

## ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ В УМОВАХ ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ

Наталія Пангелова, Тетяна Троценко, Тетяна Кравченко  
ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія  
Сковороди»

м. Переяслав, Україна

trocenko260470@gmail.com, kravchenko19tanya@gmail.com, kafedra.tmfvis@ukr.net

### **Анотація**

У теперішній час в Україні спостерігається негативна тенденція збільшення кількості дітей, які опинилися у важкій життєвій ситуації. Це – діти-сироти; діти, які залишилися без опіки батьків; діти із антисоціальних сімей (алкоголіків, наркоманів); діти з сімей мігрантів, переселенців, безробітних, діти, які, стали жертвами збройних конфліктів та ін. Саме такі діти найчастіше є контингентом дитячих будинків та шкіл-інтернатів різного типу. В Україні кількість дітей, які виховуються в інтернатах, є однією з найвищих в Європі – більше 90 тис. Стан фізичного і психічного здоров'я дітей, які виховуються у школах-інтернатах значно нижчий, ніж у «домашніх» дітей, що вимагає пошук нових підходів до організації процесу фізичного виховання вихованців шкіл-інтернатів. У статті представлена і визначена ефективність програми раціонального застосування фізкультурно-оздоровчих заходів, спрямованих на корекцію психофізичного стану дітей 7-10 років в умовах школи-інтернату.

**Ключові слова:** учні 7-10 років, психофізичний стан, школа-інтернат.

**Постановка проблеми, аналіз досліджень і публікацій.** Питання збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління є одним з найважливіших державних завдань.

Здоров'я нації визначається, насамперед, станом здоров'я її дітей. Дані чисельних досліджень свідчать, що джерело виникнення відмінностей у здоров'ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві. Здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також – тонким індикатором усіх соціальних, політичних та екологічних негараздів<sup>1</sup>.

Останнім часом ситуація зі здоров'ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров'я дітей і підлітків факторів екологічного, політико-економічного, медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження рівня рухової активності, а також зменшення ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сучасності є стрімке зростання кількості та зміна співвідношення факторів ризику, які впливають на гомеостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров'я дитини.

У теперішній час в Україні спостерігається негативна тенденція збільшення кількості дітей, які опинилися у важкій життєвій ситуації. Це – діти-сироти; діти, які залишилися без опіки батьків; діти із антисоціальних сімей (алкоголіків, наркоманів); діти з сімей мігрантів, переселенців, безробітних, діти, які, стали жертвами збройних конфліктів та ін.

Саме такі діти найчастіше є контингентом дитячих будинків та шкіл-інтернатів різного типу. В Україні кількість дітей, які виховуються в інтернатах, є однією з найвищих в Європі – більше 90 тис.. За даними ЮНІСЕФ в Україні дітей в інтернатах у 10 разів більше, ніж у країнах Європейського союзу. Від загальної кількості дітей в Україні 4% з них є вихованцями соціальних закладів (в Австрії 0,4%, в Іспанії 0,2%, у Норвегії 0,1%).

<sup>1</sup> Гребнюк М. П. Вітрішак С. В. (2012): Соціально-медичні фактори ризику для здоров'я дитячого населення, с. 12

Стан фізичного і психічного здоров'я дітей, які виховуються у школах-інтернатах значно нижчий, ніж у «домашніх» дітей.

Відомо, що найбільш ефективною формою оздоровлення, формування мотивації до рухової активності дітей є регулярні, цікаві, організовані заняття фізичною культурою (Е. С. Вільчковський, 2008; Т. Ю. Круцевич, 2015; Н. В. Москаленко, 2016; Н. Є. Пангелова, 2019 та ін.).

Засоби фізичної культури є найбільш доступними для дітей в умовах дитячих будинків і шкіл-інтернатів. Постійне перебування дітей у таких закладах дозволяє цілеспрямовано вирішувати питання щодо вибору часу і місця проведення занять фізичною культурою, можливості додаткових оздоровчих занять (М. М. Раттер, 2002; Л. М. Шипіцина, 2003; Р. Н. Гречаник, 2009).

У цьому зв'язку розробка комплексної програми фізкультурно-оздоровчих заходів для учнів початкових класів в умовах шкіл-інтернатів є актуальним і своєчасним завданням.

**Мета роботи** – розробити та експериментально перевірити ефективність програми раціонального застосування фізкультурно-оздоровчих заходів, спрямованих на корекцію психофізичного стану дітей 7-10 років в умовах школи-інтернату.

Були застосовані такі **методи дослідження**: аналіз даних науково-методичних джерел; педагогічні методи (спостереження, експерименти, тестування); антропометрія; контент-аналіз медичних карт; методи математичної статистики.

*Аналіз літературних джерел* свідчить про недостатню розробленість питання фізичного стану вихованців шкіл-інтернатів і факторів, які впливають на нього, що обумовлює актуальність наукових пошуків у цьому напрямі.

*Педагогічне спостереження* за дітьми 7-9 років проводилось під час навчальних занять, прогулянок, а також у вільний час з метою вивчення особливостей ігрової діяльності й контактів з іншими дітьми.

*Педагогічні експерименти* включили в себе:

– констатувальний експеримент, який проводився з метою визначення рівня психофізичного стану дітей 7-9 років.

– формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності розробленої методики корекції психофізичного стану учнів 7-9 років, вихованців шкіл-інтернатів.

*Педагогічне тестування* проводилося з метою визначення рівня і динаміки фізичної підготовленості дітей 7-9 років, вихованців шкіл-інтернатів і загальноосвітніх шкіл.

Для визначення рівня фізичної підготовленості був використаний комплекс тестів, який відповідає вимогам метрології й кваліметрії<sup>2</sup>.

Рівень розвитку швидкості визначався за показником тесту «біг 30 м» (з високого старту). Швидкісно-силові здібності оцінювалися за результатами виконання тесту «стрибок у довжину з місця» (враховується кращий результат з трьох спроб). Рівень розвитку сили м'язів рук визначався за показниками виконання тесту «підтягування на низькій перекладині з положення вис лежачи» (одна спроба). Рівень розвитку динамічної витривалості визначався за результатами тесту «біг 500 м».

*Антропометрія* застосовувалась для обстеження фізичного розвитку дітей. Для цього використовувалась модифікована методика В. В. Бунака. Довжина тіла вимірювалась за допомогою ростоміра з точністю до 0,5 см. Окружність грудної клітки вимірювалась сантиметровою стрічкою. Маса тіла визначалась за допомогою напольних електронних медичних вагів з точністю до 100 г.

*Методи математичної статистики* були використані з метою інтерпретації отриманого фактичного матеріалу. Враховувались основні статистичні показники: середнє

---

<sup>2</sup> Круцевич Т. Ю. Воробйов М. І., Безверхня Г. В. (2011): Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді, с.153.

арифметичне значення ( $x$ ), похибка середньоарифметичного значення ( $S$ ), середнє квадратичне відхилення ( $m$ ). Для розрахунків був використаний пакет стандартних програм «Statistika».

Для визначення вікових особливостей психофізичного стану дітей 7-10 років, які належать до різних соціальних груп (вихованці шкіл-інтернатів і діти, які проживають сім'ях) був проведений констатувальний експеримент.

Дослідження проводилося у 2016-2017 р.р., у три етапи у відповідності з встановленими завданнями і здійснювалося на базі школи-інтернату і загальноосвітньої школи № 7 м. Переяслава, Київської області.

• *Перший етап* передбачав: аналіз, узагальнення і систематизація даних науково-методичної літератури із зазначеної проблеми; визначення мети, завдань, об'єкта і предмета, а також методів дослідження; проведення констатувального експерименту, розробка програми корекції психофізичного стану молодших школярів.

• *Другий етап* – проведення формульовального експерименту з метою визначення ефективності програми корекції психофізичного стану учнів 7-9 років в умовах шкіл-інтернатів.

Було сформовано три групи, дві контрольні (КГ-1 і КГ-2) і одна експериментальна (ЕГ). До КГ-1 входили діти, які виховувалися в сім'ї і навчалися у ЗОШ №7. До КГ-2 входили вихованці школи-інтернату, де організація процесу фізичного виховання здійснювалася за стандартною програмою. До ЕГ увійшли учні школи-інтернату, де процес фізичного виховання був побудований на основі методики комплексного психофізичного оздоровлення з врахуванням особливостей психофізичного стану учнів. У дослідженні прийняли участь 79 хлопчиків з яких 51 дитина виховувалася і навчалася в школі-інтернаті, а 28 хлопчиків виховувалися в сім'ї і навчалися в ЗОШ №7 м. Переяслав-Хмельницький Київської області.

• *Третій етап* – інтерпретація отриманих даних, формулювання висновків, оформлення і редагування тексту роботи.

**Результати дослідження.** Результати проведеного дослідження засвідчили про наявну тенденцію погіршення показників здоров'я дітей та підлітків в Україні. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає кількість дітей-інвалідів. Викликає велику стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей<sup>3</sup>.

Здоров'я дитини формується і визначається сукупністю соціальних, економічних, природних, генетичних, та інших факторів. Виняткове значення мають оптимальний руховий режим і раціональне харчування.

У сучасних умовах все більшого значення надається питанням вивчення мікроклімату і соціального оточення, у якому живе і розвивається дитина<sup>4</sup>. Неприятливі соціальні умови надають організму, що зростає підвищені вимоги, що призводить до розвитку дезадаптивних реакцій.

В останні роки в Україні значно збільшилася кількість дітей-сиріт і дітей, які залишилися без опіки батьків. Так, якщо у 2012 році їх кількість складала 62 тис. дітей, то у 2016 році вже вище 80 тис. дітей. Більше 80% цих дітей знаходяться в дитячих будинках і інтернатах у зв'язку з неналежним піклуванням з боку батьків («соціальні сироти»). В Україні кількість дітей, які виховуються в інтернатах, є однією з найвищих в Європі.

Зростання і розвиток дитини оцінюється не тільки показниками фізичного розвитку, але й ступенем її соціальної адаптації. Розвиток здатності комунікації з однолітками й дорослими (соціалізація), здібність сприймати й засвоювати інформацію – найважливіші критерії здоров'я дитини.

<sup>3</sup> Няньківський С.Л., Яцула М.С., Чикайло М.І. (2016): Стан здоров'я школярів України, с. 17.

<sup>4</sup> Антипкін Ю.Г. (2014): Стан здоров'я дітей в умовах дій різних екологічних чинників, с. 11.

Недостатнє піклування про дитину у сфері макро-і мікропозбавлень, несприятливе соціальне оточення дитини обумовлюють виникнення у неї низки захворювань, гальмують її розвиток<sup>5</sup>.

Факторами, які впливають на стан здоров'я дітей, є спосіб життя родини і поведінка батьків у зв'язку з охороною життя й здоров'я дитини. Встановлено, що особливе значення має ступінь медичної активності, санітарної грамотності й культури батьків щодо збереження й відновлення здоров'я дитини.

Чисельні дослідження свідчать про те, що поза сім'ї розвиток дитини відбувається за особливою траєкторією, яка не може інтерпретуватися як банальне відставання у психічному розвитку. Це явище необхідно розглядати як багатоаспектне, що відображає вплив несприятливих факторів (соціально-психологічних), коли вони нашаровуються на ранні ураження центральної нервової системи й на процес розвитку у цілому (фізичне зростання, дозрівання ЦНС, формування психіки та ін.).

Дослідження М.К. Бардашевської, А.Н. Бережної, А.І. Вавілової, В.О. Павлової та ін. свідчать про те, що стан здоров'я дітей при вступі до школи-інтернату характеризувався затримкою фізичного розвитку – 23-24% (за антропометричними ознаками). Тільки 17% дітей мали гармонійний фізичний розвиток, а інші – дисгармонійний за рахунок відставання показників маси тіла й окружності грудної клітки. Більшість дітей мали затримку нервово-психічного розвитку або дефекти мовлення. Необхідно відмітити, що у третини цього контингенту дітей присутня невідповідність поведінки, відхилення в контактах, зниження соціальної активності. Перебування у школі-інтернаті часто супроводжується подальшим погіршенням показників фізичного розвитку<sup>6, 7</sup>.

Порівняльний аналіз оцінки фізичного розвитку одновікових дітей зі шкіл інтернатів і «домашніх» дітей показав, що кількість проявів загальної затримки фізичного розвитку у першій групі у 2,5-3,5 рази більше. Як зауважує Р.М. Гречаник, гармонійний фізичний розвиток мають лише 53% дітей. З віком у вихованців шкіл-інтернатів спостерігається збільшення відставання біологічного віку від паспортного<sup>8</sup>.

Так, за даними Т.В. Чернової (2010), хлопчики у 7 років відстають від своїх однолітків на 18,9 місяців, дівчата – на 14,3 місяця. На думку Г.М. Потапової (2004), у вихованців шкіл-інтернатів, на відміну від учнів початкових класів звичайних шкіл, з віком не відбувається удосконалення системної діяльності організму. Скоріше спостерігається її знесення, що визначає можливість порушення пристосувальної діяльності, що у подальшому ускладнює адаптацію дітей до розумових і фізичних навантажень, негативно відбиваючись на формуванні функціональної готовності до навантажень у школі.

За показниками здоров'я й розвитку більшість (60-70%) вихованців шкіл-інтернатів не мають достатньої функціональної підготовленості до навантажень, що виявляється у стабільно високій затримці нервово-психічного розвитку за рахунок порушень інтелектуальної, моторної й ігрової діяльності. Як правило, ці діти не мають можливості нормально адаптуватися до подальшого життя, що часто призводить до різноманітних форм асоціальної поведінки.

Комплексна оцінка стану здоров'я вихованців шкіл-інтернатів, яка була проведена Р.М. Гречаник, показала, що близько 50% з них мають III групу здоров'я, тобто страждають хронічними захворюваннями. При цьому у структурі цих захворювань перше місце займають нервово-психічні (за даними різних авторів від 34% до 77%). На другому місці – патологія опорно-рухового апарату (до 40%), на третьому – порушення зору й патологія ЛОР-органів (23%-30%).

<sup>5</sup> Crittenden P.M., Ainsworth M.S. (1989): Child maltreatment and attachment theory, p. 432.

<sup>6</sup> Бардышевская М.К. (2005): Компенсаторные формы поведения детей 3-6 лет, воспитывающихся в условиях детского дома, с. 25

<sup>7</sup> Вавилова Л.И. (2019): Коррекция девиантного поведения у воспитанников детского дома, с. 72.

<sup>8</sup> Гречаник Р.Н. (2009): Коррекция психофизического состояния учащихся младшего школьного возраста в школах-интернатах, с. 64.

Серед дітей, які поступають до шкіл-інтернатів з дитячих будинків, достовірно менший відсоток дітей із задовільним станом здоров'я (I і II групи здоров'я) і, відповідно, більший відсоток дітей з III і IV групами здоров'я порівняно з дітьми, які потрапили із сімей. Серед останніх менше дітей, які мають психічні розлади.

Відповідно, не дивлячись на те, що до шкіл-інтернатів поступають діти з проблемних сімей, ізоляція їх від родини є надзвичайно травмуючим фактором. Можна стверджувати, що роль сім'ї є непересічною у розвитку дитини з моменту народження. Однак, не можна виключати вплив генетичного і медико-біологічного анамнезів на формування і розвиток ЦНС дитини, що у подальшому буде впливати на її фізичний та нервово-психічний розвиток. Обтяженість за алкоголізмом й тютюнопалінням у дітей зі шкіл-інтернатів спостерігається у 100% випадків, за соматичною патологією – 59%, за психічною патологією – 17%. У дітей із сімей показники склали 5%, 21% і 1% відповідно до<sup>9</sup>.

Деякі автори зауважують, що на розвиток дитини суттєвий вплив здійснює вік її вступу до школи-інтернату (вилучення із сім'ї). Якщо дитина поступає після 7 років (а до цього перебувала у сім'ї), то це краще впливає на її подальший розвиток і соціалізацію.

Отже, аналіз літературних джерел дозволив встановити, що у школах-інтернатах більше 75% дітей мають суттєві відхилення у стані фізичного розвитку, а також нервово-психічного здоров'я. Така ситуація потребує перегляду підходів до організації фізичного виховання у школах-інтернатах, що обумовлює доцільність досліджень щодо оптимізації фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми, які позбавлені батьківської опіки.

Рівень фізичного розвитку певним чином характеризує стан здоров'я людини. Діти із соціально-неблагополучних родин, сімей з низькими матеріальними статками часто відрізняються своїм фізичним розвитком від дітей, які зростають у забезпечених сім'ях. Відомо, що незбалансоване харчування, незадовільні побутові, санітарно-гігієнічні умови можуть викликати затримку нормального вікового розвитку.

Морфологічні показники, які визначають фізичний розвиток, характеризують не тільки процеси зростання й фізичного розвитку, але й своєрідність індивідуальних відмінностей дітей. Тому антропометричні обстеження мають велике практичне значення для оцінки фізичного розвитку дитини. Динаміка морфофункціональних величин дозволяє визначити ефективність і корегувати спрямованість процесу фізичного виховання.

Довжина тіла – основний показник не тільки процесу зростання, але й рівня біологічного дозрівання дитини. Це найбільш стабільний показник, який характеризує стан пластичних процесів в організмі.

Таблиця 1

**Показники фізичного розвитку хлопчиків, які виховуються в різних соціальних умовах, n=79**

Вік	Тип виховання	Довжина тіла, см x±S	Маса тіла, кг x±S	Окружність грудної клітки, см x±S
7 Років	Сімейне	127,1±5,7	25,6±3,0*	56,7±1,6*
	Школа-інтернат	124,6±5,1	22,8±2,5*	52,8±2,8*
8 Років	Сімейне	131,6±4,6	28,1±4,1	58,9±2,7*
	Школа-інтернат	127,2±5,2	25,6±2,3	55,1±1,4*
9 років	Сімейне	137,2±8,3	34,3±3,2*	61,3±4,1
	Школа-інтернат	132,4±6,6	27,7±2,6*	57,2±3,2

\*- достовірно значуща різниця показників (p<0,05)

<sup>9</sup> Гречаник Р.Н. (2009): Коррекция психофизического состояния учащихся младшего школьного возраста в школах-интернатах, с. 89

Дані антропометричних вимірів значення довжини тіла у дітей досліджуваних груп знаходяться у припустимих межах коливань середніх значень даних вікових груп.

Аналіз соматометричних показників хлопчиків різних соціальних груп дозволили встановити, що значення довжини тіла у дітей даних вікових груп не мають достовірних відмінностей (табл. 1).

Показники маси тіла та окружності грудної клітки (ОГК) учнів 7-9 років, які виховуються у родині та в умовах школи-інтернату, мають достовірні відмінності : у показниках маси тіла хлопчиків у 7 і у 9 років; у показниках ОГК хлопчиків 7 і 8 років (див. табл. 1). Діти, які виховуються в умовах шкіл-інтернатів мають достовірно більш низькі показники маси тіла та ОГК у порівнянні з однолітками, які виховуються у сім'ї.

Для комплексної оцінки фізичного стану дитини необхідним є дослідження її фізичної підготовленості. Її рівень визначали за результатами тестів: «біг 30 м», «підтягування на низькій перекладині з положення вис лежачи», «стрибок у довжину з місця», «біг 500 м».

Аналіз показників фізичної підготовленості дозволив встановити, що середні значення результатів тестів «біг на 500 м» і «стрибок у довжину з місця» у хлопчиків, які виховувалися в сім'ї та школі-інтернаті мають достовірно-значущі відмінності (табл. 2). Таким чином можна говорити про більш високий рівень розвитку динамічної витривалості й швидкісно-силових якостей у молодших школярів, які навчаються у загальноосвітніх школах у порівнянні з вихованцями шкіл-інтернатів.

Таблиця 2

**Показники фізичної підготовленості хлопчиків, які виховуються в різних соціальних умовах, n=79**

Показники	Тип виховання	Вік учнів		
		7 років	8 років	9 років
Біг 30м, с.	Сімейне	6,7±0,6	6,4±0,5	6,3±0,6
	Школа-інтернат	6,9±0,8	6,7±0,7	6,3±0,4
Біг 500м, с.	Сімейне	174,6±12,6*	167,1±16,1*	154,9±12,4*
	Школа-інтернат	187,2±11,2*	175,6±13,3*	168,1±14,9*
Стрибок у довжину з місця, см	Сімейне	127,2±12,3*	143,8±14,2*	147,3±12,1*
	Школа-інтернат	118,4±11,6*	129,2±9,6*	140,3±8,2*
Підтягування, к-ть раз	Сімейне	2,0±1,0	3,0±1,5	4,0±2,0
	Школа-інтернат	1,0±0,5	1,0±0,5	2,0±1,0

\*- достовірно значуща різниця показників (p<0,05)

За результатами тестів «біг 500 м» і «стрибок у довжину з місця» різниця складає 5-8% та 5-10% відповідно. За рівнем розвитку швидкісних і силових якостей, які були визначені за результатами тестів «біг 30 м» й «підтягування на низькій перекладині з положення вис лежачи» достовірних відмінностей між хлопчиками, які виховуються у різних соціальних умовах не виявлено.

Проблема навчання і виховання дітей-сиріт і дітей, які залишаються без батьківської опіки, тісно пов'язана з питанням стану їх здоров'я. підвищення функціональних та адаптивних можливостей.

За даними наших досліджень, біля 13% дітей поступають до школи-інтернату м. Переяслава з дитячих будинків, а більшість – з не благополучних родин в основному, це сім'ї, де вживають алкоголь як батько, так і мати. Більшість захворювань і функціональних відхилень, які мають такі діти, вперше діагностуються при вступі до інтернату.

Результати контент-аналізу медичних карт вихованців школи-інтернату показали, що при вступі до закладу у 23-24% дітей діагностували затримку фізичного розвитку (за показниками довжини тіла). Тільки 17% мали гармонійний фізичний розвиток, а інші –

дисгармонійний та різко дисгармонійний за рахунок відставання показників маси тіла та ОГК, 25% вихованців мають відставання у показниках біологічного віку.

Порівняльний аналіз показників фізичного розвитку вихованців шкіл-інтернатів і «домашніх» дітей показав, що серед вихованців шкіл-інтернатів кількість дітей із затримкою фізичного розвитку у 2-2,5 рази більша, ніж серед дітей із сімей.

Аналіз стану здоров'я дітей, які виховуються у школі-інтернаті свідчать, що біля 50% з них мають хронічні захворювання і відносяться до III групи здоров'я. При цьому, в структурі хронічних захворювань перше місце займають нервово-психічні розлади, які прогресують у віковий період з 7 до 9 років з 32% до 78%. Функціональні порушення опорно-рухового апарату, зору й патологія ЛОР-органів знаходиться на рівні 30-40%, незалежно від віку.

Гострі респіраторні захворювання у 35-45% вихованців шкіл-інтернатів діагностуються 5-6 разів на рік.

Одним з важливих питань оцінки здоров'я дітей є дослідження їх психічного розвитку. Дані, які були надані нам психологами школи-інтернату та ЗОШ №7 м. Переяслава дозволили зробити порівняльний аналіз складових психічного розвитку вихованців школи-інтернату й «домашніх» дітей 7-9 – річного віку.

Було виявлено:

- невірноваженість поведінки у 85-86% учнів шкіл-інтернатів (у дітей із сімей 12-14%);
- зниження пам'яті – 83-84% (у дітей із сімей 15-16%);
- зниження соціальної активності – 69-70% (у дітей із сімей 12-14%);
- проблеми у спілкуванні – 44-50% (у дітей із сімей – 10%).

Оптимізація фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми в умовах шкіл-інтернатів дозволить позитивно впливати не тільки на фізичну, але й на психічну сферу вихованців. Проведення позаурочних заходів (тематичні прогулянки, спортивні свята, туристичні походи та ін.) сприятиме покращенню психологічного «клімату» у колективі дітей, створенню у них позитивного настрою, підвищенню їх самооцінки.

Аналіз літературних джерел та власні експериментальні дані дозволили нам розробити комплексну програму фізкультурно-оздоровчих заходів для вихованців шкіл-інтернатів, яка була впроваджена у навчально-виховний процес школи-інтернату м. Переяслава Київської області.

*Програма базується* на комплексному застосуванні засобів фізичного виховання, лікувальної фізкультури (ЛФК), соціальної педагогіки і психології у процесі організації фізкультурно-оздоровчих занять у школах-інтернатах.

*Мета програми* – створення єдиного корекційно-розвивального простору школи-інтерната на основі особистісно-орієнтовного навчання і виховання дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

*Завдання програми:*

1. Зміцнення здоров'я, загартовування організму, формування правильної постави.
2. Формування рухового стереотипу рухових вмінь і навичок прикладного характеру.
3. Розвиток фізичних якостей.
4. Корекція і компенсація порушень фізичного розвитку й психомоторики.
5. Формування й виховання гігієнічних навичок.
6. Підвищення фізичної роботоздатності.
7. Формування пізнавальних інтересів, доступних теоретичних відомостей щодо фізичної культури.
8. Виховання інтересу до занять фізичними вправами.
9. Виховання морально-вольових якостей, позитивних рис особистості.
10. Використання здоров'язберігальних технологій для формування у вихованців мотивації щодо збереження і зміцнення здоров'я, набуття навичок здорового способу життя.

*Зміст фізкультурно-оздоровчої роботи* у школі-інтернаті був структурований згідно ступеню впливу на організм учнів, а саме: активні; пасивні; корекційні засоби (рис. 1).

До активних засобів впливу на організм дитини ми віднесли: фізичні вправи, туризм, фітнес-технології, гартувальні заходи, раціональний режим дня.

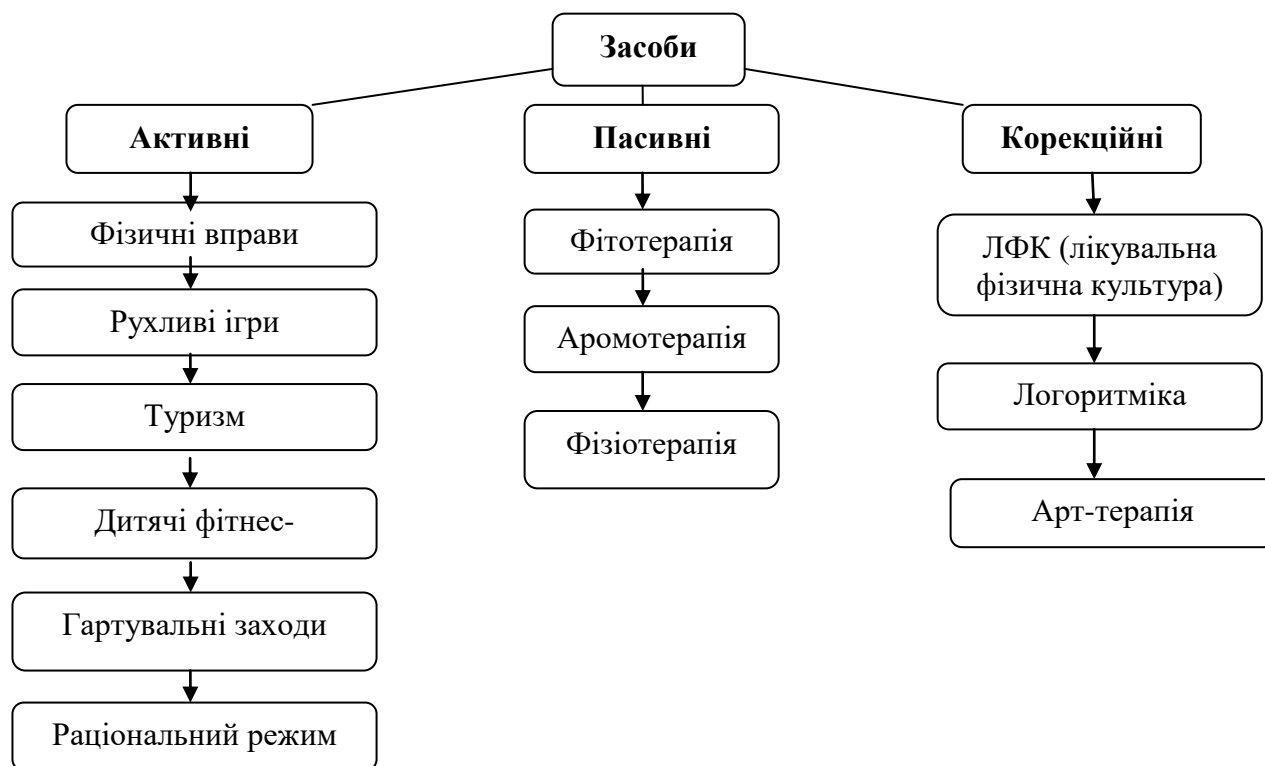


Рисунок 1. Засоби фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми 7-9 років в умовах школи інтернату.

Фізкультурні вправи (способи рухової діяльності), рухливі ігри, елементи туризму, які використовувалися, були підбрані згідно діючої програми з предмету «Фізична культура» для 1-4 класів.

Дитячі фітнес технології сприяють нормальному фізичному і психічному розвитку дітей, їх соціальній адаптації та інтеграції. З усього різноманіття фітнес-технологій нами були застосовані фітбол-гімнастика і степ-аеробіка.

Основою фітбол-гімнастики є застосування спеціального м'яча – фітболу (футбол - м'яч для опори), який використовується в оздоровчих цілях. Вони можуть бути різного розміру, пружності. Нами були застосовані м'ячі діаметром 45 см. Фітбол розвиває дрібну моторику дитини, що сприяє розвитку інтелекту. Заняття на фітболах розвивають почуття рівноваги, зміцнюють м'язи спини та черевного пресу, формують м'язовий корсет, сприяють формуванню правильного дихання, навички правильної постави.

Степ-аеробіка – танцювальна аеробіка із застосуванням спеціальних платформ - степів. Цей нестандартний прилад призначений для роботи з дітьми, сприяє формуванню постави, стійкої рівноваги, зміцнює серцево-судинну і дихальну систему, посилює обмін речовин, вдосконалює точність рухів, розвиває координацію, покращує психологічний та емоційний стан дитини.

Широко застосовувалися гартувальні заходи – повітряні ванни, водні процедури, сонячні ванни. Також у теплу пору року застосовували босоходіння.

Раціональний режим дня є також засобом активного оздоровчого впливу на організм школяра, оскільки сприяє формуванню умовних рефлексів, коли кожна попередня діяльність є сигналом до наступної, що допомагає легко переходити з одного стану в інший. Крім цього, чіткий режим допомагає правильно чергувати роботу і відпочинок, що є дуже важливим для зростаючого організму дитини та її здоров'я.



*Пасивними засобами впливу* на організм дітей 7-10 років в процесі впровадження програми були: фітотерапія, аромотерапія, фізіотерапія.

Фітотерапія – метод оздоровлення з використанням лікарських рослин і препаратів з них, соків фруктів та овочів, який не викликає побічних ефектів. Система оздоровлення дітей згідно цієї методики в школі-інтернаті включала:

- прийом напоїв полівітамінного складу протягом 2-4 тижнів взимку й на весні;
- вживання за призначенням медичного персоналу школи загально зміцнювальних чаїв з лікарських рослин (шипшина, м'ята, липа та ін.) у жовтні-листопаді, а також – під час епідемії грипу;
- вживання фруктових та овочевих соків протягом року.

Аромотерапія – метод лікування й профілактики захворювань із застосуванням натуральних масел, які потрапляють в організм через дихальні шляхи або шкіру. Існують різноманітні способи застосування ефірних масел. В процесі експерименту був використаний спосіб розпилення ефірного масла у виді розчину з використанням пульверизатора (1л. води, 1ст. ложка спирту, 7-15 крапель масла лимона). Ми використовували розпилення розчину як у класних, так і у спальних кімнатах у період підвищеної захворюваності на гострі респіраторні захворювання і грип.

З фізіотерапевтичних засобів було застосовано ультрафіолетове опромінювання (прибор УФО «Сонечко»). Дана фізпроцедура застосовувалася як лікувальна (при гострих і хронічних танзілітах, бронхітах, гайморитах і синусітах, ринітах, фарингітах, отитах), а також – як профілактична процедура (для стимуляції імунної системи, для запобігання респіраторним вірусним інфекціям). Процедури проводилися у медичному кабінеті школи-інтернату медичним персоналом.

*Корекційними засобами впливу* на організм дітей, які мали порушення опорно-рухового апарату, затримку психічного розвитку були: лікувальна фізична культура (ЛФК), логоритміка, арт-терапія.

Заняття ЛФК за спеціально розробленими комплексами (сумісно з медичним працівником) проводив вчитель фізичної культури у поза навчальний час.

Логоритміка – це поєднання рухів, мовлення й музики. Вона сприяє розвитку моторики (загальної й дрібної), координації рухів, мовлення, нормалізації психічного стану. Логоритміка проводилася у формі рухливих ігор, ігрових завдань, співів. Заняття проводилися 1 раз на тиждень у поза навчальний час з дітьми, які мали порушення мовлення<sup>10</sup>.

Арт-терапія – це напрям психотерапії, який передбачає участь у творчому процесі (малювання, ліплення, складання казок і т. ін.). Арт-терапія дозволяє нормалізувати психічні процеси дитини. Ми використовували такі види арт-терапії – ізотерапію, казкотерапію, пісочну терапію (заняття з використанням спеціально обладнаної пісочниці), музикотерапію. Заняття проводилися як в процесі уроків, так і у позанавчальний час (вихователями) (рис. 2).

Запропоновані засоби програми оптимізації психофізичного розвитку вихованців 7-9 – річного віку школи-інтернату реалізувалися у *формах роботи*, які представлені на рисунку 2.

Форми фізкультурно-оздоровчої роботи з вихованцями початкових класів, які спрямовані на корекцію психофізичного стану об'єднані у три блоки:

- урок фізичної культури – основна форма роботи з учнями. За спрямованістю уроки, які проводилися з дітьми поділялися на сюжетні, ігрові, тематичні й комплексні. Кратність – 3 рази на тиждень;

- позаурочні форми. До них відносилися: ранкова гімнастика (щоденно); фізкультхвилинка (на всіх уроках окрім уроків музики); динамічні перерви (на великій перерві, щоденно); спортивна година (щоденно, у другу половину дня на відкритому повітрі, має рекреаційний характер); тематичні прогулянки (вихід за територію школи-інтернату до

<sup>10</sup> Гандзюк С. (2012): Логоритміка – система рухових вправ, с. 28.

природних об'єктів – лісу, річки – 2-3 рази на тиждень у другу половину дня); спортивну гуртки, секції (секція футболу, баскетболу, легкої атлетики – 3-4 рази на тиждень, у другу половину дня); спортивно-масові заходи (змагання з видів спорту, шкільні комплексні змагання, спортивні свята);

- позашкільні заходи – оздоровчі табори у канікулярний період (шкільний, а також – відпочинок у дитячому оздоровчому центрі «Славутич»); санаторно-курортне лікування для контингенту дітей, які його потребують (за нозологіями).



Рисунок 2. Форми фізкультурно-оздоровчої роботи з вихованцями початкових класів шкіл-інтернатів.

Критеріями ефективності розробленої і впровадженої програми слугували динаміка показників фізичного розвитку, фізичної підготовленості й захворюваності обстежуваного контингенту.

У таблиці 3 представлена динаміка показників фізичного розвитку учнів контрольних та експериментальної групи. На початку педагогічного експерименту у школярів I контрольної групи (КГ-1) спостерігалися достовірно вищі ( $p < 0,05$ ) показники маси тіла та окружності грудної клітки у порівнянні з учнями школи-інтернату, які входили до контрольної групи (КГ-2) та експериментальної групи (ЕГ). Виявлено, що кінці педагогічного експерименту учні ЕГ не мали достовірних відмінностей за показниками маси тіла та окружності грудної клітки.

Таким чином, застосування експериментальної програми оптимізації фізкультурно-оздоровчої роботи з учнями початкових класів шкіл-інтернатів сприяло корекції їх фізичного розвитку. Учні II контрольної групи (вихованці школи-інтернату), процес фізичного виховання яких здійснювалося згідно традиційних підходів, мали менш виражені позитивні зміни у порівнянні з учнями експериментальної групи.

До кінця педагогічного експерименту учні школи-інтернату експериментальної групи за показниками більшості тестів досягли рівня розвитку фізичних якостей дітей, які

виховуються у сім'ях. Виключенням були результати у руховому тесті «стрибок у довжину з місця», який характеризує рівень розвитку швидко-силових якостей.

Таблиця 3

**Динаміка показників фізичного розвитку дітей КГ та ЕГ до та після експерименту, n=79**

Показники	Етапи експерименту	КГ-1			КГ-2			ЕГ		
		x±S			x±S			x±S		
		Вік, років			Вік, років			Вік, років		
		7	8	9	7	8	9	7	8	9
Довжина тіла, см	До	127,1 ±5,7	131,6 ±4,6	137,2 ±8,3	124,6 ±4,6	126,8 ±4,6	132,3 ±6,2	123,8 ±5,1	127,3 ±4,8	133,1 ±5,7
	Після	131,2 ±5,2	135,4 ±3,4	140,2 ±3,6	129,1 ±5,3	130,2 ±5,3	135,8 ±6,1	129,3 ±5,3	131,3 ±5,3	137,8 ±5,9
Маса тіла, кг	До	25,6± 3,0	28,1± 4,1	34,3± 3,2	22,8± 2,5	25,6± 2,3	27,7± 2,6	23,5± 3,1	25,8± 2,9	27,9± 2,7
	Після	27,5± 3,1	32,4± 4,2	35,8± 3,7	25,9± 3,2	30,8± 4,7	32,3± 4,5	27,4± 2,8	32,3± 4,3	35,3± 3,4
Окружність грудної клітки, см	До	56,7± 1,6	58,9± 2,8	61,3± 4,1	52,8± 2,8	55,1± 1,4	57,2± 3,2	52,7± 2,7	55,2± 1,8	57,4± 3,3
	Після	58,2± 1,7	61,0± 2,7	63,1± 4,2	54,8± 2,3	56,9± 1,8	59,8± 3,7	56,3± 1,9	59,8± 2,6	62,1± 3,4

У таблиці 4 представлені результати тестування фізичних якостей хлопчиків 7-9 років до та після експерименту.

Таблиця 4

**Динаміка показників фізичної підготовленості дітей КГ та ЕГ до та після експерименту, n=79**

Показники	Етапи експерименту	КГ-1			КГ-2			ЕГ		
		x±S			x±S			x±S		
		Вік, років			Вік, років			Вік, років		
		7	8	9	7	8	9	7	8	9
Біг 30м, с	До	6,7±0,6	6,4±0,5	6,3±0,6	6,9±0,8	6,7±0,7	6,3±0,4	6,8±0,7	6,7±0,9	6,3±0,5
	Після	6,5±0,5	6,3±0,3	6,1±0,4	6,8±0,7	6,5±0,5	6,2±0,4	6,5±0,4	6,3±0,3	6,1±0,3
Біг 500м, с	До	174,6± 12,6	167,1± 16,1	154,9± 12,4	187,2± 11,2	175,6± 13,3	168,1± 14,9	188,1± 12,3	174,7± 13,5	168,4± 15,1
	Після	169,8± ,7	157,2± 16,7	149,3± 15,1	178,2± 11,3	170,3± 13,7	162,3± 14,1	173,2± 12,3	159,3± 17,1	151,3± 16,2
Стрибок у довжину з місця, см	До	127,2± 12,3	143,8± 14,2	147,3± 12,1	118,4± 11,6	129,2± 9,6	140,3± 8,2	117,2± 10,7	132,2± 10,1	141,2± 12,2
	Після	139,2± 11,8	145,3± 15,1	149,2± 13,1	125,4± 10,2	139,3± 11,7	142,2± 7,3	129,3± 10,2	135,4± 9,8	142,6± 10,8
Підтягування, к-ть разів	До	2,0±1,0	3,0±1,5	4,0±2,0	1,0±0,5	1,0±0,5	2,0±1,0	1,0±0,5	1,0±0,5	2,0±1,0
	Після	2,7±0,8	3,3±0,9	4,3±1,3	1,2±0,3	1,4±0,5	2,2±1,2	2,6±0,6	3,3±0,8	4,4±0,9

Учні школи-інтернату II контрольної групи, як і на початку експерименту, мали достовірно нижчий (p<0.05) рівень фізичної підготовленості у порівнянні з учнями початкових класів загальноосвітньої школи.

Таким чином, можна стверджувати, що запропоновані підходи по вдосконаленню фізкультурно-оздоровчої роботи у умовах школи-інтернату сприяли підвищенню рівня фізичної підготовленості хлопчиків експериментальної групи.

Одним із завдань нашого дослідження було вивчення оздоровчого впливу запропонованої програми. Критерієм ефективності була динаміка захворюваності респіраторного характеру, яка представлена у таблиці 5.

Таблиця 5

**Статистичні дані захворюваності хлопчиків 7-9 років досліджуваних груп, n=79**

Показники		Частота респіраторних захворювань протягом експерименту, к-ть на рік		Тривалість захворювань, днів на рік	
		Початок	кінець	початок	Кінець
КГ-1		4,1	4,4	12,7	13,2
ЕГ		6,8	3,4	19,3	10,7
Достовірність	T	2,48			
	P	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
ЕГ		6,8	3,4	19,3	10,7
КГ-2		4,8	4,6	20,1	17,1
Достовірність	T	1,98	3,06	2,03	3,04
	P	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05

Представлені дані свідчать, що рівень захворюваності дітей експериментальної групи знизився на 48%, що дозволяє стверджувати про доцільність застосування програми оптимізації фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми 7-9 років в умовах шкіл інтернатів.

**Висновки** Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що кількість дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування є однією з найвищих в Європі – більше 90 тис. З цієї кількості – біля 30% – діти-сироти, а 70% складають діти, батьки яких позбавлені батьківських прав, або такі, які не в змозі утримувати дітей у зв'язку із матеріальним становищем. Численні дослідження свідчать про низький рівень здоров'я дітей, які виховуються у дитячих будинках, школах-інтернатах, що потребує розробки шляхів вдосконалення фізкультурно-оздоровчої роботи у цих закладах.

Порівняльний аналіз констатувального експерименту свідчить про певні відмінності у показниках фізичного розвитку хлопчиків 7-9 років із різного соціального середовища. Учні шкіл-інтернатів мають достовірно нижчі показники маси тіла та ОГК у порівнянні з однолітками, які виховуються у сім'ях.

Встановлено, що учні молодших класів загальноосвітніх шкіл мають вищий рівень розвитку загальної витривалості й швидко-силових якостей у порівнянні з вихованцями шкіл-інтернатів. За результатами тестів «біг 500 м» і «стрибки у довжину з місця» різниця складає 5-8 % і 5-10 % відповідно. За рівнем розвитку швидкості і силових якостей між хлопчиками з різного соціального середовища відмінностей не виявлено.

Аналіз стану здоров'я вихованців шкіл-інтернатів свідчить, що біля 50 % з них мають хронічні захворювання (III група здоров'я). У структурі хронічних захворювань перше місце займають нервово-психічні розлади. Захворювання опорно-рухового апарату, порушення зору й патологія ЛОР-органів знаходяться на рівні 30-40% не залежно від віку.

На підставі аналізу літературних джерел і результатів констатувального експерименту нами була модифікована і впроваджена у навчально-виховний процес школи-інтернату комплексна програма фізкультурно-оздоровчих заходів для учнів початкових класів шкіл-інтернатів, яка базувалася на застосуванні засобів фізичного виховання, лікувальної фізичної культури, соціальної педагогіки і психології.

Зміст фізкультурно-оздоровчої роботи з вихованцями шкіл-інтернатів був структурований згідно ступеню впливу на організм учнів, а саме: активні (фізичні вправи, рухливі ігри, туризм, дитячі фітнес-технології, гартувальні заходи, раціональний режим дня),

пасивні (фітотерапія, ароматерапія, фізіотерапія), корекційні (ЛФК, логоритміка, арт-терапія) засоби.

Ці підходи реалізовувались у різних організаційних формах. У розробленій класифікації форм фізкультурно-оздоровчої роботи в умовах школи-інтернату було виділено три блоки – уроки фізичної культури (сюжетні, тематичні, ігрові, комплексні); позаурочні (ранкова гімнастика, фізкультхвилинка, динамічна перерва, спортивна година, тематичні прогулянки, спортивні гуртки, спортивно-масові заходи); позашкільні (оздоровчі табори, санатоно-курортне лікування).

Критеріями ефективності модифікованої програми слугували динаміка показників фізичного розвитку, фізичної підготовленості, рівня захворюваності респіраторного характеру.

Порівняння даних, які були отримані під час проведення формувального експерименту, свідчить, що в експериментальній групі дітей 7-9 років спостерігаються значно вищі результати ( $p < 0,05$ ) у показниках фізичного розвитку, фізичної підготовленості, стану здоров'я, у порівнянні з показниками дітей II контрольної групи (вихованці школи-інтернату).

Більшість учнів експериментальної групи досягли рівня фізичного стану, характерного для дітей, які виховуються в сім'ях, що свідчить про значний корекційний вплив запропонованої програми.

### Література

1. Антипкін Ю.Г. Стан здоров'я дітей в умовах дій різних екологічних чинників *Мистецтво лікування*. 2014. №2. С. 11-23.
2. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 1996. 376 с.
3. Аралова М.П. Психологические особенности общения со взрослыми и сверстниками выпускников школ-интернатов: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. М., 2011. С. 22-43.
4. Бардышевская М.К. Компенсаторные формы поведения детей 3-6 лет, воспитывающихся в условиях детского дома: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04. М., 2005. С. 25- 37.
5. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: физиология развития ребёнка. М.: ИЦ «Академия», 2008. 416 с.
6. Вавилова Л.И. Коррекция девиантного поведения у воспитанников детского дома: дис. ... канд. пед. наук. Калининград, 2019. С. 72-79.
7. Вільчковський Е.С., Денисенко Н. Ф. Організація рухового режиму у дошкільних навчальних закладах: навч.-метод. посібник,. Тернопіль: Мандрівець, 2008. 128 с.
8. Гандзюк С. Логоритміка – система рухових вправ. *Дошкільне виховання*. №1. 2012. С. 28-32.
9. Гребнюк М.П. Вітріщак С.В. Соціально-медичні фактори ризику для здоров'я дитячого населення. *Охорона здоров'я України*. 2012. № 3-4. С. 12-14.
10. Гречаник Р.Н. Коррекция психофизического состояния учащихся младшего школьного возраста в школах-интернатах: дис. ...канд. пед. наук: спец. 13.00.04. М., 2009. 138 с.
11. Квашніна Л.В., Величко М.І. Методика визначення рівня здоров'я і адаптаційних можливостей дитячого організму. *Перинатологія і педіатрія*. 2016. №2. С. 25-28.
12. Коренєв Н.М. Даниленко Г.М.. Здоров'я школярів, сьогодення та проблеми на перспективу. *Охорона здоров'я України*. 2013. №1. С. 49-54.
13. Круцевич Т.Ю. Воробйов М.І., Безверхня Г.В. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді: навч. посіб. Київ: Олімп. л-ра, 2011. 224с.
14. Круцевич Т.Ю. Концепция системы физического воспитания в общеобразовательных школах. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2015. № 2. С. 72-80.

15. Кульчицька-Волочко М. Сімейні цінності здоров'я дітей. *Ваш аптекар*. 2008. №21-22. С. 5-6.
16. Лук'янова О.М., Квашніна Л.В. Стан здоров'я дітей молодшого шкільного віку та шляхи його корекції. *Перинатологія та педіатрія*. 2014. № 1. С. 35-39.
17. Москаленко Н., Алфьоров О. Організаційно-методичні аспекти сучасного уроку фізичної культури. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2016. №1. С. 196-201.
18. Няньківський С. Л., Яцула М. С., Чикайло М. І. та ін. Стан здоров'я школярів України. *Здоров'я ребенка*. № 5 (40). 2016. С. 17-25.
19. Покась В. П. Інтернатні заклади освіти: філософія, історія, стратегія розвитку: монографія. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2010. – 276 с.
20. Пархоменко Л.К. Медико-соціальні проблеми збереження здоров'я дітей і підлітків в Україні. *Здоров'я ребенка*. 2008. №1. URL: <http://pediatricmif.ua.com/archive/issne207/article210/>.
21. Раттер М.М. Помощь трудным детям. М., 1999. 432 с.
22. Теорія і методика фізичного виховання: підруч. для ВНЗ фіз. вих і спорту: у 2 Т. /Т. Ю. Круцевич, Н. Є. Пангелова, О.Д. Кривчикова та ін.; за ред. Т.Ю. Круцевич. [2-ге вид., перероб. і доп.]. Київ: «Олімп, л-ра», 2017. Т.2. Методика фізичного виховання різних груп населення. 448 с.
23. Шипицына Л.М., Иванов Е.С, Виноградова А. Д. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. СПб., 1997. 160 с.
24. Crittenden P.M., Ainsworth M.S.D. Child maltreatment and attachment theory I Cicchetti D., Carlson V. (ed) II Handbook of child maltreatment: clinical and theoretical perspectives. N.-Y., 1989. p.p. 432-463.
25. Krutsevich T., Pangelova N., Trachuk S, Ivanik O. Motor activity of the male and female population in modern society. *Journal of Physical Education and Sport (JPES)*. Vol. 19(3), art. 231, 2019. p.p. 1591-1598.

## **OPTIMIZATION OF THE PSYCHOPHYSICAL CONDITION OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN BOARDING SCHOOLS**

*Panhelova Natalia, Trotsenko Tatiana, Kravchenko Tatiana.*

*Pereiaslav-Khmelnytskyi Hryhorii Skovoroda State Pedagogical University,*

*Pereiaslav, Ukraine*

*trocenko260470@gmail.com; kravchenko19tanya@gmail.com; kafedra.tmfvis@ukr.net*

### **Abstract**

*Currently in Ukraine there is a negative trend of increasing the number of children in difficult life situations. These are orphans; children left without parental care; children from antisocial families (alcoholics, drug addicts); children from families of migrants, the unemployed, children who have become victims of armed conflicts, etc. Such children are most often a contingent of orphanages and boarding schools of various types. In Ukraine, the number of children raised in boarding schools is one of the highest in Europe - more than 90 thousand. The state of physical and mental health of children raised in boarding schools is much lower than that of "home" children, which requires finding new approaches to the organization of the process of physical education of boarding school students. The article presents and defines the effectiveness of the program of rational use of physical culture and health measures aimed at correcting the psychophysical condition of children aged 7-10 in a boarding school.*

**Key words:** *students 7-10 years old, psychophysical condition, boarding school.*