика, 1985. – 329 с.

291. Термін відновлення допуску до фізичних навантажень після перенесених захворювань та травм. Додаток 4 до Інструкція про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури. Наказ Мін. охор. зд. Укр, Мін. освіти і науки України від 20.07. 09 №518/674//Директор школи. – 2010. – №7. – С. 28–31.

292. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре [Текст]: учебное пособие / Авторы-соавторы О. Э.Аксенова, С. П. Евсеев / Под ред. С. П, Евсеева. – М. : Советский спорт, 2005. – С. 30.

293. Тимофеева Т. Н. Опыт проведения физкультурных занятий с детьми, страдающими аутизмом / Т.Н. Тимофеева // Адаптивная физическая культура. – 2003. - №3(15). – С. 27-28.

294. Томенко О. А. Засоби адаптивної фізичної культури у соціальній адаптації та інтеграції людей з обмеженими можливостями / О. А. Томенко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків: ХДАДМ (ХХП), 2003. – № 2. – С. 12–20.



295. Трададюк А. А. Психолого-педагогические и валеологические аспекты оптимальной организации физической и социальной реабилитации учеников с нарушениями функций спинного мозга / А. А.Трададюк, С. М. Вицько // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. – Харьков: ХГАДИ (ХХПИ), 2004. – №5. – С. 90 – 98.

296. Турчак А. М. Особливості розвитку м'язової сили в розумово відсталих учнів І-ІІІ класів / А. М.Турчак, А. Р. Сермеєва // Республіканська конф. І концепція підготовки спеціалістів фізичної культури та спорту в Україні. Матеріали... - Луцк, 1994. – С. 504 – 505.

297. Уілмор Д. Х. Фізіологія спорту / Д. Х.Уілмор, Д. Л. Костілл– К. : Олімпійська література, 2001. – С. 364 –390.

298. Уильрих Э. В. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках : учебник для мед. вузов. / Э. В.Уильрих, А. Ю. Мушкин – Спб: «ЭЛБИ-СПб». 2002. – С. 79 – 95.

299. Український центр інвалідів спорту «Інваспорт»: Інформаційний бюлетень Держмолодьспорттуризму з ФК і С. – К., 1996. – 36 с.

300. Уральская Н. П. Влияние занятий адаптивным спортом на развитие двигательных качеств у детей с церебральным параличом / Н. П. Уральская // Адаптивная физическая культура. – 2003. – № 4 (16). – С. 16–17.

301. Ушинский К. Д. Собрание сочинений / К. Д. Ушинский– М., Л. : АПН, 1950. – Т.1. – С. 238.

302. Фандикова Л. Оценка физического здоровья и физической подготовленности слабослышащих детей 10-11 лет / Л. Фандикова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків: ХХІІІ, 2000. – №6. – С. 22-25.

303. Фарфель В. С. Управление движениями в спорте / В. С. Фарфель– М. : Физкультура и спорт, 1975. – 208 с.

304. Федорова-Зенковская Т. Превентивное психическое развитие детей-олигофренов средствами физического воспитания / Т. Федорова-Зенковская //

Олімпійський спорт і спорт для всіх : проблеми здоров'я, рекреація, спортивні медицина та реабілітації: IV Між нар. Наук. конгрес. – К., 2000. – С. 628.

305. Федюкина В. Г. Социальные функции адаптивного спорта / В. Г. Федюкина, О. Н. Хрипунова // Культура физическая и здоровье. – 2005. – №1(3). – С. 77–78.

306. Фенни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие : Книга для родителей / Пер. с англ. Ю. В.Липес, А. В.Снеговской; Под ред. и с предисл. Е. В. Клочковой / Фенни Н. Р. – М. : Теревинф, 2001. – 336 с.

307. Фесик Д. О. Корекція сприйняття в дітей із відхиленнями в інтелектуальному розвитку за допомогою оздоровчо-розвивальних ігор / Д. О.Фесик // Слобожанський науково-спортивний вісник : зб. наук. ст. – Харків, 2007. – Вип.12. – С. 21 – 23.

308. Физическая реабилитация и спорт инвалидов: нормативное правовое документы, механизмы реализации, практический опыт, рекомендации / Автор-составитель А.В. Царик. – 3-е изд. – М. : Советский спорт, 2004. – С. 439 – 531, 448–450.

309. Физическая реабилитация : Учеб. для студ. высш. уч. заведений, обуч. По Гос. образ. стандарту 022500 «Физическая культ. для лиц с откл. в сост. здор.» (Адапт. физ. культура) / Под общ. ред. проф. С. Н. Попова. изд. 2-е. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2004 . – С. 21.

310. Физическое состояние умственно отсталых детей и пути его оптимизации / В. И.Жулепова, О. В. Булгакова, В. В. Апокин // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2006. – №3. – С. 59-60.

311. Филимонова С. И. Семейная физическая культура – пространство для самореализации детей-инвалидов и их родителей / С. И. Филимонована // Адаптивная физическая культура. – 2004. – №2 (18). – С. 6–10.

312. Фомічова О. Вплив ритмічної гімнастики на розвиток рухових якостей у дітей молодшого шкільного віку з ДЦП / О. Фомічова // Молода Спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2000. – Вип. 4. – С. 290–291.

313. Харченко Л. В. Совершенствование базовых координационных способностей у школьников 8-12 лет с нарушениями зрения : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / Л. В. Харченко Л.В. – Омск, 1999. – 19 с.

314. Хмельницький М. К. и др. Методика воспитания координационных способностей у школьников с недостаточным умственным развитием (олигофрения) / М. К. Хмельницький и др. // Міжнародна науково-практ. конф. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. – Вінниця, 1994. – Ч.1. – С. 194–195.

315. Хо́да Л. Ю. Методология социальной интеграции незлышащих людей в различных видах адаптивной физической культуры : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / Л. Ю. Хо́да – Санкт-Петербург, 2008. – 42 с.

316. Холодов С. Формування навичок ходьби у дітей, котрі страждають на спастичні форми дитячого церебрального паралічу / С. Холодов // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип.5.Т.2. – С. 291–293.

317. Цзен Н. В. Психотренинг: Игры и упражнения / Н. В.Цзен, Ю. В.Пахомов – М. : Физкультура и спорт, 1988. – 272 с.

318. Цьось А. В. Українські народні ігри та забави / А. В. Цьось Навчальний посібник. – Луцьк: Волинське обласне редакційно-видавниче підприємство «Надстир'я», 1994. – 96 с.

319. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2004. – С. 14, 29-30, 54, 104, 107-108, 111, 157, 159, 228, 230.

320. Чеканюк Л. А. Уровень развития функции равновесия и глухих детей / Л. А.Чеканюк // Социальные аспекты психологического здоровья детей и подростков : Материалы междунар. симпоз. – Одеса, 1994. – С. 166.

321. Чижик Є. Особливості фізичного виховання підлітків з затримкою психічного розвитку / Є. Чижик // Фізична культура, спорт та здоров'я : III Між нар. наук. конф. Студентів та аспірантів ХДІФК. – Харків, 2003. – С. 19.
322. Чистякова М. И. Психогимнастика / М. И. Чистякова– М. : Владос, 1995. – 160 с.
323. Чудна Р. Стан і актуальні питання галузі фізичного виховання неповносправних в Україні / Р. Чудна // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – №4. – 2002. – С.62–66.
324. Чудна Р.В. Обґрунтування структури та змісту навчальної дисципліни «Адаптивне фізичне виховання» в системі вищої фізкультурної освіти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Р. В. Чудна – К., 2003. – С. 7-8.
325. Чудна Р. В. Теорія адаптивного фізичного виховання / Р. В. Чудна // Монографія. – К. : Наукова думка, 2003. – С. 199, 204-207, 270.
326. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание / Р.В. Чудная. - К. : Наукова думка, 2000. – С. 18, 140 - 141, 158, 253, 288, 292.
327. Шамардіна Т. Особливості стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку які мають стійкі порушення зору / Т. Шамардіна, Л. Корнійчук, С. Рудяк // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2005. – №2. – С. 135–138.
328. Шамардіна Г. Фізичний розвиток молодших школярів з вадами зору / Г. Шамардіна // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2005. – Вип. 9, т. 2. – С. 143–145.
329. Шамардіна Г. М. Вплив фізичних вправ на рівень здоров'я дітей, які мають затримку психічного розвитку / Г. М. Шамардіна // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2002. - №2. – С. 76 – 77.
330. Шанина Г. Е. Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями / Г. Е. Шанина // Теория и практика физ. культуры. – 2003. – №1. – С. 56 – 57.

331. Шапкова Л. В. Опорные концепции адаптивной физической культуры [Электронный ресурс] / Л. В. Шапкова, С. П. Евсеев // Теория и практика физической культуры. Научно-теоретический журнал. – 1998. - №1. – Режим доступа до ресурсу: <http://lib.sportedu.ru/Press/ТРФК/1998n1/p8-18.htm>.

332. Шапкова Л. В. Функции адаптивной физической культуры / Л. В. Шапкова // Учебное пособие : СПб ГАФК им. П. Ф. Лесгафта. – СПб; 1999. – 82 с.

333. Шапкова Л. В. Характеристика субъекта педагогической деятельности в адаптивной физической культуре / Шапкова Л. В. // Адаптивная физическая культура. – 2002. – №1(9). – С. 16.

334. Шевага В. Н. О патогенезе двигательных нарушений при детском церебральном параличе и возможных их коррекций / В. Н. Шевага // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича. – Донецк, 1994. – С. 281.

335. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: Учеб. для студ. высш. учеб. завед. – 2-е изд. / Н. И. Шевандрин – М. : Гуманит. изд. центр Владос, 2001. – С. 74–76.

336. Шевцов А. Педагогічні аспекти реабілітаційного процесу / А. Шевцов // Дефектологія. – 2007. - №2. – С. 10 – 13.

337. Шевченко О. Формування у розумово відсталих дітей умінь і навичок виконання вправ з гімнастичними предметами / О. Шевченко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. – Харків: ХХІІІ, 2001. – №9. – С. 9 – 13.

338. Шептицький В.Ф. Розвиток основних рухових якостей у розумово відсталих школярів молодшого віку / В. Ф. Шептицький // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук.пр. – Харків., 2003. – №24. – С. 61– 66.

339. Шестопапов Е. Социальная адаптация инвалидов-спинальников с использованием средств физической культуры / Е. Шестопапов // Олімпійський спорт і спорт для всіх : ІХ Міжнар. наук. конгрес : Тези доповідей. – К. : Олімпійська літ., 2005. – С. 533.

340. Шидловский В. А. Современные теоретические представления о гомеостазе. // В кн. : Итоги науки и техники. сер. физиология человека и животных / В. А.Шидловский – М., 1982, т. 25. – С. 3 – 18.

341. Шинкарук О. Развитие спорта инвалидов в различных регионах Украины / О. Шинкарук, Л. Радченко, О. Борисова // Наука в олимпийском спорте – №2 – 2002. – С. 12–16.

342. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – 2-е изд., перераб. и дополн. / Л. М. Шипицына – СПб. : Речь, 2005. – 477 с.

343. Шиф Ж. И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей / Ж. И. Шиф – М. : Просвещение, 1968. – 103 с.

344. Шляхи удосконалення фізкультурно-спортивної роботи з інвалідами в Україні / С. Матвеев, І. Когут, Л. Радченко, О. Борисова, Я. Щербашин // Теорія і методика фізичного виховання і спорту – 2004. – №2. – С. 112.

345. Шульпина В.П. Способность к произвольному управлению дыханием у школьников с нарушением сенсорного развития / В. П. Шульпина // Теория и практика физ. культуры. – 2005. – № 10. – С. 60 – 63.

346. Шуплецова Т. С. Особенности развития мышечной силы у глухих школьников / Т. С. Шуплецова // Теория и практика физ. культуры. – 1990. – №9. – С. 28 – 29.

347. Щербіна Т. І. Механізм між системного зв'язку кровообігу та дихання у дітей із зоровою депривацією / Т. І. Щербіна // Фізіологічний журнал. – 2006. – Т. 52, №2. – С. 157.

348. Эльконин Д. Б. Психологическое развитие в детских возрастах / Д. Б. Эльконин – М., 1997. – 414 с.

349. Юхименко М. А. Фізична культура як засіб формування просторової орієнтації дітей з порушеннями зору / М. А. Юхименко // Чернігівський державний педагогічного університету : зб. наук. ст. – Чернігів, 2007. – Вип. 44. – С. 447– 449.

350. Яримбаш К. Особливості функціонального стану рухової сфери слабозорих дітей 9-10 років / К. Яримбаш // Актуальні проблеми фізичної культури та спорту в сучасних соціально-економічних та екологічних умовах : Матеріали міжнар. наук. конф. – Запоріжжя, 2000. – С. 78 – 81.

351. Яримбаш К. Порівняльна характеристика показників морфо-функціонального і функціонального стану рухової сфери слабозорих підлітків / К. Яримбаш // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. – Львів, 2001. – Вип. 5, т.2 – С. 297– 300.

352. Яримбаш К. С. Педагогічні основи корекції рухової сфери слабозорих підлітків засобами плавання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук / К. С. Яримбаш. – К., 2006. – 22 с.

353. Яшна О. П. Адаптивна фізична культура в процесі відновлення й навчання дітей в умовах центрів соціальної реабілітації / О. П. Яшна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - № 10. – 2008. – С. 148–151.

354. Яшна О. П. Аналіз нормативно-правових засад застосування систематичної рухової активності дітей у центрах реабілітації України / О. П. Яшна // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Львів: ЛДУФК, 2010. – С. 293 - 296

355. Яшна О. П. Аспекти методики навчання адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації / О. П. Яшна // Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту та туризму : Міжнародна науково-практична конференція, 15-16 жовтня 2009 р., тези доповідей / редкол. В.М. Огаренко та ін. – Запоріжжя: вид-во КПУ, 2009. – С. 136-138.

356. Яшна О.П. Аспекти методики навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації / О. П. Яшна // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова Серія №15 «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /Фізична культура і спорт / «Зб. наук. праць / За

ред. Г. М. Арзютова. – К. : вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – Вип. 5. – С. 104-109.

357. Яшна О. П. Вихідні положення особистісно-орієнтованого підходу до навчання дітей адаптивній фізичній культурі / О. П. Яшна // Теоретичні та практичні питання культурології : зб. наук, статей. Вип. XXVI. – Мелітополь: видавництво «Сана», 2009. – С. 148-152.

358. Яшна О.П. Основи організації навчання дітей адаптивній фізичній культурі в умовах центрів соціальної реабілітації / О. П. Яшна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - № 6. – 2009. – С. 164–168.

359. Яшна О. П. Питання соціалізації дітей засобами адаптивної фізичної культури в умовах центрів соціальної реабілітації / О. П. Яшна // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – № 1. – 2009. – С. 148–151.

360. Яшна О. П. Професійна готовність фахівців з фізичного виховання до роботи у реабілітаційних установах / О. П. Яшна // Науковий вісник Мелітопольського держ. пед. університету. Серія: Педагогіка : зб. наук. статей / Ред кол. : І. П. Аносов (голов. ред.) та ін. – Мелітополь. – 2010. – Вип. 4. – С. 274-282.

361. Яшна О. П. Роль центру реабілітації в організації сімейних занять адаптивною фізичною культурою / О. П. Яшна // Олимпийский спорт, физическая культура, здоровье нации в современных условиях. Мат. межд. науч.-практ. конф. – Луганськ, 2010 – С. 46 – 50.

362. Bagnato, S. Assessment for early intervention / S. Bagnato, and Neisworth, J.T. : Best practices for professionals. New York, NY : Guilford – 1991 – P. 25–35.

363. Bobath K. A neurophysiological basis for the treatment of cerebral palsy. 2<sup>nd</sup> ed. / K. Bobath, London: Spastic International Medical Publication . – 1980. – 214 p.

364. Bobath K. Cerebral palsy. Pearson William's, physical therapy services in the developmental disabilities. 5<sup>th</sup> printing / K. Bobath, B. Bobath, Springfield : C. Tomas Publisher, 1977. – P. 83–93.



365. Bruner J. Vygotsky: A Historical and Conceptual Perspective. In J.V. Wertsch (ed.) / J. Bruner Culture, Communication and Cognition : Vygo Brunertscian Perspectives. Combridge: Combridge University Press. 1985. – P. 309.
366. Cox C. Brain stem-evoked response audiometry / C. Cox, M. Hack, D. Metz : Normative data from the preterm infant // Audiology. – 1995. – № 20. – P. 53–64.
367. Cruicrshank W. M. Psychology of exceptional children and youth. / W. M. Cruicrshank, New Jerzey: Prentice. – 1979. – P. 12–14.
368. Declaration on the Rigts of Disablad Person / Human Rights. A Compilation of International Instruments. Volum I (First Part). Universal Snstrumets. United Nation. New York and Geneva. 2002. P. 231– 234.
369. Doman G. What to do about your brain injured child / G. Doman, Philadelphia: Doubleday Cmpane, 1974. – P.128–152.
370. European Charter on Sport for All: disabled persons. (1987), ISBN 92871-0091-5
371. Fay T. The results of treatment in cerebral palsy. New York: C. Thomans publisher, 1969. – P. 24–26.
372. Helsel T.D. et. Al. Opening new doors to the cerebral palsied through day care development / T. D. Helsel et. Al. United crrebral pals associations, 1965. – P. 11-18.
373. International Charter of Physical Education and Sport. Adopted by the General Conference at its twentieth session. Paris, 21 November 1978. – P. 43.
374. Kabat H. Proprioceptive facilitation. In: Licht S. (ed.) / H. Kabat, Therapeutic, Baltimore: Waverley, Vol 3, ch 12, 1958.- P. 37.
375. National Consortium for Physical Education and Recreation for Individuals with Disabilites. / Adapted physical education national standards. Champaign, IL: Human Kinetics. – 1995. – P. 4–6.
376. Phelps W. M. Description and differentiation if types of cerebral palsy / W. M. Phelps, Nerv. Children, 1949. – 8:1.

377. Rizzo T. L. Physical educators' attributes and attitudes towards teaching students with handicaps / T. L. Rizzo, W. P. Vispoel, *Adapt. Phys. Activity Quart.* 8(1), - 1991 - P. 4–11.

378. Rizzo T. L. Physical educators' attributes and attitudes towards teaching students with handicaps / T. L. Rizzo, W. P. Vispoel *Adapt. Phys. Activity Quart.* 8(1), 1991 - P. 4–11.

379. Sherill C. *Adapted physical activity pedagogy* / C. Sherill: Principles, Practices, and creativity. *Adapt. Phys. Activity*, 1994 – P. 29.

380. Sherrill C. *Adapted Physical Activity and Sport* / C. Sherrill, *Crossdisciplinari and Lifespen*. WCB / McGraw-Hill, 1998. – P. 217.

381. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Adopted by General Assembly resolution 48/96 of December 1993. – P. 117.

382. Van den Brink K. *Empirical Investigations on Children's Learning with Educational Multimedia*. Officicol Deliverable of the PEDACTICE Project supported by the EC / K. Van den Brink, L. Gomez Alemany, A. Prat Pler, A. Duarte, L. Ericsson and R. Slock, [www.pedactice.](http://www.pedactice.), 2000 – P. 104.

383. Vojta V. *Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuligsalter* / V. Vojta, Stuttgart: Enke, 1974. – P. 24-47.

384. Watkinson E.J. The development and evaluation of integrated programs / E. J. Watkinson, *Can Assoc Health Phys Ed Rec. J.* 53, 1987 – P. 13–20.