

## АНАЛІЗ КІЛЬКІСНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ПЕРВИННИХ І ВТОРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛАБКОЗОРИХ ШКОЛЯРІВ В ПРОЦЕСІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Анна ДЯЧЕНКО

*Національний університет фізичного виховання і спорту України*

**Анотація.** В статті представлені результати дослідження супутніх захворювань опорно-рухового апарату слабкозорих дітей молодшого шкільного віку.

**Ключові слова.** Слабкозорі школярі, постава.

**Актуальність.** В сучасному суспільстві, у зв'язку з переоцінкою ролі особистості, найбільш гостро постає проблема забезпечення повноцінної життєдіяльності інвалідів, це обумовлено тим що на сьогодні 500 млн чоловік у всьому світі віднесені до осіб з обмеженими можливостями, з яких 150 млн – діти.

Адаптивна фізична культура покликана за допомогою раціонально організованої рухової активності, як природного стимулу життєдіяльності, використовуючи збережені функції, залишкове здоров'я, духовні сили інваліда, максимально наблизити психофізичні можливості організму та особистості до самореалізації у суспільстві [3].

Аналіз науково-методичної літератури, яка стосується проблеми профілактики порушень зору та використання засобів фізичної культури для профілактики та корекції вторинних порушень слабкозорих школярів молодшого шкільного віку показав, що ряд дослідників присвятили свої роботи окремим аспектам даного питання.

Як відомо з публікацій М.І. Земцової (1956), Л.І. Сонцевої (1987), Л.А. Семенова (1990) і інших авторів, складний зоровий дефект ще в ранній період життя дитини знижує не тільки її пізнавальну, але і рухову активність, призводить до того, що дитина значно пізніше, ніж нормальнобачущий одноліток, приймає вертикальне положення при ходьбі, при природній стійці часто відзначається неправильне положення стоп [6].

Результатом обмеження рухової активності дитини при порушенні зору являється ряд вторинних відхилень у фізичному розвитку слабкозорих школярів. Зокрема занепокоєння викликають наступні дані: порушення постави (за даними В.П. Єрмакова, 1990) у дітей з вадами зору в порівнянні з нормальнобачущими становить відповідно 19,2 % і 13 % у хлопчиків і дівчаток, а 87 % слабкозорих дітей страждають на кіфотичну деформацію постави [2, 6].

У той же час існують дані, що слабкозорі діти приходять до школи вже зі стійкими порушеннями постави, з круглою спиною, посиленням грудним кіфозом, сплющеним поперековим лордозом, сколіозом, плоскостопістю та інші [10].

Нажаль система адаптивного фізичного виховання, яка існує сьогодні, потребує вдосконалення окремих компонентів, оскільки не завжди враховує вторинні захворювання дітей, зокрема в напрямку формування правильної постави. Врахування вторинних порушень під час корекційно-профілактичної роботи у фізичному вихованні слабкозорих дітей молодшого шкільного віку дозволить здійснювати диференційований підхід при корекції фізичного та психологічного розвитку, порушень у руховій сфері дитини [1, 2, 8, 9].

**Мета** нашого дослідження полягала у вивченні уражень зорового аналізатора та існуючих відхилень опорно-рухового апарату (ОРА) слабкозорих дітей молодшого шкільного віку, які проживають і навчаються у спеціалізованій школі-інтернат для слабкозорих дітей.

Для досягнення мети вирішувались наступні **завдання**:

1. Вивчення ураження зорового аналізатора серед дітей 7-10 років, які проживають і навчаються у спеціалізованій школі-інтернат для слабкозорих дітей;



## 2. Визначення відхилень у стані ОРА слабкозорих дітей молодшого шкільного віку.

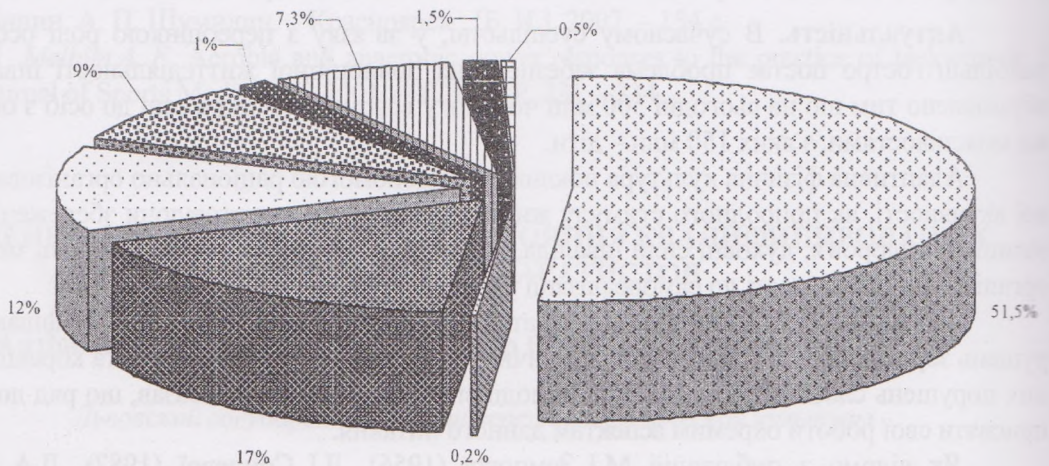
**Методи:** Аналіз даних літературних джерел, аналіз медичної документації спеціалізованої школи-інтернат для слабкозорих дітей та особистих карток дітей, відеометрія, математичної статистики.

### Результати власних досліджень:

Дослідження були проведені на базі кафедри кінезіології Національного університету фізичного виховання і спорту України, м. Київ та спеціалізованої школи-інтернат для слабкозорих дітей, смт. Самгородок, Козятинського р-ну, Вінницької області.

Аналіз кількісного співвідношення первинних і вторинних захворювань слабкозорих школярів проведений на основі вивчення медичних карт і висновків медико-педагогічної комісії. Нами проаналізовано характер основних і супутніх захворювань 33 учнів віком 7-10 років.

Під час аналізу особистих карток дітей були відмічені поодинокі та найбільш поширені очні захворювання серед дітей даної вікової категорії (Рис. 1).



**Рис. 1** Співвідношення очних захворювань дітей молодшого шкільного віку спеціалізованої школи-інтернат для слабкозорих дітей, %.

- |                    |               |               |
|--------------------|---------------|---------------|
| ▣ гіперметропія    | ▣ катаракта   | ▣ косоокість  |
| ▣ амбліопія        | ▣ астигматизм | ▣ афакія      |
| ▣ спазм акомодациї | ▣ ністагм     | ▣ мікрофтальм |

Так, було відмічено, що найбільш розповсюдженим захворюванням зорового аналізатора є гіперметропія (51,5 %), косоокість (17 %), астигматизм (9 %), спазм акомодациї (7,3 %).

В основному діагнозі, із загального числа досліджуваних, у 6-ти дітей вказано 3 основних захворювання зорового аналізатора (гіперметропія, косоокість, спазм акомодациї), у 7-ми дітей – 2 захворювання (астигматизм, гіперметропія) та у 20-ти дітей один діагноз порушення зору (зокрема: амбліопія, косоокість, гіперметропія). Також нами відзначені такі захворювання, як атрофія зорового нерва, катаракта, афакія, мікрофтальм, ністагм та у 12 % досліджуваних встановлено – амбліопію.

Отримані нами дані частково відповідають даним авторів [2, 6, 8], у роботах яких відзначено, що найпоширенішим захворюванням зорового аналізатора молодших школярів є амбліопія, астигматизм і косоокість.

Окрім основного діагнозу, у 85 % слабкозорих школярів (гіперметропія, косоокість) виявлені супутні захворювання. Даний відсоток порушень свідчить про неухильний ріст захворюваності серед слабкозорих дітей рік за роком, оскільки, наприклад, у 1999 році в роботі



В. Барченко [9] окрім основного діагнозу лише у 61 % школярів з порушенням зору відзначено супутні захворювання.

Так, у досліджуваних нами дітей поширені захворювання видільної та сечостатевої системи (pieloneфрит, енурез) – 5 %, захворювання дихальної системи та ЛОР органів (риніт, синусит, аденоїди) – 14,5 %, захворювання травної системи (гастродуоденіт), захворювання ендокринної системи (ожиріння, збільшення щитовидної залози), хірургічні захворювання (пупочна грижа).

Окремим, одним з найпоширеніших вторинних захворювань, відміченим при аналізі медичних карток дітей, є відхилення у стані ОРА (порушення постави, плоскостопість) – 69 % (табл. 1).

Таблиця. 1

### Рівень порушень постави

у молодших школярів спеціалізованої школи-інтернат для слабкозорих дітей

Вік, років	Кіл-ть чоловік	Кіл-ть порушень постави	Процент порушень постави
7	8	7	87,5 %
8	7	3	42,85 %
9	10	6	60 %
10	8	5	62,5 %

У роботі [7] автором зазначено, виявлення порушень постави вимагає обліку типових особливостей фізіологічних вигинів хребетного стовпа у сагітальній площині, а також особливостей вертикальної пози дітей і підлітків. Постава з віком змінюється, у дитини з чим не можна використати як зразок поставу, визнану правильною для дорослих. При формуванні постави створюються варіанти типових (звичних) для того або іншого віку постав, які не слід вважати неправильними, якщо вони відрізняються від зразка "ідеальної" постави.

З метою більш поглибленого вивчення постави слабкозорих дітей молодшого шкільного віку нами були проведені спеціальні дослідження.

Були отримані відеограми біогеометричного профілю постави слабкозорих дітей, які були зроблені з використанням програми "Torso" [5]. Дана програма дозволяє визначити кутові характеристики біогеометричного профілю постави для наочного подання різних варіантів порушень постави слабкозорих дітей.

Результати аналізу відеограм біогеометричного профілю постави дітей 7-10 років свідчать про те, що нормальна постава спостерігалася лише у 21 % обстежуваних дітей. У той же час нами були встановлені найбільш типові порушення постави відносно соматичної будови тіла: кругла спина спостерігається у 32 % обстежуваних дітей, кругловігнута спина – у 10 %, плоска спина – у 12 % і сколіотична постава (фронтальна площина) – у 25 % обстежуваних.

Отже, у результаті поглибленого дослідження було встановлено, у більш ніж 75 % обстежуваних дітей встановлені функціональні порушення постави.

### Висновки

1. При аналізі медичних карток дітей, окрім основного діагнозу, у 85 % слабкозорих дітей виявлені супутні захворювання. Поширеними є захворювання видільної та сечостатевої системи – 15 %, захворювання дихальної системи та ЛОР органів – 24,5%, захворювання травної та ендокринної систем.



2. Одним з найпоширеніших вторинних захворювань, відміченим при аналізі медичних карток дітей, є відхилення у стані ОРА (порушення постави, плоскостопість) – 69%. Зазначимо, слабкозорі діти приходять до школи вже зі стійкими порушеннями постави: круглою спиною, посиленим грудним кіфозом, сплющеним поперековим лордозом, сколіозом, плоскостопістю та інш.

3. У результаті проведення спеціальних досліджень, з метою більш поглибленого вивчення постави слабкозорих дітей молодшого шкільного віку, було відмічено, у більшості 75 % школярів різноманітні функціональні порушення постави. Найбільш поширеними порушеннями постави відносно соматичної системи відліку є: кругла спина – 32 % та сколіоз на поставу – 25 %.

4. Поглиблене вивчення порушень постави слабкозорих дітей дає змогу здійснювати індивідуальний та диференційований підхід до кожного учня в процесі профілактично-корекційної роботи на уроках фізичного виховання та ЛФК.

**Перспектива подальших досліджень.** Отримані нами дані будуть покладені в основу розробки корекційно-профілактичної технології, спрямованої на формування правильної постави у слабкозорих дітей молодшого шкільного віку.

#### Список літератури

1. Воловик Н. И. Состояние развития координационных способностей детей среднего дошкольного возраста с нарушением зрения // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : [сб. науч. тр./под ред. Ермакова С. С.]. – Харьков, 2006. – № 5. – С. 70 – 76.
2. Демирчоглян Г. Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г. Г. Демирчоглян, А. Г. Демирчоглян. – М. : Советский спорт, 2000. – 160 с.
3. Еракова Л. А. Дифференцированное физическое воспитание слепых и слабовидящих в условиях специализированного интерната : дис. канд. наук по физ. воспитанию и спорту : 24.00.01 / Л. А. Еракова. – К., 2005. – 182 с.
4. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. Н. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 238 с.
5. Кашуба В. А. Биодинамика осанки школьников в процессе физического воспитания : автореф. дис. ... д-ра наук по физ. воспитанию и спорту : 24.00.02 / Кашуба В. А. – К., 2003. – 36 с.
6. Мелентьева Н. Н. Формирование осанки у младших школьников с нарушением зрения в процессе занятия физическими упражнениями в специальной (коррекционной) школе : автореф. дис. канд. пед. наук. / Мелентьева Н. М. – СПб., 2004. – 19 с.
7. Носова Н. Л. Контроль пространственной организации тела школьников в процессе физического воспитания : автореф. канд. дис. ... канд. наук. по физ. воспитанию и спорту / Носова Наталья Леонидовна., – Киев, 2008. – 19 с.
8. Ростомашвили Л. Н. Коррекция двигательных нарушений детей с депривацией зрения средствами адаптивного физического воспитания : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Ростомашвили Л. Н. – СПб., 1999. – 24 с.
9. Харченко Л. В. Совершенствование базовых координационных возможностей у школьников 8-12 лет с нарушениями зрения автореф. дис. ... канд. пед. наук. / Л. В. Харченко – Омск, 1999. – 23 с.
10. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Сов. спорт, 2004. – 464 с.