

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1014771362

Дата перевірки:
24.04.2023 12:44:14 EEST

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
28.04.2023 09:50:08 EEST

ID користувача:
100011301

Назва документа: Литвиненко Варвара Олексіївна

Кількість сторінок: 84 Кількість слів: 19349 Кількість символів: 151584 Розмір файлу: 260.32 KB ID файлу: 1014478246

19.8% Схожість

Найбільша схожість: 5.2% з Інтернет-джерелом (<https://core.ac.uk/download/pdf/153580189.pdf>)

19.6% Джерела з Інтернету

228

Сторінка 86

0.34% Джерела з Бібліотеки

3

Сторінка 89

0.09% Цитат

Цитати

3

Сторінка 90

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 21 СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ПРОБЛЕМАМИ ЗОРУ	9
1.1. Характеристика порушень зору у дітей	9
1.2. Особливості розвитку особистості з порушенням зору.....	19
1.3. Адаптивна фізична культура у роботі з дітьми дошкільного віку з порушеннями зору	35
Висновки до розділу 1	40
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	42
2.1. Методи дослідження.....	42
2.2. Організація дослідження.....	52
Висновки до розділу 2.....	60
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ.....	62
3.1. Зміст програми адаптивної фізичної культури як засобу оздоровлення дітей з порушеннями зору.....	62
3.2. Оцінка ефективності програми адаптивної фізичної культури як засобу оздоровлення дітей з порушеннями зору.....	71
Висновки до розділу 3.....	75
РОЗДІЛ 4. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	77
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Збереження здоров'я та забезпечення повноцінної життєдіяльності особистості є однією з ключових цілей суспільства. Основні підходи до збереження та зміцнення здоров'я дітей визначено в законах України «Про освіту», «Про дошкільну освіту», «Про охорону дитинства», Національній стратегії розвитку освіти, Державній національній програмі «Діти України», міждисциплінарної комплексної програми «Здоров'я нації», Базового компонента дошкільної освіти тощо. Феномен «здоров'я» та особливості його збереження та зміцнення досліджують науковці різних наукових напрямків – філософи, лікарі, соціологи, психологи, педагоги Т. Бойченко, Т. Воронцова, Л. Дудовора, С. Кондратюк, В. Оржеховська внесли значний внесок у розробку теоретико-методичних засад формування навичок здорового способу життя дітей, підлітків та молоді, В. Петленко, В. Пономаренко, І. Смирнов, С. Сичов, І. Смолякова, Л. Сущенко та ін. Різноманітні інноваційні підходи, форми і методи формування здорового способу життя дітей та молоді обґрунтовано в працях О. Дубогай, С. Омельченко, В. Оржеховська та ін.

Однак особливої допомоги та уваги суспільства потребують діти з різними порушеннями стану здоров'я, оскільки вони мають однакові права у порівнянні з іншими дітьми. Однією із найчисельніших категорій дітей є діти з порушеннями зору. Тому наше дослідження присвячено саме проблемі оздоровлення дітей з порушеннями зору.

Аналіз наукового фонду з проблем оздоровлення дітей з порушеннями зору свідчить, що в більшості праць схарактеризовано причини та ознаки різних видів порушень зору (М. Земцова та Л. Сековець, Б. Сермеєв, В. Афанасьєва, В. Полинкін та ін.), особливу увагу дослідники приділяють опису симптомів того чи іншого виду порушень зору, оскільки від правильного визначення симптомів можна розпочати вчасне лікування і вчасну допомогу. Специфіку та закономірності використання адаптивної фізичної культури серед дорослих з лікувальною метою вивчали у своїх дослідженнях такі вчені, як Ю. Бріскін, С. Євсєєв, Т. Круцевіч, Н. Литош та ін.). Серед наукових

розвідок найбільш близькими до зазначеної проблеми є ті, що висвітлюють комплексний підхід до оздоровлення дітей з порушеннями зору (С. Бортфельда, А. Дмитрієва, Л. Шапкова та ін.). Аналіз наукової бази дослідження свідчить про недостатню вивченість проблеми використання методів адаптивної фізичної культури як системи цілеспрямованих занять. Тому стає необхідним переглянути методiku фізичного виховання у дошкільних закладах освіти, а саме тих, що виховують дітей з порушеннями зору, що і зумовило вибір теми магістерського дослідження: «Адаптація просторово-фізичного середовища для дітей із порушеннями зору».

Мета дослідження: на основі аналізу наукової літератури та практики використання потенціалу фізичної культури з метою оздоровлення дітей з порушеннями зору, розробити програму адаптивної фізичної культури, яка б була спрямована на успішну соціалізацію та інтеграцію дітей зазначеної категорії.

Відповідно до поставленої мети, сформульовано основні завдання:

- 1) здійснити аналіз літератури і практики оздоровлення дітей з вадами зору засобами адаптивної фізичної культури;
- 2) розробити програму адаптивної фізичної культури, спрямовану на оздоровлення дітей;
- 3) визначити ефективність програми адаптивної фізичної культури у роботі з дітьми дошкільного віку з вадами зору.

Об'єкт дослідження: адаптивна фізична культура у розвитку дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження: оздоровлення дітей дошкільного віку з вадами зору засобами адаптивної фізичної культури

Для виконання поставлених завдань на різних етапах наукового пошуку використано такі методи дослідження: теоретичні – ретроспективно-порівняльний, логічний аналіз медичної, психолого-педагогічної, літератури для з'ясування стану окресленої проблеми; систематизація, синтез, узагальнення, абстрагування, теоретичне моделювання, що дали змогу

схарактеризувати сутність проблеми, сформулювати понятійно-термінологічний апарат, виокремити основні методичні аспекти застосування адаптивної фізичної культури серед дітей з вадами зору; структурно-функціональний, що вможливив розмежування в системних об'єктах структурних елементів (компоненти, підсистеми) та опис їхньої ролі (функції) у системі; *емпіричні* – лонгітюдний експеримент, діагностичні методи – психолого-педагогічне спостереження, бесіди, тестування, анкетування, інтерв'ю, методи самооцінювання для осмислення результатів застосування програми; експеримент із якісним аналізом результатів дослідження, що оптимізували перевірку ефективності програми адаптивної фізичної культури; *методи математичної статистики* – ранжування, порівняння, статистичне оброблення результатів дослідницько-експериментальної роботи для об'єктивного аналізу емпіричних даних, а також для підтвердження вірогідності й достовірності результатів формувального експерименту.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробці програми адаптивної фізичної культури «Пілатес» для дітей дошкільного віку з вадами зору, яка спрямована на поступовий, систематичний розвиток фізичних можливостей організму, покращенню координації рухів, гнучкості та мобільності.

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків до них, загальних висновків, 3 додатків, списку використаних джерел (81 найменування). Загальний обсяг дослідження становить 105 сторінок, із них 86 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ПРОБЛЕМАМИ ЗОРУ

1.1. Характеристика порушень зору у дітей

Захворювання очей, що призводять до погіршення зору, можуть бути

вродженими або набутими. До вродженої патології органу зору може призвести ряд факторів, серед яких хронічні захворювання, вірусні інфекції, захворювання обміну речовин, зловживання алкоголем, гормональними та снодійними препаратами, резус-несумісність матері та плоду, гіповітаміноз, іонізуюче випромінювання та ін. d. Встановлено, що око ембріона людини особливо чутливе до різних факторів на 3-7-му тижні вагітності [38]. Порушення зору у дітей може бути пов'язано з родовою травмою. Часті аномалії розвитку органу зору у недоношених дітей. Серед причин, що призводять до амбліопії, велике значення має спадковість. Спадкові вади зору зустрічаються як ізольовано, так і в поєднанні з вродженими змінами з боку інших органів і систем. Причиною набутих захворювань очей, що призводять до зниження зору, є гострі та хронічні інфекції, алергічні захворювання, травми органу зору.

Аномалії рефракції (відхилення заломлюючої сили оптичної системи ока від норми): короткозорість і далекозорість займають перше місце серед причин погіршення зору у дітей. Професійні терміни вживаються також в офтальмології (відповідно: короткозорість, гіперметропія). Короткозорість (міопія) — один із видів клінічної рефракції ока, який пов'язаний із збільшенням заломлюючої сили або збільшенням поздовжньої осі ока. У зв'язку з цим зображення фокусується перед сітківкою. Першою ознакою короткозорості є стан, коли людина добре бачить предмети, що знаходяться поблизу, і предмети, що віддалені від нього. Як правило, короткозорі люди часто примружують очі. Звідси й назва «Міопія», що в перекладі з грецької означає: «жмуритися, мружитися».

У свою чергу під конвергенцією очей розуміють процес зближення зорових осей обох очей при розгляданні близько розташованих предметів. При цьому відбувається одночасне зуження зіниць і акомодация очей. Між акомодациєю і конвергенцією існує певна залежність: більша напруга акомодациї вимагає більшого ступеня конвергенції і навпаки. Відповідно до цієї теорії, під час конвергенції, яка супроводжується підвищенням

внутрішньоочного тиску, контур склери розтягується в напрямку заднього полюса, що призводить до еліптичної форми задньої півкулі очного яблука [39].

Відзначено, що астенопії (швидка втома очей настає під час зорової роботи, якщо предмет знаходиться на невеликій відстані від ока) передують спазми акомодатії. У дітей з м'язовою та акомодатійною астенопією часто спостерігається спазм акомодатії. Спазм акомодатії спостерігається у 97% дітей з короткозорістю легкого ступеня, 72% - з середньою і 62% - з високою. Слабкість акомодатії у дітей може бути пов'язана з загальними захворюваннями, і, перш за все, тонзилітом, ревматизмом і нефритом.

Короткозорість розвивається як пристосування до звільнення акомодатії від непосильного навантаження. При міопії спостерігається ослаблення акомодатії, яке посилюється зі збільшенням ступеня міопії.

Багато авторів відзначають зв'язок короткозорості з тривалим зоровим напруженням (Е. Аветісов [1], А. Бунін [19] та ін.). Автори також вказують на вплив нераціонального розкладу занять і відпочинку, який часто викликає порушення зору. Аналіз режиму дня дітей показує, що за часом розумова та образотворча діяльність (заняття, перегляд фільмів – телепередач, творчі ігри за столом, малювання тощо) значно переважає над фізичною (ранкова зарядка, заняття фізкультурою, прогулянки з рухливими іграми).

До несприятливих умов зорової роботи відноситься недостатнє освітлення. Так, при освітленості менше 75 лк виявлено 9,1% дітей, які страждають на короткозорість, а при освітленості понад 150 лк - 6,9%.

Дослідник В. Ф. Уткін вважає, що короткозорість виникає внаслідок розтягнення ослабленої склери під впливом внутрішньоочного тиску. Ці патогенетичні механізми враховувалися в багатьох теоріях розвитку міопії [76].

Встановленим фактом розвитку міопії можна вважати порушення гемодинаміки очей, що проявляється у зниженні кровотоку в цилиарному м'язі, у зменшенні пульсу і хвилинного об'єму крові в судинній системі очей у міру прогресування короткозорості. Погіршення гемодинаміки ока є однією з

основних причин зниження працездатності цилиарного м'язу. м'язів при роботі на близькій відстані, внаслідок чого може виникнути короткозорість.

Ряд учених (А. Акімова, В. Зубов, В. Афанасьєв, М. Земцова, А. Каплан та ін.) відзначають взаємозалежність недостатності зорових функцій і процесу вторинних порушень постави, робочої пози, координації та точності. рухів, відчуття ритму [6; 11; 36].

Інший тип аномалії рефракції - гіперметропія (далекозорість). Цеоптичний дефект ока, при якому порушується здатність чітко бачити на близькій відстані. Далекозорість є наслідком короткої поздовжньої осі (вкорочене очне яблуко), відносної слабкості заломлюючого апарату ока (неправильна кривизна рогівки або кришталика). У цих випадках зображення фокусується за оком [76].

При далекозорості зображення предметів фокусується за сітківкою, тому воно нечітке і розпливчасте. При великому ступені далекозорості (8,0 D - 10.0 D і вище), значне навантаження припадає на функцію акомодатії. Результатом такої напруги є зорова втома при роботі на близькій відстані, через що букви зливаються і стають нечіткими, починаються головні болі. Також досить поширеним захворюванням очей є астигматизм - аномалія заломлюючої сили очей, при якій поєднання різних типів рефракції спостерігається на одному оці [37]. Астигматизм не завжди виправляється за допомогою окулярів, тому дітям важко бачити об'єм, глибину і відстань предметів, оскільки у дітей часто відсутній біокулярний зір. Часто причиною поганого зору є атрофія сітківки, зорового нерва, ністагм та інші захворювання очей. Слабкий зір, як зазначає вчений Є. Аветісов, характеризується різноманітністю порушень зорових функцій, різним рівнем їх збереження та можливістю взаємокомпенсації, а також ступенем вираженості патології. На відміну від залишкового зору, слабозорість дає більше можливостей використовувати зоровий аналізатор як основний у пізнанні навколишнього світу. Це основна ознака, яка відрізняє слабозорість від залишкового зору [1;3].

Наступним порушенням зору є косоокість і супутня йому амбліопія, які

проявляються в порушенні бінокулярного зору, в основі якого лежить ураження різних відділів зорового аналізатора та його сенсомоторних зв'язків [23]. Косоокість не тільки призводить до розладу бінокулярного зору, але і перешкоджає його формуванню. Косоокість виникає внаслідок зниження гостроти зору одного або обох очей внаслідок порушення рефракції (заломлюючої здатності ока), розладів акомодативної пристосованості ока до розглядання предметів на різній відстані) і конвергенції (приведення осі очей, щоб бачити предмети на близькій відстані)[55].

Термін «косоокість» об'єднує різні за походженням і локалізацією ураження зорової та окоорухової систем, що викликають періодичне або постійне відхилення (відхилення) очного яблука.

У роботах Е. Аветисова показано, що під впливом несприятливих умов може порушуватися висока і точна координація діяльності обох половин зорового аналізатора, що призведе до розладу бінокулярного зору [2]. При косоокості зорова вісь одного ока відхиляється від сумісної точки фіксації. У цьому випадку зображення предмета потрапляють на неоднакові точки сітківки правого і лівого ока, стають несумісними, з'являється тенденція до двоїння зорового образу, утруднюється орієнтація в просторі. Центральна нервова система вживає активних заходів для придушення зображення, що сприймається відхиленим оком, що викликає функціональну скотому. Гострота зору викривленого ока знижується, розвивається амбліопія цього ока, функції зору виконує одне око. Термін «амбліопія» означає такі форми порушення зору, які не мають видимої анатомічної чи рефракційної основи. Найпоширенішою причиною амбліопії у дітей є косоокість, або косоокість, тобто непаралельність оптичних осей ока, при цьому в 80-90% випадків косоокість спостерігається різного ступеня зниження зору, тобто поява амбліопії.

Вчені Е. Аветисов, Е. Лівадо, Ю. А. Курпан вважають, що корекція амбліопії можлива при правильно організованій корекційно-педагогічній роботі з використанням спеціальних оптико-технічних засобів корекції і компенсації, а також вправ і дидактичних завдань, що стимулюють діяльність

сітківки для підвищення гостроти зору [3].

Таким чином, розуміння структури дефекту зору дозволяє не тільки організувати відповідну медичну допомогу, а й правильно проводити психолого-педагогічну корекційну роботу.

Як відомо, дефект зору в цілому визначає весь хід психічного розвитку дитини, тому для заповнення дефіциту зорової інформації та нормалізації формування особистості дитини необхідна спеціальна медико-психолого-педагогічна допомога.

Специфіка рухової діяльності дітей з порушенням зору. За вченням Л. Виготського, при порушеннях зору зберігаються ті ж закономірності розвитку, що й у дітей без патології зору [22]. Як в нормі, так і при патології психічні функції формуються поетапно. Але у зв'язку із зоровою депривацією етапи формування психічних процесів можуть бути розтягнуті в часі, що пояснюється повільністю розгортання аналізу сприйняття і орієнтації в просторі.

Фахівці-дефектологи Т. Власова, М. Земцова, Л. Сековець відзначають, що у дітей з вадами зору спостерігається затримка фізичного розвитку через обмеження рухової активності [23; 36; 66].

Порушення зору вже в дошкільному віці супроводжується зниженням рухової активності, що призводить до вторинних відхилень у фізичному і психічному розвитку дитини, у формуванні відчуття рухових функцій. Порушення зору призводить до відхилень у розвитку відчуття ритму на основі зорового, слухового, тактильного, кінестетичного сприйняття.

М. Земцова та Л. Сековець під спостереженням дітей 6-7 років з діагнозом косоокість та амбліопія виявили зниження антропометричних показників порівняно з дітьми без патології зору: у хлопчиків зріст був нижчим в середньому на 2,8 см, у дівчаток на 4,5 см; вага у хлопчиків перевищувала норму на 1,4 кг, у дівчаток на 1,5 кг [36; 66].

Рухова активність дітей з вадами зору значно нижча, ніж у їхніх однолітків з масових навчальних закладів. У дітей з патологією зору

функціональний рівень рухового аналізатора знижений на 78% порівняно з нормою.

Б. Сермєєв встановив, що слабкий зір є недостатньо надійним засобом регуляції рухів при виконанні вправ різного характеру [65]. У зв'язку з цим у дітей з порушенням зору в будь-якому віці спостерігається затримка розвитку всіх рухових якостей.

За даними В. Афанасьєва, діти з вадами зору відстають у фізичному розвитку та руховій підготовленості порівняно з учнями масової школи [11]. Їм було показано, що найбільше відставання в рості, вазі, окружності грудної клітки виражено в старшому шкільному віці. Порушення зору негативно позначається на розвитку м'язової сили, витривалості, швидкості рухів, швидкісно-силових якостей та ін. Відзначено, що відставання від норми за показниками рухової підготовленості склало 19%, за силою, витривалості – 18%. %, швидкість рухів - 28 %, швидкісно-силові якості - 10 %.

У дітей з вадами зору внаслідок утруднення зорово-рухової орієнтації спостерігаються гіподинамія, порушення постави, плоскостопість, зниження функціональної активності дихання та серцево-судинної системи. Відмічається відставання від однолітків у розвитку рухових функцій, якостей (гнучкості, спритності, координації, сили, швидкості, витривалості) і швидкості загального фізичного розвитку (маси тіла, довжини тіла, сили м'язів).

На підставі експериментальних даних В.Полинкіна встановлено, що при виконанні швидкісно-силових вправ у дітей з порушеннями зору спостерігається почастищення пульсу, частоти дихання, виявляються зовнішні ознаки втоми: зміна кольору обличчя, зміна кольору обличчя, почастищення дихання. підвищене потовиділення, така реакція свідчить про необхідність застосування індивідуально дозованих фізичних навантажень з метою розвитку витривалості до доступних навантажень і тренування серцево-судинної та дихальної систем [55]. Оскільки, за даними В. Афанасьєва, у дітей з вадами зору функціональна активність серцево-судинної та дихальної систем знижена на 4-10%, значно частіше реєструються порушення серцевої

діяльності (ревматизм, гіпотонія та ін.) [11].

У дітей з порушеннями зору внаслідок малої рухливості і зниження активності в руховій діяльності спостерігаються недоліки розвитку м'язових зусиль і формування почуття ритму. Порівнюючи вікові зміни відчуття ритму у людей з порушеннями зору та дітей без патології зору, автори показують, що діти з порушенням зору відстають від норми в кожному віковому періоді, що найкраще сприйняття заданого ритму у людей з порушенням зору. Порушення зору виникають на полісенсорній основі, за допомогою всіх видів чутливості. Розвиваючи почуття ритму у дітей з порушенням зору можна вдосконалити багато функцій рухового аналізатора: точність, швидкість рухової реакції, координацію.

Вивчаючи зміст корекційно-виховної роботи на уроках гімнастики, Р.Азарян показали, що протягом навчального року при переважному занятті гімнастикою у юнаків і дівчат з вадами зору спостерігається приріст м'язової сили на 26,6% і 20% відповідно, витривалості - на 43,1% і 42,1%, швидкості - на 32,1% і 33,2%, рухливості суглобів - на 13,7% і 8,9%, швидкісно-силових якостей - на 36,7% і 33,7%, рівноваги - на 220,7% і 215,7% [4]. Дозування фізичних вправ на заняттях з гімнастики сприяє стабілізації та активізації зорових функцій, а також благотворно впливає на вегетативну нервову систему дітей з порушеннями зору.

А. Павлов показав, що особливості фізичного розвитку можуть виявлятися в різних порушеннях опорно-рухового апарату і постави. Порушення постави та їх вираженість визначаються станом зору дітей. Частота порушень постави у дітей з порушенням зору становить 60-65% і залежить від характеру зорової патології [51].

Наприклад, при косоокості, короткозорості дитина змушена нахилити голову в зручне положення для кращого бачення розглянутих предметів, низько нахилити голову при русі (ходьба, біг тощо). Крім того, порушення постави у дітей є результатом залишкових явищ родової травми, рахіту, різних парезів м'язів, ослаблення м'язової системи від частого тривалого сидіння в

неправильному положенні: з нахилом тулуба набік, головою вниз. Порушення постави виникають також внаслідок неправильної організації офтальмогігієнічних умов педагогічного процесу, порушення рухового режиму, відсутності спеціальних корекційних вправ, які покращують формування правильної постави та активізують їх рухову діяльність. Поряд з порушенням постави у дітей спостерігаються деформації нижніх кінцівок, які виражаються в стопі викривлення. Плоскостопість у дітей з порушенням зору з'являється в результаті постійного статичного перевантаження нижніх кінцівок, через слабкість м'язів стоп, а також в результаті часткового паралічу. Плоскостопість різко знижує опорну функцію стопи і створює загрозу більшого сплюснення. Неправильно сформовані навички ходьби, бігу та інших рухів, недостатня рухова активність дітей також створюють небезпеку більшого прояву цих порушень. Крім порушень постави та плоскостопості, у дітей порушується постава, координація, точність і швидкість рухів. до порушення зору (В. Афанасьєв [11]).

Для проведення корекційної роботи з дошкільнятами важливо знати стан серцево-судинної та дихальної систем. Досліджуючи цю проблему, В. Полинкін зазначає, що у дітей з порушенням зору показники серцево-судинної системи децю перевищують норму [55]. Середня ЧСС свідчить про збільшення частоти пульсу на 3-8 одиниць. за хвилину у дітей із вадами зору порівняно з дітьми з нормальним зором. Рівень максимального і мінімального тиску також вище норми на 3-5 мм рт. Аналогічні прояви спостерігаються при показниках пульсового тиску, середні значення якого вище норми на 2-4 мм рт.

Дослідження В. Любовського свідчать, що діти з порушенням зору відстають від однолітків у розвитку рухів. Під час ходьби і бігу у них сильно напружуються м'язи, голова опущена, рухи рук і ніг не скоординовані, стопи широко поставлені, темп нерівномірний, через порушення рівноваги змушені зупинятися при ходьбі. , при цьому напрямок втрачається[48].

Вчений І.Романова зазначає, що у дітей з порушенням зору внаслідок недостатнього зорового контролю та аналізу рухів спостерігається зниження

рухової активності, що призводить до труднощів у формуванні основних параметрів при ходьбі і, перш за все, у збереженні прямолінійності рухів [59].

За даними Л.Сековець, порушення прямолінійності при ходьбі пов'язані зі звуженням поля зору внаслідок виключення одного ока з акту зору в період оклюзії при косоокості, зниженням гостроти зору у осіб із зоровими порушення [66].

Ще більші труднощі відчують діти при ходьбі в обмеженому просторі. Відчуваючи труднощі зору, діти все ще покладаються на зорову орієнтацію, тому для ходьби характерна більша хвилястість рухів, причому лінія їх руху то наближається до однієї сторони обмежень, то на певних ділянках заходить за них, то знову наближається до них. оригінальний. Це пов'язано з тим, що порушення стереоскопічного зору монокуляром утруднює просторову орієнтацію, створює плоске сприйняття простору[61].

Порушення ходьби в обмеженому просторі також обумовлені зниженням гостроти зору, оскільки дитина не може точно простежити і відтворити рух, що проявляється в порушеннях координації рук і ніг, некоординованості дій правої і лівої рук, руками. Цим також пояснюється те, що рука притиснута до тулуба або витягнута вперед За даними Л. Сековець, порушення прямолінійності при ходьбі пов'язані зі звуженням поля зору внаслідок виключення одного ока з акту зору під час період оклюзії при косоокості, зниження гостроти зору у людей з вадами зору [66].

Ще більші труднощі відчують діти при ходьбі в обмеженому просторі. Відчуваючи труднощі зору, діти все ще покладаються на зорову орієнтацію, тому ходьба характеризується більшою хвилеподібністю руху, причому лінія їх руху то наближається до однієї сторони обмежень, то на окремих ділянках заходить за них, то знову наближається до них. оригінальний. Це пов'язано з тим, що порушення стереоскопічного зору з монокулярним зором ускладнює орієнтування в просторі, створює плоске сприйняття простору[61]. Порушення ходьби в обмеженому просторі також зумовлені зниженням гостроти зору, оскільки дитина не може простежувати і відтворювати рух без помилок, які

проявляються в порушеннях координації рук і ніг, некоординованості дій правої і лівої рук. Цим також пояснюється те, що рука при ходьбі притиснута до тіла або витягнута вперед, щоб визначити напрямок руху. При всіх видах ходьби у дітей виявляється неправильна постановка ніг. Понад 20% дітей мають паралельну постановку стоп, 40% дітей ставлять ноги носками всередину, тоді як у однолітків, які нормально бачать, відхилення в постановці стоп відзначаються в 15% випадків. Особливість ходьби у дітей іноді викликана порушенням рівномірності при ходьбі. Рівномірність при ходьбі визначається довжиною кроку. Встановлено, що з початку ходьби крок дітей більш рівномірний, ніж на наступних відрізках. Зниження прямолінійності, порушення рівноваги і координації, зорова втома викликають зменшення довжини кроку. У дітей з порушенням зору довжина кроку при ходьбі в усіх вікових групах менша за норму на 4-5 см. Довжина кроку у дитини в нормі становить: 2 роки – 32 см, 4 роки – 40 см, 5 років – 47 см, 6 років – 49 см, 7 років – 53 см [65]. Тому порушення скелетної ходьби (прямолінійності, довжини кроку, постановки стоп, рівномірності) у дітей з порушенням зору тягнуть за собою зниження кількісних показників і впливають на формування особистості дитини. Розгляду особливостей формування особистості дитини з вадами зору присвячено наступний розділ нашого дослідження.

1.2. Особливості розвитку особистості дітей з порушеннями зору

Дослідження особливостей розвитку зорової функції дітей від 0 до 3 років показали, що раннє дозрівання проекційних коркових зон дає можливість нормально бачити, приймати сенсорну інформацію з перших годин життя. При цьому на перших етапах розвитку організму провідну роль в зоровому сприйнятті грає права півкуля мозку, з віком підвищується значення лівого, пов'язаного з класифікацією зовнішніх стимулів і розвитком мови. Пізніше за все дозрівають поля скронево-тім'яно-потиличних областей, виконують роль вищої інтегруючої ланки. Рання сенсорна депривація викликає дефіцит мотиваційного компонента уваги,

негативність емоційної реактивності на зовнішні впливи, уникнення нової інформації, що може привести до вторинної затримки психічного розвитку дитини[53].

Оскільки майже всі діти дитячого віку з порушенням зору вже в ранньому віці відчувають сенсорну депривацію, шлях психічного розвитку немовляти з порушенням зору в порівнянні з нормально бачить є своєрідним як за темпом психічного розвитку, так і по якісній його характеристиці. Однак спостереження за розвитком і поведінкою дитини з порушенням зору до двох-тримісячного віку свідчать про те, що за характером реакцій і поведінки він мало чим відрізняється від зрячого цього ж віку. Це пояснюється особливістю і структурою психічних актів дітей раннього віку і пов'язане з одержуваної ними мультимодальної інформації [55].

В історії тифлопсихології склалося кілька різних поглядів на формування особистості дитини з порушеннями зору.

Так, Ф. І. Шоев заперечував не тільки вплив сліпоти на особистість, а й вважав, що тифлопсихологія як наука не потрібна, так як психіка сліпого нічим не відрізняється від психіки зрячого. Теорія А. Адлера про зверхкомпенсації, якої дотримувався і Л. С. Виготський, стверджує, що ушкодження зору робить позитивний вплив на розвиток особистості, тому сліпі за багатьма показниками перевершують психічний розвиток зрячих. К. Бюркленомвисувалася ідея про специфічний розвиток сліпого як людини особливого типу, світ якого відрізняється від внутрішнього світу зрячого[64].

Науковиця Ж. Шиф відзначала, що загальним для всіх випадків аномального розвитку є те, що сукупність породжуваних дефектом наслідків, проявляється в змінах у розвитку особистості аномального дитини в цілому[81].

В. Лубовский також виділив вплив дефекту на розвиток особистості як найважливішу закономірність розвитку, загальну для всіх аномальних дітей [47].

Вплив дефекту, і зокрема порушень зору, на розвиток психіки дитини не є тільки прямим або однозначним, воно позначається в системному характері порушень, серед яких можна виділити вторинні і третинні.

Розвиваючи цю тему, А. Литвак виділив три блоки психічних утворень, що входять в структуру особистості: 1) психічні процеси; 2) психічні стани; 3) психічні властивості особистості[43].

Перший блок будови особистості - формування таких психічних процесів, як мислення, мова - знаходиться в опосередкованій залежності від порушення зору, так як завдяки розвитку компенсаторних процесів вони розвиваються до нормального рівня.

Другий блок структури особистості - психічні стани - також зазнає впливу дефекту, хоча цей вплив тимчасовий. Це і емоції, що виникають при появі або усвідомленні свого дефекту.

Третій блок структури особистості - темперамент, характер, здібності, спрямованість особистості - розглядається як її стійкі властивості, що визначають особистість людини.

Незважаючи на те, що спрямованість особистості має соціальну природу, автор зазначає, що деякі її компоненти, такі як потреби та інтереси, реагують на порушення зору і їх формування залежить від стану зору.

Таким чином, можна сказати, що такі глибокі вади зору, як сліпота і слабозорість, впливають на формування всієї психіки людини, в тому числі й особистості. Однак цей вплив нівелюється корекційним впливом і умовами розвитку як у сім'ї, так і в навчальних закладах. Діти з глибокими порушеннями зору в дошкільному віці починають усвідомлювати свою відмінність від інших, а в підлітковому – по-справжньому відчувати свій фізичний недолік [44]. У зв'язку з цим особливо гостро постає питання

обґрунтування тих психолого-педагогічних умов, які справляють корекційно-розвивальний вплив на людину з глибокими порушеннями зору. Проблеми формування особистості передбачають розробку потужної соціальної та соціально-психологічної реабілітації інвалідів по зору. У теорії та практиці соціальної реабілітації сформульовано принцип: реабілітація сліпого – це, перш за все, реабілітація його як людини. індивідуальний.

Проте, як зазначає Д. Урлакис, досліджень, які безпосередньо вивчають питання соціалізації та формування особистості сліпих та слабозорих, надзвичайно мало[75]. В основному зусилля різних авторів спрямовані на аналіз різних аспектів реабілітації дорослих з вадами зору та вивчення їх особистісних особливостей.

У зв'язку з цим цікавою є робота Л. Сілкина, в якій з позицій загальної та соціальної психології зроблена спроба науково обґрунтувати програму соціально-психологічної реабілітації та засоби її реалізації, виходячи з приклад організації такої роботи в школі відновлення працездатності сліпих (далі – ШВТС) [64]. Соціально-психологічна реабілітація розглядається як відновлення психічних функцій, процесів цілісної та адекватної поведінки особистості, яка має порушення зору, різними психологічними засобами та методами. Реабілітація спрямована на адаптацію людини з вадами зору до навколишнього середовища, і ця адаптація пов'язана в першу чергу з особливостями його розвитку.

Виділяють три аспекти: 1) адаптація особистості до об'єктивного світу; 2) адаптація особистості до соціального середовища; 3) адаптація особистості до власного «Я». У першому випадку мова йде про досягнення мобільності, самостійності, впевненості, тобто виділяється операційна сторона реабілітації, пов'язана з формуванням або відновленням здібностей і навичок, необхідних незрячій людині для самостійного життя. Другий аспект пов'язаний із взаємодією незрячої людини з її соціальним оточенням, з діяльністю цього оточення щодо її залучення до колективного

та трудового життя. Третій аспект адаптації пов'язаний з оцінкою свого становища в суспільстві, ставленням до свого дефекту, переживанням свого «Я». Загалом, реабілітація інваліда по зору з особистісних позицій є проблемою формування внутрішньої саморегуляції особистості.

Про надзвичайну важливість виділених аспектів адаптації для формування особистості з глибокими порушеннями зору свідчить те, що вони погано навчені просторовому орієнтуванню і соромляться користуватися тростиною. На думку Т. Шалагіної, причиною неготовності цих людей до самостійного життя є закрыта система навчання в інтернаті для незрячих дітей, відірвана від проблем реального життя[78]. Як показало дослідження контингенту дітей із вродженою сліпотою, за допомогою адаптованого особистісного опитувальника ММРІ можна виділити дві групи людей з різним ступенем психологічної адаптації: 1) ті, що мають добру психологічну адаптацію; 2) тих, хто має слабку психологічну адаптацію. Ці групи відрізняються певними особистісними характеристиками, які багато в чому визначають успішність психологічної адаптації.

До першої групи належать особи, яким притаманні такі характерні якості: піднесений настрій, підвищена балакучість. Для них зазвичай характерна переоцінка своїх сил і можливостей, що нерідко призводить до завищеної самооцінки. Це тип особистості, в структурі якого виділяється фактор емоційної рухливості. Такі люди адекватно і гнучко реагують на зміни в соціальній сфері і ставлення оточуючих. Вони комунікабельні, готові допомогти іншим. При цьому в структурі їх особистості присутній такий компонент, як ригідність. Це виражається в певній стійкості афекту. У поведінці цих осіб можна відзначити риси вразливості, підвищеної психологічної вразливості.

Друга група характеризується як неадаптованість або малоадаптованість. Це особи, які не досягли психологічної реабілітації. Вони живуть в стані внутрішнього дискомфорту і конфлікту, що не

піддається вирішенню власними силами. У них на перший план виступають чинники тривожності і некерованості поведінкою. Основне для таких людей - почуття страху, що породжується зовнішніми обставинами. Вони часто сором'язливі, скуті, закомплексовані. У цих людей зазвичай відзначаються ознаки невпевненості в собі, в своїх силах і можливостях. Г. Пуочяускене показує, що це є результатом внутрішньої каузальної атрибуції, яка характеризується відношенням суб'єкта до успіхів і невдач своєї діяльності, локалізацією перешкод всередині самої особистості, а не зовні, в незалежних від неї обставин. З точки зору Г. Пуочяускене, саме розвиток внутрішньої каузальної атрибуції є тим вирішальним умовою, яке забезпечує сприятливий перебіг процесу реадптації[56]. Розуміння внутрішньої каузальної атрибуції пов'язано з певними структурами «образу Я» (зокрема, з переживанням свого дефекту) і з таким особистісним утворенням, як рівень домагання.

Кінцеву мету психологічної реабілітації інвалідів по зору сформулював Т. Руппонен: нею є досягнення такого психологічного стану, коли людина сприймає свій зоровий дефект як одне зі своїх якостей, тобто певну індивідуальну характеристику, яка відрізняє його від інших, але не більше того. Досягнення такого стану можливо лише при певній психологічній роботі з індивідом і, крім того, при адекватному ставленні до нього з боку соціального оточення, тобто при певній психологічній підтримці широкого кола людей[45].

В. Гудоніс взагалі розглядає ставлення зрячих до сліпого як основну проблему соціальної реабілітації. У масі зрячих (близько 80%, за даними автора) побутує думка, що незрячий - це знедолений долею, безпорадна людина. На думку В. Гудоніса, таке сприйняття незрячих пов'язано з їх ізолюваністю в суспільстві[28].

Особливостям міжособистісного сприйняття сліпих і зрячих було присвячено дослідження В. Петренко і В. Вашнілайте [41]. Досліджувалися уявлення сліпих про зрячих і зрячих про сліпих методом семантичного

диференціала Осгуда. Було встановлено, що є зв'язок між стереотипним сприйняттям сліпого зрячими і тими оцінками, які сліпі очікують від зрячих. У той же час сліпі не ідентифікують себе зі «стереотипним образом сліпого», що є у зрячих. Порівняння уявлень сліпих і зрячих про мотиви поведінки інших людей також показало розбіжність. Було виявлено, що для сліпих більш важливою, ніж для зрячих, є категорія альтруїзму.

Дослідження соціальних установок сліпих по відношенню до зрячим і по відношенню до себе було проведено А. Суславічюсом[69]. Було показано, що установки зрячих і сліпих різні. Так, у зрячих можна виділити три групи соціальних установок.

1. Соціальна установка ігнорування сліпих, уникнення контактів з ними. Багато зрячі виходять при цьому з судження, що сліпим неприємний контакт зі зрячими.

2. Псевдопозитивна установка, яка зводиться до того, що зрячі поблажливі в своєму ставленні до сліпих. Виходячи з цього, зрячі знижують вимоги до осіб з порушеннями зору, що може вести до обмеження активності останніх. Це часто відзначається в батьківських установках. Іншим проявом псевдопозитивна установки є нетактовне ставлення зрячих, коли в присутності незрячої людини її починають шкодувати, розпитують про дефект та ін.

3. Адекватна соціальна установка, яка включає в себе правильну оцінку реальних можливостей особи з порушеннями зору, створення для неї сприятливих умов розвитку її здібностей і досягнення життєвих цілей.

Установки осіб з порушеннями зору по відношенню до зрячих також можуть бути розділені на три типи:

1. Соціальна установка залежності, тобто з точки зору незрячої людини зрячі зобов'язані допомагати сліпому і багато робити за нього.

2. Установка уникнення зрячих, перевагу спілкування з собі подібними.

3. Адекватна соціальна установка, коли спілкування з іншими людьми буде утворюватися не на основі наявності або відсутності у них зорового дефекту.

Було також доведено, що установка осіб з порушенням зору по відношенню до себе має особливості. В першу чергу це пов'язано з оцінкою своєї зовнішності. При цьому оцінка незрячих саме цього чинника залежить від критерію, який вони використовують як точку відліку, власне уявлення про себе, побудоване за оцінкою свого положення, або відбувається орієнтація на зовнішні оцінки, що надходить від оточуючих [39].

Оцінка своєї зовнішності є складовою частиною інтегративної оцінки самого себе. Дослідження самооцінки сліпих показало, що сліпі схильні відносити себе до вкрай позитивним або вкрай негативним значенням на шкалі самооцінки. Або сліпі вважають себе нездатними до виконання своїх життєвих завдань, або їх самооцінка завищена, що проявляється в ігноруванні факту сліпоти і її наслідків[69].

Як зазначає Т. Руппонен, зміни в самооцінці пов'язані з адаптацією до свого стану, а також з тим, що в процесі свого розвитку діти з вродженою сліпотою переживають кілька психологічних криз, пов'язаних з усвідомленням того, що вони не такі, як багато їхніх однолітків. Особливо гостро ця криза, на думку Т. Руппонен, переживається в підлітковому віці. Про це ж свідчать і дані Т. Маєвського, який показав, що в підлітковому віці має місце загострення порушень соціальних відносин у зв'язку з тим, що діти починають усвідомлювати свій зоровий дефект[42].

Зазначені вище фактори розбіжності соціальних установок зрячих і осіб з порушенням зору, особливості самооцінки незрячих визначають соціальний статус незрячого в системі соціальних міжособистісних відносин. Як показало дослідження Р. Банзьявічене, порушення процесів спілкування, викликане певними особливостями розвитку, є найбільш стресогенним чинником, що викликає найбільші негативні переживання [38].

Особливим бар'єром у процесі спілкування виступає недостатня психологічна компенсація осіб з порушеннями зору і відсутності у них навичок спілкування. Вирішенню зазначеної проблеми сприяє ранній початок реабілітаційного процесу та здійснення психологічної підготовки незрячих у період активного становлення особистості. У зв'язку з цим актуальною стає підготовка до самостійного життя та попередження негативних змін у житті. Це включає:

- 1) формування уявлення про себе самого, ставлення до свого дефекту, ставлення до інших людей;
- 2) формування ставлення до життєвих цілей, ставлення до минулого і майбутнього, ставлення до життєвих цінностей;
- 3) формування ставлення до безпосереднього соціального оточення, до відносин з іншою статтю[37].

Формування основних особистісних структур: образу себе, спрямованості особистості і її тимчасової перспективи, відносин з іншими неможливо без самого головного і основного умови формування особистості дитини - наявності можливостей для придбання широкого соціального досвіду, отримання якого можливо лише в широкому комунікаційному взаємодії дитини з дорослим. Особливе значення в формуванні особистості має система відносин до дитини в ранньому та дошкільному дитинстві.

Вплив різних типів відносин в сім'ї на розвиток особистісних якостей людей з вадами зору вивчалися Г. Буткіним і С. Хорош[14].

З усього різноманіття можливих типів взаємовідносин в сім'ї розглянемо три варіанти неблагополучних взаємовідносин, які мають негативний вплив на формування особистості:

1. Виховання дитини з порушеннями зору в атмосфері надмірної турботи. Дорослі члени сім'ї її ні до чого не привчають, оберігають від найменших зусиль, виконуючи будь-яке її бажання. Оберігають дитину від будь-якого ризику, балують її, потураючи різним капризам і примхам.

Досить часто зайва опіка супроводжується надмірним проявом любові, переоцінкою здібностей дитини. Дуже часто за таких взаємин дитина починає маніпулювати дорослими. Саме такі взаємини шкодять і самій дитині, оскільки надмірна любов без вимогливості, без формування уявлень про свої обов'язки, призводить до того, що дитина не в змозі самостійно жити і задовольняти свої потреби. У таких дітей формується споживацька психологія та відсутність опору будь-яким життєвим негараздам.

2. Деспотична поведінка батьків до дитини з порушеннями зору. Такий варіант спілкування в значній мірі визначається особливостями батьків, як правило, одного з них. Батьки на перше місце ставлять суворість, твердість і жорсткість. Тут панує залізна непохитність у вказівках і вимогах, і ніякі надзвичайні обставини не в силах скасувати або послабити їх. Образи, недовіра – звичайний стиль відносин в таких сім'ях. Практика покарань, погроз тримає дітей в постійній напрузі, пригнічує і травмує їх. Прояв бездумної жорсткості до дитини викликає відповідну реакцію – брехня і почуття роз'єднаності. Підкоряючись волі дорослого, дитина відчуває агресію до нього і, якщо відчуває свою безкарність, переходить до відкритої непокори. Інші діти замикаються, віддаються мріям і фантазіям. Авторитарні батьки страждають емоційної глухотою, що робить їх нездатними до співпереживання і істотно ускладнює їх розуміння тієї суб'єктивної життєвої ситуації, в якій знаходиться сліпа дитина, а також її потреби та інтереси. Дитина росте або несамоствійною, пригніченою, часто малоініціативною, або вступає на шлях безперервного хронічного конфлікту, у неї розвивається відкрита або прихована агресивність.

3. Загальне емоційне відчуження членів сім'ї і батьків по відношенню до дитини з вадами зору призводить до відсутності взаєморозуміння між ними і духовної роз'єднаності. Дитина в такій родині живе вузькими інтересами, замкнувшись у своєму внутрішньому світі, в який вона не допускає батьків. У неї не формується потреба в спілкуванні ні з членами сім'ї, ні з іншими людьми. Ситуація емоційного відчуження ранив дитину,

у неї загострюється відчуття неповноцінності і своєї непотрібності, виникає рання глибока тривожність, і вона, зрештою, не зможе розвинути в собі адекватного почуття власної гідності. Самооцінка невинувато занижена[48].

Життя дітей з вадами зору ускладнюється ще й тривалим проживанням в період навчання в школі-інтернатах, що супроводжується умовами регламентованого, обмеженого спілкування. Спілкування дорослих та дітей в цих умовах будується швидше за формальними, а не індивідуальними емоційними принципами.

Дослідження глибинних структур особистості підлітків і старших школярів з порушенням зору (Р. Курбанов, А. Віленська) проводилися по проєктивним методикам: використовувалася методика незакінчених пропозицій, методика самооцінки Дембо - Рубінштейн та методика визначення рівня домагань. Аналіз даних виявляє у підлітків тенденцію заниження рівня домагань в порівнянні з іншими. Це ж характерно і для старшокласників з порушеннями зору. При цьому серед групи підлітків з порушеннями зору є великий діапазон коливань в рівні домагань, відзначається також тенденція зниження числа адекватних виборів при переході від ідеального до реального рівня домагань. Стратегія дослідження рівня домагань у старших школярів дозволяла простежити, як випробуваний будує свою поведінку під час руху від однієї проміжної мети до іншої і як на нього впливає успіх або неуспіх. Незрячі старші школярі найкраще виконували завдання на запам'ятовування і мали серйозні труднощі при вирішенні завдань, що вимагають спільних знань. Це свідчить про невміння незрячих школярів користуватися інформацією, що міститься в книгах, журналах, радіопередачах, нездатності знайти в своїй пам'яті необхідний матеріал. Як уже зазначалося, рівень домагань незрячих учнів виявився трохи нижче, ніж у школярів без порушень зору. Якщо найбільше число виборів зрячих лежить в зоні максимально складних завдань, то у незрячих - в зоні найменшою складності. Це говорить про

їхню невпевненість у собі, про несприятливі умови особистісного розвитку і в поєднанні з досить високою самооцінкою свідчить також про те, що незрячих в більшості випадків задовольняє середній рівень розвитку. Для незрячих підлітків особистісно значущими є відносини з однолітками, своїми однокласниками, з близькими дорослими, ставлення до свого дефекту[24].

Результати дослідження за шкалою «здоров'я» показують, що діти цього віку ще недостатньо адекватно оцінюють себе в зв'язку зі своїми зоровими можливостями. Спостерігається тенденція або завищення самооцінки за цією шкалою, коли підліток поміщає себе значно вище середини, а в бесіді визнається, що, на його думку, порушення зору не пов'язано зі здоров'ям, або заниження самооцінки, коли учень поміщає себе на шкалі нижче середини, мотивуючи це тим, що порушення зору є серйозною перешкодою для поліпшення здоров'я. Слід зазначити, що для незрячих підлітків і при оцінюванні себе по інших шкалах, особливо за шкалою «щастя», характерна тенденція заниження самооцінки в зв'язку з наявністю у них зорового дефекту[62].

Найбільшу цінність для незрячих старшокласників, за отриманими даними, представляють такі якості, як цілеспрямованість, вміння досягати поставленої мети. Однак називаючи ці якості, вони не розкривають способів їх досягнення. Привабливими рисами характеру в людях і в собі сліпі вважають терпимість, вміння стримувати себе в конфліктних ситуаціях. Результати дослідження показали також, що у незрячих старшокласників значне місце займають свідомість провини, страхи і побоювання. У більшості учнів це «соціальні страхи», пов'язані зі спілкуванням з іншими людьми[25].

У незрячих старшокласників проявляється двояке ставлення до статевого життя. Воно пов'язане зі страхами і побоюваннями, з усвідомленням провини і є джерелом сильних внутрішніх конфліктів. Аналіз ставлення до свого дефекту показав, що учні порівнюють

себе зі зрячими, хочуть довести, що вони кращі за них, і це також прояв глибокого внутрішнього конфлікту.

Таким чином, згідно з результатами досліджень рівень домагань і самооцінки незрячих школярів трохи нижче і менш стійкий, ніж у зрячих, у них не сформоване адекватне ставлення до свого дефекту; спілкування відбувається у формі монологу, що ускладнює контакти з іншими людьми; значущими сферами особистості є відчуття провини, відношення до статевого життя. Це з великою дозволяє ставити питання про необхідність проведення серйозної корекційної роботи[32].

Роль діяльності у компенсації дефектів зору в даний час відзначається практично в кожному тифлопсихологічному дослідженні. Вперше на компенсаторну роль діяльності вказав Л. Виготський (теорія культурно-історичного розвитку). Це положення отримало розвиток в праці М. Земцової, «Шляхи компенсації сліпоти»[18], в якій він зазначає про ефективність компенсації сліпоті і реабілітації осіб з вадами зору в процесі організації різних видів діяльності. У дослідженнях Л. Солнцевої розкрито роль предметно-практичної, ігрової та навчальної діяльності у формуванні компенсаторних процесів у сліпих дошкільнят і в їх загальному психічному розвитку[49].

Період до трьох років для дитини з порушеннями зору є найбільш важким у порівнянні зі зрячими дітьми. У цей час спостерігається значне відставання незрячого дитини через що виникають вторинні порушення, викликаних сліпотою, і що виражаються в першу чергу в недорозвиненні предметної діяльності, в уповільненому розвитку процесів спілкування, в дефектах орієнтування, недостатньою мобільністю, в загальному розвитку моторики.

Оволодіння предметними діями в значній мірі ґрунтується на спільній діяльності сліпої дитини і дорослого, в якій провідну роль відіграє дорослий.

Простежуючи взаємну залежність фізичного і психічного розвитку маленьких сліпих дітей, Е. Мейер вказував, що обмеження фізичної спритності сліпих позначається на рівні психічного розвитку і, зокрема, їх інтелектуальних здібностей. У зв'язку з цим допомога в розвитку маніпулятивних здібностей для незрячого має вирішальне значення [54].

Самонавчання предметним діям в ранньому та дошкільному віці, як правило, пов'язане з використанням іграшок, гра з якими вимагає оволодіння їх функціями. У самій іграшці закладений образ рухових дій.

Для сліпих і слабозорих дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, як і для зрячих, найбільш активної самостійної діяльністю є гра. Охоплюючи сенситивні періоди життя дітей з аномаліями у розвитку, гра підвищує їх абілітаційні можливості, сприяє корекції і компенсації дефектів, пов'язаних зі сліпотою. Як зона найближчого розвитку дитини, гра є засобом його всебічного розвитку і пізнання навколишнього світу, виховує позитивні якості особистості[73].

Ігрова діяльність дітей з порушенням зору розглядається в тифлопсихологічних дослідженнях в різних аспектах: її позитивна роль у розвитку компенсаторних процесів (Л. Солнцева), у формуванні моральних якостей і стимулюванні громадської діяльності підлітків у позакласній роботі (Е. Стерніна, І. Чигринова), формуванні предметних та ігрових дій (С. Хорош), у розвитку зорового сприйняття (Л. Плаксина), у фізичному розвитку і орієнтації в просторі (В. Кручинін, Р. Азарян, В. Нікітін), у корекції і розвитку засобів спілкування (М. Загорський)[44].

У грі виявляються різні типи соціальної поведінки дітей.

Д. Маллаєв виділив чотири рівні соціальних відносин, характерних для дітей з порушенням зору при здійсненні ігрової діяльності: 1) орієнтація на свої потреби і бажання при слабкій мотивації до врахування інтересів інших; 2) засвоєння правил поведінки, але небажання їх виконувати; 3) формальне, пасивне засвоєння правил; 4) соціальні норми і

правила поведінки стають визначальними і регулюючими позицію дитини в грі та її взаємини з однолітками і дорослими [43].

Поява в процесі гри конфліктних ситуацій при порушеннях зору в значній мірі пов'язано з труднощами організації спільної гри, контролю за діями своїх товаришів по грі, розуміння функціональних відносин при реалізації взятої на себе ролі, відсутністю спеціальних аксесуарів, які сприяють розумінню ігрової ситуації. Д. Маллаєвим запропонована концепція формування гри як засобу корекції недоліків в психічному розвитку, що результатом глибоких порушень зору. Дана концепція має на увазі оптимізацію процесу навчання ігровими діями, рольовими позиціями і діями з ігровими матеріалами. Елементи навчання, що входять в гру, готують дітей до переходу, пов'язаного з оволодінням навчальною діяльністю[49].

Формування навчальної діяльності у сліпих і слабозорих школярів - тривалий і складний процес, основою якого є формування готовності свідомо і цілеспрямовано оволодівати знаннями. Тифлопсихологія і тифлопедагогіка, обґрунтовують специфічні дидактичні принципи роботи вчителя з дітьми, що мають глибокі порушення зору. Одним з таких є принцип посиленого педагогічного керівництва (І. Моргуліс), що передбачає здійснення навчальної діяльності з активною позицією дитини і вчителя[52].

Л. Виготський вважав формування ставлення дитини до вимог дорослого основним моментом, що визначає і характеризує навчальну діяльність. Систему вимог до дитини Л. Виготський називав програмою вихователя. У ранньому дитинстві дитина не усвідомлює цю програму, але поступово до кінця дошкільного періоду вона починає діяти за програмою дорослих, тобто вона стає її їхньою програмою. Таким чином, вимоги, що висуваються вчителем, стають вимогами дитини до самого себе. Особлива роль належить дидактичним іграм, оскільки в них поєднується ігрова та пізнавальна діяльність, що створює сприятливі умови для активного

засвоєння знань і становлення навчальної діяльності. Дитина повинна навчитися сприймати навчальну задачу, приймати її як обов'язкову для виконання, спрямовуючи свої дії на вирішення, засвоювати новий матеріал, застосовувати його в наступному навчальному завданні [22].

Організаційно-вольова сторона навчальної діяльності є найважливішою в компенсації зорової недостатності. Навчальна діяльність дітей з порушеннями зору має як риси, властиві зрячим, так і особливості, зумовлені патологією зору. Так, навчальна мотивація при виконанні завдання має місце у всіх дітей, проте її стійкість у сліпих і слабозорих дітей значно нижче. Маючи завдання виконати послідовний ряд вправ, діти можуть вважати, що мета досягнута, виконавши тільки одне з них.

У вітчизняній психології увага визначається як спрямованість і зосередженість психічної діяльності людини, активність її особистості в даний момент і за даних умов [72].

При глибоких порушеннях зору спостерігається зниження активності, найбільш чітко проявляється в ранні періоди розвитку, що пов'язано з неможливістю сприймати подразники порушеним зоровим аналізатором і реагувати на них. Відсутність зорових вражень знижує рівень зовнішньої стимуляції діяльності дитини, що призводить до меншої її активності по відношенню до зовнішнього світу. Цілий ряд зарубіжних учених (Г. Шаурте, І. Цойтен, Д. Хатвелл, Анна-Марі Сандерс, Д. Бурінхем, Д. Уоррен, Т. Катсборт і ін.) відзначають низький рівень загальної активності незрячої дитини в ранні періоди розвитку і меншу її рухливість. Проявляється це і в орієнтовно-пошукової діяльності. У зв'язку з цим увага як спрямованість діяльності, її вибірковість, має своєрідні особливості. Обмеженість зовнішніх стимуляцій призводить до збільшення уваги до свого "Я", в превалювання серед сліпих, у порівнянні зі зрячими, кількості інтровертів, у вибіркової спілкування з вузьким колом добре знайомих людей (В. Мерлін, Д. Уоррен) [26].

Практично всі якості уваги, такі як активність, спрямованість, широта (обсяг, розподіл), переключення, інтенсивність, зосередженість (висока, знижена), стійкість, проявляються під впливом порушення зору. Зменшення кількості і різноманітності зовнішніх вражень негативно позначається на формуванні якостей уваги. Уповільненість процесу сприйняття позначається на темпі переключення уваги; незавершеність і фрагментарність образів - на зниження обсягу, стійкості уваги [24]. Активне включення людей з вадами зору в спільну діяльність із зрячими вимагає більшої самостійності та вміння керувати своєю діяльністю. Таким чином, у навчальній діяльності важливою умовою є наявність довольної уваги, уміння зосереджуватися на завданні. У такій специфічній діяльності, як орієнтування в просторі, як і в трудовій діяльності, умовою ефективності та результативності є вміння переключати увагу в процесі вирішення конкретних практичних завдань. Людям з вадами зору необхідно активно використовувати інформацію, отриману від усіх збережених аналізаторів, щоб компенсувати порушення зору; концентрація уваги на аналізі інформації одного з видів прийому не створює адекватного і повного образу, що призводить до зниження точності орієнтування і трудової діяльності. Процес реабілітації та інтеграції сліпих і слабозорих у сучасне суспільство з його технічним прогресом вимагає від них більшої самостійності й активності, що пов'язано з розвитком таких якостей, як довольність організації діяльності, її стабільність і інтенсивність, постійність і інтелектуальність. широта обсягу уваги, уміння розподіляти і переключати її залежно від умов і вимог діяльності. Безпосередній зв'язок із діяльністю, у процесі якої формуються духовні потреби, інтереси, вольові якості та самосвідомість як особистості, визначає і характеризує рівень розвитку уваги та його спрямованість.

Тому включення незрячих у діяльність є неодмінною умовою розвитку довольного і мимовільного видів уваги. Одним із видів такої

діяльності, в якій створюються необхідні умови реабілітації та інтеграції осіб з порушеннями зору є адаптивна фізична культура.

1.3. Адаптивна фізична культура у роботі з дітьми дошкільного віку з порушеннями зору

Стан людей з обмеженими можливостями, обумовлений стійкими структурним і функціональними змінами організму, в даний час охоплює більше 800 мільйонів людей, що складає не менше 10 % населення планети. На цьому фоні одним з серйозних підсумків гуманізації суспільного розвитку кінця XX – початку XXI ст. постало зростання значущості соціалізуючих практик, що стосуються осіб з обмеженими можливостями. Адаптивна фізична культура (АФК) і спорт є одними з найважливіших напрямків роботи з цією категорією населення. Сьогодні це явище пов'язане з численними сподіваннями щодо розвитку системи комплексної реабілітації інвалідів та перспективами забезпечення умов для всебічного розвитку осіб з вадами здоров'я. Особа з обмеженим станом здоров'я має функціональні ускладнення внаслідок захворювання, відхилень або недоліків у розвитку, здоров'ї, зовнішньому вигляді, внаслідок непристосування зовнішнього середовища до її потреб, а також будь-яких упреждень суспільства щодо собі. Тому сучасне населення планети має усвідомлювати наявність інвалідів та необхідність забезпечити їм нормальні умови життя. Особливістю будь-якої культури є творче начало. Отже, можна стверджувати, що адаптивна фізична культура, як нова навчальна дисципліна, є творчою діяльністю, метою якої є: перетворення природи людини; «окультурення» людського тіла; одужання людини; формування інтересів, мотивів, потреб, звичок; розвиток вищих психічних функцій; виховання особистості та самовиховання; самореалізація особистісних здібностей людини. Слід зазначити, що адаптивна фізична культура відіграє важливу роль у соціалізації інвалідів. Адаптивна фізична

культура - це соціальне явище, метою якого є встановлення і закріплення соціальних зв'язків людини, яка раніше була обмежено доступна або взагалі не була включена в соціальний процес, залучення її до повноцінного життя, наповненого нового змісту, емоцій, почуттів. Тобто адаптивна фізична культура – це радше не метод лікування, а засіб переключення уваги інвалідів із хвороби на спілкування, активний відпочинок і розваги. Л. Шапкова розглядає адаптивну фізичну культуру як частину загальної культури, підсистему фізичної культури, одну зі сфер соціальної діяльності, спрямовану на задоволення потреб осіб з обмеженими можливостями в руховій діяльності, у формуванні, збереженні та підтримці здоров'я, розвиток особистості, самореалізація фізичних і духовних сил, з метою підвищення якості життя, соціалізація та інтеграція людини в суспільство[79].

За словами С. Євсєєва, адаптивна фізична культура є більш широким поняттям порівняно з лікувальною фізичною культурою та фізичним вихованням дітей з вадами здоров'я [33]. Адаптивна фізична культура - це система вдосконалення і гармонізації всіх сторін і властивостей людини з відхиленнями в здоров'ї (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних та ін.) за допомогою фізичних вправ, природних, екологічних і гігієнічних факторів. ; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини в процесі комплексної реабілітації та соціальної інтеграції. Адаптивна фізична культура (АФК) — це вид загальної фізичної культури людей з вадами здоров'я. Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєвого тону людини, підтримання в ній оптимального психофізичного стану дає можливість кожному інваліду реалізувати свій творчий потенціал і досягти видатних результатів, не тільки в порівнянні з результатами здорових людей, але й перевищує їх. Для багатьох людей з обмеженими можливостями АФК – це єдиний спосіб «пробити» замкнутий простір, увійти в суспільство, знайти нових друзів, отримати можливість

спілкування, повноцінних емоцій, пізнання світу тощо. Саме тут, часто для вперше в житті вони пізнають радість руху, вчаться перемагати і гідно переносити поразки, усвідомлюють щастя подолання самого себе. У людей з відхиленнями у здоров'ї адаптивна фізична культура формує: свідоме ставлення до своїх сильних сторін порівняно із сильними якостями середньої здорової людини; здатність долати не тільки фізичні, а й психічні бар'єри, що заважають повноцінному життю; компенсаторні навички, тобто дозволяють використовувати функції різних систем і органів замість тих, які відсутні; здатність долати необхідні для повноцінного функціонування в суспільстві за допомогою фізичних навантажень; потреба бути здоровим і вести здоровий спосіб життя; розуміння необхідності особистого внеску в життя суспільства; прагнення до облагородження особистих якостей; підвищити свою розумову та фізичну працездатність[80].

Гіподинамія та гіпокінезія є одними з багатьох факторів, що обмежують підтримку оптимального психофізичного стану інвалідів, їхню трудову, побутову та культурну діяльність, а головне, які здатні розвинути цілий «букет» негативних змін в організмі. Негативний вплив останнього на всі без винятку органи і функціональні системи людини загальновідомий і неодноразово описаний як у науковій, так і в популярній літературі. Тільки грамотно організована рухова діяльність може стати надійною перешкодою різним захворюванням, допомогти людині, яка потрапила в стан вимушеної гіподинамії та гіпокінезії (обмеження природних рухових рухів тощо), оптимізувати її психофізичний стан. У вирішенні завдань соціалізації цієї категорії населення, реалізації відповідний сучасним умовам спосіб життя як кінцева мета реабілітації, підвищення якості їхнього життя[60]. Адаптивна фізична культура є найважливішою складовою всієї системи реабілітації інвалідів та осіб з вадами здоров'я, усіх її видів і форм. Вона яскраво присутня в усіх сферах людської діяльності і тому становить основу соціально-трудової, соціально-побутової та соціально-культурної

реабілітації; виступає як важливий засіб і метод медичної, технічної, психологічної, педагогічної реабілітації.

Рухова мобільність людини з обмеженими можливостями є одним із важливих критеріїв етапної характеристики реабілітаційного процесу. Це пояснюється тим, що, наприклад, будь-яка набута інвалідність ставить перед людиною проблему адаптації до життя в його новій якості, що, у свою чергу, майже завжди пов'язане з необхідністю оволодіння новими життєво важливими і професійно важливими знаннями, перцептивних, рухових умінь і навичок, розвиток і вдосконалення спеціальних фізичних і психічних якостей і здібностей. А це неможливо без використання засобів і методів адаптивної фізичної культури. Отже, предметом адаптивної фізичної культури є принципи, методи та методичні прийоми навчання руховим діям під час адаптивної фізичної культури. Вищевикладене дозволяє сформулювати мету та основну установку (лейтмотив) адаптивної фізичної культури. Основною метою адаптивної фізичної культури є максимально можливий розвиток життєвих сил людини, яка має стійкі відхилення в стані здоров'я або інвалідність, за рахунок забезпечення оптимального режиму функціонування фізичних і рухових характеристик і духовних сил, вивільнених природою і ті, що залишилися в процесі життя, та їх гармонізація для максимально можливої самореалізації як соціально та індивідуально значущого суб'єкта. Мета адаптивної фізичної культури дозволяє сформулювати основне ставлення до діяльності в цій сфері як тих, хто нею займається, так і викладача (викладача, тренера, методиста). Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєвого тону людини, підтримання її оптимального психофізичного стану дають кожному інваліду можливість реалізувати свій творчий потенціал і досягти видатних результатів, не тільки в порівнянні з результатами здорових людей, але навіть перевищуючи їх [2].

Досить назвати такі імена, як: Тамерлан, Франклін Рузвельт, Олексій Маресьєв, Валентин Дикунь, Святослав Федоров, Ольга Скороходова та

багато інших, щоб переконатися, що інвалідність, ті чи інші вади здоров'я не можуть зупинити людей цілеспрямованих, які мають сильну волю. . І першим кроком на цьому шляху (новому для тих, хто отримав інвалідність у процесі життя) може і повинна стати адаптивна фізична культура, яка дозволяє набути вмінь і навичок, якостей і навичок, необхідних у будь-якому типі людини. діяльності, у спілкуванні об'єктів між собою. Завдання адаптивної фізичної культури якраз і полягають у максимальному відволіканні від їхніх захворювань і проблем у процесі змагальної чи оздоровчої діяльності людей з обмеженнями здоров'я, яка передбачає спілкування, розваги, активний відпочинок та інші форми нормальної життєдіяльності. Завдання, які вирішуються в адаптивній фізичній культурі, повинні базуватися на конкретних потребах кожної людини[4].

Пріоритетність окремих завдань значною мірою визначається компонентом (видом) адаптивної фізичної культури, навчальним матеріалом, матеріально-технічним забезпеченням навчального процесу та іншими чинниками. В узагальненому вигляді завдання з адаптивної фізичної культури можна розділити на дві групи. Одна група завдань впливає з характеристик осіб з вадами здоров'я або інвалідів (корекційні, компенсаційні та профілактичні завдання). Друга група - виховні, виховні та оздоровчі завдання - найбільш традиційні для фізичної культури. У зв'язку з тим, що об'єктом уваги в адаптивній фізичній культурі є людина з відхиленнями у стані здоров'я, цілком логічно спробувати, використовуючи величезні можливості цього виду діяльності, виправити наявний недолік, виправити, по можливості, його основний дефект. Причому, чим раніше буде виявлено той чи інший дефект, тим більша ймовірність його виправлення. Говорячи про корекційні завдання, маються на увазі порушення (дефекти) не тільки опорно-рухового апарату (поставка, плоскостопість, ожиріння тощо), а й сенсорних систем (зір, слух), мови, інтелекту, емоційно-вольової сфери, соматичних функціональних. системи тощо. Так, наприклад, цілеспрямована робота над зміцненням м'язів, що

рухають око, може привести до поліпшення зору; етап формування розумових дій у матеріальній формі (за Я. Гальперіним) значно підвищує ефективність цього процесу; навчання навичку довільного м'язового розслаблення дозволяє зняти психологічні «затискачі», скорегувати емоційний стан і т.д. Звичайно, корекційна робота може проводитися як щодо основного дефекту і супутніх захворювань, так і щодо вторинних порушень, викликаних основним дефектом. У разі неможливості корекції на перший план виходять компенсаторні завдання (формування у сліпих просторово-часової орієнтації, «тренування» збережених сенсорних систем, навчання ходьбі на протезах тощо). І, нарешті, та чи інша вада, те чи інше захворювання вимагає обов'язкової профілактичної роботи (вирішення профілактичних завдань). Так, наприклад, обмеження рухливості людини вимагає цілеспрямованої діяльності з профілактики захворювання, викликаного гіподинамією та гіпокінезією. Звичайно, всі перелічені завдання вирішуються в контексті засвоєння тих чи інших знань, умінь і навичок (навчальні завдання); виховання певних якостей особистості, якими займаються (виховні завдання); розвиток їх фізичних якостей і здібностей, зміцнення м'язів стопи, поліпшення постави тощо (реабілітаційно-розвивальні завдання) [5]. Слід зазначити, що предметом професійної діяльності з адаптивної фізичної культури як викладача, так і тих, хто нею займається, є цілеспрямоване вирішення перелічених завдань у роботі з особами, які мають відхилення у стані здоров'я чи інвалідність, у процес їх комплексної реабілітації, а також впровадження характерного для конкретних історичних умов способу життя, досягнення належного рівня його якості.

Висновки до першого розділу.

Аналіз проблеми порушення зору дітей дошкільного віку дозволив виділити і охарактеризувати різні види та причини таких порушень. Основні наукові дослідження присвячено вивченню таких діагнозів, як

косоокість і амбліопія, далекозоркість та інші. Спільною думкою усіх досліджень є те, що рухова активність дітей з порушеннями зору значно нижче, ніж у їхніх однолітків з масових навчальних закладів. Саме такої точки зору дотримуються сучасні науковці М. Земцова та Л. Сековець, Б. Сермеєвта інші. Особливу роль руховій активності у своїх дослідженнях відводила науковець В. Афанасьєва, зазначаючи, що у дітей з порушеннями зору є відставання у фізичному розвитку і руховій підготовленості від вихованців масових шкіл. На індивідуально-дозованих навантаженнях у дітей з вадами зору наголошували науковці В. Полинкін та В. Афанасьєва, пояснюючи тим, що у дітей з порушеннями зору в зв'язку з малою рухливістю і зниженою активністю в руховій діяльності спостерігаються недоліки у розвитку м'язових зусиль, формуванні почуття ритму. Самостійний напрям наукових досліджень представлено працями науковців-дефектологів та корекційних педагогів. У своїх роботах вони розглядають зміст корекційно-розвивальної роботи, в основному педагогічної, з дітьми з вадами зору та досліджують особливості розвитку особистості дитини з порушеннями зору. Узагальнення різних точок зору науковців дозволив зробити висновок, що вплив дефекту, і зокрема порушень зору, на розвиток психіки дитини не є тільки прямим або однозначним, це позначається в системному характері порушень, серед яких можна виділити вторинні і третинні. Тому необхідним є використання такого методу роботи із зазначеною категорією дітей, який би здійснював комплексний вплив на загальний розвиток дитини. Саме адаптивна фізична культура, яку ми тлумачимо не лише як метод лікування і розвитку особистості, а і як метод переключення уваги осіб з інвалідністю від хвороби на спілкування, активний відпочинок і розвагу. Адаптивна фізична культура – це система вдосконалення й гармонізації усіх аспектів та властивостей людини з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних й ін.) за допомогою фізичних вправ, природо-середовищних і гігієнічних чинників;

як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини.

РОЗДІЛ 2: МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

У нашому дослідженні особливу увагу було приділено групі методів, спрямованих на контроль ефективності процесу адаптивної фізичної культури, його впливу на стан здоров'я дітей дошкільного віку. Ефективність процесу застосування адаптивної фізичної культури визначається правильною оцінкою психомоторних можливостей, раніше набутого рухового досвіду, розумінням мотивації занять адаптивною фізичною культурою та життєвих інтересів дитини. Оцінка здійснюється за допомогою формалізованих тестів, які, будучи достатньо об'єктивними, дають реальну картину стану здоров'я. Мета тесту - виявити сильні і слабкі якості дитини при виборі для неї засобів фізичного виховання. За допомогою тестування оцінюють основні фізіологічні складові працездатності, отримують інформацію про зміни в організмі, що відбуваються в результаті занять. Все це дозволяє вдосконалювати і розвивати процес фізичної культури. Від правильно поставленого діагнозу багато в чому залежить результат фізичної та соціальної реабілітації, а також результати спортивної діяльності [12].

У свою чергу, медична діагностика включає дослідження психоемоційної сфери дитини з метою створення адекватних умов для якнайшвидшого виходу з негативного психологічного стану та формування мотивації до активної діяльності, занять фізичною культурою та спортом, визначення потреб у фізичних і соціальних реабілітація. При цьому

враховується характер вади і супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливість їх компенсації, необхідність оперативного, реконструктивного, консервативного лікування, протезування, термін перебування на інвалідності; оцінка ступеня рухових порушень. Визначення ступеня фізичної адаптації. Вивчення компенсації основних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, мануальна мануальна діяльність); визначення рекомендованих засобів фізичної культури, а також протипоказань; виявлення лімітуючих факторів, що перешкоджають або обмежують вибір засобів адаптивної фізичної культури або інтенсивність тренувальних занять. Наприклад, за наявності келоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або при пошкодженні шкіри, порушення функції таза з'ясовуються функціональні можливості, уточнюється специфіка тренувальних занять; визначаються обсяг та інтенсивність тренувального процесу; вибір спеціальних заходів, які необхідно проводити до і після навчання; встановлення класу спортсмена під час занять спортом [18].

Крім основних завдань, що характеризують ступінь компенсації дитини-інваліда, вирішуються допоміжні завдання: оцінка побутової залежності, рівня соціальної адаптації та ін. враховуються закономірності прояву цих функцій і якостей.

Медична діагностика включає: з'ясування скарг на здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрію, огляд, пальпацію (обмацування), перкусію (постукування) і аускультацию (вислуховування) з метою огляду шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, м'язів, кістково-м'язової, дихальної, серцево-судинної, кровотворної, травної, жовчовивідної, сечовидільної, ендокринної та нервової систем. Вимірюють пульс, частоту дихання, артеріальний тиск, вивчають рефлекси, сенсорні та рухові функції, проводять функціональні проби та лабораторні методи дослідження [3].

Вивчення та оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загальноприйнятими методиками: вимірювання росту, маси тіла, об'єму грудної клітки (в окремих випадках об'єму голови), у підлітків - ступеня статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють з віковими нормами.

Тестування сприйняття спрямоване на дослідження функцій пропріоцептивного, вестибулярного, тактильного, зорового, слухового та нюхового аналізаторів. Сприйняття якості подразника, часу його дії та кількості діючих подразників, уміння визначати: положення та напрямок свого тіла в просторі, різні частини свого тіла (один по відношенню до інших), просторові співвідношення власного тіла на подразник, діагностуються просторово-часові характеристики власних складних рухів.

Тестування мотивації дитини визначається за відповідями дорослого на запитання:

- До якого виду рухової діяльності він проявляє інтерес або мимоволі чи повертається дитина
- Чи є періодичність у руховій активності дитини протягом дня, тижня, місяця, року?
- Як дитина демонструє своє прагнення до розвитку?
- Чи здатна дитина надовго зосередитися на своїй діяльності і як? У тому числі із зовнішніми перешкодами.
- Які перешкоди для неї важливі?
- Чи робить дитина те, що робила після того, як її увагу відвернули?

При оцінці психофізіологічного та фізичного розвитку виділяють три групи за сигмоподібними відхиленнями від середнього арифметичного значення: середній рівень розвитку від $M - 1\sigma$ до $M + 1\sigma$; вище середнього - більше $M + 1\sigma$; нижче середнього - менше $M - 1\sigma$ [25].

Програма дослідження довільних рухових реакцій дітей, розроблена Т. Круцевич (1999), передбачає вимірювання чотирьох типів реакцій:

- прості рухові реакції на світло (визначення прихованого періоду неробства

зорово-моторна реакція на світловий сигнал);

- прості рухові реакції на звук (визначення прихованого періоду неробства

сенсомоторна реакція на звуки різної сили);

-тактильну чутливість оцінюють за допомогою лінії McWorty[40].

При цьому вони зосереджені на моменті, коли випробуваний визначає кількість подразників, що діють на тактильний аналізатор. Опорно-рухове відчуття вимірюється кінематометром Жуковського при виконанні завдання, в якому обстежуваний повинен зігнути руку під заданим кутом без участі зорового контролю.

Силу нервової системи вивчають за методом Копитової. Індексом служить зміна латентного періоду простої зорово-моторної реакції в кінці дослідження в порівнянні з початком. Лабільність нервової системи досліджують за допомогою приладу для визначення критичної частоти світлового сигналу. Показником рівня лабільності нервової системи є середня частота переходу суцільного світла в дискретний. При визначенні рухливості нервових процесів досліджують стійкість і переключення уваги [46].

Стійкість уваги визначається за таблицями Анфімова. Переключення уваги вивчають за таблицями Шульга-Платонова за допомогою секундоміра. При визначенні показників пам'яті вивчають механічну і семантичну пам'ять. Механічну пам'ять вивчають за допомогою таблиць з двозначними числами. Показником рівня механічної пам'яті є кількість чисел, правильно відтворених після запам'ятовування. Семантична пам'ять вивчається за допомогою карток із надрукованими словами. Показником семантичної пам'яті є коефіцієнт логічного запам'ятовування, який визначається відношенням кількості правильно відтворених слів до кількості всіх слів на картках. Дослідження рухових можливостей

проводять, починаючи зі з'ясування, на якому етапі розвитку рухової сфери відбулася затримка. Для цього визначаються можливості дитини:

- ступінь вертикалізації тіла в просторі (чи може воно підняти і утримати

голова з положення лежачи на животі і на спині, самостійно і без допомоги сісти, встати і стояти);

- стійкість (або здатність підтримувати себе руками в положенні лежачи на животі, сидячи або може регулювати загальний центр мас тіла в положенні стоячи);

- врівноваженість (або здатність балансувати, відновлювати рівновагу тощо);

- спосіб (та його якісні характеристики) пересування в просторі (не пересувається самостійно, перевертається з живота на спину, зі спини на живіт, повзає або повзає, пересувається за допомогою інвалідного візка, пересувається на милицях, спираючись на милиці або одна милиця, ходить самостійно, в останньому випадку вивчається хода);

- гнучкість;

- точність диференціювання рухів;

- ступінь маніпулювання дрібниціями[27].

Рухові можливості дітей визначаються наступним чином:

- встановивши контакт з дитиною, дають їй цікаву для нього річ (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як він бере його в руки (положення долонь і пальців): асиметрія положення рук, згинання пальців однієї з рук, їх надмірне напруження, зміщення однієї з рук вниз, останнє спостерігається, коли сильніша рука прагне «підтримати» річ знизу;

- просять дитину повернути те саме назад («Дай м'яч!»). Передача речі здійснюється кілька разів, щоб переконатися в не випадковості попередніх зауважень. Після цього вони переходять до більш складних форм зорової взаємодії: кидка м'яча спочатку з невеликої відстані, а потім з більшої. Тривожні ознаки, виявлені під час першого тесту, тут повинні бути

сильнішими. Уражена рука може відчувати посмикування, тремор, надмірні рухи пальців або всієї руки. Кисть і пальці можуть перейти в більш зігнуте положення під час фізичного навантаження. Можуть з'явитися мимовільні надмірні рухи; продовжувати ускладнювати рухові завдання: кинути м'яч на підлогу хулігану, спостерігати, як він піднімає його в кілька спроб (обома руками або по одній, якщо щадить ураженого), запропонувати дитині кинути м'яч знизу, збоку, зверху. Крім маніпулятивних можливостей руки звертається увага на загальну схему рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримання рівноваги, координацію рухів. На рухову патологію вказують: надмірна повільність або різкість, порушення ритму, надмірні рухи, незграбність, хиткість, порушення рівноваги та координації; використовують тест «Руки вгору», в якому випробуваному пропонують швидко підняти прямі руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової і не повністю випрямлена в ліктьовому суглобі;

- при обстеженні дітей раннього віку інформативна проба «Складання пірамідки»: нанизування кілець різних розмірів на вісь; тону м'язів ніг, симетричність визначають так: поклавши обстежуваного на спину і схопивши його за ноги, імітують поворотні-поступальні рухи ніг, що нагадує крутіння педалей на велосипеді.

Вивчають ступінь, характер і відмінності напруги м'язів кожної ноги. У наступному тесті дослідник розводить зігнуті в колінах ноги досліджуваного в сторони. При цьому відзначають скутість, надмірну напругу або збільшення опору при згинанні ніг як в одній, так і в обох ногах (при гіпертонусі м'язів), або «підозрілу» м'якість, легкість, відсутність опору (при зменшенні м'язів). тон); порушення рухових функцій виявляються за допомогою найпростішого і цікавого тесту для людей будь-якого віку – «Гра у футбол»; уявлення про м'язовий тонус ніг отримують, пропонуючи дитині пострибати по черзі на кожній нозі, а потім на обох: і при гіпотонії, і при спастичності стрибки будуть слабкими і низькими. Гіпертонус характеризується розгинальним апаратом стопи на

поверхні опори, при зниженому тонусі - плоскостопістю, відсутністю амортизації при приземленні. За допомогою цього ж тесту визначають також функцію рівноваги за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок; особливості динамічної рівноваги виявляються за допомогою тесту, в якому випробуваного просять пройти по лінії, проведеній на підлозі. При цьому руки можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, або за головою. Координацію рухів перевіряють за допомогою зразків, що відповідають віку, в якому дитина може їх виконувати: поза Ромберга. : стоячи з зімкнутими носками і п'ятами і опущеними руками.

При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, відзначається погойдування тулуба, яке посилюється при випрямленні рук вперед, заплушуванні очей, виставленні однієї ноги вперед; пальчиково-носова проба: по черзі різними руками з зоровим контролем, а потім без зорового контролю, розводячи руки в сторони, доторкнутися вказівним пальцем до кінчика носа. Тест «п'ята-коліно»: проведіть п'ятою однієї ноги вниз по гомілці від коліна до стопи іншої ноги, а потім до коліна. У разі патології п'ята зісковзує з гомілки; тест на непадання: обстежуваний повинен торкнутися пальцем нерухомого пальця досліджуваного (з і без зорового контролю в горизонтальній і вертикальній площинах). З боку дефекту підкреслюється невивпадання; тест на точність рухів: випробуваному пропонують взяти предмет, а потім покласти його на своє місце, відзначаючи невідповідність рухів цілям завдання; діадохокінез: витягнутими вперед руками і розчепіреними пальцями виконувати протилежні (супінацію і пронацію) рухи в швидкому темпі. При патології порушується симетричність рухів, вони стають незграбними, розмашистими; - вивчаючи ходу, відзначають похитування, рівномірність кроків, симетричність рухів усього тіла [29].

Координацію рухів вивчають також за допомогою різних типів координатометрів. Силу м'язів вимірюють ручними динамометрами. Точність відтворення м'язових зусиль визначають за допомогою

динамометра Розенблата. Оцінка фізичних даних обстежуваного здійснюється шляхом визначення обсягу пасивних і довільних рухів, а також таких функцій, як сидіння, стояння, ходьба, хапання, утримання і переміщення предметів рукою. Обстеження проводиться в такій

послідовності:

- дослідження обсягу пасивних рухів у неушкоджених суглобах кінцівок та сегментах хребта;

- дослідження рухової активності в уражених сегментах.

Силу м'язів досліджують методом мануального м'язового тестування (ММТ) за методикою В. Григоренка та А. Глоба. Метою методики є отримання інформації про силу окремого м'яза або групи м'язів, яка досліджується при їх активному скороченні, а також про участь м'язів у русі. Оцінка отриманих результатів відображає здатність пацієнта довільно скорочувати досліджувані м'язи і виконувати заданий рух.

При обстеженні ослаблених м'язів застосовують розслаблені положення, методи розвантаження з використанням блокових систем, поверхонь ковзання, підвісів, гумових амортизаторів, водного середовища та ін.

Сумарний індекс м'язової активності здорової людини за результатами ММТ становить 328 балів, у тому числі:

- верхні кінцівки – 152 (76/76) бали;

- нижні кінцівки – 136 (68/68) балів;

- м'язи тулуба – 40 (20/20) балів[29]. За допомогою ММТ визначають ступінь порушення рухових функцій:

- моноплегія (втрата довільних рухів у досліджуваній кінцівці або сегменті) або монопарез (зниження сили м'язів в ураженій кінцівці або сегменті, що перешкоджає виконанню активних рухів або окремих функцій);

- параплегія (втрата здатності робити довільні рухи в нижніх або верхніх кінцівках) або парापрез (зменшення сили м'язів у верхніх або нижніх кінцівках);

- верхній парापрез, нижня параплегія;

- геміплегія (параліч верхніх і нижніх кінцівок з одного боку тіла), геміпарез (зниження сили м'язів верхніх і нижніх кінцівок з одного боку);

- тетраплегія (втрата довільних рухів у всіх кінцівках) або тетрапарез (зменшення м'язової сили в усіх кінцівках)[34]. Для визначення рухових можливостей виділяють ряд таких функцій: здатність зберігати вертикальну позу, брати предмет рукою, тримати предмет рукою, сидіти, стояти, ходити.

Функцію сидіння поділяють так: 1) людина не може сидіти, не спираючись на руки; 2) може утримувати тулуб у вертикальному положенні, балансуючи руками, при цьому нахили вперед, назад або в сторони без опори кистей (рук) неможливі; 3) може сидіти за рахунок роботи м'язів тулуба і нижніх кінцівок, у тому числі нахилиючись вперед, назад або в сторони без допомоги рук.

Функція стояння: 1) людина не може стояти без фіксації кінцівок і опори руками; 2) здатний стояти, спираючись руками на рухому опору (милиці, тростини); 3) стоїть без опори руками, намагається утримувати рівновагу тіла за допомогою ніг, при цьому сила згиначів і розгиначів стоп становить 3 бали на ММТ; 4) стоїть без опори руками, утримуючи рівновагу тіла за допомогою ніг. Сила згиначів і розгиначів стоп більше 3 балів.

Градація функції ходьби:

- основний спосіб пересування – з коляскою;

- пересування за допомогою фіксаторів і опори на руки на милицях, очерет;

- пересування без фіксаторів з опорою руками на милиці, тростини;

- можна пересуватися без фіксаторів і без опори руками, у ця хода паретична;
- нормальна хода, без дефектів[63].

При оцінці функцій стояння і ходьби визначають, як виконуються ці функції (фіксація суглобів, опора руками на милиці або тростини, робота згиначів або розгиначів стоп). У функції захоплення і утримання предмета рукою виділяють такі здібності:

- не може схопити і утримати предмет однією рукою, захоплює двома запалювати великі предмети руками, притискаючи їх до тіла;
- пальці кисті беруть участь у захопленні та утриманні предмета, сила згиначів пальців недостатня для захоплення спортивного снаряда (до 3 балів);
- усі пальці кисті, силою, беруть участь у захопленні й утриманні предмета
- згиначі пальців недостатні для силових видів спорту (3-4 бали);
- повністю збережена функція захоплення та утримання предмета рукою.

Крім рухових функцій, під час диспансеризації виявляється функціональний стан органів малого таза і шкіри, які часто ушкоджуються при різних нозологіях.

Для AFV також важливі результати вивчення повсякденної діяльності людини з особливими потребами. За результатами цих проб визначаються можливості пересування в положенні лежачи; рухові можливості, пов'язані з одяганням; рухливість, пов'язана з коляскою (пересування з ліжка на коляску, пересування з коляски на ліжку, пересування з коляски на сидіння, перехід із сидіння на коляску, перехід з коляски в ванну, перехід з ванни в коляску, керування гальмами коляски, підняття підставки за сходинки коляски, опускання підставки для сходинок коляски, пересування в колясці: вперед, назад, повороти, підйом по схилу, спуск по схилу, закриття та відкриття дверей, закриття та відкриття вікна, перехід з коляски в машину,

перехід з машини на коляску) ; рухові можливості, пов'язані з харчуванням. Інформаційними можуть бути також результати тестування професійно-побутової діяльності, в якому досліджуються: уміння стояти на ногах, ходити по рівній поверхні вперед і назад, підніматися по сходах, спускатися з них, натискати на педалі; діяльність, пов'язана з транспортом (перехід вулиці, користування власним автомобілем, користування громадським транспортом, уміння пересуватися на автомобілі, виходити з нього, керувати автомобілем, користуватися іншими видами власного транспорту) [29].

У США рухові здібності визначають за допомогою таких тестів: «Тест Мілані-Компараті для немовлят» - призначений для віку від народження до 2 років. Включає дослідження рефлексів новонароджених. Використовується також при обстеженні людей похилого віку з важкими формами дитячого церебрального паралічу; «Градація рухового розвитку» - визначає рухові можливості дітей віком до 7 років; «Тест загального моторного розвитку» - призначений для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку; «Рухові тести Південної Каліфорнії» - визначають рухові функції дітей від 4 до 8 років; «Тест рухової спритності Брюнінка-Озерецького» - перевіряє рухові можливості та влучність дітей від 4,5 до 14,5 років; «Перевірка фізичної форми підлітків за спеціальними параметрами» - тест використовується при дослідженні підлітків 10-17 років на наявність уражень опорно-рухового апарату або нервової системи; «Фізичне піке» - визначення фізичного стану школярів. Тест розроблено Інститутом Купера та Американською асоціацією охорони здоров'я [8; 10].

Використовуються також прийоми, спрямовані на самооцінку власного стану. Наприклад, «Методика самооцінки рівня здоров'я за В. П. Войтенко», зміст якої представлено в додатку А. Ця методика полягає в оцінюванні відповідей на питання, спрямовані на визначення самопочуття особистості.

2.2. Організації дослідження.

Метою нашого констатувального дослідження було визначено проведення діагностики рівня сформованості соціальних умінь дітей дошкільного віку старшої групи (6-7 років) Полтавського дошкільного навчального закладу (ясла-садок) комбінованого типу №77 «Джерельце» зіспецгрупами для дітей з порушенням зору. Загальна кількість респондентів складала 10 дітей – це діти, які мають лише певний відсоток порушення зору.

Нами був використаний бланк опитувальника (див. додаток Б), який рекомендований департаментом дошкільної освіти м. Полтави для діагностики рівня загального розвитку дитини. Основним методом діагностики загального рівня розвитку дитини нами було використано спостереження за діяльністю дитини як на заняттях, так і під час різних режимних моментів життя групи (прогулянка, сон, їжа тощо). Кожна дитина була проаналізована за такими критеріями:

1. **Зовнішній вигляд дитини**(охайний, неохайний);
2. **Поведінка** (активність, відкритість, ініціативність; пасивність, замкнутість, байдужість; неспокій, збудженість);
3. **Емоції**(позитивні, негативні, часта зміна емоцій);
4. **Особливості спілкування** (безпосередність, щирість; слухняність, прийняття ролі вихователя; негативізм, неприйняття ролі вихователя);
5. **Особливості спілкування з однолітками** (зацікавленість іншими дітьми, контактність; труднощі в становленні контактів з іншими; непевненість, сором'язливість, образливість, тривожність);
6. **Мотивація**(зацікавленість зовнішньою стороною діяльності (новизною, наочністю, грою); відсутність інтересу до навчання (пізнавальна пасивність, відсутність допитливості));
7. **Ступінь самостійності**(самостійно виконує завдання, поставлене дорослим, інколи звертається за допомогою (робота в зоні актуального розвитку); потребує часткової, але постійної допомоги дорослого (робота в зоні найближчого розвитку); потребує постійної допомоги дорослого,

- безпомічність у виконанні завдання);
8. **Саморегуляція**(може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого;труднощі підпорядкування своєї поведінки вимогам дорослого);
 9. **Відношення до допомоги з боку дорослого**(приймає допомогу дорослого;не приймає допомоги дорослого);
 10. **Мовлення дитини**(багатий словниковий запас;словниковий запас у межах норми;недостатній словниковий запас (бідність мови);труднощі у вираженні своїх думок, потреб, прохань;мова чітка, зрозуміла;є вади мовлення, вимови певних звуків);
 11. **Навички самообслуговування**(дитина проявляє самостійність, сама взувається, ставить стільчик, складає іграшки, канцелярське приладдя;потребує нагадування дорослого;самостійно не може скласти приладдя, одягнутися, взутися та ін.).

За результатами спостереження ми можемо зробити розподілити дітей за такими рівнями загального розвитку: **ВИСОКИЙ**, який включає такі характеристики: охайний вигляд;активність, відкритість, ініціативність поведінки; домінують позитивні емоції; безпосередність, щирість у спілкуванні; зацікавленість іншими дітьми; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності; самостійне виконання завдання, що поставлене дорослим; уміння підпорядковувати свою діяльність вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; словниковий запас у межах норми; дитина проявляє самостійність. Високий рівень загального розвитку склав 20% (2 дитини з 10); до *середнього рівня* були віднесені діти, які продемонстрували такі характеристики, як охайний зовнішній вигляд; пасивність поведінки; часта зміна емоцій; слухняність, прийняття ролі вихователя; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності, яка є нестійкою; потребує постійної допомоги дорослого; може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; недостатній словниковий запас; у виконанні завдань потребує нагадування дорослого. До зазначеного рівня

нами було віднесено 35% дітей; *низький рівень* загального розвитку дитини склав 45% дітей, яким характерно: неохайний зовнішній вигляд; неспокійна, збудлива поведінка; невпевненість, сором'язливість, образливість, тривожність; відсутність інтересу до навчання; потребують постійної допомоги дорослого; не приймає допомоги дорослого; труднощі у вираженні своїх думок; не сформованість навичок самообслуговування. Узагальнено результати представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Рівні сформованості показників загального розвитку дітей дошкільного віку

Рівні	Кількісні показники	
високий	20%	2 дитини
середній	35%	4 дитини
низький	45%	4 дитини
Всього	100%	10 дітей

Враховуючи особливості розвитку дітей дошкільного віку, можна стверджувати, що рівень загального розвитку знаходиться у прямій залежності зі станом здоров'я дитини, особливо психологічного. Тому нами була запропонована система адаптивної фізичної культури, яка базувалася на таких принципах.

Принцип свідомості та активності спрямований на розвиток здатності орієнтуватися в навколишній дійсності. Учитель будує урок так, щоб дитина могла засвоїти навчальний матеріал, правильно сприймаючи дійсність. Для цього вихователі повинні відповідати потребам та інтересам дитини, бути для неї чіткими та зрозумілими. У постановці індивідуальних завдань значною мірою може допомогти досвід педагогіки Монтесорі, яка базується на спостереженні.

Принцип індивідуалізації. Вихователь звертає увагу на вік, стать дитини, особливості здоров'я, фізичного розвитку, темпераменту, особистісні та характерологічні якості дитини, її погляди, ціннісні орієнтації та інтереси, наявність і якість попередньої фізичної підготовки. Крім того, вихователь

повинен також знати загальні закономірності перебігу патологічного процесу, орієнтуватися в змінах рухової активності, пов'язаних з даним захворюванням; добре розуміти не тільки фізичні, а й розумові можливості свого підопічного (у тому числі знати його реакцію на сам стан інвалідності); враховувати протипоказання, пов'язані з ризиком погіршення здоров'я, та особливі індивідуальні заходи безпеки.

Принцип доступності полягає в тому, що всі засоби, які використовуються в адаптивній фізичній культурі, повинні бути адекватні рівню фізичного навантаження, психомоторному розвитку, стану здоров'я, функціональному стану рухового апарату, попередньому руховому досвіду і фізичній підготовленості. Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестетичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію та підбору відповідних засобів. Для цього бажано впливати на найбільшу кількість сенсорних систем дитини, його емоційну сферу, яка може бути порушена в залежності від нозології, тобто дотримуватися принципу наочності.

Принцип послідовності вивчення вправ безпосередньо пов'язаний з принципом доступності. Це правило значно підвищує ефективність вивчення нових фізичних вправ. Бажано якомога активніше використовувати позитивний трансфер рухових навичок. Це відбувається в тих випадках, коли структура і зміст вправ (в їх основній фазі) дуже схожі. Принцип знайшов своє відображення в широкому застосуванні підводних і імітаційних вправ. Відзначено, що передача навичок найбільш ефективна на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються в більш примітивних варіантах і під посиленням свідомим контролем. Не слід забувати і про негативний перенос, коли раніше засвоєна рухова дія заважає правильному виконанню фізичної вправи, що вивчається.

Принцип диференційно-інтегральних оптимумів втілюється в застосуванні оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень. Якісні зміни в організмі людини, що досягаються шляхом оптимальної дії

локальних фізичних навантажень різного змісту, є основою для створення резервних можливостей обмежених систем у формуванні фонду життєво важливих рухових умінь і навичок. Функціональні резерви організму створюються шляхом розвитку основних рухових якостей. Для цього дозують та індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувань. При збільшенні параметрів навантаження слід дотримуватися наступного правила: обсяг і інтенсивність навантаження зберігаються до стабілізації ЧСС. Потім інтенсивність навантаження збільшується і організм адаптується до нових умов рухової діяльності. Вважається, що стабільність одного з параметрів навантаження при варіюванні другого дозволяє системам організму більш ефективно засвоювати кількісні та якісні форми тренувальних дій.

Принцип систематичності впливає з принципів послідовності та диференціально-інтегральних оптимумів і ґрунтується на закономірностях умовнорефлекторної діяльності. Послідовність виконання основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки, відбір і повторення - закономірностям «передачі» рухових умінь і фізичних якостей, а чергування навантажень і відпочинку. - до постійного підвищення функціональних можливостей дитячого організму.

Систематичність забезпечується дотриманням таких правил:

- завчасне встановлення послідовності виконання вправ;
- оптимізація сумарного навантаження використовуваних педагогічних факторів (методів, засобів, форм фізичного виховання);
- дотримання послідовності розучування фізичних вправ від основної, провідної фази вправи до другорядної, похідної фази;
- періодичне повернення до основної фази рухової дії.

Принцип чергування, або розосередженого навантаження на м'язи, важливий для запобігання втоми. Він забезпечує таке поєднання засобів РОС, при якому робота однієї групи м'язів, що здійснюють рух або реакцію пози, замінюється роботою іншої групи м'язів, що дає можливість

здійснювати відновні процеси. .

Принцип сили зводиться до створення в учня повних і точних проявів, сприйняття і відчуттів рухів, що вивчаються, з метою розвитку міцної навички. **Порушення сенсорного аналізу або оптимального співвідношення функції свідомості і автоматизмів, що мають місце в РОС, призводить до ускладнень у формуванні рухових умінь і навичок.**

Принцип **міцності** допомагає **реалізувати** дотримання наступних правил:

- не переходити до вивчення нових вправ, не досконало засвоївши поточний матеріал;

- включати вивчені вправи, в нових комбінаціях і варіантах;

- збільшити інтенсивність і тривалість вправ, що вивчаються. Поряд із загальноприйнятими, існують і **спеціальні принципи АФК:**

- зв'язок знань, умінь з життям і практикою;

- навчально-розвиваюча спрямованість;

- всебічність, гармонійність змісту знань, умінь, навичок;

- концентризм у навчанні[29]. Відповідальність за реалізацію адаптивної фізичної культури полягає у виборі засобів для конкретної діяльності та конкретної дитини. Вибір засобів визначається: 1) завданнями навчально-виховного процесу; 2) функціональні можливості дитини; 3) матеріально-технічне забезпечення; 4) необхідні умови безпеки.

Засобами АФК є: **фізичні вправи, рухливі та спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії та ін.**

Танець - це емоційний засіб вираження настрою, почуттів і думок за допомогою рухів і положень тіла. **Формотворчим у танці є ритм - закономірне чергування рухів. Ритм передає емоційний стан: активність, поривчастість, плавність або спокій. Закономірності побудови рухових форм танцю засновані на законах музики, яка є зовнішнім фактором впливу на органи і системи організму (нервову, серцево-судинну, дихальну).**

Високий оздоровчий і виховний потенціал мають рухливі ігри.

Правила рухливих ігор передбачають швидкі та різноманітні фізичні дії учасників. Обстановка гри постійно змінюється, висуваючи вимоги до концентрації уваги, її правильного розподілу і переключення, осмисленої координації рухів. Рухливі ігри дають змогу нормалізувати рухливість нервових процесів, розвивати увагу, пам'ять, ініціативу, вольові якості, сприйняття просторового та часового орієнтування, зміцнювати серцево-судинну та дихальну системи, активізувати обмін речовин, розвивати руховий апарат, формувати емоційний та емоційний стан. вольової сфери та моральних якостей. Використання ігор з оздоровчою метою ставить перед вихователем завдання

такі завдання:

- регуляція фізичного навантаження залежно від функціоналу можливості учасників;
- контроль адекватності емоційних переживань, вдосконалення рухових умінь і якостей[9].

Загальні методи АФК:

- репродуктивний – учитель підводить дитину до основної навички визначення послідовності виконання вправ. Діти аналізують дії, виявляють схожість і відмінність. Доросла особина демонструє вихованцеві вид діяльності (наприклад, вправи, ігри) і залучає його до цієї діяльності;

- проблемна – створюється проблемна ситуація. Учитель пропонує завдання, яке спонукає до аналізу, порівняння, висновків (систематизації знань);

- ігрові – рухливі або спортивні ігри, використання сюжету, наприклад казки [15].

Одним із спеціальних методів АФК є пропедевтика - вивчення таких процесів дитини, як уява, пам'ять, мислення, мова, моторика; навчання орієнтуванню в просторі та типових ситуаціях; корекція серйозних недоліків сприйняття; виховання дисциплінованості та підвищення працездатності; формування мотивації до навчання.

Крім того, в корекційній педагогіці використовуються такі технології: проєктивно-рефлексивне навчання, розвивальне навчання, колективне творче виховання, реабілітаційні заняття. Велику навчають на нестандартних заняттях: інтегровані, ігрові, конкурсні, хореографічні, міжпредметні, бінарні, заняття з різновіковими групами. Під час реалізації програми адаптивної фізичної культури з метою оздоровлення дітей з вадами зору ми використовували такий алгоритм формування дій: постановка проблеми; створення уявлення: демонстрація вправи; навчання виділяти суттєві речі, які потребують вивчення, залучення до вправи; показ виконання цієї вправи в різних ситуаціях; самостійне виконання вправи під керівництвом учителя; повторення: використовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи; - словесна дія: у парах або малих групах обговорюються проблеми, що виникли під час виконання вправи, що вивчається; - індивідуальна самостійна робота дитини: доведення дій, що вивчаються, до рухової навички, а також самостійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах[16].

Висновки до другого розділу.

У другому розділі магістерського дослідження розглянуто основні групи методів, які використовуються в організації адаптивної фізичної культури. Перша група методів, яка була виділена нами – це методи, що спрямовані на контроль ефективності впливу адаптивної фізичної культури на оздоровлення дитини дошкільного віку. Це включає оцінку психомоторних можливостей, заздалегідь набутого рухового досвіду, наявність мотивації до занять адаптивною фізичною культурою і життєвих інтересів дитини. Цілі такого оцінювання – виявлення сильних і слабких якостей дитини при виборі для неї засобів фізичної культури. Також до уваги беруться фізіологічні показники працездатності, які свідчать про зміни в організмі, що відбуваються в результаті занять. До методів визначення ефективності адаптивної фізичної культури відноситься медична діагностика, яка включає: вивчення психоемоційної сфери дитини з метою

створення адекватних умов для найбільш швидкого її виходу з негативного психологічного стану і створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою; визначення характеру дефекту і супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливості їх компенсації, необхідність в оперативному, реконструктивному, консервативному лікуванні, протезуванні, тривалість перебування на інвалідності; оцінку ступеня рухових порушень, тощо.

Нами було проведено констатувальне дослідження на базі дошкільного закладу зі спеціальними групами для дітей з порушеннями зору за такими критеріями: зовнішній вигляд дитини (охайний, неохайний); поведінка (активність, відкритість, ініціативність; пасивність, замкнутість, байдужість; неспокій, збудженість); емоції (позитивні, негативні, часта зміна емоцій); особливості спілкування (безпосередність, щирість; слухняність, прийняття ролі вихователя; негативізм, неприйняття ролі вихователя); особливості спілкування з однолітками (зацікавленість іншими дітьми, контактність; труднощі в становленні контактів з іншими; непевненість, сором'язливість, образливість, тривожність); мотивація (зацікавленість зовнішньою стороною діяльності (новизною, наочністю, грою); відсутність інтересу до навчання (пізнавальна пасивність, відсутність допитливості)); ступінь самостійності (самостійно виконує завдання, поставлене дорослим, інколи звертається за допомогою (робота в зоні актуального розвитку); потребує часткової, але постійної допомоги дорослого (робота в зоні найближчого розвитку); потребує постійної допомоги дорослого, безпомічність у виконанні завдання); саморегуляція (може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; труднощі підпорядкування своєї поведінки вимогам дорослого); відношення до допомоги з боку дорослого (приймає допомогу дорослого; не приймає допомоги дорослого); мовлення дитини (багатий словниковий запас; словниковий запас у межах норми; недостатній словниковий запас (бідність мови); труднощі у вираженні своїх думок, потреб, прохань; мова чітка, зрозуміла; є вади

мовлення, вимови певних звуків); навички самообслуговування (дитина проявляє самостійність, потребує нагадування дорослого; самостійно не може скласти приладдя, одягнутися, взутися та ін.).

За результатами дослідження було встановлено, що більшість дітей знаходиться на низькому рівні загального розвитку, що негативно впливає на процеси соціалізації дитина та на її оздоровлення. Тому нами було визначено основні принципи застосування адаптивної фізичної культури: свідомості й активності; індивідуалізації; доступності; послідовності вивчення вправ; диференційно-інтегральних оптимумів; систематичності; чергування, або розсіяного м'язового навантаження; міцності.

РОЗДІЛ 3: ПРОГРАМА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

3.1. Зміст програми адаптивної фізичної культури як засобу оздоровлення дітей з порушеннями зору

Зоровий аналізатор дозволяє людині сприймати 90% зовнішньої інформації. Сліпота - двостороння невиліковна повна відсутність зору (в цих випадках використовується термін повна сліпота) (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03-0,04, включаючи корекцію на краще око, або звуження поля зору до 10° на краще око незалежно від гостроти зору). При збереженому світлосприйнятті на рівні розрізнення світла і темряви або

залишковому зорі, що дозволяє рахувати пальці руки біля обличчя, розрізняти контури, силуети і кольори предметів, що знаходяться безпосередньо перед очима, говорять про практична сліпота. Знижений зір - гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05-0,4, що дозволяє бачити за сприятливих умов, коли до зору не пред'являються підвищені вимоги. У спеціальних школах діти з порушенням зору поділяються на групи: з повною відсутністю зору; наявність світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло і тінь; наявність залишкового зорового сприйняття, що дозволяє розрізняти контури предметів на близькій відстані; з гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє зорово орієнтуватися при русі і розрізняти форми предметів і яскраві кольори на деякій відстані; з гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можна: сприймати контури предметів, відтінки кольорів, розрізняти на відстані рухомі предмети, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати великий шрифт; з гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися в просторі, контролювати свій робочий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати. У спеціальних школах для сліпих, за статистикою, 84% учнів є інвалідами по зору і 16% - сліпими. [29].

Проблеми, які повинен долати викладач АФК під час навчально-тренувального процесу: зниження сприйняття власних рухів, самоконтролю рухової активності; неможливість швидкого перемикавання на нову структуру руху; проблема орієнтації в просторі. При патології органу зору АФК приділяє особливу увагу питанню допуску до занять. До занять фізичними вправами допускається особа з патологією, у якої відсутній ризик погіршення зорової функції внаслідок фізичного навантаження. Такі захворювання поділяються на групу А. Група Б об'єднує людей із захворюваннями очей, схильними до прогресування та погіршення зорових функцій; має на увазі повну заборону фізичних вправ або суттєві обмеження, визначені офтальмологом. При формуванні груп для занять РОС враховуйте: 1) патологію очей; 2) рівень фізичної підготовки; 3) захворювання інших

органів і систем; 4) ступінь дефекту зору (центральний зір, вид оптичної корекції, поле зору); 5) участь у роботі окремих груп м'язів; 6) психоемоційний стан; 7) вік; 8) стать[17].

Від того, наскільки повно сприймають незрячі ознаки і якості предметів, явищ, ситуацій, залежить успіх фізкультурного процесу. Завдання вчителя – послідовно і систематично розвивати пізнавальну сферу дитини.

Метою фізичного виховання людей з вадами зору є забезпечення максимальної свободи, ефективності, економії та безпеки рухової діяльності.

Завдання адаптивної фізичної культури для дітей з вадами зору:

- розвивати вміння цілеспрямовано пересуватися в просторі;
- формувати вміння взаємодіяти з навколишнім середовищем та об'єктами, що його наповнюють, виконувати життєво важливі, ефективні, господарські дії;

- розвивати стійкість, статичну та динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;

- удосконалювати навички орієнтування в просторі за допомогою інтактних сенсорних систем;

- усунути скутість і обмеження рухів;

- розвивати вміння відчувати та оцінювати швидкість рухів, їх амплітуду, ступінь напруги та розслаблення м'язів;

- покращити всі рухові характеристики;

- розширити рухові уявлення, рухову пам'ять, обсяг рухових навичок;

- виправляти недоліки у фізичному розвитку, розвивати спритність, силу;

- зі зниженим зором - розвивати зорово-моторні реакції.

Засіб: вправи для хребта; дихальні вправи; художня гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; гандбол; кіста; міні футбол.

Тифотехніка фізичної культури — це сукупність тифологічних

пристроїв і пристроїв, які допомагають незрячим оволодівати рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням тощо. До них відносяться тактильні та вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для слабозорих, мультисенсорні діагностичні прилади, оптичні пристрої корекції, аудіовізуальні пристрої та пристрої запам'ятовування електронно-оптичних систем, спеціальні замкнуті телевізійні пристрої з відеозаписом, обладнання, призначене для визначення еталонів і порівняння[30].

Заняття АФК необхідно проводити з використанням тифологічних пристроїв, які покращують орієнтацію незрячих і забезпечують безпеку під час занять. Важлива точна оцінка тренером (або його помічником) рухів, передбачених кожним прийомом. Введення термінових корекцій сприяє більш ефективному засвоєнню диференціювання точності рухів у просторі, у часі та за ступенем м'язового зусилля.

Методика словесного опису дій, які повинен виконувати спортсмен-адаптант, включає опис частин тіла, які беруть участь у виконанні рухів. Прийоми контролю виконання, активізація і поглиблення сприйняття, оцінка результатів, спрямування поведінки дитини вимагають володіння словом. Метод вибірково-сенсорної демонстрації передбачає відтворення окремих рухів (найчастіше часових і просторово-часових) за допомогою апаратних засобів, що дозволяють сприймати на слух засвоєні параметри (наприклад, акустична демонстрація за допомогою метронома або радіо обладнання) [33]. Метод спрямованого «промацування» рухів виражається в концентрації уваги студента на сприйнятті сигналів від м'язово-зв'язкового апарату в крайніх точках амплітуди рухів. У процесі занять удосконалюється пропріоцепція. Так, пояснення і показ правильного виконання вправи рекомендується повторити 4-8 разів, після чого вислухати 2-3 відповіді дітей щодо виконання вправи. Після цього вчитель пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а учні, виконуючи її, визначають і оцінюють точність рухів. Методика використання спеціальних тренажерів і різних пристроїв, які «примусово» задають параметри потрібних рухів, дозволяючи їх практично

відчуті. Аутокардіокерівники, які задають програму вправ циклічного характеру, порівнюють задану частоту з фактичною, відкоригованою учнем за допомогою автоматичного електронного пристрою [80].

Метод ведення (поточне сенсорне програмування) полягає у використанні звукових ведучих у бігу для тренування «прямого бігу», який є одним із найскладніших етапів тренування за даною нозологією. Метод термінового інформування – це сучасний технічний спосіб, який передбачає термінове отримання студентом об'єктивної інформації про хід рухів з метою їх корекції або збереження заданих параметрів за допомогою радіозв'язку, або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, які кріпляться на тілі спортсмена і подають сигнал при порушенні техніки виконання рухів, а також пристрої тензоелектронного моделювання гучності звуку, які надають інформацію про величину зусиль, прикладених до спортивного обладнання.

У ході занять можна також керуватися методами суворо регламентованої вправи, такими як: метод розчленовано-конструктивної вправи (вивчення дії в розчленованому вигляді з послідовним об'єднанням частин у ціле); вибірковий метод вправи (вбірковий вплив на окремі сторони рухової структури або певні фізичні якості). Особливістю методики АФК при сліпоті є розвиток: м'язово-суглобового відчуття; орієнтування в просторі; орієнтація в часі; здатність відчувати темп і швидкість рухів, їх амплітуду і ступінь м'язової напруги[63].

У роботі з незрячими розрізняють два види орієнтування в просторі: макроорієнтування (у просторі, що не має обмежень) і мікроорієнтування (у «малому» просторі, обмеженому розмахом рук).

Для правильного сприйняття при слабкому зрозі необхідно створити певні умови: забезпечити достатній кутовий розмір предметів, контрастність, яскравість, необхідний рівень освітленості.

Аналізспецифіки використання АФК серед дітей дошкільного віку з вадами зоруспонукав до впровадження такої оздоровчої методики, яка б не

передбачала занадто швидкого темпу у своєму виконання, сприяла б розвитку гнучкості та координації дітей, була б легкою у поясненні і виконанні. Такою методикою, на нашу думку, є «Пілатес», яка передбачає фізичний вплив на організм, характеризується підвищенням м'язового тону, їх розтягуванням; розвитком дихальної системи; покращенням рівноваги; зміною статури; створенням м'язового корсета преса і спини; покращенням гнучкості й суглобової рухливості; зміною координації рухів у кращу сторону [31]. Водночас Синтія Вейдер [57, с. 5-8], наголошує, що методика «Пілатес» має вплив на духовний світ особистості й характеризується формуванням позитивного мислення; стресостійкістю, самоконтролем над своїм тілом і думками; поверненням розумової енергії до клітин мозку; психологічною установкою на досягнення мети [58]. За даними О. Буркової [20], «Пілатес» – це не просто процес стабілізації тіла й мобілізації м'язів, це фізичний і психологічний тренінг, який вимагає постійного усвідомлення того, як вирухається, впливає на нервові шляхи від мозку до м'язів, на постійне зосередження думок на кожному виконуваному русі. Він розвиває сенсорний зворотний зв'язок, або «кінетичне почуття», щоб у будь-який момент людина могла усвідомлювати, яке місце в просторі вона займає і що робить кожна частина тіла. На наш погляд, методика «Пілатес» є важливим чинником оздоровлення дітей дошкільного віку. Метою занять з «Пілатесу», є розвиток сили і контролю над м'язами при максимальному подовженні тіла, покращенні стану хребта, психоемоційного та фізичного стану організму особистості й здоров'я в цілому. Ключовими завданнями «Пілатесу» є зміцнення мускулатури, покращення координації, постави, стимулювання кровообігу й сприйняття власного тіла. Основою всіх вправ пілатесу є тренування так званого Powerhouses – «каркасу міцності», підцимається на увазі група м'язів, розташована поблизу хребта, так звана опорна мускулатура. Усі рухи під час вправ виконуються повільно, плавно, завдяки чому м'язи та зв'язки не перенапружуються. У програмі

«Пілатес» велике значення має відновлення та збереження рухливості й гнучкості хребта [7; 57; 58].

Пілатес – це різноманітність емоцій, пластика і грація тіла, горда постава і легка хода, фізична і психічна розрядка, активне протистояння стресам, заряд бадьорості, гарного самопочуття і енергії - без перенапруги, болю і ризику отримати травму, відпочинок і позитивні емоції Сінтія Вейдер (2006, 2007) [57; 58].

Основні принципи методики Пілатес:

- Релаксація. Тренування починається з розслаблення, яке допомагає налаштувати організм на тренування, позбавляючи тіло і розум від напруги і стресів.



- Концентрація. Уміння концентрувати думки на тій частині тіла, яка опрацьовується, допомагає досягти максимального ефекту. Згодом, після практики, ваші дії стануть автоматичними, але концентрація все одно необхідна. Нервова система сама вибирає правильну координацію рухів, і, концентруючись подумки, ми допомагаємо їй вибрати правильну комбінацію м'язів для виконання нових рухових дій. Створений за допомогою концентрації зоровий образ забезпечить правильне виконання вправи, а значить якнайшвидше досягнення очікуваних результатів.

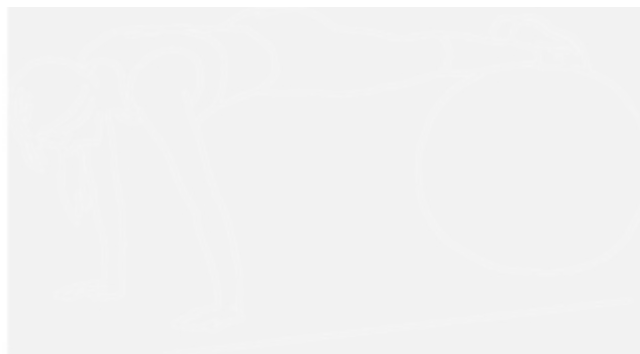


- • Вирівнювання. У процесі виконання вправ необхідно стежити за правильним положенням тіла. Подібно до того, як організм є єдиною замкнутою системою, і якщо одна його частина погано працює, страждають усі інші, наприклад, домінування одного м'яза **призводить до того, що інші працюють менше або зовсім не задіяні**. Особливе значення слід надавати нейтральному положенню хребта, а також взаємному розташуванню хребта і таза. Необхідно виключити будь-який м'язовий дисбаланс. Ваше тіло має бути в правильному положенні, щоб задіяти потрібні м'язи. А тепер визначимо правильне



положення тіла стоячи і лежачи.

- Центрування. Створення сильного центру. Саме м'язи живота служать корсетом і опорою для хребта та внутрішніх органів, а також відіграють важливу роль у підтримці середньої частини тіла: вони не просто згинають тулуб, а підтримують правильну поставу. Слабкість цих м'язів призводить до нестабільності нижньої частини спини. Виконуючи будь-які вправи (стоячи, сидячи або лежачи), намагайтеся нижні м'язи живота підтягнути вгору і всередину до хребта. Цим ви не тільки підкачаєте їх, постійно тримаючи в напрузі, але і створите силовий стрижень між пупком і хребтом.



- Дихання. Щоб під час рухів організм отримував максимальну кількість кисню, необхідно навчитися правильно дихати. Правильне дихання означає дихання на повні груди, максимально розширюючи грудну клітку (це так званий «грудний» або «бічний вдих»). Дихайте легко і природно, дотримуючись наступного правила: перед виконанням руху – вдих; в процесі виконання - видих, при видиху підтягнути живіт до хребта; потім вдихніть, розслабтеся і поверніться у вихідне положення. Виконання вправи на видих дозволить уникнути перенапруження і розслабитися в русі. Ви також зможете тримати своє тіло стабільним і не затримувати дихання (затримка дихання негативно впливає на серце).



- Плавне виконання. Сенс пілатесу полягає в граціозному, контрольованому і контрольованому виконанні природних рухів, що дозволяє зосередити свою увагу на необхідній роботі, яку виконують потрібні м'язи. Кожна вправа повинна виконуватися в певному темпі і ритмі. Деякі виконуються повільно, інші пов'язані з досить швидкими рухами. Але

жодна з вправ пілатесу не виконується у швидкому темпі, навпаки, всі вони вимагають рівномірності та плавності рухів. Легше розтягувати м'язи повільно і спокійно - так ви зменшуєте ризик пошкодження суглобів і м'язи



швидше адаптуються до навантаження.

- • Витривалість. Зміцнення глибоких м'язів тулуба дозволить вам легко справлятися з будь-якою діяльністю, адже ви перестанете витратити енергію на непотрібну напругу і марні рухи, адже м'язи почнуть працювати так, як їх запрограмувала природа. Після регулярних тренувань протягом місяця-двох ви помітите помітний приріст сили.



- • Координація. Уміння зосереджуватися нерозривно пов'язане з умінням координувати свої дії. Поступово розвиваючи концентрацію уваги на координації рухів рук, ніг і тіла, а також диханні, ви позбудетеся незграбності рухів, зробите їх більш плавними і витонченими, що буде помітно не тільки при виконанні вправ, а й у повсякденному житті. Зв'язок розуму і тіла якісно покращить ваш



бізнес, особисте та повсякденне життя.

Методика Пілатес дозволяє комплексно впливати на організм, це повний і гармонійний метод фізичного тренінгу, всі вправи доповнюють один одного і забезпечують тілу баланс і рівновагу. Нами були використані вправи Пілатесу, які представлені у додатку В магістерської роботи.

3.2. Оцінка ефективності програми адаптивної фізичної культури як засобу оздоровлення дітей з порушеннями зору.

Результати запровадження методики «Пілатес» серед дітей дошкільного віку з порушеннями зору узагальнені, систематизовані; проведено порівняльний аналіз за допомогою методів математичної статистики.

Для перевірки ефективності запропонованої системи адаптивної фізичної культури за визначеними критеріями й показниками проведено порівняльний аналіз результатів констатувального та формувального етапів у ЕГ (10 осіб) і КГ (10 осіб) групах, що мав на меті визначити вплив системи «Пілатес» на покращення показників фізичного, соціального та психологічного здоров'я дітей дошкільного віку з вадами зору. Для з'ясування впливу адаптивної фізичної культури нами було використано метод спостереження за діяльністю дітей дошкільного віку під час різних режимних моментів дошкільного закладу, а також опитування вихователів та батьків, мета якого визначити зміни у поведінці дітей з точки зору дорослих. Спостереження та опитування здійснювалося за тими ж критеріями, що і під час першого констатувального зрізу (див. додаток Б). В АФК використовується матеріально-технічне забезпечення загального та цільового призначення (відповідно до нозології). Загальні вимоги до обладнання: 1)

доступність для сприйняття дитиною (з урахуванням специфіки інвалідності); 2) стимулювання учня до активної діяльності; 3) можливість вирішення розвивальних завдань навчально-виховного процесу. «Предмет формує поняття», тому практичні дії з предметами мають велике розвивальне значення. У зв'язку з цим рекомендується спортивний інвентар та інвентар, здатний привернути увагу, зацікавити і спонукати до дії: яскраві, різноманітних привабливих форм, що асоціюються зі знайомими дітям образами, або, навпаки, незвичайні різнокольорові м'ячі різних розмірів, гімнастичні палиці, кільця, обручі, булави, м'ячі набивні, скакалки, прапорці, кошики баскетбольні, сітки, кубики, ролики, кеглі, іграшки різного розміру (для вправ на розвиток спритності, тактильної чутливості, дрібної моторики рук). Для підвищення ефективності занять рекомендується наявність дзеркальних композицій, гімнастичних (шведських) стінок, лавок, сходів, похилих поверхонь, столів для настільного тенісу, драбинок, доріжок, рельєфних і ребристих рухомих дощок, похилих дощок, міні-батутів, гойдалки, каруселі, тренажери, надувні та ін. Крім того, кожна нозологія потребує певного обладнання та інвентарю. Наприклад, для фіксації частин тіла при ушкодженнях спинного мозку використовують пояси, брезентові стрічки, лямки, манжети, корсети; у дітей з церебральним паралічем – сучасні пристрої, що полегшують пересування, наприклад, антигравітаційні костюми. На заняттях з дітьми, які мають вади зору, використовують м'ячі трохи більшої маси, максимально круглі і плоскі; колір інвентарю повинен контрастувати із загальним освітленням і навколишнім середовищем, добре, коли він озвучений (поряд з м'ячем ставлять дзвіночки або бубни).

Критерії вибору бази для проведення занять з АФК: відповідність спортивної споруди (майданчика) призначенню заняття; доступність будівлі для студентів у зв'язку з їх нозологією, наявність спеціальних приладів та обладнання; наявність автотранспорту, якщо будівля (майданчик) розташована не на території закладу. Необхідною вимогою до матеріально-технічного забезпечення є його відповідність перспективним і найближчим

70

завданням навчального процесу. Заняття ЛФК проводяться у спеціально відведених спортивних спорудах відповідних установ. Оскільки кінцевою метою є адаптивна фізична культура дитини в суспільстві, бажано, по можливості, проводити заняття з АФК в громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках. Різноманітність форм адаптивного фізичної культури сприяє підвищенню мотивації до занять.

Зокрема, узагальнені результати впливу методики «Пілатес» на оздоровлення дітей дошкільного віку з вадами зорупредставлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Рівні сформованості показників загального розвитку дітей дошкільного віку (після формувального експерименту)

Рівні	Кількісні показники			
	КГ	КГ	ЕГ	ЕГ
ВИСОКИЙ	20%	2 дитини	38%	4 дитини
середній	35%	4 дитини	45%	5 дітей
низький	45%	4 дитини	17%	1 дитина
Всього	100%	10 дітей	100%	10 дітей

Порівнюючи результати ЕГ та КГ, можемо зробити висновок про те, що показники рівня загального розвитку дітей в ЕГ значно вищі. Так, ВИСОКИЙ рівень складає 38% та 20% відповідно, це діти, які мають охайний вигляд; характеризуються активністю, відкритістю, ініціативністю поведінки; у них домінують позитивні емоції; притаманна безпосередність, щирість у спілкуванні; виявляють зацікавленість іншими дітьми тазовнішньою стороною діяльності; демонструють самостійне виконання завдання, що поставлене дорослим; виявляють уміння підпорядковувати свою діяльність вимогам дорослого; приймають допомогу дорослого; словниковий запас у межах норми; дитина проявляє самостійність. До середнього рівня ЕГ віднесено 45% дітей, тоді як в КГ 35%. Це діти, які продемонстрували такі характеристики, як охайний зовнішній вигляд; пасивність поведінки; часта зміна емоцій; слухняність, прийняття ролі

вихователя; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності, яка є нестійкою; потребує постійної допомоги дорослого; може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; недостатній словниковий запас; у виконанні завдань потребує нагадування дорослого. *Низький рівень* загального розвитку дитини склав 17% дітей в ЕГ, в КГ – 45%, тобто низький рівень зменшився на 28%. Це діти, які мають неохайний зовнішній вигляд; неспокійна, збудлива поведінка; невпевненість, сором'язливість, образливість, тривожність; відсутність інтересу до навчання; потребують постійної допомоги дорослого; не приймає допомоги дорослого; труднощі у вираженні своїх думок; не сформованість навичок самообслуговування. Тобто за результатами формувального експерименту можна стверджувати, що методика адаптивної фізичної культури «Пілатес» серед дітей дошкільного віку з порушеннями зору показала свою ефективність.

Встановлено, що після експерименту значення критерію Пірсона χ^2 становить 15,001. Критичне значення χ^2 при рівні значущості $p = 0,05$ становить 12,592. Зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично значуща при рівні значущості $p < 0,05$. Це вказує на достовірність відмінностей сформованості показників загального розвитку дітей дошкільного віку у ЕГ і КГ після завершення експерименту становить 95%.

Висновки до третього розділу.

Нами була розроблена та запроваджена методика «Пілатес» серед дітей дошкільного віку з порушеннями зору, мета якої **забезпечити максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності**. Основними завданнями зазначеної методики є розвиток здатності цілеспрямованого переміщення у просторі, формування умінь взаємодіяти з середовищем і предметами, які наповнюють його, виконувати життєво необхідні, максимально результативні дії, розвиток стійкості, рівноваги, сенсорний розвиток, вдосконалення навичок орієнтування у

просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем, а також подолання скутості і обмеженості рухів. Методика «Пілатес» включала ряд вправ на розвиток гнучкості, концентрації уваги на внутрішніх відчуттях. Особливої уваги було приділено розвитку гнучкості суглобів та м'язів. Поєднуючи вправи з образними назвами, наприклад, дельфін, собака та інші, було створено казкову ігрову атмосферу, що відповідало віковим особливостям дитини. У результаті порівняння показників ЕГ та КГ груп, кількість яких складало по 10 дітей дошкільного віку з порушеннями зору був зроблений висновок про те, що показники рівня загального розвитку дітей в ЕГ значно вищі: *високий* рівень складає 38% - це діти, які мають охайний вигляд; характеризуються активністю, відкритістю, ініціативністю поведінки; у них домінують позитивні емоції; притаманна безпосередність, щирість у спілкуванні; виявляють зацікавленість іншими дітьми та зовнішньою стороною діяльності; демонструють самостійне виконання завдання, що поставлене дорослим; виявляють уміння підпорядковувати свою діяльність вимогам дорослого; приймають допомогу дорослого; словниковий запас у межах норми; дитина проявляє самостійність; *середній рівень* в ЕГ віднесено 45% дітей, які продемонстрували такі характеристики, як охайний зовнішній вигляд; пасивність поведінки; часта зміна емоцій; слухняність, прийняття ролі вихователя; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності, яка є нестійкою; потребує постійної допомоги дорослого; може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; недостатній словниковий запас; у виконанні завдань потребує нагадування дорослого; *низький рівень* зменшився на 28%.



РОЗДІЛ 4. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У сучасному суспільстві у відновленні життєвого потенціалу людини все більшого значення надають спорту та адаптивній фізичній культурі. Активно розвивається параолімпійські види спорту, як метод соціалізації осіб з інвалідністю. Однак до такого спорту приходять, в основному, дорослі, розуміючи його значення та потенціал. Усім відомий і доведений вплив фізичної культури на фізичний і психологічний стан особистості, тому стає необхідним застосування систематичних тренувань серед дітей дошкільного віку, що сприяло б формуванню здорового способу життя і сприйняття спорту як життєву норму. Це стосується усіх дітей дошкільного віку, але найбільше потребують організації систематичних фізичних тренувань діти, які мають особливості у своєму розвитку, порушення функцій певних систем. Наше дослідження присвячено проблемі використання адаптивної фізичної культури серед дітей дошкільного віку,

які мають вади розвитку зору. Саме використання цілеспрямованих, доступних тренувань таких дітей сприяє соціалізації дітей, формуванню гнучкості усього тіла, покращенню координації, розвитку сенсорики.

Дані, які підтверджують результати дослідження. Метою констатувального експерименту було встановлення за означеними критеріями діагностики загального розвитку дитини (зовнішній вигляд дитини(охайний, неохайний); поведінка (активність, відкритість, ініціативність; пасивність, замкнутість, байдужість;неспокій, збудженість); емоції (позитивні, негативні, часта зміна емоцій);особливості спілкування (безпосередність, щирість;слухняність, прийняття ролі вихователя;негативізм, неприйняття ролі вихователя); особливості спілкування з однолітками (зацікавленість іншими дітьми, контактність;труднощі в становленні контактів з іншими;непевненість, сором'язливість, образливість, тривожність); мотивація(зацікавленість зовнішньою стороною діяльності (новизною, наочністю, грою);відсутність інтересу до навчання (пізнавальна пасивність, відсутність допитливості)); ступінь самостійності(самостійно виконує завдання, поставлене дорослим, інколи звертається за допомогою (робота в зоні актуального розвитку);потребує часткової, але постійної допомоги дорослого (робота в зоні найближчого розвитку;потребує постійної допомоги дорослого, безпомічність у виконанні завдання); саморегуляція(може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого;труднощі підпорядкування своєї поведінки вимогам дорослого); відношення до допомоги з боку дорослого(приймає допомогу дорослого;не приймає допомоги дорослого); мовлення дитини(багатий словниковий запас;словниковий запас у межах норми;недостатній словниковий запас (бідність мови);труднощі у вираженні своїх думок, потреб, прохань;мова чітка, зрозуміла;є вади мовлення, вимови певних звуків);навички самообслуговування(дитина проявляє самостійність, потребує нагадування дорослого;самостійно не може скласти приладдя, одягнутися, взутися та ін.) сформованість тих умінь, які допомагають

особистості дошкільного віку соціалізуватися, інтегруватися у соціум, в якому вона перебуває. Для уточнення даних було проведено опитування батьків, вихователів дітей експериментальної і контрольної груп.

За результатами першого констатувального дослідження, в якому було задіяно 10 осіб, ми можемо зробити розподілити дітей за такими рівнями загального розвитку: **ВИСОКИЙ**, який включає такі характеристики: охайний вигляд; активність, відкритість, ініціативність поведінки; домінують позитивні емоції; безпосередність, щирість у спілкуванні; зацікавленість іншими дітьми; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності; самостійне виконання завдання, що поставлене дорослим; уміння підпорядковувати свою діяльність вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; словниковий запас у межах норми; дитина проявляє самостійність. Високий рівень загального розвитку склав 20% (2 дитини з 10); до *середнього рівня* були віднесені діти, які продемонстрували такі характеристики, як охайний зовнішній вигляд; пасивність поведінки; часта зміна емоцій; слухняність, прийняття ролі вихователя; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності, яка є нестійкою; потребує постійної допомоги дорослого; може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; недостатній словниковий запас; у виконанні завдань потребує нагадування дорослого. До зазначеного рівня нами було віднесено 35% дітей; *низький рівень* загального розвитку дитини склав 45% дітей, яким характерно: неохайний зовнішній вигляд; неспокійна, збудлива поведінка; невпевненість, сором'язливість, образливість, тривожність; відсутність інтересу до навчання; потребують постійної допомоги дорослого; не приймає допомоги дорослого; труднощі у вираженні своїх думок; не сформованість навичок самообслуговування.

Результати досліджень, що доповнюють та розширюють існуючі наукові розробки. На основі аналізу наукової літератури та практики були конкретизовані та поглиблені поняття «адаптивна фізична культура», «вплив фізичної культури»; вперше представлено методику адаптивної фізичної

культури «Пілатес» для дітей дошкільного віку з вадами зору. Результати дослідження доповнюють систему організації адаптивної фізичної культури запропоновану С. Аветісовим, А. Антиповим, Н. Литови, Т. Бойковою та систему корекційної роботи з дітьми з вадами зору (А. Буніна, Л. Сековець, Т. Плаксиної, Б. Сермесва, Р. Азаряна).

Новідані, щовиявлені в процесі дослідження.

Розроблено експериментальну систему адаптивної фізичної культури «Пілатес» для дітей дошкільного віку, яка спрямована на розвиток рухової активності, гнучкості, розвитку координації тіла, фізичний вплив на організм, характеризується підвищенням м'язового тону, їх розтягуванням; розвитком дихальної системи; покращенням рівноваги; зміною статури; створенням м'язового корсета преса і спини; покращенням гнучкості й суглобової рухливості; зміною координації рухів у кращу сторону. Система адаптивної фізичної культури «Пілатес» запропонована нами реалізовувалася за такими принципами: свідомості й активності; індивідуалізації; доступності; послідовності вивчення вправ; диференційно-інтегральних оптимумів; систематичності; чергування, або розсіяного м'язового навантаження; міцності.

- Релаксація. Тренування починається з розслаблення, яке допомагає налаштувати організм на тренування, позбавляючи тіло і розум від напруги і стресів.
- Концентрація. Уміння концентруватися на тій частині тіла, над якою опрацьовується, допомагає досягти максимального ефекту. Згодом, після практики, ваші дії стануть автоматичними, але концентрація все одно необхідна. Нервова система сама вибирає правильну координацію рухів, і, концентруючись подумки, ми допомагаємо їй вибрати правильну комбінацію м'язів для виконання нових рухових дій.
- Вирівнювання. У процесі виконання вправ необхідно стежити за правильним положенням тіла. Подібно до того, як організм є єдиною

замкнутою системою, і якщо одна його частина погано працює, страждають усі інші, наприклад, домінування одного м'яза призводить до того, що інші працюють менше або зовсім не задіяні. Особливе значення слід надавати нейтральному положенню хребта, а також взаємному розташуванню хребта і таза. Необхідно виключити будь-який м'язовий дисбаланс. Ваше тіло має бути в правильному положенні, щоб задіяти потрібні м'язи. А тепер визначимо правильне положення тіла стоячи і лежачи.

- Центрування. Створення сильного центру. Саме м'язи живота служать корсетом і опорою для хребта і внутрішніх органів, а також відіграють важливу роль в підтримці середньої частини тіла: вони не просто згинають тулуб, а підтримують правильну поставу. Слабкість цих м'язів призводить до нестабільності попереку. Виконуючи будь-яку вправу (стоячи, сидячи або лежачи), намагайтеся тягнути нижні м'язи живота вгору і всередину до хребта. Цим ви не тільки накачуєте їх, постійно тримаючи в напрузі, але і створюєте силовий стрижень між пупком і хребтом.
- Дихання. Щоб під час рухів організм отримував максимальну кількість кисню, необхідно навчитися правильно дихати. Правильне дихання означає дихання на повні груди, максимально розширюючи грудну клітку (це так званий «грудний» або «бічний вдих»). Дихайте легко і природно, дотримуючись наступного правила: перед виконанням руху – вдих; в процесі виконання - видих, при видиху підтягнути живіт до хребта; потім вдихніть, розслабтеся і поверніться у вихідне положення. Виконання вправи на видих дозволить уникнути перенапруження і розслабитися в русі. Ви також зможете тримати своє тіло стабільним і не затримувати дихання (затримка дихання негативно впливає на серце).
- Плавне виконання. Сенс пілатесу полягає в граціозному, контрольованому і контрольованому виконанні природних рухів, що дозволяє зосередити свою увагу на необхідній роботі, яку виконують

потрібні м'язи. Кожна вправа повинна виконуватися в певному темпі і ритмі. Деякі виконуються повільно, інші пов'язані з досить швидкими рухами. Але жодна з вправ пілатесу не виконується у швидкому темпі, навпаки, всі вони вимагають рівномірності та плавності рухів. Легше розтягувати м'язи повільно і спокійно - так ви зменшуєте ризик пошкодження суглобів і м'язи швидше адаптуються до навантаження.

- Витривалість. Зміцнення глибоких м'язів тулуба дозволить вам легко справлятися з будь-якою діяльністю, адже ви перестанете витрачати енергію на непотрібну напругу і марні рухи, адже м'язи почнуть працювати так, як їх запрограмувала природа. Після регулярних тренувань протягом місяця-двох ви помітите помітний приріст сили.

- Координація. Уміння зосереджуватися нерозривно пов'язане з умінням координувати свої дії. Поступово розвиваючи концентрацію уваги на координації рухів рук, ніг і корпусу, а також дихання, ви позбудетеся незграбності рухів, зробите їх більш плавними і витонченими, що буде помітно не тільки при виконанні вправи, а й у повсякденному житті. Зв'язок розуму і тіла якісно покращить самопочуття. Основний перелік вправ наведено в додатку Б. Основними критеріями вибору бази для проведення занять з АФК визначено: відповідність спортивної споруди (майданчика) призначенню заняття; доступність будівлі для дітей у зв'язку з їх нозологією, наявність спеціальних приладів та обладнання; наявність автотранспорту, якщо будівля (майданчик) розташована не на території закладу. Необхідною вимогою до матеріально-технічного забезпечення є його відповідність перспективним і найближчим завданням навчального процесу. Заняття ЛФК проводяться у спеціально відведених спортивних спорудах відповідних установ. Оскільки кінцевою метою є адаптивна фізична культура дитини в суспільстві, бажано, по можливості, проводити заняття з АФК в громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках. Різноманітність форм адаптивної фізичної культури сприяє підвищенню мотивації до занять.

Зокрема, узагальнені результати впливу методики «Пілатес» на оздоровлення дітей дошкільного віку з вадами зору представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Рівні сформованості показників загального розвитку дітей дошкільного віку (після формувального експерименту)

Рівні	Кількісні показники			
	КГ	КГ	ЕГ	ЕГ
високий	20%	2 дитини	38%	4 дитини
середній	35%	4 дитини	45%	5 дітей
низький	45%	4 дитини	17%	1 дитина
Всього	100%	10 дітей	100%	10 дітей

Порівнюючи результати ЕГ та КГ, можемо зробити висновок про те, що показники рівня загального розвитку дітей в ЕГ значно вищі.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу наукової літератури та практики виховання і розвитку дітей дошкільного віку з вадами зору було встановлено, що більшість науковців (М. Земцова та Л. Сековець, Б. Сермесєв, В. Афанасєєва, В. Полинкін та ін.) дотримуються думки про те, що рухова активність дітей з порушеннями зору значно нижче, ніж у їхніх однолітків з масових навчальних закладів. Особливий акцент науковці роблять на індивідуально-дозованих навантаженнях у дітей з вадами зору, підкреслюючи малу рухливість і знижену активність дітей з порушеннями зору і як наслідок з'являються недоліки у розвитку м'язових зусиль, формуванні почуття ритму.

Узагальнення різних точок зору вчених дозволило зробити висновок про те, що вплив дефекту, і зокрема порушення зору, на розвиток психіки дитини є не тільки прямим або однозначним, він виражається в системному характері розвитку психіки дитини. порушення, серед яких можна виділити вторинні і третинні. Тому необхідно використовувати такий метод роботи із зазначеною категорією дітей, який би комплексно впливав на загальний розвиток дитини. Це адаптивна фізична культура, яку ми трактуємо не лише як метод лікування та розвитку особистості, а й як метод переключення уваги людей з обмеженими можливостями з хвороби на спілкування, активний відпочинок та розваги. Адаптивна фізична культура - це система вдосконалення і гармонізації всіх сторін і властивостей людини з відхиленнями в здоров'ї (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних та ін.) за допомогою фізичних вправ, природних, екологічних і гігієнічних факторів. ; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку особистості.

Основними групами методів, що використовуються в організації адаптивної фізичної культури нами виділено методи, що спрямовані на

контроль ефективності впливу адаптивної фізичної культури та на оздоровлення дитини дошкільного віку. Це включає оцінку психомоторних можливостей, виявлення сильних і слабких якості дитини при виборі для неї засобів фізичної культури, фізіологічних показників працездатності. До структури методів визначення ефективності адаптивної фізичної культури відноситься медична та педагогічна діагностика. Нами було проведено констатувальне дослідження на базі дошкільного закладу зі спеціальними групами для дітей з порушеннями зору за такими критеріями: зовнішній вигляд дитини (охайний, неохайний); поведінка (активність, відкритість, ініціативність; пасивність, замкнутість, байдужість; неспокій, збудженість); емоції (позитивні, негативні, часта зміна емоцій); особливості спілкування (безпосередність, щирість; слухняність, прийняття ролі вихователя; негативізм, неприйняття ролі вихователя); особливості спілкування з однолітками (зацікавленість іншими дітьми, контактність; труднощі в становленні контактів з іншими; невпевненість, сором'язливість, образливість, тривожність); мотивація (зацікавленість зовнішньою стороною діяльності (новизною, наочністю, грою); відсутність інтересу до навчання (пізнавальна пасивність, відсутність допитливості)); ступінь самостійності (самостійно виконує завдання, поставлене дорослим, інколи звертається за допомогою (робота в зоні актуального розвитку); потребує часткової, але постійної допомоги дорослого (робота в зоні найближчого розвитку; потребує постійної допомоги дорослого, безпомічність у виконанні завдання); саморегуляція (може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; труднощі підпорядкування своєї поведінки вимогам дорослого); відношення до допомоги з боку дорослого (приймає допомогу дорослого; не приймає допомоги дорослого); мовлення дитини (багатий словниковий запас; словниковий запас у межах норми; недостатній словниковий запас (бідність мови); труднощі у вираженні своїх думок, потреб, прохань; мова чітка, зрозуміла; є вади мовлення, вимови певних звуків); навички самообслуговування (дитина проявляє

самостійність, потребує нагадування дорослого; самостійно не може скласти приладдя, одягнутися, взутися та ін.).

За результатами дослідження було встановлено, що більшість дітей (45%) знаходиться на низькому рівні загального розвитку, що негативно впливає на процеси соціалізації дитина та на її оздоровлення. Тому нами було визначено основні принципи застосування адаптивної фізичної культури (свідомості й активності; індивідуалізації; доступності; послідовності вивчення вправ; диференційно-інтегральних оптимумів; систематичності; чергування, або розсіяного м'язового навантаження; міцності) та розроблено методику «Пілатес» для дітей дошкільного віку.

1. Основними завданнями зазначеної методики є розвиток здатності цілеспрямованого переміщення у просторі, формування умінь взаємодіяти з середовищем і предметами, які наповнюють його, виконувати життєво необхідні, максимально результативні дії, розвиток стійкості, рівноваги, сенсорний розвиток, вдосконалення навичок орієнтування у просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем, а також подолання скучності і обмеженості рухів. Методика «Пілатес» включає ряд вправ на розвиток гнучкості, концентрації уваги на внутрішніх відчуттях. Особливої уваги було приділено розвитку гнучкості суглобів та м'язів. Поєднуючи вправи з образними назвами, наприклад, дельфін, собака та інші, було створено казкову ігрову атмосферу, що відповідало віковим особливостям дитини.

2. Перевірка ефективності розробленої методики «Пілатес» відбувалася у дошкільному закладі м. Полтава №77, в якому є спеціальні групи для дітей з порушеннями зору. Запровадження розробленої методики відбувалося послідовно, дозовано, з урахуваннями індивідуальних можливостей кожної дитини. Методика проведення програми адаптивної фізичної культури передбачала виконання ряду послідовних етапів: постановка задачі; створення уявлення: демонстрація вправи; навчання

виділяти те істотне, що вимагає засвоєння, залучення до виконання вправи; демонстрація, як виконувати дану вправу у різних ситуаціях; самостійне виконання вправи під керівництвом вихователя; повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи; здійснення дії на словах: в парах або малих групах обговорюються проблеми, які виникали при виконанні вправи, що вивчається; індивідуальна самостійна робота дитини: доведення дій, які вивчаються, до рухового навику, а також самостійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах. Для визначення ефективності запропонованої програми нами було використано методи першого констатувального дослідження з метою більш об'єктивного порівняння показників ЕГ та КГ груп, кількість яких складало по 10 дітей дошкільного віку з порушеннями зору був зроблений висновок про те, що показники рівня загального розвитку дітей в ЕГ значно вищі: **ВИСОКИЙ** рівень складає 38% - це діти, які мають охайний вигляд; характеризуються активністю, відкритістю, ініціативністю поведінки; у них домінують позитивні емоції; притаманна безпосередність, щирість у спілкуванні; виявляють зацікавленість іншими дітьми та зовнішньою стороною діяльності; демонструють самостійне виконання завдання, що поставлене дорослим; виявляють уміння підпорядковувати свою діяльність вимогам дорослого; приймають допомогу дорослого; словниковий запас у межах норми; дитина проявляє самостійність; *середній рівень* в ЕГ віднесено 45% дітей, які продемонстрували такі характеристики, як охайний зовнішній вигляд; пасивність поведінки; часта зміна емоцій; слухняність, прийняття ролі вихователя; зацікавленість зовнішньою стороною діяльності, яка є нестійкою; потребує постійної допомоги дорослого; може свою діяльність підпорядковувати вимогам дорослого; приймає допомогу дорослого; недостатній словниковий запас; у виконанні завдань потребує нагадування дорослого; *низький рівень* зменшився на 28%. Встановлено, що після експерименту значення критерію Пірсона $\chi^2_{\text{емп}}$ становить 15,001. Критичне значення χ^2 при рівні значущості $p = 0,05$ становить 12,592.

Зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично значуща при рівні значущості $p < 0,05$. Це вказує на достовірність відмінностей сформованості показників загального розвитку дітей дошкільного віку у ЕГ і КГ після завершення експерименту становить 95%.

21	https://ua-referat.com/%D0%95%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%BE_%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D...	0.42%
22	https://revolution.allbest.ru/biology/01280895_0.html	0.42%
23	http://ppsptippo.blogspot.com/2012/03/blog-post_05.html	2 джерела 0.41%
24	https://nupp.edu.ua/uploads/files/0/main/deps/faculty/sport-faculty/kaf-fks/science-work/zbirnik-2016.pdf	3 джерела 0.4%
25	http://infiz.dp.ua/misc-documents/repozit/ZO-A1/A1-0000-24-L1-15.pdf	0.38%
26	https://ua-referat.com/uploaded/kriteriyi-diferencijnoi-diagnostiki-porushennya-zoru-providna/index1.html	0.37%
27	https://helpiks.org/8-78784.html	0.35%
28	http://lib.iitta.gov.ua/717874/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%96%D0%B3%D...	0.34%
29	https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/6902/1/%d0%bb%d0%b5%d0%ba%d1%86_%d1%8f%202%20d1	3 джерела 0.28%
30	https://nauka.udpu.edu.ua/dysertatsiya-33	36 джерел 0.28%
31	http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/48859	2 джерела 0.26%
32	http://alma-mater.luguniv.edu.ua/magazines/visnyk/2011/14_ped_3.pdf	2 джерела 0.22%
34	https://naurok.com.ua/stattya-adaptativna-fizichna-kultura-u-navchalnomu-zakladi-140340.html	0.19%
35	http://ni.biz.ua/1/1_8/1_85286_sredstva-adaptivnogo-fizicheskogo-vospitaniya.html	0.16%
36	https://ihed.org.ua/wp-content/uploads/2019/01/Shrol_20-06-2018_disertac.pdf	0.14%
37	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/308/1matvieiev_s_f_kogut_i_o_goncharenko_ie_v_pedagogichni_z...	0.12%
38	http://lib.iitta.gov.ua/722338/1/%D0%92%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F_i_%D	2 джерела 0.12%
39	https://eir.zntu.edu.ua/bitstream/123456789/3183/1/Ryzhkova_Methodological_Guidelines.pdf	2 джерела 0.12%
40	https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/38782/1/2022_%d0%a1%d1%82%d0%b0%d1%80%d0%be%d1%81%d	2 джерела 0.11%
41	https://lib.iitta.gov.ua/729481/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%B4%D1%96%...	0.11%
42	http://ni.biz.ua/12/12_7/12_76509_lichnost-i-osobnosti-ee-razvitiya-pri-narusheniyah-zreniya.html	0.11%
44	https://ppt-online.org/1252947	0.1%

45	http://eprints.zu.edu.ua/31432	0.1%
46	https://dspace.hnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7587/1/Aktualni%20pytannia%20spetsialnoi%20pedahohiky%202022.pdf	0.09%
47	https://www.ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%B...	0.09%
48	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_orihovska_a.s.pdf	0.09%
49	http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/23386	28 джерел 0.06%
50	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/3547/%d0%9a%d0%b0%d0%bf%d1%96%d0%bd%d0%b...	2 джерела 0.06%
51	http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/2018/09/disser_Tovstiak.pdf	0.05%
52	https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2014/251-239-26.pdf	0.05%
53	https://reyestr.court.gov.ua/Review/98841553	0.05%
54	https://www.dkpp.com.ua/wp-content/uploads/2019/11/ZagP_T_lekc.docx	3 джерела 0.05%
55	https://subj.ukr-lit.com/psixologiya-lyudini-z-obmezhnemi-mozhlivostyami-bochelyuk-v-i-navchalno-metodichni-mate...	5 джерел 0.05%
56	http://docplayer.net/50740385-Sport-ta-suchasne-suspilstvo.html	0.05%
57	http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/30180?locale=sv	22 джерела 0.04%
58	http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/31132?locale=de	18 джерел 0.04%
59	https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Electronni_naukovi_vidannya/naukovij_zbirnik_konferenciji_problemi_fizichnogo_Kirovograd_2...	0.04%
60	http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/5368/1/Chernenko%20S.%20O.pdf	0.04%
61	https://duan.edu.ua/images/head/Science/UA/Academic_Council/K_08_120_02/23040.pdf	0.04%
62	http://eir.nuos.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/5059/Mysko_magister.pdf?isAllowed=y&sequence=1	0.04%
63	https://ua-referat.com/?red=59847	0.04%

Джерела з Бібліотеки

3

33	Студентська робота	ID файлу: 1014011005	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.19%
43	Студентська робота	ID файлу: 1010762864	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	0.11%

Цитати

Цитати

3

1 «Адаптація просторово-фізичного середовища для дітей із порушеннями зору»

2 «Шляхи компенсації сліпоті»

3 «Тест Мілані-Компареті для немовлят»