

УДК 376.352:796:615.825

ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ЗОРОМ ЗАСОБАМИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Романенко О. В., Картак О. А.

Ефективне подолання порушень фізичного розвитку у дітей зі зниженим зором можливе за умови розробки та впровадження індивідуальної програми ЛФК на кожного учня окремо з урахуванням індивідуальних психічних, фізичних та зорових особливостей.

Ключові слова: діти зі зниженим зором, лікувальна фізична культура, підвищення рухової активності, індивідуальна програма

ВСТУП

Актуальність дослідження пов'язана з переходом спеціальних закладів на нову структуру й оновлений зміст навчання в якому зосереджується увага на особистісному і соціально-психологічному спрямуванні розвитку дітей з особливими потребами. У спеціальному навчальному закладі інтернатного типу дитина більш обмежена в довільній руховій активності в порівнянні зі своїми однолітками, які навчаються в масовій школі. Ці фактори створюють несприятливі умови для фізичного розвитку дітей з особливими потребами, які перебувають у спеціальних навчальних закладах.

Останнім часом викликає занепокоєння погіршення стану здоров'я та фізичного розвитку дітей зі зниженим зором. Спостерігається різке збільшення кількості захворювань опорно-рухового апарату, центральної нервової системи, серцево-судинної та дихальної систем, зростання кількості різноманітних соматичних розладів та захворювань організму. Спостерігається велика кількість вродженої та набутої дитячої патології в перші роки життя. Дуже часто загальний стан дітей ускладнюється наявністю не одного, а декількох супутніх діагнозів [1].

Розвиток фізичних якостей молодшого віку протікає нерівномірно, скачкообразно, у віці 7-10 років проходить посилений ріст дитини. Фізіологи називають цей вік підлітковим відрізком чи "періодом закруглення". Задачі виховання в період посиленого росту: розвивати рухові навички, підтримати досягнутий рівень розвитку.

Молодший шкільний вік (7-10 років) взагалі характеризується деяким затриманням росту тулуба в довжину і посиленням загального розвитку організму. Збільшуються вага тіла, коло грудної клітини, м'язи та їх сила, піднімається робоча потужність серця і легенів. В молодшому шкільному віці розвиваються м'язи – рухом відчуття, покращується зоровий і дотиковий контроль за використання рухів.

Вдосконалюється координація між зоровим сприйняттям і виконанням рухів. У дітей зі зниженим зором основна форма сприйняття дотикова-рухова. Дитину потрібно навчити слідкувати за рухами в просторі [2, 3].

У дітей зі зниженим зором ще в ранньому періоді життя знижується не тільки пізнавальна, а і рухова активність. Це приводить до того, що дитина значно пізніше, чим звичайний за розвитком одноліток, приймає вертикальне положення при ходьбі, при звичайній стійці часто відмічається неправильним положенням стопи. Аналіз спеціальної методичної літератури дає змогу відмітити, що рівень фізичної підготовки дітей з депривацією зору значно відстає від одноліток без порушення зору. Відставання в рості від 6 до 13см, ваги від 3 до 5 %, а в показниках округи грудної клітки у дітей зі зниженим зором до 4,7см, а також відставання в розвитку легенів [4, 5].

Принципи корекції вторинних відхилень дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні лікувальної фізичної культури (ЛФК), на наш погляд повинні враховувати специфічність особливостей психічного і фізичного розвитку; дотримуватись загально прийнятим дидактичним принципам, а саме: індивідуальність в методиці і дозуванні фізичних вправ в залежності від первинного дефекту і вторинних відхилень в розвитку; системність впливу із забезпеченням певного підбору вправ (з урахуванням стану зору і можливостей використання зорових можливостей); регулярність дій; постійне застосування фізичних вправ що забезпечує розвиток функціональних можливостей організму, а також придбання необхідного запасу уяв про предмет руху, чи вправи. Доведено, що збереження уяв залежить від гостроти зору [6, 7].

Постійність у використанні фізичних вправ, принцип корекції порушень функцій і основних систем організму можливий тільки при багаторазових, і наполегливих повтореннях фізичних вправ. Факти свідчать про те, що образи пам'яті дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при відсутності підкріплення зникають. Навіть невеликі відрізки часу 1-3 місяці негативного впливають на їх уяву, швидко забування засвоєного матеріалу пояснюється не тільки недостатньою кількістю повторень, але і недостатньою значимості об'єктів, їх понять.

Зряча дитина з самого раннього дитинства сприймає дійсність, спостерігаючи за людьми, які її оточують, за їх роботою, діями і рухами, наслідує їх. Пізніше дитина порівнює свої дії з діями дорослих і виправляє свої рухи, звільняючи їх від всього зайвого. Завдяки цьому рухи її стають все більш координованими і раціональними. Таким шляхом зряча дитина без сторонньої допомоги отримує ряд необхідних рухових навичок, самостійно фізично розвивається. Дитина зі зниженим зором нерідко бездіє, що послаблює її кістки, зв'язки, м'язи, ходу робить невпевненою, дії і рухи – несміливими, нерішучими, в'ялими.

Для того, щоб дитина зі зниженим зором повноцінно фізично розвивалася, отримувала необхідні рухові навички, щоб її рухи стали природними, легкими і виправданими, її з самого раннього дитинства потрібно вчити рухатись. Бувають випадки, коли вчитель змушений витратити дуже багато часу і праці, щоб переконати дитину зі зниженим зором в тому, що ті чи інші її рухи протиприродні і незручні, що вони не дають їй можливості досягти кращих результатів. І тільки

після довготривалої праці, по мірі того як рухи стають нормальними, дитина починає розуміти, що вони дійсно зручніші ніж ті, що вона вигадала. Такі явища частіше всього зустрічаються у дітей, які в ранньому дитинстві і особливо в більш старшому віці, коли діти у вихованні були надані самі собі.

Відмічаючи деякі особливості, з якими приходиться рахуватися, працюючи з дітьми зі зниженим зором, невірно було б припускати, що ці особливості властиві всім або вони в однаковому ступені виражені у кожного з них. Діти частково втрачають зір в різні періоди життя. Отже, способи і час, які необхідні для пізнання оточуючого, будуть у них різні. Крім того, час і ступінь часткової втрати зору виявляють великий вплив на фізичний розвиток дитини.

Для найбільш ефективного проведення занять вчителю необхідно всебічно знати кожного учня: він повинен знати не тільки його фізичний стан, але й причини і час часткової втрати зору, його дані і можливості, сильні і слабкі сторони його характеру і багато іншого. Тільки в цьому випадку буде можливим індивідуальний підхід.

Під час навчання дитини зі зниженим зором рухам необхідно зважати, що вона погано управляє своїм тілом. Це виражається, власне, у невмінні своєчасно напружити і розслабити м'язи. Деякі діти можуть бути розслаблені і не можуть напружити м'язи; інші - надмірно напружені і не вміють розслабити їх. Наприклад, під час пророблення вправи: взяти руки в сторони і напружити їх з подальшим розслабленням, тобто вільним падінням униз - більшість дітей зі зниженим зором довгий час опускають руки скутими; під час різких поворотів тулуба праворуч і ліворуч з повним розслабленням рук у частини руки навіть не відриваються від стегон. Діти часто роблять вправи правильно, але з великою напругою.

Тому, метою дослідження було: на підставі вивчення своєрідності рухової активності дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку, розробити індивідуальну програму на кожного учня з лікувальної фізкультури, спрямовану на подолання труднощів рухової активності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилося на базі Боярської спеціальної школи-інтернат для дітей зі зниженим зором, з вересня 2007 року до травня 2008 року. Було обстежено 6 дітей молодшого шкільного віку. За діагнозом діти мають наступні первинні відхилення: Сергій,(№1) 1998 р/н., вроджена аномалія зорового аналізатора, дегенерація сітківки, вторинна косоокість. 0,6/0,1; Єлизавета,(№2) 1998 р/н., висока ступінь близорукості обох очей, амбліопія. 0,4/0,7; Катерина,(№3) 1999 р/н., міопичний астигматизм обох очей, амбліопія. 0,6/0,4; Станіслав,(№4) 1998 р/н., співдружня збіжна косоокість, амбліопія високого ступеня. 0,8/1; Кароліна,(№5), 1999 р/н., дальnozорий астигматизм, горизонтальний астигматизм, збіжна косоокість. 0,4/0,4; Руслан,(№6) 1998 р/н., гіперметропія вищого ступеню 0,3/0.4.

Була вперше розроблена комплексна (на кожного учня) індивідуальна програма з лікувальної фізкультури, яка використовувалась у основній частині заняття. Оздоровчо-лікувальну роботу з дітьми зі зниженим зором проводили після вивчення стану різних сторін рухової функції (сили, координації, швидкості і т. п.) в умовах компенсаторної перебудови.

На першому етапі дослідження у вересні-жовтні 2007 року були проведені: спостереження за заняттями з ЛФК початкової школи дітей зі зниженим зором, а пізніше і самостійне проведення заняття з ЛФК.

На другому етапі дослідження в листопаді 2007 року проводився експеримент, визначався фізичний розвиток та фізична підготовка дітей зі зниженим зором початкової школи I-IV класів, здійснено аналіз та оцінку його результатів. Розроблялися рекомендації щодо підвищення рухової активності дітей засобами ЛФК, скоректовано

календарні плани з лікувальної фізичної культури I-IV класів, удосконалено комплекси вправ для корекції вторинних відхилень.

На третьому етапі дослідження з січня до травня включно, апробовані індивідуальні програми з ЛФК на кожного учня в основній частині заняття, експериментально апробована ефективність впливу рухливих ігор в заключній частині заняття. Після експерименту, в кінці травня 2008 року, повторно визначався фізичний розвиток та фізична підготовка дітей зі зниженим зором II класу, та для зрівняння співставленні з даними дітей однолітків з нормальним зором, за даними Круцевич Т.Ю. [8], проведено теоретичне та науково-методичне узагальнення результатів експерименту.

При проведенні досліджень були враховані загально дефектологічні концептуальні положення Державного стандарту початкової ланки спеціальної освіти для дітей зі зниженим зором.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз показників фізичного розвитку молодших школярів виявив, що порушення зорових функцій в дитячому віці уповільнює природній хід цього процесу. При цьому вікова динаміка в основних рисах зберігається, проте діти значно відстають у фізичному розвитку від зрячих однолітків [8]. Так, на початковому етапі досліджень, величина показника, що характеризує силу, в середньому склала $10,5 \pm 1,8$ раз, показник підйому в сід склав $23,5 \pm 1,1$ раз/хв. Швидкість бігу на 30м, що характеризує прудкість, коливалася по групі от 7,3с до 6,2с і в середньому склала $6,8 \pm 0,2$ с. Показник спритності, визначуваний за швидкістю човникового бігу 4x9м, склав $13,0 \pm 0,2$ с, а гнучкість, визначувана по глибині нахилів тулубу вперед з положення сидячи, коливалася від 5см до 8см і в середньому склала $6,2 \pm 0,5$ см (рис.1.1-1.5).

Фізичним станом дітей зі зниженим зором необхідно управляти, тобто змінювати його в потрібному напрямку. Наприклад, дитина має недостатній рівень розвитку точності рухів і сили м'язів рук. Підібравши відповідні фізичні вправи і виконуючи їх в оптимальному дозуванні, ми зможемо за деякий період ліквідувати ці недоліки. Процес управління фізичним станом дітей буде ефективним лише при врахуванні особливостей фізичного розвитку і формування рухів дітей зі зниженим зором.

У підборі і раціональному використанні засобів і методів фізичного навантаження інвалідів по зору важливе місце відводиться вивченню рухової функції. Визначення рівня показників м'язової сили, швидкості рухів, швидкісно-силової підготовки, витривалості і функції рівноваги дозволить успішно управляти

процесом виховання, вирішувати оздоровчо-лікувальні задачі в корекційно-відновлювальній роботі з дітьми зі зниженим зором з метою виправлення вторинних відхилень.

При повторному визначенні рівня фізичного розвитку і фізичної підготовки дітей із зниженим зором в травні 2008 року було встановлено, що всі досліджувані показники істотно покращали. Так, показник, що характеризує силу, виріс до $15,0 \pm 2,3$ раз, що на 42,9% ($p \leq 0,001$) вище за початковий рівень (рис. 1). Показник підйому в сід склав $32,5 \pm 0,8$ раз/хв, що на 38,3% ($p \leq 0,001$) вище за початковий рівень (рис. 2). Швидкість бігу на 30м коливалася по групі від 5,9с до 5,2с і в середньому склала $5,5 \pm 0,1$ с, що на 19% ($p \leq 0,001$) нижче за початковий рівень (рис. 3). Швидкість човникового бігу 4х9м склала $12,4 \pm 0,2$ с, що на 5% нижче за початковий рівень ($p \leq 0,001$), а гнучкість, визначувана по глибині нахилів тулубу вперед з положення сидячи, коливалася вже від 10см до 17см і в середньому склала $13,3 \pm 1,2$ см, що на 116,2% ($p \leq 0,001$) вище за початковий рівень, який був при першому обстеженні рік потому (рис. 4, 5).

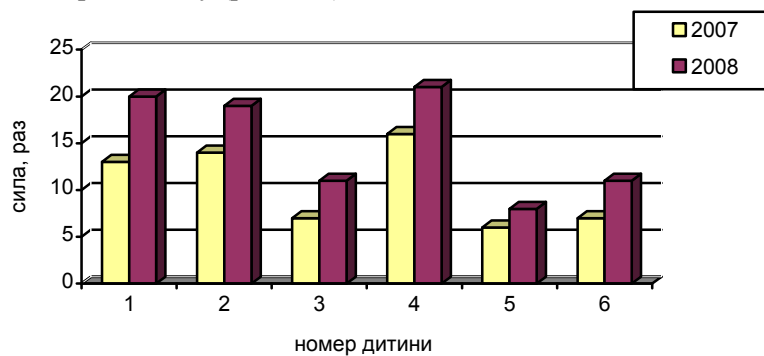


Рис. 1. Зміна показнику сили (згинання і розгинання рук в упорі лежачі на підлозі, раз) у дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні індивідуальної програми занять з ЛФК.

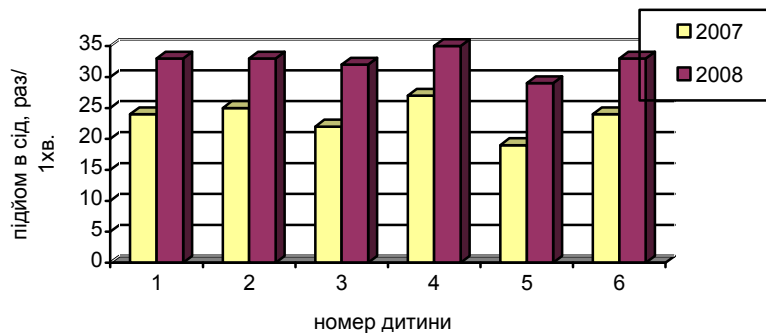


Рис. 2. Зміна показнику підйому в сід (за 1 хв., раз) у дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні індивідуальної програми занять з ЛФК.

ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ЗОРОМ

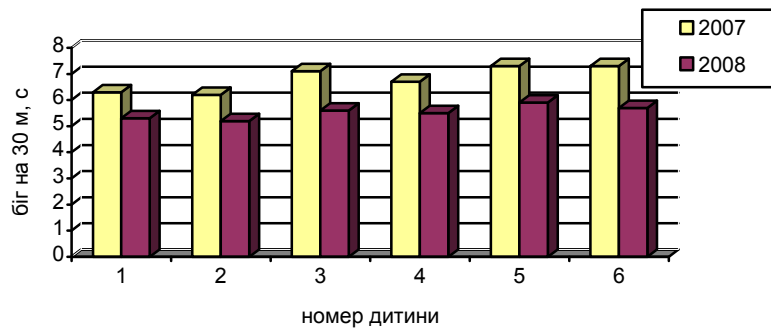


Рис. 3. Зміна швидкості (біг на 30м, с) у дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні індивідуальної програми занять з ЛФК.

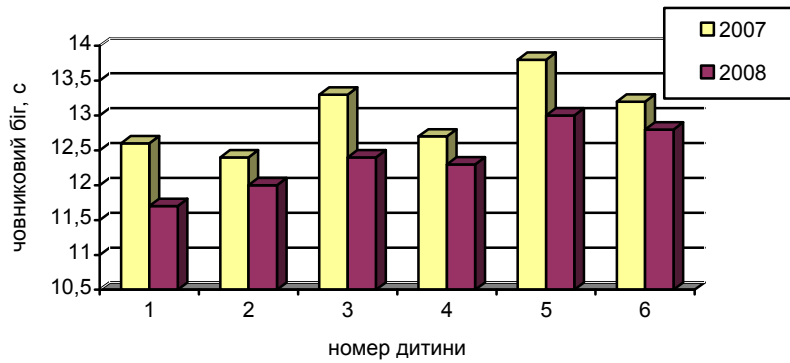


Рис. 4. Зміна спритності (човниковий біг 4×9 м,с) у дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні індивідуальної програми занять з ЛФК

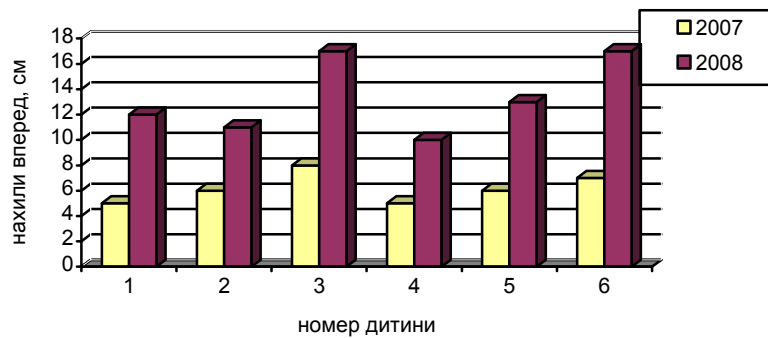


Рис.5. Зміна показнику гнучкості (нахили тулуба вперед, положення сидячи, см) у дітей зі зниженим зором молодшого шкільного віку при використанні індивідуальної програми занять з ЛФК.

Здійснюючи м'язову роботу у вигляді вправ на заняттях ЛФК отримуємо стимулюючу (тонізуючу), трофічну, компенсаторну і нормалізуючу дію на організм. Стимулююча дія ЛФК пов'язана з підвищення рівня життєдіяльності організму і його найважливіших функціональних систем. Вона проявляється у посиленні діяльності фізіологічних систем хворого. Цінним проявом стимулюючої дії ЛФК є підвищення емоційного тону хворого.

Трофічна дія засобів ЛФК проявляється у загальному і спрямованому зміні обміну речовин у м'язах і внутрішніх органах, які пов'язані з роботою певних м'язових груп. В її основі лежить складні біохімічні і фізіологічні зсуви, спрямовані на відновлення енергетичного потенціалу м'язів.

Аналіз результатів дослідження засвідчив високу ефективність запропонованої експериментальної методики підвищення рухової активності дітей зі зниженим зором засобами лікувальної фізичної культури на тлі зростання показників фізичної підготовки, що досліджувалися, і досягнення вище середнього і високого рівнів фізичної підготовки в експериментальній групі порівняно показникам контрольної групи.

Наявність певної складної, комбінованої патології істотно впливає та значною мірою обумовлює майбутній фізичний та соматичний стан дитячого організму, її рухову активність. Вплив ЛФК на рухову активність дітей зі зниженим зором розглядаємо як метод патогенетичної терапії, оскільки при застосуванні засобів лікувальної фізкультури у загальну відповідну реакцію всього організму включаються і ті фізіологічні механізми, які беруть участь у патогенетичному процесі. Нажаль запропонована індивідуальна програма з ЛФК не покращила первинного стану патології зору, що і не було завданням дослідження, але, як корекція вторинних порушень надало величезний позитивний вплив на рухову активність, фізичну підготовку та здоров'я дітей. Запропоновані методичні рекомендації дали можливість вчителю з ЛФК корегувати навантаження під час кожного заняття з індивідуальним підходом, за індивідуальною програмою.

ВИСНОВКИ

Розроблена комплексна, на кожного учня початкової школи, індивідуальна програма з лікувальної фізкультури, яка використовувалась у основній частині заняття, сприяла певній нормалізації фізичного розвитку дітей даної категорії та підвищенню рухової активності. Використання фізичних вправ за індивідуальною програмою, як засобу фізичної реабілітації, є надзвичайно важливим фактором у навчальних закладах для слабозорих дітей.

Список літератури

1. Синьов В.М. Загальні та специфічні закономірності психічного розвитку дитини при нормальному і ушкодженому зорі / В.М. Синьов, Є.П. Синьова // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць викладачів, аспірантів та студентів-науковців кафедри тифлопедагогіки НПУ імені М.П. Драгоманова. – Вип. 1.– 2003. - С 1-7.
2. Сермеев Б. В. Физическое воспитание детей с нарушением зрения. – К.: Здоров'я, 1987. – 104 с.

3. Полторацький А.А. Корекційна спрямованість та гуманне ставлення до дітей с порушенням зору. / Досвід роботи вчителя ЛФК Боярської спецшколи-інтернату для слабозорих дітей. Методичні рекомендації. м. Боярка, 2007. – 39 с.
4. Ермаков В. П., Якунин Т. А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. Учебное пособие для вузов. - М.: ВЛАДОС, 2000. – 239 с.
5. Малаев Д. М. Педагогические основы формирования игры слепых и слабовидящих детей как средства коррекции их нравственного и физического развития. Автореф. докт. дис. -М., 1995. – 28 с.
6. Романенко О.В. Програмне забезпечення корекційних занять з просторового орієнтування для дітей з вадами зору / О.В. Романенко, Л.С. Коваль / Збірник наукових праць НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. «Корекційна педагогіка та психологія».- К., 2007. - № 8. – С. 54-57.
7. Романенко О.В. Модель фахівця тифлопедагога туристсько-екскурсійної діяльності. Науковий часопис // Збірник наукових праць НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія №19. «Корекційна педагогіка та психологія».- К, 2008. – № 10– С. 138-145.
8. Теорія та методика фізичного виховання /За ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська література, 2008.-367 с.

Романенко А.В., Картак А.А. Повышение двигательной активности детей со сниженным зрением средствами лечебной физической культуры // Ученые записки Таврического национального университета имени В.И. Вернадского, Серія „Биология, химия”. – 2009. – Т. 22 (61). – № 2. – С. 126-133.

Ефективне преодолення порушень фізичного розвитку у дітей со зниженим зрением возможно при условии разработки и внедрения индивидуальной программы лечебной физической культуры на каждого ученика отдельно с учетом индивидуальных психических, физических и зрительных особенностей.

Ключевые слова: дети со сниженным зрением, лечебная физическая культура, повышение двигательной активности, индивидуальная программа.

Romanenko A. V., Kartak A. A. Increase of motive activity of children with mionectic sight of medical physical culture // Uchenye zapiski Tavricheskogo Natsionalnogo Universiteta im. V. I. Vernadskogo. Series «Biology, chemistry». – 2009. – V.22 (61). – № 2. – P. 126-133.

Effective overcoming of violations of physical development for children with mionectic sight possibly on condition of development and introduction of the individual program of medical physical culture on every student separately taking into account individual psychical, physical and visual features.

Keywords: children with mionectic sight, medical physical culture, increase of motive activity, individual program.

Поступила в редакцию 12.05.2009 г.