

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

На правах рукопису

**ЛОГВИНОВА ЮЛІЯ ФЕДОРІВНА
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОЇ
СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З
СИНДРОМОМ ДАУНА В ПОЗАУРОЧНИЙ ЧАС**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта
Освітня програма: Корекційна психопедагогіка
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

від “___” _____ 2025 р.

Завідувач кафедри спеціальної та
інклюзивної освіти

_____ професор Кузава І.Б.

Науковий керівник:

ГАЦ ГЕОРГІЙ ОПАНАСОВИЧ

кандидат педагогічних наук, доцент

ЛУЦЬК – 2025

АНОТАЦІЯ

Логвинова Ю. Ф. Особливості корекції психомоторної сфери дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час

Магістерська робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 016 Спеціальна освіта (Корекційна психопедагогіка) Волинського національного університету імені Лесі Українки, Луцьк, 2025

Дослідження присвячене актуальній проблемі корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна. Актуальність дослідження зумовлена значною поширеністю цієї генетичної особливості та необхідністю розробки ефективної системи навчання та розвитку, яка б враховувала дисгармонійність їхнього психофізичного розвитку, що виявляється у низькому рівні розвитку фізичних якостей, координаційних здібностей, нестійкості уваги та недоліках пам'яті.

У першому розділі дослідження проаналізовано теоретичні аспекти поняття «психомоторика», визначено її структурні компоненти (швидкість, точність, координація, ритм) та з'ясовано, що психомоторна діяльність є єдністю злиття думки і руху. Розкрито психофізіологічні та психомоторні особливості дітей із синдромом Дауна, включаючи зниження психічної витривалості та недостатній розвиток активності уваги. Обґрунтовано та систематизовано системи засобів корекції, спрямованих на розвиток рухової сфери.

У другому розділі представлено експериментальне дослідження. Констатувальний етап виявив незадовільний стан когнітивної сфери у обстежуваних дітей: дуже низький рівень концентрації та короточасної пам'яті, низький рівень образної пам'яті та недостатній рівень процесів мислення, а також низькі інтегративні показники психомоторики. Були розроблені та впроваджені засоби і методи корекції (п. 2.2), адаптовані до умов фізичного виховання у позаурочний час. До змісту занять входили гімнастичні, акробатичні, прикладні вправи (для стимуляції вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів), рухливі ігри та засоби психічного вправлення. Корекційна робота здійснювалася поетапно: інформаційно-ознайомлювальний → виокремленого розвитку → вдосконалення міжфункціональних взаємодій.

Експериментально доведено, що впровадження розробленої системи засобів і методів корекції психомоторної сфери у позаурочний час призвело до значного покращення показників розвитку когнітивної сфери та інтегративних психомоторних здібностей у дітей експериментальної групи. Результати підтверджують позитивний вплив корекційної роботи, інтегрованої в рухову діяльність, на загальний розвиток здобувачів освіти з інтелектуальними порушеннями.

Ключові слова: Психомоторика, синдром Дауна, молодший шкільний вік, корекція, рухова діяльність, увага, позаурочний час.

ABSTRACT

logvynova Yu. F. Peculiarities of correction of the psychomotor sphere of primary school children with Down syndrome in extracurricular time

Master's thesis for the second (master's) level of higher education in the specialty 016 Special Education (Correctional Psychopedagogy) Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025

The study is devoted to the topical problem of correction of the psychomotor sphere in primary school children with Down syndrome. The relevance of the study is due to the significant prevalence of this genetic feature and the need to develop an effective system of training and development that would take into account the disharmony of their psychophysical development, which is manifested in the low level of development of physical qualities, coordination abilities, instability of attention and memory deficiencies.

The first section of the study analyzes the theoretical aspects of the concept of "psychomotor skills", defines its structural components (speed, accuracy, coordination, rhythm) and finds out that psychomotor activity is a unity of the fusion of thought and movement. The psychophysiological and psychomotor features of children with Down syndrome are revealed, including reduced mental endurance and insufficient development of attention activity. Systems of correction tools aimed at the development of the motor sphere are substantiated and systematized. The second section presents an experimental study.

The ascertaining stage revealed an unsatisfactory state of the cognitive sphere in the examined children: a very low level of concentration and short-term memory, a low level of figurative memory and an insufficient level of thinking processes, as well as low integrative indicators of psychomotor skills. Correction tools and methods (section 2.2) adapted to the conditions of physical education in extracurricular time were developed and implemented. The content of the classes included gymnastic, acrobatic, applied exercises (to stimulate the vestibular and proprioceptive analyzers), outdoor games and mental exercise tools. Correctional work was carried out in stages: informational and familiarization → isolated development → improvement of interfunctional interactions.

It has been experimentally proven that the implementation of the developed system of means and methods for correcting the psychomotor sphere in extracurricular time led to a significant improvement in the indicators of the development of the cognitive sphere and integrative psychomotor abilities in children of the experimental group. The results confirm the positive impact of correctional work integrated into motor activity on the general development of students with intellectual disabilities.

Keywords: Psychomotorics, Down syndrome, primary school age, correction, motor activity, attention, extracurricular time.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....	10
1.1. Теоретичний аналіз поняття «психомоторика» та її структурні компоненти.....	10
1.2. Психофізіологічні та психомоторні особливості розвитку дітей з синдромом Дауна	20
1.3. Системи засобів спрямованих на корекцію психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна	25
Висновки до першого розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА В ПОЗАУРОЧНИЙ ЧАС	36
2.1. Методика проведення констатувального етапу дослідження.....	36
2.2. Зміст і методи корекції психомоторної сфери дітей з синдромом Дауна у процесі корекційних занять в позаурочний час.....	47
2.3. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	61
Висновки до другого розділу	67
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Кожна дитина є скарбом, вона особлива і має право просто бути тут і тепер. Світ дітей з особливими освітніми потребами (ООП) є розмаїтим та особливим, що підкреслює їхні специфічні потреби, які відрізняють їх від інших дітей. Незалежно від стану здоров'я, наявності інтелектуального чи фізичного порушення, кожна дитина має безумовне право на повноцінне життя, освіту та спілкування з однолітками (соціальну інтеграцію).

Оскільки виховання та розвиток дітей з особливими освітніми потребами, в нашому випадку – це діти із синдромом Дауна, потребують спеціальних теоретичних знань про захворювання, його наслідки, потенційні можливості дитини, тому важливим аспектом є належна організація практичних та теоретичних навичок роботи з цими дітьми.

Синдром Дауна є однією з найпоширеніших генетичних особливостей розвитку, що зустрічається приблизно у 1 з 700-1000 новонароджених дітей. В умовах розвитку інклюзивної освіти в Україні та світі особливої актуальності набуває питання створення ефективної системи навчання та розвитку дітей із синдромом Дауна, яка б враховувала їхні індивідуальні особливості та потреби [2].

Інклюзивна освіта як освітня система, що базується на визнанні рівноправності та врахуванні розмаїтості дітей, маючи нормативно-правове підґрунтя недискримінаційного характеру, шляхом упровадження інклюзивного навчання на основі особистісно орієнтованої освітньої моделі забезпечує здобуття якісної освіти на всіх рівнях, у всіх освітніх ланках усім дітям без обмежень та винятків [33].

Проблема корекційного навчання та виховання дітей з синдромом Дауна в Україні та й у всьому світі була і залишається актуальною. Насамперед це стосується дітей, які починають або вже здобувають освіту в закладі освіти у формі інклюзивної освіти, у державних чи недержавних освітньо-

реабілітаційних установах. В сучасних умовах для успішного розвитку людини потрібна реалізація системи психолого-педагогічних та корекційно-реабілітаційних впливів на психофізичну сферу і, зокрема, в період молодшого шкільного віку попередження виникнення стійких афективних переживань негативних стереотипів поведінки, подолання негативізму, агресії, самоагресії, страхів, фобій, стресів у дитини, починаючи з дошкільного віку та молодшого шкільного віку. Однак реалізація цих завдань ускладнюється тим, що ці порушення психічної сфери дитини стають соціальними чинниками, оскільки породжують у неї цілу низку соціальних страхів, суттєво знижують стресостійкість, гальмують особистісне зростання.

Нові підходи до вивчення порушень психофізичного розвитку, їх структури, глибини та потенційних можливостей дітей з синдромом Дауна потребують ґрунтового дослідження всіх компонентів спеціальної освіти (змісту, форм, методів), запровадження інноваційних технологій і нових комплексних програм щодо корекційної роботи з такими дітьми.

Аналіз останніх досліджень, проведених А. Дмитрієвим, Є. Черник, С. Венєвцевим та іншими науковцями, дозволяє стверджувати, що дисгармонійність розвитку дітей із синдромом Дауна знаходить свій вияв у нижчому, порівняно з нормою, рівні розвитку фізичних якостей і реалізується у вигляді рухових порушень. Дослідники однозначно вказують на низький рівень розвитку ключових фізичних якостей, таких як показники сили, швидкості, витривалості, гнучкості, точності та статичної рівноваги. Також значні відставання зафіксовані у розвитку координаційних здібностей та дрібної моторики у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна у порівнянні з їхніми однолітками з нормотиповим розвитком учнів.

Проблема розвитку психомоторних здібностей дітей з синдромом Дауна у процесі фізичного виховання вивчена недостатньо. Мають місце лише поодинокі дослідження окремих елементів їх психомоторної діяльності. Наявність суперечностей між психологічними, соціальними і фізичними потребами дітей означеної нозології та їхніми можливостями визначає пошук і

наукове обґрунтування ефективних шляхів корекції психомоторних порушень засобами фізичного виховання та необхідність створення відповідних умов для їхньої соціальної інтеграції.

Необхідність корекції психомоторної сфери дітей з синдромом Дауна, з одного боку, та відсутність досліджень особливостей цілеспрямованого комплексного впливу на психомоторику дітей означеної нозології, з іншого, зумовлюють актуальність обраної теми кваліфікаційного дослідження: «Особливості корекції психомоторної сфери дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність системи засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, що впроваджуються у позаурочний час в процесі рухової діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічну та спеціальну літературу з проблеми психомоторного розвитку, визначити сутність та компоненти понять «психомоторика» та «психомоторний розвиток» дитини.

2. Розкрити психофізіологічні та психомоторні особливості розвитку дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.

3. Визначити стан сформованості психомоторики та її когнітивних компонентів (уваги, пам'яті, мислення) у дітей молодшого шкільного віку з інтелектуальними порушеннями на констатувальному етапі експерименту.

4. Обґрунтувати та розробити систему засобів і методів корекції психомоторної сфери для дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.

5. Експериментально перевірити ефективність розробленої системи засобів і методів корекції та проаналізувати отримані результати.

Об'єкт дослідження – процес корекції психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.

Предмет дослідження – система засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час

у процесі рухової діяльності.

Методи дослідження – теоретичні: аналіз і узагальнення наукової, спеціальної та методичної літератури з теми дослідження; емпіричні: педагогічне спостереження за дітьми з інтелектуальними порушеннями в процесі діяльності, бесіди з педагогами закладів освіти та спеціалістами ІРЦ, батьками; педагогічний експеримент; статистичні: кількісний і якісний аналіз експериментальних даних.

База дослідження. Комунальна установа «Інклюзивно-ресурсний центр» Дубівської сільської ради Ковельського району Волинської області.

Елементи наукової новизни одержаних результатів. Визначено структуру психомоторної сфери дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна; розкрито можливості використання засобів рухової діяльності в процесі корекції психомоторної сфери; розроблено показники та визначено стан сформованості компонентів психомоторики у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час у процесі рухової діяльності. Запровадження засобів і методів рухової діяльності для корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час сприяє покращенню показників розвитку психомоторних здібностей та елементів сенсорики і когнітивної сфери та процесу їхньої соціальної інтеграції. Основні результати дослідження можуть бути використані для вчителів і вихователів спеціальних та інклюзивних закладів освіти, батьків, студентів спеціальності 016 Спеціальна освіта під час проходження виробничої практики.

Апробація й упровадження результатів дослідження. Основні положення й результати проведеного наукового пошуку відображено V Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні теоретичні й прикладні контексти спеціальної та інклюзивної освіти» (ВНУ, 2025).

Публікації. Теоретичні основи поняття «психомоторна сфера» та особливості її розвитку у дітей із синдромом дауна. Збірник тез доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції (20-21 травня 2025 р., Луцьк) / за заг. ред. проф. І.Б. Кузави / І. М. Брушневська, Г. О. Гац, Н.С. Карабанова, Т.А. Мартинюк, З. С. Мацюк, Н.Б. Павлишина, В.Ф. Сергєєва, І.І. Сидорук, Л. П. Стасюк. Луцьк, 2025. С.61-64.

Структура дослідження. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА

1.1. Теоретичний аналіз поняття «психомоторика» та її структурні компоненти

Наукові дослідження, що сформували передумови вивченню функціонування психомоторики в структурі рівнів побудови рухів, започатковані в працях фізіологів М. Бернштейна, І. Сеченова, О. Ухтомського та ін., а також у психологів та педагогів: Л. Виготського, О. Запорожця, Д. Ельконіна, Г. Костюка, М. Ланге, О. Леонтьєва, Ж. Піаже, С. Рубінштейна та ін. [9, с. 276].

Відомі психологи А. Валлона, В. Давидова, Н. Гордєєва, В. Зінченко, Є. Ільїн, В. Клименко, В. Озеров, К. Платонова, Н. Розе, Є. Суркова та ін. вивчали сучасні показники поняття психомоторики, саме й окреслили їх у власному науковому доробку [8, с. 200].

У науковий обіг термін «психомоторика» ввів ще І. Сеченов, і описавши у праці «Рефлекси головного мозку». Науковець вважав «... кожний рефлекторний і психічний акт закінчується рухом або ідеомоторним актом, а м'язовий рух є первинним елементом діяльності людини» [24, с.175].

М. О. Бернштейн, спираючись на багатопланові дослідження філо- й онтогенезу, патології та експериментальні дані, здійснив фундаментальну розробку механізмів організації рухів і дій людини, що знайшло відображення у його теорії координаційних рівнів. Ця теорія має міждисциплінарне значення, оскільки вона об'єднує рухові прояви за біомеханічними, фізіологічними та психологічними принципами. Отже, теорія виходить за межі суто моторної функції. Зокрема, поняття моторики розглядається як активна діяльність організму, спрямована не лише на взаємодію, а й на активну зміну навколишнього середовища [47].

Моделі, розроблені М. О. Бернштейном (зокрема, теорія координаційних

рівнів), одразу знайшли практичне застосування у фізіології, кібернетиці та психології. Зокрема, у 1960-х роках психологи (Л. Веккер, Б. Величковський, Ю. Гіппенрейтер, В. Зінченко та інші) почали застосовувати принципи побудови руху для пояснення механізмів побудови образу [47].

На основі фундаментальних досліджень, М. Бернштейн встановив ієрархічну структуру координаційних рівнів рухової системи. Він стверджував, що кожне рухове завдання активує специфічний координаційний рівень відповідно до його змісту. Цей рівень визначається певним сенсорним синтезом — інтеграційним об'єднанням аферентацій (сенсорної інформації), що надходять до центральної нервової системи. Отже, кожен координаційний рівень функціонує завдяки певному синтетичному сенсорному полю [4, с. 131].

К. Платонов розглядав психомоторику як механізм, що дозволяє всі форми психічного відображення (сприйняття, думки, почуття) перевести у зовнішні, об'єктивні дії та реакції [15 с. 22].

Як зазначав В. Озеров «..... психомоторика є функціональною системою, призначеною для управління складною руховою діяльністю. Вона інтегрує три підсистеми: сенсорну, моторну та когнітивно-розумову» [19, с. 99]. На основі цього вчений виділив п'ять рівнів у структурі психомоторних здібностей:

- перший — включає широкий арсенал психофізіологічних задатків, кожен з яких може входити до складу різних спеціальних компонентів;
- другий — формують спеціальні компоненти, які є складовими елементів попереднього рівня;
- третій — включає в себе групові компоненти: психічний, сенсорний, моторний, енергетичний;
- четвертий — належать загальні компоненти психомоторних здібностей, зокрема: психічний та моторний;
- п'ятий — може виражати універсальний розвиток декількох психомоторних здібностей [19, с.100].

Відомі французькі психологи П. Фрес та Ж. Піаже визнають, що моторика і сенсомоторика мають спільну основу — взаємозв'язок моторних і сенсорних

компонентів у реакціях. Проте вони розмежовують ці поняття, класифікуючи сенсомоторику як функцію, що залежить від екстероцепції (зовнішнього чуття), а моторику — від пропріоцепції (внутрішнього чуття, відчуття положення тіла).

Науковці Н. Гуменюк, В. Клименко, Б. Сермеев стверджують, що в людській свідомості моторика відображається саме через сприйняття власного тіла відповідно до його положення в просторі, положень голови, тулуба і кінцівок відносно один до одного, а також їхніх змін при рухах, разом із відчуттям тяжкості, напруги, сили та швидкості [4].

Є. Ільїн пропонує розглядати психомоторику як загальну здібність людини. Враховуючи нерозривний зв'язок рухової діяльності з психічними процесами, Ільїн вважає, що психомоторика має відображати особливу специфічну діяльність, яка комплексно залежить від функціональних особливостей вищої та периферичної нервової діяльності, а також від сенсорного і рухового відділів та інших психічних процесів [4].

Зважаючи на етимологію терміна (psyche — душа, психіка, motor — той, що приводить до руху), психомоторика розглядається як специфічна функція. Якщо психіка відображає об'єктивну дійсність як особлива властивість високоорганізованої матерії, то психомоторика є здатністю людини відображати об'єктивну інформацію про власну рухову діяльність, що дозволяє їй точно контролювати та ефективно керувати власними рухами [43].

С. Максименко визначає психомоторику як складний процес організації рухової діяльності людини. Для формування вищих психічних функцій (ВПФ) і властивостей, таких як мовлення, уява та абстрактне мислення, необхідне набуття чуттєвого та м'язового досвіду. Цей досвід стає базою та підготовкою (своєрідною "розминкою") для психіки, забезпечуючи готовність до складніших видів діяльності. Саме фізична та чуттєва взаємодія зі світом предметів і явищ складає цю необхідну основу [4].

Згідно з дослідженнями К. Платонова «..... психомоторика складається з низки спеціалізованих складових, які, хоча і є відносно самостійними, функціонують інтегровано. Ці складові включають: ідеомоторику,

сенсомоторні процеси та довільні моторні акти (дії)» [19, с. 86].

Ідеомоторні процеси (це мимовільні, ненавмисні рухові реакції, які виникають у м'язах людини у відповідь на уявлення, думку чи ідею про рух, без свідомого наміру його здійснити) виникають під час уяви бажаних рухів і дій або лише зі згадкою про них. Ідеомоторний означає, що образ, почуття чи думка передаються назовні засобами моторики. Хоча процеси ідеомоторики не завжди помітні й виявляються тільки спеціальними приладами, все-таки їх роль у житті і діяльності людини є надзвичайно важливою. Вони здійснюють функції психомоторики – готують і налагоджують майбутній рух, забезпечують його здійснення та регулюють процес виконання.

Сенсомоторні процеси (це система взаємодії та координації між сенсорною (чуттєвою) інформацією, що надходить до нервової системи, та моторними (руховими) реакціями, які виникають у відповідь на цю інформацію) забезпечують швидкість, точність і доцільність реагування на зовнішні впливи (такі реакції змінюють ситуацію, але не є повноцінною дією). Їхня функція полягає у захисті людини від небезпеки та у врегулюванні зовнішніх впливів (наприклад, у технічних системах) задля збереження життя. На противагу цьому, довільні моторні процеси характеризують особистість, визначають її вміння діяти, забезпечуючи майстерність, естетичність рухів та здатність до психомоторної творчості [19].

Згідно з К. Платоновим, сенсомоторні процеси можна розділити на три основні групи за їхньою складністю та динамічністю:

- прості сенсомоторні реакції, які характеризуються швидкою відповіддю заздалегідь відомим простим одинарним рухом на що заздалегідь відомий сенсорний сигнал раптово з'являється;
- складні сенсомоторні реакції, що включають реакції розрізнення, вибору, перемикання та реакції на рухомий об'єкт;
- сенсомоторна координація, що характеризується динамічністю і подразника, і рухової відповіді, що включає реакцію спостереження та власне координацію рухів [19, с. 87].

Показником продуктивності простих сенсомоторних реакцій є час, показниками складних сенсомоторних реакцій і сенсомоторної координації також виступають швидкість, точність та варіативність (ступінь зміни швидкості й точності).

За визначенням Н. Вайзмана «... психомоторика — це комплексне поняття, яке охоплює два взаємопов'язані аспекти:

1. Вікова картина рухової структури – цілісний, індивідуальний руховий профіль людини, який відображає: вроджені тілесні особливості, фізичні та анатомічні дані; набуті звички та навички, усі засвоєні форми руху (наприклад, ходьба, писання, професійні навички).

2. Сукупність забезпечувальних механізмів - система внутрішніх механізмів, які фактично забезпечують виконання рухів. До них належать: анатомо-фізіологічні механізми; структури та процеси, пов'язані з нервовою системою та опорно-руховим апаратом; психологічні механізми – процеси, що відповідають за планування, ініціацію та контроль рухів (сприйняття, увага, мислення)» [19, с. 201].

Отже, психомоторика, за Вайзманом, — це не просто рухи, а єдність індивідуального рухового досвіду (структура) та внутрішніх систем (механізмів), що дозволяють реалізовувати як прості, так і складні рухові реакції та дії.

Оскільки психомоторика – це об'єктивізація в русі будь-яких психічних функцій, за результатами психомоторних випробувань (тестові методики) можна судити не тільки про рухову сферу людської психіки, але і про інші її сфери (сенсорно-перцептивну, інтелектуальну, вольову).

Аналізуючи компоненти психомоторики, які є ключовими для успішної рухової діяльності, Є. Ільїн виділив дві основні групи якостей. До першої групи вчений відніс регулятивно-сенсорні якості, які забезпечують точність і контроль рухів, а саме: координаційні здібності (здатність зберігати рівновагу тіла та усувати статичний і динамічний тремор); пропріоцептивні функції (здатність точно оцінювати, відмірювати, відтворювати та диференціювати

просторові, силові й часові параметри рухів); а також короткочасну та довготривалу пам'ять на зазначені параметри рухів. Друга група була сформована як динамічні та енергетичні якості, які відображають швидкісно-силові можливості організму: до них належить швидкодія (яка охоплює час реагування на різні сигнали, максимальну частоту рухів та швидкість одинарного руху); м'язова сила, ступінь напруженості (тонусу) м'язів і рухливість суглобів; швидкісно-силові якості; та витривалість при статичних зусиллях і під час динамічної роботи.

І. Сеченов та Л. Рубінштейн по-різному визначали провідні особливості рухового акту. Сеченов виділив чотири базові, переважно фізичні властивості, що характеризують рух: напрямок (вектор руху у просторі), сила (величина м'язового зусилля), напруженість (тонус м'язів) та швидкість (час виконання). Натомість, Л. Рубінштейн розглядав рухи як способи та механізми виконання дій, що вимагало ширшого набору якісних характеристик. До його переліку увійшли: швидкість, сила, темп (частота повторення), ритм (регулярність), координованість (узгодженість), точність і влучність (відповідність цілі), пластичність (гнучкість) і спритність (комплексна здатність до швидкої перебудови). Таким чином, якщо Сеченов сфокусувався на елементарних фізичних параметрах руху, то Рубінштейн доповнив їх інтегративними та якісними характеристиками, які необхідні для успішної реалізації складної цілеспрямованої дії.

У рамках класифікації факторів психомоторики зарубіжні психологи розглядають: точність контролю, одночасну координацію кількох кінцівок, орієнтацію відповіді, час реакції, швидкість рухів руки, управління темпом, спритність руки, спритність пальців, швидкість рухів кисті й пальців, точність наведення.

Ритмічність (темпоритм). Існує думка, що кожний рух тіла людини – механічне явище: просто фізична робота органів опорно-рухового апарату, а м'язи – звичайні двигуни.

Органи, що витрачають енергію (передусім м'язи), виконують очевидну

функцію переміщення тіла або об'єктів у просторі та часі. Однак, крім цього, м'язи виконують і важливі пізнавальні функції: витрачають акумульовану енергію під час роботи; пізнають та зберігають рухові образи (кінестетична пам'ять), які можуть "жити" та відтворюватися ще деякий час після завершення фактичного руху.

За М. Бернштейном, «...будь-яка цілеспрямована дія людини, спрямована на оволодіння предметом чи виконання завдання, проходить через п'ять послідовних етапів обробки та аналізу в рухових центрах центральної нервової системи (ЦНС)» [47, с.11]:

Етап	Зміст	Діяльність
1	Сприймання інформації	Отримання даних про предмет та мету дії, яку необхідно з ним здійснити.
2	Порівняння	Зіставлення нової, сприйнятої інформації з руховими схемами та діями, що виконувалися раніше (з досвідом).
3	Оцінка можливостей	Аналіз інформації щодо фізичної можливості виконання руху в поточних умовах (чи зможе тіло це зробити).
4	Прийняття рішення	Формування програми руху: визначення конкретного способу виконання, необхідної сили та швидкості.
5	Виконання руху	Реалізація прийнятого рішення — виконання самого руху або дії.

До думку українського психолога М. Варія «..... моторикою людини психологія пов'язує проблему походження чутливості, відчуттів, думок і почуттів. За допомогою рухів і мислення (цих двох властивостей тіла людини) людина в уяві будує траєкторію свого пересування в просторі та часі – створює хронотип – цілісність простору й часу дії» [38, с.22].

Згідно з дослідженнями Є. Ільїна, рух є засобом, за допомогою якого

людина може відтворювати конфігурацію будь-яких предметів, з якими вона контактує, незалежно від їхньої складності. Для того, щоб успішно засвоїти психомоторну дію чи систему дій, людина повинна пройти двохетапний процес: спочатку розкласти свій предмет засвоєння (дію) на дрібні складові, тобто на окремі відчуття рухів, а потім згрупувати їх, інтегруючи назад у цілісний руховий акт. Паралельно з цим, у процесі природної рухової активності (біг, стрибки, оволодіння предметами), дитина пізнає та вчиться враховувати чотири види сил, що формують динаміку рухів (гравітацію, інерцію, активні та реактивні м'язові зусилля), а також два види простору, в яких докладаються зусилля (простір, у якому розгортається дія, та тілесний простір власних поз і постави), і, нарешті, час руху.

У науковій літературі описані рухи дитини від народження, пов'язані з її фізіологічним розвитком у нормі. Кожний віковий період дитинства характеризується умінням виконувати певну рухову дію. Існує думка про те, що занедбаність психомоторного періоду розвитку дитини завдає їй великої шкоди. Через це втрачається головна умова створення довершеної роботи власного тіла, страждає розвиток усіх процесів у центральній нервовій системі. Втрату сензитивного періоду для розвитку основних психомоторних елементів (основних рухів), а також порушення розвитку психічних процесів компенсувати важко. Для цього треба здійснити величезну роботу над собою, повернутися в минуле і почати все ніби з нульового циклу. Не кожен здатний на таку роботу, тому так багато людей з недостатньо розвиненою психомоторикою [47].

За результатами теоретичного аналізу, значення психомоторики та рухів у житті людини неможливо переоцінити. Рух є фундаментальною основою існування, розвитку та пізнання. Від самого народження дитина постійно рухається, використовуючи рух як головний інструмент пізнання навколишнього світу та властивостей власного тіла. Більше того, безперервне життя організму неможливе без рухів усередині тіла — усіх фізіологічних актів, таких як дихання, жування та ковтання. При цьому, нестача зовнішньої рухової

активності призводить до уповільнення кровообігу в м'язах, що спричиняє дефіцит кисню та поживних речовин. У дошкільному віці рух виступає фундаментом не лише фізичного росту й розвитку, а й навчання: оскільки гра є основним видом діяльності дітей, саме в русі вони постійно пізнають світ і розвивають усі психічні процеси — пам'ять, уяву, увагу тощо. Навіть розвиток мовлення безпосередньо пов'язаний із психомоторикою, адже мовлення є складною системою координованих рухів язика, губ і голосових зв'язок, якими керує центральна нервова система. Також невербальні засоби спілкування (міміка, жести, пози) є невід'ємним проявом психомоторної діяльності.

Доведено, що психомоторна діяльність містить важливі елементи думки, тому існує прямий зв'язок між фізичною активністю та когнітивними процесами. Як наслідок, діти, які відчувають обмеження у руховій активності, можуть відставати від своїх ровесників у розумовому розвитку, оскільки рух виступає передумовою для формування мисленнєвих навичок. Особливе значення має період від 5 до 8–10 років від народження, який визначений як сензитивний психомоторний вік або так званий «вік грації», коли дитина стає особливо чутливою до засвоєння витонченості, вишуканості та краси рухових дій, що робить цей час ідеальним для навчання складним координаційним елементам.

У дошкільному віці дитина починає мислити через рухи та безпосередні дії з предметами (наочно-дійове мислення), що є необхідною початковою основою для формування психомоторної творчості. Згодом, ці процеси мислення і живі рухи відокремлюються (інтеріоризуються). Як наслідок цього відокремлення, дитина стає здатною осмислювати власні рухи та дії з предметами, не торкаючись їх руками, переходячи до мислення образами, почуттями або використовуючи самі думки (абстрактне мислення). Таким чином, психомоторика забезпечує первинний зовнішній план, який пізніше перетворюється на внутрішній, когнітивний.

Психомоторні показники мають особливе значення і суттєво впливають на аналіз загальних результатів психодіагностики під час проведення

комплексного спостереження. Вони є інтегративною частиною оцінки, оскільки дають можливість судити не тільки про психомоторний розвиток дитини, але й про її емоційний, інтелектуальний і сенсорно-перцептивний розвиток. Це доводить, що рух виступає об'єктивним індикатором і дзеркалом стану всієї психічної системи, дозволяючи отримати цілісну картину психологічного благополуччя та розвитку дитини.

Таким чином, теоретичний аналіз поняття психомоторного розвитку дитини дозволяє зробити висновок, що психомоторика — це складний механізм організації рухів людини, який має певні важливі властивості (зокрема, влучність, спритність, координацію, ритмічність, швидкість і силу рухів) та декілька груп якостей, що сприяють успішній руховій діяльності. Сензитивним періодом для розвитку психомоторики є вік 5–8 (10) років, що забезпечує найкращу можливість для освоєння рухів та осмислення їхньої суті. Оскільки рухи людини — це не тільки прості дії, кожен із них має свій механізм виникнення, етапи якого обробляються й аналізуються в рухових центрах центральної нервової системи. При вивченні та виконанні психомоторних актів дитина задіює складний процес, що включає сприймання інформації, її порівняння, оцінку, прийняття рішень про наступний рух, після чого імпульси з центральної нервової системи надходять у м'язи, які виконують рух.

На цьому багатоступеневому механізмі організації рухів, ґрунтується здатність людини навчатися та успішно оволодівати новими навичками. Це стосується як рухових активностей (наприклад, катання на велосипеді чи гра на музичному інструменті), так і інтелектуальних активностей (наприклад, логічне мислення чи розв'язання задач). Таким чином, ефективність психомоторного циклу безпосередньо впливає на загальну навчальність і когнітивний розвиток людини.

Виходячи з аналізу фундаментальних положень психомоторики, її функціонального значення та механізмів організації руху, наступним кроком є застосування цих знань для розуміння особливостей розвитку в умовах порушення.

1.2. Психофізіологічні та психомоторні особливості розвитку дітей з синдромом Дауна

«Синдром Дауна» – найбільш поширена з усіх відомих на сьогодні форма хромосомної патології. Близько 20% тяжких форм уражень центральної нервової системи пов'язано з генетичними порушеннями. Серед цих захворювань провідне місце займає «синдром Дауна», порушення інтелектуального розвитку поєднується зі своєрідною зовнішністю [48].

Уперше це генетичне порушення було описано в 1866 р. Джоном Ленгдоном Дауном під назвою «монголізм». Зустрічається ця патологія з частотою один випадок на 500-800 новонароджених незалежно від статі. У 1959 р. французький професор Лежен довів, що «синдром Дауна» пов'язаний з генетичними змінами, що обумовлені наявністю в людини зайвої хромосоми. Зазвичай в кожній клітині знаходиться 46 хромосом, половину яких ми отримуємо від матері, а половину - від батька. У людини із синдромом Дауна зайвою є хромосома у 21-й парі, в результаті вона має 47 хромосом. Однак синдром Дауна не можна вважати спадковим захворюванням, оскільки в даному випадку не відбувається передачі порушеного гена з покоління в покоління, а розлад виникає на рівні репродуктивного процесу. Синдром Дауна діагностують досить рано, практично з моменту народження дитини, тому з перших днів життя такої дитини необхідно оточити її увагою та піклуванням. На дитину із синдромом Дауна не слід дивитися, як на хвору, її потрібно сприймати – як особистість, оточуючи любов'ю і теплом [48].

Характерною особливістю дитини із синдромом Дауна є уповільнений психофізичний розвиток. Особливу проблему становлять труднощі з навчанням. Це означає, що вчитися їм складніше, ніж більшості дітей-однолітків. Характерні зовнішні ознаки синдрому Дауна, за якими можна поставити ймовірний діагноз відразу після народження дитини: у 90% «пласке» обличчя, потовщена шийна складка, розкосі очі, півмісяцева шкірна складка у внутрішньому куті ока. Дітям із синдромом Дауна притаманні:

- м'язова гіпотонія (зниження м'язового тону);

- підвищена рухливість суглобів;
- короткі та широкі кисті;
- деформовані вушні раковини;
- великий складчастий ніс;
- поперечна складка на долонях як універсальна ознака синдрому Дауна
- може спостерігатися лише в 45% таких дітей;
- деформація грудної клітини;
- пігментні плями по краю райдужної оболонки очей (плями Брушфільда) [20].

Також у дітей з синдромом Дауна можуть спостерігатися певні зміни з боку внутрішніх органів:

- поєднані, множинні, вроджені порушення серця, такі як деформація міжшлуночкової перегородки, міжпередсердної перегородки, аномалії великих судин, відкритий атріовентрикулярний канал;
- з боку дихальної системи - зупинки дихання уві сні через особливості будови ротоглотки;
- порушення зору (вроджена катаракта, глаукома, страбізм-косоокість), порушення слуху;
- захворювання щитовидної залози (природжений гіпотиреоз);
- патологія шлунково-кишкового тракту (стеноз кишечника, мегаколон, атрезія прямої кишки і ануса);
- порушення опорно-рухового апарату (дисплазія тазостегнових суглобів, одностороннє чи двостороннє відсутність одного ребра, клинодактілія (викривлення пальців), низький зріст, деформація грудної клітини);
- гіпоплазія (недорозвинення) нирок, гідроуретер, гідронефроз.

Проте, кінцевий діагноз синдрому Дауна, можна поставити лише після дослідження на каріотип (хромосомний набір) дитини [30].

Хворі з синдромом Дауна мають низький зріст, хриплий голос, розумову відсталість (типовий IQ між 30 і 50). Більшість чоловіків з синдромом Дауна безплідні, а 50% жінок з синдромом Дауна можуть мати дітей. Серед них 35-

50% дітей, народжених від матерів з синдромом Дауна народжуються з синдромом Дауна або іншими порушеннями. Цікаво, що хворі синдромом Дауна рідше мають ракові пухлини. Мабуть, 21-а хромосома містить ген – «глушник пухлин», і наявність третьої копії гена забезпечує додатковий захист проти раку.

Нетиповий розвиток немовлят із синдромом Дауна помітний з перших місяців їхнього життя. Насамперед помітні млявість і знижена активність дитини, порушений розвиток дрібної моторики, що пов'язано зі зниженням м'язового тону та характерною формою кисті. Специфічними є й інші види рухової діяльності. Деякі діти можуть почати ходити вже у два роки, а деякі лише на 4-му році після народження. Проте слід зазначити, що з розвитком ходьби діти із синдромом Дауна стають активніше, а їхня моторна діяльність покращується. Тому важливо, щоб з дитиною працював вчитель-реабілітолог чи інструктор ЛФК. Також рекомендуються регулярні фізіотерапевтичні заняття. Сповільнене формування всіх рухових функцій викликає затримку розвитку психічних процесів. Структура психічного розвитку дітей із синдромом Дауна своєрідна: мовлення з'являється пізніше, ніж у дітей з типовим розвитком; часто ускладненим є розуміння зверненого мовлення; словниковий запас обмежений; часто виявляються дизартричні прояви та поліморфна дислалія.

Емоційна сфера дітей із синдромом Дауна залишається практично збереженою. Вони зазвичай лагідні, слухняні та доброзичливі. Можуть любити, бентежитись, ображатись, хоча іноді бувають дратівливими та впертими, проте це ймовірніше особистісна риса характеру дитини, ніж закономірна особливість цього порушення.

Більшість таких дітей проявляють інтерес до оточення й добре наслідують поведінку інших людей, що сприяє формуванню навичок самообслуговування та соціальної поведінки. Рівні навичок і умінь, яких можуть досягти діти з синдромом Дауна, дуже різні та визначаються генетичними чинниками, але їх можна значно покращити при правильній

організації розвиткової роботи. Діти з синдромом Дауна фіксують свою увагу на вибіркових особливостях зорового образу, віддають перевагу простим зображенням та уникають складних образотворчих конфігурацій. Помилки при відтворенні зорових образів пов'язані з особливостями їхньої уваги, а не з точністю сприйняття. Такі властивості можуть зберігатись упродовж усього життя, якщо дитині не надати кваліфіковану корекційну допомогу спеціального психолога.

У навчальній діяльності діти без стимулюючих запитань психолога не можуть виконати доступне для їхнього розуміння завдання. Однак унаслідок численних експериментів з'ясувалося, що діти з синдромом Дауна краще сприймають візуальні матеріали, ніж інформацію на слух [20].

На жаль, у більшості дітей із синдромом Дауна слух у тій чи іншій мірі ослаблений. Це не може не впливати на розвиток мовлення. Виникає необхідність у розвитку мовлення використовувати зорові «підказки» - жести, картки з картинками, читання. Крім того, дітям з синдромом Дауна часто важко виділяти те, що їм кажуть, на тлі шуму, всього звукового тла, яке воничують у цей момент. Оскільки слух має вирішальне значення для оволодіння мовленням. Часто характерні труднощі сприйняття простору і часу, що викликає порушення орієнтації в оточуючому світі, також спостерігаються труднощі з інтеграцією відчуттів (одночасно слухати, дивитись і реагувати), їм складно в певний момент сприйняти сигнали більш ніж одного подразника.

Головною метою виховання та навчання дітей із синдромом Дауна є їх сімейно-соціальна адаптація. Позитивний результат дають групові розвиткові заняття, під час яких відбуваються покращення соціальної пристосованості дитини та її розвиток. При правильно організованому догляді та спеціальному навчанні діти з синдромом Дауна опановують ті ж самі навички, що й діти з типовим розвитком, хоча і трохи пізніше [44].

Останні наукові дослідження спростовують більшість зроблених раніше висновків, зокрема, твердження, що діти із синдромом Дауна зазвичай мають значно виражене або глибоке відставання в розумовому розвитку. Згідно з

даними сучасних досліджень, ступінь відставання більшості дітей з синдромом Дауна коливається в межах від легкого до середнього. Далеко не всі діти мають значно виражену затримку інтелектуального розвитку. Зарубіжні дослідження свідчать, що 20% дітей із синдромом Дауна мають легкі порушення розумового розвитку, 60% - помірні порушення, 20% - глибокі порушення розумового розвитку. Отже, у дітей із синдромом Дауна інтелектуальні здібності можуть дуже відрізнятися [31].

З двох років, як правило, потрібно підключати спеціалістів, з трьох - займатися фізичним розвитком і координацією, з п'яти – працювати з пізнавальними функціями і готувати до школи. Важливо пам'ятати, що потрібно дотримуватися послідовності в розвитку дитини із синдромом Дауна, правильно визначати акценти на кожному з етапів, щоб ефективно використати час. І паралельно з усім цим дитину потрібно соціалізувати, багато розмовляти з нею, всюди брати її із собою, хвалити і заохочувати дитину за успіхи.

Незважаючи на відставання у розвитку, діти із синдромом Дауна мають потенційно сильні сторони:

- гарне зорове сприйняття і здібності до наочного навчання, увага до деталей;
- здатність вчитися на прикладі однолітків і дорослих, прагнення копіювати їхню поведінку;
- здатність навчатися за індивідуальним навчальним планом та під час практичних занять;
- мають творчі здібності;
- можуть досягати спортивних успіхів;
- успішно оволодівають навичками роботи на комп'ютері для задоволення своїх потреб;
- добре розвинена емоційна сфера.

Діти із синдромом Дауна успішно інтегруються до звичайних класів; однак їм зазвичай потрібні спеціальні модифікації в освітньому процесі. Успішність у навчанні в дітей із синдромом Дауна знижена, а опанувати окремі

вміння їм може бути дуже складно. Труднощі в навчанні дуже різноманітні, а сам процес навчання має бути пристосований до окремих потреб учнів [31].

Отже, таким дітям нелегко пристосовуватися до суспільства та адаптуватися в ньому. Вони можуть демонструвати безініціативність та інколи безпорадність у навчанні, а також бути менш соціально підготовленими порівняно з ровесниками. Їм складно зосереджувати увагу і ініціювати розмову чи спільну діяльність. У стосунках вони можуть виглядати незрілими й стриманими. Варто підкреслити, що особливі труднощі у соціальній сфері та адаптації часто спостерігаються саме в підлітковому віці.

1.3. Системи засобів спрямованих на корекцію психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна

Питання фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми молодшого шкільного віку з синдромом Дауна розкрите недостатньо, науковці висвітлюють лише окремі питання фізичного виховання проблему розвитку дітей із синдромом Дауна досліджують М. Беркетова, П. Лаутеслагер, Р. Ковтун, О. Мозолук-Коновалова (затримку розвитку статичних і локомоційних функцій, різних видів моторики, особливо дрібної).

У вітчизняних наукових дослідженнях вказано, що діти з синдромом Дауна страждають на порушення фізичного розвитку, які нерідко супроводжуються супутніми захворюваннями різних систем організму. Тому вони потребують спеціально організованої системи фізкультурно-оздоровчої роботи, спрямованої на корекцію і розвиток рухової сфери, збереження та покращення фізичного та психічного здоров'я. Труднощі дитини з синдромом Дауна і проблеми її навчання багато в чому обумовлені дефіцитом або неправильним розподілом психофізичного тону.

Нормалізація фізичного стану та психофізичного тону є одним із важливих аспектів соціалізації дітей з синдромом Дауна. Тому їм необхідні постійні фізичні навантаження для підтримки психофізичного тону, зняття емоційної напруги.

Першим етапом роботи над розвитком дитини з синдромом Дауна є прогностичне визначення її можливостей здобути освіту, інтегруватися в дитячий колектив, здобути професію, стати особистістю, здатною розуміти інших людей, долати життєві труднощі, отримувати нові знання, набувати вмінь і навичок, спрямовувати зусилля, щоби стримувати роздратування та гнів, здійснювати самоконтроль, вчасно звертатися до спеціаліста по допомогу, словом, адекватно знати себе, власні негативні та позитивні сторони, аби комфортно було людям, які перебувають поруч [10].

Для кваліфікованого і цілеспрямованого використання засобів фізичного виховання у роботі з дітьми з синдромом Дауна, що будуть впливати на психомоторний розвиток, потрібно розуміти процес атипового розвитку дітей та можливості використання фізичних вправ у процесі їх розвитку та навчання.

Діти з синдромом Дауна мають іншу природу психічної сфери, і формування їх прогностичних здатностей залежить від певних психолого-педагогічних стратегій, а саме:

- визначення характеристики прояву інтелектуального порушення;
- вивчення та діагностики індивідуальної психічної системи дитини;
- аналізу результатів індивідуальної діагностики особливостей структури психічної сфери дитини з синдромом Дауна;
- вивчення індивідуальних соціально-психологічних можливостей дитини на основі її стосунків із довкіллям;
- розроблення змісту індивідуальної програми корекції та розвитку дитини з синдромом Дауна та її інтеграції в соціальне середовище;
- розроблення інформаційної програми для людей, які оточують дитину;
- упровадження в корекційну практику роботи з дитиною доступних елементів соціальної взаємодії та соціальної активності;
- забезпечення безпосередньої участі дитини в усіх дитячих заходах з метою превенції соціально-психологічної деривації;
- відстежування динаміки подолання інтелектуальних порушень у структурі психічного «Я» дітей [10].

Для повноцінного вивчення особливостей дітей з синдромом Дауна, в підготовчий етап потрібно включати визначення особливостей стану організму дитини та її фізичного розвитку. На основі отриманих даних і вивчивши умови навчання й виховання дитини в освітньому закладі та сім'ї розробляється індивідуальна система фізкультурно-оздоровчих заходів, що повинна узгоджуватися з режимом дня дитини, враховувати її інтереси та особливості.

Проаналізувавши спеціальну літературу з проблем навчання та виховання дітей з синдромом Дауна та особливості їхнього психофізичного стану, ми визначили основну спрямованість засобів фізичного виховання:

- розвиток імітаційних здібностей (вміння наслідувати);
- стимулювання до виконання інструкцій;
- формування навичок довільної організації рухів (в просторі власного тіла і в зовнішньому просторі);
- виховання комунікаційних функцій і здатності взаємодіяти в колективі;
- розвиток рухової рефлексивності (вміння усвідомлювати дії, зокрема називати виконане);
- робота з формування Я-концепції (це допомагає розвивати у дітей уявлення про самого себе, формувати схему тіла і фізичний образ «Я» (К. Лебединська, О. Нікольська);
- збереження та зміцнення здоров'я дітей;
- розвиток соціально-психологічних можливостей дитини;
- збереження та покращення психоемоційного стану.

Засіб – це спеціальна дія, що уможливорює здійснення, досягнення чогось, створеного людиною [4].

Успішне виконання завдань фізичного виховання дітей дошкільного віку залежить від поєднання різноманітних засобів (рис. 1. 1), які розподіляються на такі види: фізичні вправи, що застосовуються у гімнастиці, спорті, грі й туризмі, оздоровчі сили природи (повітря, сонце, вода) та гігієнічні фактори. В основу розподілу засобів фізичного виховання за вищезазначеними труднощами покладені переважно функціональні можливості кожного з них.

Застосування будь-якого із засобів впливає на організм дитини в цілому. Однак кожен має свою специфіку, тільки йому притаманний акцептований вплив на ту чи іншу систему, орган. У фізичному вихованні дітей молодшого шкільного віку важливе значення має доцільне поєднання фізичних вправ із використанням оздоровчих сил природи та гігієнічних факторів [24, с.48].



Рис 1.1. Засоби фізичного виховання

Фізичні вправи є основним засобом фізичного виховання людей різного віку. З їх допомогою вирішуються завдання, спрямовані на всебічний фізичний розвиток дітей; формуються вміння та навички у таких життєво важливих рухах, як ходьба, біг, стрибки, метання, лазіння та ін.; розвиваються фізичні якості (спритність, швидкість, сила, гнучкість, витривалість). Виконання фізичних вправ пов'язане з активним сприйняттям навколишнього середовища, орієнтуванням у просторі, проявом волевих якостей та різноманітних емоційних переживань. Кожна фізична вправа має свій зміст (характер) і форму.

Всі фізичні вправи можна розподілити на групи та підгрупи, виходячи з певної ознаки. Це полегшує орієнтування у виборі фізичних вправ для розв'язання певних завдань фізичного виховання. В основу найбільш загальних класифікацій покладено систему засобів фізичного виховання та методи їх застосування: гімнастика, ігри, спорт і туризм. Кожна з цих груп має свої специфічні ознаки, розподіляється на класифікаційні підгрупи.

Оздоровчі сили природи (повітря, сонце, вода) широко використовуються для зміцнення здоров'я та загартовування організму дитини. З дітьми молодшого шкільного віку застосовують два види загартовувальних заходів: у повсякденному

житті дітей та спеціальні загартовувальні процедури [24, с. 55]. Загартуванню у повсякденному житті сприяють раціонально підібраний одяг і взуття, постіль; оптимальний температурний режим, застосування широкої аерації (провітрювання), використання прохолодної води для миття рук, ніг, обличчя, полоскання рота, горла. Спеціальні загартовувальні процедури проводяться в певну пору дня та за відповідних умов. До них відносять повітряні й сонячні ванни, різноманітні водні процедури, денний сон на відкритому повітрі та ін. Ці засоби широко використовуються також у поєднанні з фізичними вправами, наприклад повітряні ванни під час ранкової гімнастики, водні процедури (душ) після занять фізичною культурою (влітку) тощо. Як свідчать спеціальні дослідження (В. Спіріна, З. Уварова, Г. Юрко та ін.), загартовувальні процедури ефективні лише тоді, коли вони пов'язані з виконанням загальних педагогічних та гігієнічних вимог: обов'язковим виконанням режиму дня, раціональними умовами, оптимальною організацією всіх видів життєдіяльності дітей у дошкільному закладі.

Гігієнічні фактори (режим занять, відпочинку, їжі, гігієна одягу, фізкультурного обладнання та ін.) є своєрідними засобами фізичного виховання [52].

Створення відповідних умов, що задовольняють всі вимоги особистої гігієни, раціональне харчування, правильний режим праці і відпочинку, гігієна побуту – необхідні умови для нормального розвитку дітей.

Важливою умовою гармонійного фізичного розвитку дитини, зміцнення її здоров'я, підтримання високого рівня фізичної та розумової працездатності є правильно організований режим дня. Під режимом слід розуміти певний розпорядок дня, встановлений для життя дітей молодшого шкільного віку в закладі освіти та в сім'ї, що передбачає доцільне чергування різних видів діяльності і відпочинку. Встановлений режимом певний ритм життя сприяє нормальному перебігу всіх фізіологічних процесів в організмі, має значне виховне значення. Звертаючи увагу педагогів та батьків на необхідність створення оптимального режиму для дитини, А. Макаренко підкреслював, що

режим є засобом формування навичок та звичок поведінки, а також виховання таких рис особистості, як організованість, активність і дисциплінованість.

Формування культурно-гігієнічних навичок посідає одне з провідних місць у системі фізичного виховання дітей всіх вікових груп. Це означає навчити дітей тримати в чистоті своє тіло, одяг, приміщення та речі, якими вони користуються. Необхідно, щоби формування цих навичок відбувалося жваво, невимушено, не викликало у дітей втоми, супроводжувалося почуттям задоволення від самого процесу (вмивання, їжі) або від його наслідків (дитина самостійно одягнулася, прибрала на місце іграшки та ін.). Корекційна робота з дітьми з синдромом Дауна обов'язково повинна включати навчання усіх гігієнічних навичок та процедур, оскільки це структурує розпорядок дня і використовується на першому етапі корекції з педагогами та в сім'ї. Більшість дітей з синдромом Дауна не має навички наслідування, тому їх потрібно всіх дій спеціально навчати, закріплюючи в повсякденному житті.

Культурно-гігієнічні навички формуються та закріплюються не тільки в закладі освіти, а й у сім'ї. Формування навичок особистої гігієни тільки тоді буде успішне, коли дорослі, що оточують дитину, передусім самі повсякденно й точно дотримуються правил гігієнічної поведінки. Дотримання вимог гігієни в процесі фізичного виховання (чистота приміщення, фізкультурного обладнання, спортивного одягу, взуття тощо.) створює передумови для позитивного впливу фізичних вправ на організм дитини. Свідоме виконання вимог особистої та суспільної гігієни сприяє привчання дітей до використання культурно-гігієнічних навичок, які є органічною частиною загальної культури людини [46, с. 122].

Всі засоби фізичного виховання сукупно складають систему фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми молодшого шкільного віку, що втілюється у закладі освіти та сім'ї. Система фізкультурно-оздоровчих заходів складається з таких (рис. 1.2) форм роботи: ранкова гімнастика, фізкультурні заняття, фізкультхвилинки і фізкультпаузи, інше. Обов'язковою умовою корекції та розвитку психомоторики дітей з синдромом Дауна є залучення їх до

всіх форм роботи.

Ранкова гімнастика – обов’язкова складова організації життєдіяльності дітей у молодшого шкільного віку. Вона сприяє поглибленню дихання, посиленню кровообігу, обміну речовин, розвитку різних груп м’язів, правильній поставі, розгальмовуванню нервової системи після сну, викликає позитивні емоції. Тривалість ранкової гімнастики: для дітей молодшого шкільного віку – 10–15 хв. [52, с.125].



Рис. 1.2. Форми фізкультурно – оздоровчої роботи зі здобувачами початкової освіти

За результатами аналізу наукової літератури ми дійшли висновку, що для успішного проведення занять зі здобувачами початкової освіти з інтелектуальними порушеннями, зокрема з синдромом Дауна, використовувати перераховані нижче прийоми:

1. Необхідне чітке планування і поступове формування стереотипу заняття. Інакше кажучи, дитина повинна засвоїти послідовність здійснюваних рухових дій, знаючи при цьому час або кількість вправ кожного виду.
2. Кожна вправа обігрується і прив’язується, за можливості, до інтересів та уподобань дитини.

Використовується такий зрозумілий прийом, як правильно вибране позитивне підкріплення: «чесно зароблене» яблуко або печиво, бали чи очки, «перемога» над уявним суперником (роль якого може зіграти іграшка) і, врешті, емоційне заохочення з боку педагога або мами. З цього набору рекомендується вибирати найбільш значуще для дитини заохочення [52, с. 52–55].

На перших заняттях, а також при виконанні нової вправи або рухового завдання необхідно широко використовувати метод пасивних рухів, постійну допомогу і стимулювання. Також можливе використання музичного супроводу, який допоможе зберегти ритм і темп при виконанні вправ, збалансувати процеси збудження чи гальмування нервової системи дитини.

Всі форми фізкультурно-оздоровчої роботи виконуються систематично та поєднуються з планом роботи психолога, корекційного педагога й логопеда для вироблення єдиного режиму дня в закладі освіти.

Під час перебування дитини в сім'ї необхідно використовувати фізкультурні хвилини та паузи, прогулянки, рухливі ігри, ранкову гімнастику, загартовувальні процедури для підтримання єдиного рухового режиму.

Використання у роботі зі здобувачами початкової освіти з синдромом Дауна системи фізкультурно-оздоровчих заходів у поєднанні з психокорекційними допоможе покращити психофізичний тонус, зміцнить м'язовий корсет та покращить здоров'я, допоможе у соціальній взаємодії та сприятиме соціальній активності дитини.

Недоцільно для фізичного розвитку використовувати малюнкові вправи, які можуть бути недостатні для сприймання. Варто збільшити кількість прикладних вправ та рухливих ігор, адже вони безпосередньо впливатимуть на корекцію особливостей психомоторного розвитку кожної вікової категорії дітей з інтелектуальними порушеннями.

Як зазначала педагог Є. Мастюкова, «рух активізує функції всього організму дитини, посилює процеси дихання, кровопостачання, покращує апетит, нормалізує сон» [11, с.17]. «Особливо корисно, – продовжує автор, – поєднання повітря і руху: це нормалізує роботу теплорегуляційної системи

організму, покращує стан центральної нервової системи, що, у свою чергу, підвищує опірність організму до простудних та інфекційних захворювань» [11, с. 19].

Система фізичного виховання молодших школярів з синдромом Дауна передбачає і правильне раціональне харчування, чітко організований режим, загартування організму, створення сприятливих умов для розвитку й корекції рухів. Із цією метою використовують різні види масажу та лікувальної гімнастики, рухливі ігри, вправи спортивного характеру [30].

У результаті проведеного теоретичного дослідження організації фізичного виховання дітей із різними нозологіями нами було розроблено теоретичну модель (Додаток Б) системи роботи для корекції психомоторного розвитку дітей з синдромом Дауна. В ній враховані показники психомоторного розвитку, необхідні для повноцінного функціонування й розвитку дитини, засоби фізичного виховання (основні та додаткові), покликані забезпечити процес корекції та корекційно-педагогічну програму заходів, які забезпечать повноцінний психомоторний розвиток у всіх сферах життя дитини. Вся система складається з певної структури, компонентами якої є:

- Підготовчий етап – педагогічне оцінювання рівня психомоторного розвитку дітей (проводиться діагностика рівня розвитку дітей).
 - Етап реалізації – цей етап включає складання індивідуальної корекційної програми та навчання батьків роботі вдома. Також цей етап передбачає безпосередню корекційну роботу з участю всіх спеціалістів.
 - Підсумковий етап – дається оцінка проведеної корекційної роботи з розвитку психомоторики і, за потреби, вносяться зміни в корекційну програму.
- пронумеровані, слідує у логічній послідовності відповідно до основ корекційної педагогіки.

Першим кроком завжди повинна бути діагностика фізичного та психомоторного розвитку, що зумовлює побудову корекційної системи роботи для дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в закладах освіти, реабілітаційних центрах всіх форм власності та в сім'ї. Другий етап втілює в

життя індивідуальну комплексну програму розвитку психомоторики, тут відбувається процес корекції психомоторики у дітей із використанням засобів фізичного виховання. Цей етап включає послідовну роботу з дитиною як у навчальному закладі, та вдома. Завершує процес корекції етап підсумку та коригування процесу корекції з використанням засобів фізичного виховання.

Модель включає в себе замкнений механізм розвитку психомоторики, що може використовуватися в сім'ї, закладах освіти, корекційно-реабілітаційних центрах всіх форм власності. Охарактеризовані етапи (підготовчий, реалізації, підсумковий) розвитку психомоторики, кожний з яких має своє завдання, методи і засоби їх реалізації.

Проаналізувавши наявні наукові підходи до вивчення впливу засобів фізичного виховання на розвиток психомоторики дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна можемо констатувати, що всі засоби фізичного виховання поділяються на основні та додаткові, можуть використовуватись, як у закладах освіти, корекційно-реабілітаційних центрах всіх форм власності, так і в сім'ї. Всі засоби фізичного виховання застосовуються в певних формах роботи: ранкова гімнастика, уроки з фізичної культури, прогулянки, самостійна рухова діяльність, інші. Кожна з вивчених форм роботи чітко поєднується з режимом дня і відпочинку дитини, гігієнічними процедурами. Для здобувачів освіти з синдромом Дауна виконання фізичних вправ впливає на розвиток психомоторних функцій, залучення дітей до всіх форм роботи покращує соціалізацію дітей, підвищує впевненість у своїх силах.

Висновки до першого розділу

Аналіз наукових джерел, представлений у першому розділі, показує всю багатогранність і різнобічність поняття психомоторики, що вивчалось багатьма науковцями різних сфер діяльності. Результати теоретичного аналізу проблеми продемонстрували нам основні принципи та показники для подальшого діагностування психомоторної функції дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.

Проблему та визначення поняття психомоторики досліджували та описали в своїх працях такі психологи та педагоги, як Л. Виготський, О. Запорожець, Д. Ельконін, Г. Костюк, М. Ланге, О. Леонтьєв, Ж. Піаже, С. Рубінштейн та ін. Сучасні критерії поняття та характеристику функції психомоторики окреслили у своїх працях відомі психологи А. Валлона, В. Давидова, Н. Гордєєва, В. Зінченко, Є. Ільїн, В. Клименко, В. Озерова, К. Платонова, Н. Розе, Є. Суркова та ін.

Проаналізувавши зміст поняття психомоторики та особливості розвитку дітей з синдромом Дауна, можемо стверджувати, що корекція психомоторики дозволить покращити їх фізичний, психічний та соціальний розвиток, усунути порушення рухових стереотипів. Вивчаючи різноманітні вправи та ігри, діти не тільки фізично розвиваються, вони покращують орієнтацію в просторі, виховують волюві якості. З рухами розвиваються кінестетичні (сила, швидкість руху) та статичні (положення власного тіла в просторі) відчуття. Процес вивчення рухів супроводжується засвоєнням знань про будову власного тіла, вихідних положень, назв інвентарю та устаткування. Також відбувається закріплення просторових орієнтирів (направлення рухів тіла і його частин), уявлення про рухи, які вказують на місцезнаходження. У процесі розвитку психомоторики діти з синдромом Дауна можуть навчитися слухати власне тіло, розуміти свої дії та оцінювати їх.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА В ПОЗАУРОЧНИЙ ЧАС

2.1. Методика проведення констатувального етапу дослідження

Теоретичний аналіз спеціальної літератури дозволив визначити роль психомоторики у побутовій, прикладній та соціальній сферах людини, а також особливості стану здоров'я, фізичної підготовленості, фізичного та психічного розвитку дітей з синдромом Дауна. Повнота і точність пізнання рухових дій прямо залежать від активності уваги, тобто спрямованості психічної діяльності та зосередженості її на найважливіших елементах рухів і дій, що вивчаються, яка у дітей означеної нозології є недостатньо розвиненою.

Враховуючи актуальність і мету дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Визначити стан сформованості психомоторики у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна.
2. Розкрити особливості використання засобів рухової діяльності в процесі корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час.
3. Розробити засоби і методи корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час у процесі рухової діяльності.

У відповідності з метою і завданнями дослідження був розроблений план дослідно-експериментальної роботи, який включав два етапи.

Констатувальний етап. Метою даного етапу було визначення стану психомоторики та її компонентів у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку з метою подальшого використання отриманих результатів в розробці засобів і методів корекції психомоторних порушень дітей означеної нозології. На цій стадії експерименту застосовувалися різні методики педагогічного дослідження, метою яких було виявлення рівня розвитку

психомоторики та її компонентів у дітей з інтелектуальними порушеннями.

Формувальний етап. Метою даного етапу була розробка засобів і методів корекції психомоторної сфери у здобувачів початкової освіти з ППР в позаурочний час у процесі рухової діяльності.

На етапі констатувального експерименту було проведено дослідження стану розвитку порушень психомоторики у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна. Даний етап експерименту був виконаний на базі комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Дубівської сільської ради Ковельського району Волинської області.

Для розробки методики визначення стану психомоторики та її компонентів у дітей з синдромом Дауна проаналізовано літературу з теорії та методики фізичного виховання учнів означеної нозології. Методологічною основою кваліфікаційного дослідження є теорія наукового пізнання, системний підхід до вивчення явищ і процесів, основні положення теорії і методики фізичного виховання та спорту.

Вивчення стану розвитку психомоторики та її компонентів у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна відбувалось за допомогою тестування, яке передбачало використання стандартизованих завдань для оцінки рівня розвитку психомоторики. Тестування дозволило:

- оцінити стан розвитку психомоторики дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна;
- виявити зміни у розвитку психомоторики даних дітей протягом експериментального дослідження.

У дослідженні були використані тести, які пройшли експериментальну перевірку і математичне обґрунтування на валідність, надійність та перевірені часом.

При обстеженні дітей з синдромом Дауна використовувалися *тести діагностування пізнавальних можливостей та сенсорики* даних дітей молодшого шкільного віку, та тести, результати яких є інтегративними показниками розвитку психомоторних здібностей.

Для забезпечення кращого розуміння обстежуваними змісту та вимог тестових завдань, використовувалася комплексна підготовча методика. Спочатку для роз'яснення проводилася демонстрація ходу виконання тесту на схожих прикладах, аби зміст завдання був максимально зрозумілим. Обстежуваним також надавалася змога попередньо спробувати виконати аналогічне завдання, що дозволяло закріпити процедуру на практиці. З метою підвищення ефективності демонстрацій та пояснень до процесу активно залучалися здобувачі освіти, які вже добре засвоїли процедуру виконання завдання, що дозволяло іншим краще зрозуміти зміст і вимоги. Крім того, у деяких випадках, зокрема при дослідженні сенсорики, учень, який мав виконувати завдання наступним, отримував можливість стежити за ходом виконання тесту своїм попередником.

Психологічне тестування дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна мало на меті визначити рівень розвитку когнітивних здібностей, що лежать в основі ідеомоторної складової психомоторики. Саме увага, мислення та пам'ять пов'язують сприйняття і дію для формування руху.

Рівень розвитку мислення визначили за допомогою модифікованого варіанту методики використання плоских карток. Вона дозволяє виявити рівень розвитку розумових операцій на матеріалі, що не вимагає безпосереднього використання словесного мовлення при виконанні завдання.

При адаптації методик, що застосовувалися для визначення рівня розвитку психомоторики дітей з синдромом Дауна, враховувалися особливості розвитку їх мислення, тому окремі діагностичні проби дещо спрощувались. Так, при дослідженні мислення застосовувався модифікований варіант методики Косса, у якому кубики були замінені плоскими картками. Зважаючи на низький рівень стійкості уваги і швидкої втомлюваності, для дослідження глибини зору обрався варіант тестового випробовування з найменшою рекомендованою кількістю повторень контрольного завдання, а при дослідженні рухової пам'яті засвоєним вважалось двічі поспіль правильне виконання рухового завдання.

Для проведення тесту використовувались: набір квадратів – 10 чорних (а), 10 пофарбованих навпіл (б), 10 білих (в); сітка для допомоги при складанні складних фігур; зразки простих та складних фігур. З розкладених на столі карток дитина, відповідно до зразків, по чергово складала орнаменти у порядку збільшення їх складності (від № 1 до № 10). На складання фігур № 1–6 відводилося по 60 с., на відтворення фігур № 7–10 – по 120 с.

Результати тестування оцінювалися за часом витраченим на складання одного орнаменту. Якщо дитина витрачала на вирішення завдання менше передбаченого умовами тестового випробування часу, то це свідчило про високий рівень розвитку наочно-образного мислення.

Для більшої інформативності даного тесту окремо оцінювали тривалість відтворення простих та складних фігур. Результати тестування показали, що діти відтворюють прості фігури за $84,2 \pm 14$ с. Складні фігури діти відтворювали за 283 ± 26 с. Результати дослідження когнітивної сфери у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку представлені у таблиці 2.1.

При дослідженні уваги нами оцінювалися такі її характеристики як стійкість, рівень концентрації та вибірковість.

Рівень розвитку стійкості уваги визначали за допомогою коректурної проби (додаток В).

За сигналом учень у бланку буквеної коректурної проби закреслював обумовлену літеру – «В». Робота тривала 5 хв.

Результати тестування оцінювалися за кількістю переглянутих обстежуваним літер, пропущених елементів, неправильно закреслених елементів.

Таблиця 2.1

Дослідження когнітивної сфери у дітей з синдромом Дауна
на етапі констатувального експерименту

Когнітивні здібності	Статистичні показники			
	x	S	min	max
Відтворення простих фігур (с)	84,2	14	61	117
Відтворення складних фігур (с)	283	26	194	341
Стійкість уваги (у.о.)	195,7	22	153	268
Концентрація уваги (бали)	5,7	0,4	4,1	6,2
Вибірковість уваги (бали)	5,6	3,2	15	5
Образна пам'ять (у.о.)	1,4	0,3	0	1,6
Короткочасна пам'ять (у.о.)	4,5	0,3	3	5,6
Рухова пам'ять (к-сть повторень)	10,2	1,68	6	18

Рівень концентрації уваги визначили за допомогою бланк-тесту П'єрона–Рузера. Досліджуваному пропонувалося на бланку (додаток Г) із зображеними на ньому геометричними фігурами – квадратом, трикутником, колом та ромбом, за сигналом, розставляти якомога швидше і точніше у кожній фігурі, по рядках зліва направо, такі знаки: у квадрат – плюс, у трикутник – мінус, у коло – нічого, у ромб – крапку. Виконання тесту розпочиналося за сигналом і тривало 1 хв.

Результати тестування оцінювалися за кількістю правильно заповнених обстежуваним геометричних фігур та допущених помилок. Рівень концентрації уваги визначався за таблицею (табл. 2.2). Якщо учень у ході тестування помилився 1–2 рази, то його результат знижувався на ранг, якщо 3–4 – на два ранги, допустив більше 4-х помилок – на три ранги.

Таблиця 2.2

Визначення рівня концентрації уваги

Число опрацьованих фігур	Ранг	Рівень концентрації уваги
100	1	Дуже високий
91–99	2	Високий
80–90	3	Середній
65–79	4	Низький
64 і менше	5	Дуже низький

Результати тестування концентрації уваги становили $5,7 \pm 0,4$ бали та оцінюються відповідно, як дуже низькі. Загалом, дуже низьким рівнем розвитку стійкості уваги характеризуються 58,8 % учнів, низьким рівнем 23,6 %, середнім та високим рівнями – 17,6 %.

Буквені коректурні проби використовувалися для оцінки стійкості уваги дітей з інтелектуальними порушеннями. Так коефіцієнт продуктивності дорівнював $195,7 \pm 22,0$ одиниці та характеризувалися широким розмахом результатів. Максимальний результат становив 268 одиниць, а мінімальний – 153.

Рівень розвитку вибіркової уваги визначали використовуючи тестовий бланк з рядками букв та прихованими поміж ними словами. Спочатку дітям надавалася можливість пробного виконання даного випробування зі зміненим набором прихованих слів (додаток Д). У тесті основного випробування було приховано 25 слів, які потрібно було відшукати і підкреслити. Фіксувався час виконання завдання. Тест оцінювався за часом виконання завдання і кількістю пропущених слів з використанням шкали оцінок. Від кількості балів визначених за шкалою за кожне пропущене слово віднімався один бал.

Згідно результатів дослідження за допомогою тестового бланку з рядками букв та прихованими поміж ними словами, показники вибіркової уваги $5,6 \pm 3,2$ бали, що якісно дорівнює низькому рівню розвитку. Загалом усі

досліджувані характеризувалися низьким рівнем розвитку вибіркової уваги.

Жоден з обстежуваних учнів не набрав тієї кількості балів, яка б відповідала високому рівню розвитку вибіркової уваги.

Зорову образну пам'ять вивчали, використовуючи тест «Впізнавання фігур», запропонований Т. Рибаківим. Обстежуваному протягом 10 с. демонстрували бланк А на якому зображено дев'ять різних фігур з установкою запам'ятати їх. На бланку Б, де усі схематичні фігури з бланку А розкидані серед інших чотирнадцяти, випробуваний відшукував фігури, котрі він запам'ятав (додаток Е). Ідеальний коефіцієнт впізнавання дорівнює одиниці, тому чим ближчі результати випробуваного до одиниці, тим краще функціонують процеси впізнавання пред'явленого матеріалу. Результати дослідження свідчать, що коефіцієнт впізнавання у дітей з інтелектуальними порушеннями становив $1,4 \pm 0,3$ од.

Стан розвитку рухової пам'яті визначали за допомогою тестової вправи на запам'ятовування. Обстежуваному пропонували запам'ятати та виконати три вправи координаційні сполучення рухів у яких незвичайні для побутової діяльності, що унеможлиблює вплив рухового досвіду на якість виконання тестового завдання (додаток Ж).

Вправа № 1 має циклічний характер з перехресною координацією. Вона виконується зі зміною площини. При оцінюванні результатів підраховували кількість спроб, витрачених на вивчення вправи. Вправа вважалася вивченою, якщо вона виконувалася правильно два рази поспіль. Учням для засвоєння таких рухових дій необхідно було виконати $10,2 \pm 1,68$ повторення. Результати даного випробування у дітей не повторювались.

Об'єм короткочасної пам'яті визначали за методикою Джекобсона. Випробування складається з чотирьох серій. У кожній серії дитині демонстрували один з наборів цифрових рядів (додаток З). Елементи рядів пред'являли з інтервалом 1 с. Через 2–3 с. після демонстрації кожного ряду, за жестовим сигналом, обстежуваний на аркуші паперу відтворював елементи ряду в послідовності, з якою вони пред'являлися. У кожній серії, незалежно від

результату тестування, зачитуються сім рядів. Інтервали між серіями становили 6–7 хв. Для аналізу результатів тестування (додаток 3) користувалися шкалою оцінок рівнів обсягу короткочасного запам'ятовування (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Шкала оцінки рівня розвитку короткочасного запам'ятовування

Коефіцієнт обсягу пам'яті (Пк)	Рівень короткочасного запам'ятовування
10	Дуже високий
8–9	Високий
7	Середній
6–5	Низький
3–4	Дуже низький

Нормою для дітей 7–8 років є об'єм короткочасної пам'яті, що відповідає 5–9 одиницям. Коефіцієнт об'єму пам'яті учнів відповідав $4,5 \pm 0,3$ балам, що є низьким рівнем її розвитку. Дуже низьким рівнем розвитку короткочасної пам'яті характеризуються 64,7 % обстежених. У решти учнів коефіцієнт об'єму пам'яті відповідає низькому рівню. Жоден з обстежуваних дітей не характеризувався середніми, високими чи дуже високими показниками стану досліджуваного когнітивного компоненту.

Результати тестувань компонентів когнітивної сфери учнів з інтелектуальними порушеннями виявилися неоднорідними. Більш однорідною була група учнів за показниками розвитку рухової пам'яті, образної пам'яті та часом відтворення простих фігур. Найменш варіабельними виявилися результати дослідження короткочасної пам'яті та стійкості уваги, тестуванні концентрації уваги та при відтворенні складних фігур.

Враховуючи характерні для здобувачів початкової освіти з синдромом Дауна особливості емоційно-вольової сфери (вразливість, збудливість, імпульсивність, емоційна нестабільність) під час проведення дослідження виявляли максимальну доброзичливість до дитини, а вдалу дію заохочували

позитивними оцінками, похвалою. Тестування носило індивідуальний характер.

Завдання передбачені випробуванням виконувалася почерговим або груповим способом.

Педагогічне тестування передбачало виявлення здатності точно виконувати рухові дії, як інтегративного показника розвитку психомоторики, для цього використовували тест на влучність кидків тенісним м'ячем. Учасник тестування виконує 10 кидків тенісного м'яча ведучою рукою у мішень діаметром 100 см з п'ятьма концентричними кільцями всередині через кожні 10 см. Центр мішені знаходився на висоті 150 см. над рівнем підлоги, а відстань до мішені становила 300 см. Кільця мішені позначалися від периферії до центру цифрами 1, 2, 3, 4, 5. Оцінка складалась із суми балів набраних у 10 спробах.

Для визначення рівня розвитку психомоторики використовували семиметровий тест. Обстежуваному пропонувалось із зоровим контролем руху пройти звичним для нього кроком відрізок шляху довжиною 7 метрів, відзначений двома лініями, запам'ятовуючи просторово-динамічні характеристики проходження дистанції. Далі, з вихідної позиції – носки на першій лінії, учасник дослідження намагався пройти семиметрову відстань без зорового контролю. Виконувалося 10 спроб. Після кожної з них фіксувалася величина похибки (зупинка перед або за семиметровою лінією) та аналізувалися недоліки виконання завдання (надмірне напруження, значне відхилення від оптимальної траєкторії руху, сповільненість чи прискореність ходи у порівнянні зі звичним темпом, невпевненість). Оцінювалася середня величина похибки відтворення семиметрової дистанції.

Ритм є обов'язковою умовою ефективності рухів. Відчуття ритму, як результат поєднання сенсорних, психологічних та механічних можливостей людини визначалося за допомогою тесту «Спринт у заданому ритмі», який пропонує використовувати Л. Сергієнко [39]. Спочатку учасник тестування пробігає з максимальною швидкістю дистанцію 30 м. Час фіксується з точністю до 0,1 с. Потім він пробігає знову таку ж дистанцію, але із розміщеними на ній

11 гімнастичними обручами діаметром 60 см. Результатом виконання тесту є різниця між часом пробігання першої та другої дистанцій. Результати виконання інтегративних психомоторних тестів заносились у протоколи досліджень (додаток И).

Результати семиметрового тесту здобувачів освіти з синдромом Дауна свідчать, що похибка при виконанні даного випробування складає $42,1 \pm 7,8$ см. Результати дослідження точності виконання метань у вертикальну ціль – другого інтегративного тесту на виявлення стану психомоторики, свідчать, що у дітей з синдромом Дауна середньостатистичний показник становить $38 \pm 1,5$ бала, найчастіше у групі дітей фіксували результат у 35 балів. Визначення відчуття ритму – ще одного інтегративного показника розвитку психомоторики у обстежуваних учнів показало, що час подолання дистанції з умовою дотримання певної ритмічної структури бігу та з максимальною швидкістю становив $2,7 \pm 0,32$ с. Результати виконання інтегративних психомоторних тестів представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Показники стану розвитку психомоторики у дітей з синдромом Дауна на етапі констатувального експерименту були:

Інтегративний показник стану психомоторики	Статистичні показники			
	x	S	min	max
Семиметровий тест (см)	42,1	7,8	26,5	75,4
Точність (очки)	38	1,5	34	45
Відчуття ритму (с)	2,7	0,32	2	3,7

Об'єктами внутрішнього безперервного педагогічного спостереження динаміка вирішення завдань етапів експериментальної методики розвитку психомоторики дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку на уроках фізичної культури; реакція організму учнів на фізичні, сенсорні та психічні навантаження;

- емоційний стан учнів;
- якість виконання вправ, спрямованих на вдосконалення компонентів, що лежать в основі психомоторної діяльності;
- доступність тестових випробувань на визначення рівня розвитку психомоторики та її компонентів 6–9-річних учнів з синдромом Дауна.

Результати педагогічного спостереження дали змогу визначити: тривалість етапів розвитку психомоторики учнів 6–9-річного віку з синдромом Дауна; величини навантажень засобів впливу на компоненти психомоторики, до дозування яких у літературі немає чітких рекомендацій; засоби впливу на психомоторику адекватні функціональним, руховим та психічним можливостям учнів з синдромом Дауна; оптимальні способи передачі та отримання інформації у процесі розвитку психомоторики на корекційних заняттях в позаурочний час; педагогічні умови реалізації експериментальної методики.

Таким чином, результати констатувального експерименту показали, що у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку рівень розвитку вибіркової уваги є низьким, концентрації уваги – дуже низьким, стійкості уваги – недостатнім. Визначений коефіцієнт впізнавання свідчить про низький рівень розвитку образної пам'яті, а коефіцієнт об'єму короткочасної пам'яті відповідає дуже низькому рівню. Дослідження стану мислення виявило недостатній рівень розвитку процесів аналізу та синтезу у даного контингенту учнів. Стан окремих компонентів когнітивної сфери характеризується, як незадовільний. Зафіксовано порушення функціонування вестибулярного аналізатора.

Отримані результати констатувального етапу дослідження вказують на необхідність впровадження в процес корекційних занять дітей з синдромом Дауна в позаурочний час ефективних засобів для корекції психомоторних порушень дітей означеної нозології.

2.2. Зміст і методи корекції психомоторної сфери дітей з синдромом Дауна у процесі корекційних занять в позаурочний час

Порушення психомоторної сфери у дітей з синдромом Дауна, які виявлені на етапі констатувального експерименту, вказують на необхідність впровадження в процес корекційних занять даних дітей ефективних засобів для корекції порушень психомоторної сфери в учнів означеної нозології.

Формувальний етап. Метою даного етапу була розробка засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку в позаурочний час у процесі рухової діяльності.

Даний етап експерименту відбувався на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Дубівської сільської ради Ковельського району Волинської області з листопада 2024 р. по червень 2025 р. У дослідженні приймали участь 7 здобувачів освіти віком 6–9 років. До експериментальної групи (ЕГ) увійшли 4 дітей молодшого шкільного віку, до контрольної (КГ) – 3 дітей аналогічного віку.

Протягом формувального етапу експерименту з дітьми експериментальної групи у позаурочний час проводились корекційні заняття на яких використовувались фізичні вправи, змістом яких були розроблені засоби і методи корекції психомоторних порушень, три рази на тиждень по 30 хв. Діти контрольної групи займалися фізичними вправами за стандартною програмою.

В ході формувального етапу експерименту було проведено 34 заняття, які передбачали комплексний розвиток сенсорних систем та когнітивних елементів у ході кожного корекційного заняття у позаурочний час для дітей з інтелектуальними порушеннями, зокрема з синдромом Дауна. До змісту експериментальних занять входили наступні комплекси вправ: стройові вправи; гімнастичні вправи; вправи з предметами; прикладні вправи, які стимулювали розвиток вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів; лазіння і перелазіння; акробатичні вправи; легкоатлетичні вправи; спортивні і рухливі ігри; засоби психічного вправляння; засоби дихальної гімнастики (додаток К).

Розвиток психомоторики дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку в ході корекційних занять в позаурочний час засобами рухової діяльності відбувався у кілька етапів:

1. Інформаційно-ознайомлювальний етап.
2. Етап виокремленого розвитку елементів психомоторики.
3. Етап вдосконалення міжфункціональних взаємодій у структурі компонентів психомоторики.

Впродовж інформаційно-ознайомлювального етапу вирішували наступні завдання:

- створити уяву про психомоторику, функції та можливості аналізаторів та когнітивних елементів;
- ознайомити із дихальною гімнастикою та гімнастикою для очей. Навчити правильному диханню та вправам гімнастики для очей. Сформувати навички їх самостійного використання;
- сприяти розвитку базових сенсорних та пізнавальних можливостей.

Формуючи у дітей уяву про психомоторику та її структуру, ознайомили зі значенням самого поняття, розширили словниковий запас, озброїли їх новими поняттями та термінами необхідними для свідомого впливу на елементи психомоторної сфери та організації процесу фізичного виховання спрямованого на розвиток психомоторики, формували свідоме ставлення до психомоторного розвитку. Спираючись на досвід дітей, за допомогою окремих прикладів та експериментів, демонстрували функціональні можливості кожного з аналізаторів та можливості пізнавальної діяльності. Також, на даному етапі, ознайомили із видами дихання, формували навички правильного дихання, ознайомлювали з елементами гімнастики для очей, зокрема, вправами, що сприяють підвищенню рівня функціонування зорового аналізатора, прискорюють протікання відновних процесів та сприяють оптимізації роботи м'язового апарату ока.

Впродовж заняття, за допомогою засобів фізичного виховання (шикувань, перешикувань, стройових вправ, ЗРВ) розвивали пізнавальну та сенсорну

діяльність. Стройові вправи на даному етапі були серед основних засобів впливу на елементи психомоторики (на наступних етапах – як допоміжні). Для впливу на елементи психомоторики в рамки заняття фізичним вихованням включалися психологічні засоби розвитку сенсорики та когнітивної сфери. Психологічні завдання виконувались окремо від фізичних вправ у всіх частинах заняття під час організаційних моментів, пауз для відпочинку, спеціальних 5–10-хвилинних блоків.

Значну увагу на даному етапі приділяли розвитку наочно-образного мислення, що лежить в основі логічного мислення. Використання на початковому етапі окремих спеціальних психологічних завдань розвитку когнітивних елементів та сенсорики, з огляду на недостатній рівень їх розвитку у дітей з інтелектуальними порушеннями, дало можливість повноцінного сенсорного та когнітивного тренування на наступних етапах в ускладнених умовах, що супроводжують рухову діяльність (підвищені навантаження на дихальну та СС системи, втома, одночасна активація декількох елементів психомоторики, різні види взаємодій між учнями).

Завданням етапу виокремленого розвитку елементів психомоторики було:

- цілеспрямовано розвивати окремі когнітивні, сенсорні та моторний компоненти, що лежать в основі психомоторної діяльності.

Спеціальні психологічні засоби впливу на сенсорику та когнітивну сферу були адаптовані до умов та застосовувалися паралельно з виконанням фізичних вправ, засвоєнням нової інформації (вирішенням освітніх завдань), включались у зміст рухливих ігор і естафет. У рамках виконання однієї вправи здійснювався вплив переважно на один компонент психомоторної діяльності.

У рамках усіх етапів розвитку психомоторики дітей з синдромом Дауна у підготовчій частині занять вирішувалися завдання психоемоційного налаштування на вид діяльності, яка була змістом заняття. Активувалася діяльність сенсорних систем та когнітивних елементів (зв'язок з минулим заняттям та уроками фізичної культури), повторювалися та вивчалися слова чи вирази (назви приладів, спеціальні терміни, поняття і т.ін.), що будуть активно

використовуватися при виконанні вправ, виконувалися нескладні спеціальні психологічні завдання.

В основній частині заняття поряд з вихованням фізичних якостей, у відповідності до завдань формувального етапу експерименту, здійснювався цілеспрямований розвиваючий вплив на психомоторику та її компоненти.

У рамках включених у основну частину 5–10-хвилинних блоків розвивали ті елементи психомоторики, які у зв'язку з особливостями навчальної програми, не зазнавали впливу, або міра впливу була недостатньою. У ході першого етапу психомоторного розвитку вправи окремого блоку виконувались у першій половині заняття, а на двох наступних етапах – у другій.

У заключній частині заняття вирішували завдання розвитку психомоторики за допомогою засобів з мінімальними навантаженнями на серцево-судинну, дихальну системи та опорно-м'язовий апарат, сприяли зняттю зайвого напруження та оптимізації діяльності сенсорики та когнітивної сфери.

Використання таких завдань-атракціонів, як перенесення предметів у різний спосіб (палицю на двох інших палицях, м'ячиків на дощечці), балансування предметами (м'ячем, гімнастичною палицею), кидання предметів у ціль (м'ячів у кошик, кілець на палицю) сприяло розвитку м'язових та тактильних відчуттів, окоміру, вестибулярного аналізатора, уваги.

Подолання смуги перешкод у залежності від включених елементів, надавало можливості комплексного впливу на компоненти психомоторики, сприяло формуванню міжфункціональних сенсорних та когнітивних взаємодій.

Зміст ігор та основні елементи естафет доцільно не змінювати впродовж декількох занять. Це дає змогу закріпити вивчений матеріал, створити атмосферу змагання між командами-учасницями, налагодити взаєморозуміння у командах через активізацію вербального та невербального спілкування, покращити розуміння вимог естафети та знизити дію негативних особливостей психіки дітей з інтелектуальними порушеннями (уповільнене розуміння завдань естафети, нетривала концентрація уваги, погане запам'ятовування умов

та правил гри). У зміст естафет включали завдання, що вимагають здійснення складних рухових локомоцій, на влучність та з маніпуляціями предметами, які позитивно впливають на розвиток м'язового аналізатора, тактильних відчуттів і вищих нервових процесів, а також завдання, що вимагають групових та командних взаємодій. Як етапи естафет виконували спеціальні психологічні завдання, які сприяли активації когнітивного чи сенсорного компоненту психомоторики.

Зміст рухливих ігор, що використовувався для впливу на психомоторику, були спрямовані на стимулювання елементів, що лежать в основі психомоторної діяльності. Необхідність розвитку у даного контингенту учнів тактильних відчуттів кисті та м'язових і суглобових відчуттів, переважно верхніх кінцівок, зумовлював використання рухливих ігор, які вимагали високого рівня координованості рухів рук, чіткості та точності виконання маніпуляцій з ігровими предметами, а також передбачали утримання певної пози, утримання рівноваги. Розвитку пропріорецепції сприяли такі рухливі ігри: «Мисливці», «Квач з м'ячем», «М'яч у колі», «Пень», «Влуч у м'яч», «Влуч у ціль», «Снайпери», «Збережи рівновагу», «Повзун», «Два кола», «Літаючий м'яч». З метою удосконалення тактильного відчуття використовували ігрові завдання з підвищеними вимогами до моторики рук: з маніпуляціями дрібними предметами – «Горобці», «Троє поросят»; з передачею предметів в умовах обмеження часу – «Обертання кілець», «Будівельники».

Розвитку вестибулярного аналізатору сприяли ігри типу «Кругова гилка», «Встигни зайняти місце», «Спритні і влучні», «Боротьба за м'яч». Широко використовувались естафети з елементами утримання рівноваги: «Естафет в колі», «Зустріч на колоді», «Переправа ланцюжком».

Вплив на зоровий аналізатор здійснювався через використання ігор з декількома м'ячами, з декількома квачами чи ведучими, з незвичними обмеженнями простору: «Мисливці та качки», «Перестрілка», «Два м'ячі».

Такі рухливі ігри як «М'яч сусідів», «Дружно в ціль» активізували

мислення. Розвитку пам'яті сприяли ігри «Швидко по місцях!», «Естафета з викликом номерів». Учні із синдромом Дауна розвивають увагу в іграх: «До своїх прапорців!» «Палиця, що падає», «Вибивай з кола», «Карлики і велетні», «Заборонений рух». Рольові ігри, що є одним із засобів розвитку мислення, не досить цікаві дітям даного віку, а також вимагають багато часу на засвоєння їх правил учнями даної нозології. Тому, з метою розвитку мислення застосовувались ігри із нескладним сюжетом, такі як «Совонька», «Голки», «Квіти і вітер», що активізували мисленні процеси без значного рольового навантаження, або безсюжетні ігри типу «З двома м'ячами назустріч».

Критерієм достатності вправ при розвитку функцій аналізаторів були фактори на які впливає Perezбудження чи виснаження конкретного аналізатора. Так, при удосконаленні вестибулярного аналізатора про достатність навантаження свідчили: легке запаморочення, порушення координації, нудота, збліднення шкіри; при впливі на зоровий аналізатор: зниження уваги, часте потирання очей рукою, прижмурювання, дезорієнтація; при стимулюванні розвитку пропріорецептивних відчуттів: зниження ефективності (результативності, точності) роботи (допущення 3 помилок поспіль), знервованість після виконання вправи; при вдосконаленні тактильної чутливості: зниження результативності виконання вправ з підвищеними вимогами до тактильних відчуттів (нездатність результативно виконати завдання 2–3 рази поспіль).

Тривалість рухливих ігор, а також елементів спортивних ігор з цілеспрямованим акцентованим впливом на компоненти психомоторики та вдосконалення міжфункціональних взаємодій у їх структурі становила 3–5 хв. у залежності від їх інтенсивності та емоційного стану учнів.

Тривалість та кількість виконання дихальних вправ та вправ, що оптимізують діяльність зорового аналізатора, що використовувались у процесі психомоторного удосконалення, визначали спираючись на поради авторів відповідних методик.

Для отримання ефекту від мобілізуючого, заспокійливого та

відновлювального дихання достатнім було виконання 3–5 дихальних актів.

Вправи для формування навичок довільного розслаблення та напруження м'язів полягали у чергуванні напруження протягом 2–3 с. та наступним розслабленням протягом 2 с. Тривалість таких вправ становила 1–2 хв.

Важливим компонентом регулювання фізичного навантаження у процесі розвитку психомоторики була інтенсивність фізичних вправ. Методика розвитку психомоторики передбачала використання спеціальних засобів зміст яких стимулював прояв елементів психомоторики учнів і не висував завищених вимог до функціонування їх кардіораспіраторної системи. Величина ЧСС при виконанні спеціальних вправ була у таких межах, щоб відповідне навантаження сприяло розвитку психомоторики та водночас забезпечувало оздоровчий вплив на організм учнів з інтелектуальними порушеннями. Таким чином, згідно рекомендацій науковців максимальна ЧСС учнів з інтелектуальними порушеннями на заняттях з фізичної культури не перевищувала 160–170 уд/хв. У середині заняття пульс учнів був не більше, ніж на 25 % (20–25 уд/хв.) вище, порівняно з показниками до початку заняття. Наприкінці уроку ЧСС зменшувалася до 90–100 уд/хв.

У процесі удосконалення проявів пізнавальної діяльності відбувалось ускладнення спеціальних вправ спрямованих на їх розвиток через введення додаткових умов. Так, підвищення вимог до мнемічного компоненту психомоторної діяльності здійснювалось через:

- збільшення кількості об'єктів запам'ятовування;
- збільшення часу між запам'ятовуванням та відтворенням;
- використання збиваючих факторів під час запам'ятовування;
- зменшення часу запам'ятовування об'єкту.

Складність вправ на розвиток мислення підвищували шляхом:

- збільшення кількості об'єктів мисленнєвих операцій;
- збільшення кількості вимог для успішного виконання вправи;
- зменшення часу виконання вправи;
- збільшення кількості невідомих змінних.

Підвищення складності вправ на розвиток уваги відбувалося через:

- зміну швидкості переміщення, зменшення розміру та збільшення кількості об'єктів, що є предметом спостережень;
- збільшення тривалості виконання завдань, що потребують значної концентрації уваги;
- використання збиваючих факторів (включення у завдання додаткових об'єктів, спостереження з паралельним виконанням інших завдань).

Варіювання складності виконання завдань спрямованих на розвиток сенсорики відбувалося через виконання завдань на фоні навантажень, характер чи інтенсивність яких пригнічує або стимулює діяльність відповідних аналізаторів. Для м'язового аналізатора стимулюючими є вправи швидкісного характеру та вправи на гнучкість, а пригнічують пропріорецептивні відчуття вправи на розвиток витривалості та силові навантаження. На діяльність зорового аналізатора характер вправ не справляє суттєвого впливу, втім, дещо посилюється його функціонування внаслідок навантажень швидкісного характеру.

Зважаючи на вищезазначене, на початковому етапі розвитку психомоторики вплив на руховий та вестибулярний аналізатори здійснювали у підготовчій частині заняття та на початку основної, на фоні вправ швидкісного та швидкісно-силового (7–15 с.) характеру або після вправ на розтягування. На даному етапі місце засобам розвитку зорового аналізатора та тактильних відчуттів відводилось у другій половині заняття, а на етапах виокремленого розвитку компонентів психомоторики та вдосконалення міжфункціональних взаємодій – в усіх частинах заняття, так як відомостей про зв'язок характеру навантажень та рівнем функціонування даних аналізаторів не виявлено.

В процесі розвитку психомоторики, втома, що виникає у дітей з синдромом Дауна навіть після незначних навантажень, значно знижує ефективність впливу засобів розвитку компонентів психомоторної діяльності. Тому, характер та тривалість відпочинку є важливими елементами методики розвитку психомоторики.

Тривалість відпочинку між вправами для розвитку елементів психомоторики залежала від інтенсивності ознак фізичної, психічної та сенсорної втоми. Якщо завдання на розвиток психомоторики виконувалися з низькою інтенсивністю, то основним критерієм тривалості відпочинку виступала емоційна готовність до виконання наступної вправи. Характер відпочинку у такому випадку був активним. Його зміст формували вправи на відновлення діяльності тих аналізаторів відносно яких здійснювався вплив.

Якщо завдання для розвитку психомоторики включались у зміст фізичних вправ середньої та високої інтенсивності, то поряд з суб'єктивними факторами враховувалося також відновлення ЧСС. У такому випадку тривалість пауз для відпочинку, відповідно до рекомендацій спеціалістів у галузі фізичного виховання дітей з інтелектуальними порушеннями, становили від 1 до 2–3 хв., що забезпечувало відновлення працездатності, а також сприяло формуванню оптимального психологічного настрою учнів для ефективного виконання наступного завдання. Характер відпочинку у такому випадку був змішаний, або пасивний. Під час змішаного відпочинку, відповідно до попереднього навантаження, використовували дихальні вправи, ходьбу, потягування, вправи на розслаблення. Пасивний відпочинок заповнювали аналізом виконання попередньої вправи та поясненням вимог до виконання наступної.

На заключному етапі психомоторного розвитку паузи для відпочинку між фізичними вправами мали переважно активний характер. У їх зміст включалися нескладні сенсорні та інтелектуальні завдання.

Вплив на елементи психомоторики здійснювався також і під час розвитку фізичних якостей. Так, при вихованні фізичних якостей методом безперервної вправи, використовувалися прийоми, що стимулюють прояв компонентів психомоторної діяльності. Використання методу комбінованої вправи при тренуванні фізичних якостей за допомогою раніше засвоєних засобів, забезпечувало формування незвичного координаційного поєднання, що стимулювало діяльність сенсорних та когнітивних компонентів.

При застосуванні методу колового тренування, у комплекс вправ

включалися станції з інтелектуальними чи сенсорними завданнями, що сприяло відпочинку між станціями з акцентованим фізичним навантаженням. При коловому тренуванні оптимізувалося використання обмеженої кількості спеціального сенсорного обладнання чи карток з інтелектуальними вправами.

У процесі реалізації комплексу вправ для корекції психомоторних порушень у дітей з синдромом Дауна переважно використовувався фронтальний метод організації діяльності, що було обумовлено невеликою кількістю учнів та необхідністю підвищення моторної щільності заняття.

Використані практичні методи реалізовували через методичні прийоми, які забезпечують активізацію діяльності сенсорних систем та когнітивної сфери у процесі корекційних занять дітей з синдромом Дауна. Так, унаслідок використання одного і того ж прийому при виконанні різних вправ відбувався цілеспрямований вплив на конкретний компонент психомоторики. І навпаки, використовуючи один і той самий засіб, змінюючи при цьому методичні прийоми, сприяли розвитку різних компонентів сенсорики чи компонентів когнітивної сфери. Одночасне застосування декількох прийомів під час використання певного засобу сприяло налагодженню міжфункціональних взаємодій у структурі психомоторної діяльності.

Методичні прийоми, що використовувались у процесі реалізації комплексу вправ для корекції психомоторних порушень, за об'єктом впливу мали як специфічний, так і загальний характер. До першої групи належали ті способи виконання фізичних вправ, використання яких стимулювало діяльність окремих компонентів психомоторики. Дія інших стосувалась окремих груп психомоторних компонентів та їх взаємодії.

Методичні прийоми комплексного впливу на когнітивну сферу учнів з інтелектуальними порушеннями молодшого шкільного віку в процесі психомоторного удосконалення:

- виконання пізнавальних операцій на фоні втоми;
- самоаналіз і самоконтроль рухової діяльності;
- використання гетерохронних груп;

- включення у рухові завдання додаткових елементів, що несуть інтелектуальне навантаження;
- використання міжпредметних зв'язків.

Стимулювання розвитку елементів психомоторики у процесі ігрової та змагальної діяльності відбувалося через вплив на інтелектуальну сферу учнів (вдосконалювалося розуміння про якість, кількість, об'єм предметів, простір та час), когнітивні компоненти, активізацію міжособистісного спілкування, формування оптимальних умов для сенсорного вдосконалення.

Використання змагального методу сприяло вдосконаленню функціонування компонентів психомоторної діяльності через формування позитивного психоемоційного фону. Атмосфера змагання на позаурочних заняттях з фізичної культури дітей з інтелектуальними порушеннями створювалася через:

- використання рухливих та спортивних ігор, як форм комплексного активування компонентів психомоторики;
- співставлення результатів функціонування окремих компонентів психомоторної діяльності учнів;
- змагання за кращий приріст особистих результатів;
- порівняння досягнень класів у певних видах рухової діяльності.

У процесі реалізації експериментальної методики широко використовувалась опосередкована наочність. При застосуванні спеціальних психологічних вправ використовувались ілюстровані матеріали, що містили завдання для розвитку когнітивних компонентів психомоторики. Нескладні графічні та схематичні зображення фізкультурно- чи спортивно-освітнього характеру використовувалися для розвитку мислення, уваги та пам'яті.

Для розвитку елементів психомоторики у рамках корекційних занять в позаурочний час ефективним було широке використання умовних позначень, орієнтирів, світлових сигналів, позначень слідів від виконання вправ. Умовні позначення стимулювали мисленнєві процеси, активізували пам'ять. Використання світлових сигналів сприяло розвитку уваги. Різного роду

орієнтири, виконання вправ по позначених слідах від попереднього виконання формували особливі вимоги до зорового, вестибулярного та м'язового аналізаторів, вимагали постійної концентрації уваги.

Певні рухові порушення дітей з синдромом Дауна визначаються зниженим рівнем функціонування окремих елементів психомоторики. Тому, розвиваючи пропріорецептивний та вестибулярний аналізатори, як елементи сенсомоторної складової психомоторики, паралельно покращували відчуття рівноваги. До того ж, через розвиток м'язового аналізатора вдосконалювали здатність диференціювати зусилля, плавність, чіткість та точність рухів. Поряд з тим, розвиток тактильної чутливості рук покращував дрібні локомоції рук.

Розвиваючи моторний компонент психомоторики дітей з синдромом Дауна у процесі реалізації експериментальної програми, сприяли ефективнішому функціонуванню вегетативної системи, стабілізації емоційної сфери. Також корекція функціональних можливостей у процесі психомоторного розвитку відбувалася засобами дихальної гімнастики, використання якої сприяло збільшенню показників життєвої ємності легень, нормалізації нервової регуляції дихання, оптимізації діяльності серцево- судинної та дихальної систем.

У ході реалізації завдань формувального етапу експерименту як на елементи психомоторики здійснювався вплив на увагу, рухову пам'ять, суглобові та м'язові відчуття. Їх прояв є необхідним при використанні засобів формування стереотипу правильної постави.

Корекцію та профілактику порушень функціонування органу зору, як компонента сенсорної діяльності, проводили використовуючи засоби гімнастики для очей та вправ на розвиток центрального і периферичного зору, що підвищували рівень функціонування зорового аналізатора та оптимізували діяльність м'язового апарату ока.

Використовуючи стройові вправи, рухливі та спортивні ігри, лазіння та перелазіння, вправи з предметами, естафети у поєднанні з спеціальними методичними прийомами, покращували розвиток мислення, пам'яті та уваги, за

показниками яких діти з інтелектуальними порушеннями відстають від своїх здорових однолітків. Корируючий вплив на психоемоційну сферу мали такі елементи методики розвитку психомоторики як дихальні вправи, вправи на розслаблення, ігрова та змагальна діяльність, яскрава та незвична наочність, індивідуальний підхід до учнів, постановка адекватних завдань, елементи інтегрованого навчання, стимулююче оцінювання.

Реалізація принципу соціалізації передбачала засвоєння соціально-культурного досвіду, підготовку до самостійного життя в суспільстві, активну участь у різних видах корисної діяльності. Рухова активність, широке використання змагальної та ігрової діяльності найбільш ефективно сприяли психофізичному дозріванню та соціалізації дітей з синдромом Дауна. Ігровий та змагальний методи використовувалися при вирішенні завдань соціалізації. Соціалізуючий вплив здійснювався через закладені у ігрову та змагальну діяльність механізми розподілу ролей та функцій, підвищену відповідальність кожного члена команди за результат, через міжособистісну взаємодію (конкуренція, взаємодія, спілкування). Дотримання правил гри, результат змагання, взаємопідтримка, взаємовідповідальність сприяють правильному формуванню морально-етичних уявлень і понять у дітей з синдромом Дауна, адекватній самооцінці, виділенню особистісних якостей. Тому саме цим методам надавалась перевага при розвитку психомоторики.

Існує взаємозв'язок між реалізацією специфічних принципів фізичного виховання та рівнем психомоторного розвитку. Він зумовлений тим, що об'єктами через які реалізуються принципи корекції та компенсації є компоненти психомоторики, а залучення учнів до суспільного життя (набуття суспільного досвіду) стимулює психомоторний розвиток дітей з синдромом Дауна. У свою чергу, ефективна психомоторна діяльність сприяє реалізації принципів фізичного виховання, адже розвинена психомоторика є необхідною передумовою ефективної професійної діяльності, самодостатності у побуті, що у свою чергу є вагомим компенсуючим фактором, запорукою успішної соціалізації та інтеграції. Поряд з тим, корекція та компенсація сенсорних і

когнітивних порушень, викликаних затримкою психічного розвитку, а також налагодження міжфункціональних взаємодій між ними, у свою чергу сприяють покращенню психомоторної діяльності, рівень якої у дітей з синдромом Дауна є недостатнім.

Ефективність реалізації процесу корекції психомоторних порушень у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку значною мірою визначалась дотриманням педагогічних умов організації процесу корекційних занять, якими є:

1. Комплексний підхід до діагностики та розвитку психомоторики дітей з синдромом Дауна.
2. Забезпечення позитивного психологічного середовища.

Процес корекції психомоторних порушень у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку передбачав комплексний вплив на їх когнітивну сферу, сенсорику та моторику. Високий рівень розвитку цих елементів стане основою ефективного прояву окремих психомоторних здібностей.

При проведенні корекційних занять важливим є також емоційне забарвлення вправ, що підсилює позитивний вплив на різні центри головного і спинного мозку. Цьому сприяє використання ігрового методу у процесі корекційних занять дітей з синдромом Дауна.

Забезпечення позитивного ставлення до корекційних занять, як зазначають спеціалісти залежить від: особистості корекційного педагога; позитивного мікроклімату; оптимального макроклімату.

У рамках корекційних занять в позаурочний час ми намагалися сприяти зміні уявлень про рухову обмеженість учнів з синдромом Дауна, сформуванати у дітей почуття власної повноцінності використовуючи такі прийоми:

- застосування адекватних засобів, методів та методичних прийомів;
- широке використання індивідуального підходу;
- оцінка діяльності учнів на корекційних заняттях концентрувалася не на труднощах чи недоліках розвитку дітей з синдромом Дауна, а на їх можливостях.

З метою підвищення емоційності виконання фізичних вправ використовували: ігровий метод; вправи з незвичними предметами, у незвичних положеннях; яскраві та незвичні орієнтири та сигнали; вправи на розслаблення і розтягування.

Таким чином, розроблені засоби і методи корекції психомоторної сфери у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку в позаурочний час у процесі рухової діяльності передбачали комплексний розвиток сенсорних систем та когнітивних елементів у ході позаурочних занять. До змісту експериментальних занять входили групи вправ, які стимулювали розвиток вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів, використовувались з визначеним чергуванням видів рухової активності та з урахуванням стану дітей, які приймали участь у дослідженні, сприяли оздоровленню і корекції психофізичного розвитку дітей означеної нозології розвитку їхньої рухової активності.

2.3. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Основне завдання цього експериментального дослідження полягало в перевірці ефективності спеціально підібраних засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей із синдромом Дауна молодшого шкільного віку. Фокус був зроблений на корекційній роботі, що проводилася у позаурочний час і була інтегрована у процес рухової діяльності, дозволяючи оцінити вплив неформальних, цілеспрямованих фізичних вправ на покращення рухових навичок.

З цією метою були застосовані ті ж методики, що й під час констатувального експерименту, що дало можливість відстежити і порівняти динаміку змін, що відбулися впродовж дослідження у дітей з синдромом Дауна початкових класів за показниками розвитку психомоторики та її компонентів в процесі корекційних занять фізичними вправами у позаурочний час. Результати показників контрольної перевірки у дітей експериментальної групи виявилися вищими.

Порівняння даних переконливо доводять, що використання засобів, спрямованих на комплексний розвиток сенсорних систем та когнітивних елементів у ході кожного корекційного заняття в позаурочний час для дітей з синдромом Дауна, а саме стройових, гімнастичних вправ, вправ з предметами, прикладних вправ, які стимулювали розвиток вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів, лазіння і перелазіння, акробатичних вправ, легкоатлетичних вправ, спортивних і рухливих ігор, засобів психічного вправляння, дихальної гімнастики, позитивно вплинуло на психомоторний розвиток дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку.

По закінченню формувального експерименту було здійснена повторна оцінка розвитку психомоторики та її компонентів в учнів початкових класів з синдромом Дауна. При обстеженні зазначеної нозології використовувалися тести діагностування пізнавальних можливостей та сенсорики даних дітей молодшого шкільного віку, та тести, результати яких є інтегративними показниками розвитку психомоторних здібностей.

Результати досліджень когнітивної сфери учнів з синдромом Дауна впродовж експериментального дослідження наведено у таблиці 2.5. Вони свідчать про те, що після формувального етапу експерименту зміна показників у ЕГ була більшою ніж у КГ. Так вибірковість уваги у КГ покращилася на 0,7 бала (12,5 %), а у ЕГ – на 1,8 бала (32,1 %). Приріст результатів у обох групах на даному етапі спостерігався також за показниками концентрації уваги – на 0,9 бала (15,8 %) у КГ та 1,7 бала (29,8 %) в ЕГ, стійкості уваги, відповідно на 12,9 у.о. (7,1 %) та на 37,3 у.о. (27,5 %), короткочасної пам'яті – у КГ на 0,7 у.о. (15,6 %), а у ЕГ на 1,2 у.о. (26,7 %), мислення за часом відтворення простих та складних фігур, відповідно на 9,5 с. (12,7 %) і 22 с. (8,4 %) – у КГ та на 20,8 с. (32,8 %) і 41 с. (16,9 %) – у ЕГ. Результати тестування рухової та образної пам'яті на формувальному етапі дослідження покращились у дітей КГ відповідно на 1,5 спроби (17,2 %) та 0,2 у.о. (16,7 %). У обстежених дітей ЕГ показник кількості спроб при тестуванні рухової пам'яті покращився на 2,9 (39,7 %), а образна пам'ять позитивно змінилася на 0,4 у.о. (40,0 %).

Найбільшою різниця між результатами тестувань когнітивної сфери представників ЕГ і КГ зафіксована за результатами дослідження концентрації уваги та показниками образної пам'яті – по 20,0 % відповідно, рухової пам'яті (19,2 %) та вибірковості уваги (20,3 %). Найменший приріст результатів учнів ЕГ порівняно з КГ був за часом відтворення простих фігур (17,8 %), показниками тестування стійкості уваги (15,4 %), короткочасної пам'яті – (13,5 %) та мислення за часом відтворення складних фігур (8,4 %) (рис. 2.1. та 2.2.).

Ефективність розроблених засобів і методів корекції психомоторних порушень у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку позаурочний час у процесі корекційних занять за результатами тестів, що є інтегративними показниками розвитку психомоторних здібностей наведено у таблиці 2.6. На формуальному етапі експерименту у КГ за усіма інтегративними показниками психомоторики спостерігалось відставання від результатів учнів ЕГ. На 3,0 см (7,7 %) зменшилась похибка при виконанні семиметрового тесту, на 0,2 с. (8,0 %) зменшився час подолання тридцятиметрової дистанції з необхідністю дотримуватися заданого ритму та на 1,4 очка (5,7 %) покращилась точність обстежуваних.

Таблиця 2.5

**Динаміка результатів розвитку компонентів когнітивної сфери
психомоторики у дітей з синдромом Дауна на етапі формувального
експерименту**

Когнітивні компоненти	Констатувальний етап		Формувальний етап				Різниця
	x	S	ЕГ	Приріст(у %)	КГ	Приріст(у %)	
Вибірковість уваги (бали)	5,6	3,2	7,4	32,1	6,3	12,5	1,1 (17,5)
Концентрація уваги (бали)	5,7	0,4	4,0	29,8	4,8	15,8	0,8 (20,0)
Стійкість уваги (у.о.)	195,7	22	158,4	23,5	182,8	7,1	24,4 (15,4)
Рухова пам'ять (к-сть спроб)	10,2	1,68	7,3	39,7	8,7	17,2	1,4 (19,2)
Образна пам'ять (у.о.)	1,4	0,3	1,0	40,0	1,2	16,7	0,2 (20,0)
Короткочасна пам'ять (у.о.)	4,5	0,3	5,7	26,7	5,2	15,6	0,7 (13,5)
Мислення (прості фігури) (с.)	84,2	14	63,4	32,8	74,7	12,7	11,3 (17,8)
Мислення (складні фігури) (с.)	283	26	242	16,9	261	8,4	20,0 (7,9)

У ЕГ спостерігалось покращення результатів виконання семиметрового тесту на 8,1 см (23,8 %), відчуття ритму – на 0,5 с. (22,7 %) і точності на 6,1 очка (16,1 %). Загалом, найвищою ефективність експериментальних занять виявилась за результатами виконання семиметрового тесту та показниками відчуття ритму учнів з синдромом Дауна і становила, відповідно 15,0 % та 13,7 % (рис. 2.1).

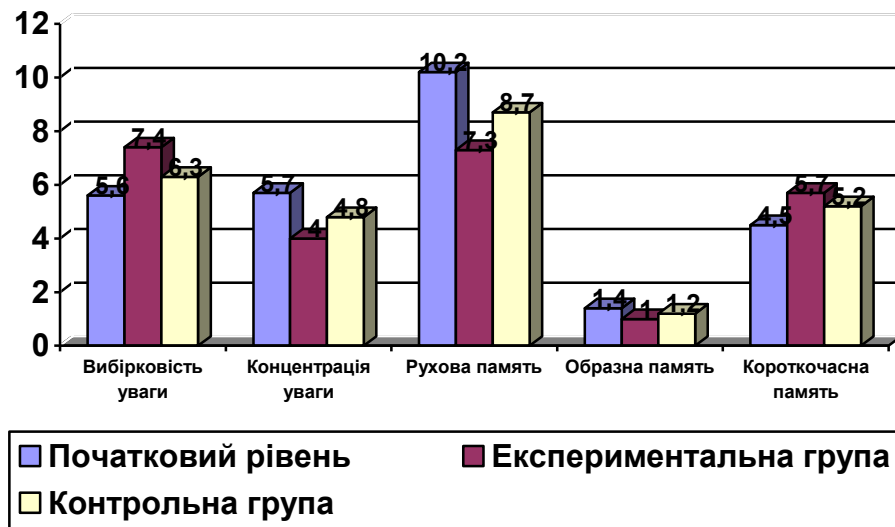


Рис. 2.1. Порівняльний аналіз результатів тестування компонентів когнітивної сфери психомоторики у дітей з синдромом Дауна ЕГ і КГ

Меншою різниця між показниками, зафіксованими у ЕГ та КГ, виявилася стосовно точності влучань у вертикальну мішень – 11,9 %.

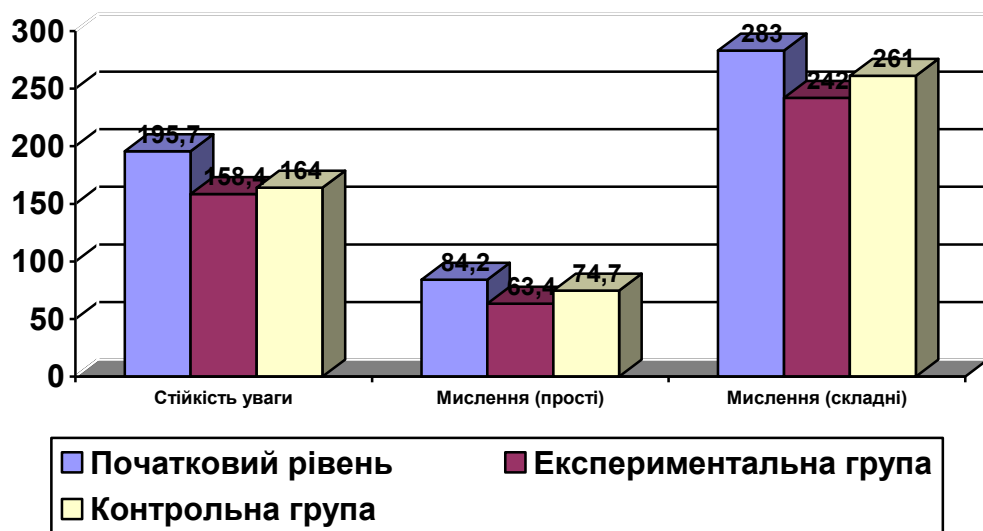


Рис. 2.2. Порівняльний аналіз результатів тестування компонентів когнітивної сфери психомоторики у дітей з синдромом Дауна ЕГ і КГ

Порівняльний аналіз інтегративних показників розвитку психомоторних

здібностей у дітей з інтелектуальними порушеннями ЕГ і КГ протягом експерименту представлено на рис. 2.2.

Таблиця 2.6

**Динаміка інтегративних показників розвитку психомоторних
здібностей у дітей з синдромом Дауна на етапі формувального
експерименту**

Інтегративні психомоторні тести	Констатувальний етап		Формувальний етап				Різниця
	І х	S	ЕГ	Приріст(у %)	КГ	Приріст(у %)	
Семиметровий тест (см)	42,1	7,8	34,0	23,8	39,1	7,7	5,1 (15,0)
Відчуття ритму (с.)	2,7	0,32	2,2	22,7	2,5	8,0	0,3 (13,7)
Точність (очки)	38	1,5	44,1	16,1	39,4	3,7	4,7 (11,9)

За результатами тестувань когнітивної сфери учні ЕГ продемонстрували кращі результати у порівнянні із результатами учнів КГ при виконанні практично всіх випробувань. Найбільшою зафіксована різниця за результатами дослідження концентрації уваги та показниками образної пам'яті – по 20,0 % відповідно, меншою – за показниками рухової пам'яті (19,2 %) та вибірковості уваги (20,3 %). Найменший приріст результатів учнів ЕГ порівняно з КГ був за часом відтворення простих фігур (17,8 %), показниками тестування стійкості уваги (15,4 %), короткочасної пам'яті – (13,5 %) та мислення за часом відтворення складних фігур (8,4 %).

Показники компонентів сенсорики учнів ЕГ виявились також кращими у порівнянні із показниками учнів КГ – м'язових відчуттів, вестибулярної

стійкості, тактильних відчуттів, суглобових відчуттів. За інтегративними показниками розвитку психомоторних здібностей учні ЕГ мали кращі результати за учнів КГ – за показниками виконання семиметрового тесту (15,0 %), відчуття ритму (13,7 %), точності влучань у вертикальну мішень (11,9 %).

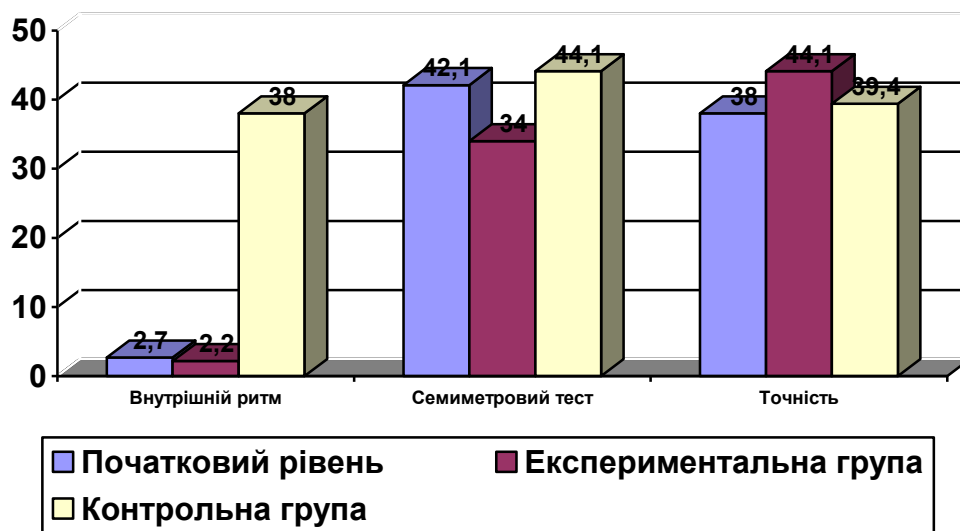


Рис. 2.3. Порівняльний аналіз інтегративних показників розвитку психомоторних здібностей у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна ЕГ і КГ

Таким чином, в ході в перевірки ефективності засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку в позаурочний час у процесі рухової діяльності відбулося покращення показників розвитку когнітивної сфери, компонентів сенсорики та інтегративних показників розвитку психомоторних здібностей у дітей експериментальної групи на відміну від дітей контрольної групи. В ході проведеного дослідження експериментальним шляхом доведено, що використання засобів і методів корекції психомоторних порушень позитивно впливає на розвиток рухової сфери учнів початкових класів з синдромом Дауна в процесі рухової діяльності.

Висновки до другого розділу

Результати констатувального експерименту показали, що у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна рівень розвитку вибірковості

уваги є низьким, концентрації уваги – дуже низьким, стійкості уваги – недостатнім. Визначений коефіцієнт впізнавання свідчить про низький рівень розвитку образної пам'яті, а коефіцієнт об'єму короточасної пам'яті відповідає дуже низькому рівню. Дослідження стану мислення виявило недостатній рівень розвитку процесів аналізу та синтезу у даного контингенту дітей. Стан окремих компонентів когнітивної сфери характеризується, як незадовільний. Зафіксовано порушення функціонування вестибулярного аналізатора. Отримані результати констатувального етапу дослідження вказують на необхідність впровадження в процес корекційних занять дітей з синдромом Дауна в закладах загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням ефективних засобів для корекції психомоторних порушень.

Визначення рівня розвитку інтегративних показників розвитку психомоторної сфери засвідчили, що похибка при виконанні семиметрового тесту у досліджуваних складає $42,1 \pm 7,8$ см. Результати дослідження точності виконання метань у вертикальну ціль – другого інтегративного тесту на виявлення стану психомоторики, свідчать, що у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна середньостатистичний показник становить $38 \pm 1,5$ бала, найчастіше у групі дітей фіксували результат у 35 балів. Визначення відчуття ритму – ще одного інтегративного показника розвитку психомоторики у обстежуваних дітей показало, що час подолання дистанції з умовою дотримання певної ритмічної структури бігу та з максимальною швидкістю становив $2,7 \pm 0,32$ с.

Розкрито можливості використання засобів рухової діяльності в процесі корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, які спрямовані на сенсорику, моторику та когнітивну сферу на корекційних заняттях, серед яких доцільним є використання гімнастичних, акробатичних, легкоатлетичних вправ, засобів психічного вправляння, дихальних вправ, вправ на розслаблення, гімнастики для очей, а також рухливих ігор, що здійснюють цілеспрямований вплив на компоненти психомоторики, спеціальних технічних засобів навчання.

В ході дослідження було розроблено засоби і методи корекції психомоторної сфери у дітей з синдромом Дауна молодшого шкільного віку в позаурочний час у процесі рухової діяльності, які передбачали комплексний розвиток сенсорних систем та когнітивних елементів у дітей зазначеної нозології. До змісту експериментальних занять входили наступні комплекси вправ: стройові вправи; гімнастичні вправи; вправи з предметами; прикладні вправи, які стимулювали розвиток вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів; лазіння і перелазіння; акробатичні вправи; легкоатлетичні вправи; спортивні і рухливі ігри; засоби психічного вправлення; засоби дихальної гімнастики.

Спеціальні психологічні засоби впливу на сенсорику та когнітивну сферу були адаптовані до умов корекційних занять та застосовувалися паралельно з виконанням фізичних вправ, засвоєнням нової інформації (вирішенням освітніх завдань), включались у зміст рухливих ігор і естафет. Розвиток психомоторики дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в ході позаурочних занять з фізичної культури відбувався у кілька етапів: інформаційно-ознайомлювальний етап; етап виокремленого розвитку елементів психомоторики; етап вдосконалення міжфункціональних взаємодій у структурі компонентів психомоторики.

За результатами тестувань когнітивної сфери було встановлено, що діти експериментальної групи (ЕГ) продемонстрували кращі результати порівняно з дітьми контрольної групи (КГ) практично при виконанні всіх випробувань. Найбільша зафіксована різниця (приріст на користь ЕГ) стосувалася концентрації уваги та показників образної пам'яті — по 20,0 % відповідно. Трохи меншою була різниця за показниками вибіркової уваги (20,3 %) та рухової пам'яті (19,2 %). Водночас, найменший приріст результатів дітей ЕГ порівняно з КГ був за часом відтворення простих фігур (17,8 %), показниками тестування стійкості уваги (15,4 %), короткочасної пам'яті (13,5 %) та, найменший, за показником мислення при відтворенні складних фігур (8,4 %). Ці дані свідчать про те, що корекційні заходи найбільш ефективно вплинули на

процеси уваги та образну пам'ять, а найменш виражений, хоч і позитивний, вплив спостерігався на складніші розумові операції.

Показники компонентів сенсорики дітей ЕГ виявились також кращими у порівнянні із показниками дітей КГ – м'язових відчуттів, вестибулярної стійкості, тактильних відчуттів, суглобових відчуттів. За інтегративними показниками розвитку психомоторних здібностей дітей ЕГ мали кращі результати за дітей КГ – за показниками виконання семиметрового тесту (15,0 %), відчуття ритму (13,7 %), точності влучань у вертикальну мішень (11,9 %).

Таким чином, в ході впровадження спеціально підібраних засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в позаурочний час у процесі рухової діяльності було зафіксовано значне покращення показників у дітей ЕГ на відміну від КГ. Це покращення охопило розвиток когнітивної сфери, компонентів сенсорики та інтегративних показників психомоторних здібностей.

Отримані дані експериментальним шляхом довели, що використання цих засобів і методів корекції психомоторної сфери позитивно впливає на загальний розвиток дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна під час корекційних занять, що підтвердило їхню ефективність для розвитку рухової сфери.

ВИСНОВКИ

У ході аналізу наукової літератури поняття «психомоторний розвиток» було визначено як складну єдність злиття думки і руху в одну, неподільну цілісність живого руху. Було виявлено, що психомоторні здібності є багатокомпонентними, включаючи такі якості, як точність контролю, координація різних частин тіла, час реакції, швидкість рухів рукою та мікрорухів, контроль за темпом рухів, стриманість рухів руки, націлювання та спритність рухів пальців. В основі психомоторних дій лежать складні процеси просторового, часового і динамічного розпізнання рухів у сфері зорової, слухової та пропріорецептивної чутливості, що підтверджує тісний зв'язок між сенсорним сприйняттям і руховою відповіддю.

З'ясовано, що повнота і точність пізнання рухових дій прямо залежать від активності уваги, тобто від спрямованості психічної діяльності та зосередженості її на найважливіших елементах рухів і дій, що вивчаються. Проте, у дітей з синдромом Дауна, ця функція недостатньо розвинена, що створює перешкоди для ефективного рухового навчання. Тому на заняттях важливо розвивати різні властивості уваги: її активність, спрямованість, широту, обсяг, інтенсивність, переключення та стійкість. При цьому, такі показники, як широта і обсяг уваги, добре тренуються у процесі спеціально організованого спостереження за додатковими об'єктами, які цілеспрямовано вводяться в поле зору, щоб стати предметом уваги.

Аналіз особливостей розвитку психомоторики у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна виявляє комплексний характер порушень, що виражається у зниженні працездатності та пізнавальної активності, нестійкості уваги та недоліків пам'яті і сенсомоторної координації. З'ясовано, що повнота і точність пізнання рухових дій прямо залежать від активності уваги — тобто від спрямованості психічної діяльності та зосередженості її на найважливіших елементах рухів і дій, що вивчаються, — яка у дітей з синдромом Дауна є недостатньо розвиненою.

Було визначено стан сформованості психомоторики та її компонентів у

дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна. Результати констатувального експерименту показали, що у дітей означеної нозології рівень розвитку вибіркової уваги є низьким, концентрації уваги – дуже низьким, а стійкості уваги – недостатнім. Також було зафіксовано низький рівень розвитку образної пам'яті (про що свідчить коефіцієнт впізнавання) та дуже низький рівень об'єму короткочасної пам'яті (за коефіцієнтом об'єму). Дослідження стану мислення виявило недостатній рівень розвитку процесів аналізу та синтезу.

Загалом, стан окремих компонентів когнітивної сфери характеризується як незадовільний. Крім того, зафіксовано порушення функціонування вестибулярного аналізатора. Отримані результати констатувального етапу дослідження чітко вказують на необхідність впровадження в процес фізичного виховання дітей з синдромом Дауна в закладах освіти ефективних засобів для корекції психомоторних порушень.

Визначення рівня розвитку інтегративних показників психомоторики засвідчило наявність значних труднощів у досліджуваних дітей. При виконанні семиметрового тесту (що оцінює точність кидка та просторову орієнтацію) похибка у досліджуваних складала $42,1 \pm 7,8$ см. Результати дослідження точності метань у вертикальну ціль — другого інтегративного тесту — свідчать, що середньостатистичний показник становить $38 \pm 1,5$ бала, при цьому найчастіше у групі фіксували результат у 35 балів. Визначення відчуття ритму (ще одного інтегративного показника) показало, що час подолання дистанції з умовою дотримання певної ритмічної структури бігу та з максимальною швидкістю становив $2,7 \pm 0,32$ с. Отримані дані підтверджують, що інтегративні психомоторні здібності у цієї групи дітей мають низькі показники точності, координації та ритмічності.

Розкрито широкі можливості використання засобів рухової діяльності в процесі корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна на заняттях фізичної культури. Ці засоби здійснюють цілеспрямований вплив одразу на сенсорику, моторику та когнітивну сферу.

Серед них доцільним є використання гімнастичних, акробатичних, легкоатлетичних вправ (для розвитку основних фізичних якостей), а також засобів психічного вправлення (для самоконтролю), дихальних вправ і вправ на розслаблення (для нормалізації тону). Додатково застосовується гімнастика для очей (для зорово-моторної координації) та рухливі ігри, які здійснюють цілеспрямований вплив на компоненти психомоторики, а також спеціальні технічні засоби навчання для підвищення наочності та мотивації.

В ході дослідження було розроблено засоби і методи корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна у процесі рухової діяльності. Ці методики передбачали комплексний розвиток сенсорних систем та когнітивних елементів у дітей зазначеної нозології. До змісту експериментальних занять входили наступні комплекси вправ: стройові вправи (для орієнтації та уваги); гімнастичні вправи; вправи з предметами (для дрібної моторики); прикладні вправи, які спеціально стимулювали розвиток вестибулярного та пропріорецептивного аналізаторів (лазіння, перелазіння); акробатичні та легкоатлетичні вправи; спортивні і рухливі ігри; засоби психічного вправлення (для вольового контролю) та засоби дихальної гімнастики (для релаксації та тону).

За результатами тестувань когнітивної сфери діти ЕГ продемонстрували кращі результати у порівнянні із результатами дітей КГ при виконанні практично всіх випробувань. Найбільшою зафіксована різниця за результатами дослідження концентрації уваги та показниками образної пам'яті – по 20,0 % відповідно, меншою – за показниками рухової пам'яті (19,2 %) та вибірковості уваги (20,3 %). Найменший приріст результатів дітей ЕГ порівняно з КГ був за часом відтворення простих фігур (17,8 %), показниками тестування стійкості уваги (15,4 %), короткочасної пам'яті – (13,5 %) та мислення за часом відтворення складних фігур (8,4 %).

Показники компонентів сенсорики дітей ЕГ виявились також кращими у порівнянні із показниками дітей КГ – м'язових відчуттів, вестибулярної стійкості, тактильних відчуттів, суглобових відчуттів. За інтегративними

показниками розвитку психомоторних здібностей дітей ЕГ мали кращі результати за дітей КГ – за показниками виконання семиметрового тесту (15,0 %), відчуття ритму (13,7 %), точності влучань у вертикальну мішень (11,9 %).

Спеціальні психологічні засоби впливу на сенсорику та когнітивну сферу були адаптовані до умов фізичного виховання і застосовувалися комплексно: паралельно з виконанням фізичних вправ, засвоєнням нової інформації (вирішенням освітніх завдань), а також включались у зміст рухливих ігор і естафет. Розвиток психомоторики дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна в ході позаурочних корекційних занять з фізичної культури відбувався у кілька послідовних етапів: інформаційно-ознайомлювальний етап – присвячений ознайомленню дітей з необхідними руховими елементами та вимогами; етап виокремленого розвитку елементів психомоторики – сфокусований на ізолюваному тренуванні окремих, недостатньо розвинених компонентів (наприклад, уваги чи рівноваги); етап вдосконалення міжфункціональних взаємодій у структурі компонентів психомоторики – спрямований на інтеграцію та узгодження раніше засвоєних елементів у складні, цілісні рухові акти.

Таким чином, в ході впровадження спеціально розроблених засобів і методів корекції психомоторної сфери у дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, що проводилося у позаурочний час у процесі рухової діяльності, було досягнуто значних позитивних змін.

Зафіксовано покращення показників розвитку когнітивної сфери, компонентів сенсорики та інтегративних показників розвитку психомоторних здібностей у дітей експериментальної групи (ЕГ) порівняно з дітьми контрольної групи (КГ).

Це покращення чітко вказувало на позитивний вплив застосованих засобів на розвиток рухової сфери дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна, підтверджуючи ефективність корекційної роботи, інтегрованої в рухову діяльність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1.Варій М. Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 968с.
- 2.ВБО «Даун Синдром». [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://www.facebook.com/downsyndrome.org.ua/> (дата звернення: 03.06.2025).
- 3.Вільчковський Е. С., Козленко М. П., Цвек С. Ф. Система фізичного виховання молодших школярів : навч.-метод. посіб. К. : Інститут змісту і методів навчання, 1998. 230 с.
- 4.Вільчковський Е. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку. Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. 255 с.
- 5.Волкова С.С., Готалевич Є.В. Фізична реабілітація дітей 3–6 років з синдромом дауна. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2009-06/09vsssyo.pdf> (дата звернення 23.09.2025).
- 6.Гац Г. О., Логвинова Ю. Ф. Теоретичні основи поняття «психомоторна сфера» та особливості її розвитку у дітей із синдромом дауна. *Збірник тез доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції (20-21 травня 2025 р., Луцьк) / за заг. ред. проф. І.Б. Кузави / І. М. Брушневська, Г. О. Гац, Н.С. Карабанова, Т.А. Мартинюк, З. С. Мацюк, Н.Б. Павлишина, В.Ф. Сергеева, І.І. Сидорук, Л. П. Стасюк. Луцьк, 2025. С.61-64*
- 7.Гладуш В.А., Висоцька А.М., Дубовський С.О. Корекція розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями засобами фізичного виховання. Вісник післядипломної освіти. Випуск 12(41) «Серія «Педагогічні науки» (Категорія «Б»)) С. 44-58. Електронний ресурс. Режим доступу: [https://doi.org/10.32405/2218-7650-2020-12\(41\)](https://doi.org/10.32405/2218-7650-2020-12(41))
- 8.Гриценко І.М. Використання засобів рухової діяльності в процесі корекції психомоторної сфери у дітей з інтелектуальними порушеннями. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців. Ч I : зб. наук. праць VIII Міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих учених (19*

травня 2021 р.) : вип. 9. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 199–204.

9. Гриценко І.М. Організація процесу корекції психомоторної сфери дітей з інтелектуальними порушеннями в процесі фізичного виховання. *Корекційно-реабілітаційна діяльність : стратегії розвитку у національному та світовому вимірі : матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф. (24 листопада 2021 р.)* С. 275–278.

10. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегія управління : монографія. Суми : Університетська книга, 2012. 401 с.

11. Єфименко М. М. Основи корекційно спрямованого фізичного виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату: автореф. докт. пед. наук: спец. 13.00.03 "Корекційна педагогіка". Київ, 2014. 40 с.

12. Ільїна О. В., Шевцов А. Г. Нейропсихологічний підхід у корекції розвитку дітей з психофізичними порушеннями. *Актуальні питання корекційної освіти зб. наукових праць: Кам'янець-Подільський. 2015. V. С. 68–78.*

13. Козир Є. С. Емоційно-вольова сфера дітей із інтелектуальними порушеннями. Магістерські студії. Альманах, 2022. № 22. С. 192-194.

14. Козленко М. О. Розвиток пізнавальної самостійності учнів допоміжної школи в процесі навчання рухових дій. Дефектологія. 2006. № 2. С. 5–7.

15. Козленко М. О. Теорія методика корекційно-розвивальної роботи в системі фізичного виховання учнів допоміжної школи: автореф. дис. д-ра пед. наук: 13.00.01. Київ, 1992. 48 с.

16. Колишкін О. В. Корекційна освіта : вступ до спеціальності : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2013. 392 с.

17. Колишкін О. В. Розвиток рухової сфери дітей з інтелектуальними порушеннями засобами адаптивного фізичного виховання. *Особлива дитина : навчання і виховання. 2015. № 4 (76) С. 58–63.*

18. Колишкін О. В. Теоретико-практичні основи адаптивної фізичної культури: навч. посіб. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. 424 с.

19. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підруч. [для студ. вузів. 2-е вид., випр. та доп.]. К. : Ельга, Ніка-центр. 2004. 400 с.
20. Кузенко О. Й. Корекційна педагогіка: Навчальний посібник / За ред. д. філ. наук., проф. Качкана В.А. 2-е вид., Львів - Івано-Фраківськ, 2024. 214 с.
21. Кутішенко В. П. Психологія розвитку та вікова психологія: практикум: навч. посіб. Київ: Каравела. 2009. 448 с.
22. Лещій Н. П. Педагогічні умови реалізації фізкультурно-оздоровчої роботи в умовах освітньо-реабілітаційного центру для дітей зі складними порушеннями розвитку. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2019. № 37. С. 78–86.
23. Липа В. В., Тарасенко Н.В. Корекційна роль мовленнєвих кінестезій при навчанні грамоти дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. Актуальні питання корекційної освіти. 2010. № 1. С. 199–205.
24. Методика фізичного виховання різних груп населення / ред.: Круцевич Т.Ю. 2-ге вид. Київ: Олімпійська література, 2012. 322 с.
25. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : К-ПНУ імені І. Огієнка, 2008. 204 с.
26. Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник , вид. 2, перероблене/ С.П. Миронова. Кам'янець-Подільський, 2023. 318 с.
27. Мякушко О.І., Кожановська О.М. Методичні основи корекційного навчання учнів з порушеннями інтелектуального розвитку: здоров'я, безпека та добробут: практ. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 138 с.
28. Омельченко І.М. Методичні рекомендації з організації і проведення корекційно-розвивального навчання школярів із затримкою психічного розвитку: методичні рекомендації. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка. Київ, 2019. 59 с.

29. Омелянович І. Формування просторового орієнтування у дітей з порушенням розумового розвитку. Дефектологія. 2003. № 4. С. 16–18.
30. Особливості фізичного розвитку у дітей з синдромом Дауна. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://surl.li/piaval> (дата звернення 03.09.2025).
31. Підготовка до школи дітей з інтелектуальними порушеннями та синдромом Дауна / Міненко А. В., Лісненко О. М., Головата Ю. І., Тамоян Н. В. Тернопіль : Видавництво «Крок», 2024. 264 с.
32. Поліщук В. М. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2019. 352 с.
33. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта : навч. посіб. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.
34. Поясок Т. Б., Беспарточна О. І. Педагогіка: навчальний посібник. Кременчук: НОВАБУК, 2024. 208 с.
35. Психологічний портрет особистості дитини: вікові періоди : Аналітичні матеріали підготовлено С. Максименко, Т. Піроженко, Н. Пророк, М. Папуча. Київ : Людмила, 2021.
36. Ровний А. С. Сенсорні механізми управління точнісними рухами людини. Х. : ХаДІФК, 2001. 220 с.
37. Сак Т.В. Як організовувати навчання школярів із затримкою психічного розвитку. *Початкова школа: №7, 2017. С. 47-50.*
38. Сергєєнкова О.П, Столярчук О.А. Педагогічна психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 68 с.
39. Сергієнко Л. П. Тестування рухових здібностей школярів. К. : Олімпійська література, 2001. 440 с.
40. Серьожникова Р.К., Пархоменко Н.Д., Яковицька Л.С. Основи психології і педагогіки: Навч. посібник. Київ: Центр навч. літератури, 2003. 243 с.

41. Синьов В. М., Бондар В. І. Освітня інтеграція учнів з інтелектуальними порушеннями : навч.-метод. посіб. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. 398 с.
42. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталості дитини : підруч. К. : Знання, 2008. С. 214–229.
43. Спеціальна педагогіка і психологія : сучас. термінол. словник / за ред. Л. Прохоренко, В. Засенка. Київ : Генеза, 2024. 272 с.
44. Сухіна І.В. Методичні основи психологічного супроводу батьків дітей з ООП: формування резильєнтності: практ. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 114 с. ISBN 978-617-8531-82-8
45. Тихонова В. А., Сидоренко І. В., Чесноков Г. С. Вплив розвитку психомоторної функції на формування рухових навичок у підлітків на уроках фізичної культури. Теорія і практика фізичної культури. 2011. № 4. С. 8–10.
46. Фаласеніді Т.М., Козак М.Я. Порушення сенсорної інтеграції у дітей з особливими потребами. Молодий вчений. № 9 (49). 2017. С. 102-105. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/9/24.pdf>.
47. Хоменко П. В., Ізмайлова О.В. Вікові особливості моторики людини: навчальний посібник. Полтава, 2005. 28 с.
48. Чеботарьова О.В., Гладченко І.В., Василенко-ван де Рей А., Ліщук Н.І. Дитина із синдромом Дауна . Харків: Вид-во "Ранок", ВГ "Кенгуру", 2018. 48 с.
49. Чеботарьова О.В., Блеч Г.О., Гладченко І.В., Бобренко І.В., та ін. Корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку: навчально-методичний посібник. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 558 с.
50. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології. Київ : МП «Леся», 2009. 483 с.

51. Шевченко Ю. Особливості розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями в сучасному освітньому просторі. Особлива дитина: навчання і виховання, 3(96), 2020, С. 36-46.

52. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Частина 1. Тернопіль : Навчальна книга, Богдан, 2011. 272 с.

53. Ямницький В. М. Розвиток життєтворчої активності особистості: теорія та експеримент. К. : ПНЦ АПНУ, 2016. 362 с.

54. Ярмола Н., Коваль-Бардаш Л., Компанець Н., Квітка Н., Лапін А. Діти з особливими освітніми потребами у загальному просторі: навчально-методичний посібник. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

55. Ostrovska K. O. Peculiarities of social competence in children with different autistic levels. Journal of Education, Culture and Society. 2013. No. 1. P. 133– 147.

56. Ostrovska K. O. Peculiarities of teacher attitude towards secondary school inclusive education. W ks. «Social distance in special pedagogics. Vol. II. Socio-educational contexts». 2012. P. 31–37.

ДОДАТКИ