ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СЛІПИХ ТА СЛАБОЗОРИХ ШКОЛЯРІВ

Любов ЄРАКОВА

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Постановка проблеми. Аналіз літератури. Соціальна інтеграція розглядається як активна участь інвалідів в основних напрямках діяльності суспільства. Недоліки розвитку організму людини можуть стати причиною його непрацездатності, соціальної залежноцінності внаслідок непідготовленості суспільства до рішення проблем інвалідів. Звідси виникла дуже актуальна проблема забезпечення адекватної реабілітації інвалідів і зведення до мінімуму інвалідодіючих факторів в усіх аспектах навколишнього середовища і суспільства [2, 5].

В даний час близько 2,5 млн. людей в Україні – інваліди. Держава вживає заходів до поліпшення умов життя і соціальної захищеності цього контингенту населення. Так, у 1991 р. Верховною Радою України прийнятий закон "Про основи соціальної захищеності інвалідів". У 1998 році прийнята ЦКП "Фізичне виховання – здоров'я нації", один з розділів якої є "Фізкультурно-оздоровча, реабілітаційна і спортивна діяльність серед інвалідів".

У спеціальній науковій літературі останніх років з'явився термін "адаптивна фізична культура", що означає включення інвалідів в активне громадське життя за допомогою регулярних занять "адаптованими" для них фізичними вправами і видами спорту.

Серед інвалідів досить високий відсоток складають інваліди по зору. Серед них багато дітей. Окремим питанням адаптивного фізичного виховання сліпих дітей присвячений ряд робіт [1, 3, 6].

У спеціалізованих інтернатах живуть і навчаються не тільки сліпі, але і слабозорі школярі. Крім того, поряд із серйозними порушеннями зорового аналізатора діти-інваліди по зору також, як і інші, мають такі відхилення в стані здоров'я, як порушення опорно-рухового апарату, захворювання дихальної системи, інфекційні захворювання дитячого віку, та ін. Педагогічний процес фізичного виховання в спеціалізованих інтернатах для сліпих і слабозорих школярів вимагає вдосконалення, розробки і наукового обґрунтування підходів до вирішення завдань оздоровчої спрямованості, що передбачають підготовку дітей до повсякденної життєдіяльності, профілактику захворювань дитячого віку, а також прагнення досягнути стабільного рівня здоров'я.

Мета роботи. Виявити, науково обґрунтувати і розробити методологічні особливості диференційованого фізичного виховання сліпих і слабозорих школярів в умовах спеціалізованого інтернату.

Об'єкт дослідження. Фізичне виховання в умовах спеціалізованого інтернату.

Предметом. Методичні підходи в диференційованому фізичному вихованні сліпих і слабозорих школярів.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених у роботі завдань використовувалися такі методи як аналіз літературних і документальних матеріалів, педагогічний експеримент, а також методи математичної статистики. Педагогічний експеримент проводився у виді констатуючого і формуючого. Констатуючий експеримент проводився з метою одержання первинної інформації про розвиток,

підготовленість, функціональний стан організму сліпих і слабозорих дітей. Формуючий експеримент проводився *у вигляді модельного експерименту з метою визначення* впливу спеціальних педагогічних прийомів навчання руховим діям і розвитку рухових якостей на організм дітей із глибокими порушеннями зору.

У дослідженні взяли участь 109 школярів 7-17 років, що навчаються і проживають у спеціалізованої школі-інтернаті для сліпих і слабозорих дітей №5 м. Києва. Дослідження проводилися за класами, а для аналізу були сформовані групи за ознаками належності до молодшої, середньої чи старшої школи, і за ступенями втрати зору сліпі і слабозорі.

Результати дослідження. Аналіз показників фізичного розвитку (ФР) *обстежених школярів, здійснювався* на основі індивідуальної оцінки конкретних показників, порівнянням їх з віково-статевими нормативами, наведеними в спеціальній літературі. Для загальної характеристики зміни показників ФР із збільшенням віку *використовували процентне* співвідношення кількості учнів з відставанням або *перевищенням цього показника. Розподіл абсолютних показників* довжини тіла, маси *тіла, обводу* грудної клітки у віковому аспекті достовірно не відрізняються від значень притаманних здоровим дітям. Водночас відносні показники ФР (табл.1) демонструють значні розходження у вікових групах залежно від ступеня втрати зору.

Дослідження фізичного розвитку і функціонального стану дітей дозволило віднести дітей до визначеної групи по рівнями фізичного розвитку. Так, серед сліпих і слабозорих учнів виявлено 65,2% школярів із середнім рівнем ФР (з них дисгармонійний розвиток спостерігався в 24% випадків); з низьким і нижче середнього рівнем ФР – 20% дітей (з дисгармонійним розвитком – 50% дітей); з рівнем вищий за середній – 17,50% (розвиток дисгармонійний у 28,5%). Аналіз гармонійності фізичного розвитку обстежуваного контингенту виявив, що з початком статевого дозрівання, серед обстежуваного контингенту збільшується кількість дітей з дисгармонійним ФР. Це виражається в збільшенні кількості дисгармонійно розвитих учнів середнього шкільного віку у порівнянні з учнями молодшого шкільного віку, що склало 50% від загальної кількості обстежених сліпих і слабозорих, якщо в молодшому шкільному віці дисгармонійний розвиток виявили в 32,5% школярів, то в старшому їх кількість складає 42,86%. Диференціюючи групи на сліпих і слабозорих відзначаємо збереження аналогічної тенденції в середньому шкільному віці, однак серед сліпих дисгармонічність фізичного розвитку більше (57,89%), чим серед слабозорих (44,82%); у молодшому шкільному віці 36,4% сліпих і 27,78% слабозорих; у старшому шкільному віці 53,85% сліпих і 25% слабозорих.

Обмеження рухової активності через відсутність одного з найінформативніших аналізаторів навколишнього середовища визначає не тільки специфіку навчання таких дітей у спеціалізованих установах, але і негативно відбивається на стані здоров'я. Так, аналіз захворюваності дітей молодшого шкільного віку школи-інтернату №5 м. Києва виявив, що поряд з основними захворюваннями зорового аналізатора, в обстеженої групи дітей відзначається ряд захворювань характерних для дитячого віку, єдина ключова особливість яких – більш тривалий і важкий перебіг захворювання. Протягом навчального року не хворіли тільки 8% обстежених дітей, 2–3 рази за рік хворіли 70%. Близько 20% дітей хворіли частіше 3 разів у рік із середньою тривалістю захворювання не менше 7 днів. Такий високий відсоток захворюваності пояснюється не тільки зниженим імунітетом у дітей, але швидким поширенням інфекційних захворювань в умовах інтернату. Основну частину дітей, які часто хворіють, складають учні перших класу, що може бути пов'язано з недостатньою адаптацією організму до навчання

Таблиця 1

Співвідношення показників фізичного розвитку та функціонування серцево-судинної системи дітей 7–17 років, які навчаються в школі-інтернаті №5 м. Києва, %

Віковий період, (кількість дітей)	Відношення до норми	Довжина тіла		Маса тіла		ОГК		$ЧСС_{сп}$		$АТ_{сист}$		$АТ_{діаст}$	
		С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ
Молодший шкільний вік, (сліпих – 22; слабозорих – 18)	відставання	22,72	16,67	45,46	9,09	16,67	9,09	16,67	0,00	5,56	0	36,36	16,67
	норма	68,18	50,00	36,36	72,73	33,33	77,27	50,00	95,45	83,33	83,33	59,10	72,22
	перевищення	9,10	33,33	18,18	18,18	50,0	13,64	33,33	4,55	11,11	16,67	4,54	11,11
Середній шкільний вік (сліпих – 19; слабозорих – 29)	відставання	5,26	13,79	21,05	5,26	6,90	10,53	20,69	5,26	10,34	24,14	31,58	24,14
	норма	63,16	68,96	57,89	52,63	55,17	84,21	72,41	84,21	82,76	55,17	42,10	41,38
	перевищення	31,58	17,24	21,05	42,11	37,93	5,26	6,90	10,53	6,90	20,69	26,32	34,48
Старший шкільний вік (сліпих – 13; слабозорих – 8)	відставання	30,77	12,50	38,46	7,69	25,00	15,38	12,50	0,00	12,50	12,50	15,38	37,50
	норма	46,15	50,00	46,15	61,54	37,50	61,54	62,50	69,23	62,50	62,50	53,85	37,50
	перевищення	23,08	37,50	15,38	30,77	37,50	23,08	25,00	30,77	25,00	25,00	30,77	25,00

Примітка: ОГК – окружність грудної клітки; $ЧСС_{сп}$ – частота серцевих скорочень в стані спокою; $АТ_{сист}$ – систолічний артеріальний тиск; $АТ_{діаст}$ – діастолічний артеріальний тиск; С – сліпі; СЗ – слабозорі.

зміною клімату (тому що діти раніше проживали в різних регіонах України від Кримської до Сумський областей), недоліком уваги рідних.

Дані кореляційного аналізу показують, що захворюваність протягом навчального року має достовірний зв'язок з наявністю зорових відчуттів. Так, коефіцієнт кореляції між рівнем зору і кількістю захворювань протягом року в хлопчиків молодшого шкільного віку складає r=-0,46 (p<0,05), у дівчинок r=-0,14, (p>0,05); кількість пропущених днів у хлопчиків r=-0,31, (p>0,05), у дівчинок r=-0,28, (p>0,05); кількість пропущених уроків фізичної культури r=-0,32, (p>0,05), у дівчинок r=-0.15, (p>0,05). Незважаючи на недостатню виразність взаємозв'язку, виявлена тенденція – чим вищий рівень зору, тим нижча захворюваність. Це може бути пов'язано з індивідуальними особливостями взаємодії різних систем організму молодших школярів з патологією зору, єдністю фізичного, емоційного і психологічного статусу людини.

У той же час, адаптація сліпих школярів до умов життя в інтернаті відбувається успішніше для їх серцево-судинної системи, чим у слабозорих і дітей, які поступово втрачають зір у міру дорослішання і термінів перебування в інтернаті, про що свідчить великий відсоток сліпих зі значеннями $ЧСС_{сп}$ і АТ відповідними віково-статевій нормі, чим у слабозорих (див. табл. 1).

Окрім того, серед обстежуваного контингенту, тільки 20% дітей мали значення ЖЕЛ нижче норми і майже 30% – ЧД вище норми на фоні значних порушень постави при толерантності до навантажень функціональних проб із затримкою дихання на рівні вікової норми.

Аналіз фізичної підготовленості, був проведений за двома напрямками:

- виявлення особливостей розвитку рухових якостей дітей з патологіями зору в процесі навчання учнів молодшого шкільного віку до старшого;
- визначення рівня фізичної підготовленості в групах дітей з різним рівнем зору.

Це дозволяє стверджувати, що прояв рухових якостей у досліджуваного контингенту має ряд особливостей, але в цілому відповідає аналогічним здібностям здорових дітей [4, 6]. Процентні співвідношення результатів оцінки швидкості, сили і спритності представлені у таблиці 2.

Результати максимального прояву конкретної рухової якості сліпих і слабозорих залежать від структури контрольної вправи та ступеня прояву зорових відчуттів або їх відсутності.

Все вищесказане дозволяє стверджувати, що система оцінки рівня розвитку рухових якостей сліпих і слабозорих школярів вимагає корекції, як з боку підбору контрольних вправ, так і з погляду розробки нормативів окремо для тотально сліпих і слабозорих з урахуванням вікових і статевих особливостей дозрівання організму у визначені періоди шкільного віку.

Загальні висновки. Таким чином, головна методологічна проблема процесу фізичного виховання школярів з патологією зору полягає в тому, що ті чи інші захворювання зорового аналізатора вимагають визначення загальних і індивідуальних особливостей впливу при навчанні руховим діям і розвитку рухових якостей з урахуванням індивідуального ступеня втрати зору.

Особливості управління процесом фізичного виховання в спеціалізованих інтернатах для сліпих і слабозорих дітей виявляються у використанні учителем фізкультури, тренером з виду спорту й інших фахівців з фізичного виховання специфічних методичних прийомів навчання руховим діям і розвитку рухових якостей у залежності від індивідуальних можливостей зорового аналізатора, наявності або відсутності в них визначеного ступеня зорової і м'язової пам'яті.

Таблиця 2

Результати тестів оцінки швидкісних здібностей, сили та спритності сліпих та слабозорих школярів, що живуть та навчаються в умовах спеціалізованого інтернату, %

Віковий період, (кількість дітей)	Рівень оцінок [4, 5]	Швидкісні здібності		Силові здібності												Спритність			
		Теппінг-тест		Кистьова динамометрія		Віс на зігнутих руках		Тест Крауса-Вебера		Підйом в сед за 1 хв		Стрибок в довжину з місця		Стрибок в висоту з місця		Метання м'яча в ціль		Човниковий біг 4×9 м	
		С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ	С	СЗ
Молодший шкільний вік, (n=40)	високий	27,27	22,22	13,64	22,22	-	-	-	-	36,36	16,67	13,64	11,11	-	11,11	18,18	16,67	-	-
	достатній							22,73	38,89	31,82	55,56	27,27	33,33	18,18	11,11	54,55	38,89	4,55	16,67
	середній	50	38,89	31,82	38,89	18,18	33,33	59,09	50	13,64	16,67	45,45	50	45,45	38,89	9,09	33,32	27,27	55,56
	початковий	22,73	38,89	54,54	38,89	81,82	66,67	18,18	11,11	18,18	11,11	13,64	5,56	36,37	38,89	18,18	11,11	68,18	27,77
Середній шкільний вік, (n=48)	високий	36,84	20,69	26,32	20,69	-	6,9	-	-	31,58	24,14	26,32	24,14	-	-	47,37	31,03	-	-
	достатній							26,32	31,03	26,32	55,17	52,63	44,83	10,53	13,79	26,32	37,93	-	10,34
	середній	52,63	65,52	52,63	48,28	31,58	51,72	47,37	48,28	26,32	13,79	15,79	20,69	36,84	20,69	21,05	24,14	42,11	51,72
	початковий	10,53	13,79	21,05	31,03	68,42	41,38	26,32	26,69	15,79	6,9	5,26	10,34	52,63	65,52	5,26	6,9	57,89	37,94
Старший шкільний вік, (n=21)	високий	46,15	50	7,69	-	-	-	-	-	7,69	12,5	15,38	12,5	7,69	12,5	15,38	-	-	-
	достатній			23,08	12,5	7,69	12,5	30,77	37,5	46,15	37,5	30,77	37,5	15,38	25	46,15	37,5	30,77	25
	середній	38,46	37,5	38,46	37,5	38,46	50	46,15	50	38,46	25	38,46	37,5	23,08	37,5	30,77	50	46,15	50
	початковий	15,38	12,5	30,77	50	53,85	35,5	23,08	12,5	7,69	25	15,38	12,5	53,85	12,5	7,69	12,5	23,08	25

Примітка: С – сліпі; СЗ – слабозорі.

На основі педагогічних спостережень і власного досвіду роботи учителем фізичної культури в спеціалізованому інтернаті виявлені особливості навчання руховим діям у процесі уроків і інших форм фізичного виховання в режимі дня сліпих і слабозорих учнів, що полягають: а) в особливостях індивідуального підходу, що враховує ступінь і терміни втрати зору, а також відсутність або наявність м'язової і зорової пам'яті; б) у диференціації учнів по групах, подібним по ступеню втрати зору або ступеню володіння руховою дією; в) у можливості допомоги слабозорих для засвоєння техніки фізичних вправ сліпими учнями [1].

При розвитку рухових якостей необхідно враховувати особливості рухової сфери дітей з порушеннями зору, але в той же час не можна недооцінювати їх можливості в русі. Завданнями педагога є сприяти розвитку фізичних якостей учнів і зміцненню здоров'я за рахунок використання різних методичних прийомів і забезпечення безпечних умов, з огляду на особисті пристрасті учнів і різноманіття як засобів так і форм фізичного виховання.

Література

1. *Давиденко Е.В., Огорелкова Л.А. Особенности физической адаптации школьников-инвалидов по зрению // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. виховання і спорту: Зб. наук. праць // За ред. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ, 2001.-№16.-С.57-60.*
2. *Дмитриев В.С. К формированию отечественной системы адаптивного физического воспитания и спорта инвалидов // Человек в мире спорта: новые идеи, технологии, перспективы: Тезисы докладов международного конгресса. – М. 1998. – Т2. – С. 526-527.*
3. *Демирчоглян Г.Г. Профилактика близорукости у детей. – М.: Советский спорт, 2000. – с. 265.*
4. *Огорєлкова Л. Особливості адаптивного фізичного виховання сліпих та слабозорих дітей молодшого шкільного віку з урахуванням рівня фізичного стану // Молода спортивна наука України: Зб. наук ст. – Львів, 2002. – Т 2. – Вип. 6. – С. 473-477*
5. *Озолина Е.В., Дмитриев В.С., Рубцова Н.О. "Адаптивная физическая активность" как новая дисциплина в семействе спортивных наук // Теория и практика физической культуры. – 1999. – № 5. – С. 21-26.*
6. *Сермеев Б.В. Физическое воспитание детей с нарушением зрения. – К.: Здоров'я, 1987. – 110 с.*

THE DIFFERENT PHYSICAL EDUCATION OF STONE-BLIND AND PURBLIND PUPILS

Lubov ERAKOVA

National university of physical education and sports of Ukraine

Abstract. The author are extended the data of health purblind and stone-blind of the pupils complemented on the basis of the analysis and ordering known on the today empirical data of physical condition of the given quota of the population of Ukraine. On the basis of the received data technique of the initial stage of training to impellent actions purblind and stone-blind children.

Key words: purblind pupils, stone-blind, physical education.