**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

**ВІДКРИТОГО МІЖНАРОДНОГО УНІВЕРСИТЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ завідувач кафедри

 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**«МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В РЕЖИМІ НАВЧАЛЬНОГО ДНЯ»**

Освітній рівень: бакалавр

**Виконала:**

здобувач вищої освіти

спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Головня Дар’я Іванівна

**Керівник:**

Гета Алла Володимирівна, к.фіз.вих., доцент

Полтава – 2020

Полтавський інститут економіки і права

Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

# Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

Освітній рівень бакалавр

Галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка»

# Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

# «ЗАТВЕРДЖУЮ»

 Завідувач кафедри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_ вересня 20\_\_\_ року

## ЗАВДАННЯ

### НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

**Головні Дар’ї Іванівні**

1. Тема роботи «Методика корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня».

Керівник роботи: к.фіз.вих., доцент Гета А. В.

затверджені наказом вищого навчального закладу від \_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: аналіз літературних джерел у розрізі досліджуваної теми, вихідні дані констатувального експерименту.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

1. Вивчити спеціальну і психолого-педагогічну літературу з питань корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.
2. Дослідити форми і методи корекційної роботи, що застосовується зі слабозорими дітьми.
3. Визначити показники фізичного розвитку слабозорих молодших школярів.
4. Визначити ефективність методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.

5. Перелік графічного матеріалу: 4 таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділи | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| завданнявидав | завданняприйняв |
| 1–4 | к.фіз.вих.,доцент Гета А. В. | \_\_ вересня 2019 р. | \_\_ червня 2020 р. |

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Назва етапів дипломної роботи | Строк виконання етапів | Примітка |
| 1. | Затвердження теми  | вересень 2019 | виконано |
| 2. | Складання плану дослідження, змісту роботи | вересень 2019 | виконано |
| 3. | Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ) | жовтень 2019 | виконано |
| 4. | Написання 1 розділу, висновків до першого розділу | жовтень 2019–листопад 2019 | виконано |
| 5. | Написання 2 розділу | листопад 2019 | виконано |
| 6.  | Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу | грудень 2019–березень 2020 | виконано |
| 7.  | Висновки до 3 розділу | березень 2020 | виконано |
| 8. | Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків | квітень 2020 | виконано |
| 9. | Нормоконтроль | травень 2020 | виконано |
| 10. | Передзахист, підготовка електронної презентації | травень 2020 | виконано |
| 11.  | Захист дипломної роботи | червень 2020 |  |

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Головня Д. І.

Керівник роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гета А. В.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ…………………………………….** | 6 |
| **ВСТУП………………………………………………………………………..** | 7 |
| **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ……………………….** | 11 |
| * 1. Характеристика зорових порушень у дітей молодшого шкільного віку……………………………………………
 | 11 |
| * 1. Сучасні підходи до вивчення впливу патології зорового аналізатора на рівень фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку.………….
 | 20 |
| * 1. Характеристика засобів корекції фізичного стану слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня………………………………………….
 | 27 |
| Висновки до першого розділу…………………………………. | 36 |
| **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…………...** | 38 |
| 2.1. Методи дослідження……………………………………… | 38 |
| 2.1.1.Теоретичні методи…………………………………… | 38 |
| 2.1.2. Педагогічні методи…………………………………… | 38 |
| 2.1.3. Методи оцінки фізичного розвитку………………… | 39 |
| 2.1.4. Педагогічне тестування……………………………… | 40 |
| 2.1.5. Методи математичної статистики…………………… | 41 |
| 2.2. Організація дослідження………………………………… | 41 |
| **РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В РЕЖИМІ НАВЧАЛЬНОГО ДНЯ…………………** | 44 |
| 3.1. Обґрунтування методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня…………………………………………… | 44 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня………………………………… | 50 |
| Висновки до третього розділу………………………………… | 61 |
| **РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ…….** | 64 |
| **ВИСНОВКИ…………………………………………………………………** | 67 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…………………………………** | 72 |
| **ДОДАТКИ……………………………………………………………………** | 79 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

в.п. – вихідне положення;

Д – діоптрії;

ЕГ – експериментальна група;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

КГ – контрольна група;

МОЗ – міністерство охорони здоров’я;

ОГК – окружність грудної клітки;

ОРА – опорно-руховий апарат;

о.с. – основна стійка;

ЦНС – центральна нервова система.

ЧСС – частота серцевих скорочень.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В даний час значно зріс інтерес до проблеми допомоги дітям із функціональними та органічними вадами розвитку, в тому числі і слабозорим дітям. Для корекції їхнього фізичного розвитку та інтеграції цієї групи дітей в сучасне соціальне середовище зусилля педагогів повинні бути спрямовані на пошук нових форм і методів навчання і виховання.

Порушення функції зорового аналізатора викликає ряд відхилень у фізичному розвитку дитини. У зв’язку з труднощами, що виникають при наслідуванні та оволодінні просторовими уявленнями і руховими діями, порушується правильна поза при ходьбі, бігу, координація рухів тощо. Вимушене зниження рухової активності, низький розвиток м’язової сили, супутні соматичні захворювання, різні порушення опорно-рухового апарату, що носять стійкий характер, типові для слабозорих дітей (Р. В. Чудна, 2000; Г. А. Єдинак, 2014; О. С. Афанасьєва, 2014; І. О. Когут, 2015).

Дослідження ряду авторів (Є. С. Аветісова, 2010; В. П. Ермакова, 2005; Р. Н. Бєлякової, 2001 та ін.) показали, що зміни фізичного здоров’я дітей тісно взаємопов’язані з функціями органу зору, а саме, захворювання внутрішніх органів, нервової системи і хребта часто поєднуються зі слабозорістю.

Одним із найважливіших завдань занять зі слабозорими дітьми є корекція рухових недоліків, що виникли в результаті цього дефекту. У слабозорих дітей відзначається відставання у фізичному розвитку (довжина, маса тіла, об’єм грудної клітки й ін.), спостерігаються порушення постави, плоскостопість. Порушення й аномалії розвитку зору негативно позначаються на формуванні рухових здібностей, таких як сила, швидкість, витривалість, координація, статична і динамічна рівновага. Якщо зір знижується або втрачається в більш ранньому віці, то відхилення у фізичному розвитку дітей більш виражені. Розвиток рухових якостей у слабозорих дітей знаходиться в прямій залежності від рівня втрати зору (І. Ю. Горська, 2010; Ю. М. Фурман, 2012).

Корекційні заняття мають бути спрямовані на поліпшення роботи органів і систем організму, зміцнення здоров’я та формування рухових якостей, фізичного розвитку в цілому. Це досягається шляхом організації корекційно спрямованих занять, що передбачають розвиток просторово-орієнтовної діяльності, рухової сфери, здатності відчувати та оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруження і розслаблення м’язів тощо.

Основними корекційними заходами з фізичного виховання в режимі навчального дня слабозорих дітей є: гімнастика до занять, фізкультурні хвилинки на уроках, ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах. Ці форми занять сприяють зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності, вихованню організованості та дисциплінованості. Вони повинні відрізнятися доступністю, чіткістю організації і проведення, тому що часткова втрата зору значно знижує можливості дітей та їхнього фізичного розвитку (Е. С. Лібман 2002; І. Є. Ростомашвілі, 2014).

Викладені положення пояснюють актуальність і своєчасність дослідження, що пов’язане з необхідністю розробки методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня та дослідити її ефективність.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити спеціальну і психолого-педагогічну літературу з питань корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.
2. Дослідити форми і методи корекційної роботи, що застосовуються зі слабозорими дітьми.
3. Визначити показники фізичного розвитку слабозорих молодших школярів.
4. Обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня та дослідити її ефективність.

**Об’єкт дослідження:** процес корекції фізичного розвитку слабозорих дітей.

**Предмет дослідження:** структура та зміст методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.

**Методи дослідження:** теоретичні: аналіз літературних джерел щодо досліджуваної проблеми; систематизація даних із проблематики дослідження, одержаних у процесі опрацювання літературних наукових досліджень; педагогічні методи; методи оцінки фізичного розвитку; педагогічний експеримент; статистичні: кількісний і якісний аналіз отриманих даних із застосуванням методів математичної статистики.

**Експериментальна база дослідження:** [Полтавська спеціальна школа № 40 Полтавської міської ради.](https://pl.isuo.org/ru/schools/view/id/20720)

**Практична значущість роботи** полягає в тому, що розроблена методика корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня, що спрямована на усунення виявлених функціональних порушень, сприяє оздоровленню організму школярів, позитивно впливає на показники зорової функції та фізичного розвитку. Запропонована методика може бути використана у системі корекції фізичного стану слабозорих учнів в умовах спеціалізованих навчальних закладів.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали роботи та результати дослідження представлені на ІV Регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика» (м. Полтава, березень 2020 р.) та Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (м. Полтава, березень 2020 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСОБІВ КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

* 1. **Характеристика зорових порушень у дітей молодшого шкільного віку**

Відомо, що зоровий аналізатор відіграє велику роль у різних формах діяльності дитини [8, 50]. Відомо, що 75–90 % сприйняття навколишнього світу здійснюється за допомогою зору [50]. Значною є участь зору у трудових процесах і при оволодінні фізичними вправами. Фахівці [7, 58] наголошують, що 90 % наших уявлень – зорові, а порушення зору ускладнює процеси оволодіння руховими діями, навчання та виховання дітей. На думку авторів, за допомогою ока дитина сприймає освітленість, колір, величину, форму предмета, визначає рух і напрямок руху, орієнтується у просторі [7].

Зір відіграє важливу роль при орієнтації дитини в навколишній дійсності і здійсненні багатьох сторін її життєдіяльності. У зв’язку з цим знання особливостей порушень зору дозволяє зрозуміти, які труднощі можуть виникати при тих чи інших захворюваннях очей [26].

Утворення в процесі розвитку дитини різносторонніх внутрішньосистемних і міжсистемних зв’язків визначає провідну роль зорового аналізатора у сприйнятті навколишнього середовища, орієнтації в просторі, пізнавальній і трудовій діяльності. Така роль органів зору забезпечується складною анатомічною будовою очей, високою організацією зорової системи, її тісним зв’язком із різними сенсорними функціями та корою великих півкуль головного мозку [7]. При порушенні розвитку органів зору значно зменшується потік інформації, що надходить у кору великих півкуль головного мозку. Зниження потоку зорових імпульсів, що прямують у мозок із сітківки, спричинює зміни функціональної діяльності кори головного мозку: фіксується зниження або повна відсутність у потиличній долі альфа-ритму, перебудовується вся кіркова нейродинаміка [27], також спостерігається порушення кіркової ритміки в потиличній долі кори головного мозку, що може свідчити про надмірне перенапруження ЦНС при патології зору [18].

В останні роки увага дослідників [8, 13] зосереджена на спадкових захворюваннях органу зору. Ці дослідження доводять, що основними захворюваннями очей, що призводять до порушення діяльності зорового аналізатора є: аномалії рефракції – 48,7 %, з них міопія складає 27,1 %, гіперметропія – 21,6 %, захворювання кришталика – 15,8 %, дистрофічні захворювання сітчастої оболонки очей – 8,9 %, атрофія зорового нерва – 8,5 %, вроджене недорозвинення зорового аналізатора – 5,3 %. Значно рідше спостерігають такі захворювання, як синдром Морфана – 2,8 %, альбінізм – 2,5 %, глаукома – 2,2 %, пухлини ока – 1,0 %, в поодиноких випадках – захворювання судинної системи очей, кон’юнктиви. Наслідки травм очей у дітей складають 3,2 % [13].

При аномалії рефракції (аметропії), залежно від її виду (міопія, гіперметропія чи астигматизм), відбуваються зміни розміру і форми очного яблука. При короткозорості очне яблуко збільшене в осьовому напрямку, при далекозорості розміри очного яблука уздовж осі зменшені. При високих ступенях аномалії рефракції виникають порушення відстані сприйняття, величини предметів і зображень об’єктів [59].

Високі ступені аномалії рефракції характеризуються різними змінами розміру очного яблука. При міопії він збільшений в осьовому розмірі, при гіперметропії – зменшений. При короткозорості паралельні промені переломлюються середовищем ока так, що фокусуються попереду сітківки, зображення буває розпливчастим і предмети видно неясно. Чим вища короткозорість, тим нижча гострота зору. Іноді спостерігається ускладнена прогресуюча короткозорість, що супроводжується серйозною патологією очей [43].

Слабозорість – це значне зниження гостроти зору, при якому центральний зір знаходиться у межах 0,05–0,2 Д або вище – 0,3 Д при використанні оптичної корекції. До слабозорих відносять і тих дітей, гострота зору яких може бути і вищою, якщо при цьому очне захворювання прогресує. Слабозорість виникає внаслідок очних хвороб на тлі загального захворювання організму. Найчастіше причиною слабозорості є аномалія рефракції. Найбільш поширеною формою є міопія, потім гіперметропія (далекозорість) та астигматизм [50].

При далекозорості (гіперметропії) зображення предметів переломлюються середовищем ока позаду сітківки, тому вони неясні і розпливчасті. При великій далекозорості (8,0–10,0 Д і вище) значно напружена акомодація. В результаті такого напруження акомодації посилюється стомлення під час роботи на близькій відстані (зливаються, стають неясними букви, починаються головні болі).

При слабозорості дефекти зору діляться на прогресуючі і стаціонарні. До прогресуючих відносяться випадки первинної і вторинної глаукоми, незакінчені атрофії зорових нервів. Пігментна дегенерація сітківки, злоякісні форми короткозорості, відшарування сітківки та ін. До стаціонарних (пороки розвитку) – мікрофтальм, альбінізм, далекозорість, астигматизм високих ступенів, а також не прогресуючі наслідки захворювань і операцій (стійкі помутніння рогівки, катаракта), післяопераційна афакія й ін. [33].

У слабозорих дітей відзначається порушення колірного зору. Ступені аномалії кольоророзрізнення неоднакові і залежать від діагнозу захворювання органу зору. Аномалії рефракції найчастіше призводять до легких форм порушення колірного зору. При короткозорості спостерігається нормальна трихромазія. При змінах на очному дні можуть бути деякі порушення кольоророзрізнення. Захворювання кришталика найчастіше не призводять до порушення сприйняття кольору. Часткова атрофія зорових нервів іноді призводить до патології колірного зору [26]. Отже, слабозорість характеризується різноманітністю порушень зорових функцій, рівнем їх цілісності, ступенем вираженості патології та можливістю взаємної компенсації.

Однією з причин слабозорості є також астигматизм – аномалія переломлюючої здатності ока, при якій в одному оці спостерігається поєднання різних видів рефракції. Астигматизм не завжди коригується окулярами, повна корекція вдається у випадках нескладного астигматизму. Іноді астигматизм буває досить складним і не піддається коригуванню окулярами, тому у дітей виникають труднощі оволодіння читанням, письмом та іншими видами робіт, де необхідний бінокулярний зір [20].

У разі астигматизму, внаслідок деформації очного яблука, на сітківці ока через неправильне переломлення променів з’являється спотворене зображення предметів, що часто призводить до зниження гостроти зору на оці і виключення його з акту зорової орієнтації і, як наслідок, до розвитку амбліопії [25].

Серед інших очних патологій слід назвати катаракту, атрофію зорових нервів, глаукому, ретинопатію й ін. Значну групу дітей охоплюють такі захворювання, як косоокість і амбліопія [47].

При катаракті вражається функція переломлення променів через замутнений кришталик, що призводить до, так званої, обскураційної амбліопії, що значно знижує чутливість сітківки ока і визначає якість бачення предметів навколишнього світу [59].

Розрізняють вроджені і набуті форми очної патології. При цьому спостерігаються і спадкові захворювання очей. При захворюванні очей із народження дитини ускладнюється формування певного запасу зорових вражень, виникають труднощі оволодіння ходьбою, предметно-практичною діяльністю, орієнтуванням у просторі. Так, за відсутності спеціальної корекційної допомоги, значно стримується в розвитку оволодіння предметно-практичними діями дітей. Також при порушеннях зору визначається слабкий розвиток психомоторної сфери, запізнюється формування цілеспрямованих предметно-ігрових дій, з’являються нав’язливі стереотипні рухи: розгойдування голови, тулуба, розмахування руками. Все це пояснюється збіднінням чуттєвого досвіду дитини, розривом зв’язку між дитиною і навколишньою дійсністю [68].

Вроджена атрофія зорового нерва спостерігається або як самостійне захворювання (у вигляді спадково-сімейної інфантильної атрофії зорового нерва, у вигляді наслідків різних вроджених і спадкових скелетних аномалій), або як симптом спадково-сімейного неврологічного захворювання. Атрофія зорового нерва може відзначатись і як супутній патологічний стан (у вигляді часткової атрофії) при різних аномаліях розвитку і захворюваннях [68]. При атрофії зорового нерва порушення довільних і мимовільних рухів очей можуть бути пов’язані з ураженням ЦНС [59].

Діти, що мають гостроту центрального зору 0,05–0,08 Д і більш високу, в процесі навчання можуть користуватися зором, однак функціональні можливості зору залежать від стану зору і зорових функцій, таких як: колірний і периферичний зір, гострота центрального зору. Відомо, що при атрофії зорового нерва гірше бачить око, що не бере участі в акті зору [59].

Іноді після хірургічного втручання з видалення кришталика у деяких дітей спостерігається зміна тканин ока – вторинна катаракта або вторинна глаукома, зміщення зіниці, помутніння рогівки та інші патології. При вродженій катаракті у дітей іноді спостерігаються патологічні зміни в окремих зорових функціях, наприклад, атрофія або відшарування сітківки та ін. [50].

У дітей із вродженою катарактою може бути відносно збережений зір, але відзначається порушення поля зору, яке характеризується не тільки звуженням меж при визначенні форми і кольору об’єкта, але і при фіксації рухомих об’єктів [59].

Мікрофтальм – це аномалія розвитку органу зору, що характеризується зменшенням розміру ока і слабким розвитком або патологічними змінами ряду структур зорової системи. Значно частіше поява мікрофтальму пов’язана з раннім етапом ембріогенезу. Однак може бути і набутий мікрофтальм – результат вдруге виникає при затримці або зупинці розвитку органу зору внаслідок ранніх постнатальних гострих процесів, пов’язаних із затримкою розвитку зорової системи. Причини виникнення мікрофтальму недостатньо вивчені, але частіше явище мікрофтальму зв’язується з генетичними порушеннями. У деяких випадках його поява пов’язується з різними аномаліями мозку, слуху і внутрішніх органів. Іноді мікрофтальм проявляється на тлі аномалій розвитку ЦНС [29].

Аномалія рефракції, на думку офтальмологів [59], є фактором, що перешкоджає формуванню бінокулярного зору в ранньому віці. Встановлення впливу рефракційного дефекту на розвиток косоокості має важливе практичне значення. Е. С. Аветисов [1] підкреслив значення ранньої оптичної корекції дефекту рефракції як реального засобу для профілактики співдружньої косоокості, так як збільшення гостроти зору ока за рахунок окулярів забезпечує узгоджену дію обох очей. При різній гостроті зору відсутня фізія, тобто злиття двох зображень в одне не відбувається.

Однією з поширених очних патологій є косоокість, що розвивається на тлі амбліопії. Косоокість виникає внаслідок зниження гостроти зору одного або обох очей через порушення рефракції (переломлюючої здатності ока), розладів акомодації (пристосування ока до розглядання предметів на різних відстанях) і конвергенції (зведенні осей очей для бачення предметів на близькій відстані) [59].

Косоокість і супроводжуюча її амбліопія проявляються в порушенні бінокулярного бачення, в основі якого лежить ураження різних відділів зорового аналізатора і його сенсорно-рухових зв’язків. Косоокість не тільки призводить до розладу бінокулярного бачення, але і перешкоджає його формуванню. Функціональна теорія, прийнята вітчизняними офтальмологами [11], визнає однією з головних причин косоокості і зміни співвідношення між акомодацією і конвергенцією вродженої слабкості вищого нервового управління діяльності м’язів.

Терміном «амбліопія» позначають такі форми зниження зору, які не мають видимої анатомічної або рефракційної основи. Залежно від ступеня зниження гостроти зору розрізняють амбліопію слабкого (гострота зору 0,8–0,4 Д), середнього (гострота зору 0,3–0,2 Д), високого (гострота зору 0,1–0,05 Д) і дуже високого (гострота зору 0,04 Д і нижче) ступеня [3]. Розрізняють такі види амбліопії: дисбінокулярна, обскураційна, рефракційна, істерична.

Дисбінокулярна амбліопія виникає внаслідок розладу бінокулярного зору. Зниження зору розвивається внаслідок косоокості. Дисбінокулярна амбліопія може бути двох видів: амбліопія з правильною (центральною) фіксацією (фіксує ділянку – центральну ямку сітківки) та амбліопія з неправильною (нецентральною) фіксацією (фіксуючою стає будь-яка інша ділянка сітківки). Остання зустрічається у 70–75 % випадків [8].

Рефракційна амбліопія виникає внаслідок аномалій рефракції, які не піддаються корекції. При носінні правильно підібраних окулярів поступово гострота зору може підвищитись до нормальної. Причиною виникнення цього виду амбліопії є постійне і тривале проектування на сітківку ока неясного зображення предметів зовнішнього світу при високій далекозорості й астигматизмі [59].

Анізометропія – неоднакова рефракція обох очей, у результаті якої спостерігається неоднакова величина зображення предметів на їх сітківці. Це перешкоджає злиттю обох зображень в один зоровий образ [59].

Обскураційна амбліопія розвивається в результаті помутніння оптичних середовищ ока (катаракти, помутніння рогівки), переважно вроджених або рано придбаних. Діагноз ставиться, якщо низький зір зберігається, незважаючи на усунення помутнінь і відсутності анатомічних змін у задньому відділі ока (після екстракції катаракти).

Істерична амбліопія виникає раптово, частіше після будь-якого афекту. Функціональні розлади на ґрунті істерії можуть мати характер ослаблення або втрати зору. Ця форма амбліопії зустрічається досить рідко [59].

Амбліопія при співдружній косоокості зустрічається більш ніж у 30 % випадків і є її наслідком. Разом із тим, вона сама може бути причиною косоокості. Це відбувається у тих випадках, коли одне око має значне зниження гостроти зору (до 0,3–0,4 Д і нижче), при якому неможливе злиття зображень. У цьому випадку око з низькою гостротою зору не бере участі в акті зору, що призводить до його косоокості [59].

При всіх очних патологіях найчастіше уражається центральний зір – гострота зору, в результаті чого ускладнюється процес розглядання дрібних предметів, порушується сприйняття форми і величини предметів, відстань сприйняття. Читання і письмо в умовах зниження гостроти зору значно ускладнюються [59].

Залежно від структури зорового дефекту, часу його виникнення, своєчасності його виявлення й організації відповідної медико-психолого-педагогічної корекційно-компенсаторної допомоги рівень відхилень у фізичному розвитку може проявлятися по-різному. Для правильної організації цієї допомоги необхідно знати, які функції випадають з акту зору.

Багато досліджень [1, 7, 19] дають підстави стверджувати, що зниження загальної рухової активності при підвищеному зоровому навантаженні може сприяти розвитку різноманітних зорових порушень. Фізичні вправи загального характеру у взаємодії зі спеціальними вправами для ціліарних м’язів позитивно впливають на функції зорового аналізатора. Як показують ці дослідження, систематичне застосування циклічних фізичних вправ помірної інтенсивності у комплексі зі спеціальним тренуванням акомодації сприяють значному підвищенню рівня витривалості, сприятливо впливають на всі показники акомодаційної здатності очей.

Засоби корекції забезпечують за допомогою спеціальних методик всебічний і повноцінний розвиток слабозорого школяра шляхом відновлення та вдосконалення його психофізичних здібностей, а також вирішує такі завдання: а) зміцнення здоров’я дітей із патологією зору, сприяння гармонійному фізичному розвитку і загартовуванню організму; б) активізація функцій серцево-судинної і дихальної систем; в) покращення функцій опорно-рухового апарату; г) формування і закріплення правильної постави (досягнення автоматизму під час виконання життєво необхідних положень і рухів); ґ) попередження розвитку сколіозу і плоскостопості; д) оволодіння основними руховими навичками і вміннями. При проведенні оздоровчо-реабілітаційних занять необхідно враховувати індивідуальні особливості організму слабозорих дітей, їхні знижені функціональні можливості, сповільненість адаптації до фізичних навантажень залежно від виду зорової патології, деформацій ОРА, функціональних можливостей [23].

Таким чином, розуміння структури зорового дефекту дозволяє організувати не тільки відповідну медичну допомогу, але і правильно здійснювати психолого-педагогічну та фізичну корекційну роботу, але при цьому необхідно знати і систему лікування зору дітей із тим, щоб сприяти активізації порушених функцій зору.

Корекційна робота для слабозорих дітей впливає на три головних фактори: соматичний, психічний і соціальний, що формують єдність особистості. При дефектах органу зору організм дітей знаходиться в несприятливому стані не тільки через системно-функціональні порушення, але і внаслідок вимушеної гіподинамії. Слабозорі діти не отримують необхідного щоденного об’єму рухів. Останнє погіршує стан їхнього організму і часто сприяє прогресу захворювань. Гіподинамія не тільки посилює будь-яке порушення розвитку і призводить до патології всього нервово-м’язового апарату, але й негативно позначається на загальному розвитку слабозорої дитини, оскільки є причиною різкого зниження активності важливого природного стимулятора всіх функцій організму і нервово-психічного тонусу. Отже, для забезпечення нормального функціонування різних систем організму цього контингенту дітей необхідна активізація їх моторики.

Важко переоцінити значення регулярних корекційних занять для зміцнення здоров’я, підвищення працездатності, корекції рухових порушень і недоліків фізичного розвитку. Для підтримки високої працездатності організму необхідна щоденна м’язова робота. Отже, є можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м’язової системи, здійснювати вплив на діяльність інших систем організму. При підборі змісту всіх форм занять фізичними вправами для слабозорих школярів першочергового значення набувають ті вправи, які не протипоказані дітям через дефект зору, а іноді ці вправи диктують і форму їх виконання. За допомогою різних засобів корекції можна покращити показники гостроти зору і фізичного стану дітей цього контингенту.

* 1. **Сучасні підходи до вивчення впливу патології зорового аналізатора на рівень фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку**

Дослідженнями деяких авторів [1, 22, 34] доведено, що динаміка фізичного розвитку дітей із слабозорістю визначається біологічними закономірностями розвитку дитини. Але, на думку авторів, за рівнем фізичного розвитку слабозорі діти за всіма віковими групами відстають від норми. Очевидно, що порушення зору та пов’язані з ними обмеження рухової активності дітей негативно впливають на їхній фізичний розвиток.

Слабозорість постійно відбивається на руховій функції, та, як наслідок, на розвитку фізичних якостей і працездатності дітей [2]. Малорухомість, як вимушена форма поведінки дитини, призводить до гіподинамії та гіпокінезії, що спричиняють цілий ряд негативних наслідків: зниження функціональних можливостей, порушення соціальних зв’язків і умов самореалізації, втрату побутової незалежності. Також відмічаються дискоординація регуляторних механізмів, погіршення показників кардіореспіраторної системи, порушення ритму діяльності внутрішніх органів, нервові розлади, зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей [50]. Ця аномалія супроводжується розладами моторики та координації рухів, що обмежує пізнавальну та комунікаційну діяльність дітей.

На думку деяких науковців [9, 17], у слабозорих дітей спостерігається відставання у фізичному розвиткові: довжині та масі тіла, життєвій ємності легень, обводі грудної клітки й інших антропометричних показниках. У більшості таких дітей спостерігаються порушення постави, пози, викривлення хребта, плоскостопість. Порушення розвитку зорової системи негативно впливає на формування рухових можливостей – швидкості, сили, витривалості, координації, статичної та динамічної рівноваги. У багатьох слабозорих дітей страждає просторово-орієнтувальна діяльність, макро- та мікроорієнтування у просторі. У цього контингенту дітей суттєво знижується рухова активність, що негативно впливає на формування рухового аналізатора, найбільш хибного у своєму розвиткові внаслідок зорового дефекту [49].

Відомо, що процеси життєзабезпечення залежать від рівня фізичної працездатності, тобто, чим активніша робота м’язів, тим більш життєдіяльною є дитина. Фізична працездатність є важливою умовою розвитку всіх основних фізичних якостей, основою можливості організму переносити високі фізичні та психічні навантаження. Крім того, вона сприяє більш досконалому економічному пристосуванню організму до навколишнього середовища. За даними спеціальних досліджень [34], у дітей запас адаптаційно-пристосувальних можливостей достатньо великий. Тому погіршення розумової та фізичної працездатності у результаті дії на організм специфічних факторів являє собою функціонально оборотний процес, що потребує стабільної мотивації та реалізації потреб у практичній діяльності. Формування потреб у фізичному розвитку тісно пов’язане, у першу чергу, з формуванням мотивів і інтересів до занять фізичними вправами [34].

Інші автори [28, 58] вважають, що при слабозорості порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів. Менш виражене відставання за показниками м’язової сили та швидкісно-силових якостей. Порушення зору негативно впливає на розвиток рухових функцій і, особливо, на регуляцію рухів, самоконтроль при виконанні вправ на точність, координацію, швидкість. У нормі контроль і саморегуляція рухів відбуваються за допомогою зору, який відіграє значну роль у формуванні рухових умінь і навичок. Зір реєструє будь-які зміни при виконанні фізичних вправ, забезпечуючи умови, що дозволяють передбачити подальші дії. У ряді фізичних вправ, що не потребують зорового контролю (вправи на гнучкість, силу), слабозорі діти проявляють відносно високі показники [22].

У слабозорих дітей засвоєння рухових дій відбувається повільніше внаслідок обмеження можливостей внесення коректив у загальну структуру у ході дій. Слабозорість зменшує кількість інформації, що одержується, та відіграє активну роль у побудові адекватних уявлень у процесі навчання руховим діям, а ці особливості відбиваються на формуванні рухових можливостей слабозорих школярів [56].

Фізичні вправи – це основний і специфічний засіб фізичного виховання, особливий вид рухової діяльності, за допомогою якого спрямовано впливають на тих, хто займається, тобто це рухові дії, у процесі виконання котрих розв’язуються завдання фізичного виховання. Учені [36, 67] вказують на те, що можливість використання фізичних вправ у діяльності слабозорих дітей визначається великою роллю м’язової системи в усій життєдіяльності дитини. Доведено, що фізичні вправи впливають не лише на м’язовий апарат дитини, але і на функцію її внутрішніх органів, тому що при роботі м’язів внутрішні органи працюють більш інтенсивно. Позитивними особливостями використання фізичних вправ є їх глибока біологічність, адекватність; універсальність; відсутність негативної побічної дії; можливість довготривалого застосування, тому існує можливість, підвищуючи функціональний стан м’язової системи слабозорих дітей, спрямовано впливати фізичними навантаженнями на діяльність усіх систем організму [1].

Поняття «фізичне навантаження» [36] відбиває той факт, що виконання будь-якої вправи пов’язане з переходом енергозабезпечення організму дитини на більш високий, ніж у стані спокою, рівень. Та різниця, що виникає в енерговитратах між станом фізичної активності та станом спокою, характеризує фізичне навантаження. Більш доступно, але менш точно можна судити про фізичне навантаження за показниками ЧСС, частоти та глибини дихання, хвилинного й ударного об’ємів серця, кров’яного тиску та інших, як під час виконання фізичних вправ, так і в інтервалах відпочинку.

При слабозорості організм дітей перебуває у несприятливих умовах не лише через порушення функцій, що викликані патологічним процесом, але й унаслідок вимушеної гіпокінезії, яка погіршує стан організму та сприяє прогресуванню захворювання, тому захворювання веде до обмеження рухової активності дітей, а це, у свою чергу, посилює його. Своєчасне використання фізіологічно обґрунтованих фізичних навантажень позитивно впливає на фізичний розвиток слабозорих дітей. Можна вважати, що такі діти навіть більше потребують м’язової діяльності, ніж діти з нормальним зором, тому що заняття фізичними вправами не лише сприяють усуненню недоліків фізичного та функціонального розвитку, поліпшенню зорових функцій, але і підвищують психічний тонус дітей [14].

Науковці [36, 42] визначають фізичний розвиток як природний процес вікових змін морфологічних і функціональних ознак організму, зумовлений спадковими факторами та конкретними умовами зовнішнього середовища. Ознаки фізичного розвитку можна поділити на групи: соматометричні, соматоскопічні, фізіометричні. До соматометричних належать довжина та маса тіла, обвід грудної клітки, довжина тулуба, кінцівок; до соматоскопічних – форма грудної клітки, спини, ніг, стопи, постава, рельєф і міцність мускулатури, статевий розвиток; до фізіометричних – рівень розвитку скелетної мускулатури, фізична працездатність, рівень фізичних якостей. Раціонально використовуючи різні засоби та методи фізичного виховання, можна не лише ліквідувати недоліки фізичного розвитку, фізичного здоров’я та рухової сфери слабозорих дітей, але і поліпшити їхні зорові функції.

Вивчення питань взаємозв’язку між зоровим і руховим аналізатором у слабозорих дітей у процесі м’язової діяльності має велике значення для раціональної організації робочої діяльності і занять фізичними вправами у режимі навчального дня. У процесі м’язової діяльності між функціональними системами організму виникають різні зв’язки: пропріоцептивні сигнали, що виникають при циклічних рухах, ритмічно надходять до ЦНС і звідти по рухових і вегетативних нервах, ідуть до всіх органів і тканин організму. Під впливом фізичних навантажень поліпшується діяльність усіх органів, у тому числі і нервової системи [46].

Обмеження фізичної активності дітей, які страждають на слабозорість, визнане неправильним [52]. Доведена важлива роль фізичних вправ у попередженні зорових порушень і призупиненні їх прогресування, оскільки фізичні вправи сприяють як загальному зміцненню організму й активізації його функцій, так і підвищенню працездатності, зміцненню м’язів ока [52].

Учені [56, 65] зазначають, що основними формами фізичного виховання для слабозорих дітей є уроки фізичної культури; заняття у секції з вибраного виду спорту; ЛФК; ранкова гігієнічна гімнастика або ранкова спеціалізована гімнастика; фізкультпаузи; прогулянки; біг; плавання, купання; рухливі ігри; самостійні заняття фізичними вправами; виконання спеціальних вправ із метою усунення недоліків фізичного розвитку та вдосконалення рухової підготовленості. Увага вчених також спрямована на вивчення впливу занять фізичними вправами на динаміку прогресування слабозорості. Вони стверджують, що систематичні заняття фізичними вправами позитивно впливають на функціональний стан зорового аналізатора учнів: підвищуються показники швидкості переробки зорової інформації, сталості акомодації та ін.

Для слабозорих дітей характерна безперервна поступальна, хоча і нерівномірна, зміна рівня фізичного розвитку, рухових здібностей і показників психомоторних функцій, а у дітей різних вікових груп рівні розвитку цих параметрів неоднакові [58].

При найбільшому ступені зазначених нозологій порушується координація, витривалість, швидкість і ритм рухів (відставання від норми складає 5–30 %), вираження за показниками м’язової сили та швидкісно-силовими якостями. Низький рівень розвитку рухових здібностей пов’язаний не лише з наслідками первинних порушень, але й із обмеженням обсягу їхньої рухової активності порівняно з учнями масових шкіл, а також із недостатнім розробленням деяких питань методики їхнього фізичного виховання. Це положення підтверджується тим, що при систематичних заняттях фізичними вправами із використанням оптимальних навантажень слабозорі діти за багатьма показниками фізичної підготовленості наближаються до норми, а за деякими навіть перевищують її [41].

У фізичному вихованні виникнення адаптаційних перебудов є найбільш раціональним, тому що вони більш стійкі до процесів адаптації, потребують менших зусиль для підтримки досягнутого рівня й, що дуже важливо, не пов’язані з глибокою експлуатацією генетично обумовлених і органічних адаптаційних можливостей. В основі адаптації до фізичної роботи лежать пристосувальні реакції організму у відповідь на вимоги внутрішнього та зовнішнього середовищ, що змінюються. В якості адаптогена виступає фізичне навантаження, а його структурною одиницею є фізична вправа. Первинно механізм впливу фізичних вправ полягає у збудженні відповідних аферентних і моторних рецепторів, стабілізації скелетних м’язів, кровообігу та дихання, що у сукупності складають єдину функціональну систему, відповідальну за реалізацію цієї рухової реакції [36].

Для того, щоб збільшувалась постійна адаптація, необхідні тренування, постійні повторення зовнішніх впливів. У результаті збільшення фізіологічних можливостей формується адаптація – складний і тривалий процес поступової перебудови організму. Систематичні заняття фізичними вправами позитивно впливають на функціональний стан зорового аналізатора дітей. Відмічений також вплив фізичних вправ на величину поля зору слабозорих дітей, поліпшення кровообігу циліарного м’язу, гостроти зору, внутрішньоочного тиску та гостроти глибинного зору. Підвищуючи активність рухового аналізатора фізичними навантаженнями, можливо викликати потрібні зміни з боку зорового аналізатора, керувати вдосконаленням зорових функцій [56].

Динаміка вікових змін фізичного розвитку дітей зі слабозорістю визначається біологічними закономірностями розвитку дитини, тому спрямованість вікових змін фізичного рівня у них відповідає нормі. Однак за рівнем фізичного розвитку слабозорі діти не в усіх вікових групах відстають від норми. Тому деякі автори [26, 45] вважають, що слабозорість і пов’язані з нею обмеження рухової активності дітей негативно впливають на їх фізичний розвиток, стан здоров’я.

Зниження функціонального стану рухового аналізатора у дітей із вадами зору, що виникає внаслідок обмеження рухової активності, призводить, у свою чергу, до зниження функціонування серцево-судинної та дихальної систем. У слабозорих дітей, порівняно з учнями загальноосвітніх шкіл, більш часте дихання та пульс. Робота серцево-судинної та дихальної систем учнів загальноосвітніх шкіл при навантаженні більш економна, ніж у дітей зі слабозорістю. Зниження функціонального стану рухового аналізатора в цих дітей призводить до послаблення функціональної діяльності серцево-судинної та дихальної систем організму. Недосконала рухова функція дітей із патологією зорового аналізатора ускладнює навчання руховим діям і гальмує їх подальший розвиток. Деякі вчені [51] вказують на залежність фізичного розвитку дитини від стану моторики, зазначаючи, що саме рух безпосередньо виконує практичний зв’язок дитини з навколишнім світом, який лежить в основі розвитку всіх процесів.

Вважається [56], що необхідно диференційовано підходити до вивчення стану здоров’я дітей зі слабозорістю для того, щоб адекватно підбирати фізичні навантаження, для чого слід вивчати їхню підготовленість і функціональні можливості, враховувати дані медичних оглядів, результати педагогічних і психологічних спостережень. Особливу увагу потрібно звертати на охорону зору учнів молодшого шкільного віку, для чого повинні співпрацювати вчителі, лікарі (педіатри й офтальмологи), вихователі та батьки. Це сприяє більш точному та всебічному вивченню кожної дитини, дає можливість передбачити не лише близькі, а й наступні результати впливів, передбачені програмою з фізичного виховання. Аналіз літератури дозволив констатувати, що цілісна система фізичного виховання дітей зі слабозорістю визначається суттєвою її відмінністю від системи фізичного виховання дітей із нормальним зором як у її структурній будові, так і у змісті, методиці, виходячи із своєрідності об’єкта, на який вона спрямована.

Таким чином, останнім часом проблема фізичного розвитку дитини, а особливо аномальної дитини, знову набуває особливої актуальності. Спеціалісти різних галузей знань ведуть науковий пошук у напрямі підвищення рівня фізичного розвитку та здоров’я дітей, але для цього пропонують недостатньо широкий спектр засобів, починаючи з фармакологічних і закінчуючи фізичним вихованням і спортом.

Також аналіз літератури щодо впливу фізичних навантажень на рівень фізичного розвитку дітей зі слабозорістю показав, що успіх оволодіння рухами дітьми цієї категорії залежить від правильно організованої корекційної педагогічної роботи, цілеспрямовано побудованої системи фізичних вправ.

* 1. **Характеристика засобів корекції фізичного стану слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня**

Аналіз літературних джерел із зазначеної проблеми показав погіршення стану зору у всіх вікових групах. Зниження зору школярів за останні роки вчені пов’язують з низкою причин. Зокрема [4], погіршення зору пов’язане з умовами сучасної цивілізації, широким розвитком інформаційних і комп’ютерних технологій, інноваційних педагогічних технологій, що ставлять підвищені вимоги до зорового аналізатора школярів. Дослідники [12, 21] відзначають, що збільшення навантаження на очі, перевтома при слабкості очних м’язів у дітей є основною причиною зниження зору.

Встановлено, що найбільш істотними чинниками, що впливають на зниження зору молодших школярів, є несприятливі умови внутрішньошкільного середовища, а також неправильна організація навчального процесу. Автори [3, 6, 17] відзначають, що ускладнення шкільних програм і використаннях нових педагогічних технологій призвели до погіршення зору і підвищення рівня захворюваності школярів. Така ситуація пов’язана з великим обсягом зорових навантажень як у навчальний час, так і при виконанні домашніх завдань.

Результати досліджень учених-гігієністів Інституту громадського здоров’я МОЗ України показали, що інтенсифікація розумової діяльності школярів призводить до збільшення навантаження на ЦНС, зір, ОРА. Оскільки морфофункціональний стан зорового аналізатора дітей ще не сформований, саме він, у першу чергу, пошкоджується при нераціональній організації навчально-виховного процесу в школі, недотриманням гігієнічних вимог до умов навчання. Авторами [16, 23] встановлено, що слабозорість частіше виникає у школярів із недостатнім фізичним розвитком, що дозволяє по-новому оцінити значення фізичної культури в профілактиці слабозорості та її прогресуванні. Саме тому питання профілактики порушень зору у дітей повинні посісти вагоме місце в спеціальних школах для дітей з порушеннями зору, так само як і в масових загальноосвітніх школах, де основною формою занять фізичними вправами є урок, на якому вирішуються оздоровчі, освітні та виховні завдання. Практикою і спеціальними дослідженнями [30] доведено, що дворазові навчальні заняття з фізичної культури недостатні для забезпечення профілактики порушень зору у дітей та нормального фізичного розвитку, корекції його вад у слабозорих дітей, тому в системі фізичного виховання в цих школах важливе місце повинне відводитися фізкультурно-оздоровчим заходам, що проводяться в режимі навчального дня.

Фізкультурно-оздоровчі заходи в школах для дітей із вадами зору проводяться не тільки з метою поліпшення здоров’я і фізичного розвитку учнів, а й спрямовані на створення певного життєвого тонусу у слабозорих дітей і зниження втоми, що настає у них значно швидше. Дуже важливо фізкультурно-оздоровчі заходи проводити щодня. Це дозволить наповнити режим дня учнів різноманітною руховою активністю, що набуває для слабозорих дітей особливого значення, так як порушення зору обмежує рухові можливості дітей [2].

В даний час основними формами фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня слабозорих дітей є:

1. Гімнастика до занять.
2. Фізкультурні хвилинки на уроках.
3. Ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах.
4. Щоденні заняття фізичними вправами, рухливими іграми, спортивними розвагами.
5. Участь у спортивних гуртках школи [2].

Ці форми занять сприяють зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності, вихованню у них організованості та дисциплінованості. Ці заходи повинні бути узгоджені за змістом і навантаженням з лікарем і педагогічним колективом школи. Вони мають відрізнятися доступністю, чіткістю організації і проведення, тому що повна або часткова втрата зору значно знижує фізичні і функціональні можливості дітей [2].

Гімнастика до занять. Гімнастика до занять повинна проводитися в школі щодня. На цих заняттях вирішуються, в основному, виховні та оздоровчі завдання. Різноманітні фізичні вправи позитивно впливають на дитячий організм, сприяють формуванню правильної постави, виховують потребу до систематичних занять.

Загальне керівництво організацією ранкової гімнастики здійснює вчитель фізичної культури, який розробляє комплекси занять, проводить інструктаж, постійно надає методичну допомогу в проведенні гімнастики, дозуванні вправ і т.д.. На навчальний рік складається 8–10 комплексів вправ, що змінюються кожні 3–4 тижні. Основним програмним матеріалом гімнастики до занять є загальнорозвивальні вправи без предметів і з предметами. Весь матеріал, включений у гімнастику до занять, за своїм змістом і складністю повинен бути близьким до програмного матеріалу, складатися з вправ, знайомих дітям, або такими, що легко сприймаються з першого пояснення. Кожен комплекс має не втомлювати і не перезбуджувати учнів, позитивно впливати на поставу, помірно активувати серцеву діяльність і викликати емоційний підйом [2, 56].

У кожному комплексі спочатку вправи повинні бути легкими за навантаженням, потім складність їх поступово збільшується. У другій половині комплексу навантаження поступово знижується і заняття закінчується легкими і спокійними вправами.

Діти, які за станом здоров’я потребують обмеження занять, виділяються в окрему групу з окремим керівником. Для проведення гімнастики в школі можуть бути використані коридори, класні кімнати, спортивний зал. Гімнастику до занять бажано проводити на відкритому повітрі або перед кожним заняттям слід провітрити приміщення в якому проводиться гімнастика.

Комплекси для учнів молодших класів повинні містити більше природних, простих ігрових вправ. У кожен комплекс слід включати рухи на координацію і 1–2 дихальних вправи [56].

Фізкультурні хвилинки. Фізкультурні хвилинки – це фізичні вправи, виконувані в класі під час уроку. Фізкультурні хвилинки, що регулярно виконуються, є ефективним засобом для зниження втоми, підвищення уваги і працездатності дітей і кращого засвоєння ними навчального матеріалу [34].

Слабозорі учні молодших класів дуже швидко втомлюються, їхня увага слабшає, вони починають відволікатися від занять, з’являється підвищена збудливість. Зазвичай це відзначається вже на 2–3 уроці. Пояснюється це тим, що відносно одноманітна робота на уроці і тривале сидіння за партою в напруженому стані викликає гальмування певних ділянок кори головного мозку, стомлення очей, застій крові в ногах, області тазу, живота, несприятливі зміни в положенні хребта, грудної клітки. Фізичні вправи, що виконуються під час уроку, викликають збудження в інших ділянках кори головного мозку, що створює можливість короткочасного відпочинку тих ділянок, в яких під час навчальних занять відбувається подразнення. Покращуючи кровообіг і знижуючи напругу м’язів, фізкультурна хвилинка сприяє підвищенню успішності і сприяє поліпшенню здоров’я та фізичного розвитку дітей [2].

У школах для дітей з порушенням зору фізкультурні хвилинки необхідно проводити щодня: в 1–2-х класах на кожному уроці, в 3–4-х – на трьох останніх. Виконувані вправи не повинні викликати стомлення або збудження дітей, а також відображатися на ході уроку.

У фізкультурні хвилинки включаються вправи на потягування, для тулуба і ніг, які виконуються протягом 1–2 хв. Хоча для слабозорих дітей зорове навантаження на уроках завжди суворо дозується, все ж викладачі в процесі уроків і підготовки домашніх завдань повинні включати кілька спеціальних мікропауз для зняття втоми очей [46].

Ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах. Вони проводяться з метою раціональної організації відпочинку учнів, зняття втоми і найбільш ефективної підготовки до чергового уроку. Спостереження і практика показують [51], що більшість слабозорих дітей під час перерви активно не відпочивають, тому вчителі з перших днів перебування дітей у школі повинні привчати їх до правильного проведення змін і створювати їм необхідні умови для активного відпочинку.

Активний відпочинок слабозорих дітей на перервах може бути найрізноманітнішим. Діти можуть грати, виконувати різні фізичні вправи, брати участь у спортивних розвагах. При проведенні перерв на відкритому повітрі з учнями організовуються прогулянки по території школи, рухливі ігри, діти можуть вправлятися в ходьбі, орієнтуванні в просторі, координації та точності рухів і т.д. [24].

Ігри, фізичні вправи і спортивні розваги повинні відповідати віку, підготовленості, інтересам слабозорих дітей, не втомлювати їх. При виборі гри слід враховувати зорові і фізичні можливості дітей, визначити місце кожного учня в грі, інакше гра для дітей виявиться незрозумілою і малоцікавою. Правила гри повинні бути простими і доступними, а їх пояснення – коротким і чітким.

Організоване проведення перерв має сприяти і зміцненню дисципліни в школі, тому вчителям треба заздалегідь визначити ігри та вправи, призначити організатора, підібрати місце і т.д. Всі заходи, що проводяться на перерві, повинні бути закінчені за 3–4 хв до дзвінка, щоб урок почався без запізнень і всі учні мали можливість спокійно підготуватися до чергового уроку [58].

Крім рухливих ігор, спортивних розваг та ігор-вправ на перервах рекомендується проводити прогулянки на свіжому повітрі. Вони повинні бути обов’язковими для усіх учнів. Правильне використання організованих фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня школи значно поліпшить навчально-виховну роботу і позитивно позначиться на здоров’ї, фізичному розвитку й успішності слабозорих учнів [24].

Фізкультурні заходи, що проводяться в навчальний час, займають всього 30–40 хв у денному режимі дня і не можуть забезпечити необхідний обсяг рухової активності слабозорих дітей, рішення корекційно-виховних завдань, тому діти повинні обов’язково залучатися до додаткових занять фізичними вправами, ігор, прогулянок тощо. Ці заняття не тільки забезпечують активний руховий відпочинок дітей, а й сприяють корекції недоліків фізичного розвитку, рухової підготовленості, сприяють формуванню моральних і особистісних якостей. Керують заняттями вчитель фізичної культури, вчителі-предметники, інструктори та батьки. Форми таких занять різноманітні: прогулянки, вільний активний відпочинок, самостійні заняття, рухливі ігри та ін. [2].

Прогулянки. Перебування дітей на свіжому повітрі, ходьба, ігри, розваги приносять їм велику користь. Діти спілкуються, пізнають природу, набувають навички орієнтування в просторі, загартовуються. Вихід на прогулянку створює найкращі умови для спрямованого педагогічного впливу на дітей. Так, рух групи по школі, від школи до місця прогулянки може бути використаний для виховання дисципліни, ознайомлення з правилами руху по школі, вулицях і дорогах, а також для вирішення освітніх завдань: знайомство з навколишньою місцевістю, орієнтуванням в просторі і т.д. У парку, лісі, на пришкільній дворі або в іншому місці, де проводиться прогулянка, учитель повинен широко використовувати всі засоби для цілеспрямованої роботи. У природних умовах слабозорі діти краще розвиваються фізично, набувають прикладні навички. В процесі прогулянки можна проводити рухливі ігри, ігри на місцевості, бесіди [2].

Тривалість прогулянки повинна бути від 30 до 60 хв. Тривалість маршруту поступово збільшується до 2–3 км для дітей молодшого шкільного віку. При цьому слід суворо дотримуватися санітарно-гігієнічних норм і вимог до перебування дітей на свіжому повітрі [2].

Рухливі ігри. Рухливі ігри для слабозорих дітей мають особливе значення. Вони розглядаються не тільки як засіб фізичного виховання, а й як рішення багатьох виховних та освітніх завдань. У процесі ігрової діяльності слабозорі діти активно пізнають навколишній світ, вступають в певні контакти з товаришами, з’являється необхідність колективних дій. Це сприяє подоланню таких недоліків, як егоїзм, нерішучість, розвивається активність, впевненість у своїх силах. Тифлопедагоги [65] надають великого значення грі в розвитку слабозорої дитини. Однак внаслідок неповноцінності зору значною мірою ускладнюється ігрова діяльність і розвиток ігор у слабозорих дітей.

У школах для дітей з порушенням зору рухливі ігри, як один із засобів фізичного виховання і організації дозвілля дітей, повинні знайти найширше застосування. Їх слід класифікувати як в обов’язкові щоденні заняття фізичною культурою, так і в зміст інших фізкультурних заходів – прогулянки, спортивні розваги, годину активного відпочинку й ін. Вчителям фізичної культури необхідно постійно знайомити слабозорих учнів з новими для них рухливими іграми, враховуючи при цьому і віддалену мету – впровадження цих ігор в повсякденну ігрову діяльність дітей [65].

Ігри повинні дисциплінувати учнів, допомагати створенню дружного колективу, в якому взаємна підтримка, допомога, підпорядкування особистих інтересів інтересам колективу стали б постійними і звичними для дітей. Такі ігри рекомендовані програмою з фізичної культури для спеціальних шкіл слабозорих дітей. Вони можуть бути спрощені або ускладнені шляхом зміни умов проведення, відстані і часу, різних доповнень, а також надання грі командного характеру [65].

Заняття в спортивних секціях. Слабозорі школярі основної медичної групи, яким не протипоказане фізичне навантаження і заняття спортом, за спеціальним дозволом офтальмологів можуть бути включені в спортивні гуртки при школі: легкої атлетики, гімнастики, роллінгболу, плавання, настільного тенісу, шахів та ін. Заняття з дітьми може проводити вчитель фізичної культури (з певною підготовкою за конкретним видом спорту) і тренер з товариства сліпих. Перевага цієї форми занять в тому, що вони цікаві для слабозорих дітей, так як долучають їх до спорту, надають впевненість у своїх силах, дають можливість змагатися, бути в колективі, захищати честь класу, школи, міста і т.д.

Результати досліджень, висновки лікарів офтальмологів, терапевтів дозволяють стверджувати, що систематичні заняття легкою атлетикою, гімнастикою, іграми та іншими видами спорту (з використанням дозованих навантажень) вдосконалюють діяльність серцево-судинної і дихальної систем, стабілізують функціональні можливості зорового аналізатора, а також сприяють корекції недоліків фізичного розвитку і рухових функцій слабозорих школярів [67].

Таким чином, аналіз науково-методичної літератури показав, що сьогодні простежується тенденція до погіршення зору дітей молодшого шкільного віку. Виявлено, що на зниження їхнього зору впливає комплекс чинників, найбільш істотними з яких є: надмірне навантаження на орган зору у зв’язку впливом несприятливих чинників внутрішньошкільного середовища; нераціональна організація навчального процесу; недотримання гігієнічних вимог до умов навчання школярів; різке скорочення рухової активності сучасних школярів і, як наслідок, ослаблення очних м’язів, що призводить до виникнення порушень зору. Разом із погіршенням зору знижується рівень їхнього фізичного розвитку. Саме тому одним із напрямів навчально-виховної роботи в школі повинні бути не лише здобування освіти, але й створення умов для реалізації сучасних і ефективних програм профілактики порушень зору і підвищення фізичного розвитку учнів молодшого шкільного віку з використанням засобів фізичного виховання.

Фізкультурно-оздоровчі заходи в школах для слабозорих дітей повинні проводитися не тільки з метою поліпшення здоров’я і фізичного розвитку учнів, а й бути спрямовані на створення певного життєвого тонусу дітей. Дуже важливо фізкультурно-оздоровчі заходи проводити щодня, що дозволить наповнити режим дня учнів різноманітною руховою активністю, що набуває для слабозорих дітей особливого значення, так як порушення зору обмежує рухові можливості дітей. Корекційні форми занять мають сприяти зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності та ін.

**Висновки до першого розділу**

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сьогодення є охорона зору дітей. Це зумовлено тим, що впродовж останніх років в Україні відмічається тенденція стосовно зростання рівня захворюваності та поширеності хвороб ока серед дитячого населення. Причиною такої ситуації є різке скорочення рухової активності сучасних школярів, збільшення зорових навантажень, пов’язаних з комп’ютеризацією навчального процесу. Сьогодні більше 50 % школярів страждає слабозорістю. За даними МОЗ України, лише за останні 10–15 років значно зросла кількість дітей із патологією органа зору. Близько 840 тис. дітей страждають на різні офтальмологічні захворювання: короткозорість, далекозорість, косоокість, астигматизм, амбліопію та ін. Розуміння структури зорового дефекту дозволяє організувати не тільки відповідну медичну допомогу, але і правильно здійснювати психолого-педагогічну та фізичну корекційну роботу, але при цьому необхідно знати і систему лікування зору дітей із тим, щоб сприяти активізації порушених функцій зору.

Корекційна робота для слабозорих дітей впливає на три головних фактори: соматичний, психічний і соціальний, що формують єдність особистості. При дефектах органу зору організм дітей знаходиться в несприятливому стані не тільки через системно-функціональні порушення, але і внаслідок вимушеної гіподинамії. Слабозорі діти не отримують необхідного щоденного об’єму рухів. Останнє погіршує стан їхнього організму і часто сприяє прогресу захворювань. Гіподинамія не тільки посилює будь-яке порушення розвитку і призводить до патології всього нервово-м’язового апарату, але й негативно позначається на загальному розвитку слабозорої дитини, оскільки є причиною різкого зниження активності важливого природного стимулятора всіх функцій організму і нервово-психічного тонусу. Для забезпечення нормального функціонування різних систем організму цього контингенту дітей необхідна активізація їх моторики.

При підборі змісту всіх форм занять фізичними вправами для слабозорих школярів першочергового значення набувають ті вправи, які не протипоказані дітям через дефект зору, а іноді ці вправи диктують і форму їх виконання. За допомогою різних засобів корекції можна покращити показники гостроти зору і фізичного стану дітей цього контингенту.

Останнім часом проблема фізичного розвитку дитини, а особливо аномальної дитини, знову набуває особливої актуальності. Спеціалісти різних галузей знань ведуть науковий пошук у напрямі підвищення рівня фізичного розвитку та здоров’я дітей, але для цього пропонують недостатньо широкий спектр засобів, починаючи з фармакологічних і закінчуючи фізичним вихованням і спортом. Аналіз літератури щодо впливу фізичних навантажень на рівень фізичного розвитку дітей зі слабозорістю показав, що успіх оволодіння рухами дітьми цієї категорії залежить від правильно організованої корекційної педагогічної роботи, цілеспрямовано побудованої системи фізичних вправ.

Фізкультурно-оздоровчі заходи в школах для слабозорих дітей повинні проводитися не тільки з метою поліпшення здоров’я і фізичного розвитку учнів, а й бути спрямовані на створення певного життєвого тонусу дітей. Дуже важливо фізкультурно-оздоровчі заходи проводити щодня, що дозволить наповнити режим дня учнів різноманітною руховою активністю, що набуває для слабозорих дітей особливого значення, так як порушення зору обмежує рухові можливості дітей. Корекційні форми занять мають сприяти зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності та ін. Проте до теперішнього часу не існує методик, спрямованих на попередження порушень зору та підвищення фізичного розвитку школярів в режимі навчального дня. Спостерігається відсутність профілактики порушень зору в чинних програмах з фізичного виховання, що і обумовило актуальність обраної теми дослідження.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2.1. Методи дослідження**

Відповідно до мети роботи та для розв’язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретичні: аналіз літературних джерел щодо досліджуваної проблеми; систематизація даних із проблематики дослідження, одержаних у процесі опрацювання літературних наукових досліджень; методи оцінки фізичного розвитку; психолого-педагогічне спостереження за динамікою фізичного розвитку слабозорих дітей; діагностичні: констатувальний і формувальний експерименти; статистичні: кількісний і якісний аналіз отриманих даних із застосуванням методів математичної статистики.

**2.1.1. Теоретичні методи.** Аналітичний огляд наукової літератури з досліджуваної проблеми дозволив вивчити прямі та непрямі дані з теми роботи з метою виявлення передумов постановки проблеми. Особлива увага приділялась висвітленню питань про можливості використання засобів корекції фізичного стану слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня; їх впливу на фізичний розвиток дітей із зоровою патологією.

**2.1.2**. **Педагогічні методи.** Педагогічні методи дослідження передбачали чітку постановку цілей і завдань, визначення конкретного об’єкту, використання способів реєстрування процесів і явищ, що досліджуються, планомірність, що дозволяють бачити нинішній процес у динаміці, фіксувати його фази, етапи, що дало можливість одержувати об’єктивну інформацію про об’єкт спостереження. Ці методи використовувались у комплексі з іншими, оскільки вони не забезпечували всебічної характеристики об’єкту. Педагогічні методи дослідження включали: педагогічне спостереження за динамікою фізичного розвитку слабозорих дітей; педагогічне тестування фізичного розвитку дітей цього контингенту та педагогічне дослідження, під час якого досліджувався вплив корекційних занять на динаміку фізичного розвитку дітей зі слабозорістю.

У педагогічному дослідженні досліджувався навчально-виховний процес, створені експериментальна та контрольна групи. В експериментальній групі забезпечувались спеціально створені умови, діти контрольної групи займались у звичайних, загальноприйнятих, традиційних умовах. Різниця у результатах, одержаних наприкінці дослідження, свідчить про ступінь рішення проблеми.

Педагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, що здійснювався з метою одержання вихідної інформації про фізичний розвиток слабозорих дітей. Формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності корекційного впливу розробленої методики на динаміку фізичного розвитку слабозорих дітей.

**2.1.3. Методи оцінки фізичного розвитку.** Оцінювання фізичного розвитку слабозорих дітей здійснювалось за показниками довжини та маси тіла, окружності грудної клітки, життєвої ємності легень, динамометрії.

Антропометричні вимірювання проводилися за загальноприйнятою методикою медичним працівником школи в медичному кабінеті. Вимірювалися такі показники: довжина тіла (см), маса тіла (кг), окружність грудної клітки (см).

Життєва ємність легень визначалася за допомогою спірометра. Обстежуваний стояв прямо перед апаратом, затиснувши ніс спеціальним затискачем, кінець трубки з мундштуком розміщувався на рівні губ учня, щоб він не нахилявся. Обстежуваний робив максимально глибокий вдих, вставляв мундштук у рот і робив повільний максимальний видих. Робили два глибоких видихи, потім через проміжки у 15 с – 3 вимірювання. Реєструвався найкращий показник.

Виміри динамометрії проводились також за загальноприйнятою методикою за допомогою динамометра правою і лівою руками. Реєструвався найкращий показник.

**2.1.4. Педагогічне тестування**. Педагогічне тестування проводилося на основі надійних об’єктивних тестів у стандартних умовах як для експериментальної, так і для контрольної груп. Перед тестуванням з учнями була розучена техніка виконання контрольних вправ і обов’язково проводилася розминка. Тестування проходили в змагальній формі, що дозволило досягти максимально можливого результату. В ході тестування вимірювалися такі показники фізичної підготовленості та фізичної працездатності: швидкісні здібності (біг 30 м, с); координаційні здібності (човниковий біг 4x10 м, с); гнучкість (нахил вперед у в.п. сидячи, см); швидкісно-силові здібності (стрибок у довжину з місця, см); рівень відносної м’язової сили (підтягування у полегшеному в.п., разів); рівень аеробної витривалості (6-хвилинний біг, м), рівень фізичної працездатності (модифікований гарвардський степ-тест, ум. од.). Інтегральна оцінка фізичної підготовленості кожного слабозорого школяра визначалася за допомогою ранжування, яке проводилося як по зростаючій, так і в порядку спадання, лініях. Ступінь розвитку кожної фізичної якості оцінювалася відповідним рангом в об’єднаному списку контрольної і експериментальної груп.

Індекс Гарвардського степ-тесту визначали за формулою:

, (2.1)

де Т – фактичний час виконання фізичного навантаження у секундах; F1, F2, F3 – сума пульсу за кожні 30 с (починаючи з 2 хв) відновлювального періоду; 100 – величина, необхідна для вираження ІГСТ у цілих числах; 2 – коефіцієнт для переведення суми пульсу за 30-секундні проміжки у число серцебиття за 1 хв. Тест виконувався протягом 2 хв, висота сходинки варіювалась від 25 до 35 см залежно від довжини тіла досліджуваних дітей.

**2.1.5. Методи математичної статистики.** Матеріал, одержаний протягом дослідження, був організований і підготовлений до змістовного та статистичного аналізу за допомогою табличного редактора Microsoft Excel 2007 (Microsoft, USA). Статистичний аналіз також частково проводився за допомогою цього програмного продукту. Зокрема, був виконаний розрахунок варіаційної статистики (середні значення, стандартні похибки, мінімальні та максимальні значення тощо); дослідження достовірності різниці середніх значень у різних групах досліджуваних дітей за допомогою t-критерію Стьюдента.

Одержані значення порівнювались із критичним значенням t-розподілу Стьюдента, розрахованим за допомогою вбудованої функції Excel при заданому рівні значущості, який міг дорівнювати трьом значенням: 0,05; 0,01 або 0,001.

**2.2. Організація дослідження**

Дослідження проводилось на базі Полтавської спеціальної школи № 40 Полтавської міської ради. Учасниками дослідження стали 13 слабозорих дітей, які були поділені на дві групи: експериментальну (хлопці n=3, дівчата n=3) та контрольну (хлопці n=3, дівчата n=4), що були ідентичними за віком, фізичним і психічним розвитком.

Діти експериментальної групи отримували фізичне навантаження відповідно до положень запропонованої методики корекції фізичного стану слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня, на основі теорії навчання руховим діям, із урахуванням принципів дидактики; діти контрольної групи одержували фізичне навантаження за загальноприйнятою шкільною корекційною програмою. Кількість занять була однакова, тривалість експерименту також.

Специфічність організації навчального процесу слабозорих дітей вимагала врахування та дотримання загальних вимог та індивідуальних особливостей їхнього розвитку, ефективної реалізації принципів загального та спеціального навчання у процесі корекційних занять, а також загальноприйнятих педагогічних і психологічних принципів фізичного виховання: принципу виховного навчання, всебічності, систематичності, свідомості, поступовості, активності, індивідуалізації, доступності, повторності, які доповнювалися специфічними дидактичними принципами навчання слабозорих дітей, а саме принципами корекційного спрямування навчання та диференційного навчання, що дозволило протягом дослідження враховувати характер і ступень зору, вторинні відхилення у стані здоров’я дітей.

Перевірка запропонованої методики та розв’язання поставлених завдань передбачали чотири етапи проведення дослідження.

На *першому етапі* був проведений огляд літературних джерел із проблеми дослідження, який дозволив обґрунтувати мету й основні завдання роботи. Крім того, був здійснений аналіз корекційно-реабілітаційних програм для слабозорих дітей, обґрунтований вибір засобів корекції фізичного розвитку слабозорих дітей. Складена бібліографія, оформлений перший розділ дослідження.

*Другий етап* передбачав проведення дослідження з метою одержання вихідних даних дітей; оформлення таблиць і статистичну обробку одержаних даних; оформлені другий і третій розділи роботи.

На *третьому етапі* проведене дослідження кількісних і якісних змін фізичного розвитку дітей цієї нозологічної групи під впливом розробленої методики, здійснена статистична обробка одержаних даних за допомогою методів математичної статистики.

*Четвертий етап* передбачав визначення динаміки фізичних показників дітей у результаті впровадження запропонованої методики у групах; узагальнення одержаних результатів; формулювання висновків; оформлення роботи, а також апробацію основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

**РОЗДІЛ 3**

**МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В РЕЖИМІ НАВЧАЛЬНОГО ДНЯ**

* 1. **Обґрунтування методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня**

Обмеження фізичної активності дітей, які страждають на слабозорість, як це було рекомендовано раніше, сьогодні визнане помилковим. Однак надмірне фізичне навантаження може негативно впливати на здоров’я слабозорих дітей і сприяти розвитку ускладнень, тому використання форм і методів корекційно-оздоровчої роботи зі слабозорими дітьми, що сприяють правильному використанню фізичних вправ на заняттях, є актуальною проблемою. Це особливо важливо у зв’язку з тим, що за останні роки у літературі нерідко з’являються повідомлення, в яких пропонуються досить сумнівні, науково не обґрунтовані методи корекції фізичного розвитку дітей із патологією органу зору.

На сьогодні в науці недостатньо розроблені питання, що відбивають конкретизацію форм і методів корекції фізичного розвитку слабозорих дітей. У зв’язку з цим виявляється доцільним розробка занять із використанням корекційно-оздоровчої роботи дітей цієї нозології з метою поліпшення визначених вад.

Головною теоретичною проблемою напряму корекційно-оздоровчої роботи зі слабозорими дітьми було обґрунтування специфіки змісту, засобів і методів корекційного впливу, які, на відміну від загальнодидактичних принципів навчання, спираються на розуміння структури первинного дефекту та на своєрідність фізичного розвитку, тому нами було поставлено за мету підвищення та корекція саме фізичного розвитку слабозорих дітей. Необхідність корекційно-оздоровчої роботи у процесі занять підтвердилась усім ходом дослідження.

Для підвищення фізичного розвитку та рухових здібностей дітей наголошується на необхідності проведення корекційної роботи на спеціальних заняттях, що носять медико-педагогічний характер. При навчанні слабозорих дітей з метою одержання найкращого терапевтичного успіху використовуються ті ж форми застосування фізичних вправ, що і у фізичній культурі для здорової дитини, а саме: всебічного впливу, прикладної й оздоровчої спрямованості. Кожна фізична вправа, використана у корекційно-оздоровчій роботі, поновлюючи, підтримуючи або профілактично впливала на дитину, тому при призначенні цих вправ визначалась (крім медичних свідчень) спрямованість їх використання: з метою відновлення порушених функцій, для загального зміцнення організму; зміцнення м’язової системи; формування правильної постави; поліпшення функціональних зв’язків між основними системами організму; поліпшення кровообігу та трофіки тканин ока; зміцнення м’язів ока, підтримки загального стану здоров’я, поліпшення фізичного розвитку слабозорих дітей.

Реалізація цих корекційних дій проводилась систематично, доступно, послідовно, тобто із застосуванням дидактичних принципів навчання. Залежно від стану фізичного здоров’я дітей застосовувались відповідні методики, комплекси вправ, інтенсивність виконання та засоби для вирішення конкретних завдань, де передбачався взаємозв’язок різних форм і методів корекції з урахуванням індивідуальних функціональних можливостей організму дітей.

При плануванні корекційних занять зважалось на відповідність засобів їх завданням, на забезпечення тісного організаційно-методичного взаємозв’язку між вправами й іграми, спрямованими на розвиток фізичних якостей досліджуваних дітей, тобто основна мета корекційної роботи у цілому – забезпечення високого рівня фізичного здоров’я, виховання моральних і вольових рис характеру, розвиток фізичних якостей і на цій основі – досягнення максимально можливого фізичного розвитку слабозорих учнів.

Зміцнення загального фізичного стану та здоров’я, а головне – набуття постійних навичок занять фізичною культурою та спортом у майбутньому буде сприяти і збереженню, і поліпшенню зорової функції, а також фізичному розвитку слабозорої дитини, тому доцільним видається розроблення оптимумів рухових режимів, які могли б стати основою методики корекції фізичного розвитку дітей зі слабозорістю.

На основі одержаних результатів констатувального експерименту виявлене незначне відставання за окремими показниками слабозорих дітей від норми і встановлено, що фізичний розвиток дітей цієї нозології можливо коригувати та підвищувати засобами фізичного виховання, але аналіз програм із фізичної культури показав, що в них не повною мірою можуть реалізуватись можливості формування фізичного розвитку дітей засобами фізичної культури та спорту. Сьогодні у школах працюють переважно за програмою, в якій передбачається розв’язання таких завдань, як зміцнення здоров’я, нормалізація фізичного розвитку, загартування; виховання моральних цінностей; виховання потреби у систематичних заняттях фізичними вправами, прагнення до фізичного вдосконалення; набуття необхідних знань у галузі гігієни, медицини, фізичної культури та спорту; формування життєво необхідних умінь, навичок і розвиток рухових якостей.

Не принижуючи значення існуючих програм, виявлено, що в них відсутні завдання, скеровані на корекцію фізичного розвитку слабозорих дітей. Більше того, у перелічених методично-дидактичних положеннях, що є основою корекційного навчання, в них приділено мало уваги корекційно-оздоровчій роботі як методу корекції фізичного розвитку дітей. Відсутність останніх обумовила дослідження та обґрунтування форм і методів, спрямованих на корекцію зазначених недоліків, і методики їх використання з урахуванням особливостей фізичного розвитку слабозорих дітей.

З метою профілактики порушень зору та корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку науковці в галузі дитячої офтальмології, гігієністи та фахівці в галузі фізичного виховання [2, 56, 69] в комплекс корекційно-оздоровчої роботи рекомендують включати наступні неспецифічні комплекси в процесі фізичного виховання молодших школярів: гімнастику до занять; фізкультурні хвилинки на уроках; ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах; щоденні заняття фізичними вправами, рухливими іграми, спортивними розвагами; участь у спортивних гуртках школи за визначеним видом спорту (за бажанням), які і були покладені в основу розробленої методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.

На наш погляд, ці форми занять сприяють зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності, вихованню у них організованості та дисциплінованості. Ці заходи були узгоджені за змістом і навантаженням з лікарем і педагогічним колективом школи. Вони відрізнялися доступністю, чіткістю організації і проведення, тому що повна або часткова втрата зору значно знижує фізичні і функціональні можливості дітей.

Ранкова гімнастика до занять проводилася в експериментальній групі щодня. На цих заняттях вирішувалися, в основному, виховні та оздоровчі завдання. Різноманітні фізичні вправи позитивно впливали на дитячий організм, сприяли формуванню правильної постави, виховували потребу до систематичних занять фізичними вправами.

Ранкова гімнастика проводилась за розробленими комплексами занять (додаток А), перед якими проводився інструктаж, на заняттях надавалась методична допомога при виконанні, дозуванні вправ і т.д. Основним програмним матеріалом гімнастики до занять були загальнорозвивальні вправи без предметів і з предметами. Весь матеріал, включений у гімнастику до занять, за своїм змістом і складністю був близьким до програмного матеріалу, складався з вправ, знайомих дітям, та такими, що легко сприймалися з першого пояснення. Кожен комплекс не втомлював і не перезбуджував учнів, позитивно впливав на поставу, помірно активував серцеву діяльність і викликав емоційний підйом. Ранкова гімнастика тривала близько 10 хв. У кожному комплексі спочатку вправи були легкими за навантаженням, потім складність їх поступово збільшувалася. У другій половині комплексу навантаження поступово знижувалося і заняття закінчувалося легкими і спокійними вправами. Комплекси для учнів молодших класів містили природні, прості ігрові вправи. У кожен комплекс включали рухи на координацію і 1–2 дихальних вправи.

В контрольній групі ранкова гімнастика проводилася вдома під керівництвом батьків, з якими був проведений інструктаж щодо виконання вправ.

Фізкультурні хвилинки для дітей експериментальної групи проводилися щодня на кожному уроці. Виконувані вправи не викликали стомлення або збудження дітей (додаток Б). У фізкультурні хвилинки включалися вправи на потягування, для тулуба і ніг, які виконувалися протягом 1–2 хв.

В контрольній групі фізкультурні хвилинки проводилися за загальноприйнятою програмою вчителем фізичної культури.

Ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах (додаток В) проводилися з метою раціональної організації відпочинку учнів, зняття втоми і найбільш ефективної підготовки до чергового уроку. Діти грали, виконували різні фізичні вправи, брали участь у спортивних розвагах. При проведенні перерв на відкритому повітрі з учнями організовувалися прогулянки по території школи, рухливі ігри, де діти вправлялися в ходьбі, орієнтуванні в просторі, координації та точності рухів і т.д. Ці заходи відповідали віку дітей, їхній підготовленості, інтересам, не втомлювали їх. При виборі гри нами враховувалися зорові і фізичні можливості дітей, визначалося місце кожного учня в грі. Правила гри були простими і доступними, а їх пояснення – короткими і чіткими.

Організоване проведення перерв, яке тривало близько 15 хв, сприяло зміцненню дисципліни в школі. Всі заходи, що проводилися на перерві, були закінчені за 3–4 хв до дзвінка, щоб урок почався без запізнень і всі учні мали можливість спокійно підготуватися до чергового уроку.

В контрольній групі ігри, фізкультурні і спортивні розваги проводилися також за загальноприйнятою програмою вчителем фізичної культури.

Крім рухливих ігор, спортивних розваг та ігор-вправ для дітей експериментальної групи на перервах проводилися прогулянки на свіжому повітрі, які тривали близько 30 хв. Вони були обов’язковими для усіх учнів. Правильне використання організованих фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня школи поліпшило навчально-виховну роботу і позитивно позначилося на здоров’ї, фізичному розвитку й успішності слабозорих учнів. Ці заняття не тільки забезпечували активний руховий відпочинок дітей, а й сприяли корекції недоліків фізичного розвитку, рухової підготовленості, формуванню моральних і особистісних якостей.

В контрольній групі прогулянки на свіжому повітрі проводилися вчителем фізичної культури і мали більш екскурсійний характер.

В експериментальній групі рухливі ігри (додаток Г), як один із засобів фізичного виховання й організації дозвілля дітей, знайшли найширше застосування. Їх включали в обов’язкові щоденні заняття фізичною культурою і в зміст інших фізкультурних заходів. Вони тривали приблизно 25–30 хв. Ігри дисциплінували учнів, допомагали створенню дружніх стосунків у дитячому колективі. Ігри були спрощені або ускладнені шляхом зміни умов проведення, відстані і часу, різних доповнень.

В контрольній групі рухливі ігри проводилися на уроках фізичної культури за загальноприйнятою програмою.

Отже, експериментальна методика корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня спиралася на розуміння структури первинного дефекту, на своєрідність фізичного розвитку, мала за мету підвищення та корекцію фізичного розвитку слабозорих дітей. Розроблена методика носила медико-педагогічний характер, де використовувалися форми застосування фізичних вправ, а саме: всебічного впливу, прикладної й оздоровчої спрямованості. Кожна фізична вправа, використана у корекційно-оздоровчій роботі, поновлюючи, підтримуючи або профілактично впливала на дитину, тому при призначенні цих вправ визначалась спрямованість їх використання: з метою відновлення порушених функцій, для загального зміцнення організму; зміцнення м’язової системи; формування правильної постави; поліпшення функціональних зв’язків між основними системами організму; поліпшення кровообігу та трофіки тканин ока; зміцнення м’язів ока, підтримки загального стану здоров’я, поліпшення фізичного розвитку слабозорих дітей.

* 1. **Дослідження ефективності методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня**

У науковій літературі термін «фізичний розвиток» використовують у різних тлумаченнях: як процес змін форм і функцій організму дитини протягом її індивідуального життя або як сукупність ознак, що характеризують фізичний стан організму на тому чи іншому етапі її фізичного розвитку (показники довжини та маси тіла, окружності грудної клітки, динамометрії та ін.). Також фізичний розвиток досліджений як складова частина життєдіяльності дитини, зміна природних властивостей її організму впродовж життя, що виявляється в показниках функціональних і морфологічних можливостей організму, фізичних якостей, рухових здібностей, працездатності тощо. Нами фізичний розвиток розглянутий як процес становлення й змін морфофункціональних властивостей організму дитини.

Фізичний розвиток як біологічний процес підпорядкований об’єктивним законам природи. Залежно від умов і чинників, що впливають на фізичний розвиток, він може бути високим або низьким, усебічним і гармонійним, або обмеженим і дисгармонійним. Високий і гармонійний фізичний розвиток зумовлює загальний стан здоров’я дитини, її фізичні можливості. Диспропорції фізичного розвитку пов’язують із гіпокінезією, надмірною вагою та різними захворюваннями. У нашій роботі фізичний розвиток досліджений за показниками довжини та маси тіла, окружності грудної клітки, життєвої ємності легень, динамометрії.

З метою проведення порівняльного аналізу показників фізичного розвитку дітей експериментальної та контрольної груп виведені середні результати за цими значеннями, де  – середнє значення показника, σ – розкид у показниках (табл. 3.1). Відповідно до вікових стандартів ці величини перебувають у межах норми.

*Таблиця 3.1*

**Показники фізичного розвитку слабозорих хлопців молодшого шкільного віку (±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Довжина тіла, см |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 119,6±8,3 | 125,6±5,8 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 118,7±7,4 | 125,0±6,9 | ˃0,05 |
| Маса тіла, кг |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 19,6±1,3 | 21,6±2,2 | <0,001 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 18,4±2,1 | 22,1±1,7 | ˃0,001 |
| Окружність грудної клітки, см |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 74,5±0,3 | 79,8±0,3 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 74,9±0,2 | 78,4±0,3 | ˃0,001 |

*Продовження таблиці 3.1*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Життєва ємність легень, л |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 2,8±0,1 | 3,3±0,1 | <0,001 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 2,7±0,1 | 3,0±0,1 | ˃0,01 |
| Динамометрія (права рука), кг |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 9,2±2,0 | 10,7±1,6 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 8,9±1,9 | 9,5±1,2 | ˃0,05 |
| Динамометрія (ліва рука), кг |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 8,4±1,7 | 9,9±1,5 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 8,2±2,0 | 9,3±2,1 | ˃0,001 |

Довжина та маса тіла дітей протягом дослідження поступово збільшувалась. Різниця у довжині тіла хлопців експериментальної групи на контрольному етапі дослідження склала 6 см (вихідні результати: 119,6± 8,3 см, кінцеві: 125,6±5,8 см). Збільшення у ваговому показникові дорівнює 2,0 кг порівняно з вихідними даними (вихідні результати: 19,6±1,3 кг, кінцеві: 21,6±2,2 кг) (р<0,05). У хлопців контрольної групи різниця у довжині тіла склала 6,3 см (вихідні результати: 118,7±7,4 см, кінцеві: 125,0±6,9 см), маса тіла збільшилась на 3,7 кг (вихідні результати: 18,4±2,1 кг, кінцеві: 22,1±1,7 кг) (р˃0,05).

Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у хлопців експериментальної групи результати виявилися наступними: різниця між першим і кінцевим показниками дорівнює 5,3 см (вихідні результати: 74,5± 0,3 см, кінцеві: 79,8±0,3 см) (р<0,05), у хлопців контрольної групи – 3,5 см (вихідні результати: 74,9± 0,2 см, кінцеві: 78,4±0,3 см) (р˃0,05).

Значення життєвої ємності легень наприкінці дослідження у дітей експериментальної групи змінились на 0,5 л (вихідні результати: 2,8±0,1 л, кінцеві: 3,3±0,1 л) (р<0,05), в контрольній групі ця різниця дорівнює 0,3 л (вихідні результати: 2,7±0,1 л, кінцеві: 3,0±0,1 л) (р˃0,05).

Результати кистьової динамометрії правої руки хлопців експериментальної групи на кінець дослідження виявили різницю у 1,5 кг (вихідні результати: 9,2±2,0 кг, кінцеві: 10,7±1,6 кг) (р<0,05), у хлопців контрольної – 0,6 кг (вихідні результати: 8,9±1,9 кг, кінцеві: 9,5±1,2 кг) (р˃0,05). Результати динамометрії лівої руки хлопців експериментальної групи на кінець дослідження склали різницю також 1,5 кг (вихідні результати: 8,4±1,7 кг, кінцеві: 9,9±1,5 кг) (р<0,05), у хлопців контрольної – 1,1 кг (вихідні результати: 8,2±2,0 кг, кінцеві: 9,3±2,1 кг) (р˃0,05).

Аналогічні показники дівчат експериментальної та контрольної груп наведені у таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Показники фізичного розвитку слабозорих дівчат молодшого шкільного віку (±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Довжина тіла, см |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 117,2±6,4 | 124,0±6,3 | <0,01 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 118,5±6,8 | 123,6±5,7 | ˃0,05 |
| Маса тіла, кг |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 18,9±1,1 | 21,3±1,8 | <0,001 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 18,5±1,2 | 20,5±1,4 | ˃0,001 |
| Окружність грудної клітки, см |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 72,8±0,4 | 75,7±0,2 | <0,01 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 73,1±0,3 | 74,8±0,2 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.2*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Життєва ємність легень, л |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 2,8±0,1 | 3,3±0,1 | <0,001 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 2,7±0,1 | 3,0±0,1 | ˃0,01 |
| Динамометрія (права рука), кг |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 8,8±2,0 | 9,9±1,4 | <0,1 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 8,3±1,2 | 9,2±1,1 | <0,001 |
| Динамометрія (ліва рука), кг |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 7,2±1,6 | 9,5±1,8 | <0,001 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 7,1±1,4 | 8,2±1,5 | <0,001 |

Дівчата експериментальної групи показали кінцеві результати, які також відрізняються від результатів початку дослідження. Різниця між показниками довжини тіла склала 6,8 см (вихідні результати: 117,2±6,4 см, кінцеві: 124,0±6,3 см), між показниками маси тіла – 2,4 кг (вихідні результати: 18,9±1,1 кг, кінцеві: 21,3±1,8 кг) (р<0,05). У дівчат контрольної групи одержані результати також покращились, але з меншою дисперсією. Різниця значень довжини тіла дівчат дорівнює 5,1 см (вихідні результати: 118,5±6,8 см, кінцеві: 123,6±5,7 см), у масі тіла – 2,0 кг (вихідні результати: 18,5±1,2 кг, кінцеві: 20,5±1,4 кг) (р˃0,05).

Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у дівчат обох груп така ситуація: різниця між показниками в експериментальній групі дорівнює 2,9 см (вихідні результати: 72,8±0,4 см, кінцеві: 75,7±0,2 см) (р<0,05), у дівчат контрольної – 1,7 см (вихідні результати: 73,1±0,3 см, кінцеві: 74,8± 0,2 см) (р˃0,05).

Значення життєвої ємності легенів наприкінці дослідження у дітей експериментальної групи змінились на 0,5 л (вихідні результати: 2,8±0,1 л, кінцеві: 3,3±0,1 л) (р<0,05), в контрольній групі ця різниця дорівнює 0,3 л (вихідні результати: 2,7±0,1 л, кінцеві: 3,0±0,1 л) (р˃0,05).

Результати кистьової динамометрії правої руки дівчат експериментальної групи на кінець дослідження виявили різницю у 1,1 кг (вихідні результати: 8,8±2,0 кг, кінцеві: 9,9±1,4 кг) (р<0,05), у дівчат контрольної – 0,9 кг (вихідні результати: 8,3±1,2 кг, кінцеві: 9,2±1,1 кг) (р˃0,05). Результати динамометрії лівої руки дівчат експериментальної групи на кінець дослідження склали різницю у 1,3 кг (вихідні результати: 7,2±1,6 кг, кінцеві: 9,5±1,8 кг) (р<0,05), у дівчат контрольної – 1,1 кг (вихідні результати: 7,1±1,4 кг, кінцеві: 8,2±1,5 кг) (р<0,05).

Розраховані величини коефіцієнта Стьюдента (табл. 3.1 і 3.2) свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким зростанням дітей у цей період. Між тим, різниця значеннями обох груп незначна.

Аналіз основних значень фізичного розвитку не виявив значимої різниці між показниками дітей обох груп. Діти експериментальної групи випереджають за всіма показниками дітей контрольної, що доводить ефективність використання методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня.

Фізичний розвиток слабозорих дітей визначали також за результатами фізичної підготовленості та фізичної працездатності. Власне дослідження щодо визначення рівня фізичного розвитку дітей показало, що успіх оволодіння рухами дітьми цієї категорії у багатьох випадках залежить від цілеспрямовано побудованої системи фізичних вправ, від правильно організованої корекційно-оздоровчої роботи. Реалізація організаційних засад методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня позитивно вплинула на розвиток основних показників фізичних функцій слабозорих дітей молодшого шкільного віку, що доведено позитивними зрушеннями у фізичному розвитку досліджуваних дітей.

Рівень фізичної підготовленості та фізичної працездатності дітей обох груп визначався за програмними та модифікованими тестами. Оцінювання швидкісних здібностей проводилось на основі результатів тесту бігу на 30 м, координаційних здібностей – за результатами човникового бігу 4х9 м; гнучкість визначалась нахилами тулуба у в. п. сидячи; швидкісно-силових здібностей – за результатами стрибка у довжину з місця; рівень відносної м’язової сили – за результатами стрибку у довжину з місця; рівень аеробної витривалості – за результатами тесту 6-хвилинного бігу; рівень фізичної працездатності – за результатами модифікованого гарвардського степ-тесту.

Результати фізичної підготовленості та фізичної працездатності на кінець дослідження слабозорих дітей молодшого шкільного віку наведені у таблицях 3.3, 3.4.

*Таблиця 3.3*

**Показники фізичної підготовленості слабозорих хлопців молодшого шкільного віку (±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Біг 30 м, с |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 6,6±0,1 | 5,9±0,3 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 6,7±0,1 | 6,2±0,2 | >0,05 |
| Човниковий біг 4x10 м, с |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 14,6±1,2 | 12,1±0,9 | <0,05 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 16,8±1,8 | 14,6±1,1 | >0,05 |
| Нахил вперед у в.п. сидячи, см |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 6,0±1,2 | 7,0±0,7 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 5,0±1,4 | 6,2±1,2 | <0,05 |
| Стрибок у довжину з місця, см |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 109,0±8,5 | 116,2±8,1 | <0,01 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 108,3±8,3 | 113,0±7,9 | >0,05 |

*Продовження таблиці 3.3*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Підтягування у полегшеному в.п., разів |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 4,9±5,6 | 6,7±6,3 | <0,05 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 5,0±3,8 | 6,1±2,7 | >0,05 |
| 6-хвилинний біг, м |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 1075,5±142,5 | 1219,9±314,8 | <0,05 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 1094,0±302,9 | 1127,9±230,3 | >0,05 |
| Модифікований Гарвардський степ-тест, ум. од. |
| Експериментальна | Хлопці, n=3 | 54,2±2,0 | 64,2±1,6 | <0,001 |
| Контрольна | Хлопці, n=3 | 54,5±2,6 | 57,0±2,1 | >0,05 |

Аналіз показників фізичної підготовленості та фізичної працездатності хлопців експериментальної групи виявив, що одержані результати дітей мають розбіжності: протягом педагогічного експерименту індивідуальні результати кожного тесту послідовно поліпшувались як у дітей експериментальної групи, так і у дітей контрольної, але дисперсія результатів суттєвіша у дітей експериментальної групи.

За тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: 6,6±0,1 с, кінцеві: 5,9±0,3 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,5 с (вихідні результати: 14,6±1,2 с, кінцеві: 12,1±1,8 с). Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,0 см (вихідні результати: 6,0±1,2 см, кінцеві: 7,0±0,7 см). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 7,2 см (вихідні результати: 109,0±8,5 см, кінцеві: 116,2±8,1 см), у результатах підтягування виявлено різницю у 1,8 разів (вихідні результати: 4,9±5,6 разів, кінцеві: 6,7± 6,3 разів) у бік збільшення. Значення 6-хвилинного бігу виявили різницю показників у 144,4 м (вихідні результати: 1075,5±142,5 м, кінцеві: 1219,9± 314,8 м). За результатами гарвардського степ-тесту також виявлене поліпшення результатів, різниця яких склала 10,0 ум. од. (вихідні результати: 54,2±2,0 ум. од., кінцеві: 64,2±1,6 ум. од.) (р<0,05).

У хлопців контрольної групи кінцеві значення виявилися такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: 6,7± 0,1 с, кінцеві: 6,2±0,2 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,2 с (вихідні результати: 16,8±1,8 с, кінцеві: 14,6±1,1 с). Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,2 см (вихідні результати: 5,0±1,4 см, кінцеві: 6,2±1,2 см). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,7 см (вихідні результати: 108,3±8,3 см, кінцеві: 113,0±7,9 см), у результатах підтягування виявлено різницю у 1,1 разів (вихідні результати: 5,0±3,8 разів, кінцеві: 6,1± 2,7 разів) у бік збільшення. Значення 6-хвилинного бігу виявили різницю показників у 33,9 м (вихідні результати: 1094,0±302,9 м, кінцеві: 1127,9± 230,3 м). За результатами гарвардського степ-тесту також виявлено поліпшення результатів, різниця яких склала 2,5 ум. од. (вихідні результати: 54,5±2,6 ум. од., кінцеві: 57,0± 2,1 ум. од.) (р>0,05).

*Таблиця 3.4*

**Показники фізичної підготовленості слабозорих дівчат молодшого шкільного віку (±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Біг 30 м, с |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 7,0±0,2 | 6,3±0,4 | <0,05 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 7,1±0,1 | 6,6±0,3 | <0,05 |
| Човниковий біг 4x10 м, с |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 16,4±0,8 | 14,1±0,7 | <0,05 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 16,9±1,9 | 14,8±1,2 | >0,05 |

*Продовження таблиці 3.4*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | Стать | До експерименту | Після експерименту | p |
| Нахил вперед у в.п. сидячи, см |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 6,2±1,2 | 7,8±0,5 | <0,01 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 6,2±1,1 | 6,9±1,4 | >0,05 |
| Стрибок у довжину з місця, см |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 102,0±6,2 | 113,6±7,1 | <0,01 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 100,1±6,0 | 105,0±6,9 | >0,05 |
| Підтягування у полегшеному в.п., разів |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 4,1±4,4 | 5,5±3,8 | <0,05 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 4,0±2,8 | 4,8±1,9 | >0,05 |
| 6-хвилинний біг, м |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 814,6±102,1 | 988,4±193,2 | <0,05 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 821,4±96,7 | 911,6±113,5 | >0,05 |
| Модифікований Гарвардський степ-тест, ум. од. |
| Експериментальна | Дівчата, n=3 | 47,2±1,5 | 58,4±1,5 | <0,001 |
| Контрольна | Дівчата, n=4 | 46,6±1,6 | 50,8±1,5 | >0,05 |

У дівчат експериментальної групи за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: 7,0±0,2 с, кінцеві: 6,3±0,4 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,3 с (вихідні результати: 16,4±0,8 с, кінцеві: 14,1±0,7 с). Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,6 см (вихідні результати: 6,2±1,2 см, кінцеві: 7,8±0,5 см). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 11,6 см (вихідні результати: 102,0±6,2 см, кінцеві: 113,6±7,1 см), у результатах підтягування виявлено різницю у 1,4 разів (вихідні результати: 4,1±4,4 разів, кінцеві: 5,5±3,8 разів) у бік збільшення. Значення 6-хвилинного бігу виявили різницю показників у 173,8 м (вихідні результати: 814,6± 102,1 м, кінцеві: 988,4±193,2 м). За результатами гарвардського степ-тесту також виявлено поліпшення результатів, різниця яких склала 11,2 ум. од. (вихідні результати: 47,2±1,5 ум. од., кінцеві: 58,4± 1,5 ум. од.) (р<0,05).

У дівчат контрольної групи кінцеві значення виявилися такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: 7,1± 0,1 с, кінцеві: 6,6±0,3 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,1 с (вихідні результати: 16,9±1,9 с, кінцеві: 14,8±1,2 с). Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 0,7 см (вихідні результати: 6,2±1,1 см, кінцеві: 6,9±1,4 см). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,9 см (вихідні результати: 100,1±6,0 см, кінцеві: 105,0±6,9 см), у результатах підтягування виявлено різницю у 0,8 разів (вихідні результати: 4,0±2,8 разів, кінцеві: 4,8± 1,9 разів) у бік збільшення. Значення 6-хвилинного бігу виявили різницю показників у 90,2 м (вихідні результати: 821,4±96,7 м, кінцеві: 911,6±113,5 м). За результатами гарвардського степ-тесту також виявлено поліпшення результатів, різниця яких склала 4,2 ум. од. (вихідні результати: 46,6±1,6 ум. од., кінцеві: 50,8±1,5 ум. од.) (р>0,05).

Аналіз наведених даних дозволив зробити висновок, що досліджувані слабозорі хлопці і дівчата експериментальної групи випереджають за всіма показниками досліджуваних дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність (р<0,05).

Таким чином, аналіз результатів дослідження включав проведення первинної та вторинної статистичної обробки даних, яка припускала визначення вибіркового середнього значення та порівняння з первинними показниками. Результати якісного та кількісного аналізу матеріалу використовувались для доказу правильності запропонованих гіпотез. Повторна діагностика виявила значні позитивні зрушення практично за всіма досліджуваними показниками слабозорих дітей молодшого шкільного віку експериментальної та контрольної груп. У дітей експериментальної групи показники приросту показників послідовно та стабільно поліпшувались протягом дослідження та всі одержані значення відповідали віковим нормам. Позитивне поліпшення досліджуваних показників формувалось на початковому етапі впровадження методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня і закріплювалось протягом дослідження, що пояснюється особливостями проведення корекційних занять для дітей експериментальної групи.

**Висновки до третього розділу**

На сьогодні в науці недостатньо розроблені питання, що відбивають конкретизацію форм і методів корекції фізичного розвитку слабозорих дітей. У зв’язку з цим розроблена методика занять із використанням корекційно-оздоровчої роботи дітей цієї нозології з метою поліпшення визначених вад.

Головною теоретичною проблемою напряму корекційно-оздоровчої роботи слабозорих дітей було обґрунтування специфіки змісту, засобів і методів корекційного впливу, які спираються на розуміння структури первинного дефекту та на своєрідність фізичного розвитку, тому нами було поставлено за мету підвищення та корекція фізичного розвитку слабозорих дітей. Необхідність корекційно-оздоровчої роботи у процесі занять підтвердилась усім ходом дослідження.

Для підвищення фізичного розвитку та рухових здібностей дітей наголошується на необхідності проведення корекційної роботи на спеціальних заняттях, що носять медико-педагогічний характер. При навчанні слабозорих дітей з метою одержання найкращого терапевтичного успіху використовуються форми фізичних вправ, що і у фізичній культурі для здорової дитини, а саме: всебічного впливу, прикладної й оздоровчої спрямованості. Кожна фізична вправа, використана у корекційно-оздоровчій роботі, поновлюючи, підтримуючи або профілактично впливала на дитину, тому при призначенні цих вправ визначалась (крім медичних свідчень) спрямованість їх використання: з метою відновлення порушених функцій, для загального зміцнення організму; зміцнення м’язової системи; формування правильної постави; поліпшення функціональних зв’язків між основними системами організму; поліпшення кровообігу та трофіки тканин ока; зміцнення м’язів ока, підтримки загального стану здоров’я, поліпшення фізичного розвитку слабозорих дітей.

Реалізація цих корекційних дій проводилась систематично, доступно, послідовно, тобто із застосуванням дидактичних принципів навчання. Залежно від стану фізичного здоров’я дітей застосовувались відповідні комплекси вправ, інтенсивність виконання та засоби для вирішення конкретних завдань, де передбачався взаємозв’язок різних форм і методів корекції з урахуванням індивідуальних функціональних можливостей організму дітей.

При плануванні корекційних занять зважалось на відповідність засобів їх завданням, на забезпечення тісного організаційно-методичного взаємозв’язку між вправами й іграми, спрямованими на фізичний розвиток досліджуваних дітей.

Протягом дослідження виявлено, що у дітей із вадами зору існують певні компенсаторні механізми, які дозволяють зберігати оптимальний рівень фізичного розвитку та функцій. На кінець дослідження більшість показників стала кращою, що свідчить про збереження функціональних резервів за рахунок компенсації механізмів адаптації. Судячи з реакції дітей на навантаження, певні фізичні вправи можна використовувати у фізкультурно-оздоровчих програмах зі слабозорими дітьми.

Під впливом фізичних навантажень (методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня) динаміка показників була позитивною та мала характерну тенденцію до поліпшення результатів дітей експериментальної групи, а різниця одержаних результатів за всіма показниками суттєвіша у дітей експериментальної групи, що вказує на ефективність експериментальної методики, яка за рахунок оптимального підбору вправ, інтенсивності занять, урахування індивідуальних особливостей розвитку слабозорих дітей забезпечила найкращу динаміку фізичного розвитку порівняно з результатами дітей контрольної групи. Одержані дані свідчать про ефективність методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня, а також про покращення фізичного розвитку, фізичної підготовленості та фізичної працездатності дітей зі слабозорістю, що є одним із головних чинників, що сприяють розвиткові їхньої фізичної функції. Також доведено, що у результаті проведеного дослідження збільшилась кількість гармонійно розвинених дітей; прискорились строки засвоєння нових фізичних вправ; підвищився рівень фізичного розвитку дітей.

Запропоновані фізичні вправи й ігри активно сприяли позитивним змінам всіх досліджуваних показників учнів, про що свідчать кінцеві результати дослідження. Крім того, ніяких негативних змін у фізичному розвитку дітей не виявлено.

Таким чином, ефективність корекційної методики підтверджується позитивною динамікою статистично достовірних результатів фізичного розвитку дітей експериментальної групи та перевагою їх результатів над дітьми контрольної. Протягом дослідження відбулись значні стабільні позитивні зміни у показниках фізичного розвитку, фізичної підготовленості та фізичної працездатності дітей зі слабозорістю.

**РОЗДІЛ 4**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Дослідження фізичного розвитку дітей зі слабозорістю є актуальним в Україні. Ця проблема вивчається у науковій літературі у різних аспектах. Проведений аналіз спеціальної літератури дозволяє зробити висновок про те, що поряд із розробленням педагогічних засобів корекції вад фізичного розвитку слабозорих дітей значна увага приділяється фізичним аспектам корекції та реабілітації. Багато авторів вивчають проблему послабленого здоров’я слабозорих дітей [6, 9, 13, 28], фізичний розвиток і підготовленість дітей цієї нозологічної групи [22, 23, 30, 56].

Процес фізичного виховання слабозорих дітей потребує визначення специфічних особливостей, що відрізняються, хоча і несуттєво, від аналогічного процесу для зрячих. Основні напрями процесу фізичного виховання мають певні відмінності у методиці, що пов’язано з патологією зорового аналізатора.

Одне з провідних місць у теорії фізичного виховання належить уніфікації системи принципів, якими керуються спеціалісти з фізичного виховання, адаптивного фізичного виховання та фізичної реабілітації у своїй роботі. Вибір найбільш ефективних із них, залежно від особливостей цього контингенту, обумовлює пошук форм, методів і методичних прийомів, що дозволяють успішно розв’язувати конкретні завдання для досягнення головної мети фізичного виховання, фізичної корекції – зміцнення та збереження здоров’я дітей і підготовки їх до повсякденної життєдіяльності.

Проведене дослідження присвячене розробленню дієвих засобів впливу на здоров’я та фізичний розвиток слабозорих дітей. Поряд із цим значна увага приділялась педагогічним, а зокрема, фізкультурно-спортивним аспектам формування здорового способу життя, організації фізичного виховання та корекції фізичного розвитку слабозорих дітей.

Аналіз вітчизняних і зарубіжних літературних джерел із досліджуваної проблеми дозволив узагальнити досвід використання засобів фізичної культури й адаптивного фізичного виховання на організм дитини з патологією органу зору. З урахуванням усіх зазначених положень і були визначені методологічні засади проведення корекційно-оздоровчої роботи зі слабозорими дітьми.

У процесі дослідження одержані дані про фізичний розвиток дітей і впроваджена методика корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня. Основним корекційним спрямуванням методики було забезпечення максимально можливого рівня фізичного здоров’я дітей, розвитку фізичних якостей. Залежно від стану фізичного здоров’я дітей застосовувались відповідні форми, методи та методики, комплекси вправ, інтенсивність виконання та засоби для вирішення конкретних задач. Розроблений зміст занять дозволив викласти його з урахуванням доступності, послідовності та поступовим ускладненням матеріалу. Реалізація цих корекційних дій проводилась систематично, доступно, послідовно, довготривало.

Запропонована методика корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня позитивно вплинула на фізичний розвиток слабозорих дітей, про що свідчать результати педагогічного експерименту. Результати повторних досліджень на завершальному етапі дослідження засвідчили суттєві та позитивні стабільні зрушення за всіма досліджуваними показниками експериментальної групи.

На етапі впровадження методики з урахуванням закономірностей процесу фізичного виховання були застосовані різноманітні методи та засоби. Організація та структура занять забезпечила комплексний розвиток тих фізичних якостей, що найбільш необхідні для повноцінного життя слабозорих дітей.

Доведено, що раціонально організована корекційна робота сприяє збільшенню рухової активності та поліпшенню фізичного розвитку слабозорих дітей. Виявлено, що слабозорі діти з низькими вихідними показниками мають потенційні можливості для досягнення кращих результатів, тобто результати педагогічного дослідження підтверджують раціональне використання різноманітних засобів і методів фізичного виховання, що значно поліпшує фізичний розвиток дітей.

**ВИСНОВКИ**

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сьогодення є охорона зору дітей. Це зумовлено тим, що впродовж останніх років в Україні відмічається тенденція стосовно зростання рівня захворюваності та поширеності хвороб ока серед дитячого населення. Причиною такої ситуації є різке скорочення рухової активності сучасних школярів, збільшення зорових навантажень, пов’язаних з комп’ютеризацією навчального процесу. Розуміння структури зорового дефекту дозволяє організувати не тільки відповідну медичну допомогу, але і правильно здійснювати психолого-педагогічну та фізичну корекційну роботу, але при цьому необхідно знати і систему лікування зору дітей із тим, щоб сприяти активізації порушених функцій зору.

Корекційна робота для слабозорих дітей впливає на три головних фактори: соматичний, психічний і соціальний, що формують єдність особистості. При дефектах органу зору організм дітей знаходиться в несприятливому стані не тільки через системно-функціональні порушення, але і внаслідок вимушеної гіподинамії. Слабозорі діти не отримують необхідного щоденного об’єму рухів. Останнє погіршує стан їхнього організму і часто сприяє прогресу захворювань. Гіподинамія не тільки посилює будь-яке порушення розвитку і призводить до патології всього нервово-м’язового апарату, але й негативно позначається на загальному розвитку слабозорої дитини, оскільки є причиною різкого зниження активності важливого природного стимулятора всіх функцій організму і нервово-психічного тонусу. Для забезпечення нормального функціонування різних систем організму цього контингенту дітей необхідна активізація їх моторики.

При підборі змісту всіх форм занять фізичними вправами для слабозорих школярів першочергового значення набувають ті вправи, які не протипоказані дітям через дефект зору, а іноді ці вправи диктують і форму їх виконання. За допомогою різних засобів корекції можна покращити показники гостроти зору і фізичного стану дітей цього контингенту.

Останнім часом проблема фізичного розвитку дитини, а особливо аномальної дитини, знову набуває особливої актуальності. Спеціалісти різних галузей знань ведуть науковий пошук у напрямі підвищення рівня фізичного розвитку та здоров’я дітей, але для цього пропонують недостатньо широкий спектр засобів, починаючи з фармакологічних і закінчуючи фізичним вихованням і спортом. Аналіз літератури щодо впливу фізичних навантажень на рівень фізичного розвитку дітей зі слабозорістю показав, що успіх оволодіння рухами дітьми цієї категорії залежить від правильно організованої корекційної педагогічної роботи, цілеспрямовано побудованої системи фізичних вправ.

Фізкультурно-оздоровчі заходи в школах для слабозорих дітей повинні проводитися не тільки з метою поліпшення здоров’я і фізичного розвитку учнів, а й бути спрямовані на створення певного життєвого тонусу дітей. Дуже важливо фізкультурно-оздоровчі заходи проводити щодня, що дозволить наповнити режим дня учнів різноманітною руховою активністю, що набуває для слабозорих дітей особливого значення, так як порушення зору обмежує рухові можливості дітей. Корекційні форми занять мають сприяти зміцненню здоров’я, фізичному розвитку слабозорих учнів, підвищенню працездатності та ін. Проте до теперішнього часу не існує методик, спрямованих на попередження порушень зору та підвищення фізичного розвитку школярів в режимі навчального дня. Спостерігається відсутність профілактики порушень зору в чинних програмах з фізичного виховання, що і обумовило актуальність обраної теми дослідження.

На сьогодні в науці недостатньо розроблені питання, що відбивають конкретизацію форм і методів корекції фізичного розвитку слабозорих дітей. У зв’язку з цим розроблена методика занять із використанням корекційно-оздоровчої роботи дітей цієї нозології з метою поліпшення визначених вад.

Головною теоретичною проблемою напряму корекційно-оздоровчої роботи слабозорих дітей було обґрунтування специфіки змісту, засобів і методів корекційного впливу, які спираються на розуміння структури первинного дефекту та на своєрідність фізичного розвитку, тому нами було поставлено за мету підвищення та корекція фізичного розвитку слабозорих дітей. Необхідність корекційно-оздоровчої роботи у процесі занять підтвердилась усім ходом дослідження.

Для підвищення фізичного розвитку та рухових здібностей дітей наголошується на необхідності проведення корекційної роботи на спеціальних заняттях, що носять медико-педагогічний характер. При навчанні слабозорих дітей з метою одержання найкращого терапевтичного успіху використовуються форми фізичних вправ, що і у фізичній культурі для здорової дитини, а саме: всебічного впливу, прикладної й оздоровчої спрямованості. Кожна фізична вправа, використана у корекційно-оздоровчій роботі, поновлюючи, підтримуючи або профілактично впливала на дитину, тому при призначенні цих вправ визначалась (крім медичних свідчень) спрямованість їх використання: з метою відновлення порушених функцій, для загального зміцнення організму; зміцнення м’язової системи; формування правильної постави; поліпшення функціональних зв’язків між основними системами організму; поліпшення кровообігу та трофіки тканин ока; зміцнення м’язів ока, підтримки загального стану здоров’я, поліпшення фізичного розвитку слабозорих дітей.

Реалізація цих корекційних дій проводилась систематично, доступно, послідовно, тобто із застосуванням дидактичних принципів навчання. Залежно від стану фізичного здоров’я дітей застосовувались відповідні комплекси вправ, інтенсивність виконання та засоби для вирішення конкретних завдань, де передбачався взаємозв’язок різних форм і методів корекції з урахуванням індивідуальних функціональних можливостей організму дітей.

При плануванні корекційних занять зважалось на відповідність засобів їх завданням, на забезпечення тісного організаційно-методичного взаємозв’язку між вправами й іграми, спрямованими на фізичний розвиток досліджуваних дітей.

Протягом дослідження виявлено, що у дітей із вадами зору існують певні компенсаторні механізми, які дозволяють зберігати оптимальний рівень фізичного розвитку та функцій. На кінець дослідження більшість показників стала кращою, що свідчить про збереження функціональних резервів за рахунок компенсації механізмів адаптації. Судячи з реакції дітей на навантаження, певні фізичні вправи можна використовувати у фізкультурно-оздоровчих програмах зі слабозорими дітьми.

Під впливом фізичних навантажень (методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня) динаміка показників була позитивною та мала характерну тенденцію до поліпшення результатів дітей експериментальної групи, а різниця одержаних результатів за всіма показниками суттєвіша у дітей експериментальної групи, що вказує на ефективність експериментальної методики, яка за рахунок оптимального підбору вправ, інтенсивності занять, урахування індивідуальних особливостей розвитку слабозорих дітей забезпечила найкращу динаміку фізичного розвитку порівняно з результатами дітей контрольної групи. Одержані дані свідчать про ефективність методики корекції фізичного розвитку слабозорих дітей молодшого шкільного віку в режимі навчального дня, а також про покращення фізичного розвитку, фізичної підготовленості та фізичної працездатності дітей зі слабозорістю, що є одним із головних чинників, що сприяють розвиткові їхньої фізичної функції. Також доведено, що у результаті проведеного дослідження збільшилась кількість гармонійно розвинених дітей; прискорились строки засвоєння нових фізичних вправ; підвищився рівень фізичного розвитку дітей.

Запропоновані фізичні вправи й ігри активно сприяли позитивним змінам всіх досліджуваних показників учнів, про що свідчать кінцеві результати дослідження. Крім того, ніяких негативних змін у фізичному розвитку дітей не виявлено.

Таким чином, ефективність корекційної методики підтверджується позитивною динамікою статистично достовірних результатів фізичного розвитку дітей експериментальної групи та перевагою їх результатів над дітьми контрольної. Протягом дослідження відбулись значні стабільні позитивні зміни у показниках фізичного розвитку, фізичної підготовленості та фізичної працездатності дітей зі слабозорістю.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аветисов Э. С. Занятия физической культурой при близорукости / Э. С. Аветисов, Е. И. Ливадо, Ю. И. Курпан. – М.: Физкультура и спорт, 1993. – 103 с., ил.
2. Азарян Р. Н. Физическое воспитание слепых и слабовидящих школьников в режиме дня : учебное пособие / Р. Н. Азарян. – М.: Всероссийское общество слепых (ВОС), 1987. – 116 с.
3. Антонік В. І. Анатомія, фізіологія дітей з основами гігієни та фізичної культури : навч. посіб. / В. І. Антонік, І. П. Антонік, В. Є. Андріанов. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 336 с.
4. Апанасенко Г. Л. Здоровий спосіб життя: перспективи на Україні / Г. Л. Апанасенко // Фізкультура в профілактиці, лікуванні і реабілітації. – 2017. – № 4. – С. 62–65.
5. Ашанин В. С. Теоретичні основи побудови оцінки фізичного розвитку і стану фізичного здоров’я обстежуваного контингенту / В. С. Ашанин, В. А. Друзь, Є. А. Задорожна, С. С. Пятисоцька, А. Н. Литвиненко // Слобожанський науково-спортивний вісник: науково-практичний журнал. – Х., ХДАФК, 2015. – № 2. – С. 131–137.
6. Баннікова Р. Сучасні підходи до проблеми комплексної реабілітації слабозорих дітей шкільного віку / Р. Баннікова, Р. Бутов // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 1. – С. 47–51.
7. Бар-Ор О. Двигательная активность и здоровье детей от физиологических основ до практического применения / О. Бар-Ор, Т. Роуланд. – К.: Олимп. лит., 2009. – 530 с.
8. Бунин А. Я. Гемодинамика глаза и методы её исследования / А. Я. Бунин. – М.: Медицина, 2017. – 196 с.
9. Вавіна Л. Врахування порушення зору дітей під час навчання в школі / Л. Вавіна // Початкова школа. – 2016. – № 11. – С. 58–60.
10. Васьков Ю. В. Проблема использования двигательных тестов на уроках физической культуры / Ю. В. Васьков // Слобожанський науково-спортивний вісник : науково-практичний журнал. – Х., ХДАФК, 2015. – № 8. – С. 9–12.
11. Виденина И. В. Роль вегетативной нервной системы в развитии отдельных форм миопии у детей дошкольного и школьного возрастов / И. В. Виденина // Офтальмологический журнал. – 2012. – № 56. – С. 262.
12. Восстановительное лечение и реабилитация пациентов с аномалиями рефракции и синдромом зрительной астенопии / Е. В. Панкова, М. А. Ковалевская // Актуальные вопросы медицинской реабилитации на современном этапе: сборник материалов юбилейной научно-практической конференции, посвящённой 80-летию санатория имени Цюрупы. – Воронеж, 2017. – С. 240–243.
13. Вургафт М. Б. О роли наследственности при миопии / М. Б. Вургафт // Офтальмологический журнал. – 2020. – № 4. – С. 231.
14. Выготский Л. С. Основы дефектологии : [собр. соч. в 6 т.] / Л. С. Выготский. − М., 1983. − Т. 5. – 368 с.
15. Гері Окамото. Основи фізичної реабілітації / Окамото Гері [перекл. з англ.]. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.
16. Глазные болезни. Полный справочник / под ред. В. А. Передерий. – М.: ЭКСМО, 2018. – 704 с.
17. Гозак С. В. Удосконалення гігієнічних принципів формування здоровʼязберігаючих технологій організації навчального процесу в загальноосвітніх навчальних закладах [автореферат] / С. В. Гозак. – К.: ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України», 2014. – 42 с.
18. Грегори Р. Л. Глаз и мозг. Психология зрительного восприятия / Р. Л. Грегори. – М.: Прогресс, 2019. – 265 с.
19. Давиденко О. В. Основи програмування фізкультурно-оздоровчих занять з дитячим контингентом / О. В. Давиденко, В. П. Семененко, Л. О. Фандікова. – Тернопіль: Астон, 2013. – 144 с.
20. Дашевский А. И. К вопросу о развитии псевдомиопии и миопии и их профилактике / А. И. Дашевский // Офтальмологический журнал. – 1988. – № 3. – С. 132.
21. Дяченко А. Особливості фізичного розвитку слабкозорих дітей молодшого шкільного віку / А. Дяченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2019. – № 2. – С. 69–72.
22. Еракова Л. А. Дифференцированное физическое воспитание слепых и слабовидящих школьников в условиях специализированного интерната / Л. А. Еракова. – К., 2015. – 176 с.
23. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: [справочно-методическое пособие для учителя] / В. П. Ермаков, А. Г. Якунин. – М.: Просвещение, 1990. – 223 с.
24. Єфименко М. М. Програма з фізичного виховання дітей раннього та дошкільного віку «Казкова фізкультура» / М. М. Єфименко. – Тернопіль: Мандрівець, 2014. – 52 с.
25. Заря К. И. Глазная заболеваемость и ее профилактика (Социально-гигиенические аспекты) / К. И. Заря. – Кишенев: Штиинца, 2017. – 184 с.
26. Земцова М. И. Некоторые особенности развития детей с нарушениями зрения / М. И. Земцова // Дети с глубокими нарушениями зрения. −Х., 2017. – С. 244–299.
27. Зислина Н. Н. Исследование нейрофизиологических механизмов амблиопии / Н. Н. Зислина // Современное состояние по изучению, обучению и трудовой подготовке аномальных детей: тезисы докладов IX научной сессии по дефектологии. –М., 2013. – С. 74–75.
28. Зотов А. И. Индивидуальные особенности зрительных ощущений и восприятий слабовидящих школьников / А. И. Зотов. – М., 2016. – 271 с.
29. Кацнельсон Л. А. Сосудистые заболевания глаз / Л. А. Кацнельсон. – М.: Медицина, 2010. – 268, [2] с.
30. Кашуба В. Корекція порушень постави дітей молодшого шкільного віку з ослабленим зором у процесі фізичного виховання / В. Кашуба, О. Юрченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 4. – С. 67–74.
31. Кияниця Н. В. Особливості соціально-психологічної адаптації школярів із порушеннями зору / Н. В. Кияниця // Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання. – 2012. – № 4. – С. 39–42.
32. Кійко В. Й. Фізичне виховання [навч. посібн.] / В. Й. Кійко, В. П. Краснов, В. Ф. Панченко, С. І. Присяжнюк, Р. Т. Раєвський, М. О. Третьяков. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – 192 с.
33. Коваленко В. В. К вопросу функционального лечения школьной близорукости / В. В. Коваленко, В. Т. Беседовская, Т. Н. Палуб, И. В. Белоусова, Н. Ф. Рудавина, Н. В. Пирогова, Н. М. Лаптева // Офтальмологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 45.
34. Колач Н. І. Здоров’язбережувальні технології в профілактиці порушень зору у школярів / Н. І. Колач, Н. І. Коцур // Молодий вчений, № 9.1 (49.1), 2017. – С. 74–77.
35. Костецька А. О. Медико-організаційна технологія оптимізації моніторингу порушення зору у школярів : дис… на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина / А. О. Костецька. – К., 2014. – 190 с.
36. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Загальні основи теорії та методики фізичного виховання : підручник: в 2-х т. / Т. Ю. Круцевич. – Київ: Олімп. літ., 2017. – Том 1. – 392 с.
37. Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді [навч. посіб] / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня. – К.: Олімп. л-ра, 2011. – 224 с.
38. Куракина Е. А. Особенности психологической адаптации слабовидящих первоклассников к школе в зависимости от родительско-детских отношений : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10. – Н. Новгород, 2016. – 210 с.
39. Лечебная физическая культура : [учебник] / Под ред. С. В. Попова, Н. М. Валеева, Т. С. Гарасеева и др. – М.: Академия, 2009. – 416 с.
40. Литвак А. Г. Тифлопсихология: [учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология»] / А. Г. Литвак. – М.: Просвещение, 1985. – 208 с.
41. Макаренко О. И. Реабилитация слабовидящих детей 13–15 лет в условиях школы-интерната средствами физического воспитания: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. – СПб, 2018. – 119 c.
42. Матвеев Л. П. Общая теория спорта и ее прикладные аспекты : [учеб. пособ.] / Л. П. Матвеев. – М.: Советский спорт, 2010. – 340 с.
43. Медицинская реабилитация слепых и слабовидящих : сб. научных трудов. – Уфа: Башкирское книжное издательство, 2014. – 132 с.
44. Морозова Н. Г. Формирование познавательных интересов у аномальных детей: [учеб. пособие] / Н. Г. Морозова. – М.: Просвещение, 2016. – 280 с.
45. Москаленко Н. В. Науково-теоретичні основи інноваційних технологій у фізичному вихованні / Н. В. Москаленко // Спортивний вісник Придніпров’я, 2015. – № 2. – С. 124–128.
46. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [навч. посібник] / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
47. Нестеров А. П. Первичная глаукома / А. П. Нестеров. – К.: Здоровье, 2018. – 287 с.
48. Орієнтовна програма проведення групових та індивідуальних занять з корекції вад розвитку сліпих і слабозорих дітей (1–5 класи). – К., 2019. – 14 с.
49. Остапова О. Теоретичні аспекти профілактики порушень зору у молодших школярів у контексті використання інноваційних технологій / О. Остапова, А. Остапов // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2010. – № 2. – С. 71–73.
50. Панков О. Самые распространённые болезни глаз. Глаукома. Катаракта. Близорукость. Уникальный метод лечения и восстановление зрения по методу профессора Олега Панкова / О. Панков. – М.: АСТ: Астрель, 2017. – 222 с.
51. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2008. – 246 с.
52. Распопова Є. А. Мотивація до занять фізичною культурою як умова підвищення рівня фізичної підготовленості дітей 5–7 років / Є. А. Распопова, Є. О. Шкляр // Фізична культура: виховання, освіта, тренування. – К., 2019. – № 5. – С. 59–62.
53. Ростомашвили Л. Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития : [учеб. пособ.] / Л. Н. Ростомашвили. − К., 2014. – 224 с.
54. Сергієнко Л. П. Спортивна метрологія. Теорія і практичні аспекти : підручник / Л. П. Сергієнко. – К.: КНТ, 2010. – 776 с.
55. Сердюченко В. І. Соматичний статус і фізичний розвиток дітей і підлітків як фактори ризику розвитку міопії / В. І. Сердюченко, Є. І. Драгомирецька, Є. І. Ностопирева, І. І. Головко // Офтальмологічний журнал. – 2018. – № 2. – С. 4.
56. Сермеев Б. В. Физическое воспитание детей с нарушениями зрения / Б. В. Сермеев. – К.: Здоровье, 1987. – 112 с.
57. Справочник офтальмологии. – М.: Меднаука, 2016. – 368 с.
58. Стефанишин С. І. Профілактика порушення зору молодших школярів засобами фізичного виховання / С. І. Стефанишин [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.bestreferat.ru/referat-136961.html
59. Тейлор Д. Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт. – М.: Бином, 2017. – 248 с.
60. Теорія і методика фізичного виховання / за ред. Т. Ю. Круцевич. – К.: Олімп. л-ра, 2008. – Т. 1. – 424 с.
61. Усова А. П. Роль гри у вихованні дітей : метод. реком. / А. П. Усова. – К., 2016. – 96 с.
62. Хорошуха М. Ф. Основи здоров’я : [навч. посіб.] / М. Ф. Хорошуха, В. Г. Ткачук. – К.: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, 2009. – 373 с.
63. Хрипко І. В. Аналіз мотивації молодших школярів до систематичних занять фізичною культурою і спортом / І. В. Хрипко. – Чернівці, 2016. – С. 109–111.
64. Хрипко І. В. Гендерні особливості фізичного виховання молодших школярів / І. В. Хрипко. – Запоріжжя, 2016. – С. 136–137.
65. Цьось А. В Навчання в русі. Здоров’язбережувальні педагогічні технології для дошкільнят та учнів : навч. посіб. / А. В. Цьось, О. Д. Дубогай. – Луцьк: Вежа-Друк, 2017. – 324 с.
66. Частные методики адаптивной физической культуры [учебник] / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
67. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание: [учеб. пособие] / Р. В. Чудная. − К.: Наукова думка, 2000. – 359 с.
68. Шіпіцина Л. М. Анатомія, фізіологія і патологія органів слуху, мови і зору / Л. М. Шіпіцина, І. А. Вартанян. – Х., 2018. – 432 с.
69. Юрченко О. Особливості фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку з вадами зору / О. Юрченко // Спортивний вісник Придніпров’я. – 2011. – № 2. – С. 85–88.

**ДОДАТКИ**

**ДОДАТОК А**

**Комплекси вправ ранкової гімнастики для слабозорих учнів молодшого шкільного віку**

Комплекс 1 (без предметів).

1. Ходьба на місці з широкими, вільними рухами рук. Тривалість 20–30 с.
2. В.п. – стійка ноги нарізно, руки на поясі. Руки в сторони, піднятися на носки (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 4–5 разів у середньому темпі.
3. В.п. – стійка ноги нарізно, руки за спиною. Присісти, торкаючись руками підлоги (видих). Встати, руки за спину (вдих). Повторити 3–4 рази в повільному темпі.
4. В.п. – широка стійка ноги нарізно (вдих). Нахилити корпус вліво, права рука вгору вздовж тулуба, ліва вниз (видих). Повернутися у в.п. (вдих). Той же рух в інший бік. Повторити по 2–3 рази в кожну сторону в повільному темпі.
5. В.п. – стійка ноги нарізно, руки на поясі (вдих). Нахилитися вперед (видих). Повернутися у в.п. (вдих). Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
6. В.п. – о.с. Чергувати хлопки руками за спиною, перед собою, над головою. Повторити 4–6 разів у середньому темпі, дихання довільне.
7. Спокійна ходьба на місці тривалістю 20–30 с.

Комплекс 2 (з гімнастичною палицею).

1. В.п. – стійка ноги нарізно, палиця внизу. 1–2 – палицю вгору, потягнутися (вдих); 3–4 – палицю вниз (видих). повторити 4–6 разів у повільному темпі.
2. В.п. – стійка ноги нарізно, палиця за спиною. 1 – нахил уперед прогнувшись (видих); 2 – випрямитися (вдих). Повторити 4–6 разів у повільному темпі.
3. В.п. – стійка ноги нарізно, палиця за головою (на плечах). 1 – поворот тулуба ліворуч; 2 – в.п.; 3–4 – те ж в іншу сторону. Дихання рівномірне. Повторити 4–6 разів у середньому темпі.
4. В.п. – стійка ноги нарізно, палиця за головою (на лопатках). 1 – нахил вліво; 2 – випрямитися; 3–4 те ж в іншу сторону. Дихання рівномірне. Повторити 4–6 разів у середньому темпі.
5. В.п. – ноги злегка розставлені, ступні паралельно, палиця внизу. 1–2 – глибокий присід, палицю вперед (видих); 3–4 – встати, палицю вниз (вдих). Повторити 4–6 разів у повільному темпі.
6. В.п. – о.с., палиця внизу, хват на ширині плечей. 1–2 – відводячи палицю трохи вперед і згинаючи ногу, переступити через палицю; 3–4 – повернути ногу назад. Потім те ж іншою ногою. Дихання довільне. Повторити 2–3 рази кожною ногою.
7. В.п. – о.с., палиця вертикально попереду. Піднятися на носки (вдих), опуститися на всю ступню (видих). Повторити 6–8 разів у середньому темпі.

Комплекс 3 (з гімнастичним м’ячем).

1. В.п. – о.с., м’яч в руках внизу. Ходьба на місці. Дихання рівномірне. Тривалість 20–25 с.
2. В.п. – о.с., м’яч в руках внизу. 1 – м’яч на груди; 2 – підняти м’яч вгору, потягнутися (вдих); 3 – м’яч на груди; 4 – опустити м’яч вниз (видих). Повторити 3–4 рази в повільному темпі.
3. В.п. – стійка ноги нарізно, м’яч вгорі. 1 – нахил тулуба вправо (видих); 2 – в.п. (вдих); 3–4 – те ж в іншу сторону. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
4. В.п. – стійка ноги нарізно, м’яч на підлозі зліва. 1 – нахилитися вперед-вліво і взяти м’яч; 2 – випрямитися, м’яч в руках; 3 – нахилитися в іншу сторону і покласти м’яч збоку; 4 – випрямитися і повернутися у в.п. Дихання рівномірне. Повторити 4 рази в середньому темпі.
5. В.п. – стійка ноги разом, м’яч у руках внизу. 1–2 – відставити праву ногу назад і опуститися на коліно, м’яч на груди; 3–4 – встати і повернутися у в.п. Те ж з іншої ноги. Дихання рівномірне. Повторити 3–4 рази.
6. В.п. – о.с., м’яч у руках внизу. 1–2 – присісти, м’яч вперед (видих); 3–4 – в.п. (вдих). Повторити 4–6 разів у середньому темпі.
7. В.п. – о.с., руки на поясі, м’яч на підлозі збоку. Ходьба на носках навколо м’яча по колу. Дихання рівномірне. Повторити 1–2 рази в кожну сторону.

**ДОДАТОК Б**

**Комплекси вправ фізкультурних хвилинок для слабозорих учнів молодшого шкільного віку**

Комплекс 1 (виконується сидячи за партою).

1. В.п. – руки за голову, лікті в сторони. Підняти руки вгору, прогнутися (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
2. В.п – сидячи за партою, руки витягнути вперед. Поворот тулуба вліво з однойменним рухом рук за голову. Повернутися у в.п. Те ж в інший бік. Дихання довільне. Повторити 3–4 рази в кожну сторону.
3. В.п. – ноги витягнуті, руки вільно опущені вниз. Встати, випрямитися (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 4–6 разів у середньому темпі.

Комплекс 2 (виконується сидячи за партою).

1. В.п. – сидячи за партою, ноги витягнуті, руки на парті. Підняти руки вгору з напівповоротом тулуба направо (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Те ж в іншу сторону. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
2. В.п. – сидячи за партою, руки на парті. Встати, руки за спину, нахил назад, прогнутися (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 4–6 разів у повільному темпі.
3. В.п. – сидячи за партою, руки до плечей, кисті стиснуті в кулак. Витягнути руки вперед, пальці широко, розтиснути. Повернутися у в.п.

Комплекс 3 (виконується стоячи за партою).

1. В.п. – стоячи за партою, руки до плечей, підняти руки вгору, прогнутися (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 3–4 рази в повільному темпі.
2. В.п. – стоячи за партою, стійка ноги нарізно, руки за головою. Повернути тулуб вліво (видих). Повернутися у в.п. (вдих). Те ж в іншу сторону. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
3. В.п. – стоячи за партою, стійка ноги нарізно, руки на поясі. Нахилитися вліво (видих). Повернутися у в.п. (вдих). Те ж в іншу сторону. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.

Комплекс 4 (виконується стоячи за партою).

1. В.п. – стоячи за партою, руки на парті. Відвести руки за спину, прогнутися (вдих). Повернутися у в.п. (видих). Повторити 4–6 разів у повільному темпі.
2. В.п. – стоячи за партою, руки на парті. Нахил вправо, права рука за спину, ліва за голову. Повернутися у в.п. Те ж в іншу сторону. Дихання довільне. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.
3. В.п. – стоячи за партою, руки на поясі, очі закриті. Обертання голови вліво, потім вправо. Дихання довільне. Повторити 2–3 рази в повільному темпі.

Комплекс 5 (виконується стоячи в проходах між рядами).

1. В.п. – стоячи в проході між рядами, стійка ноги нарізно, руки на поясі. Нахил голови вперед, назад, потім вліво, вправо. Дихання рівномірне. Повторити 4–6 разів у середньому темпі.
2. В.п. – стоячи в проході між рядами, руки за головою, лікті в сторони. Підняти руки вгору. Повернутися у в.п. Дихання довільне. Повторити 4–6 разів у середньому темпі.
3. В.п. – о.с., стоячи в проході між рядами. Підняти праву ногу, зігнуту в коліні, обхопити її руками. Опустити ногу, прийняти в.п. Те ж іншою ногою. Дихання довільне. Повторити 3–4 рази в середньому темпі.

Комплекс 6 (виконується стоячи в проходах між рядами).

1. В.п. – стоячи в проході між рядами. Ходьба на місці, високо піднімаючи коліна й енергійно розмахуючи руками.
2. В.п. – стоячи в проході між рядами, руки назад. Дугами вперед руки вгору (вдих). Опустити руки, повернутися у в.п. (видих). Повторити 3–4 рази в повільному темпі.
3. В.п. – стоячи в проході, руки на парті. Присісти і встати. Дихання рівномірне. Повторити 4–6 разів у середньому темпі.

**ДОДАТОК В**

**Ігри, фізкультурні і спортивні розваги на перервах для слабозорих учнів молодшого шкільного віку**

На перервах можуть бути проведені наступні ігри, ігри-вправи і розваги:

* з великими м’ячами: підкидання м’яча, хлопки в долоні і ловля;
* те ж після присідання, повороту кругом; кидки м’яча вгору і в сторони, поворот на 360° і ловля м’яча після відскоку від підлоги;
* перекидання м’яча один одному в двох шеренгах; гра в волейбол у парах, колі, утримуючи якомога довше м’яч в повітрі;
* на орієнтування без зорового контролю: ходьба на голос вчителя, дотримуючись прямолінійності руху;
* ходьба по вузькому коридору; ходьба по шнуру;
* визначення відстані по звуку (5, 10, 15, 20, 25 м);
* кидки озвученого м’яча в стіну і ловля його після відскоку;
* перекочування озвученого м’яча один одному в парах, шерензі, колі;
* в лазінні і перелізанні: лазіння і підлізання різними способами, використовуючи різні предмети: влазити і злазити по гімнастичній стінці; лазіння по похилій дошці, гімнастичній лаві; лазіння по канату; ігри та естафети з лазіння і перелізання;
* на снарядах: прості і змішані виси; ходьба по колоді, гімнастичній лавці, похилій дошці і т.д.;
* вправи в парах: з предметами (прапорці, булави, м’ячі, гімнастичні палиці, скакалки, обручі); ритмічні і танцювальні вправи;
* рухливі ігри.

Зміст деяких рухливих ігор, які можуть бути використані на перервах як засіб активного відпочинку слабозорих учнів:

«Пузир»

Всі діти разом з учителем, взявшись за руки, утворюють тісне коло. Поступово розширюючи його, все вимовляють такі слова: «роздувається пузир, роздувається великий, залишайся таким, щоб не лопався». Слова можуть бути повторені кілька разів; коли ж коло стане великим (руки у дітей натягнуться), учитель несподівано каже: «Пузир лопнув!» Всі опускають руки, сідають навпочіпки або падають. За командою діти знову збираються в коло.

«Збережи рівновагу»

Гравці утворюють коло, в центрі якого знаходиться ведучий. За командою «Руш!» діти виконують ходьбу або біг по колу. За командою «Стій!» учні вертаються у позу, при якій почули команду. Дитина, що не втримала рівновагу, вибуває з гри. Гра триває до визначення переможця.

«Хто швидше»

За командою вчителя діти збирають у кошики різні предмети, розкладені на підлозі (м’ячі, булави, кубики тощо). Переможець визначається за кращим часом.

Варіанти гри: а) намотувати шнур (різної довжини) на гімнастичну палицю; б) знайти заховані предмети; в) перенести різні предмети (м’ячі, булави, кубики тощо) з одного місця на інше, проходячи через вузький коридор.

«Влуч у кошик»

Поставити в 3–4 кроках від учнів невеликий кошик і запропонувати їм по черзі кидати в неї м’яч. Виграє той, хто матиме більше влучень.

Варіанти гри: а) кидки в кола різних діаметрів, намальованих на підлозі; б) клас розбити на команди; в) поступово змінювати відстань, способи кидків і т.д. Учитель коригує кожен кидок.

«Хто точніше»

Кидки маленького м’яча в озвучений щит (1х1 м), що висить на стіні. Виграє той, хто зробить більше влучень. Кожен робить по три кидки.

Варіанти гри: а) кидки м’яча з різних точок і з різних відстаней; б) кидки кілець на точність (кільця розміром 25х30 см). Шість кілочків вставляються в щит, кожен з яких відзначений очками (10, 20, 30, 40, 50, 60). Виграє той, хто набере більше очок. Учитель коригує кожен кидок.

«Вгадай, хто плескав?»

Ведучий (слабозорий із закритими очима) знаходиться в середині майданчика, інші гравці в 8–10 кроків від нього. За сигналом керівника один із гравців плескає голосно в долоні. Ведучий намагається відгадати, хто плескав. Якщо відгадує, то ці гравці міняються місцями і гра триває.

«М’яч сусідові»

Клас ділиться на дві команди. Команди стають у шеренгу обличчям один до одного. У перших гравців по м’ячу. За сигналом вчителя діти передають м’яч з рук в руки по шерензі. Останній у шерензі, отримавши м’яч, вдаряє ним об підлогу і передає його сусідові у зворотному напрямку. Перший гравець, який отримав м’яч, піднімає його вгору. Команда, яка закінчила передачу першою, визначається переможцем.

Варіанти гри: гру можна проводити стоячи в колоні по одному, передаючи м’яч зверху над головою, знизу між ніг, збоку праворуч (ліворуч) і т.д.

Правильне використання організованих фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального дня школи значно поліпшить навчально-виховну роботу і позитивно позначиться на здоров’ї, фізичному розвитку і успішності слабозорих учнів.

**ДОДАТОК Г**

**Рухливі ігри для слабозорих учнів молодшого шкільного віку**

«Потяг»

Учні стають в колону і кладуть руки на плечі тим, що стоять попереду. Перший гравець – «паровоз», решта – «вагони». За сигналом вчителя поїзд починає рухатися. Під рахунок або хлопки поїзд рухається то швидше, то повільніше, змінюючи напрямок руху (по підйому, спуску, гімнастичній лавці і т.д.). Першого гравця (паровоза) необхідно часто міняти, щоб дати можливість всім дітям бути напрямними.

Гра сприяє вдосконаленню навичок узгоджених дій, формування почуття темпу розвитку орієнтування в просторі.

«Перекочування м’яча»

Гравці сідають у коло, широко розставляючи ноги. Учитель з м’ячем у руках стає в середині кола і, назвавши по імені кого-небудь із гравців, котить до нього м’яч. Гравець, піймавши м’яч, називає ім’я іншого гравця і котить йому м’яч. Гравець, який промахнувся, вибуває з гри.

Гра сприяє розвитку орієнтування на слух, виховує швидкість реакції, спритність і точність рухів.

«По місцях!»

Усі гравці шикуються в шеренгу (колону, коло та ін.). За командою вихователя «Розійдись!» всі діти розбігаються по майданчику. За командою «По місцях!» гравці повинні якомога швидше зайняти своє місце в шерензі. Виграють ті, хто встане на своє місце швидше за інших.

Гра сприяє вдосконаленню швидкості, орієнтування, точності рухів.

«М’яч сусідові» (по колу)

Гравці стоять по колу на відстані кроку один від іншого. У двох гравців, що знаходяться один проти одного, по волейбольному м’ячу (різного кольору). За командою вчителя гравці починають передавати м’ячі вправо по колу так, щоб один м’яч наздогнав інший. Також за сигналом треба швидко змінювати напрямок передачі м’яча по колу (вліво). Перемагає та команда, яка швидко передасть м’яч по колу.

Гра сприяє розвитку швидкості і точності рухів.

«Совушка»

На майданчику відводиться місце – «гніздо», де живе «совушка». Решта дітей виконують роль «метеликів», «бабок», «маленьких пташок». Вони вільно ходять і бігають по майданчику і махають руками, як крилами. За командою вихователя «Ніч!» всі гравці повинні зупинитися і прийняти позу, на якій застала їх команда. За цією командою «совушка» вилітає з гнізда і дивиться, хто «не спить». Того, хто ворушиться, «совушка» бере за руку і веде до свого гнізда. Через 10–15 с вчитель дає команду «День!», за якою «совушка» відлітає в своє гніздо, а всі гравці знову починають бігати по майданчику. Кого «совушка» взяла в своє гніздо, вибуває з гри.

Гра допомагає вдосконалювати вміння зберігати рівновагу, сприяє розвитку спритності.

«Слухай сигнал!»

Гравці йдуть в обхід по залу. За сигналом вчителя – 1 хлопок – всі ставлять руки на пояс; по сигналу – 2 хлопки – опускають вниз; по сигналу – 3 хлопки – руки за спину. Той, хто помилиться, виходить, стає в кінці колони і продовжує гру.

Гра розвиває увагу.

«Іди тихо»

Учні один за іншим по черзі повинні пройти навшпиньки повз вчителя. Якщо хтось із дітей йде недостатньо тихо, вчитель торкається його рукою. Той стає в сторону і проходить повз вчителя ще раз.

«Найспритніший»

У лінії старту грають шикуються в шеренгу. За командою учасники виконують поворот на 360° переступанням і потім пересуваються до лінії фінішу, розташованої на відстані 15–20 м від старту. Виграє той, хто швидше і правильніше виконує завдання.

Гра сприяє розвитку і вдосконаленню орієнтування в просторі, координації, точності і швидкості рухів.

«Влуч у ціль»

З відстані 5–6 кроків пропонується гравцеві потрапити в ціль (кола різних діаметрів) малим м’ячем. Кола намальовані яскравими фарбами на стіні (або озвучені). Переможцем вважається той, хто більше вразить цілей.

Гра сприяє вдосконаленню навичок у метанні, розвиває точність і спритність рухів, привчає до дисциплінованості, колективних дій.

«Погоні м’яч»

Гравці діляться на 2–3 групи. Кожна група має свого ведучого і діє самостійно. Групи стають по колонах на лінії старту. Ведучий із волейбольним м’ячем (або з озвученим) в руках встає попереду своєї групи і дає команду: «Увага!», «Марш!». Одночасно з командою «Марш!» він кидає м’яч вперед-вгору. Гравці біжать і намагаються зловити м’яч після першого відскоку від землі. Гравець, який спіймав м’яч після першого відскоку від землі, стає ведучим і гра починається спочатку.

Гра сприяє вдосконаленню навичок у бігу зі зміною напрямку, виховує швидкість орієнтування і колективність дій.

«Трійки»

Усі гравці діляться на трійки. Двоє беруться за руки – «конячки». Права – «корінна» і ліва – «пристяжна»; ззаду їх тримає за руки третій – «кучер». Ведучий без трійки. Всі трійки йдуть кроком або біжать із підскіками по колу; ведучий тим же кроком рухається один у середині. Ведучий або вчитель (керівник гри) дає команду: «Стій!». Всі зупиняються і слухають подальшу команду. Наприклад, «Підпряжні, міняй!». Всі підпряжні повинні швидко помінятися місцями, перейти зі своєї «трійки» в іншу. Під час цієї зміни ведучий намагається зайняти одне з місць. Якщо йому це вдається, він залишається в цій трійці, а той, хто залишився без місця, стає ведучим. Гра продовжується. Виграють ті, хто жодного разу не водив.

Гра сприяє вдосконаленню навичок в ходьбі і бігу, розвиває орієнтування, кмітливість, спритність.

«Хто перший»

У 8–10 м від лінії старту позначається фініш. На лінію старту виходять два гравці, по одному від команди. Кожен гравець отримує по три кружки. За командою вихователя гравець розкладає кружки на підлозі так, щоб, наступаючи на два і перекладаючи третій, першим дістатися до фінішу. Переможець отримує два очки, за друге місце присуджується одне очко. Командна першість визначається за найбільшою сумою очок.

В процесі цієї гри удосконалюється спритність і точність рухів.

«Перевантаження кавунів»

У грі беруть участь кілька команд, які вишикувані в одну шеренгу. Відстань між гравцями 1–1,5 кроку. Близько першого і останнього гравців шеренги лежить обруч. У колі першого гравця 8–10 м’ячів (будь-яких). За командою перші гравці передають м’ячі через кожного гравця шеренги останньому, який укладає їх в коло. Перемагає та команда, яка раніше закінчила перевантаження.

В процесі гри удосконалюється швидкість, спритність, точність рухів, виховується колективізм.

«Гонка м’ячів»

Команди стоять в колоні по одному. Відстань між гравцями 1–1,5 кроки. У перших гравців м’яч (волейбольний, баскетбольний, набивний). За командою вчителя гравці передають м’яч у праву сторону, не зрушуючи ніг з місця, до останнього гравця. Останній гравець продовжує передавати м’яч, але тільки в ліву сторону. Коли перший гравець отримує м’яч з лівого боку, він піднімає його вгору.

Варіант гри: діти передають м’яч над головою, під ногами.