

Полтавський інститут економіки і права
„Відкритий міжнародний університет розвитку людини „Україна”
Соціально-гуманітарний факультет

Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістр

освітній рівень



на тему «Адаптивне фізичне виховання молодших школярів із вадами зору в умовах закладу середньої освіти»

Виконав: студент 6 курсу
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
Ареф'єв Д.М.

Керівник: Волошко Л.Б.
Рецензент: Рибалко Л.М.

Полтава 2020

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1-4	Волошко Л.Б. доцент		

7. Дата видачі завдання 09 09 2019 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1.	Затвердження теми	вересень 2018	виконано
2.	Складання плану дослідження, змісту роботи	жовтень 2018	виконано
3.	Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ)	листопад 2018	виконано
4.	Написання 1 розділу, висновки до першого розділу	грудень 2018 січень 2019	виконано
5.	Написання 2 розділу	березень квітень 2019	виконано
6.	Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу	травень- червень 2019	виконано
7.	Висновки до 3 розділу	вересень – жовтень 2019	виконано
8.	Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків	листопад 2019	виконано
9.	Магістерська практика, нормоконтроль	листопад – грудень 2019	виконано
10.	Підготовка електронної презентації, передзахист	січень 2020	виконано
11.	Захист магістерської роботи	лютий 2020	

Здобувач Керівник роботи 

Полтавський інститут економіки і права
 «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
 Факультет соціально-гуманітарний
 Кафедра фізичної реабілітації та фізичного виховання
 Освітній рівень магістр
 Галузь знань 01 «Освіта / Педагогіка»
 Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

д. пед. н., професор Бойко Г. М.

09 09 20 19 року

ЗАВДАННЯ НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Ареф'єву Д.М.

Тема роботи «Адаптивне фізичне виховання молодших школярів із вадами зору в умовах закладу середньої освіти»

Керівник роботи: Волошко Л.Б.

затверджені наказом вищого навчального закладу від 09.09 20 19 року

№ 87

2. Строк подання студентом роботи « 10 » 02 20 20 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. На основі аналізу літератури визначити особливості фізичного та психічного розвитку, рухових порушень у дітей із патологією зору.

2. Узагальнити дані літератури у розрізі проблеми методичних особливостей використання засобів адаптивної фізичної культури для дітей із вадами зору.

3. Розробити та експериментально обґрунтувати ефективність застосування методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору.

5. Перелік графічного матеріалу : 9 таблиць, 2 додатка.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	6
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ.....	10
1.1. Особливості фізичного розвитку та порушень рухових здібностей у дітей із патологією зору.....	10
1.2. Особливості психічного розвитку дітей із патологією зору	13
1.3. Корекційна спрямованість адаптивного фізичного виховання дітей із вадами зору.....	17
1.4. Методичні особливості організації адаптивного фізичного виховання дітей із вадами зору в закладах середньої освіти.....	19
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	27
2.1. Теоретичні методи.....	27
2.2. Методи визначення фізичного розвитку та фізичної працездатності.....	28
2.3. Педагогічні та психодіагностичні методи.....	30
2.4. Методи математичної статистики.....	35
2.5. Організація дослідження	37
РОЗДІЛ 3. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИКИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	39
3.1. Оцінка психофізичного стану молодших школярів із вадами зору на етапі констатувального експерименту	39
3.2. Зміст методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору засобами адаптивного фізичного виховання.....	42

ВСТУП

Актуальність дослідження. У межах програми ВООЗ «Зір-2020. Право на зір» проблема патології органа зору у дітей виділена як один з провідних пріоритетних напрямків для консолідації зусиль по ліквідації порушень зору. За останні роки в нашій країні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей із патологією зору [25]. Згідно з державною статистичною звітністю в Україні налічується близько 5 тис. осіб шкільного віку з вадами зору, які навчаються у спеціалізованих закладах [49].

Складна структура основного дефекту зумовлює виникнення вторинних порушень у психічному та фізичному розвитку, що гальмують навчально-пізнавальний процес і подальший розвиток загалом. Систематичний дефіцит рухів призводить до зниження всіх життєво важливих функцій організму та працездатності [13].

У процесі адаптивного фізичного виховання вирішуються питання корекції різноманітних порушень у молодших школярів із вадами зору. Науковцями доведено, що м'язова діяльність під час виконання фізичних вправ стимулює фізичні процеси, формує новий стан організму, який пристосовується до дефекту, сприяє компенсації порушених функцій і адаптації вегетативних систем до фізичних навантажень, покращує діяльність збережених функцій [38].

Аналіз літератури з тифлопедагогіки, теорії та методики фізичного виховання, адаптивної фізичної культури показав, що питанням вивчення окремих аспектів фізичного виховання з дітьми, які мають патологію зорового аналізатора, присвячено роботи ряду дослідників. Ученими висвітлено методику розвитку окремих фізичних якостей у даного контингенту хворих (Н. І. Воловик, О. В. Кирильченко, О. Ю. Коломийченко т. ін.), їхньої фізичної працездатності (В. Г. Маймулов, К. С. Яримбаш т. ін.); з'ясовано особливості корекції рухової сфери засобами фізичної культури (В. Г. Ковиліна, Б. В. Сермеєв та ін.); досліджено функціональний стан зорового аналізатора під впливом занять фізичними вправами (Г. Г. Демірчоглян, О. С. Токарева та ін.). Д. Силантьєв й А.

Гета вивчали особливості навчання плаванню та вплив занять у воді на фізичний і психічний стан дітей із вадами зору; О. І. Макаренко, Л. І. Ростомашвілі розробили методику лікувальної фізичної культури для сліпих дітей. Значна увага науковців зосереджена на дослідженні навчально-виховного та розвиваючого процесу дітей дошкільного та середнього шкільного віку.

Однак, недостатня розробленість проблеми корекції вторинних порушень, фізичного розвитку та фізичної підготовленості молодших школярів із патологією зорового аналізатора в теорії та практиці адаптивного фізичного виховання зумовили вибір теми даної роботи.

Мета дослідження: розробити та експериментально перевірити ефективність методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу літератури визначити особливості фізичного та психічного розвитку, рухових порушень у дітей із патологією зору.
2. Узагальнити дані літератури у розрізі проблеми методичних особливостей використання засобів адаптивної фізичної культури для дітей із вадами зору.
3. Розробити та експериментально обґрунтувати ефективність застосування методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору.

Об'єкт дослідження – процес адаптивного фізичного виховання дітей із вадами зору в умовах закладу середньої освіти.

Предмет дослідження – зміст методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, узагальнення, систематизація наукових відомостей щодо особливостей психофізичного розвитку та рухових порушень, що виникають у дітей із вадами зору, методичних особливостей використання засобів адаптивної фізичної культури у процесі занять із даним контингентом; педагогічні (експеримент, спостереження), методи психодіагностики (бесіди, діагностика рівня тривожності та самооцінки), методи

визначення фізичного розвитку (антропометрія, спірометрія, динамометрія) та фізичної працездатності; констатувальний та формувальний експерименти, під час яких досліджувався вплив корекційних занять адаптивною фізичною культурою на психофізичний стан молодших школярів із вадами зору; статистичні – кількісна обробка експериментальних даних за χ^2 -критерієм, t – критерієм Стьюдента.

База дослідження: Полтавська спеціальна загальноосвітня школа №40 (для дітей зі зниженим зором).

Теоретична значущість роботи полягає в тому, що отриманий матеріал доповнює розділ теорії і методики адаптивного фізичного виховання і оздоровчої фізичної культури методичними підходами, що сприяє підвищенню ефективності організації та змісту фізичного виховання слабозорих учнів в спеціальному закладі середньої освіти.

Практична значущість отриманих результатів полягає в можливості застосування основних теоретичних положень і практичних рекомендацій роботи у процесі адаптивного фізичного виховання у спеціальних загальноосвітніх школах для дітей із зоровою патологією з урахуванням їхніх вікових особливостей.

Апробація результатів даного дослідження була здійснена на науково-практичних конференціях: Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (Полтава, травень 2019 р.), Всеукраїнській науковій конференції студентів і молодих вчених «Молодь: освіта, наука, духовність» (Київ, березень 2019 р.).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 79 сторінках, складається із вступу, 4 розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку 73 джерел. Робота включає 9 таблиць, 2 додатка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ

1.1. Особливості фізичного розвитку та порушень рухових здібностей у дітей із патологією зору

Розрізняють такі ступені втрати зору: тотальна сліпота ($Vis = 0$), при якій повністю відсутні зорові відчуття (світловідчуття та розрізнення кольору); залишковий зір (Vis від 0 до 0,04 з оптичною корекцією склом на кращому оці), що дозволяє порахувати пальці рук, які розташовані біля обличчя досліджуваного, розрізняти контури, силуети, кольори предметів безпосередньо перед очима. Слабозорими вважаються тоді, коли гострота зору складає від 0,2 до 0,6. Дану категорію складають особи з такими захворюваннями: короткозорість, далекозорість, косоокість, астигматизм, альбінізм, амбліопія, ністагм, мікрофтальм, наявність монокулярного зору, порушення центрального та периферичного зору [61].

Науковими дослідженнями [63] виявлено, що діти з вадами зору, так само як і здорові, у своєму розвитку проходять певні вікові етапи, однак при цьому можуть спостерігатися відставання в темпах біологічного дозрівання.

Аналіз даних із вікової фізіології дозволив з'ясувати, що молодший шкільний вік (6-10 років) характеризується інтенсивним розвитком організму: довжина тіла збільшується на 4-5 см, маса – на 3-4,5 кг щорічно. Хребет досить гнучкий і рухливий, легко піддається деформації. М'язи тулуба слабо фіксують хребет у статичних позах, у зв'язку з цим може виникати викривлення хребта в результаті тривалих статичних напружень. Окружність грудної клітки збільшується, форма стає подібною до конуса, основа якого обернута вгору. З розвитком дихального апарату знижується частота дихальних рухів, зростає життєва ємкість легень. Середній показник ЖЄЛ у хлопчиків 6-10 років становить 1400-2200 мл, у дівчаток – 1200-2000 мл, приріст ЖЄЛ на рік складає приблизно 160 мл. У процесі

розвитку організму знижується частота серцевих скорочень: у 6-8 років вона складає 82-95 уд/хв, 9-10 – 92-88 уд/хв, 11 років – 70-80 уд/хв. Це пов'язано як із збільшенням серцевого м'язу, так і з ослабленням впливу симпатичного нерву та підвищенням тону блукаючого нерва. Під час напруженої м'язової роботи частота серцевих скорочень зростає до 200 уд/хв. Відносно низький артеріальний тиск обумовлює напружену діяльність системи кровообігу, дозволяє адаптуватися до фізичного навантаження та швидко відновлюватися під час відпочинку до вихідного рівня. Артеріальний тиск у 6-8 років становить 99/64 мм рт. ст., 9-11 років – 110/70 мм рт. ст. [38].

Л. В. Шапкова, 2004 [69] відмічає, що за рівнем фізичного розвитку діти з вадами зору поступаються здоровим одноліткам на 1-3 роки й основною причиною цього є обмеження рухової активності внаслідок первинного дефекту. Діти молодшого шкільного віку з вадами зору відстають у масі від 3 до 5%, рості від 5 до 13 см, показниках окружності грудної клітки до 4,7 см, ЖЄЛ від 0,8 до 1,0 л. Із віком показники фізичного розвитку зростають, однак повільніше, ніж у здорових дітей. Найбільш виражені відхилення відмічаються у старшому шкільному віці: довжина тіла менша на 5-5,5 см, маса нижча на 6-7%, окружність грудної клітки – на 4 см [16].

Результатами досліджень [66] виявлено, що порушення зору призводить до ряду вторинних відхилень. При цьому страждає та ж сама функція, розвиток якої знаходиться в безпосередній залежності від первинно-ураженого сенсорного дефекту та ступеня його виразності. Виникнення вторинних відхилень залежить від повного чи часткового випадання функції та розвитку рухів. У дітей із вадами зору спостерігається плоскостопість, порушення постави, деформація грудної клітки, сколіоз, церебро-судинна недостатність, вегето-судинна дистонія т. ін. Порушення зору ускладнює просторову орієнтацію, затримує формування рухових навичок, призводить до значного зниження рухової та пізнавальної активності. У зв'язку з труднощами, що виникають під час зорового наслідування й оволодінні просторовими уявленнями та руховими діями, порушується

правильна поза під час ходьби, бігу, а також координація та точність рухів [70].

Аналіз праць І. М. Макарової [33] дозволив з'ясувати, що вікова динаміка функціонального стану серцево-судинної системи в умовах відносного спокою у школярів з вадами зору та здорових однолітків має загальні закономірності розвитку, однак на всіх вікових періодах при даній патології відмічається низький рівень резервних можливостей серцево-судинної системи. У школярів із вадами зору виявлено підвищену активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи та центральних контурів регуляції серцевого ритму, що свідчить про напруження механізмів адаптації серцево-судинної системи в стані спокою. Після фізичного навантаження частота серцевих скорочень і артеріальний тиск не повертаються до вихідних даних на 10 хвилині відпочинку, що вказує на сповільнення відновних процесів у дітей із вадами зору. На всіх вікових етапах відмічається значно нижчий рівень загальної фізичної працездатності, ніж у здорових однолітків: за величиною абсолютної фізичної працездатності (PWC_{150}) у хлопчиків – на 23-43%, у дівчаток – на 21-39%; за відносною величиною у хлопчиків – на 31-52%, у дівчаток – на 22-32%. Незначні темпи приросту фізичної працездатності у дітей з вадами зору науковці пояснюють низьким рівнем рухової активності [31].

Л. І. Ростомашвілі відмічає, що патологія зору негативно відображається на формуванні рухових якостей. М'язова сила (кистьова) у дітей із вадами зору, у порівнянні з нормою, розвинена слабо, показники кистьової динамометрії нижчі на 28%, швидкісно-силових якостей – на 16-24%, гнучкості – на 12-15%. Для дітей із вадами зору характерна затримка статичної витривалості: в нормі розвиток цієї якості завершується до 14 років, при даній патології – продовжується до 17 років [46].

У працях Л. В. Харченко зазначено, що у дітей із вадами зору наявне порушення координації рухів: у віці 8-9 років воно складає 28,2%, а до 16 років досягає 52%. Школярі відчувають труднощі під час виконання узгоджених рухів рук і ніг, плутають лівий і правий бік. Своєрідність розвитку сенсорних функцій

обумовлює виражений ступінь асиметрії в розвитку рухів лівої та правої руки, що є явищами компенсаторного характеру. Під час трудової та ігрової діяльності права рука більш вдосконалюється у виконавчих функціях, а ліва – у контрольних і таким чином точність рухів підвищується [63].

Л. В. Шапкина (2004) указує на те, що індивідуальні відхилення зумовлені рядом причин: розладом функцій зору на основі органічних порушень, які супроводжуються труднощами формування фізичних якостей; обмеженням можливостей зорового наслідування, яке породжує перекручене уявлення про навколишню дійсність; несприятливим періодом дошкільного виховання (у дітей, які не відвідують дитячі дошкільні установи), що гальмує розвиток пізнавальної та рухової активності [69].

1.2. Особливості психічного розвитку дітей із патологією зору

Глибина та характер ураження зорового аналізатора відображаються на розвитку сенсорної системи, визначають провідний тип пізнання оточення, його модальність, точність, повноту образів зовнішнього світу. У зв'язку з цим психологічна система відображення останнього різноманітна при різних ураженнях зорового аналізатора [5]. Велику роль у психічному статусі дітей із вадами зору відіграє час появи дефекту. Діти з вродженою тотальною сліпотою та осліпші до 3 років не мають зорових уявлень, тому процес психічного розвитку здійснюється на основі обмеженої збереженої сенсорної системи. Більш пізні порушення зору дозволяють використовувати уже сформовані раніше зв'язки під час здійснення пізнавальної діяльності та утворюють нові, опосередковані системи зв'язків при компенсації дефекту [34].

Дослідження Н. Д. Малиновської, Л. І. Солнцевої т. ін. показали, що процес компенсації проходить ряд стадій, відмінних за своєю структурою, ієрархічним виділенням на кожній стадії тих психічних утворень, які забезпечують розвиток дитини. Перехід від однієї стадії компенсації до іншої обумовлюється формуванням або зміною провідної діяльності та значною мірою залежить від

рівня розвитку пізнавальних процесів і психічних властивостей, що дозволяють виконати цю діяльність, а також від того, на скільки зоровий дефект має негативний вплив на їх розвиток. Таким чином, компенсація зорової недостатності представляє собою створення на кожному етапі розвитку дитини нових, складних систем зв'язків і взаємовідношень сенсорних, моторних, мисленневих структур, які дозволяють сприймати інформацію, що надходить із зовнішнього світу, та використовувати її для найбільш адекватного його відображення та побудови поведінки у відповідності до умов життя та діяльності [34, 57].

Особливостями психічного розвитку дітей із вадами зору є слабкість абстрактно-логічного мислення, обмеженість знань і уявлень про оточуючий світ із переважанням загальних, неконкретних знань. Характерний малий об'єм почуттєвого досвіду, формальний словниковий запас і недостатньо точне предметне співвідношення слів. У залежності від ступеня ураження зорових функцій порушується цілісність сприйняття. У слабозорих домінує зорове-рухове-слухове сприйняття. Об'єм уваги у молодших школярів незначний: вони здатні одночасно сприймати один-два рухи або окремі елементи рухів. Для засвоєння рухової дії їм потрібна більша кількість повторень, ніж для здорових, оскільки за відсутності підкріплення руховий образ може згасати. У незрячих і дітей із залишковим зором основними формами сприйняття є тактильно-рухова та зорова-рухова-слухова. При даній патології відмічається словесно-логічний і наочно-образний тип мислення, досить високий об'єм слухової та тактильної пам'яті [52].

Аналіз праць Л. І. Солнцевої [59], М. В. Павлова [43] т. ін. дозволив з'ясувати, що вади зору впливають на різні компоненти структури особистості. Зокрема, А. І. Зотов, 2003 відмічає, що становлення деяких із її компонентів, таких як потреби та інтереси, залежить від стану зору; В. І. Лубовський [31] виділив вплив дефекту на розвиток особистості як важливу закономірність розвитку, загальну для всіх аномальних дітей. Вплив дефекту в тому числі й порушень зору на розвиток психіки дитини не є лише прямим або однозначним, він відображається

в системному характері порушень, серед яких можна виділити вторинні та третинні. Г. В. Акопов, 2005 [3] зазначає, що діти з вадами зору в дошкільному віці починають розуміти свою відмінність від здорових дітей, а в підлітковому – переживають свою фізичну недосконалість, що й набуває особистісного значення. Вони намагаються «приховати» або заперечують свій дефект, відчувають себе скуто, неприродно та дискомфортно в оточенні здорових однолітків, соромляться звертатися за допомогою, болісно сприймають критику [41].

За даними досліджень І. М. Нікуліної [41], О. Т. Соколової т. ін. в основі появи «комплексу неповноцінності» лежить відчуття «переживання дефекту» дитиною, яка знаходиться серед здорових. Воно полягає в наявності психологічної напруги, стану «бути відмінним від інших». Причинами неадекватного самосприйняття є реакція особистості на хронічну посттравматичну ситуацію, що обумовлена розумінням своєї неспроможності та обмеженням контактів. Порушення контактів призводить у більшості випадків до формування соціально-негативних рис характеру, таких як викривлення в динаміці потреб, звуження кола інтересів, відсутність або обмеження зовнішнього прояву внутрішніх станів.

Психологічна особливість дітей даної категорії полягає в тому, що вони фіксовані власним дефектом. І. Гайлене [13] встановлено, що школярі з вадами зору здатні аналізувати себе та представляти значущу інформацію про себе гірше, ніж здорові однолітки. Вони більше сумніваються в цінності своєї особистості, власного «Я», консервативні, конформні. Однак, такі вчені як А. Суславичус [60], Т. Маєвський [32] т. ін. вважають, що при даній патології можливі не лише недооцінювання своїх можливостей, але й їх переоцінка, яка значно виражена, ніж у здорових [39].

У працях Л. І. Солнцевої зазначено, що під самооцінкою розуміють ставлення людини до себе: своїх якостей, можливостей, фізичних і духовних сил; вона відображає ступінь розвитку самоповаги, відчуття власної цінності та позитивного відношення до всього, що входить у сферу власного «Я». Правильна самооцінка дає людині етичне задоволення та підтримує її гідність незалежно від

стану здоров'я та соціального статусу. Особливого значення формування адекватного самосприйняття та самооцінки набуває в умовах ненормального розвитку. Наявність визначеного виду дизонтогенезу, в даному випадку порушення зору, не змінює сутності генезу самооцінки, але створює умови виникнення певної специфіки її формування порівняно з нормативним розвитком [57].

Особливості самооцінки дітей із вадами зору пов'язані з невизначеністю життєвих орієнтирів і планів, що обмежує процес особистісного самовизначення. Крім цього у них складається несформований образ змісту майбутнього, що є причиною нестачі позитивних образів і перспектив в умовах дефіциту інформації про можливості та способи успішної самореалізації. Таким чином, на сформованість самооцінки у даного контингенту впливають зорова недостатність, сильний психотравмуючий фактор, особливості шкільного та сімейного виховання [56] т. ін.

За даними спостережень Л. І. Солнцевої [59] т. ін. вади зору, зокрема порушення сфери чуттєвого пізнання, не можуть вплинути на загальну якість розвитку почуттів, їх номенклатуру та значення для життєдіяльності. Іноді дана вада відображається лише на ступені прояву окремих емоцій, їх зовнішнє вираженні та на рівні розвитку окремих видів почуттів. Автори підкреслили, що основна причина виникнення аномалії розвитку емоцій і почуттів (відсутності відповідальності, егоїзм, негативізм, ворожнеча) полягає в неадекватному вихованні та відношенні до дитини з вадами зору.

Органічні розлади зорового аналізатора, порушуючи соціальні відносини, змінюючи статус дитини, провокують виникнення в неї ряду специфічних установок, таких як уникнення здорових однолітків т. ін. На фоні виникнення значних комунікативних труднощів, пов'язаних із дефектами візусного сприйняття та просторової орієнтації, розвиваються складні поведінкових відхилень, які проявляються тривожністю, невпевненістю, пасивністю, самоізоляцією, демонстративністю, агресією [2]. Для багатьох дітей притаманний астеничний стан, що характеризується зниженим інтелектом

нервовою напругою, підвищеною втомлюваністю. Висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту в окремих випадках можуть викликати емоційні розлади, порушення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку. Афективні реакції ускладнюють соціальну адаптацію та розцінюються з позицій медичної теорії як патохарактерологічні реакції особистості [8]. Характер афективних реакцій визначається соціально-педагогічним середовищем, конституціональними особливостями психіки та супутніми зоровому дефекту вродженими нейроаномаліями центральної нервової системи дитини [52].

1.3. Корекційна спрямованість адаптивного фізичного виховання дітей із вадами зору

Вивчення наукових праць [14] т. ін. дозволило з'ясувати, що адаптивна фізична культура займає особливе місце у структурі реабілітаційних заходів, тому що за специфікою своєї дії має вплив не лише на фізичний і психічний стан дитини, але й на розширення її соціального досвіду. Вона є частиною загальної культури, підсистемою фізичної культури, однією зі сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреб осіб, які мають відхилення у стані здоров'я та руховій активності, відновлення, зміцнення та підтримання здоров'я, особистісний розвиток, самореалізацію фізичних і духовних сил із метою покращення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство [68].

До структури адаптивної фізичної культури входять адаптивне фізичне виховання, адаптивна рухова рекреація, адаптивний спорт і фізична реабілітація, які тісно взаємопов'язані та доповнюють один одного. Для кожного виду характерні свої функції, завдання, зміст, ступінь емоційної та психічної напруги, методи та форми організації: адаптивне фізичне виховання призначено для формування базових основ фізичної освіти; адаптивна рухова рекреація – для оздоровчого дозвілля, активного відпочинку, ігор, спілкування; адаптивний

спорт – для вдосконалення і реалізації фізичних, психічних, емоційно-вольових здібностей; фізична реабілітація – для лікування, відновлення та компенсації втрачених можливостей. Деякі науковці також розглядають креативні (художньо-музикальні) тілесно-орієнтовальні практики та екстремальні види рухової діяльності. Дані види розкривають потенціал можливостей засобів і методів адаптивної фізичної культури, кожний із яких, завдяки специфічній спрямованості, сприяє максимально можливому збільшенню життєдіяльності інваліда, соціальної, побутової і психічної активності [69].

Роль адаптивної фізичної культури в тифлопедагогіці досліджували ряд науковців. Зокрема, вченими [6, 9] визначено можливості розвитку сенсомоторики та м'язово-рухової чутливості під час занять адаптивною фізичною культурою при зоровому дефекті. Дослідження [35, 60] т. ін. показують, що при наростанні тренуваності поліпшується функціональний стан зорового, вестибулярного та рухового аналізаторів. Підтверджено відновлення психологічного та соціального статусу особистості під впливом адаптивної фізичної культури.

У процесі адаптивної фізичної культури дітей із вадами зору вирішуються загальні завдання, до яких належать навчання руховим умінням і навикам, розвиток фізичних якостей, виховання гармонійно розвиненої особистості, та спеціальні (корекційні): збереження залишкового зору; корекція недоліків фізичного розвитку, рухових здібностей та узгодженості рухів; корекційно-компенсаторний розвиток й удосконалення м'язово-суглобного відчуття; активізація функцій серцево-судинної системи; зміцнення опорно-рухового апарату; розвиток навичок просторової орієнтації, комунікативної й пізнавальної діяльності [69].

Н. Л. Літош зазначає, що провідним принципом формування системи адаптивної фізичної культури в тифлопедагогіці є принцип корекційно-розвиваючої спрямованості. Він передбачає використання комплексу засобів, методів і форм педагогічного впливу, які сприяють подоланню, послабленню та ліквідації рухових порушень, всебічному гармонічному розвитку. Форми

організації занять адаптивною фізичною культурою можуть бути систематичні, епізодичні, індивідуальні та масові. Вони відрізняються умовами організації та проведення, але об'єднані основною метою, що полягає в розширенні рухової активності дітей, залученні до доступної фізкультурно-спортивної діяльності, розвитку активності та творчості [28].

Науковці наголошують на тому, що для підвищення ефективності впливу адаптивної фізичної культури під час занять повинен враховуватися індивідуальний і диференційований підхід до фізичної підготовленості, сенсорних можливостей дитини, регулювання фізичного навантаження, емоційної напруженості. Емоційність занять залежить від різноманітності вправ, загального тону проведення заняття, інтонації інструктора. Тембр звуку (голосно, тихо, м'яко, суворо) слід змінювати в залежності від психічного стану дітей, їх швидкої стомлюваності, специфічних особливостей розвитку та сприйняття матеріалу. Л. В. Шапкова [69] зазначає, що навмисне створення ситуації успіху допоможе позбавитися комплексу неповноцінності, невпевненості у своїх силах і таким чином коригувати психоемоційну сферу.

1.4. Методичні особливості організації адаптивного фізичного виховання дітей із вадами зору в закладах середньої освіти

Основними засобами, які об'єднують усі види адаптивної фізичної культури, є фізичні вправи. Їх різноманітність і спрямованість, варіативність виконання дозволяють здійснювати підбір і необхідне їх поєднання з урахуванням завдань корекції рухових порушень і підвищення фізичної підготовленості учнів спеціальних шкіл до оптимального рівня [9].

Фізичні вправи, виступаючи потужним засобом впливу на організм, розширюють діапазон можливостей у першу чергу рухової сфери, порушеної стійким дефектом. М'язова діяльність стимулює фізичні процеси, формуючи новий функціональний стан, що характеризується пристосуванням до дефекту, компенсацією порушених функцій, адаптацією вегетативних систем до фізичного

навантаження. Під впливом рухової активності покращується функція серцево-судинної та дихальної систем, зміцнюється опорно-руховий апарат, регулюється діяльність нервової системи та інших фізіологічних процесів [5].

У сучасній практиці адаптивної фізичної культури дітей із вадами зору основні та спеціальні завдання вирішуються за допомогою таких засобів, як загальнорозвиваючі (без і з предметами, на снарядах), дихальні, спеціальні (на формування правильної постави, профілактики плоскостопості, зниження фізичної та психічної напруги, розвитку та збереження зору), танцювально-ритмічні вправи, вправи на розвиток координації та орієнтації у просторі, циклічні рухи (ходьба, біг, плавання), рухливі ігри. Під час занять при патології зору рекомендується використання спеціального спортивного інвентарю, а саме: озвучені м'ячі, м'ячі зі шнурком, що кріпиться до поясу, предмети з ароматом, яскравий інвентар із урахуванням контрастності предметів (переважно червоний, жовтий, зелений, помаранчевий кольори), «педальки» для розвитку рівноваги та формування правильної постави, конус для розвитку вестибулярного апарату т. ін. [59].

У деяких випадках, а саме за наявності відшарування сітківки, дистрофії рогівки, глаукоми, катаракти, афакії, міопії високого ступеня, пухлин мозку або ока, у ранньому післяопераційному періоді після заміни кришталика, для дітей із вадами зору виключаються різкі нахили та стрибки, вправи з обтяженнями, акробатичні вправи (перекиди, стійка на голові, плечах, руках, вис вниз головою), зіскоки зі снарядів, вправи зі струсом тіла та нахиленим положенням голови, різким переміщенням положення тіла, вправи високої інтенсивності, тривалі м'язові напруження та статичні вправи. При цих захворюваннях протипоказані стрибки у воду, важка атлетика, бокс, боротьба, хокей, футбол, баскетбол (дозволяються лише безпечні елементи цих ігор), велоспорт, гірськолижний спорт, мотоспорт, оскільки надмірні фізичні навантаження можуть призвести до тяжких наслідків [10].

У процесі занять із дітьми з вадами зору використовуються всі методи навчання, однак через особливості сприйняття інформації, є деякі відмінності в

прийомах, що змінюються в залежності від фізичних можливостей дитини, запасу знань, умінь і навичок, наявності попереднього рухового та зорового досвіду. Застосування методу практичних вправ здійснюється у наступних напрямках: виконання вправ по частинах, вивчаючи кожну фазу рухів окремо, потім об'єднуючи їх в ціле; виконання вправ у полегшених умовах; використання орієнтирів, страховки, супроводу під час пересування; виконання імітаційних вправ; поєднання вивченого руху з іншими діями; зміна в процесі виконання вправ вихідних положень, темпу, ритму, швидкості, прискорення, напрямку рухів, амплітуди; використання дрібного спортивного інвентарю для розвитку дрібної моторики; використання вправ, що потребують узгоджених і синхронних дій партнерів; зміна емоційного стану.

Л. А. Семенов (2009), С. В. Шмалей (2007) виділяють 3 етапи освоєння рухів: 1) створення загальної уяви про рухову дію; 2) формування початкового уміння на базі сформованої уяви (має значення контроль, що здійснюється органами чуття, за точністю виконання та відповідності до еталону); 3) вдосконалення рухової дії шляхом її багаторазового повторення. Перед заключним етапом автори рекомендують проводити корекцію сформованої уяви про рух, оскільки вади зору обмежують адекватне сприйняття руху, що вивчається [52].

При зоровій патології найбільш типовим методичним прийомом навчання є метод слова: опис, пояснення, інструктаж, виправлення помилок, метод дистанційного управління, що передбачає управління діями дітей на відстані шляхом відповідних команд. Сприйняття мови на слух дозволяє дитині співвідносити слова з тими предметами та діями, які їх означають. Наступний метод – метод тренування по застосуванню знань, побудований на основі сприйняття інформації під час навчання за допомогою органів чуття. Під час його використання увага спрямовується на відчуття, що виникає у м'язах і суглобах під час виконання рухових дій, і дозволяє здійснити переніс засвоєних знань у практичну діяльність. Метод наочності займає особливе місце у процесі навчання дітей із вадами зору. Під час розгляду предметів (спортивного інвентаря) спочатку пропонується роздивитися його по частинам, ставиться завдання

визначення його форми, поверхні, якості, потім робиться спроба цілісного сприйняття предмету або дії. До засобів наочної інформації висуваються такі вимоги як: великі розміри предметів, насиченість і контрастність кольорів. Для того, щоб сформувати повноцінне сприйняття навчального матеріалу, рекомендується використовувати демонстрацію рухових дій і спортивного інвентаря. Наочність обов'язково повинна супроводжуватися словесним описом, що допоможе уникнути невірної уяви про предмет, а також дозволить активізувати мислення [11]. Метод стимулювання рухової активності полягає в заохоченні дітей, наданні можливості відчувати радість і інші позитивні емоції від рухової діяльності. Під час занять використовуються кілька, в залежності від поставлених завдань, взаємодоповнюючих методів. Перевага надається тому, який найкращим чином забезпечує розвиток рухової діяльності дітей із вадами зору [20].

Під час регулювання фізичного навантаження Л. В. Шапкова (2004) рекомендує використовувати стандартні (однакові за швидкістю, темпом і масою) та перемінні види навантаження; варіювати форми та умови виконання рухових дій, об'єм навантаження в залежності від стану здоров'я та рівня фізичної підготовленості дітей, фізичне навантаження, чергуючи його з паузами для відпочинку, які заповнюються вправами для зорового тренування, релаксації, відновлення нормального стереотипу дихання; уникати тривалого статичного навантаження з обтяженням, вправ високої інтенсивності; враховувати сенситивні періоди розвитку фізичних якостей; слідкувати за самопочуттям дітей із метою попередження перевтоми; проводити психогімнастику для покращення психосоматичного стану [68].

На думку С. П. Євсєєва, для регулювання фізичного навантаження можна використовувати рухливі та спортивні ігри. Автор також зазначає, що ігри є потужним засобом всебічного розвитку дітей із вадами зору. Їх застосування дає можливість комплексно впливати на психоемоційну, рухову та функціональну сфери. Ігрова діяльність дозволяє підвищити рухову активність, адаптаційно-компенсаторні можливості, сприяє розвитку координаційних, силових і

швидкісних здібностей, гнучкості, витривалості, сенсорних і психодинамічних якостей, підвищенню функціональних можливостей органів і систем. Психологічний та соціальний аспекти ігрової діяльності спрямовані на зниження психоемоційного напруження та особистісної тривожності, формування впевненості в своїх силах, задоволення потреб у руховій активності, вдосконалення емоційно-вольових, інтелектуальних і мотиваційних основ особистості, формування активної життєвої позиції та навичок соціальної взаємодії [22].

Вибір гри повинен здійснюватися з урахуванням характеру та глибини дефекту (стан гостроти зору, наявність залишкового зору, особливості тактильно-слухового сприйняття), рівень фізичного розвитку дитини та її індивідуальної реакції на фізичне навантаження, індивідуальних і вікових можливостей. Перенасиченість рухливої гри емоціями та значна її тривалість можуть перевищити фізіологічні можливості організму, що проявляється в неадекватних поведінкових реакціях, надмірному збудженні та погіршенні самопочуття. Зміст і дозування навантаження повинні передбачати поступовість ускладнення ігор, чергування їх за спрямованістю, інтенсивністю та тривалістю, що стимулює постійний інтерес до ігрової діяльності [32].

Л. В. Шапкова [70] виділяє кілька зон інтенсивності для ігор з різним ступенем рухливості, які рекомендуються для дітей молодшого шкільного віку з вадами зору. Зона низької інтенсивності, при якій ЧСС становить до 100 уд/хв: ігри проводяться переважно лежачи або сидячи з локальним впливом на дрібну моторику, активізацію дихання, координацію та точність рухів; амплітуда мала, наявні паузи для відпочинку. Зона помірної інтенсивності (ЧСС 100-120 уд/хв): ігри спрямовані на розвиток уваги, чіткість і узгодженість рухів, швидкість реакції, координацію рухів; спосіб організації – малогруповий (4-8 осіб), тривалість однієї гри – 3-5 хв із повторенням 3-4 рази; навантаження при вказаній ЧСС не викликає перевантаження організму та розвиває витривалість. Зона тонізуючого навантаження, при якій ЧСС досягає 120-140 уд/хв і відображає ступінь фізичної та психічної напруги: тривалість однієї гри 2-3 хв, повторюється

кілька разів; форма організації – групова (6-10 осіб); тонізуючий ефект досягається за рахунок сумарної величини навантаження (в процесі кожної рухливої гри організм пристосовується до невеликої втоми та відновлюється під час відпочинку між іграми). Рухливі ігри з тонізуючим навантаженням мають оздоровчий вплив на всі функції організму й у залежності від їх змісту спрямовані на розвиток уваги, спритності, швидкості реакції, рівноваги, уміння орієнтуватися у просторі. Автором виділено ще одну зону, при якій ЧСС досягає 140-160 уд/хв – зона тренуючого впливу: багаторазові зусилля протягом 10-15 секунд змінюються зниженням інтенсивності гри або відпочинком, а потім знову повторюються. На таке навантаження організм відповідає підвищеною реактивністю з боку всіх систем і функцій. Такі ігри проводяться в середньому та старшому шкільному віці, оскільки потребують попередньої підготовки. У науково-методичній літературі описано достатню кількість ігор для дітей із вадами зору [67].

На думку вчених [54], велику роль у корекції недоліків фізичного та психомоторного розвитку дітей із вадами зору відіграє плавання. Під час регулярних занять оптимізується автоматизована регуляція серцевого ритму, підвищується життєва ємкість легень, нормалізується нейрогуморальна регуляція, периферичний кровообіг, артеріальний тиск, ферментативна активність крові, що в цілому підвищує адаптаційні здібності організму. Завдяки специфічним умовам водного середовища створюються сприятливі умови для формування постави, вільних рухових дій, розвантажується хребет, знижується м'язове та психічне напруження, скутість рухів. Крім цього, у процесі занять плаванням виховуються дисциплінованість, сміливість, рішучість, активізується пізнавальна діяльність [51].

У працях [68] т. ін. зазначено, що навчання плаванню дітей із вадами зору складається з трьох етапів: 1) ознайомлення з водним середовищем і розучування підготовчих вправ у воді; 2) вивчення техніки плавання стилем «кроль на грудях», «кроль на спині», «брас», «дельфін»; 3) вдосконалення техніки плавання вивчених стилів. Процес вивчення будь-якого плавального руху здійснюється в наступній послідовності: на суші, на мілкій частині басейну, біля нерухомої та рухомої

опори, розучування техніки дихання, ковзання, рухів ногами та руками. Автори наголошують на тому, що через низький рівень закріплення рухових навиків у дітей із вадами зору на одному занятті слід виконувати не більше трьох нових вправ, а також необхідно включати вправи на розслаблення та зняття зорової втоми [68].

Н. О. Семенова рекомендує для розвитку просторової орієнтації у водному середовищі давати завдання на проходження різних дистанцій спочатку з партнером, а потім самостійно; для розвитку координації рухів і вестибулярної стійкості виконувати плавання з різними обертами та зміною напрямку. Під час занять плаванням із дітьми молодшого шкільного віку доцільно використовувати ігровий і змагальний методи з метою формуванню позитивних емоцій. Включення ігор, що відповідають тематиці конкретного заняття, сюжетно-рольових ігор, вільного плавання в заключній частині протягом 3-5 хвилин підвищують щільність заняття та сприяють закріпленню необхідних навиків. Із метою попередження травматизму та диференціювання відстані варто приділити увагу вивченню уміння визначати довжину відрізка, що пропливається, за кількістю повторень рухів, для створення умов безпеки (уникнення зіткнення) запливи слід організувати на різних доріжках, що дозволить дитині почуватися більш впевнено та дасть можливість зосередитися на виконанні вправи [52].

Висновки до розділу 1

1. Повне або часткове порушення функції зору призводить до недостатності рухової сфери, обмеження освоєння простору, активності в пізнанні оточуючого світу і, як наслідок, до відставання в темпах загального розвитку, ступінь прояву якого залежить від причин, складності та часу виникнення патології. У дітей із вадами зору відмічається затримка фізичного розвитку та формування рухових якостей, зниження показників функціонального стану кардіореспіраторної системи та фізичної працездатності. Поряд із основним дефектом виникає ряд вторинних відхилень, а саме: плоскостопість, порушення постави, деформація

грудної клітки, сколіоз, церебро-судинна недостатність, вегето-судинна дистонія т. ін.

2. При вадах зору відбуваються якісні зміни в системі аналізаторів, виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного та понятійного в мисленнєвій діяльності. Органічні розлади зорового аналізатора, порушуючи соціальні відносини, змінюючи статус дитини, впливають на різні компоненти структури особистості. На фоні виникнення значних комунікативних труднощів, пов'язаних із дефектами візуального сприйняття та просторової орієнтації, розвиваються поведінкові відхилення, що проявляються тривожністю, невпевненістю, пасивністю, самоізоляцією, демонстративністю, агресією. Висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту в окремих випадках можуть викликати емоційні розлади, порушення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку.

3. Провідним принципом формування системи адаптивної фізичної культури в тифлопедагогіці є принцип корекційно-розвиваючої спрямованості, який передбачає використання комплексу засобів, методів і форм педагогічного впливу, що сприяють послабленню та ліквідації рухових порушень, всебічному гармонічному розвитку. Засоби адаптивної фізичної культури, такі як фізичні вправи різної спрямованості, рухливі ігри, плавання, здатні позитивно впливати на психоемоційну, рухову та функціональну сфери дітей із вадами зору. Вибір відповідного засобу АФК і методики його використання повинен здійснюватися з урахуванням характеру та глибини дефекту, рівня фізичного розвитку та реакції на фізичне навантаження, індивідуальних і вікових можливостей. У процесі занять із дітьми з вадами зору використовуються всі методи навчання руховим діям, однак через особливості сприйняття інформації, є деякі відмінності в прийомах, що змінюються в залежності від фізичних можливостей, запасу знань, умінь і навичок, наявності попереднього рухового та зорового досвіду. Вирішуючи конкретні завдання засобами АФК за наявності зорової патології, рекомендується використовувати спеціальний спортивний інвентар із метою полегшення умов навчання руховим діям і профілактики травматизму.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Теоретичні методи

Теоретичні методи дозволили нам: визначити актуальність досліджуваного питання; вивчити особливості фізичного розвитку та рухових порушень у дітей із вадами зору; узагальнити наукові відомості щодо впливу зорової патології на психічний розвиток дитини; з'ясувати роль і конкретизувати специфіку використання засобів адаптивної фізичної культури в системі фізичного виховання дітей із вадами зору.

На підставі аналізу праць [4, 19] виявлено відставання в показниках фізичного розвитку та розвитку рухових якостей у дітей із вадами зору порівняно зі здоровими однолітками, наявність вторинних відхилень, таких як деформація опорно-рухового апарату, захворювання серцево-судинної та дихальної систем, порушення обміну речовин, що є наслідком дії зниженої рухливості через основний дефект.

Аналіз літератури [7] показав, що адаптивна фізична культура займає важливе місце в системі фізичного виховання дітей із вадами зору. Автори підкреслюють, що під час проведення занять необхідно дотримуватися індивідуального та диференційованого підходу, встановлення спеціальних режимів рухової активності з урахуванням конкретної аномалії зорового аналізатора, а також спеціальних умов навчання руховим діям.

Узагальнення результатів досліджень [1, 49] засвідчили, що в корекції порушень фізичного розвитку, рухових якостей, фізичних і психічних відхилень, які відмічаються у дітей із вадами зору, велику роль відіграють фізичні вправи, плавання, рухливі ігри, оскільки фізичні навантаження виступають як засіб підвищення загальної неспецифічної резистентності організму, формування та вдосконалення адаптаційно-компенсаторних можливостей, покращення психоемоційної сфери, прискорення адаптації в колективі, що дозволяє

повноцінно та ефективно брати участь у всіх життєвоважливих процесах, які відбуваються в суспільстві.

Аналіз літературних джерел із теорії та методики адаптивної фізичної культури дозволив з'ясувати, що існуюча система фізичного виховання дітей із вадами зору не повною мірою забезпечує ефективність фізичного вдосконалення, змістовна її частина потребує доопрацювання. Науковцями підтверджується думка про необхідність розробки програм і методик із використанням засобів АФК, які б вирішували питання фізичної та психологічної корекції відхилень у молодших школярів із вадами зору.

2.2. Методи визначення фізичного розвитку та фізичної працездатності

Дослідження фізичного розвитку в процесі занять адаптивною фізичною культурою відіграє важливе значення для спостереження за динамікою впливу її засобів на морфофункціональні зміни в організмі. В якості основних ознак фізичного розвитку використовують довжину, масу тіла, окружність грудної клітки. Суттєве значення при визначенні фізичного розвитку має життєва ємкість легень і динамометрія [27].

Повздовжні розміри тіла людини визначають як проекційну відстань між антропометричними точками, які орієнтовані у вертикальній площині. Довжина тіла – висота над підлогою верхівкової точки досліджуваного. Вимірювання зросту відбувалося в положенні стоячи за допомогою ростоміра. Досліджуваний ставав спиною до вертикальної стійки приладу, випрямившись і торкаючись до стійки потилицею, міжлопатковою областю, сідницями та п'ятами. Ковзаюча горизонтальна планка прикладалася до голови без надавлювання. Вимірювання зросту проводилося зранку в першу частину дня, оскільки ввечері зріст зменшується на 1-2 см. Причиною цього є втома, зниження м'язового тону, сплюснення зводу стопи. У хлопчиків 6-10 років показник зросту коливається в межах 116-132 см, у дівчаток – 115-133 см.

Обхватні розміри тіла вимірювалися сантиметровою стрічкою. Для визначення розмірів окружності грудної клітки стрічку накладали горизонтально, позаду під кутами лопаток при відведених в сторони руках, спереду – над навколососковими кільцями та фіксували результат (см). Даний показник у хлопчиків 6-10 років у нормі складає 58-65 см, у дівчаток – 57-64 см.

Маса тіла відображає ступінь розвитку кісткової та м'язової системи (внутрішніх органів, підшкірної жирової клітковини), залежить від генетичних задатків, що визначають конституційні особливості людини, так і від факторів зовнішнього середовища (харчування, руховий режим). Визначалася за допомогою медичних вагів (кг). У нормі вага тіла у хлопчиків 6-10 років складає 20-30 кг, у дівчаток – 21-31 кг [38].

Динамометрія проводилася за допомогою спеціальних пристроїв із шкалою, за якою визначається сила м'язів. Досліджуваний максимально здавлював динамометр однією рукою, потім іншою. Рука повинна бути відведена в сторону та піднята до рівня плечей. Вимірювання проводили 2-3 рази та фіксували найбільший показник. У нормі показник сили правої руки у хлопчиків 6-10 років складає 7,7-14,7 кг, у дівчаток – 6,9-11,8 кг.

Життєва ємкість легень визначалася за допомогою спірометра. ЖЄЛ характеризує функціональні можливості дихальної системи. Досліджуваний, стоячи, робив повний вдих, затискав ніс і, обхопивши губами мундштук приладу, виконував рівномірний максимально глибокий видих, намагаючись триматись при цьому прямо, не сутулячись. Вимірювання проводилися 2-3 рази та фіксували найкращий результат. У нормі показник ЖЄЛ у хлопчиків 6-10 років повинен бути близько 1400-1900 мл, у дівчаток – 1200-1700 мл [38].

Показники довжини, маси тіла, округлості грудної клітки, динамометрії, життєвої ємкості легень у молодших школярів із вадами зору порівняно на початку та після експерименту, чим визначено динаміку змін у фізичному розвитку учасників дослідження.

Фізична працездатність молодших школярів із вадами зору визначалася за допомогою тесту PWC₁₇₀ у модифікації Л. І. Абросімової (1978) з виконанням

одного навантаження, що обумовлює приріст ЧСС до 150-160 уд/хв. Проба проводилася у вигляді степ-ергометрії протягом 3 хв, величина сходинки для дітей даної вікової категорії складає 35 см, темп – 30 разів на хвилину. Кожне сходження та спуск складався з чотирьох рухових компонентів: 1 – підйом однією ногою на сходинку, 2 – досліджуваний стає двома ногами на сходинку, 3 – опускає ногу, з якої почав сходження, 4 – опускає другу ногу на підлогу. Розрахунок потужності навантаження під час визначення показника PWC у степ-ергометричному тесті проводився за формулою:

$$W = P \cdot h \cdot n \cdot 1,3 \quad (2.1);$$

де: W – потужність навантаження (кгм/хв);

P – маса тіла досліджуваного (кг);

h – висота сходинки (м);

n – число сходжень за хвилину;

1,3 – коефіцієнт поступальної роботи.

Розрахунок PWC₁₇₀ здійснювався за наступною формулою:

$$PWC_{170} = W \cdot \frac{170 - ЧСС_0}{ЧСС_1 - ЧСС_0} \quad (2.2);$$

де: W – потужність навантаження (кгм/хв), обчислена за формулою 2.1;

ЧСС₀ – частота серцевих скорочень у спокої (уд/хв);

ЧСС₁ – частота серцевих скорочень під час роботи (уд/хв) (М. М. Філіпов [62]).

Показники фізичної працездатності (PWC₁₇₀) у молодших школярів із вадами зору порівняно на початку та після експерименту з метою визначення динаміки змін в учасників дослідження.

2.3. Педагогічні та психодіагностичні методи

Спостереження, як метод педагогічного дослідження, забезпечило накопичення даних щодо побудови корекційного процесу з використанням засобів адаптивної фізичної культури для молодших школярів із вадами зору. Спостереження здійснювалися на всіх етапах дослідження.

На початковому етапі дослідження спостереження проводилося з метою поточення стану питань, що вивчалися, на практиці. Об'єктом для спостереження під час занять із молодшими школярами з вадами зору були: засоби адаптивної фізичної культури у вирішенні корекційних завдань; діяльність вчителя-реабілітолога щодо застосування методів, методичних прийомів, організаційних форм, спрямованих на корекцію психофізичного стану даного контингенту.

На другому етапі дослідження спостереження здійснювалося за фізичним станом і руховою активністю молодших школярів із вадами зору, їх поведінкою та відносинами в колективі, з метою визначення рівня фізичного розвитку, фізичної працездатності та типових психічних порушень. Отримана інформація дозволила конкретизувати завдання та зміст методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури.

На третьому та четвертому етапах дослідження спостереження здійснювалося за особливостями практичного використання розробленої методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури; динамікою змін у фізичному та психічному стані. Виявлено, що учасники основної групи після корекційних занять стали більш рішучіші, впевненіші, комунікабельніші, в них підвищилося самосприйняття себе як повноцінної особистості, розширилося коло інтересів і спілкування.

У відповідності до завдань дослідження, розробка методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури зумовлювала необхідність проведення психодіагностичних досліджень, що передбачало використання бесід і діагностичних методик.

Бесіда застосовувалася як допоміжний метод із метою отримання необхідних пояснень і уточнень фактів, що були отримані під час використання інших методів, зокрема спостереження. Вона дала можливість проникнути у внутрішній

світ співбесідника, виявити його думки, наміри, погляди, почуття, з'ясувати причини тієї чи іншої поведінки.

Під час бесід із батьками, психологами та дітьми в ході дослідження виявлено, що найбільш розповсюдженими формами порушень поведінки молодших школярів із вадами зору були роздратованість, спалахи гніву, підвищена збудливість, пригніченість, байдужість, погана концентрація уваги, відволікання.

З метою визначення особливостей психічного стану молодших школярів із вадами зору застосовувались наступні діагностичні методики, розроблені саме для цієї вікової категорії: дослідження самооцінки за методикою «Драбинка», розробленої Т. В. Дембо та С. Я. Рубінштейном й адаптованої В. Г. Щур [44]. Тест проводився індивідуальним методом у формі вільної бесіди, що дало можливість виявити причину, яка впливала на формування певної самооцінки.

Інструкція. Досліджуваному було представлено бланк (табл. 2.1) із шкалами-драбинками, що означали «здоров'я», «розумовий розвиток», «характер» і «щастя». Кожна шкала розбиралася окремо, зачитувалися твердження. На кожній із них необхідно було відмітити сходинку, до якої, на думку дитини, вона відноситься.

Таблиця 2.1

Бланк для визначення самооцінки за методикою «Драбинка»

1. Самий здоровий 2. Здоровий 3. Середнього здоров'я 4. Більш-менш здоровий 5. Хворий 6. Дуже хворий 7. Самий хворий	1. Самий розумний 2. Розумний 3. Середнього розуму 4. Більш-менш розумний 5. Нерозумний 6. Дуже нерозумний 7. Самий нерозумний
1. З чудовим характером 2. З хорошим характером 3. З непоганим характером 4. З більш-менш хорошим характером 5. З поганим характером 6. З дуже поганим характером 7. З тяжким характером	1. Надмірно щасливий 2. Дуже щасливий 3. Щасливий 4. Більш-менш щасливий 5. Нещасливий 6. Дуже нещасливий 7. Самий нещасний

Після визначення відповідних сходинок проводилося обговорення за кожною зі шкал-драбинок, починаючи з останньої – «щастя». Необхідно було визначити, яким чином досліджуваний себе так оцінює, що йому не вистачає, щоб зайняти саму вищу сходинку, хто або що цьому перешкоджає, що можна змінити, хто саме відноситься до самої високої та самої низької сходинок і чому. На бланку фіксувалися визначені позиції за кожною шкалою та визначався середній (загальний) результат самооцінки досліджуваного.

Обробка та інтерпретація результатів. Аналіз отриманих даних базується на наступному: - сходинка 1 – завищена самооцінка: частіше всього вона характерна для першокласників і є віковою нормою;

- сходинки 2-3 – адекватна самооцінка: в дитини формується позитивне ставлення до себе, вона вміє оцінювати себе та свою діяльність;

- сходинка 4 – занижена самооцінка;

- сходинки 5-6 – низька самооцінка, що пов'язано з певною психологічною проблемою;

- сходинка 7 – різко занижена самооцінка: характерна дезадаптація, стан особистісного та емоційного неблагополуччя, що виникає унаслідок постійного впливу комплексу несприятливих факторів.

- діагностика рівня тривожності за методикою CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), адаптованою А. М. Прихожан (А. О. Прохоров [44]). Опитувальник складається з 53 запитань, на кожне з яких є два варіанти відповідей: «вірно» та «невірно». Тест проводився індивідуальним методом.

Інструкція. Уважно прослуховуючи кожне запитання (Додаток А), слід визначити слово «вірно», якщо вказаний варіант описує стан досліджуваного або «невірно», якщо – ні. У випадку, коли дитина не може визначитися з відповіддю, потрібно вибрати, що відбувається частіше.

Обробка та інтерпретація результатів. CMAS-діагностика всіх симптомів тривожності передбачає лише позитивну відповідь («вірно»), що створює під час обробки складності, пов'язані з можливим зміщенням показників тривожності та схильності до стереотипії, що зустрічається в молодших школярів. Для перевірки

слід використовувати контрольну шкалу «соціальної бажаності», що передбачає два варіанти відповіді. Підраховується результат за даною шкалою:

- відповідь «вірно»: 5, 17, 21, 30, 34, 36;
- відповідь «невірно»: 10, 41, 47, 49, 52.

Критичне значення за даною субшкалою складає 9. Цей і більш високий результат свідчить про те, що відповіді досліджуваного можуть бути недостовірними, викривлятися унаслідок впливу фактора соціальної бажаності.

Потім підраховується результат за субшкалою тривожності:

- відповідь «вірно»: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 53. Первинна сума балів представляє собою первинну або «сиру» оцінку, яку слід перевести в шкальну. В якості останньої використовується стандартна десятка («стіни»). Для цього дані досліджуваного співставляються з нормативними показниками групи дітей відповідного віку та статі (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Статеві показники групи дітей у нормі (у балах)

Стіни	6-7 років		8-9 років		10-11 років	
	дівчатка	хлопчики	дівчатка	хлопчики	дівчатка	хлопчики
1	0-2	0-3	0	0-1	0-3	0-2
2	3-4	4-6	1-3	2-4	4-7	3-6
3	5-7	7-9	4-7	5-7	8-10	7-9
4	8-10	10-12	8-11	8-11	11-14	10-13
5	11-14	13-15	12-15	12-14	15-18	14-16
6	15-18	16-18	16-19	15-17	19-21	17-20
7	19-21	19-21	20-22	18-20	22-25	21-23
8	22-25	22-24	23-26	21-23	26-28	24-27
9	26-29	24-26	27-30	24-26	29-32	28-30
10	29 і більше	27 і більше	31 і більше	27 і більше	33 і більше	31 і більше

На базі отриманої шкальної оцінки визначався рівень тривожності обстежених: «стіни» 1-2 – відсутня тривожність: даний надмірний «спокій» може мати або не мати захисний характер; «стіни» 3-6 – нормальний рівень тривожності: необхідний для адаптації та продуктивної діяльності; «стіни» 7-8 –

дещо підвищений рівень тривожності: часто пов'язаний із обмеженим колом ситуацій, певною сферою життя; «стіна» 9 – явно підвищений рівень тривожності: зазвичай має «розлитий», генералізований характер; «стіна» 10 – дуже високий рівень тривожності (група ризику).

2.4. Методи математичної статистики

Для встановлення наявності або відсутності статистично вірогідних відмінностей експериментальних даних психологічних показників, а саме рівня тривожності та самооцінки, виміряних за порядковою шкалою, був обраний χ^2 -критерій, що обчислювався за формулою:

$$\chi^2 = \sum_{k=1}^m \frac{(f'o - f'k)^2}{f'k} \quad (2.3),$$

де $f'o$ – відносна частота інтервалу одного ряду,

$f'k$ – відносна частота інтервалу іншого ряду,

m – загальна кількість груп, на які поділилися результати спостережень.

Кількість ступенів свободи при χ^2 -критерії дорівнює $n - 1$, де n – кількість інтервалів. Алгоритм обчислення достовірності однорідності або відмінності експериментальних даних, виміряних у порядковій шкалі, полягав у наступному:

- 1) обчислення для порівнюваних вибірок емпіричного значення χ^2 -критерію ($\chi^2_{\text{емп.}}$) за формулою (2.3);
- 2) порівняння цього значення з критичним значенням χ^2 -критерію ($\chi^2_{\text{крит.}}$) для ступенів свободи ($n - 1$) при виборі ймовірності допустимої помилки 0,05;
- 3) якщо $\chi^2_{\text{емп.}} \leq \chi^2_{\text{крит.0,05}}$ – характеристики порівнюваних вибірок однакові; $\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{крит.0,05}}$ – вірогідність відмінностей характеристик порівнюваних вибірок становить 0,95.

Визначення наявності або відсутності статистично вірогідних відмінностей експериментальних даних фізичних показників (фізичного розвитку та фізичної працездатності) здійснювалося за t – критерієм Стьюдента. Під час обробки

емпіричних даних використовувалися наступні показники: величина середнього арифметичного значення (M), середньоквадратичне відхилення (δ), стандартна похибка середнього арифметичного значення (m).

Для цього необхідно виконати ряд послідовних математичних операцій:

1. Обчислити середні арифметичні величини для кожної групи. Дана величина як статистичний показник являє собою середню оцінку якості, що вивчається, та вираховується за наступною формулою:

$$M = \frac{n_1 + n_2 + \dots + n_n}{n} \quad (2.4);$$

де: n_1 – значення окремого вимірюваного показника;

n – загальна кількість досліджуваних у групі

2. Обчислити середньоквадратичне відхилення в обох групах досліджуваних за формулою:

$$\delta = \sqrt{\frac{n \cdot \Sigma_{x^2} - (\Sigma_x)^2}{n \cdot (n-1)}} \quad (2.5);$$

де: Σ_{x^2} - сума квадратів виміряних показників;

$(\Sigma_x)^2$ - квадрат суми виміряних показників

3. Обчислити стандартну похибку середнього арифметичного значення за формулою:

$$m = \frac{\delta}{\sqrt{n}}, \text{ якщо } n \geq 30 \text{ та } m = \frac{\delta}{\sqrt{n-1}}, \text{ якщо } n < 30 \quad (2.6);$$

4. Обчислити середню похибку відмінності за формулою:

$$t = \frac{M_o - M_k}{\sqrt{m_o^2 + m_k^2}} \quad (2.7)$$

5. Визначити достовірність відмінності за спеціальною таблицею. Для цього отримане значення (t) порівнюється з граничним при 5% рівні значущості ($t_{0,05}$) та числі ступенів свободи $f=n_0+n_k-2$, де n_0 та n_k – загальна кількість індивідуальних результатів в основній і контрольній групах відповідно. Якщо виявиться, що отримане під час обчислення (t) більше граничного значення ($t_{0,05}$), то відмінність між середніми арифметичними двох груп вважається достовірною і навпаки, якщо

Дослідження відбувалося в чотири етапи: перший етап – теоретичний: аналіз науково-методичної літератури (медичної, психолого-педагогічної); три наступні етапи – емпіричні (проведення експерименту).

На першому етапі вивчалися літературні джерела та документальні матеріали за темою дипломної роботи. Аналіз, синтез, систематизація, узагальнення даних науково-методичної літератури здійснювалися з метою вивчення особливостей психофізичного розвитку та рухових порушень, що виникають у дітей із вадами зору, значення та методичних особливостей використання засобів адаптивної фізичної культури у процесі занять із даним контингентом.

На другому етапі проведено констатувальний експеримент. З'ясовано психосоматичний стан молодших школярів із вадами зору: визначено самооцінку та рівень тривожності, показники фізичного розвитку та фізичної працездатності, враховано результати бесід із учасниками дослідження, їх батьками та психологами. Розроблено методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів АФК.

На третьому етапі проведено формувальний експеримент, що полягав у впровадженні розробленої методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури. У ході експерименту проводився контроль за реакцією організму на навантаження під час занять, що здійснювався перед початком рухового завдання та після нього шляхом вимірювання частоти серцевих скорочень і візуальних спостережень.

На четвертому етапі виконана систематизація, узагальнення емпіричних даних, їхня статистична обробка, встановлено ефективність використання методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури, сформульовано висновки.

РОЗДІЛ 3

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИКИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

3.1. Оцінка психофізичного стану молодших школярів із вадами зору на етапі констатувального експерименту

Аналіз та узагальнення сучасної психолого-педагогічної літератури з теми розвідки свідчить про недостатнє висвітлення напрямів корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми, що мають порушення зору, в умовах загального середньої закладу [8]. Власне тому видається актуальним завдання оцінити психофізичний стан молодших школярів із вадами зору, що було зроблено на початку експерименту. Для цього визначено показники фізичного розвитку та фізичної працездатності, рівень тривожності та самооцінки. На основі аналізу отриманих результатів у подальшому розроблено експериментальну методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури.

Дані фізичного розвитку та фізичної працездатності учасників основної та контрольної груп, що були визначені на етапі констатувального експерименту, наведено у табл. 3.1. Аналіз вимірних показників показав, що отримані дані є значно нижчими, ніж у здорових однолітків (порівнюючи з результатами норми для даної вікової категорії [38]).

З табл. 3.1 видно, що показники фізичного розвитку та фізичної працездатності в учасників основної та контрольної груп не мають істотної різниці, що засвідчує однорідність складу обох груп. На етапі констатувального експерименту в основній групі у хлопчиків отримано такі результати: довжина тіла – $122,3 \pm 2,3$ см; маса тіла – $23,4 \pm 2,1$ кг; ОГК – $56,8 \pm 3,3$ см; динамометрія правої руки – $4,9 \pm 3,1$ кг, лівої – $4,2 \pm 3,2$ кг; ЖЄЛ – 1532 ± 80 мл; фізична працездатність при пульсі 170 уд/хв – $308,8 \pm 10,6$ кгм/хв.

Таблиця 3.1

Показники фізичного розвитку та фізичної працездатності молодших школярів із вадами зору

Показники	Основна група		Контрольна група	
	Хлопчики	Дівчатка	Хлопчики	Дівчатка
Довжина тіла, см	122,3±2,3	121,4±2,2	122,6±2,4	121,3±2,6
Маса тіла, кг	23,4±2,1	24,1±2,2	23,6±2,1	24,2±2,6
Обхват грудної клітки (ОГК), см	56,8±3,3	55,7±2,3	56,9±2,6	55,6±2,6
Кистьова динамометрія, кг:				
права рука	4,9±3,1	3,6±3,2	4,8±3,2	3,6±3,4
ліва рука	4,2±3,2	3,1±2,6	4,2±3,1	3,1±2,2
Життєва ємкість легень (ЖЄЛ), мл	1532±80	1328±70	1534±80	1328±70
PWC ₁₇₀ , кгм/хв	308,8±10,6	280,1±10,3	309,8±10,8	281,1±10,5

У дівчаток основної групи показники були наступними: довжина тіла – 121,4±2,2 см; маса тіла – 24,1±2,2 кг; ОГК – 55,7±2,3 см; динамометрія правої руки – 3,6±3,2 кг, лівої – 3,1±2,6 кг; ЖЄЛ – 1328±70 мл; фізична працездатність при пульсі 170 уд/хв – 280,1±10,3 кгм/хв.

У контрольній групі у хлопчиків результати становили: довжина тіла – 122,6±2,4 см; маса тіла – 23,6±2,1 кг; ОГК – 56,9±2,6 см; динамометрія правої руки – 4,8±3,2 кг, лівої – 4,2±3,1 кг; ЖЄЛ – 1534±80 мл; фізична працездатність при пульсі 170 уд/хв – 309,8±10,8 кгм/хв. У дівчаток контрольної групи отримано такі показники: довжина тіла – 121,3±2,6 см; маса тіла – 24,2±2,6 кг; ОГК – 55,6±2,6 см; динамометрія правої руки – 3,6±3,4 кг, лівої – 3,1±2,2 кг; ЖЄЛ – 1328±70 мл; фізична працездатність при пульсі 170 уд/хв – 281,1±10,5 кгм/хв.

Результати дослідження самооцінки молодших школярів із вадами зору, що визначався за методикою «Драбинка», розробленої Т. В. Дембо та С. Я. Рубінштейн й адаптованої В. Г. Щур, наведено в табл. 3.2.

Результати дослідження самооцінки молодших школярів із вадами зору

Група	f'_o та f'_k , %					Відмінність сукупності однакові
	завищений	адекватний	занижений	низький	різко занижений	
основна	12,6	1,2	42,8	33,1	10,3	
контрольна	12,4	1,3	43,6	32,1	10,6	

З достовірною ймовірністю 0,95 ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 3,44$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$; степенів свободи $n-1=4$) було визначено, що адекватний рівень самооцінки характерний лише для 1,2% молодших школярів із вадами зору основної групи та 1,3% – контрольної групи; завищений рівень самооцінки виявлено – в 12,6% обстежених основної групи та 12,4% – контрольної групи; занижений – в 42,8% і 43,6% відповідно; низький – в 33,1% обстежених основної групи та 32,1% – контрольної групи; різко занижений рівень самооцінки – в 10,3% і 10,6% відповідно. Отримані експериментальні дані підтверджують думку про те, що для дітей із вадами зору характерна неадекватна самооцінка. В умовах звуженої сенсорної сфери труднощі пізнання себе та інших, прямо або опосередковано пов'язані з порушенням зору, негативно впливають і на процес становлення самооцінки. В свою чергу, формування неадекватної самооцінки, негативно відображаючись як на поведінці та власній діяльності, так і на взаємостосунках із оточуючими, значно ускладнює процес соціальної інтеграції дитини.

Результати дослідження рівня тривожності молодших школярів із вадами зору основної та контрольної груп, який визначався за методикою CMAS адаптованою А. М. Прихожан, на етапі констатувального експерименту наведено в табл. 3.3.

Результати дослідження рівня тривожності молодших школярів із вадами зору

Група	Рівень тривожності, відносні частоти f'_o та f'_k , %					Відмінність сукупності однакові
	тривожність відсутня	нормальний	дещо підвищений	явно підвищений	дуже високий	
основна	10,4	1,3	16,8	48,6	22,9	
контрольна	10,8	1,4	16,6	48,5	22,7	

З достовірною ймовірністю 0,95 ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 3,44$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$; степенів свободи $n-1=4$) було з'ясовано, що нормальний рівень тривожності відмічається лише в 1,3% молодших школярів із вадами зору основної групи та 1,4% – контрольної групи; дещо підвищений – у 16,8% і 16,6% відповідно; явно підвищений – у 48,6% і 48,5%; дуже високий – у 22,9% і 22,7%; відсутня тривожність – у 10,4% учасників основної та 10,8% контрольної груп. Отримані результати підтверджують відомості про те, що стан тривожності тісно пов'язаний із усвідомленням і ставленням дітей до зорового дефекту (частіше негативним), соціальними взаємостосунками, досвідом самореалізації.

Дані констатувального експерименту вказують на необхідність розробки експериментальної методики з використанням засобів адаптивної фізичної культури, впровадження якої в навчально-виховний процес дозволить вирішити питання корекції як фізичного, так і психічного стану молодших школярів із вадами зору.

3.2. Зміст методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору засобами адаптивного фізичного виховання

Результати теоретичного аналізу спеціальної науково-методичної літератури, присвяченої дослідженню проблеми адаптивної фізичної культури в системі

фізичного виховання молодших школярів із вадами зору, підтверджують відсутність спеціальних методик, які б, вирішуючи загальні завдання фізичного виховання, забезпечували корекцію фізичних і психічних недоліків. Це актуалізує здійснення розробки експериментальної методики, що побудована на використанні засобів адаптивної фізичної культури та забезпечує корекційний вплив на психофізичний стан даного контингенту хворих.

Метою даної методики було визначено корекцію психофізичних порушень у молодших школярів із вадами зору. Завдання експериментальної методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору полягали в наступному:

- корекція фізичного розвитку;
- нормалізація діяльності функціональних систем організму;
- розвиток фізичних якостей і навичок просторової орієнтації;
- корекція скутості та обмеженості рухів;
- досягнення молодшими школярами з вадами зору оптимального рівня працездатності;
- покращення психоемоційного стану;
- збереження та розвиток залишкового зору.

Під час впровадження методики рекомендовано дотримання наступних положень: відповідність заняття загальному стану здоров'я в тому числі характеру основного дефекту; відповідність рухового режиму заняття віковим особливостям шкільного віку, рівня фізичної підготовленості, попереднього сенсорного досвіду тощо; поєднання загального та спеціального впливу на організм; чергування фізичних навантажень на різні групи м'язів; дотримання поступового зниження навантаження та його підвищення; використання активного та пасивного відпочинку (виконання дихальних вправ, на релаксацію, на усунення напруги очей, нав'язливих рухів тощо); створення позитивних емоцій під час занять; дотримання принципу компенсаторної спрямованості учнів на основі активного сенсорного сприйняття при включенні у пізнавальну та ігрову діяльність, які спрямовані на збереження залишкового зору та інших аналізаторів;

відтворення поведінкових стереотипів орієнтування у просторі та збереження правильної постави у повсякденному житті; дотримання принципів корекційної спрямованості і диференційованого підходу до навантаження з урахуванням індивідуальних резервних можливостей, характеру зорової та сочетаних порушень у школярів.

Розробка експериментальної методики базувалася на дотриманні принципів:

- свідомості та активності (передбачає виховання свідомого ставлення до занять адаптивною фізичною культурою, розуміння загальної мети цих занять і конкретних завдань на шляху до досягнення цієї мети, розвиток стійкого інтересу до систематичного і цілеспрямованого фізичного вдосконалення);

- індивідуалізації (передбачає урахування загального стану, вихідного рівня фізичного розвитку, віку, статі та особистості учня);

- корекційної спрямованості (передбачає компенсаційний шлях розвитку дітей із вадами зору);

- диференційного навчання (передбачає підбір методів і засобів із урахуванням характеру та ступеню порушення зорового сприйняття, вторинних відхилень, що виникають у розвитку певних функцій, зокрема у формуванні рухової сфери);

- систематичності та поступовості (полягає в безперервності та послідовності занять, завдяки чому забезпечується необхідний зв'язок між різними сторонами навчального процесу і його змістом).

Провідна роль належала наочному та словесному методам, також використовувалися методи навчання по частинах і загалом, ігровий, змагальний, інтервальний. Навчання руховим діям будувалося за схемою: ознайомлення, розучування, вдосконалення. Експериментальна методика включала наступні засоби:

- загальнорозвиваючі вправи;

- дихальні вправи та вправи на розслаблення;

- коригуючі вправи (вправи на формування навичок правильної постави та профілактику плоскостопості, зміцнення та вдосконалення функціональних систем організму, для зорового тренінгу т. ін.);

- вправи для розвитку фізичних якостей і навичок просторової орієнтації;

- спеціальні ігрові вправи, що спрямовані на зниження емоційної напруги та тривожності, підвищення впевненості в собі, регуляцію поведінки в колективі.

Включення останніх у заняття дає можливість дітям проявити себе, розкрити внутрішній особистісний потенціал, що дозволяє зрозуміти себе та інших, відкрити власне «Я» у кращому прояві, оскільки порівнюючи себе з іншими, вони розуміють, що у кожного, незалежно від наявності фізичної вади, є власні цінні якості особистості, які слід розвивати. Дитина опиняється в атмосфері прийняття її колективом, що дозволяє відчувати зацікавленість іншими даною особистістю, знижує тривожність і викликає бажання спілкуватися та брати активну участь у різних сферах шкільного та повсякденного життя. Такими спеціальними ігровими вправами були: «Хто я», «Вираження емоцій», «Ланцюжок», «Упізнай по голосу», «Хто зник», «Відшукай радість», «Подаруй рух», «Віддай м'яч», «Передай посмішку», «Хоровод», «На що схожий настрій», «Тінь», «Назви та покажи», «Хвіст дракона», «Компліменти», «Голка та нитка», «Передай по колу», «Знайди друга», «Секрет», «Надай увагу іншому», «Клейкий дощик», «Сліпий і провідник», «Чарівний перстень».

Заняття за розробленою експериментальною методикою проводилися 4 рази на тиждень по 45 хв. Кожне з них складалося з трьох частин.

Підготовча частина починалася з шикування, оголошення завдань певного заняття, виконання комплексу загальнорозвиваючих вправ, що включали в себе рухи основних ланок опорно-рухового апарату. Мета даної частини заняття полягала у функціональній підготовці організму молодших школярів із вадами зору до вправ основної частини. Її тривалість складала 7-10 хв.

В основній частині вирішувалися педагогічні завдання конкретного заняття (навчання основним руховим діям, розвиток фізичних якостей т. ін.), а також виконувалися ігрові вправи для корекції психічного стану молодших школярів із

вадами зору та вправи для зорового тренінгу. Тривалість основної частини складала 25-30 хв.

Завдання заключної частини заняття полягали в поверненні організму у відносно спокійний стан, сприянні розгортанню відновних процесів. Важливою складовою даної частини було підведення підсумків заняття та акцентування уваги на успіхах кожної дитини. Тривалість – 3-5 хв.

Наводимо приклад плану-конспекту корекційного заняття для молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури (Додаток Б).

План-конспект корекційного заняття для молодших школярів із вадами зору

Завдання заняття:

1) педагогічні:

- вивчити комплекс вправ зі скакалкою;
- закріпити навички виконання стройових вправ;
- виховувати інтерес до фізкультурних занять;

2) корекційні:

- навчити тримати правильну поставу під час виконання вправ;
- профілактика плоскостопості;
- зміцнення функціональних систем організму;

2) психологічні:

- навчити вербально виражати свої відчуття та ставлення до інших;
- розвивати спостережливість, пам'ять, внутрішню свободу та розкутість;
- формувати відчуття близькості з іншими людьми з використанням ігрового методу.

Інвентар: свисток, м'яч, скакалка.

Місце проведення: спортивний зал.

У заняття, крім корекційних і спеціальних ігрових вправ, було включено елементи з розділів «Гімнастика» (стройові та порядкові вправи, лазіння та перелізання, вправи в рівновазі, виси звичайні, вправи у зміні активного напруження та розслаблення т. ін.), «Спортивні вправи» (вправи з основами бігу,

ходьба, стрибкові вправи, метання), «Ігри різної спрямованості». На вивчення кожного виду вправ відводилося 3-6 занять, враховуючи їх складність та особливості контингенту.

Підбір фізичних навантажень і їх дозування здійснювались із урахуванням об'єктивного рівня працездатності та наявності соматичних аномалій розвитку молодших школярів із вадами зору. Оптимальна кількість виконання вправ – 4-8 раз. Вправи виконувались з різних вихідних положень, із використанням інвентарю та обладнання (переважно червоного, жовтого, зеленого кольорів) або без нього. Темп повільний, середній, швидкий. У процесі заняття пропонувались рухливі ігри: «Швидко по місцях», «Кіт і миші», «День і ніч», «Пусте місце», «Влучно в ціль», «Вовк у ямі» т. ін., а також різноманітні естафети з елементами бігу, стрибків, перелізання, ходьби, метанням т. ін. рухами. З метою закріплення вивченого та підвищення результату дітям пропонувалося домашнє завдання на виконання визначених вправ із членами сім'ї.

Так, для розвитку координації, швидкості і спритності у підготовчій частині уроку використовувались вправи в ходьбі, бігу з використанням звукового сигналу, при якому змінювався вид вправи, вносилися ігрові елементи, чергувались види ходьби в поєднанні з іншими вправами, використовувались предмети (гімнастична палиця, скакалка, обруч, м'яч, гантелі). В основній частині уроку застосовувались спортивні ігри: волейбол, баскетбол при зменшеній площі і висоті кільця.

Для розвитку швидкісно-силових якостей використовувались вправивибухового характеру спрямованої дії на групи м'язів, із застосуванням амортизаторів, стрибкові вправи на гумових балонах, гімнастичних лавках. В ЕГ з протипоказаннями вводилися стрибки через скакалку, не торкаючись п'яткової частиною стопи опори, встрибування на гімнастичну лаву, вистрибування з залуприсіду із застосуванням вибухової сили.

Для корекції і розвитку силових здібностей проводились заняття в тренажерному залі і на відкритому спортивному майданчику, підбиралися вправи на всі групи м'язів з індивідуальним підбором обтяжень і дозуванням. Учні, які не

мають протипоказань, застосовували обтяження при нарузі м'язів не більше 80% з невеликою кількістю підходів і збільшенням у міру підготовленості. Застосовувалися вправи з напругою м'язів 50% від максимального, але з великою кількістю повторень, а також силові вправи на високій і низькій перекладині.

Для учнів з протипоказаннями використовувалися вправи на основні групи м'язів з напругою не більше 60% від максимального з індивідуальним кількістю повторень.

Для корекції і розвитку витривалості використовувався рівномірний метод, найбільш доступний для досліджуваного контингенту учнів без протипоказань, школярі з протипоказаннями реалізовували цей метод, чергуючи ходьбу і біг. Учнями без протипоказань застосовувався «Фартлек» через кожні два заняття, з прискореннями по 30 - 50 м, з інтенсивністю 80 - 90% від максимальної швидкості.

Розвиваючи швидкісні здібності у школярів без протипоказань, застосовувався інтервальний метод з пробіганням відрізків 40 - 60 м з близькомаксимальною інтенсивністю, серійним способом з індивідуальним підбором. Для учнів з протипоказаннями застосовувався повторний метод з пробіганням відрізків 30-40 м інтенсивністю 60-75% від максимальної швидкості, серійним способом й індивідуальним призначенням.

Вправи для зорового тренінгу виконувалися під час пауз для відпочинку(на всіх уроках) з метою збереження та розвитку залишкового зору. Серед них виділено: рухи очима в заданому напрямку, замруження очей на кілька секунд, слідкування за рухами предметів, легке натискання на очні яблука т. ін. Для відновлення нормального стереотипу дихання та тренування кардіореспіраторної системи пропонувалися різноманітні дихальні вправи. Під час занять виключалися тривалі статичні напруження з обтяженнями; різкі нахили, струси тіла, стрибки та зіскоки; тривале виконання вправ із нахиленою донизу головою; робота, що вимагає бінокулярного зору та посиленої концентрації уваги [44].

Контроль за реакцією організму здійснювався перед початком рухового завдання та після нього шляхом вимірювання частоти пульсу, а також візуальних

спостережень. Величина та характер навантажень підбиралися таким чином, щоб можна було впливати на розвиток фізичних якостей, підвищення працездатності, корекцію психічної сфери дитини та фізичних відхилень, оздоровлення та зміцнення організму в цілому, а також сприяти формуванню мотивації до продовження занять.

3.3. Експериментальна перевірка ефективності методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури

Формувальний експеримент полягав у впровадженні експериментальної методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури. Його метою була перевірка ефективності даної методики на основі визначення змін у показниках фізичного розвитку та фізичної працездатності, рівня тривожності та самооцінки учасників дослідження.

На кінець формувального експерименту визначено, що дані фізичного розвитку та фізичної працездатності в основній групі змінилися порівняно з показниками, отриманими в контрольній групі (табл. 3.4 і табл. 3.5).

Аналіз показників фізичного розвитку та фізичної працездатності хлопчиків із вадами зору (табл. 3.4) дозволив виявити наявність статистично достовірних змін в основній групі, на що вказують результати математичної обробки ($t > 2$, $p < 0,05$), на відміну від контрольної ($t < 2$, $p > 0,05$). У хлопчиків основної групи визначено наступні дані: довжина тіла змінилася на $6,1 \pm 0,3$ см (із $122,3 \pm 2,3$ до $128,4 \pm 2,6$ см), маса тіла – на $5,2 \pm 0,3$ кг (із $23,4 \pm 2,1$ до $28,6 \pm 2,4$ кг), обхват грудної клітки – на $6,1 \pm 0,2$ см (із $56,8 \pm 3,3$ до $62,9 \pm 3,5$ см), динамометрія правої руки – на $7,0 \pm 0,8$ кг (із $4,9 \pm 3,1$ до $11,9 \pm 3,9$ кг), динамометрія лівої руки – на $6,4 \pm 0,2$ кг (із $4,2 \pm 3,2$ до $10,6 \pm 3,4$ кг), ЖЄЛ – на 252 ± 10 мл (із 1532 ± 80 до 1784 ± 90 мл), PWC_{170} – на $29,1 \pm 2,2$ кгм/хв (із $308,8 \pm 10,6$ до $337,9 \pm 12,8$ кгм/хв).

**Порівняльні показники фізичного розвитку та фізичної працездатності
молодших школярів із вадами зору (хлопчики)**

Показник	Основна група		р	Контрольна група		р
	до експерим.	після експерим.		до експерим.	після експерим.	
Довжина тіла, см	122,3±2,3	128,4±2,6	<0,05	122,6±2,4	124,8±2,9	>0,05
Маса тіла, кг	23,4±2,1	28,6±2,4	<0,05	23,6±2,1	25,7±2,4	>0,05
Обхват грудної клітки (ОГК), см	56,8±3,3	62,9±3,5	<0,05	56,9±2,6	58,2±2,8	>0,05
Кистьова динамометрія, кг:						
права рука	4,9±3,1	11,9±3,9	<0,05	4,8±3,2	5,9±3,8	>0,05
ліва рука	4,2±3,2	10,6±3,4		4,2±3,1	5,2±3,3	
Життєва ємкість легень (ЖЄЛ), мл	1532±80	1784±90	<0,05	1534±80	1548±85	>0,05
PWC ₁₇₀ , кгм/хв	308,8±10,6	337,9±12,8	<0,05	309,8±10,8	312,9±11,9	>0,05

У контрольній групі отримано такі показники: довжина тіла змінилася на $2,2 \pm 0,5$ см (із $122,6 \pm 2,4$ до $124,8 \pm 2,9$ см), маса тіла – на $2,1 \pm 0,3$ кг (із $23,6 \pm 2,1$ до $25,7 \pm 2,4$ кг), обхват грудної клітки – на $1,3 \pm 0,2$ см (із $56,9 \pm 2,6$ до $58,2 \pm 2,8$ см), динамометрія правої руки – на $1,1 \pm 0,6$ кг (із $4,8 \pm 3,2$ до $5,9 \pm 3,8$ кг), динамометрія лівої руки – на $1,0 \pm 0,2$ кг (із $4,2 \pm 3,1$ до $5,2 \pm 3,3$ кг), ЖЄЛ – на 14 ± 5 мл (із 1534 ± 80 до 1548 ± 85 мл), PWC₁₇₀ – на $3,1 \pm 1,1$ кгм/хв (із $309,8 \pm 10,8$ до $312,9 \pm 11,9$ кгм/хв).

Порівняльні результати фізичного розвитку та фізичної працездатності дівчаток із вадами зору основної та контрольної груп на етапі формувального експерименту наведено в табл. 3.5.

**Порівняльні показники фізичного розвитку та фізичної працездатності
молодших школярів із вадами зору (дівчатка)**

Показник	Основна група		р	Контрольна група		р
	до експерим.	після експерим.		до експерим.	після експерим.	
Довжина тіла, см	121,4±2,2	127,6±2,4	<0,05	121,3±2,6	123,4±2,8	>0,05
Маса тіла, кг	24,1±2,2	29,6±2,6	<0,05	24,2±2,6	26,4±2,7	>0,05
Обхват грудної клітки (ОГК), см	55,7±2,3	61,8±2,9	<0,05	55,6±2,6	56,8±2,9	>0,05
Кистьова динамометрія, кг:						
права рука	3,6±3,2	9,6±3,6	<0,05	3,6±3,4	4,8±3,8	>0,05
ліва рука	3,1±2,6	8,8±2,8		3,1±2,2	4,3±2,6	
Життєва ємкість легень (ЖЄЛ), мл	1328±70	1562±80	<0,05	1328±70	1339±75	>0,05
PWC ₁₇₀ , кгм/хв	280,1±10,3	308,6±12,6	<0,05	281,1±10,5	284,1±11,6	>0,05

Аналіз результатів математичної обробки показав статистично достовірну динаміку даних фізичного розвитку та фізичної працездатності дівчаток основної групи ($t > 2$, $p < 0,05$) на відміну від контрольної ($t < 2$, $p > 0,05$). У дівчаток основної групи отримано наступні показники: довжина тіла змінилася на $6,2 \pm 0,2$ см (із $121,4 \pm 2,2$ до $127,6 \pm 2,4$ см), маса тіла – на $5,5 \pm 0,4$ кг (із $24,1 \pm 2,2$ до $29,6 \pm 2,6$ кг), обхват грудної клітки – на $6,1 \pm 0,6$ см (із $55,7 \pm 2,3$ до $61,8 \pm 2,9$ см), динамометрія правої руки – на $6,0 \pm 0,4$ кг (із $3,6 \pm 3,2$ до $9,6 \pm 3,6$ кг), динамометрія лівої руки – на $5,7 \pm 0,2$ кг (із $3,1 \pm 2,6$ до $8,8 \pm 2,8$ кг), ЖЄЛ – на 234 ± 10 мл (із 1328 ± 70 до 1562 ± 80 мл), PWC₁₇₀ – на $28,5 \pm 2,2$ кгм/хв (із $280,1 \pm 10,3$ до $308,6 \pm 12,6$ кгм/хв).

У контрольній групі визначено такі дані: довжина тіла змінилася на $2,1 \pm 0,2$ см (із $121,3 \pm 2,6$ до $123,4 \pm 2,8$ см), маса тіла – на $2,2 \pm 0,1$ кг (із $24,2 \pm 2,6$ до $26,4 \pm 2,7$ кг), обхват грудної клітки – на $1,2 \pm 0,3$ см (із $55,6 \pm 2,6$ до $56,8 \pm 2,9$ см),

динамометрія правої руки – на $1,2 \pm 0,4$ кг (із $3,6 \pm 3,4$ до $4,8 \pm 3,8$ кг), динамометрія лівої руки – на $1,2 \pm 0,4$ кг (із $3,1 \pm 2,2$ до $4,3 \pm 2,6$ кг), ЖЄЛ – на 11 ± 5 мл (із 1328 ± 70 до 1339 ± 75 мл), PWC_{170} – на $3,0 \pm 1,1$ кгм/хв (із $281,1 \pm 10,5$ до $284,1 \pm 11,6$ кгм/хв).

Зміни в показниках фізичного розвитку та фізичної працездатності в основній групі було досягнуто завдяки раціональному вибору методів і засобів адаптивної фізичної культури різної спрямованості, чергуванню навантаження та відпочинку, а також урахуванню індивідуальних особливостей кожного учня.

Аналіз динаміки самооцінки в молодших школярів із вадами зору показав істотні зрушення в основній групі у порівнянні з контрольною (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Динаміка самооцінки молодших школярів із вадами зору

Рівень самооцінки	Основна група		Контрольна група	
	f'_o та f'_k , %			
	до експерименту	після експерименту	до експерименту	після експерименту
завищений	12,6	4,3	12,4	10,6
адекватний	1,2	85,3	1,3	9,6
занижений	42,8	10,4	43,6	40,8
низький	33,1	0	32,1	30,2
різко занижений	10,3	0	10,6	8,8
$\chi^2_{\text{емп.}}$	67,69		3,22	
$\chi^2_{\text{кр.0,05}}$	9,49		9,49	
Відмінність	сукупності різні $\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$		сукупності однакові $\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$	

Застосування χ^2 -критерію для порівняння емпіричних даних дозволило встановити наявність статистично вірогідних відмінностей між самооцінкою молодших школярів із вадами зору основної групи, у порівнянні з контрольною, по завершенню формувального експерименту. В основній групі виявлено

достовірні зміни рівня самооцінки ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 67,69$, $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$): із адекватним рівнем самооцінки кількість молодших школярів із вадами зору збільшилась на 84,1% (із 1,2% до 85,3%), із завищеним – знизилася на 8,3% (із 12,6% до 4,3%), із заниженим – на 32,4% (із 42,8% до 10,4%), низький і різко занижений рівень самооцінки не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження ці показники становили 33,1% і 10,3% відповідно). Динаміка змін у контрольній групі виявилась недостовірною ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 3,22$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$): із адекватним рівнем самооцінки кількість молодших школярів із вадами зору збільшилась на 8,3% (із 1,3% до 9,6%), із завищеним – знизилася на 1,8% (із 12,4% до 10,6%), із заниженим – на 2,8% (із 43,6% до 40,8%), із низьким – на 1,9% (із 32,1% до 30,2%), із різко заниженим – на 1,8% (із 10,6% до 8,8%).

Зміни у самооцінці дітей молодшого шкільного віку відбулися завдяки дотриманню принципу індивідуалізації, враховуючи особливості кожного учня, а також включенню в кожне заняття адаптивною фізичною культурою спеціальних ігрових вправ, що були спрямовані на корекцію самооцінки.

Результати дослідження рівня тривожності в молодших школярів із вадами зору на етапі формувального експерименту представлено в табл. 3.7.

З табл. 3.7 простежується наступне: в основній групі з імовірністю 0,95 ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 68,86$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$) кількість молодших школярів із вадами зору, у яких тривожність відсутня, зменшилася на 7,7% (із 10,4% до 2,7%), з нормальним рівнем тривожності зросла на 85,2% (із 1,3% до 86,5%), із дещо підвищеним знизилася на 10,6% (із 16,8% до 6,2%), із явно підвищеним – на 44,0% (із 48,6% до 4,6%), дуже високий рівень тривожності не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження цей показник відмічався в 22,9%). У контрольній групі суттєвих зрушень у сформованості рівня тривожності молодших школярів із вадами зору не відбулося ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$; $\chi^2_{\text{емп.}} = 3,16$; $\chi^2_{\text{кр.0,05}} = 9,49$).

Динаміка рівня тривожності молодших школярів із вадами зору

Рівень тривожності	Основна група		Контрольна група	
	f'_o та $f'_k, \%$			
	до експерименту	після експерименту	до експерименту	після експерименту
тривожність відсутня	10,4	2,7	10,8	9,1
нормальний	1,3	86,5	1,4	8,7
дещо підвищений	16,8	6,2	16,6	15,2
явно підвищений	48,6	4,6	48,5	46,7
дуже високий	22,9	0	22,7	20,3
$\chi^2_{\text{емп.}}$	68,86		3,16	
$\chi^2_{\text{кр.0,05}}$	9,49		9,49	
Відмінність	сукупності різні $\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$		сукупності однакові $\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$	

Кількість дітей, у яких тривожність відсутня, зменшилася на 1,7% (із 10,8% до 9,1%), з нормальним рівнем тривожності зросла на 7,3% (із 1,4% до 8,7%), із дещо підвищеним знизилася на 1,4% (із 16,6% до 15,2%), із явно підвищеним – на 1,8% (із 48,5% до 46,7%), з дуже високим – на 2,4% (із 22,7% до 20,3%).

Включення в заняття адаптивною фізичною культурою спеціальних ігрових вправ, що спрямовані на зниження емоційної напруги та тривожності, підвищення впевненості в собі, регуляцію поведінки в колективі, дозволило досягти значних змін у рівнях тривожності та самооцінки в молодших школярів із вадами зору основної групи, а саме наблизити їх до норми.

Отже, отримані результати доводять, що застосування розробленої методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури є ефективним, на що вказує

позитивна динаміка показників фізичного розвитку та фізичної працездатності, рівня тривожності та самооцінки учасників дослідження.

Висновки до розділу 3

1. Розроблено експериментальну методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури, розкрито її мету, завдання та зміст. Реалізація змісту експериментальної методики здійснювалося через форми фізичного виховання в режимі навчального дня і у позанавчальний час, масові фізкультурно-спортивні заходи.

Розроблена методика передбачала комплексне застосування специфічних (різні види фізичних вправ) і неспецифічних (офтальмотренінг) засобів фізичного виховання корекційно-оздоровчої спрямованості.

Критеріями ефективності методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури було обрано: динаміку показників фізичного розвитку (довжина та маса тіла, обхват грудної клітки, кистьова динамометрія правої та лівої рук, ЖЄЛ) і фізичної працездатності (PWC_{170}), рівня тривожності (за методикою «Драбинка» та самооцінки (за методикою за методикою «СМАС»)).

2. Після впровадження експериментальної методики математична обробка даних фізичного розвитку та фізичної працездатності показала статистично достовірні зміни в основній групі ($t > 2$, $p < 0,05$), у порівнянні з контрольною ($t < 2$, $p > 0,05$). В основній групі отримано такі результати: довжина тіла у хлопчиків змінилася на $6,1 \pm 0,3$ см (із $122,3 \pm 2,3$ до $128,4 \pm 2,6$ см), у дівчаток – на $6,2 \pm 0,2$ см (із $121,4 \pm 2,2$ до $127,6 \pm 2,4$ см), маса тіла у хлопчиків – на $5,2 \pm 0,3$ кг (із $23,4 \pm 2,1$ до $28,6 \pm 2,4$ кг) і в дівчаток – на $5,5 \pm 0,4$ кг (із $24,1 \pm 2,2$ до $29,6 \pm 2,6$ кг), обхват грудної клітки – на $6,1 \pm 0,2$ см (із $56,8 \pm 3,3$ до $62,9 \pm 3,5$ см) і на $6,1 \pm 0,6$ см (із $55,7 \pm 2,3$ до $61,8 \pm 2,9$ см) відповідно, динамометрія: у хлопчиків правої руки – на $7,0 \pm 0,8$ кг (із $4,9 \pm 3,1$ до $11,9 \pm 3,9$ кг) і лівої руки – на $6,4 \pm 0,2$ кг (із $4,2 \pm 3,2$ до $10,6 \pm 3,4$ кг), у дівчаток – на $6,0 \pm 0,4$ кг (із $3,6 \pm 3,2$ до $9,6 \pm 3,6$ кг) і на $5,7 \pm 0,2$ кг (із $3,1 \pm 2,6$ до

8,8±2,8 кг) відповідно, ЖЄЛ у хлопчиків – на 252±10 мл (із 1532±80 до 1784±90 мл) і дівчаток – на 234±10 мл (із 1328±70 до 1562±80 мл), PWC₁₇₀ – на 29,1±2,2 кгм/хв (із 308,8±10,6 до 337,9±12,8 кгм/хв) і на 28,5±2,2 кгм/хв (із 280,1±10,3 до 308,6±12,6 кгм/хв) відповідно.

Аналіз динаміки рівня тривожності та самооцінки молодших школярів із вадами зору показав статистично достовірні зміни в основній групі ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$): із адекватним рівнем самооцінки кількість дітей збільшилась на 84,1% (із 1,2% до 85,3%), із завищеним – знизилася на 8,3% (із 12,6% до 4,3%), із заниженим – на 32,4% (із 42,8% до 10,4%), низький і різко занижений рівень самооцінки не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження ці показники були зафіксовані в 33,1% і 10,3% відповідно). Кількість молодших школярів із вадами зору, в яких тривожність відсутня, зменшилася на 7,7% (із 10,4% до 2,7%), з нормальним рівнем тривожності зросла на 85,2% (із 1,3% до 86,5%), із дещо підвищеним – знизилася на 10,6% (із 16,8% до 6,2%), із явно підвищеним – на 44,0% (із 48,6% до 4,6%), дуже високий рівень тривожності не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження цей показник відмічався в 22,9%). У контрольній групі дані самооцінки та рівня тривожності не мають статистичної достовірності ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$).

Отримані результати дослідження доводять ефективність експериментальної методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури в закладах середньої освіти.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вітчизняні та зарубіжні дослідження, а також практика навчання та виховання слабозорих дітей довели, що у слабозорих дітей відзначається певне відставання від норми у фізичному і психічному розвитку [3, 11]. Це свідчить про необхідність проведення спеціальної роботи зі слабозорими дітьми з формування у них позитивних стереотипів щодо занять фізичного виховання, дбайливого ставлення до здоров'я, забезпечення здоров'яорієнтовної поведінки у подальшому житті з урахуванням порушення зору [2].

Аналіз літературних джерел дозволяє констатувати наявність достатньої кількості праць, присвячених дослідженню функціонального та психічного стану дітей із вадами зору [16, 24, 28, 31, 34, 36, 39, 41, 48, 57, 61 т. ін.], проблеми фізичного виховання даного контингенту [1, 2, 4, 5, 10, 17, 21, 26, 32, 40, 69 т. ін.].

У той же час, у доступній нам літературі не було виявлено належної уваги фахівців щодо ролі засобів адаптивної фізичної культури для покращення психофізичного стану дітей молодшого шкільного віку із зоровою патологією. Виходячи з цього, було поставлено завдання – розробити методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури.

Для вирішення основного завдання було вивчено особливості фізичного розвитку та рухових порушень у дітей із вадами зору, вплив зорової патології на психічний розвиток, особливості використання засобів адаптивної фізичної культури при вказаному дефекті (на основі літературних джерел), досліджено показники фізичного розвитку та фізичної працездатності, рівень тривожності та самооцінки (антропометричне вимірювання, проба PWC₁₇₀, психологічне тестування), простежено зміни зазначених психологічних і фізичних показників під впливом експериментальної методики (експеримент).

У результаті дослідження отримано три групи даних: ті, що підтверджують результати досліджень; ті, що доповнюють існуючі наукові розробки; абсолютно нові результати дослідження.

У процесі дослідження *підтверджено дані* І. М. Макарової [33], Л. С. Сековець [50], Л. Е. Пасмурової [44], Л. В. Харченко [65] т. ін. про відставання в показниках фізичного розвитку дітей із вадами зору порівняно зі здоровими однолітками. На етапі констатувального експерименту визначено низькі показники довжини та маси тіла, окружності грудної клітки, кистьової динамометрії правої та лівої рук, ЖЄЛ, фізичної працездатності молодших школярів із зоровою патологією.

Підтверджено відомості [56] т. ін. про вплив зорової патології на психічний розвиток дитини. Поряд із руховими порушеннями при вадах зору можливі порушення з боку пізнавальної сфери та різноманітні особистісні розлади, оскільки фізичний дефект, виступаючи в ролі психотравмуючого чинника, впливає на зміни особистісного функціонування хворого. На етапі констатувального експерименту у обстежених виявлено неадекватну самооцінку, як занижену, так і завищену, а також досить високий рівень тривожності.

Підтверджено думки науковців [69] т. ін. про доцільність використання засобів адаптивної фізичної культури в навчально-виховному процесі дітей із вадами зору, оскільки адаптивна фізична культура сприяє всебічному розвитку та корекції різноманітних дефектів, розкриттю фізичних здібностей, задоволенню потреби у спілкуванні та самореалізації особистості.

Доповнено відомості [2, 17, 21, 69] т. ін. про те, що засоби адаптивної фізичної культури дають можливість комплексно впливати на фізичний і психічний стан, рухову та функціональну сфери дітей молодшого шкільного віку із вадами зору. Спеціально підібрані фізичні вправи та ігри впливають на покращення функціональних можливостей систем організму, підвищення фізичної працездатності та нормалізацію показників фізичного розвитку, зниження рівня тривожності та формування адекватної самооцінки (за даними формувального експерименту).

Новими є результати про те, що розроблено методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури з урахуванням наявних зорових дефектів, даних фізичного розвитку та фізичної працездатності, психологічних показників (рівень тривожності, самооцінки) та доведено її ефективність. Метою експериментальної методики було визначено: корекцію психофізичних порушень у молодших школярів із вадами зору. Експериментальна методика передбачала дотримання принципів свідомості та активності, індивідуалізації, корекційної спрямованості, диференційного навчання, систематичності й поступовості та використання таких методів: наочності, словесного, навчання по частинах і загалом, ігрового, змагального, інтервального.

Навчання руховим діям будувалося за схемою: ознайомлення, розучування, вдосконалення. Для вирішення мети та завдань засобами експериментальної методики було обрано: загальнорозвиваючі, дихальні та вправи на розслаблення, коригуючі вправи, вправи для розвитку фізичних якостей і навичок просторової орієнтації, спеціальні ігрові вправи.

У результаті впровадження експериментальної методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури отримано наступні результати: відмічена позитивна ($p < 0,05$) тенденція зростання показників фізичного розвитку; відбулося статистично достовірне ($p < 0,05$) покращення даних фізичної працездатності; зафіксовано, що рівень тривожності у дітей молодшого шкільного віку із вадами зору набув тенденції до зниження ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$); виявлено зростання кількості дітей із адекватною самооцінкою ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$).

Отримані дані проведеного дослідження підтвердили ефективність експериментальної методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури та довели можливість її використання в освітньому процесі з даним контингентом.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичні розвідки з теми дослідження дозволили з'ясувати, що повне або часткове порушення функції зору призводить до недостатності рухової сфери, обмеження освоєння простору, активності в пізнанні оточуючого світу і, як наслідок, до відставання в темпах загального розвитку, ступінь прояву якого залежить від причин, складності та часу виникнення патології. Для дітей із вадами зору характерними є затримка фізичного розвитку та формування рухових якостей, зниження показників функціонального стану кардіореспіраторної системи та фізичної працездатності, різноманітні вторинні відхилення. При вадах зору відбуваються якісні зміни в системі аналізаторів, виникають специфічні особливості в процесі формування образів, понять, мови, у співвідношенні образного та понятійного в мисленнєвій діяльності. Органічні розлади зорового аналізатора, порушуючи соціальні відносини, змінюючи статус дитини, впливають на різні компоненти структури особистості. Висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту в окремих випадках можуть викликати емоційні розлади, порушення процесів збудження та гальмування в корі головного мозку.

2. Виявлено, що провідним принципом формування системи адаптивної фізичної культури є принцип корекційно-розвиваючої спрямованості, який передбачає використання комплексу засобів, методів і форм педагогічного впливу, що сприяють послабленню та ліквідації рухових порушень, всебічному гармонічному розвитку. Вибір відповідного засобу АФК і методики його використання повинен здійснюватися з урахуванням характеру та глибини дефекту, рівня фізичного розвитку та реакції на фізичне навантаження, індивідуальних і вікових можливостей. У процесі занять із дітьми з вадами зору використовуються всі методи навчання руховим діям, однак через особливості сприйняття інформації, є деякі відмінності в прийомах, що змінюються у залежності від фізичних можливостей, запасу знань, умінь і навичок, наявності попереднього рухового та зорового досвіду.

3. В даний час спостерігається тенденція необхідності включення в процес адаптивного фізичного виховання учнів з депривацією зору засобів оздоровчо - корекційної спрямованості з урахуванням стану їх здоров'я, фізичного розвитку, фізичної та функціональної підготовленості та індивідуально-психологічних особливостей особистості. З цією метою розроблено методику корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури. У методику включено різноманітні фізичні вправи на розвиток швидко-силових якостей, силових здібностей, витривалості, координації, спритності, а також вправи зорового тренінгу.

Ефективність методики корекції психофізичного стану молодших школярів із вадами зору з використанням засобів адаптивної фізичної культури доведена експериментально. Математична обробка даних фізичного розвитку та фізичної працездатності на етапі формуального експерименту показала статистично достовірні зміни в основній групі ($t > 2$, $p < 0,05$), у порівнянні з контрольною ($t < 2$, $p > 0,05$). В основній групі отримано такі результати: довжина тіла у хлопчиків змінилася на $6,1 \pm 0,3$ см (із $122,3 \pm 2,3$ до $128,4 \pm 2,6$ см), у дівчаток – на $6,2 \pm 0,2$ см (із $121,4 \pm 2,2$ до $127,6 \pm 2,4$ см), маса тіла у хлопчиків – на $5,2 \pm 0,3$ кг (із $23,4 \pm 2,1$ до $28,6 \pm 2,4$ кг) і в дівчаток – на $5,5 \pm 0,4$ кг (із $24,1 \pm 2,2$ до $29,6 \pm 2,6$ кг), обхват грудної клітки – на $6,1 \pm 0,2$ см (із $56,8 \pm 3,3$ до $62,9 \pm 3,5$ см) і на $6,1 \pm 0,6$ см (із $55,7 \pm 2,3$ до $61,8 \pm 2,9$ см) відповідно, динамометрія: у хлопчиків правої руки – на $7,0 \pm 0,8$ кг (із $4,9 \pm 3,1$ до $11,9 \pm 3,9$ кг) і лівої руки – на $6,4 \pm 0,2$ кг (із $4,2 \pm 3,2$ до $10,6 \pm 3,4$ кг), у дівчаток – на $6,0 \pm 0,4$ кг (із $3,6 \pm 3,2$ до $9,6 \pm 3,6$ кг) і на $5,7 \pm 0,2$ кг (із $3,1 \pm 2,6$ до $8,8 \pm 2,8$ кг) відповідно, ЖЄЛ у хлопчиків – на 252 ± 10 мл (із 1532 ± 80 до 1784 ± 90 мл) і у дівчаток – на 234 ± 10 мл (із 1328 ± 70 до 1562 ± 80 мл), PWC_{170} – на $29,1 \pm 2,2$ кгм/хв (із $308,8 \pm 10,6$ до $337,9 \pm 12,8$ кгм/хв) і на $28,5 \pm 2,2$ кгм/хв (із $280,1 \pm 10,3$ до $308,6 \pm 12,6$ кгм/хв) відповідно. У контрольній групі отримано такі показники: у хлопчиків довжина тіла змінилася на $2,2 \pm 0,5$ см (із $122,6 \pm 2,4$ до $124,8 \pm 2,9$ см), у дівчаток – на $2,1 \pm 0,2$ см (із $121,3 \pm 2,6$ до $123,4 \pm 2,8$ см), у хлопчиків маса тіла – на $2,1 \pm 0,3$ кг (із $23,6 \pm 2,1$ до $25,7 \pm 2,4$ кг), у дівчаток – на $2,2 \pm 0,1$ кг (із $24,2 \pm 2,6$ до $26,4 \pm 2,7$ кг), у хлопчиків обхват грудної клітки – на $1,3 \pm 0,2$ см (із $56,9 \pm 2,6$ до

58,2±2,8 см), у дівчаток – на 1,2±0,3 см (із 55,6±2,6 до 56,8±2,9 см), у хлопчиків динамометрія правої руки – на 1,1±0,6 кг (із 4,8±3,2 до 5,9±3,8 кг) і динамометрія лівої руки – на 1,0±0,2 кг (із 4,2±3,1 до 5,2±3,3 кг), у дівчаток – на 1,2±0,4 кг (із 3,6±3,4 до 4,8±3,8 кг) і на 1,2±0,4 кг (із 3,1±2,2 до 4,3±2,6 кг) відповідно, у хлопчиків ЖЄЛ – на 14±5 мл (із 1534±80 до 1548±85 мл), у дівчаток – на 11±5 мл (із 1328±70 до 1339±75 мл), у хлопчиків PWC₁₇₀ – на 3,1±1,1 кгм/хв (із 309,8±10,8 до 312,9±11,9 кгм/хв), у дівчаток – на 3,0±1,1 кгм/хв (із 281,1±10,5 до 284,1±11,6 кгм/хв).

Аналіз динаміки рівня тривожності та самооцінки молодших школярів із вадами зору показав статистично достовірні зміни в основній групі ($\chi^2_{\text{емп.}} > \chi^2_{\text{кр.0,05}}$): із адекватним рівнем самооцінки кількість дітей збільшилась на 84,1% (із 1,2% до 85,3%), із завищеним – знизилася на 8,3% (із 12,6% до 4,3%), із заниженим – на 32,4% (із 42,8% до 10,4%), низький і різко занижений рівень самооцінки не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження ці показники були зафіксовані в 33,1% і 10,3% відповідно). Кількість молодших школярів із вадами зору, в яких тривожність відсутня, зменшилася на 7,7% (із 10,4% до 2,7%), з нормальним рівнем тривожності зросла на 85,2% (із 1,3% до 86,5%), із дещо підвищеним – знизилася на 10,6% (із 16,8% до 6,2%), із явно підвищеним – на 44,0% (із 48,6% до 4,6%), дуже високий рівень тривожності не виявлено в жодної дитини (на початку дослідження цей показник відмічався в 22,9%). У контрольній групі дані самооцінки та рівня тривожності не мають статистичної достовірності ($\chi^2_{\text{емп.}} < \chi^2_{\text{кр.0,05}}$): із адекватним рівнем самооцінки кількість молодших школярів із вадами зору збільшилась на 8,3% (із 1,3% до 9,6%), із завищеним – знизилася на 1,8% (із 12,4% до 10,6%), із заниженим – на 2,8% (із 43,6% до 40,8%), із низьким – на 1,9% (із 32,1% до 30,2%), із різко заниженим – на 1,8% (із 10,6% до 8,8%); кількість дітей, у яких тривожність відсутня, зменшилася на 1,7% (із 10,8% до 9,1%), з нормальним рівнем тривожності зросла на 7,3% (із 1,4% до 8,7%), із дещо підвищеним знизилася на 1,4% (із 16,6% до 15,2%), із явно підвищеним – на 1,8% (із 48,5% до 46,7%), з дуже високим – на 2,4% (із 22,7% до 20,3%). Динаміка

психологічних даних свідчить про те, що заняття адаптивним фізичним вихованням впливають на формування особистості, її психічне здоров'я.

Експериментальна методика розкриває можливості для підвищення ефективності фізичного виховання дітей із зоровою патологією та дозволяє усунути недоліки як фізичної, так і психічної сфери.

Перспективи подальших досліджень: доповнення змісту програми з фізичного виховання вправами, спрямованими на зміну функціонального стану сенсорних систем слабозорих дітей середнього шкільного віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарян Р. Н. Педагогическое исследование влияния многолетних занятий физической культурой и спортом на развитие и воспитание слепых и слабовидящих школьников / Р. Н. Азарян. – М. : Просвещение, 2015. – 64 с.
2. Азарян Р. Н. Урок физкультуры как важное средство воспитания пространственных и личностных качеств у слепых и слабовидящих школьников / Р. Н. Азарян // Дефектология. – 2007. – №8. – С.13-19.
3. Акопов Г. В. Проблема сознания в психологии / Г. В. Акопов. – СПб. : Питер, 2005. – 218 с.
4. Акимова А. К. Коррекция недостатков физического развития слабовидящих учащихся специальных медицинских групп в процессе физического воспитания : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.03 „Коррекционная педагогика” / А. К. Акимова. – Д., 2001. – 15 с.
5. Анфилатова О. В. Методика непрерывного адаптивного физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения / О. В. Анфилатова // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2009. – №6. – С. 12-17.
6. Ахмадуллина, И.А. Программа физического воспитания слабовидящих учащихся / И.А. Ахмадуллина, З.М. Кузнецова // Визуальный профиль и международный опыт реабилитации и образования людей с нарушениями зрения : материалы III международной научно-практической конференции. – Пермь : ПГПУ, 2010. – С. 35-43.
7. 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.
8. Бровченко Л. Особливості та значення занять з ЛФК в роботі зі слабозорими дітьми молодшого шкільного віку в умовах спеціалізованої школи / Л. Бровченко // Дефектологія. – 2009. – №4. – С. 26-32.

9. Булгакова Н. Ж. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание / Н. Ж. Булгакова. – М. : Академия, 2005. – 260 с.
10. Васильев В. С. Обучение детей плаванию / В. С. Васильев. – М. : Физическая культура и спорт, 2000. – 310 с.
11. Викулов А. Д. Плавание / А. Д. Викулов. – М. : Владос, 2004. – 368 с.
12. Воловик Н. І. Особливості розвитку координаційних здібностей дітей старшого дошкільного віку з порушенням зору / Н. І. Воловик // Дефектологія. – 2010. – №2. – С. 33-37.
13. Гайлене И. Представления о самосознании / И. Гайлене. – М. : Просвещение, 2003. – 280 с.
14. Гета А. Особливості психоемоційного розвитку слабозорих дітей шестирічного віку в умовах корекції засобами фізичної культури (на прикладі плавання) / А. Гета // Теорія та практика фізичної культури. – 2006. – №2. – С. 17-25.
15. Глазирін І. Д. Плавання / І. Д. Глазирін. – К. : Кондор, 2006. – 501 с.
16. Григоренко В. Г. Теория и методика физического воспитания инвалидов / В. Г. Григоренко. – Одесса : Пласт, 1991. – 210 с.
17. Давыденко Е. В. Особенности физической адаптации школьников-инвалидов по зрению / Е. В. Давыденко // Адаптивная физическая культура. – 2010. – №2. – С. 44-46.
18. Данків А. Фізичний розвиток молодших школярів із вадами зору / А. Данків // Теорія та практика фізичної культури. – 2002. – №5. – С. 3-8.
19. Демирчоглян Г. Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г. Г. Демирчоглян. – М. : Советский спорт, 2000. – 160 с.
20. Джумаев А. Д. Теоретические основы физической рекреации как составной части физической культуры / А. Д. Джумаев // Адаптивная физическая культура. – 2010. – №10. – С. 13-19.
21. Зотов А. И. Психология личности / А. И. Зотов. – М. : Просвещение, 2003. – 165 с.

22. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
23. Єракова Л. А. Диференційоване фізичне виховання сліпих і слабоворих школярів в умовах спеціалізованого інтернату : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук із фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Л. А. Єракова. – К., 2005. – 23 с.
24. Кардамонова Н. Н. Плавание: лечение и спорт / Н. Н. Кардамонова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2001. – 315 с.
25. Касаткин Л. Ф. Формирование двигательных функций у слепых детей и преодоление недостатков физического развития в процессе школьного обучения : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.03 „Коррекционная педагогика ” / Л. Ф. Касаткин. – М., 2000. – 23 с.
26. Ковиліна В. Г. Корекція рухових якостей дітей середнього дошкільного віку з порушенням зору : автореф. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / В. Г. Ковиліна. – Одеса, 2004. – 20 с.
27. Коломійченко О. Ю. Розвиток гнучкості у слабоворих школярів молодших класів : автореф. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка»/ О. Ю. Коломійченко. – О., 2007. – 19 с.
28. Криличенко О. В. Корекція витривалості школярів з вадами зору засобами фізичної культури : автореф. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / О. В. Криличенко. – Одеса, 2008. – 17 с.
29. Курдыбайло С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре / С. Ф. Курдыбайло. – М. : Советский спорт, 2004. – 150 с.
30. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением в развитии / Н. Л. Литош. – М. : СпортАкадемПресс, 2002. – 340 с.
31. Лубовский В. И. Личность и ее самосознание / В. И. Лубовский. – М. : Просвещение, 2003. – 305 с.

32. Маевский Т. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / Т. Маевский. – СПб. : Питер, 2005. – 302 с.
33. Макарова И. М. Исследование функционального состояния кардиореспираторной системы школьников 8-16 лет с нарушением зрения : автореф. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец 03.00.13 «Физиология» / И. М. Макарова. – Тюмень, 2006 – 18 с.
34. Маллаев Д. М. Игры для слепых и слабовидящих / Д. М. Маллаев. – М. : Советский спорт, 2001. – 120 с.
35. Маллаев Д. М. Педагогические основы формирования игры слепых и слабовидящих детей как средство коррекции их нравственного и физического развития : автореф. дис. на соискание науч. степени докт. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / Д. М. Маллаев. – М., 2002. – 17 с.
36. Малиновская Н. Д. Психология развития незрячих и слабовидящих детей / Н. Д. Малиновская // Биомедицинский журнал. – 2005. – №4. – С. 16-22.
37. Мишарина С. Н. Методика целенаправленного развития координации движений в группах элементарной реабилитации инвалидов по зрению первой группы : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / С. Н. Мишарина. – СПб, 2001. – 24 с.
38. Мишарина С. Н. Оценка психофизического развития и отношения школьников с ограниченными возможностями к урокам адаптивной физической культуры / С. Н. Мишарина // Адаптивная физическая культура. – 2008. – №10. – С. 11-18.
39. Начінова О. В. Розвиток основних рухів у слабозорих дітей молодшого шкільного віку / О. В. Начінова // Педагогіко-психологічні і медико-біологічні проблеми фізичної культури і спорту. – 2009. – №4. – С. 23-27.
40. Никинина А. А. Возрастная физиология / А. А. Никинина. – М. : Владос, 2004. – 381 с.

41. Никулина И. Н. Особенности формирования самооценки детей с нарушением зрения / И. Н. Никулина // Биомедицинский журнал. – 2008. – №3. – С. 6-13.
42. Огорелкова Л. Особливості адаптивного фізичного виховання сліпих та слабозорих дітей молодшого шкільного віку з урахуванням рівня фізичного стану / Л. Огорелкова // Дефектологія. – 2010. – №4. – С. 3-8.
43. Павлова М. В. Проблемы развития детского мышления в условиях зрительной патологии / М. В. Павлова // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2010. – №2. – С. 8-13.
44. Пасмурова Л. Э. Влияние оздоровительной гимнастики на развитие координации движения слабовидящих детей / Л. Э. Пасмурова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2009. – №2. – С. 10-17.
45. Плаксунова Э. В. Коррекционное значение средств адаптивной физической культуры в восстановлении двигательной функции у детей с сочетанными нарушениями в развитии / Э. В. Плаксунова // Адаптивная физическая культура. – 2002. – №6. – С. 33-39.
46. Прохоров А. О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А. О. Прохоров. – М. : ПерСЭ, 2006. – 176 с.
47. Ростомашвили Л. Н. Адаптивное физическое воспитание. Авторская программа по лечебной физической культуре для детей с тяжелой зрительной патологией (начальная школа) / Л. Н. Ростомашвили. – М. : Академия, 2003. – 42 с.
48. Ростомашвили Л. И. Коррекция двигательных нарушений детей с депривацией зрения средствами адаптивного физического воспитания : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / Л. И. Ростомашвили. – СПб, 2005. – 24 с.
49. Ростомашвили Л. И. Физические упражнения для детей с нарушением зрения / Л. И. Ростомашвили. – СПб. : ПерСЭ, 2004. – 65 с.

50. Сековец Л. С. Особенности коррекции недостатков физического развития и психомоторики детей с нарушением зрения / Л. С. Сековец // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2010. – №1. – С. 4-9.
51. Семенов Л. А. Анализ урока физической культуры в школе слепых и слабовидящих детей / Л. А. Семенов // Дефектология. – 2009. – №2. – С. 10-16.
52. Семенов Л. А. Применение тренажеров и технических средств ориентировки на занятиях по физической культуре в школах для слепых детей / Л. А. Семенов // Дефектология. – 2002. – № 6. – С. 25-29.
53. Семенова Н. Е. Методические особенности проведения занятий по обучению плаванию лиц с нарушениями зрительного анализатора / Н. Е. Семенова // Адаптивная физическая культура. – 2008. – №5. – С. 22-28.
54. Середина Н. В. Основы медицинской психологии / Н. В. Середина. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. – 506 с.
55. Сермеев Б. В. Физическое воспитание детей с нарушением зрения / Б. В. Сермеев. – К. : Здоровье, 1999. – 112 с.
56. Силантьев Д. О. Коррекция физического развития слабовидящих детей средствами плавания : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Коррекционная педагогика» / Д. О. Силантьев. – К., 2001. – 25 с.
57. Смурова Т. С. Социально-педагогическая реабилитация инвалидов по зрению в процессе их физической подготовки и обучения танцам : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / Т. С. Смурова. – М., 2003. – 18 с.
58. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М. : Форум, 2007. – 152 с.
59. Солнцева Л. И. Некоторые особенности психического развития детей с нарушениями зрения в современных условиях / Л. И. Солнцева // Дефектология. – 2009. – №9. – С. 3-8.
60. Суславичус А. И. Влияние социальных условий на формирование социальных установок и установки к себе лиц со зрительными дефектами : автореф. дис. на

соискание научной степени канд. психол. наук: спец. 19.00.07 – «Педагогическая и возрастная психология» / А. И. Суславичус. – Киев, 1999. – 20 с.

61. Токарева О. С. З досвіду проведення корекційних занять в молодших класах школи для слабозорих дітей / О. С. Токарева // Дефектологія. – 2009. – №6. – С. 18-24.
62. Толмачев Р. А. Патология органа зрения и выбор нагрузок для слепых и слабовидящих при занятиях адаптивным спортом / Р. А. Толмачев // Адаптивная физическая культура. – 2006. – №9. – С. 5-10.
63. Фильчикова Л. И. Нарушения зрения у детей раннего возраста / Л. И. Фильчикова. – М. : Экзамен, 2007. – 230 с.
64. Філіпов М. М. Методи функціональних досліджень у фізичній реабілітації та спортивній медицині / М. М. Філіпов. – К. : Ун-т “Україна”, 2001. – 96 с.
65. Харченко Л. В. Совершенствование базовых координационных способностей у школьников 8-12 лет с нарушением зрения : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / Л. В. Харченко. – Омск, 2002. – 19 с.
66. Черник Е. С. Двигательные возможности учащихся вспомогательной школы / Е. С. Черник. – М. : Просвещение, 2001. – 124 с.
67. Чернобыльская Е. В. Использование средств ритмической гимнастики в физическом воспитании слепых и слабовидящих детей : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теория и методика физического воспитания” / Е. В. Чернобыльская. – СПб, 2008. – 20 с.
68. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание / Р. В. Чудная. – К. : Наукова думка, 2000. – 360 с.
69. Шапкова Л. В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2002. – 212 с.
70. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры / Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2004. – 463 с.

71. Шмалей С. В. Адаптивные занятия физической культурой детей с дефектом зрения / С. В. Шмалей // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №7. – С. 12-17.
72. Шмалей С.В. Профілактика і корекція ССС і дихальних порушень слабозорих дітей // Шмалей С.В., Щербина Т.І., Вишневська Л.В., Гайдай М.І. : Методичний посібник. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2008. – 48 с.
73. Яримбаш К. С. Педагогічні основи корекції рухової сфери слабозорих підлітків засобами плавання : автореф. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / К. С. Яримбаш. – К., 2006. – 19 с.