

Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний педагогічний університет ім. А. С. Макаренка  
Навчально-науковий інститут педагогіки та психології  
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

**Бартлевич Юлія Миколаївна**

**РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ  
ІНТЕЛЕКТУ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В  
УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНО-СПОРТИВНОГО ЦЕНТРУ**

Спеціальність: 016. Спеціальна освіта (Олігофренопедагогіка. Логопедія)  
Галузь знань: 01. Освіта

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

\_\_\_\_\_ Т. М. Дегтяренко,  
доктор педагогічних наук,  
професор кафедри спеціальної  
та інклюзивної освіти

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Виконавець

\_\_\_\_\_ Ю. М. Бартлевич  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**Суми – 2021**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ.....	7
1.1. Адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації та соціальної адаптації осіб з психофізичними порушеннями.....	7
1.2. Структура та специфіка функціонування реабілітаційно-спортивних центрів України.....	17
1.3. Особливості фізичного розвитку дітей з порушеннями інтелекту.....	26
Висновки до розділу 1.....	37
РОЗДІЛ 2. ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ НА КОНСТАТУВАЛЬНОМУ ЕТАПІ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	39
2.1. Критерії, методики та рівні розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями.....	39
2.2. Результати констатувального дослідження.....	45
Висновки до розділу 2.....	54
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ.....	56
3.1. Особливості організації занять з адаптивної фізичної культури для дітей з інтелектуальними порушеннями.....	56
3.2. Результати формувального експерименту.....	68
Висновки до розділу 3.....	78
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	82
ДОДАТКИ.....	91

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Підвищена увага до проблем дітей з порушеннями інтелектуального розвитку викликана тим, що з усіх функціональних відхилень у розвитку осіб зазначеної категорії, інтелектуальна неповноцінність є найбільш важким дефектом і доволі часто має негативні соціальні наслідки (В. Бондар, М. Блюміна, І. Дмитрієва, Г. Семаєва, В. Синьов, І. Татьянчикова, О. Хохліна та інші).

Метою навчання і виховання дітей із порушеннями інтелекту стає опанування ними найбільш важливими знаннями, уміннями та навичками, в тому числі і руховими, такого рівня, які б дозволили б їм адаптуватися до соціальних норм і майбутнього самостійного життя (І. Бгажнокова, А. Висоцька, Н. Макарчук, В. Олешкевич, Т. Скрипник, М. Супрун, Д. Шульженко, Л. Шипіцина та інші).

Низка дослідників (А. Агеєв, А. Дмитрієв, М. Козленко, В. Кульчицький, Л. Селезньов, Б. Сермеєв, Л. Сунагатова, Г. Литвина, У. Марченкова, Н. Рубцова та інші) вказують на недоліки у фізичному вихованні школярів, особливо з порушеннями інтелектуального розвитку. Учені це пояснюють недостатньою кількістю часу відведеного на фізичне виховання учнів означеної категорії та неефективним використанням різноманітних засобів фізичної культури на уроках.

Одним із головних завдань фізичного виховання в дітей із порушеннями інтелектуального розвитку є оволодіння ними життєво важливими руховими навичками і розвиток у них фізичних якостей. Р. Бабенков, В. Ванюшкіна, І. Горська, Д. Григор'єв, М. Козленко, Є. Мастюкова, В. Мозговий та інші стверджують, що порушення інтелекту негативно позначаються на руховій сфері цієї категорії дітей. С. Ляпідевський підкреслює, що зміни з боку моторно-рухової сфери у дітей з розладом інтелекту визначаються, перш за все, тим, що інтелектуальна неповноцінність є результатом недорозвитку або ураження головного мозку. Ураження кори головного мозку, які мають дифузну локалізацію, вражають у

певній мірі і рухові області мозку. Важкі форми олігофренії найчастіше супроводжуються важкими розладами рухових функцій. О. Шпитальна встановила, що діти з інтелектуальними порушеннями відстають від своїх однолітків з нормо-типовим розвитком за показниками фізичних якостей від 30 до 90 %.

У наш час існує достатньо велика кількість науково-методичної літератури, в якій висвітлюється позитивний вплив адаптивної фізичної культури на гармонійний розвиток осіб з порушеннями інтелектуального розвитку. Незважаючи на значний інтерес дослідників до проблеми адаптивної фізичної культури, у наш час ще існують не достатньо вивчені питання пов'язані з впливом адаптивної фізкультури на розвиток і корекцію фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Актуальність окресленої проблеми та недостатня вивченість цього питання й зумовили вибір теми нашого магістерського дослідження: «Розвиток фізичних якостей дітей з порушеннями інтелекту засобами адаптивної фізичної культури в умовах реабілітаційно-спортивного центру».

**Зв'язок роботи з науковою темою кафедри.** Дослідження виконано в межах наукової теми лабораторії корекційно-реабілітаційних технологій кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка: «Методологія та управління корекційно-реабілітаційною діяльністю» (державний реєстраційний номер 0116 U 000895).

**Мета дослідження** – теоретично узагальнити та експериментально перевірити ефективність комплексу фізичних вправ з розвитку та корекції фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження.

2. Визначити критерії, рівні та діагностичні методики стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

3. Розробити комплекс фізичних вправ та методику їх застосування у роботі з означеною категорією осіб.

4. Експериментально перевірити ефективність комплексу фізичних вправ та методики в розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

**Об'єкт** – розвиток фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

**Предмет** – розвиток фізичних якостей дітей з порушеннями інтелекту засобами адаптивної фізичної культури в умовах реабілітаційно-спортивного центру.

**Елементи наукової новизни одержаних результатів** полягають у визначенні критеріїв і рівнів стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку; в розробленні комплексу фізичних вправ та методики розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

**Практичне значення одержаних результатів** дослідження полягає в можливості застосування діагностичних методик з визначення стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку; використанні комплексу фізичних вправ та методики розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

**Апробація результатів та публікації** здійснено на: VII Міжнародній науково-практичній конференції «Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі» матеріали (25 листопада 2020 року, м. Суми); VIII Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців» (19 травня 2021 року, м. Суми);

Матеріали магістерського дослідження висвітлені в 1 публікації.

**Структура.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел (86), 11 додатків на 16 сторінках. У роботі міститься 4 таблиці і 12 рисунків. Загальний обсяг магістерської роботи складає – 106 сторінок, з них – 81 сторінка основного тексту.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

#### **1.1. Адаптивна фізична культура як засіб фізичної реабілітації та соціальної адаптації осіб з психофізичними порушеннями**

Збільшення кількості дітей з порушеннями у психофізичному розвитку, зростання інвалідності серед дорослого населення, на жаль, є сучасною світовою тенденцією. Всього в світі налічується близько 650 мільйонів офіційно зареєстрованих інвалідів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інваліди складають близько 10% населення нашої планети.

За даними Всесвітнього Банку, 10-12 % мешканців земної кулі відносяться до категорії осіб з порушеннями психофізичного розвитку [13].

Незважаючи на успіхи медицини, їхнє число повільно, але неухильно зростає, особливо серед дітей та підлітків. 75 мільйонів дітей світу, не мають можливість відвідувати школу через інвалідність.

За даними А. Колупаєвої, дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку в нашій країні 1076345, що становить 12,2 % від загальної кількості дітей у країні [32].

Зауважимо, що до середини минулого століття більшість соціальних проблем зазначеної категорії населення ігнорувалися, тривалий час існувала думка, що поняття «особи з психофізичними порушеннями» («інвалід»), «фізична активність», а, тим більше, «спорт» несумісні і заняття фізичною культурою рекомендувалися тільки окремим особам цієї категорії в якості короткочасних заходів, що доповнюють фізіотерапевтичні та медикаментозні призначення.

Тривалий час фізична культура і спорт не розглядалися як ефективний засіб реабілітації інвалідів, підтримання їх фізичних можливостей і зміцнення здоров'я [70].

І лише в 90-ті роки минулого століття в Україні поступово почалося змінюватися відношення до осіб з психофізичними порушеннями та набирати популярності адаптивна фізична культура, як фактор соціальної адаптації осіб означеної категорії у соціум.

Адаптивна фізична культура – це вид загальної фізичної культури для осіб з фізичними обмеженнями. Основною метою адаптивної фізичної культури є максимально можливий розвиток життєздатності людини, що має стійкі відхилення в стані здоров'я, за рахунок забезпечення оптимального режиму функціонування відпущених природою і наявних (що залишилися в процесі життя) його тілесно-рухових характеристик і духовних сил, їх гармонізації для максимальної самореалізації в якості соціально та індивідуально значимого суб'єкта [9].

Л. Сунагатова вважає, що адаптивна фізична культура – це область фізичної культури для людей з фізичними обмеженнями, включаючи й інвалідів. На її думку, адаптивна фізична культура – це комплекс заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя, а також усвідомлення необхідності свого особистого внеску в соціальний розвиток суспільства [9].

А. Агеєв, В. Кульчицький та Г. Литвина наголошують на тому, що методи адаптивної фізичної культури дозволяють кожній людині з обмеженими можливостями реалізувати власний творчий потенціал, досягти певних висот і здійснення бажань. Автори у якості прикладу наводять життєвий шлях Ф. Рузвельта, який не здався, не дивлячись на наслідки поліомієліту, а, навпаки, вірив у власні сили, вірив у себе, мобілізував свою волю, завдяки чому знову став ходити [40].



Ю. Ніколаєв спираючись на потреби осіб з фізичними обмеженнями виділяє наступні компоненти адаптивної фізичної культури:

- 1) адаптивне фізичне виховання;
- 2) адаптивний спорт;
- 3) адаптивна рухова рекреація;
- 4) адаптивна фізична реабілітація;
- 5) креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури [53].

Л. Харченко і А. Турманідзе так пояснюють компоненти (види) адаптивної фізичної культури:

– адаптивне фізичне виховання, як вид адаптивної фізичної культури, здатне задовольнити потребу особистості в реалізації трудової і побутової діяльності, за рахунок формування у людей з фізичними обмеженнями комплексу спеціальних знань, життєво і професійно необхідних рухових умінь і навичок; адаптивне фізичне виховання здатне забезпечити розвиток широкого кола основних фізичних і спеціальних якостей, підвищення функціональних можливостей різних органів і систем; становлення, збереження і використання збережених тілесно-рухових якостей інваліда;

– адаптивний спорт, як вид адаптивної фізичної культури, здатний задовольнити потребу особистості в змагальній і комунікативній діяльності, в максимальній самореалізації своїх здібностей, зіставленні їх із здібностями інших людей за рахунок залучення осіб з фізичними обмеженнями до спортивної культури, освоєння ними техніки, тактики та інших компонентів конкретного виду спорту;

– адаптивна рухова рекреація, як вид адаптивної фізичної культури, здатна задовольнити потребу особистості у відпочинку, розвазі, цікавому проведенні дозвілля, зміні виду діяльності за рахунок формування у осіб з фізичними обмеженнями світогляду, філософських поглядів гедонізму, освоєння ними основних прийомів, способів, засобів, видів рекреаційної діяльності;

– адаптивна фізична реабілітація, як вид адаптивної фізичної культури, здатна задовольнити потребу людини з фізичними обмеженнями у відновленні в неї тимчасово втрачених або порушених функцій (крім тих, які втрачені або зруйновані на тривалий термін у зв'язку з основним захворюванням, наприклад, є причиною інвалідності) за рахунок освоєння цією людиною природних, екологічно виправданих засобів, що стимулюють швидке відновлення організму; навчання її вмінням використовувати відповідні комплекси вправ, вмінням використовувати процедури загартування, термотехніки та інші засоби адаптивної фізичної культури;

– креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики як види адаптивної фізичної культури, здатні задовольнити потребу осіб з фізичними обмеженнями в творчому саморозвитку, самовираженні духовної сутності через рухи, музику, образ (в тому числі художній), інші засоби мистецтва за рахунок освоєння ними тілесно-орієнтованих технік казкотерапії, ігротерапії, формокорекційної ритмопластики та інші;

Також Л. Харченко і А. Турманідзе, як вид адаптивної фізичної культури виділяють – екстремальні види рухової активності. На їхню думку, зазначені види рухової активності здатні задовольнити потреби осіб з відхиленнями в стані здоров'я в ризику, їхньому прагненні випробувати себе в незвичайних, екстремальних умовах, об'єктивно чи суб'єктивно небезпечних для здоров'я (або життя) за рахунок освоєння техніки, тактики, засобів забезпечення страховки та інших компонентів екстремальних видів рухової діяльності [80].

Як бачимо, кожному з компонентів (видів) адаптивної фізичної культури властиві власні функції, завдання, зміст, ступінь емоційного і психічного напруження, методи і форми організації.

Вони є невід'ємною частиною адаптації людей з фізичними обмеженнями до життя звичайної людини. Звичайно, область їх застосування всеосяжна, особливо в нинішніх умовах життя, коли здоров'я населення в цілому і особливо молоді погіршується катастрофічно.

Адаптивна фізична культура дозволяє вирішувати задачу інтеграції особи з інвалідністю в суспільство. На думку Б. Евстаф'єва, у людини з порушеннями у психофізичному розвитку адаптивна фізична культура формує:

- усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичного здорової людини;

- здатність до подолання не тільки фізичних, а й психологічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю;

- компенсаторні навички (адаптивна фізична культура дозволяє використовувати функції різних систем і органів замість відсутніх або порушених);

- здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування в суспільстві фізичних навантажень;

- потреба бути здоровим і вести здоровий спосіб життя, наскільки це можливо;

- усвідомлення необхідності свого особистого внеску в життя суспільства;

- бажання покращувати свої особистісні якості;

- прагнення до підвищення розумової та фізичної працездатності [22].

Л. Матвеев звертає увагу на низьку мотивацію та інтерес осіб з порушеннями у психофізичному розвитку до занять адаптивною фізичною культурою. На думку автора, основними причинами низького рівня розвитку фізичної культури і спорту серед інвалідів є:

- практична відсутність спеціалізованих фізкультурно-оздоровчих і спортивних споруд;

- нестача обладнання і інвентарю;

- нерозвиненість мережі фізкультурно-спортивних клубів, дитячо-юнацьких спортивних шкіл та відділень для інвалідів у всіх типах установ додаткової освіти фізкультурно-спортивної спрямованості.

На переконання Л. Матвеева, слабкий інтерес до занять фізкультурою і спортом у осіб з інвалідністю тісно переплітається з браком професійних кадрів, з відсутністю потреби у фізичному вдосконаленні в самих інвалідів, низькому фінансуванні пересічних спортсменів, тренерів та інших фахівців, невеликою кількістю спеціальних змагань, фактичною відсутністю спеціалізованої пропаганди, відсутністю реклами тощо [44].

До вище перерахованих причин незацікавленості осіб із інвалідністю в заняттях адаптивною фізичною культурою і спортом (за Л. Матвеевим), Л. Селезньов додає наступні:

- недостатня розробленість теорії і методики спорту інвалідів. Автор звертає увагу на те, що в цьому положенні мова йде не про накопичення і об'єднання знань з фізичної культури, спорту, медицини, корекційної педагогіки, а в створенні, по суті, нового знання, який є результатом взаємопроникнення знань кожної з названих наук і дисциплін;

- недостатнє забезпечення безбар'єрного доступу інвалідів до спортивних об'єктів;

- незадовільна логістика;

- відсутність системи проведення змагань серед клубів інвалідів, дитячо-юнацьких спортивних (спортивно-технічних) шкіл і дитячо-юнацьких клубів фізичної підготовки для інвалідів-представників різних нозологічних груп;

- недостатня розвиненість інфраструктури адаптивного спорту: відсутність потужної системи позабюджетного фінансування спорту інвалідів (більшість спортивних споруд, у яких відбувається підготовка до змагань спортсменів-інвалідів не відповідають сучасним вимогам) та інші [64].

Варто зауважити, що в сфері фізичної реабілітації інвалідів як і раніше існує недооцінка тієї обставини, що фізкультура і спорт набагато важливіші для людини з обмеженими фізичними та психічними можливостями, ніж для здорових осіб.

Активні фізкультурно-спортивні заняття, участь в спортивних змаганнях є формою необхідного спілкування осіб з психофізичними порушеннями між собою, з тренерами та фахівцями, відновлюють психічну рівновагу, знімають відчуття ізольованості, повертають впевненість і повагу до себе, дають можливість повернутися до активного способу життя.

В. Карпов, А. Корнєв, А. Махов і А. Сеселкін вважають, що головним завданням все ж залишається залучення в інтенсивні заняття фізичною культурою та спортом якомога більшої кількості інвалідів з метою використання фізкультури і спорту як одного з найважливіших засобів для їх адаптації та інтеграції в життя суспільства, оскільки ці заняття створюють психічні установки, вкрай необхідні для успішного воз'єднання інваліда з суспільством та участі в корисній праці. Застосування адаптивної фізичної культури і спорту є ефективним, а в низці випадків і єдиним засобом фізичної реабілітації та соціальної адаптації [45].

Варто зауважити, що швидкими темпами в нашій країні розвивається понятійний апарат з проблем інвалідності. Для фахівців фізичного виховання і спорту опанування поняттями адаптивної фізичної культури є важливим чинником у спортивно-реабілітаційній, корекційній, соціальній роботі.

Сучасна адаптивна фізична культура в нашій державі має належне юридичне забезпечення і відноситься до державної системи реабілітації людей (в тому числі й дітей) з порушеннями здоров'я.

Державна політика України відносно осіб з відхиленнями в стані здоров'я базується:

- на принципах гуманності, заборони дискримінації, державних гарантій реалізації їхніх прав (у тому числі пільгових);
- організації необхідних умов для активної життєдіяльності осіб з відхиленнями в стані здоров'я (враховуючи індивідуальні особливості, архітектурну доступність до об'єктів соціальної, транспортної та спортивної інфраструктури);
- адресності реабілітаційних заходів;

– фінансування заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту і реабілітації недієздатних громадян тощо [54].

У багатьох джерелах зазначається, що основною категорією осіб, які покликані займатися адаптивною фізичною культурою є особи з інвалідністю. Вважаємо за необхідне зауважити, що в наш час у більшості розвинутих країн не вживають поняття «інвалід», «інвалідність» у зв'язку з їхньою некоректністю.

Фахівці, які працюють з означеною категорією осіб рекомендують вживати такі поняття, як «недієздатні особи», «люди з фізичними порушеннями», «особи з функціональними обмеженнями», «особи з особливими потребами», «діти з особливими освітніми потребами».

Так, як у нашому дослідженні будуть використовуватися поняття «інвалід» та «інвалідність» (ці терміни застосовуються в законах, постановах та інших нормативно-правових документах України) вважаємо за необхідне більш детально зупинитися на них.

Під поняттям «інвалід» у чинному вітчизняному законодавстві визначається особа зі стійким порушенням функцій організму, котре є наслідком захворювання, травм або вроджених дефектів, засвідчених в установленому порядку органами охорони здоров'я, що обмежує її можливості та викликає потребу у соціальній допомозі і захисті.

Зауважимо, що це поняття є одночасно медичним, соціальним та юридичним, оскільки пов'язане зі станом здоров'я особи та її трудовою діяльністю. Щодо поняття «інвалідність», то вона визначається медико-соціальною експертизою в результаті обстеження органами охорони здоров'я осіб, які частково або повністю втратили здоров'я. Ці люди відповідно до законодавства мають право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку тощо. При цьому означеній категорії осіб встановлюється група інвалідності в залежності від ступеня порушення функцій.

В Україні проблеми фізичної культури і спорту інвалідів вирішує громадська організація «Український центр з фізичної культури і спорту осіб

з інвалідністю «Інваспорт». Інваспорт (спорт осіб з інвалідністю або адаптивний спорт) передбачає заняття спортом особами з психофізичними порушеннями з метою досягнення ними високої спортивної майстерності та найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності серед людей, які мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.

У нашій країні Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» опікується спортивною діяльністю спортсменів з психічними і фізичними вадами за трьома напрямками: параолімпійський рух, спеціальна олімпіада, всесвітні ігри глухих («Тихі ігри», або «Дефолімпійські ігри»).

За даними О. Дуло, В. Товт і М. Щерби, Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт» поєднує 25 обласних відділень, 26 спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл, 24 спеціалізовані відділення підготовки спортивного резерву, 56 відділень регіональних та міських центрів, 48 фізкультурно-оздоровчих клубів для інвалідів.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді і спорту спільно з Національним олімпійським комітетом України забезпечує підготовку та участь інвалідів у Параолімпійських іграх, інших міжнародних іграх інвалідів. На фінансування фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів для інвалідів виділяються кошти з державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування.

О. Дуло, В. Товт і М. Щерба наголошують на тому, що керівництво організаційною і методичною роботою сфери адаптивної фізичної культури і спорту в Україні здійснюється системою державних та громадських структур, до яких входять: комітети, комісії, асоціації інвалідів; кафедри профільних вищих навчальних закладів, діагностичні та реабілітаційні центри, корекційні медичні установи, консультаційні пункти, спеціальні школи-інтернати, клуби, секції збірні команди з видів інваспорту. Національний комітет спорту України об'єднує 4 федерації:

- Спортивна федерація глухих;
- Спортивна федерація сліпих;
- Спортивна федерація осіб із порушеннями опорно-рухового апарату;
- Спортивна федерація осіб із фізичними та ментальними порушеннями [75].

Важливе значення в розвитку адаптивної фізичної культури і спорту, фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, у тому числі й дітей з інвалідністю відіграють реабілітаційно-спортивні центри України.

Таким чином, у світі існує значна кількість осіб з порушеннями психофізичному розвитку (близько 10% населення нашої планети). Для гармонійного розвитку людей означеної категорії було розроблено адаптивну фізичну культуру. Це комплекс заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя, а також усвідомлення необхідності свого особистого внеску в соціальний розвиток суспільства. Адаптивна фізична культура дозволяє кожній людині з обмеженими можливостями реалізувати власний творчий потенціал, досягти певних висот і здійснення бажань.

Адаптивна фізична культура складається з низки компонентів: адаптивне фізичне виховання; адаптивний спорт; адаптивна рухова рекреація; адаптивна фізична реабілітація; креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури; екстремальні види рухової активності.

В Україні проблеми адаптивної фізичної культури і спорту інвалідів вирішує громадська організація «Український центр з фізичної культури і спорту осіб з інвалідністю «Інваспорт», яка готує спортсменів за трьома напрямками: параолімпійський рух, спеціальна олімпіада, всесвітні ігри глухих. До складу цієї організації входять міські та обласні відділення, спеціалізовані дитячо-юнацькі спортивні школи, спеціалізовані відділення



підготовки спортивного резерву, фізкультурно-оздоровчі клуби інвалідів тощо.

## **1.2. Структура та специфіка функціонування реабілітаційно-спортивних центрів України**

Для активної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями та функціональної підготовки спортсменів з інвалідністю до всеукраїнських та міжнародних змагань в Україні створена низка спеціалізованих центрів.

Процес проведення фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи серед інвалідів шляхом здійснення фізкультурно-оздоровчої, спортивної діяльності та організації заходів щодо підготовки спортсменів-інвалідів до змагань з різних видів спорту здійснювався в Національному центрі паралімпійської та дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів (м. Євпаторія, Автономна республіка Крим), здійснюється в Західному реабілітаційно-спортивному центрі Національного комітету спорту інвалідів України (с. Яворів Турківського району Львівської області), здійснюється в центрі паралімпійської та дефлімпійської підготовки з водних видів спорту в м. Дніпро та інші.

Фізкультурно-реабілітаційна робота проводиться в 5 санаторіях України: санаторно-курортному комплексі «Реабілітаційний центр «Слов'янський курорт» (Донецька область), клінічному санаторії імені М. Пирогова «Укрпрофоздоровниця» (Одеська область), санаторії «Південь-Курорт-Сервіс-Оризонт» (Одеська область), санаторії «Арктика» (Запорізька область), санаторії «Борисфен» (Миколаївська область) та інших [79].

Ідея створення в Україні центрів (таборів) активної фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи був запозичений у Швеції в 1992 році. Відповідно до шведського досвіду особи з фізичними порушеннями за нозологіями об'єднувалися в групи по 20-25 учасників і проходили

реабілітацію за п'ятьма дисциплінами – техніка пересування на візку, стрільба з лука, загальна фізична підготовка, настільний теніс та плавання (у Західному реабілітаційно-спортивному центрі Національного комітету спорту інвалідів України замість плавання застосовуються заняття з аеробіки).

### **1.3. Особливості фізичного розвитку дітей з порушеннями інтелекту**

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про суперечливі відомості про фізичний розвиток дітей з порушеннями інтелекту. Дослідники виявили найрізноманітніші порушення у фізичному розвитку і моториці цих дітей.

А. Плешаков при дослідженні фізичного розвитку і рухових функцій дітей з порушеннями інтелекту стверджує, що спрямованість вікових змін фізичного розвитку у дітей з нормальним і пошкодженим інтелектом збігається. За автором, показники фізичного розвитку і рухових функцій у дітей з інтелектуальними порушеннями з віком змінюються нерівномірно. Інтенсивний приріст досліджуваних показників відзначається в молодшому і старшому шкільному віці.

Порівняння середніх показників фізичного розвитку дітей з порушеннями інтелекту і дітей з нормо-типовим розвитком показало, що перші в усіх досліджуваних вікових групах відстають від своїх однолітків з масових шкіл. А. Плешаков наголошує на тому, що найбільше відставання відзначено в середньому шкільному віці.

А. Самилічев виявив велику різноманітність індивідуальних відхилень. У зв'язку з цим дослідник вказує на необхідність урахування цього чинника в процесі фізичного виховання школярів з порушеннями інтелектуального розвитку.

Диференціюючи дітей означеної категорії відповідно до трьох форм олігофренії (за класифікацією М. Певзнер: основна неускладнена, ускладнена процесами збудження, ускладнена процесами гальмування), А. Самилічев вивчив вікову динаміку їхнього фізичного розвитку. Найбільші темпи приросту фізичного розвитку відзначені автором у хлопчиків в період з 11 до 12 років (збільшення склало 25%) і в період з 14 до 15 років (50%), у дівчаток – з 11 до 12 років (23%) і з 14 до 15 років (29%). До 10 років хлопчики

перевершують по фізичному розвитку дівчаток, з 11 до 13 років дівчатка випереджають хлопчиків. З 14 років показники фізичного розвитку хлопчиків перевищують показники фізичного розвитку дівчаток.

Як бачимо, результати досліджень А. Самилічева показали велику варіацію в індивідуальних показниках фізичного розвитку дітей з порушеннями інтелекту шкільного віку.

А. Дмитрієв, оцінюючи фізичний розвиток дітей з порушеннями інтелекту, виявив, що в показниках довжини і маси тіла, окружності грудної клітки, життєвої ємності легень діти зазначеної категорії відстають від однолітків із нормо-типовим розвитком, хоча деякі з них можуть перевершувати середні дані учнів загальноосвітньої школи.

Проблемі розвитку психомоторики в дітей з порушеннями інтелекту присвятив свої дослідження С. Вайзман. Вчений під поняттям «психомоторика» розумів сукупність анатомо-фізіологічних і психологічних механізмів, які забезпечують здійснення простих і складних рухових реакцій і дій. При порушеннях інтелектуального розвитку в дітей, особливо у важкій та глибокій ступені (імбецильність та ідіотія), автором відзначена «розтягнутість» в часі етапів розвитку психомоторики. З віком моторна недостатність у осіб з легкою формою інтелектуального порушення згладжується. С. Вайзман виокремив взаємозв'язок, чим грубіше недорозвинення центральної нервової системи, тим слабшим буде вплив вікового чинника на стан психомоторики, яка обумовлена структурою дефекту.

Н. Бабійчук, Н. Дубровіна та Л. Токарська вважають, що тяжкість інтелектуального дефекту, супутні захворювання, вторинні порушення, особливості психічної і емоційно-вольової сфери дітей негативно впливають на фізичний розвиток, рухові здібності, здатність до навчання і пристосовність до фізичного навантаження дітей з порушеннями інтелекту.

За авторами, в дітей з помірною та важкою інтелектуальною недостатністю доволі часто виявляється порушення фізичного розвитку у

вигляді аномалії будови черепа (мікроцефалія, гідроцефалія, атипові форми черепа), кінцівок, кистей, пальців, шкіри, внутрішніх органів, геніталій, зубів, обличчя, очей, вух [76].

Н. Бабійчук, Н. Дубровіна та Л. Токарська наголошують на тому, що зі збільшенням тяжкості інтелектуального розладу в дітей підвищується ймовірність ускладнень у вигляді:

- судомного синдрому;
- проявів дитячого церебрального паралічу;
- порушень в системі окремих аналізаторів тощо.

На нашу думку, вище зазначені ускладнення свідчать про органічне пошкодження мозку в означеній категорії осіб. У дітей з помірною та важкою інтелектуальною недостатністю часто зустрічаються нейро-динамічні розлади у вигляді гіпердинамічного синдрому, розладів поведінки у вигляді психопатоподібного синдрому. Фіксується різноманітна залишкова розсіяна неврологічна симптоматика, що вказує на порушення нормальної діяльності підкіркових вузлів. У частини дітей з'являються епілептичні приступи, рідше неврози і психози. Однак, через порушення мовленнєвого розвитку дітей, виявлення психіатричної патології ускладнюється і залежить від інформації близьких людей.

За даними Н. Бабійчук, Н. Дубровіної та Л. Токарської, серед вторинних порушень в опорно-руховому апараті відзначається деформація стопи, порушення постави (сколіози, кіфосколіози, кіфози, лордоз), диспропорції статури, функціональна недостатність черевного преса, парези, кривошия тощо.

За даними Л. Шапкова, дрібні диспластичні ознаки зустрічаються у 40% школярів з порушеннями інтелектуального розвитку.

В. Лубовський, М. Певзнер і Г. Сухарева вказують на моторну недостатність у 90-100 % дітей і підлітків з важкою інтелектуальною недостатністю навіть при відсутності синкінезій, гіперкінезів, паралічів і парезів [55; 56; 71].

Як бачимо вчені чітко вказують на взаємозалежність між тяжкістю рухових розладів і тяжкістю ураження центральної нервової системи. Такі діти пізно починають тримати голову, сидіти, стояти, їх рухи уповільнені, незграбні. Недорозвинення рухової сфери проявляється в недостатній диференційованості статичних і локомоторних функцій, порушеннях координації, точності і темпу довільних рухів. Вони не можуть виконати дії, що вимагають перемикання рухів або швидкої зміни поз. Крім того, для дітей зазначеної категорії характерними є різні рухові стереотипії.

В. Лубовський, М. Певзнер і Г. Сухарева відзначають, що залежно від того, який процес – збудження або гальмування – в цих дітей переважає, у них відзначається або підвищена рухливість з нецілеспрямованими, некоординованими рухами, що носять безладний характер, або, навпаки, сповільненість рухів, ніяковість, одноманітність тощо [41; 56; 71].

На думку Н. Бабійчук, Н. Дубровіної та Л. Токарської, специфічні особливості моторики обумовлені перш за все недоліками вищих рівнів регуляції. Це породжує низьку ефективність операційних процесів всіх видів діяльності і проявляється в несформованості тонких диференційованих рухів, поганій координації складних рухових актів, низькій навченості рухам, відсталості сформованих навичок, недоліках доцільної побудови рухів, труднощах при виконанні або зміні рухів за словесною інструкцією [76].

Т. Круцевич вважає, що не тільки ураження центральної нервової системи (ЦНС) впливає на ступінь відставання у фізичному розвитку дітей із порушеннями інтелекту, але й їхні пристосування до фізичного навантаження. На думку автора, порушення у фізичному розвитку – є наслідком вимушеної гіпокінезії. Відсутність або обмеження рухової активності гальмує природний розвиток дитини, викликаючи ланцюг негативних реакцій організму: у них послаблюється опірність до простудних та інфекційних захворювань, створюються передумови для формування слабкого малотренованого серця. Гіпокінезія часто призводить до надмірної ваги, а іноді до ожиріння, що ще більше знижує рухову активність [73].

Є. Черник відзначає, що для дітей означеної категорії характерним є швидке виснаження нервової системи, наростаюче стомлення, зниження працездатності, менша витривалість тощо.

Автор підкреслює вплив недорозвитку фізичних можливостей на стан сформованості навичок самообслуговування. За автором, у разі найбільш виражених порушень моторного розвитку утруднено, а іноді і неможливо формування навичок самообслуговування. Проте більшою мірою, як правило, ускладнені тонкі диференційовані рухи рук і пальців. Дітям з помірною та важкою інтелектуальною відсталістю цілком доступні найбільш широкі координовані рухи, що необхідно використовувати при прищепленні їм трудових навичок.

Є. Черник стверджує, що рівень розвитку фізичних якостей знаходиться в прямій залежності від інтелектуального дефекту. За даними дослідника, в розвитку витривалості діти з легкою формою інтелектуального недорозвинення поступаються здоровим одноліткам на 11%, з помірною розумовою відсталістю – на 27%, з важкою – близько 40%. Приблизно такі ж дані отримані і в розвитку м'язової сили.

Є. Черник приходить до висновку, що розвиток сили, швидкості, витривалості підпорядковується загальним закономірностям вікового розвитку, але у дітей з порушеннями інтелекту, темп їх розвитку нижчий і сенситивні періоди настають пізніше на 2-3 роки [81; 82].

У дітей з інтелектуальними порушеннями спостерігається значне відставання в розвитку швидкісно-силових якостей, особливо в часі рухової реакції. М. Фортунатов і Б. Сермеєв пояснюють цей факт запізненням становлення рухового аналізатора, розвиток якого закінчується до 15-16 років, тобто це відбувається пізніше на два роки, ніж у дітей з нормативним розвитком [66].

Ще більшу різницю у показниках швидкісних якостей між нормо-типовими дітьми та їхніми однолітками з порушеннями інтелекту виявив Е. Бебріш. Дослідник встановив, що відставання швидкісних якостей

становить 6-7 років, і пояснює це низькою рухливістю нервових процесів у дітей з порушеннями інтелекту. У той же час автор зазначає, що діти з порушеннями інтелекту, які систематично займалися плаванням, в швидкісних якостях відстають від своїх нормо-типових ровесників всього на 1-2 роки.

Також Е. Бебріш звертає увагу на те, що основним порушенням рухової сфери дітей із порушеннями інтелектуального розвитку є розлад координації рухів. Вчений вважає, що будь-яка вправа з використанням диференційованих дій вимагає узгодженого, послідовного і одночасного поєднання рухів ланок тіла в просторі і часі, визначеного зусилля, траєкторії, амплітуди, ритму та інших характеристик руху. Внаслідок ураження інтелекту у дітей порушено просторове сприйняття і кін естетичне почуття. Це провокує труднощі у виконанні вправ «за показом» або «за поясненням». Тому при копіюванні вправ на занятті, дітям необхідно давати інструкцію, спрямовану на різні способи сприйняття. Але автор наголошує, що в дітей з порушеннями інтелекту також є сенситивні періоди розвитку координаційних здібностей. За даними І. Горської, більшість сенситивних періодів розвитку координаційних здібностей припадає на віковий діапазон від 9 до 12 років.

А. Козленко запропонував класифікацію фізичного розвитку дітей із порушеннями інтелектуального розвитку. Дослідник запропонував визначати фізичний розвиток означеної категорії осіб на основі антропометричних вимірювань. Також необхідно враховувати дані клінічного обстеження, анамнезів і висновків психолого медико-педагогічних комісій (у наш час – інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ)).

За автором, дані анамнезів показують, що у більшості дітей із порушеннями інтелекту в ранньому віці відстає розвиток статичних і рухових функцій: вони пізно починають тримати голову, сидіти, брати в руки предмети, ходити тощо.



У дітей із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку доволі часто відзначаються деформації хребта (сколіози, кіфосколіози, кіфози, лордоз), патологічна форма грудної клітини, плоскостопість, функціональна недостатність черевного преса (опуклий або відвислий живіт). У багатьох дітей відзначаються недоліки в діяльності серцево-судинної системи, а також поверхневе, часте, аритмічне дихання [28; 29; 30].

На основі класифікації М. Козленка, дітей з порушеннями інтелектуального розвитку за фізичним розвитком диференціюють на чотири групи:

- 1) група середнього гармонійного розвитку;
- 2) група надмірного негармонійного розвитку;
- 3) група нижче середнього фізичного розвитку;
- 4) група поганого фізичного розвитку.

До групи середнього гармонійного розвитку належать діти з середніми, вище середнього, нижче середнього і високими показниками зростання при середніх і вище середніх показниках ваги і окружності грудної клітини (при відсутності у дитини відхилень у будові тіла і стані здоров'я).

Групу надмірного негармонійного розвитку складають діти, у яких при тих же показниках зростання, що і в попередній групі, перевищені показники ваги і окружності грудної клітини (або тільки один з них).

До групи нижче середнього фізичного розвитку відносять дітей середнього, вище середнього і високого зросту при недостатній вазі і окружності грудної клітини.

До групи поганого фізичного розвитку входять діти:

- а) які мають високі, вище середнього і середні показники росту при різкому відставанні ваги і (або) окружності грудної клітки;
- б) у яких ті ж показники в межах нижче середнього;
- в) з низькими показниками зростання, із середніми або зниженими показниками ваги і (або) окружності грудної клітки;

г) з порушеннями статури.

Досліджуючи стан фізичного розвитку у дітей з порушеннями інтелекту 9-ти і 10-річного віку, М. Козленко зазначив, що 45% дітей мають поганий фізичний розвиток, 23 % – розвиток нижче середнього, 7 % – надмірний, негармонійний розвиток, 25 % – середній гармонійний розвиток [29].

Як бачимо, дані М. Козленка свідчать, що у багатьох учнів молодших класів порушений фізичний розвиток, що негативно впливає на розумову і фізичну працездатність цих дітей.

Проблему розвитку якості рухів у побуті дітей з порушеннями інтелекту досліджувала Л. Шакурова. Вчена виявила грубі рухові недоліки в ходьбі дітей цієї категорії. Автор зазначила, що при бігу у цих осіб проявляються ті ж недоліки, що і при ходьбі. Крім цього є діти, у яких під час бігу відзначаються й інші відхилення: недостатня узгодженість рухів ніг і рук, нерівномірність рухів рук по амплітуді і напрямку, надмірне розгойдування тулуба, скутість всього тіла.

Спостереження за рухами дітей при одяганні і взуванні показують, що багато хто з них не можуть правильно організувати рухові дії. Л. Шакурова відзначає, що діти цієї категорії не вміють прийняти зручну робочу позу, невміло володіють руками і погано забезпечують їх взаємодію.

За даними Л. Шакурової, 36 % дітей з порушеннями інтелекту молодшого шкільного віку з трудом виконують дії, пов'язані з ізольованими рухами пальців рук (застібання гудзиків, шнурування черевиків, зав'язування поясу, бантів). Замість активних маніпуляцій діти роблять рухи переважно всією кистю. При цьому виявляються підвищена напруга м'язів рук і погана координація рухів.

Спостерігаючи за цими дітьми, Л. Шакурова відзначає, що в одних дітей рухові акти бідні, повільні і мляві, а в інших, навпаки, рухи відрізняються безглуздою метушливістю, наявністю зайвих рухів тощо [83].

Н. Бабійчук, Н. Дубровіна та Л. Токарська проаналізувавши наукові дослідження виявили два види рухових порушень пальців рук у дітей з інтелектуальними порушеннями.

Перший проявляється в тому, що одні діти взагалі не можуть виконати диференційовані активні рухи пальцями. В основному це діти з парезами рук. Інші – це ті, які на думку авторів, мали стерті парези рук, хоча про це і не вказувалося в клінічних обстеженнях. Загальна ознака для всіх учнів цієї групи – ускладненість активних маніпуляцій.

Другий вид недоліків при виконанні вправ для пальців проявляється в тому, що учні, які володіють активними ізольованими рухами пальців, не можуть здійснювати ці рухи одночасно двома руками або без зорового контролю. Причиною цього недоліку, на думку Н. Бабійчук, Н. Дубровіної та Л. Токарської, є недосконалість аналітико-синтетичної діяльності центральної нервової системи дітей із порушеннями інтелекту, а також відсутність у них практичного досвіду у виконанні дій, в яких довільна регуляція рухів пальців рук, здійснюється переважно на основі кінестетичних відчуттів.

Автори зазначають, що до 5-9 класів рівень рухових можливостей учнів означеної категорії підвищується, помітно згладжуються порушення рухів пальців, краще виконуються завдання за словесною інструкцією [76].

За даними О. Колишкіна, рівень розвитку фізичних якостей знаходиться в прямій залежності від інтелектуального дефекту: в розвитку витривалості діти з легкими інтелектуальними порушеннями поступаються здоровим одноліткам на 11 %, з помірною ступінню інтелектуальної недостатності – на 27 %, з важкою ступінню порушення інтелектуального розвитку – близько 40 %.

Діти з інтелектуальними порушеннями відстають від норми за показниками сили, швидкості, витривалості, координації на 25-40 %, за частотою рухів на 30 %, за часом зорово-моторної реакції на 40 %.

Причиною такого відставання вчений вбачає в зниженні сили та рухливості нервових процесів, що виражене при цій патології. На його думку, при розумовій відсталості наявна патологічна інертність нервових процесів поруч із недостатністю внутрішнього гальмування, надмірною іррадіацією збудження, нестійкістю слідів, у зв'язку з чим сповільнене вироблення умовних зв'язків та темпів розвитку рухових здібностей.

За О. Колишкіним, рухові порушення у осіб з інтелектуальною недостатністю є складовою частиною провідного дефекту та визначаються тими ж механізмами, що й провідний дефект [31].

А. Дмитрієв здійснив системний виклад порушень рухової сфери дітей із порушеннями інтелекту й представив у класифікації порушень фізичного розвитку та рухових здібностей осіб цієї категорії. А. Дмитрієв виділив наступні: порушення фізичного розвитку; відставання в масі тіла; ожиріння; відставання в довжині тіла; порушення постави; порушення стопи; порушення в розвитку грудної клітини; знижена життєва ємкість легень; знижена окружність грудної клітини; аномалії черепа; аномалії лицьового скелета; дисплазії.

А. Дмитрієв виділив порушення в розвитку основних рухів у дітей з інтелектуальною недостатністю, а саме: неточність рухів в просторі; неточність рухів у часі; невміння виконувати ритмічні рухи; низький рівень диференціювання м'язових зусиль; низький рівень розвитку функції рівноваги; дискоординація рухів.

Вчений також диференціював порушення при ходьбі в дітей зазначеної категорії: сутулість; дискоординація рухів рук і ніг; човгання ногами; волочіння ніг по підлозі; неритмічність рухів; постійні відхилення від шляху по прямій; неоднакова довжина кроків; неоднакові амплітуди при помаху руками; млявість; вертикальні рухи тулубом; постійні відхилення тулуба від вертикальної осі. До порушень автор віднесив і ходьбу на прямих або напівзігнутих ногах, перевалюючись, а також опущену при ходьбі вниз або нахилену набік голову.

А. Дмитрієв виділив порушення рухів при бігу, а саме: надмірний нахил тулуба вперед, надмірне напруження рук; дрібні кроки; неритмічність; надмірний нахил голови вперед; мала амплітуда в рухах рук; притискання рук до тулуба; зайвий розворот стоп назовні; розгойдування тулуба в сторони; дискоординація рухів рук і ніг, млявість рухів. Сюди ж дослідник відносив біг на майже прямих ногах і біг на напівзігнутих ногах.

Щодо стрибків, А. Дмитрієв виділи наступні порушення в дітей з інтелектуальним недорозвиненням:

- у стрибках з місця: поштовх не двома ногами а однією; дискоординація рухів рук і ніг при відштовхуванні і в польоті; слабке фінальне зусилля; невміння приземлятися; слабкий помах руками; вправа виконується з низького присіду; поштовх виконується майже прямими ногами;

- у стрибках у довжину і висоту з розбігу: невміння підібрати точне місце відштовхування; слабке фінальне зусилля; дискоординація рухів рук і ніг в польоті; невміння приземлятися; відштовхування прямою ногою.

При виконанні метань зустрічаються такі порушення: напруженість, скутість тулуба; квапливість; неправильний замах; несвоєчасний випуск предмета з рук; млявість; слабкість фінального зусилля; дискоординація рухів рук; ніг і тулуба при кидку. Метання виробляються на прямих ногах або прямими руками.

Узагальнюючи дані свого дослідження, А. Дмитрієв прийшов до висновку, що в розвитку основних рухових здібностей дітей з порушеннями інтелекту спостерігається відставання від ровесників у нормі за такими показниками, як:

- сила основних м'язових груп тулуба (рук, ніг, живота, спини);
- швидкості рухів;
- витривалість динамічного характеру;
- швидкісно-силові якості;
- гнучкість і рухливість у суглобах [16; 17].

Таким чином, фізичний розвиток дітей з порушеннями інтелекту має свою специфіку. У цілому показники фізичного розвитку дітей означеної категорії відстають від своїх однолітків з нормо-типовим розвитком.

Діти з порушеннями інтелекту представляють собою доволі різну категорію осіб, тому й достатньо часто в них фіксується велика різноманітність індивідуальних відхилень. Найбільше відставання у фізичному розвитку відзначено в середньому шкільному віці, тобто у дітей 11-13 річного віку.

45% дітей з порушеннями інтелекту мають поганий фізичний розвиток, 23 % осіб цієї категорії мають розвиток нижче середнього, 7 % учнів мають надмірний, негармонійний розвиток, і 25 % школярів з порушеннями інтелекту мають середній гармонійний розвиток.

Порушення фізичного розвитку в цих дітей негативно впливає на їхню розумову та фізичну працездатність.

## **Висновки до розділу 1**

Перший розділ дослідження присвячений теоретичним основам розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту. З цією метою було проаналізовано науково-педагогічну літературу, яка дала змогу дійти таких висновків:

1) адаптивна фізична культура – це комплекс заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя, а також усвідомлення необхідності свого особистого внеску в соціальний розвиток суспільства. Адаптивна фізична культура складається з низки компонентів: адаптивне фізичне виховання; адаптивний спорт; адаптивна рухова рекреація; адаптивна фізична реабілітація; креативні

(художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури; екстремальні види рухової активності;

2) адаптивна фізична культура здійснюється в реабілітаційно-спортивних центрах України. Структурно, кожний центр має горизонтальну та вертикальну структури. Щодо горизонтальної складової, то в означених центрах проводиться фізкультурно-реабілітаційна та спортивна робота для осіб різних категорій – з порушеннями зору, слуху, інтелектуальними порушеннями, опорно-руховими порушеннями та іншими. Вертикальна структура фізкультурно-реабілітаційного, корекційного та спортивного супроводу передбачає залучення осіб з інвалідністю різної вікової категорії – від дітей молодшого шкільного віку до літніх осіб.

Специфіка діяльності реабілітаційно-спортивних центрів України передбачає врахування індивідуальних показників стану здоров'я, розроблення індивідуальних програм спортивної підготовки та відновлення здоров'я;

3) за показниками фізичного розвитку, діти з порушеннями інтелекту відстають від своїх однолітків з нормо-типовим розвитком. Ступінь відставання в кожній дитини індивідуальний. Найбільший розрив у фізичному розвитку спостерігається у дітей 11-13 річного віку (у порівнянні з однолітками в нормі). За даними науковців, 45% дітей з порушеннями інтелекту мають поганий фізичний розвиток, 23 % осіб цієї категорії мають розвиток нижче середнього, 7 % учнів мають надмірний, негармонійний розвиток, і 25 % школярів з порушеннями інтелекту мають середній гармонійний розвиток. Відставання у фізичному розвитку дітей з порушеннями інтелекту негативно впливає на їхню розумову та фізичну працездатність.

## РОЗДІЛ 2.

### ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ НА КОНСТАТУВАЛЬНОМУ ЕТАПІ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **2.1. Критерії, методики та рівні розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями**

Наше констатувальне дослідження переслідувало наступну ціль і завдання. Метою констатувального експерименту було визначення стану розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

Для досягнення поставленої мети нами визначено наступні завдання:

- 1) визначити експериментальну базу констатувального дослідження;
- 2) визначити вік і кількість дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, які будуть залучені до констатувального експерименту.
- 3) визначити критерії розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями, які будуть вивчатися у нашому дослідженні;
- 4) підібрати й адаптувати (за необхідності) діагностичні методики, які б дозволили об'єктивно встановити стан розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту;
- 5) визначити рівні розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями;
- 6) провести емпіричне дослідження та встановити стан розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

Експериментальною базою нашого дослідження було обрано Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України. Щодо учасників констатувального дослідження нами було визначено залучити до експерименту дітей з порушеннями інтелектуального



розвитку молодшого підліткового віку (10-12 років) у кількості не менше 10 чоловік.

Визначаючи критерії розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями зауважимо, що термін «фізична якість» віддзеркалює рухові можливості людини в основі яких лежать її природні задатки. Фізичні якості – це вроджені рухові задатки, які допомагають людині рухатися. До цих якостей відносяться:

- швидкість;
- витривалість;
- м'язова сила;
- спритність;
- гнучкість.

Швидкість – це здатність людини виконувати максимальне число рухів за мінімальний відрізок часу. Швидкість важлива не тільки в спорті, але і в повсякденному житті. Здатність швидко бігати, швидко реагувати на небезпеку може врятувати людині життя.

Витривалість – це здатність виконувати людиною будь-яку дію довгий час, не втомлюючись. Це дуже важлива якість для будь-якої людини.

М'язова сила – це здатність людини долати зовнішній опір або протистояти йому за допомогою м'язів. Це якість важлива абсолютно для всіх, але найбільше – для спортсменів. Адже саме за допомогою м'язової сили вони часто виграють змагання. Але сила важлива не тільки на змаганнях. Сила людям потрібна і в повсякденному житті: підняти важкі сумки, взяти на руки маленьку дитину, пересунути стіл тощо.

Ще однією важливою фізичною якістю є спритність. Спритність – це здатність раціонально перебудувати рухову діяльність відповідно до зміни умов. Це здатність виконувати складні за координацією рухи або швидко змінювати положення тіла. Наприклад, щоб пом'якшити падіння або ухилитися від м'яча, який летить в вас.

Не менш важливою фізичною якістю людини є гнучкість. Гнучкість – це здатність суглобів людини до великої рухливості. Це якість тренується з дитинства спеціальними вправами.

Отже, в нашому дослідженні стан розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями будемо визначати за такими критеріями, як швидкість, витривалість, м'язова сила, спритність та гнучкість.

Щодо визначення діагностичних методик, ми вважаємо що ці тестові вправи повинні бути інформативними, простими за змістом і методикою виконання. Зміст тестових вправ повинен характеризувати показники (критерії) фізичних якостей учнів – швидкісних, силових, координаційних, а також витривалості і гнучкості з урахуванням сенситивних періодів розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями.

Відповідно до рекомендацій Науково-дослідного інституту Національного університету фізичного виховання і спорту України та Інституту спеціальної педагогіки і психології імені М. Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України, при проведенні тестування молодших підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку встановлено перелік тестів, які допомагають оцінити стан фізичного розвитку в осіб зазначеної категорії.

Нами було обрано наступні:

- за критерієм (якістю) «швидкість» – біг на 30 метрів;
- за критерієм (якістю) «витривалість» – біг на 1000 метрів;
- за критерієм (якістю) «м'язова сила» – віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі);
- за критерієм (якістю) «спритність» – човниковий біг (3x10 метрів);
- за критерієм (якістю) «гнучкість» – нахил вперед із положення сидячи.

Результати вимірювань показників дітей з порушеннями інтелекту будуть нами диференціюватися на рівні:

- низький;

- нижче середнього;
- середній;
- вище середнього;
- високий.

Показники вище зазначених рівнів наведені в таблиці 2.1.

**Таблиця 2.1.**

**Показники рівнів розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями**

Тестові завдання		Рівні				
		Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий
<b>Швидкість</b> Біг на 30 метрів (секунди)	Дів.	6,3 і гірше	6,29 - 6,11	6,10 - 6,01	6,00 - 5,21	5,20 і краще
	Хл.	5,6 і гірше	5,59 - 5,41	5,40 - 5,30	5,29 - 5,01	5,00 і краще
<b>Витривалість</b> Біг на 1000 метрів (хвилини)	Дів.	6,41 і гірше	6,40-6,06	6,05-5,46	5,45-5,31	5,30 і краще
	Хл.	6,11 і гірше	6,10-5,36	5,35-5,16	5,15-5,01	5,00 і краще
<b>М'язова сила</b> Віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі) (кількість разів)	Дів.	Менше 2	2	4	6	8
	Хл.	Менше 4	4	6	8	10
<b>Спритність</b> Човниковий біг (3x10 метрів) (секунди)	Дів.	9,90 і гірше	9,89 - 9,71	9,70 - 9,61	9,60 - 9,51	9,50 і краще
	Хл.	9,50 і гірше	9,49 - 9,20	9,19- 8,80	8,79 - 8,51	8,50 і краще
<b>Гнучкість</b> Нахил вперед із положення сидячи (сантиметри)	Дів.	+4 і гірше	+6	+9	+12	+15 і краще
	Хл.	0 і гірше	+3	+5	+8	+11 і краще

Щодо методики проведення діагностичних тестових завдань зазначимо, що при проведенні бігу на 30 метрів, лініями старту та фінішу відзначається 30-ти метровий відрізок. У забігу повинно брати участь не менше двох осіб.

За командою «На старт!» діти займають положення високого старту на лінії старту. За командою «Марш!» діти рухаються по своїй доріжці, перетинаючи лінію фінішу на максимальній швидкості. Результат фіксується секундоміром з точністю до 0,01 секунди.

Щодо бігу на витривалість відмітимо, що біг проводиться по біговій доріжці або рівній місцевості на дистанції 1000 метрів. Час фіксується з точністю до 0,01 секунди.

Щодо віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі) зауважимо, що це тестування може проводитися із застосуванням «контактної платформи», або без неї. Згинання та розгинання рук в упорі лежачи на підлозі, виконується з вихідного положення: упор лежачи на підлозі, руки на ширині плечей, кисті вперед, лікті розведені не більше ніж на 45 градусів, плечі, тулуб і ноги складають пряму лінію. Стопи впираються в підлогу без опори.

Згинаючи руки, необхідно торкнутися грудьми підлоги або «контактної платформи» висотою 5 сантиметрів, потім, розгинаючи руки, повернутися у вихідне положення і, зафіксувавши його на 0,5 секунд, потім продовжити виконання цієї вправи.

Зараховується кількість правильно виконаних згинань та розгинань рук (віджимань).

Також необхідно звернути увагу дітей на типові помилки під час виконання цієї вправи:

- 1) неможливість дотику підлоги колінами, стегнами, тазом;
- 2) порушення прямої лінії «плечі – тулуб – ноги»;
- 3) відсутність фіксації на 0,5 секунд вихідного положення;
- 4) почергове розгинання рук;
- 5) відсутність торкання грудьми підлоги (платформи);
- 6) розведення ліктів щодо тулуба більш ніж на 45 градусів.

Також на нашу думку необхідно звернути увагу на дихання дитини. Інструктуємо учасників експерименту наступним чином: «Слідкуйте за своїм

диханням. Починаємо віджимання – робимо вдих, закінчуємо – видих, не варто затримувати дихання, частіше дихати або сповільнювати дихання. Також не рекомендується затримувати дихання».

Описуючи методику проведення човникового бігу (3x10 метрів) зазначимо, що на лініях, які обмежують 10-ти метрову ділянку, встановлюються стійки. Старт і фініш відзначаються лінією. У забігу беруть участь не менше двох осіб. За сигналом діти з порушеннями інтелектуального розвитку стартують одночасно, пробігають відрізок у 10-ть метрів, оббігають стійку-орієнтир (максимально близько до неї) і не торкаючись її, пробігають наступний відрізок і т. д.

Фініш човникового бігу (3x10 метрів) проводиться на останньому відрізку й виконується на максимальній швидкості. Результат фіксується електронним секундоміром з точністю до 0,01 секунди з моменту початку руху дітей.

Щодо методики проведення тесту на гнучкість (нахил вперед із положення сидячи) зазначимо, що ця вправа орієнтована на визначення (вимірювання) активної гнучкості хребта і тазостегнових суглобів. На підлозі наноситься необхідна розмітка: горизонтальна лінія (довжиною 60-70 см) і вертикальна, що ділить горизонтальну навпіл. На пересіченій лінії визначена відмітка нуль, далі по вертикалі йде розмітка через 1 сантиметр: вгору – до 25-30 сантиметрів, вниз – до 10-15 сантиметрів. Результати вище нульової позначки зараховуються зі знаком «+», а нижче нульової позначки – зі знаком «-».

Перед виконанням учень сідає на підлогу так, щоб п'яти знаходилися у горизонтальній лінії, але не торкалися її. Відстань між п'ятами повинна складати – 20 сантиметрів. Вертикальна лінія повинна бути в середині між п'ятами. Спочатку виконується розминка, яка складається з трьох нахилів. Дитині потрібно торкаючись пальцями підлоги перед собою. Четвертий нахил є заліковим. Його результат може бути позитивним (зі знаком «+»), якщо кінчики пальців виявилися за нульовою відміткою, і негативним (зі

знаком «←→»), якщо пальці не дістали до неї. Вимірювання проводиться з точністю до 1 сантиметра.

Таким чином фізична якість людини – це її рухові можливості, в основі яких лежать вроджені рухові задатки. Найбільш вагомими фізичними якостями в людей є швидкість, витривалість, м'язова сила, спритність і гнучкість. Саме на основі цих критеріїв (показників) ми будемо визначати стан розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Діагностичні тестові завдання є інформативними, простими за змістом і методикою виконання, зокрема, показники швидкості визначатимуться нами на основі результатів бігу на 30 метрів, витривалість буде визначена за результатами бігу на 1000 метрів, м'язова сила визначатиметься на основі віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі), спритність визначатиметься на основі човникового бігу (3x10 метрів), гнучкість буде визначена за допомогою нахилу вперед із положення сидячи.

Для диференціації стану розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями нами було визначено рівні: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий. Кожний рівень за своїми тестовими завданнями має власні показники.

## **2.2. Результати констатувального дослідження**

Друга частина констатувального експерименту присвячена емпіричному дослідженню, а саме застосуванню діагностичних методик з визначення стану розвитку фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями.

Експериментальною базою нашого дослідження було обрано Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів

України. До участі в констатувальному дослідженні було залучено 13 дітей із порушеннями інтелектуального розвитку віком від 10 до 12 років, які прибули на реабілітацію з комунального закладу Київської обласної ради «Таращанський навчально-реабілітаційний центр». Більшість дітей мали легкий ступінь інтелектуального недорозвинення (F 70). У деяких із них також діагностували атиповий аутизм з легкою розумовою відсталістю (F 81.1) та розлади аутистичного спектру (F 84.0). Серед учасників констатувального експерименту – 11 хлопчиків та 2 дівчаток.

Констатувальне дослідження було проведено з 18 по 29 жовтня 2021 року.

На констатувальному етапі дослідження використовувалися такі методики:

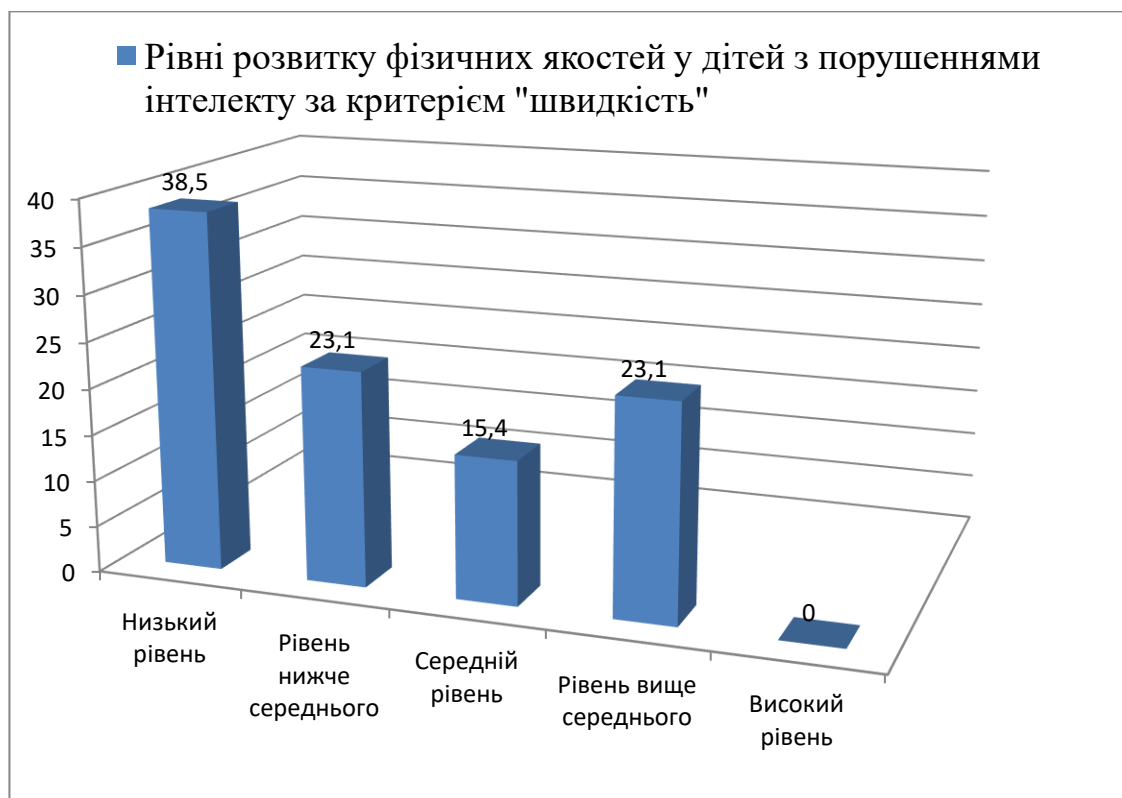
- за критерієм «швидкість» – біг на 30 метрів;
- за критерієм «витривалість» – біг на 1000 метрів;
- за критерієм «м'язова сила» – віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі);
- за критерієм «спритність» – човниковий біг (3x10 метрів);
- за критерієм «гнучкість» – нахил вперед із положення сидячи.

Аналіз результатів дітей з порушеннями інтелектуального розвитку з бігу на 30 метрів показав наступні результати: 38,5 % продемонстрували низький рівень, пробігши 30 метрів за 6,3 та більше секунд (дівчата) та 5,6 секунд і більше (хлопці); 23,1 % дітей показали рівень нижче середнього, пробігши 30 метрів у діапазоні 6,29-6,11 секунд (дівчата) та 5,59-5,41 секунд (хлопці); 15,4 % учнів з порушеннями інтелекту показали середній рівень, пробігши 30 метрів від 6,10-6,01 секунд (дівчата) та 5,40-5,30 (хлопці); 23,1 % молодших підлітків зазначеної категорії показали результат вище середнього, пробігши 30 метрів у діапазоні 6,00-5,21 секунд (дівчата) та 5,29-5,01 секунд хлопці.

Отже, за критерієм «швидкість»:

- 38,5 % дітей мають низький рівень;

- 23,1 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 15,4 % дітей мають середній рівень;
- 23,1 % дітей мають рівень вище середнього;
- 0 % дітей мають високий рівень (Рис. 2.1).



**Рис. 2.1. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «швидкість») на констатувальному етапі дослідження**

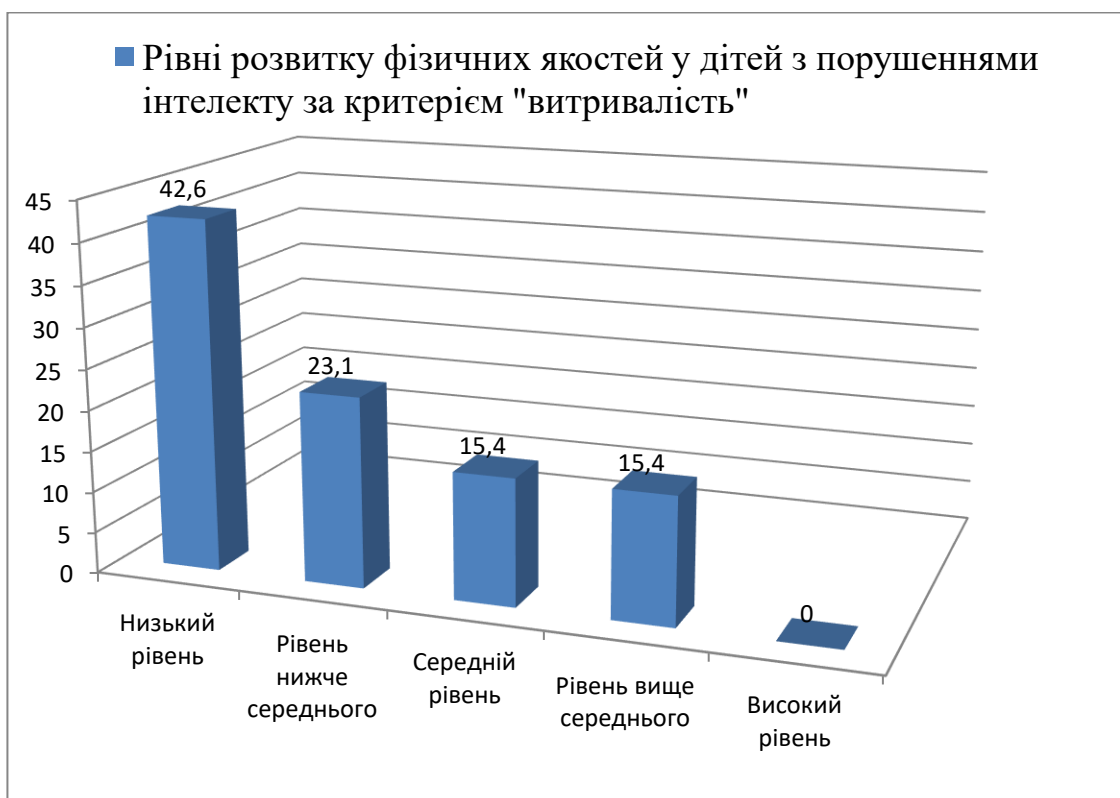
Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку з бігу на витривалість (дистанція – 1000 метрів) показав наступні результати: 46,2 % продемонстрували низький рівень, пробігши 1000 метрів за 6,11 хвилин і більше. З цієї когорти учасників 15,4 % (всі дівчата) взагалі зійшли з дистанції, не добігши до фінішу; 23,1 % учасників експерименту показали рівень нижче середнього, пробігши 1000 метрів у межах від 6,10 до 5,36 хвилин; 15,4 % дітей продемонстрували середній рівень, пробігши 1000 метрів у межах від 5,35 до 5,16 хвилин;



15,4 % молодших підлітків з інтелектуальними порушеннями показали результат вище середнього рівня, пробігши 1000 метрів від 5,15 до 5,01 хвилин.

Отже, за критерієм «витривалість»:

- 46,2 % дітей мають низький рівень;
- 23,1 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 15,4 % дітей мають середній рівень;
- 15,4 % дітей мають рівень вище середнього;
- 0 % дітей мають високий рівень (Рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «витривалість») на констатувальному етапі дослідження**

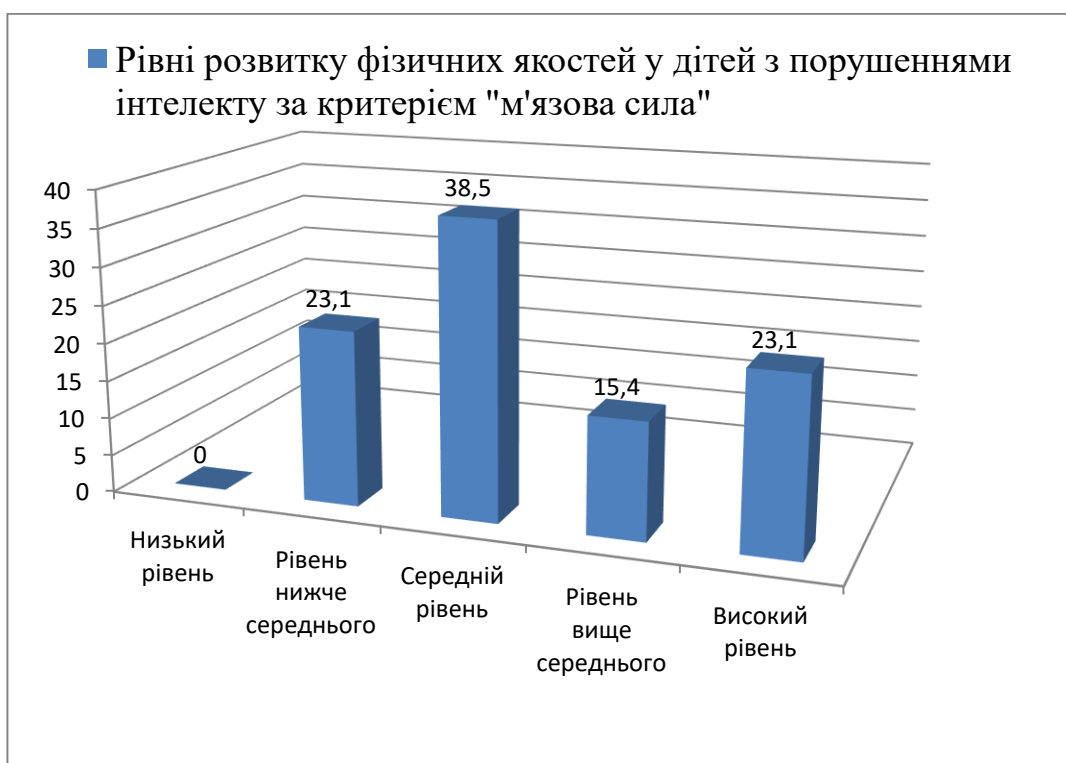
Досліджуючи результати учасників констатувального експерименту за таким критерієм, як «м'язова сила» зауважимо, що більшість дітей вправу на згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі (віджимання)

виконували з помилками. Але зважаючи на порушення інтелектуального розвитку у них, проблеми в сприйнятті, комунікації та мисленнєвій діяльності ми не звертали уваги на незначні помилки.

За результатами виконання вправи на згинання і розгинання рук в упорі було встановлено, що 23,1 % дітей показали рівень нижче середнього, віджавшись від підлоги 2-3 рази (дівчата) та 4-5 разів (хлопці); 38,5 % молодших підлітків з порушеннями інтелекту мають середній рівень, віджавшись від підлоги 4-5 разів (дівчата) та 6-7 разів (хлопці); 15,4 % дітей продемонстрували рівень вище середнього, віджавшись від підлоги 8-9 разів (хлопці); 23,1 % дітей показали високий рівень, виконавши вправу на згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі 10 і більше разів.

Отже, за критерієм «м'язова сила»:

- 0 % дітей мають низький рівень;
- 23,1 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 38,5 % дітей мають середній рівень;
- 15,4 % дітей мають рівень вище середнього;
- 23,1 % дітей мають високий рівень (Рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «м'язова сила») на констатувальному етапі дослідження**

Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку за критерієм «спритність» (човниковий біг 3x10 метрів) показав наступні результати: 38,5 % продемонстрували низький рівень, пробігши цю відстань за 9,90 секунди і гірше (дівчата) та 9,50 секунди і гірше (хлопці); 15,4 % учасників експерименту показали рівень нижче середнього, пробігши в межах від 9,49-9,20 секунди (хлопці); 23,1 % дітей показали середній рівень, пробігши в межах від 9,19-8,80 секунди (хлопці); у 23,1 % – рівень вище середнього, з результатами 8,79-8,51 секунди (хлопці).

Отже, за критерієм «спритність»:

- 38,5 % дітей мають низький рівень;
- 15,4 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 23,1 % дітей мають середній рівень;
- 23,1 % дітей мають рівень вище середнього (Рис. 2.4).



**Рис. 2.4. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «спритність») на констатувальному етапі дослідження**

Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку за критерієм «гнучкість» (нахил вперед із положення сидячи) показав наступні результати: 38,5 % продемонстрували низький рівень, показавши результати +6 (дівчата) і +3 (хлопці); 38,5 % продемонстрували рівень нижче середнього, показавши результати +4 і гірше (дівчата) і 0 і гірше (хлопці); 15,4 % дітей показали середній рівень з результатом +5 (хлопці); 7,7 % молодших підлітків продемонстрували рівень вище середнього, показавши результати +8 (хлопці).

Отже, за критерієм «гнучкість»:

- 38,5 % дітей мають низький рівень;
- 38,5 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 15,4 % дітей мають середній рівень;
- 7,7 % % дітей мають рівень вище середнього (Рис. 2.5).



**Рис. 2.5. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «гнучкість») на констатувальному етапі дослідження**

Для узагальнення всіх результатів стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на констатувальному етапі дослідження ми використали формулу середнього арифметичного, відповідно до якої всі показники по кожному рівню поділили на кількість діагностичних тестів отримали середні дані (див. табл. 2.2).

**Таблиця 2.2.**

**Узагальнені показники стану фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту на констатувальному етапі дослідження**

Критерії / діагностичні тести	Низький рівень	Рівень нижче середнього	Середній рівень	Рівень вище середнього	Високий рівень
	%	%	%	%	%
<b>Швидкість</b> Біг на 30 метрів (секунди)	38,5	23,1	15,4	23,1	0
<b>Витривалість</b> Біг на 1000 метрів (хвилини)	46,2	23,1	15,4	15,4	0
<b>М'язова сила</b> Віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі) (кількість разів)	0	23,1	38,5	15,4	23,1
<b>Спритність</b> Човниковий біг (3x10 метрів) (секунди)	38,5	15,4	23,1	23,1	0
<b>Гнучкість</b> Нахил вперед із положення сидячи (сантиметри)	38,5	38,5	15,4	7,7	0
<b>Узагальнений показник</b>	32,3	24,6	21,6	16,9	4,6

Як бачимо, узагальнені показники діагностування стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на констатувальному етапі дослідження свідчать про те, що 32,3 % дітей мають низький рівень; 24,6 % дітей мають рівень нижче середнього; 21,6 % дітей мають середній рівень; 16,9 % дітей мають рівень вище середнього; 4,6 % дітей мають високий рівень (Рис. 2.6).



**Рис. 2.6. Узагальнені показники стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на констатувальному етапі дослідження**

Таким чином, у констатувальному дослідженні взяло участь 13 дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого підліткового віку. Більшість дітей мали діагноз «легка форма порушення інтелектуального розвитку» (F 70).

У констатувальному експерименті були використані діагностичні тести: біг на 30 метрів (тест на швидкість), біг на 1000 метрів (тест на витривалість), згинання і розгинання рук в упорі (тест на м'язову силу),

човниковий біг (тест на спритність), нахил вперед із положення сидячи (тест на гнучкість).

Узагальнені показники діагностування стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку показали, що 32,3 % дітей перебувають на низькому рівні, 24,6 % молодших підлітків мають рівень нижче середнього, 21,6 % дітей перебувають на середньому рівні; 16,9 % молодших підлітків мають рівень вище середнього та 4,6 % дітей мають високий рівень.

## **Висновки до розділу 2**

Другий розділ дослідження присвячений вивченню стану розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту на констатувальному етапі дослідження. У результаті проведеної роботи було встановлено:

1) фізична якість людини – це її рухові можливості, в основі яких лежать вроджені рухові задатки. Найбільш вагомими фізичними якостями в людини є швидкість, витривалість, м'язова сила, спритність і гнучкість. Саме ці якості визначені критеріями для діагностування стану розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту в нашому дослідженні.

Для диференціації стану розвитку фізичних якостей у дітей означеної категорії визначено наступні рівні: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий. Для визначення рівнів сформованості фізичних якостей у вказаних дітей нами використані такі діагностичні тести, як: біг на 30 метрів, біг на 1000 метрів, згинання і розгинання рук в упорі лежачи, човниковий біг (3x10 метрів) та нахил вперед із положення сидячи;

2) констатувальний експеримент було проведено на базі Західного реабілітаційно-спортивного центру Національного комітету спорту інвалідів України. В експерименті взяло участь 13 дітей із порушеннями

інтелектуального розвитку віком від 10 до 12 років з діагнозом «легкий ступінь інтелектуального порушення» (F 70);

3) результати констатувального експерименту показали, що 32,3 % дітей перебувають на низькому рівні, 24,6 % молодших підлітків мають рівень нижче середнього, 21,6 % дітей перебувають на середньому рівні; 16,9 % молодших підлітків мають рівень вище середнього та 4,6 % дітей мають високий рівень.



### РОЗДІЛ 3.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

### 3.1. Особливості організації занять з адаптивної фізичної культури для дітей з інтелектуальними порушеннями

Адаптивна фізична культура для дітей із порушеннями інтелектуального розвитку – це не тільки один із засобів усунення недоліків у руховій сфері, але і повноцінний фізичний розвиток, зміцнення здоров'я, адаптація до соціуму. Ступінь адаптації знаходиться в прямій залежності від клініко-психопатологічного стану дітей, тому фахівцеві адаптивної фізичної культури для продуктивної педагогічної діяльності необхідно знати характерні прояви основного дефекту, особливості фізичного, психічного, особистісного розвитку цієї категорії дітей.

Аналіз робіт А. Висоцької, В. Бондаря, О. Боряк, О. Гаврилова, І. Дмитрієвої, А. Колупаєвої, Ю. Косенка, Г. Мерсіянової, С. Миронової, В. Синьова, М. Супруна, О. Хохліної та інших свідчить, що психіка дітей з порушеннями інтелектуального розвитку характеризується наступними проявами:

1) стійке порушення пізнавальної діяльності виражається в відсутності потреби в знаннях, млявості розумової діяльності, невмінні аналізувати і узагальнювати, виділяти головне, проводити порівняння, знаходити схожість, оцінювати себе і свою роботу.

Відзначається недостатність всіх рівнів мисленнєвої діяльності: наочно-дієвої, наочно-образної, словесно-логічної. Аналіз зорового сприйняття реального предмета або зображення відрізняється бідністю і фрагментарністю;

2) сприйняття характеризується уповільненим темпом і обсягом, тому формування знань, освоєння рухових дій вимагає більше в цих дітей більше часу. Труднощі сприйняття простору і часу заважають орієнтуватися в навколишньому, вловлювати внутрішні взаємозв'язки;

3) мовленнєва діяльність розвинена недостатньо, страждають всі її сторони – фонетична, лексична, граматична. Характерною для дітей цієї категорії є затримка становлення мовлення, розуміння зверненого мовлення. До старших класів словниковий запас поступово збагачується, однак зберігається дефіцитарність слів, що визначають внутрішні властивості людини, а пропозиції виявляються переважно простими. Порушення мовлення носить системний характер і поширюється на всі її функції – комунікативну, пізнавальну, регулюючу;

4) пам'ять характеризується слабким розвитком і низьким рівнем запам'ятовування, збереження, відтворення. Особливо складним для цієї категорії осіб є осмислене запам'ятовування. Те, що утримується механічною пам'яттю, також швидко забувається. Це стосується як словесного матеріалу, так і рухів. Тому кожна фізична вправа, речитатив, вказівки вимагають багаторазового повторення, причому краще запам'ятовуються яскраві, емоційні переживання, що викликали у таких дітей інтерес. Проста вимога запам'ятати матеріал є малоефективною;

5) увага характеризується малою стійкістю, труднощами її розподілу, повільністю перемикавання. Діти не можуть довго зосереджуватися на одному об'єкті, швидко відволікаються. Це проявляється в тому, що при виникненні будь-яких труднощів вони намагаються їх уникнути і переключаються на щось інше;

6) істотно страждають вольові процеси. Діти вкрай безініціативності, не вміють самостійно керувати своєю діяльністю. Їм властиві безпосередні імпульсивні реакції на зовнішні враження, невміння протистояти волі іншої людини;

7) емоційна сфера також має низку особливостей. Відзначається в дітей з порушеннями інтелектуального розвитку емоційне недорозвинення, нестійкість емоцій, відсутність відтінків переживань, слабкість власних намірів, стереотипність реакцій. Усім дітям цієї категорії властиві: емоційна незрілість, нестабільність почуттів, труднощі в розумінні міміки і виразних рухів. Спостерігаються випадки емоційних перепадів у настроях дитини – після емоційного спаду різко настає підвищена збудливість. У дітей цієї категорії спостерігається недорозвинення навичок ігрової діяльності, вони із задоволенням грають у відомі, засвоєні рухливі ігри і дуже повільно опановують новими іграми [1; 2; 3; 7; 10; 20; 28; 32; 33; 34; 35; 48].

При різниці психофізичних характеристик, властивих дітям з різним ступенем інтелектуальної недостатності, є і загальні риси. Найбільш характерною з них є знижена самооцінка.

Залежність від батьків ускладнює формування себе як особистості, відповідальної за свою поведінку. Цьому сприяє низький рівень навичок спілкування, затримка вербального розвитку, пасивність, підвищена підкорюваність, сугестивність, відсутність ініціативи, агресивність, деструктивна поведінка.

На фізичний розвиток, рухові здібності, здатність до навчання і пристосовність до фізичного навантаження дітей з порушеннями інтелектуального розвитку впливає тяжкість інтелектуального дефекту, супутні захворювання, вторинні порушення, особливості психічної і емоційно-вольової сфери.

Психомоторне недорозвинення дітей з легкою інтелектуальною недостатністю проявляється в уповільненому темпі розвитку локомоторних функцій, непродуктивності рухів, руховому неспокої і метушливості.

У цих осіб рухи бідні, незграбні, недостатньо плавні. Особливо погано сформовані тонкі і точні рухи рук, предметна маніпуляція, жестикуляція і міміка.

Спостерігається порушення фізичного розвитку: відставання в масі тіла; відставання в довжині тіла; порушення постави; порушення в розвитку стопи; порушення в розвиток грудної клітини та зниження її окружності; парези верхніх кінцівок; парези нижніх кінцівок; відставання в показниках обсягу життєвої ємності легень; деформації черепа; дисплазії; аномалії лицьового скелета тощо. Більш детально порушення психомоторного розвитку та рухових можливостей описано в частині 1.3 нашого дослідження.

На нашу думку, покращити розвиток фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку можна засобами адаптивної фізичної культури. Основні завдання адаптивної фізичної культури, по суті, збігаються з завданнями фізичної культури здорових школярів.

До них відносяться виховні, освітні, оздоровчі завдання, а також завдання фізичного розвитку:

- зміцнення здоров'я, загартовування організму;
- навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок;
- розвиток фізичних здібностей;
- формування необхідних знань, гігієнічних навичок;
- виховання потреби і вміння самостійно займатися фізичними вправами, свідомо застосовувати їх з метою відпочинку, тренування, підвищення працездатності;
- виховання моральних і волевих якостей, привчання до дисципліни, організованості, відповідальності за свої вчинки, активність і самостійність.

До спеціальних завдань адаптивної фізичної культури відносяться:

1. Корекція основних рухів у ходьбі, бігу, плаванні, метанні, стрибках, лазінні, вправах з предметами тощо;
  - узгодженості рухів окремих ланок тіла (рук, ніг, тулуба, голови);
  - узгодженості виконання симетричних і асиметричних рухів;
  - узгодженості рухів і дихання;
  - компенсація втрачених або порушених рухових функцій;

– формування рухів за рахунок збережених функцій.

## 2. Корекція і розвиток координаційних здібностей:

- орієнтування в просторі;
- диференціювання зусиль, часу і простору;
- розслаблення;
- швидкості реагування на зміну умов;
- статичної та динамічної рівноваги;
- ритмічності рухів;
- точності дрібних рухів кисті і пальців.

## 3. Корекція і розвиток фізичної підготовленості:

- цілеспрямоване «підтягування» відстаючих у розвитку фізичних якостей;
- розвиток м'язової сили, елементарних форм швидкісних здібностей, спритності, витривалості, рухливості в суглобах.

## 4. Корекція і профілактика соматичних порушень:

- формування і корекція постави;
- профілактика і корекція плоскостопості;
- корекція маси тіла;
- корекція мовленнєвого дихання;
- зміцнення серцево-судинної і дихальної систем.

## 5. Корекція і розвиток психічних і сенсорно-перцептивних здібностей:

- розвиток зорово-предметного, зорово-просторового і слухового сприйняття;
- диференціювання зорових і слухових сигналів по силі, віддалі, напрямку;
- розвиток зорової та слухової пам'яті;
- розвиток зорового і слухової уваги;
- диференціювання зорових, слухових, тактильних відчуттів;
- розвиток уяви;
- корекція і розвиток емоційно-вольової сфери.

#### 6. Розвиток пізнавальної діяльності:

– формування уявлень про елементарні рухи, частини тіла, суглоби (назва, поняття, роль у русі), про вправи, їх техніку і вплив на організм, вимоги до постави, дихання, харчування, режиму дня, гігієни тіла і одягу, загартування, значення рухів у житті людини і самостійних занять;

– розширення і закріплення знань, заснованих на міжпредметних зв'язках, які є складовою частиною фізичних вправ (формування просторових уявлень, мовленнєвої та комунікативної діяльності, знайомство з тваринним світом тощо).

7. Виховання особистості дитини з порушеннями інтелектуального розвитку. Зауважимо, що різноманіття фізичних вправ, варіювання методів, методичних прийомів, умов організації занять спрямовані на максимальне забезпечення всебічного розвитку дитини та її потенційних можливостей.

Цілеспрямований підбір фізичних вправ дозволяє вирішувати як загальні, так і специфічні завдання. Такі природні види вправ як ходьба, біг, стрибки, метання, вправи з м'ячем та інші володіють величезними можливостями для корекції і розвитку координаційних здібностей, рівноваги, орієнтування в просторі, фізичної підготовленості, профілактики вторинних порушень, корекції сенсорних і психічних порушень.

З огляду на особливості психомоторного розвитку, фізичної та психічної ретардації, труднощів сприйняття навчального матеріалу, при підборі засобів, науковці й методисти рекомендують керуватися наступними дидактичними правилами:

1) створювати максимальний запас простих рухів з їх поступовим ускладненням;

2) стимулювати словесну регуляцію і наочно-образне мислення при виконанні фізичних вправ;

3) максимально активізувати пізнавальну діяльність;

4) орієнтуватися на збереженій функції, сенситивні періоди розвитку і потенційні можливості дитини;

5) при всьому різноманітті методів віддавати перевагу ігровому. У невимушеній, емоційно забарвленій обстановці діти краще засвоюють навчальний матеріал;

б) вправи, що мають назви, набувають ігрової форми, стимулюють їх запам'ятовування, а при багаторазовому повторенні розвивають асоціативну пам'ять у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Аналіз науково-методичної літератури з педагогіки та фізичного виховання дозволив нам виявити найбільш типові порушення та скласти деякі методичні рекомендації з корекції у дітей з порушеннями інтелекту порушень при:

- ходьбі;
- бігу;
- стрибках;
- лазінні та перелітанні;
- метанні;
- дрібній моториці рук;
- порушеннях постави;
- плоскостопості та інших.

1. Корекція ходьби. У більшості дітей з інтелектуальною недорозвиненістю доволі часто спостерігаються такі порушення, як стійкість вертикальної пози, збереження рівноваги, ходи, здатність порівнювати і регулювати свої рухи під час ходьби. Порушення в ходьбі є індивідуальними і мають різні форми вираженості, але типовими є наступні: голова опущена вниз, човгаюча хода, стопи повернуті носком всередину (або назовні), ноги злегка зігнуті в тазостегнових суглобах, рухи рук і ніг неузгоджені, рухи не ритмічні.

Ходьба слугує основним способом пересування і складовою частиною багатьох вправ на всіх заняттях. У процесі навчання особлива увага повинна приділятися формуванню правильної постави, постановці голови, плечей, рухам рук, розгинанню ніг у момент відштовхування. У молодшому

шкільному віці рекомендовано виконувати ходьбу по прямій зі зміною напрямку, швидкості, переступанням через предмети, з прискоренням тощо . Навантаження потрібно збільшувати поступово від класу до класу (Додаток А).

2. Корекція бігу. У дітей із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку при виконанні бігу типовими помилками є: зайва напруга, поривчастість, раптові зупинки, сильний нахил тулуба або відхилення назад, закидання голови, розгойдування з боку в бік, неузгодженість і мала амплітуда рухів рук і ніг, дрібні неритмічні кроки, пересування на прямих або напівзігнутих ногах. Методичні рекомендації є аналогічними ти, що застосовуються при ходьбі. Також важливу роль відіграє техніка безпеки під час виконання вправ з бігу дітьми цієї категорії (Додаток Б).

3. Корекція стрибків. Доволі частими порушеннями в стрибках з місця поштовхом двома ногами в дітей цієї категорії є: відштовхування однією ногою, неузгодженість рухів рук і ніг при відштовхуванні і в польоті, слабке фінальне зусилля, невміння приземлятися, низький присід перед відштовхуванням, відштовхування прямою ногою.

Помилками в стрибках в довжину і висоту в дітей з порушеннями інтелекту є: слабкий поштовх, іноді зупинка перед поштовхом, низька траєкторія польоту, неучасть рук, що пояснюється низьким рівнем координаційних здібностей та швидко-сило-силових якостей.

Крім того, дітям складно вирішувати одночасно два рухових завдання: рух ніг і помах руками.

Дітям означеної категорії необхідно спочатку виконувати підготовчі вправи. Вони не включають класичних стрибків у довжину і висоту, але готують стопу і всі м'язи ніг. У заняттях з дітьми вони виконують самотійну функцію, розвиваючи різноманітні координаційні здібності, коригуючи недоліки рухів і розвитку збережених функцій (Додаток В).



4. Корекція лазіння і перелітання. Ці вправи мають прикладне значення, сприяють розвитку сили, спритності, координації рухів, зміцненню зводу стопи, формуванню постави, вмінню керувати своїм тілом.

Лазіння і перелітання коригують недоліки психічної діяльності – страх, завищену самооцінку, боязнь висоти, неадекватність поведінки в складних ситуаціях. Вправи, виконувані на висоті, повинні бути пояснені і показані з граничною точністю і вимагають забезпечення безпеки і страхівки. Для подолання перешкод використовується гімнастична драбина, лава, колода, канат, похилі сходи, поролонові куби, м'які колоди, дерев'яні та мотузкові сходи (Додаток Д).

5. Корекція метання. Типовими порушення рухів у метанні є: напруженість, скутість тулуба; квапливість; неправильний замах, метання проводиться на прямих ногах або прямими руками; несвоєчасно випускається снаряд, слабкість фінального зусилля, дискоординація рухів рук, ніг і тулуба.

Перш ніж приступити до навчання метання, необхідне освоєння дітьми різноманітних предметних дій, яке зазвичай починають з великих м'ячів, тому що їх краще тримати в руках, а потім переходити до малих (Додаток Е).

6. Корекція і розвиток дрібної моторики рук. Одним із найбільш виражених проявів ураження ЦНС є порушення нервової регуляції моторики дрібних рухів рук і пальців. Відхилення завжди проявляються в цілеспрямованих рухових актах, потребують точних координованих рухів, у тому числі і в метанні.

Універсальність вправ з м'ячем полягає в їх різноманітні впливу не тільки на дрібну моторику, а й на весь спектр координаційних здібностей, окомір, м'язове почуття, диференціювання зусиль і простору, без яких неможливо освоєння письма, багатьох побутових, трудових, спортивних навичок. Для активізації рухів кисті і пальців необхідно використовувати різноманітний дрібний інвентар – м'ячі, різні за обсягом, вагою, матеріалом, кольором; кулі – надувні, пластмасові, дерев'яні; прапорці, стрічки, гумові

кільця, обручі, гімнастичні палиці, кубики, м'ячі-їжачки, геометричні фігури, вирізані з картону, гудзики, іграшки та інші.

Основним методом адаптивної фізичної культури повинен бути ігровий, але повинні бути й самостійні вправи, які можна виконувати в будь-якій обстановці: удома, у дворі, на прогулянці, на заняттях з батьками, іншими дітьми, самостійно (Додаток Є).

7. Корекція розслаблення. Характерною особливістю рухів дитини з інтелектуальними порушеннями є надмірне м'язове напруження як під час виконання фізичних вправ, так і наявність залишкового підвищеного тону після закінчення виконання фізичних вправ, особливо після метання, лазіння по гімнастичній стінці, вправ, що виконуються на висоті та під час виконання інших складних рухів.

8. Корекція постави. Для правильної постави характерні: пряме положення тулуба і голови; розгорнута грудна клітка; відведені назад плечі, що знаходяться на одному рівні; помірні природні вигини хребта, повністю випрямлені в кульшових і колінних суглобах ноги, прилеглі до грудної клітини лопатки, що знаходяться на одній висоті, підтягнутий живіт тощо.

Для неправильної постави характерні: 1) млява постава; голова опущена, груди і спина сплюснені, плечі зведені, ноги злегка зігнуті; 2) сутулість, голова висунута вперед, плечі сильно зведені та інші.

Більшість дітей з порушеннями інтелектуального розвитку із-за загальної функціональної слабкості, гіпотонічного стану м'язів і зв'язкового апарату, низького рівня розвитку фізичних якостей і координаційних здібностей мають самі різноманітні порушення постави, включаючи всі найбільш типові її форми.

При корекції постави у молодших школярів із порушеннями інтелекту необхідно керуватися наступними методичними рекомендаціями:

– в основі формування постави лежить гармонійний розвиток сили м'язів спини, черевного преса, верхніх і нижніх кінцівок, вміння

диференціювати м'язово-суглобові відчуття, положення окремих частин тіла в просторі, вміння напружувати і розслабляти м'язи в спокої та русі;

– необхідно використовувати всі види адаптивної фізичної культури і всі можливі форми фізкультурно-оздоровчих занять: ранкову гігієнічну гімнастику, фізкультпаузи, рухливі ігри, додаткові позашкільні та позакласні заняття, прогулянки на свіжому повітрі, плавання, загартовування та інше;

– з боку батьків необхідна повсякденна увага до постави дитини та створення умов для її формування: адекватні гігієнічні та фізіологічні вимоги до одягу, меблів, освітлення, положення тіла під час сну, сидіння, стояння тощо;

– корекція постави, з одного боку, включає широкий комплексний вплив найрізноманітніших вправ на всі групи м'язів, з іншого – специфічний вплив цілеспрямовано підібраних вправ для компенсації порушень певного типу постави (Додаток Ж).

9. Профілактика і корекція плоскостопості. Плоска стопа досить часто зустрічається у дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, тому для попередження розвитку плоскостопості важливо своєчасно виявити наявні порушення та вжити профілактичних заходів.

Плоска стопа характеризується опусканням поздовжнього або поперечного склепіння, яке викликає хворобливі відчуття при ходьбі і стоянні, поганий настрій, швидку стомлюваність.

Основною причиною плоскостопості є слабкість м'язів зв'язкового апарату, що підтримують склепіння стопи. Вправи для профілактики і корекції плоскостопості використовується в наступних вихідних положеннях: лежачи, сидячи, стоячи, в ходьбі, що дає можливість регулювати навантаження на м'язи гомілки і стопи.

При виборі вихідного положення слід виключити негативний вплив навантаження маси тіла на склепіння стопи в положенні стоячи. Розпочинати виконувати вправи потрібно з положення лежачи і сидячи (Додаток З).

10. Корекція дихання. Для дітей з інтелектуальними порушеннями характерним є неритмічне поверхнєве дихання, невміння довільно управляти актом дихання і погоджувати його з рухом. Діти повинні вміти користуватися грудним, діафрагмовим (черевним) і змішаним (повним) диханням. Спочатку різні типи дихання опановуються в спокійному стані, а потім у поєднанні з рухами. Вдих і видих проводять через ніс, причому видих повинен бути тривалішим за вдих. Це сприяє більш повноцінному наступному вдиху. Чим раніше дитина навчиться правильно дихати, тим вищим буде ефект фізичних вправ (Додаток К).

Значний вплив на розвиток фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту мають комплекси фізичних вправ орієнтованих на розвиток сили, спритності, гнучкості тощо (Додаток Л, М, Н).

Таким чином, у дітей з порушеннями інтелекту процес розвитку пізнавальних процесів, психічних функцій, фізичних якостей відбувається специфічно й має певні відмінності в порівнянні з їхніми однолітками з нормо-типовим розвитком.

З огляду на зазначені особливості при підборі корекційних засобів необхідно дотримуватися наступних методичних рекомендацій, а саме: створювати максимальний запас простих рухів з їх поступовим ускладненням; стимулювати словесну регуляцію і наочно-образне мислення при виконанні фізичних вправ; максимально активізувати пізнавальну діяльність; орієнтуватися на збереженій функції, сенситивні періоди розвитку і потенційні можливості дитини; віддавати перевагу ігровим мезонам навчання; пояснення потрібно емоційно забарвлювати; активно використовувати особистий приклад; підтримувати дітей у навіть незначних позитивних зрушеннях; використовувати багаторазове повторення тощо.

Для подолання відставання дітей з порушеннями інтелекту в психомоторному розвитку, фізичній та психічній ретардації, труднощах сприйняття навчального матеріалу необхідно застосовувати особистісно орієнтований комплекс вправ адаптивної фізичної культури. Цей комплекс

включає вправи на корекцію ходьби, бігу, стрибків, лазіння та перелітання, метання, дрібної моторики рук, порушення постави, плоскостопості та інших.

### **3.2. Результати формувального експерименту**

Формувальний експеримент з розвитку фізичних якостей у дітей із порушеннями інтелекту проводився в умовах навчально-реабілітаційного центру з листопада 2020 року по вересень 2021 року.

У формувальній частині нашого дослідження використовувалися вправи спрямовані на розвиток і корекцію таких фізичних якостей у дітей, як швидкість, витривалість, м'язова сила, спритність і гнучкість. Для цього використовувалися комплекси вправ для корекції ходьби, бігу, стрибків, лазіння та перелітання, метання, дрібної моторики рук, порушень постави, плоскостопості та інші. Частина вправ, які використовувалися в роботі із зазначеною категорією дітей наведені в додатках А – Н.

Під час застосування комплексу фізичних вправ на розвиток і корекцію фізичних якостей у дітей із порушеннями інтелекту нами використовувалися методичні рекомендації, які описані в частині 3.1 нашого дослідження.

Зауважимо, що запропоновані нами вправи використовувалися не тільки на уроках фізичної культури (чого занадто мало для позитивних змін у розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту), але й під час проведення тренувань на легкоатлетичній секції дитячого відділення «Інваспорт» (у якості загально фізичної підготовки – 45 хвилин на 1 заняття; 3 заняття на тиждень). Також розроблені нами вправи використовувалися під час проведення динамічних годин (кожний день), під час ранкової гімнастики (кожний день), на динамічних перервах (по декілька разів у день), у якості розминок перед проведенням змагань і спортивних заходів (ситуативно) та інше.

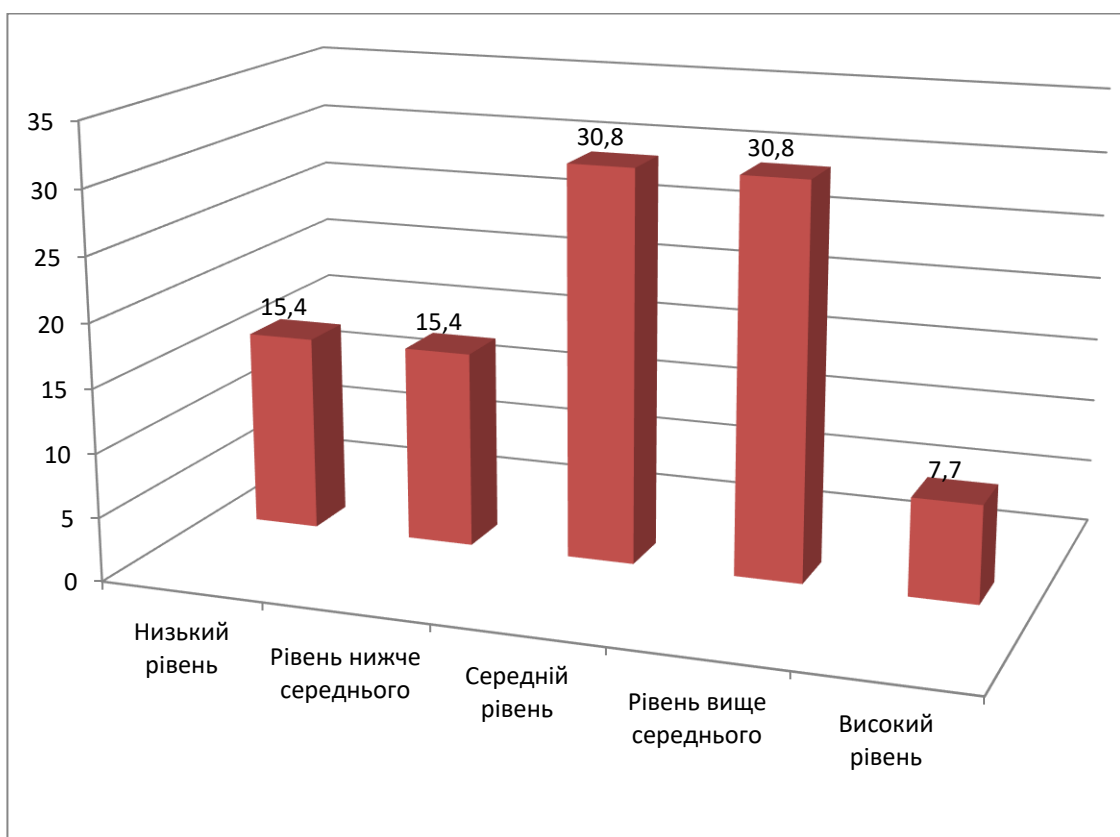
Для перевірки ефективності розробленого нами комплексу вправ було проведене контрольне тестування. Процес контрольної перевірки здійснювався з 04 по 16 жовтня 2021 року у період чергового перебування вихованців комунального закладу Київської обласної ради «Таращанський навчально-реабілітаційний центр» у Західному реабілітаційно-спортивному центрі Національного комітету спорту інвалідів України. До участі в контрольному тестуванні були залучені ті ж самі діти, які прийняли участь у констатувальному експерименті. Це діти з діагнозом «легка ступінь інтелектуального порушення» (F 70) віком від 11 до 13 років. Кількість учасників контрольної перевірки – 13 осіб, з них 2 дівчинки та 11 хлопців.

На контрольному етапі дослідження використовувалися ті ж самі критерії, рівні та методики, що й під час констатувального експерименту, а саме : за критерієм «швидкість» – біг на 30 метрів; за критерієм «витривалість» – біг на 1000 метрів; за критерієм «м'язова сила» – віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі); за критерієм «спритність» – човниковий біг (3x10 метрів); за критерієм «гнучкість» – нахил вперед із положення сидячи.

Аналіз результатів дітей з порушеннями інтелектуального розвитку з бігу на 30 метрів показав наступні результати: 15,4 % продемонстрували низький рівень, пробігши 30 метрів за 6,3 та більше секунд (дівчата) та 5,6 секунд і більше (хлопці); 15,4 % дітей показали рівень нижче середнього, , пробігши 30 метрів у діапазоні 6,29-6,11 секунд (дівчата) та 5,59-5,41 секунд (хлопці); 30,8 % учнів з порушеннями інтелекту показали середній рівень, пробігши 30 метрів від 6,10-6,01 секунд (дівчата) та 5,40-5,30 (хлопці); 30,8 % молодших підлітків зазначеної категорії показали результат вище середнього, пробігши 30 метрів у діапазоні 6,00-5,21 секунд (дівчата) та 5,29-5,01 секунд хлопці; 7,7 % дітей показали високий рівень, пробігши 5,00 секунди і краще.

Отже, за критерієм «швидкість»: 15,4 % дітей мають низький рівень; 15,4 % дітей мають рівень нижче середнього; 30,8 % дітей мають середній

рівень; 30,8 % дітей мають рівень вище середнього; 7,7 % дітей мають високий рівень (Рис. 3.1).



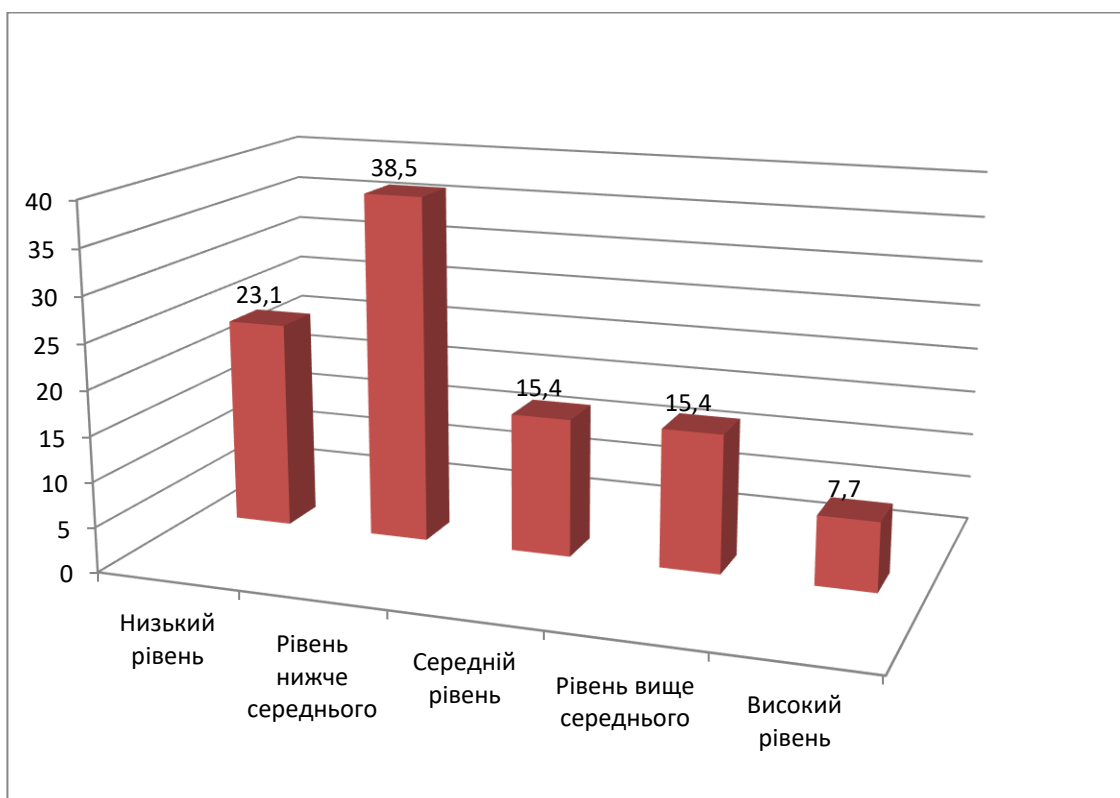
**Рис. 3.1. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «швидкість») на контрольному етапі дослідження**

Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку з бігу на витривалість (дистанція – 1000 метрів) показав наступні результати: 23,1 % продемонстрували низький рівень, пробігши 1000 метрів за 6,11 хвилин і більше. З цієї когорти учасників 7,7 % (всі дівчата) взагалі зійшли з дистанції, не добігши до фінішу; 38,5 % учасників експерименту показали рівень нижче середнього, пробігши 1000 метрів у межах від 6,10 до 5,36 хвилин; 15,4 % дітей продемонстрували середній рівень, пробігши 1000 метрів у межах від 5,35 до 5,16 хвилин; 15,4 % молодших підлітків з інтелектуальними порушеннями показали

результат вище середнього рівня, пробігши 1000 метрів від 5,15 до 5,01 хвилин; 7,7 % дітей продемонстрували високий рівень, пробігши 1000 метрів менше ніж 5 хвилин.

Отже, за критерієм «витривалість»:

- 23,1 % дітей мають низький рівень;
- 38,5 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 15,4 % дітей мають середній рівень;
- 15,4 % дітей мають рівень вище середнього;
- 7,7 % дітей мають високий рівень (Рис. 2.2).



**Рис. 3.2. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «витривалість») на контрольному етапі дослідження**

Досліджуючи результати учасників констатувального експерименту за таким критерієм, як «м'язова сила» зауважимо, що частина дітей вправу на згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі (віджимання)

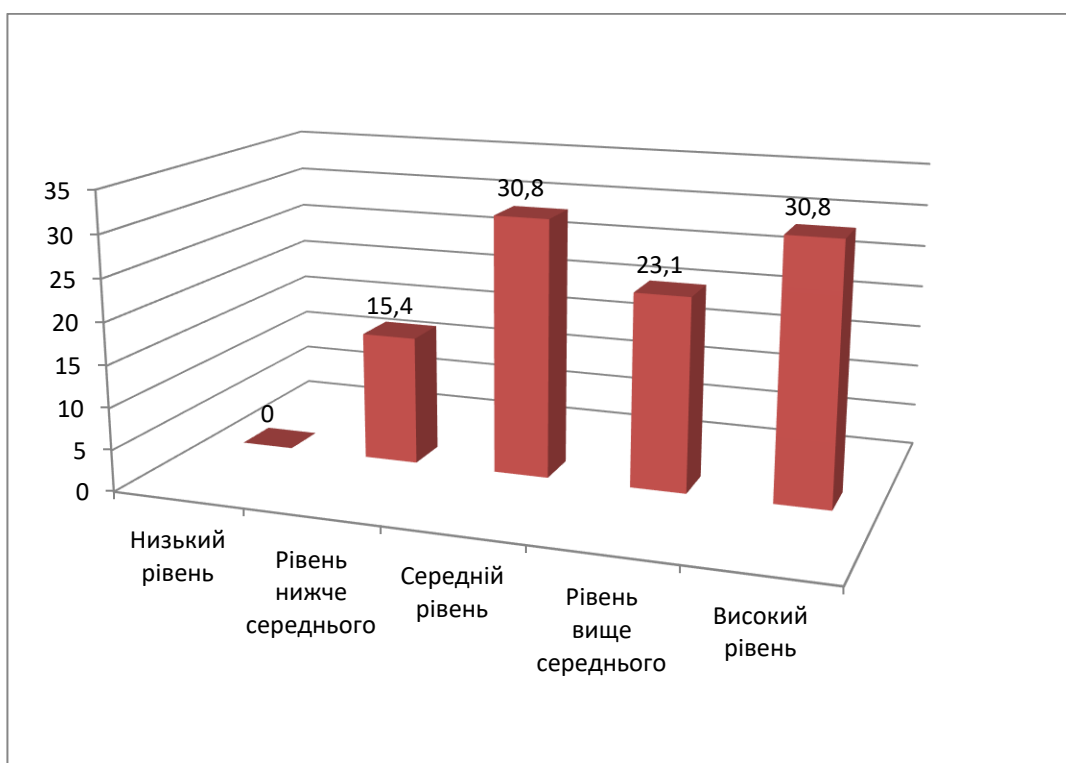


виконували з помилками. Але зважаючи на порушення інтелектуального розвитку у них, проблеми в сприйнятті, комунікації та мисленнєвій діяльності ми не звертали уваги на незначні помилки.

За результатами виконання вправи на згинання і розгинання рук в упорі було встановлено, що 15,4 % дітей показали рівень нижче середнього, віджавшись від підлоги 2-3 рази (дівчата) та 4-5 разів (хлопці); 30,8 % молодших підлітків з порушеннями інтелекту мають середній рівень, віджавшись від підлоги 4-5 разів (дівчата) та 6-7 разів (хлопці); 23,1 % дітей продемонстрували рівень вище середнього, віджавшись від підлоги 8-9 разів (хлопці); 30,8 % дітей показали високий рівень, виконавши вправу на згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі 10 і більше разів.

Отже, за критерієм «м'язова сила»:

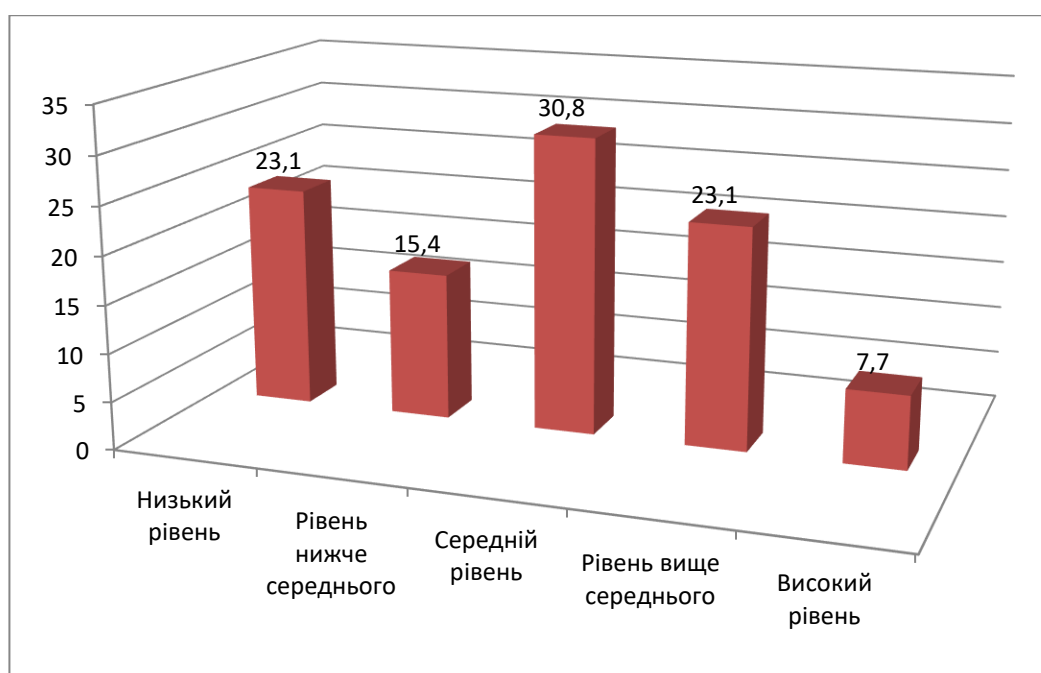
- 0 % дітей мають низький рівень;
- 15,4 % дітей мають рівень нижче середнього;
- 30,8 % дітей мають середній рівень;
- 23,1 % дітей мають рівень вище середнього;
- 30,8 % дітей мають високий рівень (Рис. 3.3).



**Рис. 3.3. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «м'язова сила») на контрольному етапі дослідження**

Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку за критерієм «спритність» (човниковий біг 3x10 метрів) показав наступні результати: 23,1 % продемонстрували низький рівень, пробігши цю відстань за 9,90 секунди і гірше (дівчата) та 9,50 секунди і гірше (хлопці); 15,4 % учасників експерименту показали рівень нижче середнього, пробігши в межах від 9,49-9,20 секунди (хлопці); 30,8 % дітей показали середній рівень, пробігши в межах від 9,19-8,80 секунди (хлопці); у 23,1 % – рівень вище середнього, з результатами 8,79-8,51 секунди (хлопці); у 7,7 % дітей зафіксовано високий рівень, з результатом меншим за 8,50 секунди.

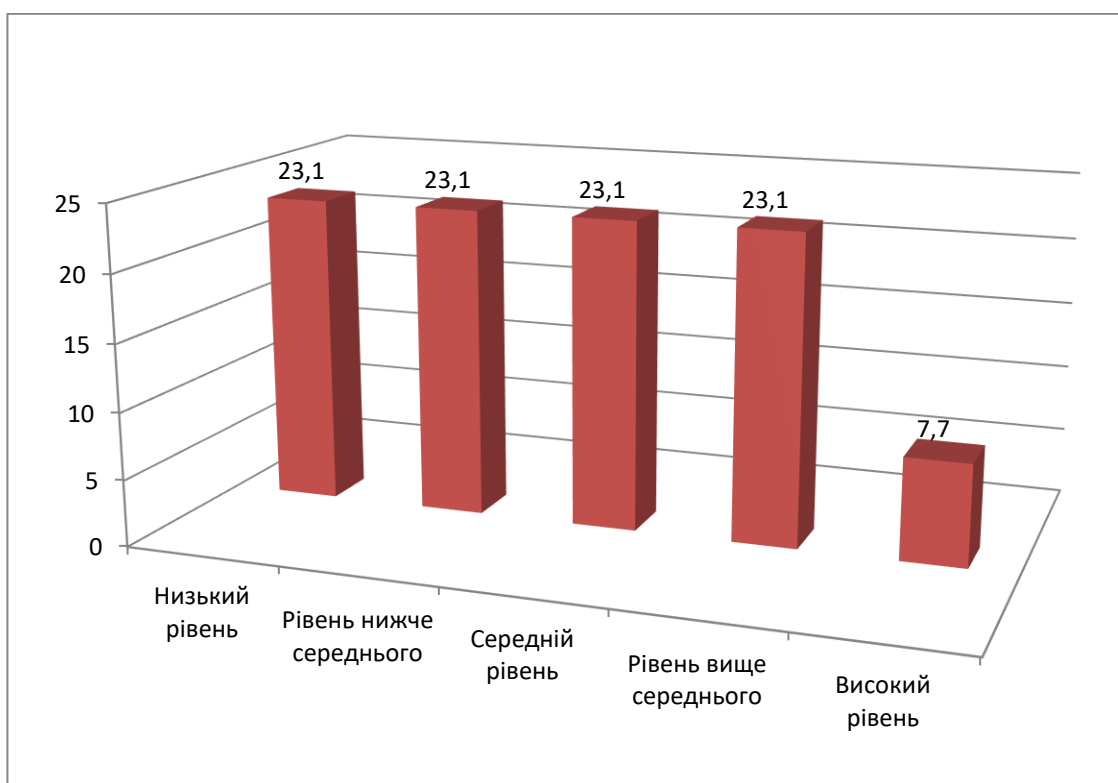
Отже, за критерієм «спритність»: 23,1 % дітей мають низький рівень; 15,4 % дітей мають рівень нижче середнього; 30,8 % дітей мають середній рівень; 23,1 % дітей мають рівень вище середнього; 7,7 % дітей мають високий рівень (Рис. 3.4).



**Рис. 3.4. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «спритність») на контрольному етапі дослідження**

Аналіз результатів молодших підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку за критерієм «гнучкість» (нахил вперед із положення сидячи) показав наступні результати: 23,1 % продемонстрували низький рівень, показавши результати +6 (дівчата) і +3 (хлопці); 23,1 % продемонстрували рівень нижче середнього, показавши результати +4 і гірше (дівчата) і 0 і гірше (хлопці); 23,1 % дітей показали середній рівень з результатом +5 (хлопці); 23,1 % молодших підлітків продемонстрували рівень вище середнього, показавши результати +8 (хлопці); 7,7 % дітей показали високий рівень з результатом +11 і краще (хлопці).

Отже, за критерієм «гнучкість»: 23,1 % дітей мають низький рівень; 23,1 % дітей мають рівень нижче середнього; 23,1 % дітей мають середній рівень; 23,1 % дітей мають рівень вище середнього; 7,7 % дітей мають високий рівень (Рис. 3.5).



**Рис. 3.5. Рівень розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку (за критерієм «гнучкість») на контрольному етапі дослідження**

Для узагальнення всіх результатів стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на контрольному етапі дослідження ми використали формулу середнього арифметичного, відповідно до якої всі показники по кожному рівню поділили на кількість діагностичних тестів і отримали середні дані (див. табл. 3.1).

**Таблиця 3.1.**

**Узагальнені показники стану фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту на контрольному етапі дослідження**

Критерії / діагностичні тести	Низький рівень	Рівень нижче середнього	Середній рівень	Рівень вище середнього	Високий рівень
	%	%	%	%	%
<b>Швидкість</b> Біг на 30 метрів (секунди)	15,4	15,4	30,8	30,8	7,7
<b>Витривалість</b> Біг на 1000 метрів (хвилини)	23,1	38,5	15,4	15,4	7,7
<b>М'язова сила</b> Віджимання від підлоги (згинання і розгинання рук в упорі лежачи на підлозі) (кількість разів)	0	15,4	30,8	23,1	30,8
<b>Спритність</b> Човниковий біг (3x10 метрів) (секунди)	23,1	15,4	30,8	23,1	7,7
<b>Гнучкість</b> Нахил вперед із положення сидячи (сантиметри)	23,1	23,1	23,1	23,1	7,7
<b>Узагальнений показник</b>	16,9	21,6	26,2	23,1	12,2

Як бачимо, узагальнені показники діагностування стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на констатувальному етапі дослідження свідчать про те, що 16,9 % дітей мають низький рівень; 21,6 % дітей мають рівень нижче середнього; 26,2 % дітей мають середній рівень; 23,1 % дітей мають рівень вище середнього; 12,2 % дітей мають високий рівень (Рис. 3.6).



**Рис. 3.6. Узагальнені показники стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку на контрольному етапі дослідження**

Як бачимо, отримані результати свідчать про ефективність розробленого комплексу фізичних вправ на розвиток фізичних якостей у дітей зазначеної категорії. Порівняння даних констатувального та контрольного експериментів свідчить про позитивну динаміку розвитку цього процесу в дітей із порушеннями інтелектуального розвитку (див табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

## Результати констатувального та контрольного етапів дослідження

Узагальнені результати	Низький рівень	Рівень нижче середнього	Середній рівень	Рівень вище середнього	Високий рівень
	%	%	%	%	%
Констатувальний етап	32,3	24,6	21,6	16,9	4,6
Контрольний етап	16,9	21,6	26,2	23,1	12,3
Різниця	-15,4	-3	+4,6	+6,2	7,7

Зокрема, після формувальної частини, показники низького рівня зменшилися на 15,4 %, показники рівня нижче середнього зменшилися на 3 %, показники середнього рівня покращилися на 4,6 %, показники рівня вище середнього підвищилися на 6,2 %, а показники високого рівня покращилися на 7,7 %.

Таким чином, у контрольному дослідженні взяло участь 13 дітей з порушеннями інтелектуального розвитку молодшого підліткового віку. Більшість дітей мали діагноз «легка форма порушення інтелектуального розвитку» (F 70).

Під час контрольного тестування використовувалися ті ж самі методики, що й на констатувальному етапі дослідження.

Узагальнені показники діагностування стану сформованості фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку показали, що застосування комплексу фізичних вправ з розвитку фізичних якостей осіб означеної категорії дало позитивний ефект. Показники низького рівня та рівня нижче середнього зменшилися, а показники середнього рівня, рівня вище середнього та високого рівня покращилися.

### Висновки до розділу 3

Третій розділ дослідження присвячений експериментальній перевірці ефективності комплексу адаптивної фізичної культури з розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту. У результаті проведеної роботи зазначимо:

1) у застосуванні комплексу адаптивних фізичних вправ для дітей з порушеннями інтелекту необхідно дотримуватися наступних методичних рекомендацій: створювати максимальний запас простих рухів з їх поступовим ускладненням; стимулювати словесну регуляцію і наочно-образне мислення при виконанні фізичних вправ; максимально активізувати пізнавальну діяльність; орієнтуватися на збереженій функції, сенситивні періоди розвитку і потенційні можливості дитини; орієнтуватися на індивідуальні показники здоров'я та фізичні можливості кожної дитини; віддавати перевагу ігровим мезонам навчання; пояснення потрібно емоційно забарвлювати; активно використовувати особистий приклад; підтримувати дітей у навіть незначних позитивних зрушеннях; використовувати багаторазове повторення тощо;

2) для розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту нами було розроблено комплекс корекційних вправ, який спрямований на розвиток і корекцію сили, гнучкості, спритності, ходьби, бігу, стрибків, лазіння та перелітання, метання, дрібної моторики рук, порушення постави, плоскостопості тощо;

3) для перевірки ефективності розробленого комплексу корекційних вправ було проведено контрольне тестування. За його результатами було встановлено, що показники низького рівня зменшилися на 15,4 %, показники рівня нижче середнього зменшилися на 3 %, показники середнього рівня покращилися на 4,6 %, показники рівня вище середнього підвищилися на 6,2 %, а показники високого рівня покращилися на 7,7 %.

Встановлені результати свідчать про ефективність запропонованих корекційних вправ і покращення стану фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями.



## ВИСНОВКИ

Визначення науково-теоретичних засад та узагальнення психолого-педагогічних джерел з проблеми розвитку фізичних якостей дітей з порушеннями інтелекту засобами адаптивної фізичної культури в умовах реабілітаційно-спортивного центру дали змогу дійти наступних висновків:

1) адаптивна фізична культура – це комплекс заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями, подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають відчуттю повноцінного життя. Адаптивна фізична культура складається з низки компонентів: адаптивне фізичне виховання; адаптивний спорт; адаптивна рухова рекреація; адаптивна фізична реабілітація; креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури; екстремальні види рухової активності.

За показниками фізичного розвитку, діти з порушеннями інтелекту відстають від своїх нормо-типових однолітків. Ступінь відставання в кожній дитини індивідуальний – від 30 до 90 %.

2) Важливими показниками фізичного розвитку кожної особи є стан розвитку її фізичних якостей. Фізична якість людини – це її рухові можливості, в основі яких лежать вроджені рухові задатки. Найбільш вагомими фізичними якостями в людини є швидкість, витривалість, м'язова сила, спритність і гнучкість. Саме ці якості у нашому дослідженні визначені критеріями для діагностування стану розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту.

Для диференціації стану розвитку фізичних якостей у дітей означеної категорії визначено наступні рівні: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий. Для визначення рівнів сформованості фізичних якостей у вказаних дітей нами використані такі діагностичні тести, як: біг на 30 метрів, біг на 1000 метрів, згинання і розгинання рук в упорі лежачи, човниковий біг (3x10 метрів) та нахил вперед із положення сидячи;

3) для розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту нами було розроблено комплекс фізичних вправ, який спрямований на розвиток і корекцію сили, гнучкості, спритності, ходьби, бігу, стрибків, лазіння та перелітання, метання, дрібної моторики рук, порушення постави, плоскостопості тощо.

У застосуванні комплексу адаптивних фізичних вправ для дітей з порушеннями інтелекту необхідно дотримуватися наступних методичних рекомендацій: створювати максимальний запас простих рухів з їх поступовим ускладненням; стимулювати словесну регуляцію і наочно-образне мислення при виконанні фізичних вправ; максимально активізувати пізнавальну діяльність; орієнтуватися на збереженій функції, сенситивні періоди розвитку і потенційні можливості дитини; орієнтуватися на індивідуальні показники здоров'я та фізичні можливості кожної дитини; віддавати перевагу ігровим мезонам навчання; пояснення потрібно емоційно забарвлювати; активно використовувати особистий приклад; підтримувати дітей у навіть незначних позитивних зрушеннях; використовувати багаторазове повторення тощо;

4) контрольна перевірка стану розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями інтелекту показала наступні результати: показники низького рівня зменшилися на 15,4 %, показники рівня нижче середнього зменшилися на 3 %, показники середнього рівня покращилися на 4,6 %, показники рівня вище середнього підвищилися на 6,2 %, а показники високого рівня покращилися на 7,7 %. Встановлені результати свідчать про ефективність запропонованих адаптивних фізичних вправ і покращення стану фізичних якостей у дітей з інтелектуальними порушеннями.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондар В. І. Диференційоване навчання дітей з особливостями інтелектуального розвитку в закладах загальної середньої освіти. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://aqce.com.ua/vipusk-13/bondar-vi-diferencijovane-navchannja-ditej-z-osoblivostjami.html>. Дата звернення: Серпень 29, 2021.
2. Бондар В. І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці: навчальний посібник. К.: Наш час, 2005. 176 с.
3. Боряк О. В. До питання логопедичної роботи з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 31–37.
4. Бывальцев В. А., Белых Е. Г., Сороковиков В. А., Арсентьева Н. И. Использование шкал и анкет в вертебродологии. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2011. № 9. С. 6–10.
5. Веневцев С. И. Адаптивный спорт для лиц с нарушениями интеллекта: методическое пособие. М.: Советский спорт, 2004. 96 с
6. Веневцев С. И., Дмитриев А. А. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами адаптивной физической культуры. М.: Советский спорт, 2004. 104 с.
7. Висоцька А. М., Гладченко І. В., Супрун М. О. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями в сучасному освітньому вимірі. Навчально-методичний посібник. К.: Інститут спеціальної педагогіки, 2014. 214 с.
8. Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 656 с.
9. Выдрин В. М. Методические проблемы теории физической культуры. М.: Академия, 2000. 164 с.

10. Гаврилов О. В. Організація роботи з дітьми з помірною та тяжкою розумовою відсталістю на сучасному етапі. *Корекційна педагогіка і психологія*. 2008. С. 46–57.
11. Герцик А. М. Можливості використання в Україні канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівців фізичної реабілітації. Бюлетень Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації. 2004. № 11. С. 2–5.
12. Герцик А. М. Створення програм фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2016. № 6. С. 37–45.
13. Гета А. В. Сучасні засоби ІКТ підтримки інклюзивного навчання. Полтава: ПУЕТ, 2018. 318 с.
14. Гужаловский А. А. Физическая подготовка школьника. Челябинск: Южный урал, 1980. 151 с.
15. Дмитриев А. А. Исследование влияния дозированных физических нагрузок на организм учащихся вспомогательной школы. *Дефектология*. 1981. № 5. С. 46–50.
16. Дмитриев А. А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей. М.: Советский спорт, 1991. 32 с.
17. Дмитриев А. А. Физическая культура в специальном образовании. М.: Академия, 2002. 276 с.
18. Дубогай О. Д., Ткачук О. М., Костикова С. Д., Єфімов А. О. Основні поняття і терміни оздоровчої фізичної культури та реабілітації. Луцьк: Надстир'я, 1998. 100 с.
19. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура. М.: Владос, 1999. 607 с.
20. Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе. М.: Просвещение, 1981. 176 с.
21. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура. *Теория и практика физической культуры*. 1998. № 1. С. 2–7.

22. Евстафьев Б. В. Анализ основных понятий в теории физической культуры. Материалы к лекциям. СПб: Нева, 2005. 160 с.
23. Захарин Б. И., Бабенкова Р. Д. Коррекционная работа на уроках физкультуры во вспомогательной школе. *Дефектология*. 1970. № 6. С. 24–28.
24. Західний реабілітаційно-спортивний центр Національного комітету спорту інвалідів України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sport.gov.ua/invasport/reabilitacijno-sportivni-centri/zahidnij-reabilitacijno-sportivnij-centr-nacionalnogo-komitetu-sportu-invalidiv-ukrayini>. Дата звернення: Серпень 24, 2021.
25. Західний реабілітаційно-спортивний центр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki>. Дата звернення: Серпень 24, 2021.
26. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Л.: Речь, 2007. 391 с.
27. Іпатов А. В., Ханюкова І. Я. Про стан інвалідів в Україні. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2014. № 1. С. 5–13.
28. Козленко М. О. Специфічність завдань фізичного виховання учнів допоміжної школи. *Физическое воспитание учащихся младших классов вспомогательной школы*. К.: Радянська школа, 1966. С. 3–10.
29. Козленко Н. А. Физическое воспитание учащихся вспомогательной школы. К.: Радянська школа, 1987. 125 с.
30. Козленко Н. А. Физическое развитие учащихся вспомогательной школы. *Дефектология*. 1994. №1. С. 26–29.
31. Колишкін О. В. Розвиток рухової сфери осіб з особливостями інтелектуального розвитку засобами адаптивної фізичної культури. *Теоретичні та методичні аспекти корекційно-реабілітаційної діяльності*. Суми, 2015. С. 158–187.
32. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. К.: Самміт-Книга, 2009. 280 с.

33. Косенко Ю. М. Вчитель як суб'єкт навчально-ігрової діяльності у спеціальній школі. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: збірник наукових праць НПУ ім. М. П. Драгоманова.* Київ, 2013. № 23. С. 127–130.
34. Косенко Ю. М. Особливості проведення дидактичної гри на уроках історії у спеціальній школі. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць НПУ ім. М. П. Драгоманова.* Київ, 2012. № 21. С. 130–134.
35. Косенко Ю. М., Репринцева О. О., Леонова О. В., Кудрявцева М. В. Традиційна гра в інклюзивній освіті: від аналізу педагогічних можливостей – до впровадження у шкільну практику центральної Росії та України. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: науковий журнал СумДПУ ім. А. С. Макаренка.* Суми, 2015. № 3. С. 36–53.
36. Курдыбайло С. Ф., Евсеев С. П., Герасимова Г. В. *Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учебное пособие.* М.: Советский спорт, 2003. 184 с.
37. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. *Основы дефектологии.* М.: Просвещение, 1991. 143 с.
38. Лисенюк В. П. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. *Міжнародний неврологічний журнал.* 2012. № 8. С. 5–29.
39. Лисенюк В. П. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2001. 70 с.
40. Литвина Г. А., Кульчицкий В. Е., Агеев А. В. Адаптивная физическая культура как средство физической реабилитации и социальной адаптации. *Мир науки, культуры, образования.* 2016. № 3. С. 62–63.
41. Любомирский Л. Е. Нормирование нагрузок в физическом воспитании школьников. М.: Педагогика, 1989. 192 с.
42. Максименко А. М. Теория и методика физической культуры. М.: Физическая культура, 2005. 544 с.

43. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностическая коррекция. М.: Просвещение, 1992. 25 с.
44. Матвеев Л. П. Введение в теорию физической культуры: учебное пособие для институтов физической культуры. М.: Педагогика, 2003. 260 с.
45. Махов А. С., Карпов В. Ю., Сеселкин А. И., Корнев А. В. Психофизическая и социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивного спорта и туризма: монография. Шуя: Изд-во Шуйского филиала ИВГУ, 2017. 203 с.
46. Мельник О. Г. Державна підтримки людей з обмеженими фізичними можливостями в Україні. *Науковий вісник Полісся*. 2016. № 4. С. 9–13.
47. Милюкова И. В., Евдокимова Т. А. Лечебная гимнастика при нарушениях осанки у детей. М.: Эксмо, 2005. 160 с.
48. Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський, 2015. 245 с.
49. Мозговой В. М. Характеристика двигательных нарушений у умственно отсталых учащихся. *Дефектология*. 1993. № 3. С. 35–38.
50. Мозговой В. М., Яковлева И. М., Еремина А. А. Основы олигофренопедагогики. М.: Академия, 2008. 224 с.
51. Морозова Н. Г. Коррекционно-воспитательная работа в специальных дошкольных учреждениях. М.: Просвещение, 1976. 280 с.
52. Національний центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів м. Євпаторія. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sport.gov.ua/invasport/reabilitacijno-sportivni-centri/nacionalnij-centr-paralimpijskoyi-i-deflimpijskoyi-pidgotovki-ta-reabilitaciyi-invalidiv-m-uevpori>. Дата звернення: Серпень 24, 2021.
53. Николаев Ю. М. Теория физической культуры: функциональный, ценностный, деятельностный, результативный аспекты. СПб: Нева, 2000. 300 с.

54. Основи адаптивного фізичного виховання. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.uzhnu.edu.ua/en/infocentre/get/24476>. Дата звернення: Серпень 23, 2021.
55. Певзнер М. С. Этиопатогенез и классификация олигофрении. Клиникогенетическое исследование олигофрении. М.: Педагогика, 1972. С. 3–22.
56. Певзнер М. С., Лубовский В. И. Динамика развития детей-олигофренов. М.: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1963. 300 с.
57. Петрова В. Г., Белякова И. В. Психология умственно отсталых школьников. М.: Академия, 2004. 160 с.
58. Подаруй надію. Про Західний реабілітаційно-спортивний центр НКСІУ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gar.org.ua/podaruuj-nadiyu-pro-zahidnyj-reabilitatsijno-sportyvnyj-tsentr-nksiu/>. Дата звернення: Серпень 24, 2021.
59. Реабілітаційно-спортивні заходи серед осіб з інвалідністю. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://sport.gov.ua/invasport/reabilitacijno-sportivni-zahodi>. Дата звернення: Серпень 24, 2021.
60. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: учебное пособие. М.: Просвещение, 1986. 192 с.
61. Рубцова Н. О. Организация и методика физического воспитания инвалидов с нарушением интеллекта: учебное пособие. М.: РГАФК-ИСМ, 1995. 51 с.
62. Самыличев А. С. Физическое развитие учащихся вспомогательной школы. *Дефектология*. 1994. №1. С. 26–30.
63. Самыличев А. С., Гуро-Фролов Р. И. К методике и организации проведения общеразвивающих и корригирующих упражнений с учащимися вспомогательной школы. *Физическое воспитание детей с отклонениями в развитии*. Красноярск, 1991. С. 17–21.



64. Селезнев Л. Н. Физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов (детей и молодёжи) и лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта. М.: Общественная палата, 2010. 18 с.
65. Селуянов В. Н. Технология оздоровительной физической культуры. М.: Спорт Академ Пресс, 2001. 172 с.
66. Сермеев Б. В. Особенности физического воспитания аномальных детей. *Дефектология*. 1982. № 3. С. 29–33.
67. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. I.: Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. 238 с.
68. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. II.: Навчання і виховання дітей. К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 224 с.
69. Синьов В. М., Матвеева М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталого дитини: підручник. К.: Знання, 2008. 359 с.
70. Сунагатова Л. В., Марченкова У. А. Влияние адаптивного спорта на социальную адаптацию инвалидов. *Молодой ученый*. 2012. № 12. С. 603–607.
71. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1965. 334 с.
72. Татьянчикова І. В. Психолого-педагогічні основи соціалізації дітей з вадами інтелектуального розвитку: монографія. Слов'янськ: Видавництво Б. Маторіна, 2014. 431 с.
73. Теорія і методика фізичного виховання. Методика фізичного виховання різних груп населення [під ред. Т. Ю. Круцевич]. К.: Олімпійська література, 2008. Т 2. 320 с.

74. Товт В. А., Дуло О. А., Маріонда І. І. Теорія і методика фізичного виховання дорослого населення та фізичної підготовки у збройних силах України: навчальний посібник. Ужгород: Графіка, 2010. 76 с.
75. Товт В. А., Дуло О. А., Щерба М. Ю. Основи теорії та методики фізичного виховання: навчальний посібник. Ужгород: Графіка, 2010. 140 с.
76. Токарская Л. В., Дубровина Н. А., Бабийчук Н. Н. Методика преподавания физической культуры детям и подросткам с умственной отсталостью. М.: Юрайт, 2020. 190 с.
77. Тороп К., Рейда К., Кривошея С. Навчально-реабілітаційний центр як інститут соціалізації. *Особлива дитина: навчання і виховання*. № 3. 2017. С. 88–96.
78. Тупоногов Б. К. Коррекционно-педагогическая работа в системе образования детей с нарушениями умственного и физического развития. *Дефектология*. 1994. № 4. С. 9–14.
79. Федорович О. Б. Фізична реабілітація осіб з ураженнями хребта та спинного мозку в умовах таборів активної реабілітації в Україні. Львів: ЛДУФК, 2019, 227 с.
80. Харченко Л. В., Турманидзе А. В. Программа вступительного испытания «Адаптивная физическая культура» по направлению подготовки магистров. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://abit.omsu.ru>. Дата звернення: Серпень 23, 2021.
81. Черник Е. С. Двигательные возможности учащихся вспомогательной школы. М.: Просвещение, 1992. 164 с.
82. Черник Е. С. Физическая культура во вспомогательной школе: учебное пособие. М.: Учебная литература, 1997. 320 с.
83. Шакурова Л. Е. Физическое воспитание умственно отсталых школьников 12-13 лет оздоровительно-коррекционными средствами. М.: Академия, 2009. 171 с.
84. Шапкова Л. В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии. М.: Советский спорт, 2002. 212 с.

85. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры: методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. М.: Советский спорт, 2001. 152 с.

86. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: учебное пособие. М.: Советский спорт, 2004. 464 с.