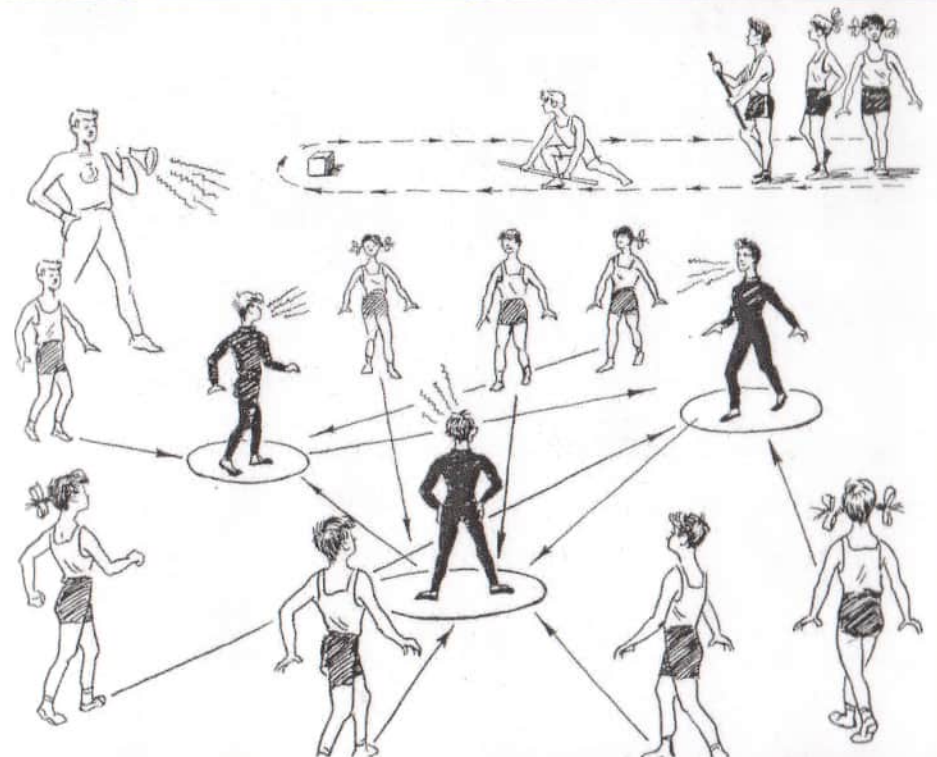




*В. В. Дичко,
Т. А. Євтухова,
Д. В. Дичко*

ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР НА КОРЕКЦІЮ ПОРУШЕНЬ СЕНСОРНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ



В. В. Дичко, Т. А. Євтухова, Д. В. Дичко

**ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР
НА КОРЕКЦІЮ ПОРУШЕНЬ СЕНСОРНОГО
СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ**

Видання друге, доповнене

Слов'янськ
2021

УДК 376-056.262:796:615.825

Д50

Рекомендовано до друку
Вченою радою Державного вищого навчального закладу
«Донбаський державний педагогічний університет»
(Протокол № 7 від 20.04. р.)

Рецензенти:

Омельченко С. О., доктор педагогічних наук, професор, ректор
Державного вищого навчального закладу «Донбаський державний
педагогічний університет» (м. Слов'янськ) МОН України.

Лянной Ю. О., доктор педагогічних наук, професор, ректор
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
(м. Суми) МОН України.

Чернозуб А. А., доктор біологічних наук, в.о. професора, декан
факультету фізичного виховання та спорту Чорноморський національний
університет імені Петра Могили (м. Миколаїв) МОН України.

Дичко В. В., Євтухова Т. А., Дичко Д. В.

Д50 Вплив рухливих ігор на корекцію порушень сенсорного
сприйняття у дітей із патологією зору / В. В. Дичко, Т. А. Євтухова,
Д. В. Дичко. Вид. друге, доп. Слов'янськ: Вид-во Б. І. Маторіна, 2021.
159 с.

ISBN 978-617-7780-36-5

Монографія присвячена розробці та апробації патогенетично
орієнтованих рухливих ігор професійно-побутової спрямованості на
уроках фізичного виховання для корекції порушень сенсорного сприйняття
у дітей із патологією зору, спрямованих на попередження прогресу
патологічного процесу і розвиток психомоторних якостей.

Результати дослідження означених питань будуть корисні в
практичній роботі при порівняльній оцінці ефективності застосування
рухливих ігор на уроках фізичного виховання корекційної програми
фізичної реабілітації при різних порушеннях рухових функцій.

УДК 376-056.262:796:615.825

© Колектив авторів, 2021

ISBN 978-617-7780-36-5

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ТЕРМЕНІВ ТА ОДИНИЦЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ	9
1.1. Анатомо-фізіологічна і психічна характеристика дітей із патологією зору	12
1.2. Особливості моторики дітей із патологією зору	21
1.3. Теоретичні і методичні аспекти використання рухливих ігор у корекційно-виховній роботі зі школярами з патологією зору	27
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ, МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	37
2.1. Організація дослідження	37
2.1. Характеристика методів дослідження	37
Дослідження відбувалися на базі Слов'янської спеціальної загальноосвітньої школи №23.....	43
РОЗДІЛ 3. ЯКІСНИЙ СТАН РУХОВОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ	45
3.1. Оцінка рівня фізичного розвитку дітей із патологією зору.....	46
3.2. Оцінка рухової підготовленості дітей із патологією зору	51
3.3. Рівень точності рухів у дітей із патологією зору залежно від первинного дефекту	53
3.4. Вікові закономірності сенсорного забезпечення прояву точності рухів і їхній зв'язок із контролем і самоконтролем у дітей із патологією зору	58
3.5. Оцінка професійно-побутових дій дітей із патологією зору	69
3.6. Оцінка психічних реакцій дітей із патологією зору в умовах рухової діяльності	71
3.7. Оцінка рівня сформованості інтересу і мотивації до систематичних занять фізичною культурою в умовах рухової діяльності.....	73

РОЗДІЛ 4. МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ РУХЛИВИХ ІГОР ПРОФЕСІЙНО-ПОБУТОВОЇ СПРЯМОВАНОСТІ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗІ ШКОЛЯРАМИ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ.....	80
4.1. Теоретичні і методичні аспекти розробки спеціальних рухливих ігор у корекційній роботі зі школярами з патологією зору	80
4.2. Методика застосування рухливих ігор професійно-побутової спрямованості на уроках фізичного виховання	90
4.3. Методика застосування рухливих ігор в умовах позакласної роботи з фізичного виховання.....	106
РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ РУХЛИВИХ ІГОР ПРОФЕСІЙНО-ПОБУТОВОГО ХАРАКТЕРУ У КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ	129
5.1. Динаміка показників фізичного розвитку і рухової підготовленості дітей із патологією зору	129
5.2. Динаміка показників розвитку професійно-побутових дій дітей із патологією зору.....	132
ВИСНОВКИ	135
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	141
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	142

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ, ТЕРМЕНІВ ТА ОДИНИЦЬ

АТ - артеріальний тиск
ЧТ - частота дихання
ЧСС - частота серцевих скорочень
РД - рухова дія
ПЗ - порушення зору
ДРМ - дидактико-реабілітаційна мотивація
СЗ - система знань
ФР - фізичний розвиток
РП - рухова підготовка
ФП - фізична працездатність
ССД - складна структура дефекту
А - адаптаційний
Б - базовий
П - перехідний
ЦНС - центральна нервова система
ФЯ - фізичні якості
РП - рухові помилки
ОКД - оцінює-контрольні дії

ВСТУП

Проблема соціальної адаптації дітей із патологією зору є однією з найбільш важливих в спеціальній педагогіці. Згідно з концепцією розвитку дефектології в Україні для сліпих і слабозорих дітей створені спеціальні шкільні і дошкільні установи, у яких навчання і виховання об'єднуються з корекційної роботою, спрямованою на виправлення недоліків розвитку. Проте як показує аналіз літературних джерел із проблеми психологічної, фізичної і соціальної реабілітації незрячих дітей, принципи питання соціальної інтеграції не знайшли достатнього розвитку в національній корекційній педагогіці [47–50; 53; 54; 98; 130; 131; 150–152].

Однією з позначених у концепції актуальних проблем вітчизняної корекційної педагогіки є розробка нових психолого-педагогічних технологій інформаційно-розвивальної роботи з різними категоріями аномальних дітей у процесі їхнього навчання і виховання, спеціальних реабілітаційних прийомів, знаходження нових форм і шляхів інтеграції, аномальних в суспільстві.

З огляду на зазначене вище ми вважаємо, що надзвичайно актуальним є питання розробки спеціальної педагогічної системи інтенсивної інтеграції дітей із глибокими порушеннями зору в соціальну сферу. У рішенні зазначеної проблеми важлива роль належить фізичному вихованню. Фізичні вправи, заняття спортом, рухливі ігри сприяють фізичному розвитку й рухової підготовленості незрячих школярів, зміцнюють здоров'я, розвивають і вдосконалюють біологічні системи і можливості організму.

Дослідження вітчизняних і зарубіжних фахівців свідчать, що для дітей із патологією зору характерно порушення постави, ходи, координації

русі, сили, швидкості, витривалості, точності рухів [1–3; 47–50; 53; 55; 150–152].

Практикою роботи вітчизняних і зарубіжних фахівців зі сліпими дітьми доведено, що найбільш ефективним засобом корекції і компенсації їхнього первинного дефекту і вторинних відхилень є ігрова діяльність.

Гра – суспільне явище, що склалося історично, самостійний вид діяльності, властивий людині. Гра посідає важливе місце в житті школяра і тому розглядається провідними педагогами і психологами як один із головних засобів виховання [34–36].

За твердженням В. Сухомлинського, гра є потребою організму, що розвивається й зростає. Дитина входить у світ дорослих за допомогою ігрової діяльності, яка відображає життя суспільства.

Виняткове місце в житті дитини відведене рухливим іграм. Особливо яскраво йдеться про дітей із глибокими порушеннями зору. Як свідчать дослідження фахівців [50; 53; 55; 94; 98; 118], рухлива гра стає важливим засобом корекційно-виховної роботи з незрячими школярами, вже через гру вони отримують психофізіологічне навантаження – позитивні емоції, за допомогою яких виникає задоволення від руху, формуються мотиви й інтерес до систематичних занять фізичними вправами, що необхідно розглядати як корекційно-педагогічну умову ефективності соціальної і фізичної реабілітації цих дітей і подальшої їхньої інтеграції в суспільстві.

Як стверджують автори [1–3; 50; 54; 71–73; 87–88; 150–152], рухливі ігри є не тільки засобом корекції та компенсації порушених функцій, а також вони вдосконалюють стрибки, біг, ходьбу, спритність, формують виробляти ряд навичок, необхідних у трудовій діяльності та повсякденному житті, сприяють оволодінню простором, придбанню швидкості й точності в рухах, легкості і впевненості в собі, розвивають інтелектуально, швидкодію, силу, сміливість, слух, дотик, просторову

компетенцію. Ігри підвищують адаптацію дітей із патологією зору до мінливих життєвих умов, розширюють функціональні можливості, допомагають оздоровленню організму, сприяють також корекції і компенсації в діяльності серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем, сприятливо впливають на психіку, створюють умови для соціальної і фізичної реабілітації [94–95; 106].

Установлено, що надзвичайно мало розроблено ігор, які вирішують питання формування соціально-побутових і поведінкових навичок, а також ігор, які передбачають співпрацю сліпих дітей і зрячих, що сприяє соціальній інтеграції дітей із такого роду вадами. Ми вважаємо, що метою інтеграції таких школярів має стати забезпечення для них повноцінного, активного, нормального життя в контакті з іншими дітьми.

Спілкування сліпого учня з його зрячими однолітками у грі відкриває для нього широкі можливості задоволення потреби в товаристві, у дружніх стосунках, у тому, щоб бути частиною соціальної системи людських взаємин. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним стає питання розробки спеціальної методики рухливих ігор із формування навичок професійно-побутової сфери, особливо у взаємодії сліпих дітей і практично здорових однолітків із нормальним зором, що забезпечують профілактику почуття тривожності.

РОЗДІЛ 1.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ

Зір є одним з найголовніших генеральних аналізаторів організму, що забезпечують отримання найбільш повної динамічної інформації (колір, форма, віддаленість) про навколишній світ.

Зорова інформація становить близько 90% від інформації, що надходить у кору головного мозку через усі інші органи чуття людини.

Суттєвою особливістю зорового сприйняття є те, що воно завжди здійснюється у взаємодії з іншими видами чутливості. На відміну від інших сенсорних систем зоровий аналізатор генетично розвивається в тісному зв'язку з мозком. У внутрішньоутробному періоді очей формуються з тих же клітин, з яких розвивається мозок людини. За висловленням академіка Северцова «око є частиною мозку, виселити око з мозку». Із перних днів життя дитини зір тісно пов'язується з дотиком, слухом, нюхом і іншими видами чутливості. У результаті утворюються складні динамічні системи зв'язків, які є чуттєвою основою всієї психічної діяльності та орієнтації дитини в просторі.

Поступове формування системних зв'язків між зором й іншими видами чутливості описано багатьма авторами [87; 88; 89; 90;]. Уже на першому місяці життя дитини утворюється візуально-руховий зв'язок. У 3-4 місяці у відповідь на звуковий подразник виникають знічні реакції.

Надалі поступово формується зорово-просторовий аналіз, пов'язаний із рухом рук і розвитком зорової уваги. Створення зорово-просторових зв'язків дозволяє дитині орієнтуватися в просторовому середовищі.

За участю і під контролем зору дитина орієнтується в просторі, особливо коли навчається ходити. При пересуванні в просторі новизна зорових, слухових й інших вражень розширює сферу зорового огляду навколишнього світу. Це сприяє розвитку зорової уяви, зорової уваги, зорово-рухової пам'яті, нормування за участю зору чуттєвого пізнавального досвіду дитини базується на утворенні складних системних зорово-слухових, зорово-тактильних, зорово-рухових зв'язків, які є фізіологічною основою подальшого розвитку вищих форм пізнавальної діяльності [105].

Зір відіграє величезну роль у трудовій діяльності людини, забезпечуючи при цьому саморегулювання і самоконтроль руху.

Оскільки зір має настільки складні і різноманітні зв'язки з іншими функціями і відіграє таку важливу роль у розвитку і життєдіяльності дитини, його порушення призводить до появи вторинних відхилень у психічному та фізичному розвитку. Перш за все страждають функції, тісно пов'язані із зором, особливо сприйняття предметів і явищ дійсності, орієнтація в просторі, формування уявлень і вимірювальних дій. При порушенні зору відзначаються недоліки у формуванні рухових функцій, швидкості, точності, координації рухів [9; 87; 88; 89, 92; 93].

При аномальному розвитку дитини з патологією зору відзначаються:

- первинні відхилення в діяльності функцій, зумовлені пошкодженням того чи іншого органу внаслідок захворювань або травматичних ушкоджень організму;
- вторинні відхилення у вигляді тимчасового недорозвинення деяких психічних і рухових функцій, тісно пов'язаних з постраждалими сенсорними функціями.

Найбільш поширеними формами патології зору є аномалії рефракції.

До них відносяться різні ступені короткозорості (міопія), далекозорості (гіперметропія), далекозорий або короткозорий астигматизм. З інших форм порушення зору можна назвати катаракту, атрофію зорового нерву, альбінізм, мікрофтальм та ін. [85; 86].

Розрізняють уроджені і набуті форми слабобачення. Найбільш поширеними формами патології зору є вроджені аномалії розвитку органу зору.

При хронічних формах слабобачення важливо враховувати, за яких причин і в якому віці втрачено зір.

При вроджених формах порушення зору в дітей виникають труднощі у формуванні безпосередньо чуттєвого досвіду, особливо на перших роках навчання в школі. В учнів складно формуються уявлення про навколишню дійсність, життя і праця людей, процеси та явища природи. Значні труднощі при порушенні зорової функції виникають у дітей в оцінці просторових ознак: напрямів, відстаней, величин предметів і т.д. Усе це збільшує чуттєвий досвід сліпих дітей, ускладнює їхнє орієнтування в просторі [11; 57].

Як вже було зазначено, порушення зору суттєво знижує рухову активність, що затримує розвиток рухів дітей із такого роду дефектом. У них уповільнюється формування основних рухів (ходьба, біг, стрибки, мотання), уповільнюється процес розвитку основних фізичних якостей (швидкість, сила, витривалість, координація рухів, рівновагу), виникає деяка затриманість у фізичному розвитку. Показники фізичного розвитку сліпих дітей порівняно із зрячими однолітками [47; 48; 49; 50; 87; 88; 89, 94].

1.1. Анатомо-фізіологічна і психічна характеристика дітей із патологією зору

Сліпі діти, за твердженням Л. Касаткіна [88], розвиваються за загальними закономірностями розвитку зрячих однолітків. Однак за відсутності зору, через особливості сприйняття навколишнього світу, виникає деяка своєрідність рухової активності і розвитку рухів. Рівень соматометричних і фізіометричних показників фізичного розвитку школярів із глибокими порушеннями зору нижче показників учнів загальноосвітньої школи.

За даними Р. Азарян [7], протягом майже всього шкільного віку сліпі діти відстають у рості та масі тіла від своїх зрячих однолітків. Причому з віком ця різниця в зростанні збільшується, досягаючи до 16–18 років 9–13 см. Відставання в масі тіла в дітей молодшого віку виражено менше –3–5%, ніж в учнів старших класів – 5–7%. Сліпі школярі поступаються зрячим і в показниках окружності грудної клітини. Незважаючи на те, що в молодшому і середньому шкільному віці у цих дітей спостерігається помітне збільшення цих показників, усе ж у порівняно зі зрячими однолітками, відставання в окружності грудної клітини становить 2,6 см (13–14 років) і 6,0 см (17–18 років). Помітне відставання від норми у дітей із глибокими порушеннями зору відзначається і в розвитку життєвої ємності легень. Дослідження показали, що у сліпих вони більш виражені в 10–12 років.

Сліпота, на думку всіх дослідників, що вивчали цю проблему, і за нашими спостереженнями, суттєво впливає на зовнішній вигляд, соматичний і неврологічний статус людини. Перш за все, сліпота відбивається на зовнішньому вигляді сліпих [123; 124; 125]. Переважна більшість із них фізично ослаблені, із недостатньо розвинутою підшкірною

жировою клітковиною і гіпотрофічною м'язовою системою. Шкіра обличчя має своєрідний блідо-жовтуватий колір. Серед них практично не зустрічаються особи з атлетичною статуєю.

За твердженням ряду авторів [1; 2; 3; 123; 124; 125; 149], ходьба сліпого або слабозорого різко відрізняється від ходьби зрячих. Постанову і ходу сліпих можна порівняти з вихідною постановою і ходою зрячої півторарічної дитини. Ноги при ходьбі у сліпого широко розставлені, голова відкинута назад, крок укорочений, стопи стають плоско, рухи погано збалансовані, а при перенесенні ваги тіла з однієї ноги на іншу при кожному кроці відзначається хитання тіла то в одну, то в іншу сторону.

До фізичних особливостей слід також віднести стереотипні, що схожі на гіперкінетичні рухи тулубом, головою, зморщування чола, прищипування при загальній гіпомімічності обличчя [123; 124; 125]. Сліпота, на думку І. Малигіної, гальмує розвиток рухової системи і призводить до її функціональної недостатності. В умовах сліпоти активність кінетичного аналізатора виявляється зниженою внаслідок неможливості його повноцінного функціонування, тому вказані вище гіперкінетичні стереотипні рухи слід розглядати як своєрідні компенсаторні феномени при сліпоті. С. Мнухін стверджував, що сліпота викликає патологічні зміни в екстрапірамідній системі, порушує обмінні процеси в організмі і викликає вегетосудинні дисфункції. Для сліпих досить типові різні вегетосудинні розлади у вигляді лабільності пульсу і артеріального тиску (частіше спостерігається гіпотонія), відчуття припливів, явищ гіпергідрозу.

На думку А. Земцової [79], підвищена вегетативна реактивність сприяє ранньому «зношуванню» нервової системи і передчасному старінню.

У сліпих почасти спостерігаються різні диспепсичні розлади: сухість і неприємний смак у роті, пронос, закріп, відсутність апетиту і т.ін.

Вони схильні до алергічних і застудних та інфекційних захворювань, що, мабуть, є результатом зниженої імунобіологічної реактивності. І. Ласків констатував, що сліпі в 1,5 рази частіше, ніж зрячі, страждають різними захворюваннями носоглотки.

Порушення зору в дитини позначається на формуванні пізнавальних процесів сприйняття, просторових уявлень, образного мислення, мовлення та інших психічних функцій.

За твердженням Мастоюкова Е.М. [71], вимикання зору не є гальмом для психічного розвитку і вдосконалення багатьох якостей осліплого, дійсно, роль зору надзвичайно велика в житті людини, оскільки до центральної нервової системи через зоровий аналізатор надходить у 30 разів більше інформації про зовнішній світ, ніж через слуховий. Та чи поповнюється інформація про зовнішній світ у сліпих за рахунок інших аналізаторів?

Ряд дослідників встановили, що активний дотик у сліпих відрізняється більшою точністю, ніж у зрячих, і це, мабуть, є об'єктивною реальністю, хоча деякі автори (12; 21) вважають, що збудливість нервово-м'язової тканини пальців у сліпих і зрячих практично однакова. Щодо слухової діяльності та значення слуху для сліпих ще в минулому столітті відомий французький тифлопедагог Dutoit писав: «Слух є для них тим же, чим є для нас зір». Пізніше експериментально було встановлено [15; 99; 105], що сліпі краще, ніж зрячі визначають напрямок звуку і локалізують його в просторі.

Різноманітні по силі, тембру і спрямованості слухові відчуття відображають у свідомості сліпих складну динамічну картину зовнішнього світу, і допомагають їм орієнтуватися в навколишньому середовищі.

Натомість деякі дослідники не відзначали у сліпих фізіологічного стоншення слухових сприйнять порівняно зі зрячими і навіть виявили в них труднощі в локалізації звуків у просторі [76; 77; 78; 79]. Імовірно, у

деяких сліпих слух не отримує належного розвитку, проте глибокі дослідження багатьох авторів і свідчення самих сліпих дають підстави вважати, що в більшості випадків сліпота стимулює розвиток слуху.

Слуховий аналізатор відіграє велику роль у регуляції рухів. Свтухова Т.А. [71] зазначає, що слухові відчуття набувають великого значення в сприйнятті швидкості, причому сприйняття швидкості акустичних подразників характеризується більшою точністю, ніж зорових.

За даними Дичко В.В. [47], швидкість зорово-моторної реакції більше, ніж реакція на звукові подразники. Звуковий аналізатор бере участь у визначенні та збереженні ритму рухів при виконанні різноманітних трудових, спортивних і побутових рухів.

Оцінюючи значення слуху і м'язів, І. Сеченов приходить до висновку, що тільки звук і м'язове відчуття дають людині уявлення про час.

Поразка функції слухового аналізатора позначається на сліпих особливо негативно, так як слуховий аналізатор є одним з провідних в просторової орієнтуванні сліпих і, перш за все, при орієнтуванні в великому просторі [26; 71; 72; 123; 148] та ін.

«По звуку власних кроків, – пише М. Земцова [55] – сліпі судять про характер ґрунту, про місцевість, на якій вони перебувають; по звукових орієнтирах вони можуть уявити топографічну карту місцевості, будівлі, що розташовані поблизу, наявність поблизу річки, струмка, відкритого поля; по шуму колосків вони судять про місцезнаходження і розмір злакового поля; по звуках голосів людей і домашніх тварин визначають місце розташування селищ, лісу, поля і приблизну відстань до них» [72, 59].

Основною функцією слуху при орієнтуванні є локалізація джерела звуку, визначення місцезнаходження, напрямку і швидкості його переміщення, і на цій інформації побудована система дій сліпої людини.

Сермеев Б.В. [91] стверджує, що постійне використання сліпими слухового аналізатора настільки розвиває його, що забезпечує їм тонке диференціювання звуків за тембром, тоном, гучністю, напрямком.

Ряд авторів [12; 13; 14; 76; 77; 78] та ін. указують на те, що у сліпих, на відміну від зрячих, орієнтовна реакція на звукові подразники посилюється і довго не згасає. Це явище пояснюється тим, що звуки для сліпих набувають іншого сигнального значення. Утрата зору викликає перебудову межаналізаторних зв'язків і обумовлює переробку сигнального значення багатьох подразників.

Необхідно підкреслити, що значення всіх аналізаторів зростає в процесі вдосконалення рухових навичок [87; 88; 89; 90; 106].

Особливо велика роль вестибулярної функції для сприйняття простору і орієнтування в ньому. Уперше на значення вестибулярного апарату в регуляції рухів указав І.Ціон. В.Бехтерев діяльність вестибулярного апарату і м'язового почуття розглядав як цілісну систему, що бере участь у сприйнятті простору. За даними І.Беріташвілі, сприйняття напрямку руху, кутів, поворотів відбувається здебільшого за рахунок вестибулярного апарату. Так, на думку В.Воячек вестибулярний апарат дає уявлення про вертикальну лінію.

У результаті експериментальних досліджень М.Могендовіч [73] дісталися висновку, що при тотальній сліпоті вестибулярна чутливість розвивається краще за інших рівних умов, ніж у нормальнозорих.

Вестибулярний аналізатор забезпечує збереження рівноваги і необхідного положення тіла в просторі. Особливо велика роль вестибулярного апарату в умовах зменшення опори: пересування на лижах, ковзанах, їзда на велосипеді, при виконанні вправ на колоді та ін., а також при виконанні цих фізичних вправ у ході рухливих ігор-естафет.

При виключенні зорового або слухового аналізатора можливе здійснення орієнтування в просторі на основі рухового аналізатора. При

виключенні зору з системної діяльності аналізаторів функції останньої покладаються на всі інші, і в результаті підвищених вимог вони повинні вдосконалюватися.

Ще І.Сеченов указував, що узгодженість руху рук і очей людини заучується з дитинства. кожного разу рука грає роль хапального знаряддя і без керівництва очей служити таким знаряддям не може. У сліпих керівництво ручних рухів зором замінюється керівництвом так званими м'язовими почуттями. Розкриваючи термін «м'язове почуття», він розглядає це як «суму відчуттів», які супроводжують будь-який рух членів нашого тіла і всяка зміна в їхньому становищі один щодо одного [153]. Великий фізіолог вперше вказав на роль м'язового почуття як аферентної системи і висловив думку про те, що м'язова система за певних умов може бути аналізатором. І.Павлов уважав, що неодмінною умовою м'язової роботи повинні бути постійні сигнальні подразники, що надходять від рухового апарату. Без цих подразників рух не може бути виконано, адже він на даний момент не реєструється.

Сеченов І. акцентував, що м'язове почуття допомагає фіксувати і оцінювати будь-які зміни в положенні власного тіла і власне акту пересування. Він зазначав, що близькість, далечінь і висота предметів, шляхи і швидкість їхніх рухів – усе це предмети м'язового почуття. При повній або частковій втраті зору зоровий контроль здебільшого замінюється м'язовим контролем, а також слуховим й іншими видами чутливості. У зрячих функції контролю і виконання між очима і руками чітко поділяються. При втраті ж зору контрольні і виконувальні функції роташуються саме в руках. Порівнюючи функції ока і руки, І.Сеченов зазначав, що рука й око «обмацують» предмети. Ці аналізатори багато в чому схожі за багатьма ознаками: рука, як і око, рухлива в найрізноманітніших напрямках. Вона здатна визначати величину і форму предметів. У межах досяжності рука відображає простір так само повно, як

і око. Отже, сліпота компенсується іншими збереженими аналізаторами (слуховим, шкірним, руховим, вібраційним), але домінуючою чутливістю буде дотик, тобто рухова аферентація.

Є численні спостереження, які свідчать про гострий нюх у сліпих. Безсумнівно, також, що сліпим доводиться частіше користуватися нюхом, ніж зрячим.

Відомий тифлопедагог Земцова М. [55] відзначає, що відсутність зору не тягне за собою зміни елементарної функції (дотику, слуху, нюху), їхні пороги роздратування не вищі, ніж у зрячих, але вони досягають високого ступеня диференційованості.

Існує думка дослідників, які звернули увагу на здатність сліпих відчувати предмети на відстані. Цю властивість умовно називають «шостим почуттям», «почуттям простору», «лицевим зором». Висловлювалися припущення, що «шосте почуття» виникає в результаті сприйняття тактильних відчуттів коливання повітряного стовпа і теплового випромінювання [105].

Берітов І. прийшов до висновку, що в основі «шостого почуття» лежить сприйняття підпорогових подразнень слухового аналізатора, що є умовним сигналом для скорочення шкірних м'язів обличчя і сприймається сліпими як «відчуття предметів обличчям». В. Гіляровським висловлювалася версія, що «почуття присутності» розвивається як своєрідна компенсація відсутності зору.

Серед дослідників, які вивчали психічну сферу сліпих, немає єдиної думки про те, як сліпота впливає на психічну діяльність людини. А. Крогіус [знаходив у сліпих підвищену здатність керувати своєю увагою і здатність до посиленої концентрації її. А. Зімкіна встановила, що у сліпих обсяг уваги розширене за рахунок того, що в свідомості сліпого кожного моменту відображаються явища і властивості предметів, які для зрячих залишаються непоміченими. У той же час S. Haus на підставі

обстеження сліпих дітей прийшов до висновку, що зниження зору негативно впливає на якість уваги, призводячи до його швидкого виснаження і зниження продуктивності. В. Єрмаков зазначає, що особливо розвинена в дітей із порушенням зору слухова, зорова і моторна мимовільна увага, що в ігровому і навчальному процесах за своєю структурою, видами, формами має ту ж основу, що й у зрячих дітей. Основні функції всіх трьох видів уваги (мимовільна, довільна і постдовільна) залишаються збереженими.

Необхідно також порушити питання про стан пам'яті в дітей із глибокими порушеннями зору, адже її роль при різних порушеннях зору величезна. Сліпий і слабозорий мають запам'ятовувати стільки ж, скільки і зрячий.

Довгий час серед тифлопедагогів існувало уявлення, що пам'ять у сліпих розвивається інтенсивніше, ніж у зрячих. Пояснювалося це як додаткове вивільнення «специфічної енергії» зорового аналізатора, спрямованого на збереження психічних процесів.

Багато авторів відзначають винятковий розвиток пам'яті у сліпих. В. Коваленко, А. Крогіус, М. Земцова підкреслюють особливу здатність сліпих утримувати слова і вирази, хорошу музичну пам'ять.

Багато дослідників відзначають, що сліпі часто виявляють схильність до абстрактного мислення, здебільшого зумовленого недостатністю безпосереднього чуттєвого (переважно зорового) досвіду і переважанням словесних уявлень. На думку А. Крогіуса, при сприятливих умовах розумові здібності сліпого отримують найважливіші стимули для розвитку, адже для того, щоб хоч трохи орієнтуватися в навколишньому світі й задовольняти найнагальніші свої потреби, сліпий має з великою увагою ставитися до всіх доступних йому сприйняття, долучаючись до цього з ранніх років. Проте неправильне виховання і несприятливе

соціальне мікросередовище можуть гальмувати розумовий розвиток сліпого.

Солнцева Л., Певзнер М. констатували у сліпих дітей певний ступінь затримки інтелектуального розвитку у вигляді більш пізнього формування первинного узагальнення. Вони вказували також на те, що недостатність або відсутність зорової інформації про зовнішній світ гальмує становлення пізнавальної діяльності.

Описуючи стан психічної сфери дітей із глибокими порушеннями зору, не можна не сказати про наявні порушення в психічному розвитку дітей із такого роду вадою. Треба відзначити, що сліпота сама по собі є чималим психогенним фактором.

Перші ознаки різних психічних порушень і захворювань починаються зазвичай в дитинстві і настільки слабо виражені, що залишаються нерозпізнаними.

У 1930 р А. Muhl одним із перших провів обстеження психічного стану у сліпих дітей і зазначив у багатьох підвищену сугестивність, надмірну чутливість, коливання настрою, що нерідко доходять до тривожного відчаю.

Бюрклен П. виявив у сліпих дітей різноманітні невротичні симптоми і різні типи патологічного розвитку особистості. Він зазначав, що у більшості обстежених розвиваються почуття ущербності, підвищена вразливість і чутливість, коливання настрою і різні страхи.

Матвеев В. у своїх дослідженнях також відзначав, що дітям із глибокими порушеннями зору притаманна постійна готовність до страхів. Зміст страхів змінювався відповідно до віку. У ранньому віці вони були, як правило, невизначеними і невмотивованими. У міру дорослішання вони ставали більш конкретними і часто пов'язаними з дефектом зору: острах впасти або натрапити на який-небудь предмет, зайти на незнайому вулицю

і т.ін. Нерідко виникали страх самотності і відчуття «присутності сторонньої людини».

Отже, аналіз психічного стану сліпих дітей дозволяє стверджувати, що вони відчувають значні труднощі в адаптації до побутової сфери і в майбутньому до професійної діяльності. У дітей із патологією зору найчастіше зустрічаються порушення функції зорового і рухового аналізаторів, а від нормального функціонування цих аналізаторів залежить фізичне, психічне та інтелектуальний розвиток, рівень фізичної підготовленості, діяльність усього організму дитини.

1.2. Особливості моторики дітей із патологією зору

Ряд науковців велику увагу в своїх роботах приділяють опису моторики сліпих, адже сліпота гальмує розвиток м'язово-рухової системи і призводить до її функціональної недостатності і гіпокінезії [71; 72; 73; 74; 75].

На тлі гіпокінезії у сліпих виникають різноманітні стереотипні рухи у вигляді ритмічних посмикувань голови, тулуба, рук. W. Hulse вважала найбільш поширеними серед сліпих нав'язливі рухи у вигляді «тріпотіння рук» і «тертя очей». Для міміки сліпих характерна амімічність («погляд у порожнечу»). До особливостей моторики сліпих можна віднести і своєрідну незграбну ходу. Своєрідність моторики накладає певний відбиток на весь фізичний вигляд сліпих. Їм властиві фізична днєпластичність, дисоціація між масою тіла і ростом. Це, безсумнівно, обумовлено сліпотою, однак, тут відіграють роль й інші фактори. Найсуттєвіший із них – гіпокінезія внаслідок сліпоти і відсутність можливості через це наслідувати дії і вчинки навколишніх.

Часткова або повна втрата зору призводить до виникнення різних відхилень в руховій сфері дітей та ускладнює процес оволодіння рухом і розвиток рухових якостей [9; 71; 72; 73; 74; 75; 87; 88; 89; 90]. За даними дослідників, формування рухів і розвиток рухових якостей у школярів із патологією зору в процесі цілеспрямованого педагогічного впливу, порівняно з нормою, уповільнене, адже у сліпих чуттєве пізнання світу, орієнтування в просторі, самоконтроль і саморегулювання рухів порушені. Із цього випливає, що в оволодінні побутовими і в майбутньому професійними навичками незрячі діти відчувають значні труднощі.

Об'єктивні вимоги сучасного життя диктують необхідність різнобічного сенсорного, розумового, фізичного розвитку сліпої дитини.

Л. Солнцева вказує на те, що формування побутових навичок необхідно починати з раннього дитинства. У дошкільному віці предметна діяльність сліпої дитини тісно пов'язана з самообслуговуванням.

Основні труднощі при оволодінні сліпими дошкільниками предметною діяльністю полягають у виконанні конкретних дій із тим чи іншим предметом. Сліпа дитина навчається цим діям у процесі їхнього виконання спільно з дорослими.

По суті предметна дія дитини і є спільною дією дитини і дорослого, у якій елемент сприяння дорослого є провідним [158].

Зазвичай на засвоєння сліпою дитиною таких предметних дій, як уміння тримати олівець, застібати гудзики, тримати ложку, самостійно вмиватися, одягатися, іде період усього дошкільного дитинства і навіть старший дошкільний вік, адже відсутність зорового контролю значно ускладнює формування предметних дій, особливо на стадії їхнього становлення.

Л. Солнцева в своїх дослідженнях зазначає, що оволодіння сліпою дитиною значним обсягом предметних дій забезпечує їй можливість розвитку ігрової, навчальної або трудової діяльності. Проте ми вважаємо

за необхідне додати, що раннє формування предметних дій забезпечує, перш за все, успішну побутову адаптацію і подальше інтегрування сліпої дитини в нормальне життя.

Труднощі формування предметних дій у сліпих можуть виникнути в результаті вторинних відхилень, що виникають через сліпоту, і чим раніше починає проводитися спеціальна робота, тим більше шансів подолати або попередити розвиток вторинних дефектів.

Якщо сліпота не ускладнюється будь-яким іншим дефектом, то багатьма діями і навичками сліпа дитина зможе оволодіти приблизно в тому ж віці, що й зряча. Під керівництвом дорослого сліпа дитина може навчитися самостійно їсти, користуватися туалетом і т.д. приблизно до двох років.

Р. Cohen звертає увагу на помилковість припущення, що сліпі діти не можуть навчитися виконувати вимоги дорослих за той же час, що і їхні зрячі однолітки. Недооцінка можливостей розвитку сліпих дітей ускладнює формування в них предметних дій і побутових навичок. Практично при такому недооцінюванні сліпі діти 3-х і 4-х річного віку, не опановують необхідні навички, хоча і мають у своєму розпорядженні для цього потенційні можливості.

Затримка у формуванні рухів як основи найпростіших предметних дій і побутових навичок негативно впливає на весь хід психічного розвитку сліпих дітей. Е. Меєр вказує, що недорозвинення моторної сфери дитини з патологією зору негативно позначається на його розумовому розвитку; при цьому він зазначає, що допомога, яка надається в процесі маніпулятивних здібностей, для сліпого завжди означає щось більше, ніж просте навчання навичкам.

Як уже було зазначено, порушення моторики у сліпого виражається почасти у вигляді нав'язливих стереотипних рухів («стріпотіння рук», натискання на очі, похитування тіла). Натомість це не

слід вважати проявом недоліків в інтелектуальному розвитку сліпого. У цьому випадку скоріше можна думати про затримку розвитку рухів, оскільки вони можуть коригуватися за наявності сприятливих умов. Таким чином, необхідно раннє навчання сліпих основним діям і рухам (G. Mackensen).

За даними Н. Felden і Н. Schauerte, появу цих стереотипних звичок можна попередити шляхом проведення активних фізичних занять зі сліпою дитиною з раннього дитинства. Чим вище рівень фізичного розвитку сліпого, тим рідше виникають стереотипні рухи.

Із досліджень Л. Солнцевої видно, що, якщо виділити кілька предметів і дій із ними, таких як шнування черевиків, робота з ножицями, користування ложкою, то відставання сліпих дітей дошкільного віку від зрячих в оволодінні цими найпростішими предметними діями є по всіх вікових групах. Тільки у віці 6–7 років сліпі діти опановують нескладними побутовими навичками, тобто на два-три роки пізніше, ніж їхні зрячі однолітки.

Надалі в школі соціально-побутове орієнтування відноситься до числа спеціальних корекційних занять.

Єрмаков В. зазначає, що оволодіння практичними навичками соціально-побутового орієнтування полегшує соціально-психологічну адаптацію сліпих і слабозорих дітей до сучасних умов життя. Діти продовжують оволодівати вміннями і навичками гігієни та охорони зору і дотику, догляду за шкірою, збереження і зміцнення свого здоров'я; знайомляться з основними продуктами харчування, способами приготування та зберігання їжі, сервірування столу; автоматизують свої вміння в повсякденному догляді за одягом, взуттям, житлом.

Важливу роль відіграє формування в дітей умінь та навичок користуватися засобами зв'язку, транспортом, магазинами, медичною допомогою.

Проте недостатня вивченість питання соціально-побутової орієнтації в спеціальній літературі дозволяє нам припустити, що цій темі фахівцями приділяється вкрай мало уваги.

Найбільш повно висвітлює цю проблему в своєму аспекті Л. Солнцева. В її роботах надаються методики навчання дошкільників навичок самообслуговування, висвітлюються особливості цих навичок у сліпих дітей.

Успішне оволодіння сліпими дітьми навичками соціально-побутового орієнтування сприяє в подальшому оволодіння різними професійними навичками і вміннями, а вибір професії дітьми з патологією зору, підготовка їх до трудової діяльності – серйозне і важке завдання.

Слід зазначити, що в професійній підготовці сліпих і слабозорих у школах є ще багато недоліків. Не завжди повно враховуються індивідуальні особливості учнів, характер їхніх захворювань, пізнавальні можливості, інтереси, схильності і здібності. Наслідком цього є зниження активності школярів у навчальному процесі, їхнє невміння оцінювати і співвідносити свої можливості з вимогами професії, що в кінцевому підсумку негативно позначається на виборі професії, працевлаштуванні, психологічній готовності працювати. В. Єрмаков у своїх дослідженнях приділяє увагу питанням трудового навчання, особливостям формування професійних умінь і навичок, проблемі профорієнтації сліпих дітей, дає перелік спеціальностей і професій, якими можуть опанувати сліпі і слабозорі [60; 61]. Б. Коваленко наводить умови, за яких фізична і розумова праця стають доступними сліпому.

Проте ані фахівцями, ані сучасною школою не вирішується одне з найважливіших, на нашу думку, завдань інтеграції учнів із вадами розвитку. Тоді як інтеграція сліпих передбачає повне знищення штучних бар'єрів між фізично здоровими і аномальними дітьми.

У скандинавських країнах, за даними датських психологів С. Андерсена і Б. Холштейна, ця проблема вирішується на сучасному етапі успішно. Протягом 60–70-х років минулого століття були створені 9-річні загальноосвітні школи, у яких поряд зі здоровими дітьми навчалися також і діти з вадами розвитку. Науковці акцентують, що метою інтеграції сліпих дітей є забезпечення для них повноцінного, активного, нормального життя пліч-о-пліч із «нормальними» дітьми. І шкільна, і громадська політика спрямовані на те, щоб створити умови для встановлення цих максимально близьких взаємин.

Фахівці констатують, що в початковій школі учні з неповноцінним зором набувають позитивного досвіду. Вони відчують, що школа в деякій мірі компенсує їхній дефект. Батьки, учителі та консультанти із зору поділяють цю оцінку. Проте С. Андерсен і Б. Холштейн докладно зупиняються на недоліках і проблемах, що виникають у цих школах. Вони відзначають, виходячи зі спостережень, що в більшості шкіл не звертають уваги на взаємини учнів і не піклуються про їхній вільний час, що докладається недостатньо зусиль у формуванні особистості сліпої дитини. Вони вважають, що більшість дітей відчуває упереджене ставлення: вони відчують, що піддаються сегрегації. Упередженість надходить від однокласників зазвичай у формі жалю або ненадійності в стосунках. Учні таврують себе, відчуваючи, як правило, роздратування на неповноцінний зір.

Ретельно проаналізувавши проблеми інтегрованих шкіл, датські психологи намітили ряд дієвих заходів, спрямованих на виправлення наявних недоліків і на виникнення нових. Зокрема, вони вказують, що необхідно більш свідомо займатися адаптацією середовища, у якому мають бути інтегровані учні з неповноцінним зором, допомагати усувати сегрегацію щодо таких дітей, передбачити вдосконалення підготовки

вчителів і консультантів із зору, а також працювати над установленням більш ефективного співробітництва з кожним окремим учнем.

Ми вважаємо, що викладений досвід досить ефективний і заслуговує на увагу в державній системі реабілітації цих дітей в Україні.

1.3. Теоретичні і методичні аспекти використання рухливих ігор у корекційно-виховній роботі зі школярами з патологією зору

Подолання гіпокінезії, властивої дітям із патологією зору, є надзвичайно важливим завданням.

Залучення дітей із патологією зору до активних занять фізичною культурою і спортом має розглядатися як важлива ланка в комплексі навчально-виховних та корекційно-відновлювальної роботи в спеціальних школах для слабозорих і сліпих. Для дітей із патологією зору фізична культура є одним з основних способів усунення вторинних відхилень у фізичному розвитку і руховій сфері за рахунок підвищення рухових можливостей.

Проблема розвитку рухових здібностей в умовах порушення функцій зорового аналізатора стає особливо важливою. Використання системи фізичного виховання, як могутнього засобу корекції і компенсації порушених і недорозвинених функцій, дозволяє своєчасно попередити або послабити появу вторинних відхилень у розвитку дітей із патологією зору, сформувати передумови суспільно-соціальної інтеграції.

Аналіз літературних джерел [1;3; 47;50; 94;^c 95; 118;122; 143; 146;152;] Е. Avedon; А. Dorta Sasko; А. Lopez і досвід реабілітації дітей із глибокими порушеннями зору свідчать, що надзвичайно ефективною

педагогічної формою вирішення цих завдань є ігрова діяльність, зокрема рухливі ігри, адже в рухливих іграх яскраво виражена роль руху.

У грі створюються найкращі умови для комплексного розвитку рухових навичок і фізичних якостей, формування та вдосконалення економних рухів.

Основу рухливих ігор складають творчо різноманітні активні рухові дії, мотивовані сюжетом (темою, ідеєю) і частково обмеженими правилами. Ігри в умовах постійно незмінної ігрової обстановки вимагають від учасників подолання різних перешкод на шляху до досягнення поставленої мети: дії на швидкість, витривалість; дії, що вимагають застосування різноманітних рухів у зв'язку з завданнями на орієнтування, спостережливості, слух, увагу; подолання перешкод стрибком, опором, силою тощо, і все це в різних комбінаціях і поєднаннях.

Різнобічний вплив ігор на різні системи організму, різноманітність рухових дій, можливість їхнього використання в будь-яких умовах (на повітрі, у кімнаті, залі) створюють великі можливості для використання ігор із метою нормального фізичного розвитку та зміцнення здоров'я дітей із патологією зору.

Необхідно відзначити, що ігрова діяльність сліпих дітей вивчена мало. Відомий дослідник сліпоты А. Скребицький відзначав негативний вплив на розвиток сліпої дитини того факту, що вона позбавлена гри. Він писав, що, не бачачи ні ігор, ні тих, хто грає, сліпа дитина позбавлена тієї радості, яку відчувають від гри зрячі однолітки. Сліпу дитину потрібно вчити грати. Тому А. Скребицький вважає, що дорослий зрячий має заповнити цю суттєву прогалину. Для нього виникає спеціальне завдання попереднього навчання грі для того, щоб вона стала засобом навчання і розвитку сліпої дитини. Необхідність спеціального навчання ігрової діяльності відзначалося в роботах Е. Стерніної і Л. Солнцевої.

Гра, за думкою Г. Шаурте, вимагає свободи рухів, спритності, свободи дотику, уміння орієнтуватися, самостійності. Особливо тісний зв'язок існує між грою і самостійністю. Фактори, які визначають можливість виникнення гри для кожної дитини, дуже індивідуальні: при однаковому характері поведінки або однакових психічних властивостях, як при однаковому ступені ураження зору в одних випадках гра розгортається, в інших – ні.

Г. Шаурте констатує, що колективна гра сліпому не вдається без допомоги дорослого. Сліпі діти з великим задоволенням грають поруч з іншими дітьми, ніж разом із ними. Він зазначає також, що у несамотійних дітей групова гра має статичну форму і вербальні риси. Ігрові дії протікають у дуже вузькообмеженому просторі – власні ігрові дії лежать у словесному просторі, подаються в словесному плані. Особливістю гри сліпих дітей Г. Шаурте вважає активізацію рухових тиків як вираз емоційної активності учасників гри.

Вербальний характер реалізації ігрової ситуації є виразом диспропорційності в розвитку сліпого. Для сліпих дітей характерна заміна ігрових дій словесним їхнім описом саме в випадках, коли діти не можуть здійснити ігрову дію через труднощі маніпуляції або пересування. Гра поодинці і поруч із товаришами є етапом у розвитку спільної ігрової творчості.

Гра – суспільне явище, що склалося історично, самостійний вид діяльності, властивий людині. Більшість ігор пов'язано з руховою діяльністю, виявляється в формі творчого змагання. Це один із найбільш дієвих і емоційних видів фізичної культури [118;122]. Ігри – надзвичайно поширений вид фізичної реабілітації, який є комплексом спеціально підібраних синтетичних рухових дій, що містять фізичні вправи різної структури, змісту і значення. Вони надають загального впливу на організм. Ігри найчастіше проводяться групами в ускладнених умовах й обстановці,

що постійно змінюється, у результаті чого учасники отримують психофізіологічне навантаження – позитивні емоції, на тлі яких з'являється задоволення від руху, формуються мотиви й інтерес до систематичних занять фізичними вправами, що необхідно розглядати як найважливішу лікарняно-педагогічну умову ефективності фізичної реабілітації як системи [47;50; 53;55].

Рухливі ігри, особливо спортивні, такі як роллінгбол, голбол, шоудаун [118;122; 146;147], є найбільш ефективним засобом соціальної реабілітації незрячих, засобом корекції та компенсації порушених функцій. Заняття цими іграми дозволяють удосконалювати стрибки, біг, спритність, слух і вміння орієнтуватися в ігровий обстановці, що швидко змінюється. Ці ігри розвивають і зміцнюють моральні та особистісні якості, волю, наполегливість, активність, ініціативу, виховують почуття колективізму, товариськості, дружби і відповідальності за кожен вчинок. Підготовка й участь у рухливих іграх сприяють оволодінню простором, придбання свободи в рухах, легкості в них і впевненості в собі, розвивають координацію, швидкість, силу, сміливість, дотик.

Щодо психотерапії, психологічні аспекти деяких ігор дозволяють використовувати їх для вирішення цілої низки завдань, як в галузі діагностики, так і лікування. Рухливі ігри можна спрощувати або ускладнювати залежно від фізичного та психічного стану учасників, що дуже важливо для сліпих і слабозорих. Одним людям гри полегшують життя, для інших служать потужним терапевтичним засобом (E. Avedon). Коли гра стає провідною діяльністю, можливо говорити про те, що у дитини, що бачить нормально, виникли уявлення. Наявність уявлень дозволяє дитині вільно оперувати сприйнятими раніше образами предметів, відтворювати ситуації і засвоєні знання. Безумовно, наявність уявлень не є єдиною причиною гри. Натомість воно є важливим компонентом, без якого неможливо здійснити ігрову діяльність.

Уявлення в житті сліпого, як вважає відомий тифлопедагог Л. Солнцева, є одним із важливих психічних утворень, за допомогою яких сліпий здійснює адекватне і ефективне відображення зовнішнього світу. Л. Солнцева досліджувала ігрову діяльність сліпих дошкільнят і зазначала, що коли гра стає у сліпих дітей дошкільного віку провідною діяльністю, можна говорити і про те, що виникли передумови компенсації сліпоти на більш високому рівні.

Проте як вітчизняні, так і зарубіжні тифлопедагоги і тифлопсихологи відзначають у сліпих дошкільнят або відсутність гри, або значно меншу її активність, ніж у зрячих; вони говорять також про те, що гра виникає у сліпих дітей пізніше, ніж у зрячих однолітків.

Використання різних ігор у вихованні та навчанні дітей показує їхнє значення в стимулюванні актуального розвитку дітей. Навчання, стимулюючи процес розвитку, створює зону найближчого розвитку [34;36].

Під зоною найближчого розвитку Л. Виготський розумів ту сферу діяльності, яку дитина може здійснювати за допомогою вчителя або вихователя. Він підкреслював, що результат навчання залежить від того, наскільки навчання поєднується з актуальним розвитком дитини, як враховуються передумови його розвитку.

Гру дітей як дошкільного, так і шкільного віку Л. Виготський також вважав діяльністю, яка створює для дитини зону найближчого розвитку: «Ставлення гри до розвитку слід порівняти зі ставленням навчання до розвитку. За грою стоять зміни потреб і зміни свідомості загального характеру. Гра – джерело розвитку, і вона створює зону найближчого розвитку». І далі: «По суті, через ігрову діяльність і рухається дитина».

Рухливі ігри – і народні, і спортивні – класифіковані Д. Малласвим за рівнем функціонального впливу (більшої, середньої, малої рухливості) з

урахуванням віку, статі, стану зору, за ступенем участі різних збережених аналізаторів (слуховий, руховий, дотиковий).

Для сліпих із залишковим зором і слабозорих дітей використовуються гри, які не суперечать протипоказанням лікарів-офтальмологів. Ігри, що сприяють розвитку функції рухового аналізатора у взаємозв'язку зі слуховим, моторним, дотиковим, і на основі цього створювана рефлекторна система служать компенсації дефекту і корекції вторинних порушень. Для сліпої дитини при організації ігор використовується орієнтування на слух, дотик, для людей із вадами зору – на зір без негативного впливу на його стан з метою зміцнення рухової сфери [146;147].

Спортивні ігри, що мають складну структуру, більше підходять для дітей старшого шкільного віку та дорослих. Гравці повинні вміти добре орієнтуватися в просторі, мати відповідний рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості.

Д. Малласв звернув увагу також і на те, що необхідно в роботі зі сліпими дітьми використовувати і народні ігри, адже народні ігри є надбанням багатьох поколінь і служать засобом високого морального впливу на підростаюче покоління. З давніх-давен у них представлені способи життя народу, праця, побут, національні традиції і звичаї, уявлення про честь, патріотизм, мужність, бажання володіти силою, витривалістю, спритністю, винахідливістю. А використання народних лічилок при організації ігор дозволяє об'єктивно розподіляти ролі, вводити дитину в гру і створює позитивний емоційний фон.

У процесі досліджень Л. Самбікінім і Д. Малласвим було встановлено, що діти не бажають грати через те, що в деяких іграх вони слабо володіють рухами. Це характеризується і слабким рівнем сформованості їхніх рухових навичок. Ще німецький тифлопедагог Фр. Цех у своїй роботі «Виховання і навчання сліпих», говорячи про

низьку рухову активності сліпих, писав, що головний і безпосередній наслідок сліпоти полягає в тому, що вона обмежує свободу рухів людини. Л. Самбікінім і Д. Малласвим був розроблений ряд ігор, спрямованих на розвиток рухів, орієнтування, слуху, на виправлення недоліків у фізичному розвитку дитини.

Натомість необхідно зауважити, що не було розроблено ігор, які вирішують питання соціальної інтеграції дітей із такого роду дефектом у нормальне життя. Установлено, що дуже мало специфічних ігор з орієнтацією на розвиток соціально-побутової сфери, навичок поведінки. Зовсім немає ігор, які передбачають співпрацю сліпих дітей зі зрячими однолітками, що вирішує одну з важливих завдань соціальної інтеграції: формування особистості сліпого. Ми вважаємо, що спільна гра, спілкування сліпого учня зі зрячими відкривають для нього широкі можливості порівняти себе з іншими людьми і в такий спосіб визначити характерні риси «нормальної» особистості, адже фізичний недолік не зменшує людських потреб, а саме потреб у солідарності, особистому житті, дружніх стосунках, у тому, щоб бути частиною соціальної системи людських взаємин, де ви відчуваєте взаємне розуміння і взаємозалежність.

Аналіз літературних джерел з проблеми психологічної, фізичної та соціальної реабілітації сліпих дітей показав, що принципові питання соціальної інтеграції дітей цієї категорії не знайшли достатнього розвитку в національній дефектології. В Україні для більшості категорій аномальних дітей (розумово відсталих, із порушеннями зору, опорно-рухового апарату, важкої мовною патологією, затримкою психічного розвитку) створені спеціальні шкільні й дошкільні установи, у яких навчання і виховання об'єднуються з корекційною роботою, спрямованою на виправлення вад розвитку.

За даними ВООЗ число перерахованих вище категорії аномальних дітей шкільного віку становило близько 4,5% від кількості всіх учнів

неповних середніх шкіл у країні. А спеціальним навчанням і корекційним вихованням в Україні охоплена лише третина від загальної кількості тих дітей, які підлягають навчанню у спеціалізованих школах. Решта або перебувають у масових школах, де умови роботи з ними не відповідають особливостям їхнього розвитку і завданням його корекції, або зовсім не вчать. Це повною мірою стосується і дітей із патологією зору.

Можна вважати, що в Україні внаслідок ускладнень екологічних і соціально-економічних умов проблеми діагностики аномального розвитку дітей із різними видами психофізичного дизонтогенеза, створення оптимальних, глибоко специфічних умов для їхньої соціалізації, соціальної адаптації та реабілітації досягають суттєвої державно важливої значущості.

Виходячи зі сказаного вище, можна вважати, що якісне вирішення означених проблем державної та цивільної турботи про осіб з аномаліями зору неможливе без глибокого наукового забезпечення функціонування відповідних соціальних інститутів шляхом фундаментальних і прикладних досліджень різноманітних аспектів їхньої діяльності.

Українська теоретична і практична дефектологія в цьому питанні має значні розробки, які сприяють її авторитету в міжнародних наукових колах [47;50; 53;55; 130; 150;152].

Однією з позначених у концепції актуальних проблем вітчизняної дефектології є розробка нових психолого-педагогічних технологій інформаційно-розвивальної роботи з різними категоріями аномальних дітей у процесі їхнього навчання і виховання, спеціальних реабілітаційних прийомів; вивчення особливостей розвитку, виховання дітей із різними варіантами комбінованих дефектів, а також тих видів психічного дизонтогенеза, що не охоплені в цей час постійною увагою дефектологічної науки, а також знаходження нових форм і шляхів інтеграції аномальних у суспільстві.

У зв'язку з викладеним ми вважаємо, що надзвичайно актуальним є питання розробки спеціальної методики з метою інтенсивної інтеграції сліпих дітей у соціальну сферу. А через те, що ефективною педагогічною формою вирішення цього завдання є ігрова діяльність, то, очевидно, необхідно піти шляхом формування ряду спеціальних ігор, спрямованих на формування навичок соціально-побутового плану, поведінкових навичок та ігор, які передбачають співпрацю, спільну діяльність сліпого зі зрячими, що і лежатиме в основі наших досліджень.

Отже, як свідчить огляд наукової та методичної літератури, формування рухових навичок і вмінь професійно-побутової сфери на основі рухливих ігор не приділено належної уваги. У програмах із фізичного виховання шкіл-інтернатів для сліпих та слабозорих дітей практично відсутні рухливі ігри професійно-побутового характеру. Не розроблені гри, які передбачають співробітництво сліпих дітей зі зрячими однолітками, що забезпечують профілактику почуття тривожності як відносно стійкого особистісного утворення.

Як показують дослідження різних авторів, порушення зору значно знижує рухову активність, що призводить до гіпокінезії і, у решті решт, затримує розвиток рухів у дітей із такого роду сенсорним дефектом. У них погіршується формування основних рухів (ходьба, біг, стрибки, метання), сповільнюється процес розвитку основних фізичних якостей (швидкість, сила, витривалість, точність руху, рівновага, орієнтування в просторі). Показники фізичного розвитку дітей із глибокими порушеннями зору нижче порівняно з однолітками з нормальним зором [1;3; 47;50; 53;55; 87;90]. У незрячих дітей відзначаються різні відхилення в стані здоров'я. При порушенні постави і деформації хребта, як правило, змінюється грудна клітка, знижується життєва ємність легенів, що, у свою чергу, призводить до захворювань органів дихання і серцево-судинної системи. Гіпокінезія негативно впливає на стан вищої нервової діяльності й вегетативні функції

організму сліпої дитини, розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводить до зміни обмінних процесів і розвитку захворювань внутрішніх органів.

Поряд з аномальним фізичним розвитком і низьким рівнем рухових здібностей незряча дитина має недорозвинення вищих психічних функцій (сприйняття, просторових уявлень, образного мислення, пам'яті, мовлення), що негативно позначається на розвитку особистості сліпої дитини [76;79; 105;110;111].

Часткова або повна втрата зору призводить також до того, що діти відчують труднощі в оволодінні професійно-побутовими навичками, що, безсумнівно, гальмує процес фізичної і соціальної реабілітації та інтеграції дітей із глибокими порушеннями зору.

Необхідно зробити висновок, що ефективною формою фізичної та соціальної реабілітації сліпих дітей є ігрова діяльність. Виходячи з цього, надзвичайно актуальним стає питання розробки спеціальної методики застосування рухливих ігор професійно-побутової спрямованості в корекційно-виховній роботі зі школярами з патологією зору з метою інтенсивної інтеграції цих дітей у соціальну сферу.

РОЗДІЛ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ, МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Мета роботи полягає в розробці комплексної методики корекційно-виховної роботи зі школярами з патологією зору з метою їхньої соціальної і фізичної реабілітації та інтеграції на основі спеціальної мотиваційно-ігрової діяльності професійно-побутової спрямованості.

У ході дослідження вирішувалися такі завдання:

1. Дослідити якісний стан рухової сфери школярів із патологією зору, рівень їхніх координаційних можливостей.
2. Дослідити рівень розвитку побутових навичок і умінь у школярів із патологією зору.
3. Розробити комплекс рухливих ігор професійно-побутового характеру для дітей із патологією зору.
4. Розробити ефективну методику застосування рухливих ігор із соціально-побутової спрямованістю в корекційно-виховній роботі зі школярами з патологією зору з метою їхньої фізичної та соціальної реабілітації.

2.1. Характеристика методів дослідження

У цьому дослідженні нами були використані такі методи: вивчення, аналіз і узагальнення науково-методичної літератури; анамнез; анкетне опитування; педагогічні спостереження за незрячими дітьми в побуті, на

навчальних заняттях, у позашкільній діяльності; вивчення педагогічної документації; антропометричні вимірювання; констатувальний експеримент; формувальний експеримент; лікарсько-педагогічний контроль; математико-статистичний аналіз отриманих даних.

Вивчення, аналіз та узагальнення науково-методичної літератури в галузі педагогіки, дефектології, психології, фізіології, теорії і методики фізичного виховання дозволили нам зробити теоретичне обґрунтування проблеми і визначити шляхи її вирішення. У процесі дослідження були вивчені і проаналізовані науково-методичні матеріали, підручники та навчальні посібники, дисертації з досліджуваної проблеми, навчальні плани, програми з фізичного виховання школярів із порушеннями зору.

Анамнез містив дані про внутрішньоутробний, постнатальний періоди розвитку незрячого дитини, ранній фізичний і психічний розвиток, вивчення діагнозу і причин порушення зору, дані про сім'ю дитини та здоров'я батьків. Вивчався режим роботи в школі, матеріально-технічна база щодо навчання й відпочинку, кількість і наповнюваність класів. Відбувалися бесіди з учителями та вихователями з метою з'ясування труднощів дітей цієї категорії в побуті.

На основі даних анамнезу визначалися індивідуальні особливості школярів із патологією зору, методика індивідуального підходу, формувалися контрольна і експериментальна групи.

Анкетуванням і бесідами були охоплені школярі з патологією зору, учителі, вихователі школи-інтернату для сліпих і слабозорих дітей.

Застосовувалися модифікована анкета Л. Бонєва, Д. Слинчева, С. Банкова, В. Григоренка з вивчення рівня побутових навичок і умінь; модифікована анкета В. Григоренка з вивчення рівня мотивації до занять фізичною культурою в дітей із глибокими порушеннями зору, а також модифікована анкета Кондаша з вивчення рівня тривожності у незрячих дітей.

Тестування з використанням різних видів діяльності в побуті з використанням методики Л. Бонєва, Я. Слинчева, С. Банкова, В. Григоренка, В. Дичка слугувало уточненню рівня сформованості побутових навичок і умінь щоденної діяльності дітей із патологією зору. Результати тестування мають практичне спрямування, визначаючи тим самим програму корекції цих видів діяльності незрячих дітей. Тестування вчиненням дій, пов'язаних із самообслуговуванням, побутової і трудовою діяльністю, що зустрічаються найбільш часто. Ними використовувалася система оцінки від «0» до «5».

«0» – дитина не може виконати запропоновану дію;

«1» – виконується частина якоїсь дії; потрібна значна допомога;

«2» – дитина самостійно виконує дію, але їй необхідно, аби поруч був присутній зрячий, який би контролював або керував його діяльністю;

«3» – дія виконується повільно, в обмеженому обсязі;

«4» – дитина виконує дію з якістю, близькою до норми;

«5» – діяльність відбувається нормально, без зовнішньої допомоги.

Дослідження мотиваційної сфери відбувалося з використанням модифікованої анкети В. Григоренка з метою оцінювання вихідного рівня мотивації та інтересу до занять фізичною культурою і спортом у дітей із патологією зору.

Стан тривожності як відносно стійке особистісне утворення досліджувався за принципом «шкали соціально-ситуаційної тривоги» Кондаша.

Особливість шкал такого типу полягає в тому, що в них тестований оцінює не наявність або відсутність у себе будь-яких переживань, симптомів тривожності, а ситуацію з огляду на те, наскільки вона може викликати тривогу. Методика містить ситуації, пов'язані зі школою, спілкуванням з учителями; ситуації, що актуалізували уявлення щодо себе; ситуації спілкування.

Відповіді незрячих школярів оцінювалися так:

«0» – ситуація зовсім не видається неприємною;

«1» – ситуація трохи хвилює, турбує;

«2» – ситуація неприємна, викликає сильне занепокоєння, страх;

«3» – ситуація викликає сильне занепокоєння, тривогу, страх.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики.

Метод педагогічних спостережень ґрунтувався на аналізі навчальної, трудової та побутової діяльності дітей із патологією зору. Він містив фіксування характеру поведінки незрячих дітей у різних ситуаціях, а також особливостей міжособистісних стосунків. Велось спостереження за поведінкою школярів на різних уроках, у побутовій обстановці, за психічною реакцією на ситуацію з метою визначення готовності дітей до співпраці в грі, вирішенню проблемних ситуацій.

Антропометричні вимірювання відбувалися за загальноприйнятою методикою. Реєструвалися показники зросту, ваги, окружності грудної клітини.

Облік фізичної підготовленості дає можливість знайти найбільш правильні шляхи вирішення завдань щодо подолання аномалій і завдань фізичної і соціальної реабілітації незрячих дітей. У констатувальному експерименті взяли участь 120 дітей обох статей із діагнозами: атрофія зорового нерва, дегенерація сітківки, ангиома, ретиніт, хоріоретиніт, міопія, гіперметропія і 120 дітей із нормальним зором.

Рівень рухової підготовленості дітей вивчався за такими тестами:

- сила – кистева динамометрія (права, ліва руки);
- функції статичної і динамічної рівноваги;
- загальна витривалість;
- швидкісно-силові якості;
- гнучкість;

- точність просторової і тимчасової оцінки рухів;
- загальна координація рухів.

Силову підготовленість школярів із патологією зору визначалася шляхом вимірювання сили правої і лівої кистей ручним динамометром. Визначення сили проводилося за загальноприйнятою методикою. Виконувалося дві спроби, із числа яких фіксувався потрібний результат.

Витривалість визначалася в бігу на місці з інтенсивністю 70% від максимального.

Визначення максимальної частоти бігу на місці вироблялося у такий спосіб. Між двома стійками натягувалася гумова стрічка, яка встановлювалася на рівні, який обмежує згинання ноги в тазостегновому суглобі на 80°. Дотик стрічки має бути на середині стегна. За командою школяр починає біг на місці з максимальною частотою при амплітуді 10°. Фіксується число торкань гумової стрічки стегном правої ноги за 5 секунд. Кількість торкань правою ногою збільшується на два (торкання двох ніг), що і є остаточною частотою рухів.

Використовуючи показники максимальної частоти рухів, визначали частоту рухів із частотою 70% від максимальної. Наприклад, якщо максимальна частота бігу дорівнює 20 крокам (рухам), то кількість кроків при інтенсивності 70% від максимального складе:

$$20 - 100\%$$

$$X - 70\%$$

$$X = 20 \times 70 = 14 \text{ (кроків)}$$

$$100$$

Для визначення витривалості вмикався метроном, установлений на задану частоту бігу. За командою учень починав біг у заданому темпі з обов'язковим торканням стегна гумової стрічки, вмикається секундомір. З проявом втоми стегно учня припиняє торкатися обмежувача, і цей момент є сигналом для зупинки секундоміра. Зафіксований час є показником загальної витривалості випробуваного.

Динамометрична рівновага визначалася за методикою Б. Сермеева. Критерієм оцінки є величина відхилення (в см) випробуваного вправо або вліво при проходженні прямого відрізка довжиною 10 м.

Для визначення загально-рухової координації застосовувався тест, запропонований А. Моторіним. Із вихідного положення, стоячи із зімкнутими ступнями, руки на поясі, стрибком повернутися на максимальний кут. Ураховується результат (у градусах), на який повернеться учень. У процесі виконання було необхідно:

- не втратити рівновагу при приземленні;
- зберегти під час стрибка вихідне положення рук;
- виконати приземлення із зімкнутими ступнями або п'ятами.

Для проведення дослідження в напрямку північ-південь була проведена лінія. Учень встає обличчям на північ так, щоб прокреслена лінія розташовувалася між ступнями ніг. Результат повороту вимірювався за допомогою компасу, укріпленого на лінійці. Компас до лінійки кріпиться так, аби лінія, проведена через 0–180°, пролягла по поздовжній осі лінійки. Після стрибка на місці приземлення до внутрішньої сторони стопи учня прикладається лінійка з компасом, по відхиленню стрілки якого фіксувався кут повороту.

Виконувалося три спроби, до заліку брався кращий результат.

Гнучкість визначалася за методикою Б. Сермеева.

Вивчення точності просторової оцінки рухів відбувалося за такою методикою. Учень ставав боком до стіни навпроти кола, розділеного на градуси. Центр кола має бути на рівні осі обертання плечового суглоба. Стоячи боком до кола, учень виконував рух правою рукою вперед-угору (на 45°). Після виконання п'яти рухів до упору вироблялося п'ять рухів без обмежувача. Середня помилка відхилення від заданої величини (45°) других п'яти рухів є показником точності просторової оцінки рухів.

Визначення точності тимчасової оцінки рухів відбувалося шляхом виконання рухової дії (ходьба на місці) протягом 20 сек. Експериментатором задавалися початок і кінець заданого руху. Дві спроби виконувалися з контролем експериментатора і дві самостійно. Учень починав виконання руху сам після закінчення 20 сек. (за його відчуттям). До заліку йшов найкращий результат.

Здатність незрячих дітей диференціювати ступінь м'язових зусиль визначалася з відтворення в півсили від максимальної на кистьовому динамометрі. Виконувалися дві спроби, до заліку йшов найкращий показник.

Дослідження відбувалися на базі Слов'янської спеціальної загальноосвітньої школи №23.

У ході дослідження перевірялася комплексна методика корекційно-виховної роботи зі школярами з патологією зору на основі спеціальних рухливих ігор професійно-побутової спрямованості з метою фізичної та соціальної реабілітації цих дітей.

Навчальний експеримент відбувався з чіткою орієнтацією на «зону найближчого розвитку» (Л. Виготський) незрячої дитини з урахуванням особливостей фізичного розвитку і сформованості рухових здібностей.

У дослідженні брали участь школярі 5–6 класів Слов'янської спеціальної школи №23. У кожному класі від 10 до 12 дітей. В експериментальних класах заняття з фізичної культури відбувалися за розробленою нами спеціальною методикою корекційної роботи на основі спеціальної мотиваційно-ігрової діяльності професійно-побутової спрямованості. Із цією метою на уроках фізичної культури і в умовах позакласної роботи з фізичного виховання школярів із патологією зору застосовувався комплекс спеціально розроблених рухливих ігор професійно-побутового характеру з вираженою корекційною спрямованістю.

Дослідження були організовані так, аби воно не порушувало педагогічний процес в системі фізичного виховання в школі, але насамперед сприяло корекції рухової сфери, успішному оволодінню програмним матеріалом, формуванню основних рухів і рухових якостей, підвищенню працездатності організму, а також розвитку інтересу і мотивації до систематичних занять фізичною культурою і спортом.

Контрольні класи навчалися за традиційною програмою фізичного виховання, прийнятою в школах інтернатного типу.

Дані, отримані в результаті експериментальних досліджень, оброблялися і аналізувалися за допомогою методів математичної статистики (Л. Камінський; Є. Меркурєва; Г. Лакін).

Визначалися такі параметри:

- середня арифметична – M ;
- середньоквадратичне відхилення – G ;
- помилка середньої арифметичної – m ;
- коефіцієнт кореляції – r .

РОЗДІЛ 3.

ЯКІСНИЙ СТАН РУХОВОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ

Наявність дефекту (тотальна сліпота, слабкозорість) не викликає винятків однієї функції, а призводить згідно з концепцією складної структури дефекту (Л. Виготський) до цілого ряду вторинних відхилень. При аналізі складної структури аномального розвитку рухової і професійно-побутової сфер сліпих дітей ми розрізняли первинний дефект, викликаний патологією зору, і вторинні порушення, що виникають у результаті дії первинного дефекту. До них ми відносимо порушення провідних параметрів рухової сфери (фізичний розвиток, фонд життєво важливих рухових навичок та вмінь, рівень розвитку основних рухових здібностей і м'язової працездатності при виконанні фізичного навантаження різної потужності і характеру, рівень просторової комунікації), професійно-побутових дій (порушення природних локомоцій; маніпуляції, точності дій і т.д.), а також формування патологічних типів психічних реакцій у дітей із глибокими порушеннями зору. Отже, інформація про характер первинного дефекту і вторинних відхилень у дітей з глибокими порушеннями зору є найважливішим структурним елементом ефективної системи корекційно-виховної роботи.

Рухова сфера дітей із патологією зору містить конкретний рівень фізичного розвитку, рухової підготовленості, фонду життєво важливих рухових умінь і навичок. Рухова сфера інтегрує морфологічні, фізіологічні та психічні процеси, комплекс яких виникає в результаті діяльності. Отже, патологія зору призводить до відставання в розвитку рухової пам'яті, ситуативного мислення, просторової орієнтації, фізичних якостей і т.ін. у дітей різного віку, через що необхідна педагогічно виправдана корекція

відсталих параметрів фізичного розвитку і рухової підготовленості дітей із патологією зору.

Найважливішою умовою побудови ефективної педагогічної системи фізичної і соціальної реабілітації незрячих дітей є наявність об'єктивної інформації про якісний стан їхнього фізичного розвитку, розвитку системи основних рухових здібностей, психічної сфери.

3.1. Оцінка рівня фізичного розвитку дітей із патологією зору

Аналіз результатів дослідження фізичного розвитку школярів із патологією зору дозволив встановити, що динаміка показників зростання підпорядковується загальним закономірностям, характерним для однолітків із нормальним зором, але з деяким відставанням. Протягом майже всього шкільного віку сліпі і слабозорі діти відстають у зрості від своїх однолітків. Причому з віком ця різниця збільшується, досягаючи до 16–17 років 9–13 у сліпих і 5,5–8 см. у слабозорих. Так, у хлопчиків 8–11 років спостерігається статистично достовірне відставання $t = 3,53$, $P < 0,05$ цього показника, а в дівчаток зниження досягає 2,6 см $t = 2,86$, $P < 0,05$. У груші сліпих 12–14-річних хлопчиків темп зростання відстає на 2,3 см $t = 1,97$, $P < 0,05$, а в дівчаток – на 2,2 см $t = 2,12$, $P < 0,01$. У групі 15–17-річних як у хлопчиків $t = 2,66$, $P < 0,05$, так і в дівчаток $t = 2,85$, $P < 0,05$ тенденції до зниження зростання зберігаються (табл. 1).

Вікова динаміка показників ваги тіла характеризувалася такими особливостями. Відставання у вазі у дітей молодшого шкільного віку виражено менше 3–5%, ніж у незрячих учнів старших класів 5–7%.

Таблиця 3.1.

Середні дані показників фізичного розвитку дітей із патологією зору (зріст, вага)

Вік	Зріст (у см)			Вага (в кг)		
	М	$\pm G$	$\pm m(m)$	М	$\pm G$	$\pm m(m)$
Хлопчики						
8	120,5	4,12	1,30	23,1	1,34	0,41
Продовження таблиці						
9	122,7	5,26	1,64	25,9	1,00	0,32
10	123,9	6,07	1,89	29,3	3,03	0,98
11	129,1	6,13	1,96	32,8	3,09	0,99
12	133,6	6,46	2,06	34,0	3,64	1,13
13	137,0	67,77	2,13	41,0	3,49	1,09
14	143,8	7,18	2,23	42,5	3,00	0,95
15	151,4	4,50	1,40	47,9	3,18	0,99
16	157,8	6,20	1,00	54,1	3,64	1,12
17	163,4	5,59	1,80	55,1	5,67	1,80
Дівчатка						
8	120,5	5,73	1,81	21,6	1,27	0,41
9	122,7	4,00	1,28	25,9	1,11	0,36
10	124,1	6,69	2,12	28,0	2,15	0,68
11	128,1	6,87	2,16	33,0	3,04	0,98
12	133,2	4,24	1,35	35,2	4,69	1,49
13	137,8	6,45	2,07	41,9	3,63	1,13
14	143,5	3,16	1,06	44,9	4,05	1,23
15	148,1	3,15	1,06	45,1	4,12	1,31
16	150,6	5,63	1,77	48,5	3,99	1,27
17	154,2	4,16	1,33	50,0	4,16	1,29

Так, у групі 8–11-річних хлопчиків $t = 3,14$, $P < 0,05$ і в дівчаток $t = 1,98$, $P < 0,05$ статистично достовірне зменшення цього показника порівняно зі сліпими однолітками. У групі 12–14-річних ці особливості зберігаються і досягають у хлопчиків 1,3 кг $t = 1,98$, $P < 0,01$ і в дівчаток 1,4 кг $t = 1,89$, $P < 0,01$. Показники ваги сліпих школярів 15–17 років зберігають цю стійку тенденцію (табл. 3.1).

Діти з патологією зору поступаються зрячим і в показниках кола жирової клітки. Незважаючи на те, що в молодшому і середньому шкільному віці в цих дітей спостерігається помітне збільшення цих

показників, усе ж порівняно зі зрячими однолітками відставання окружності грудної клітини становить: у сліпих 2,6 см, 8–13 років і 6,0 см 14–17 років, у людей із вадами зору відповідно – 4,7 і 3,1 см. Так, у групі хлопчиків 8–11 років встановлена така статистично достовірна динаміка зниження показників окружності грудної клітки на вдиху $t = 1,98$, $P < 0,01$, на видиху $t = 2,61$, $P < 0,01$, пауза знижена на 1,5 см $t = 2,03$, $P < 0,01$, аналогічно в дівчаток на вдиху $t = 2,12$, $P < 0,05$, на видиху $t = 2,15$, $P < 0,05$, пауза менше норми на 2,3 см $t = 2,50$, $P < 0,05$. У групі 12–14-річних як у хлопчиків: на вдиху – 3,8 см $t = 1,97$, $P < 0,05$, на видиху – 2,2 см $t = 2,40$, $P < 0,05$, пауза – 2,1 см $t = 1,90$, $P < 0,01$, так і в дівчаток: на вдиху – 2,0 см $t = 2,6$, $P < 0,01$, на видиху – 4,6 см $t = 2,69$, $P < 0,05$, пауза – 3,4 см $t = 2,60$, $P < 0,05$ тенденція до зниження показників окружності грудної клітини зберігається. Показники окружності грудної клітини учнів із глибокими порушеннями зору 15–17 років мали такі особливості. У хлопчиків цей показник знижений на 6,0 см $t = 2,70$, $P < 0,05$ на вдиху, на видиху на 4,4 см $t = 2,74$, $P < 0,05$, пауза зменшена на 4,1 см $t = 2,30$, $P < 0,05$, відповідно у дівчаток пауза – 2,0 см, на вдиху 5,2 см $t = 1,97$, $P < 0,05$, на видиху – 2,4 см $t = 2,50$, $P < 0,05$ (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.
Середні дані показників фізичного розвитку дітей із патологією зору (окружність грудей, життєва ємність легенів)

Вік	Окружність грудей (у см)			Вага (в кг)		
	М	$\pm G$	$\pm m(m)$	М	$\pm G$	$\pm m(m)$
Хлопчики						
8	58,7	1,12	0,36	1314	78,22	24,76
9	61,5	1,18	0,38	1439	49,29	15,59
10	62,8	1,37	0,44	1636	94,84	30,11
11	65,1	1,18 ^c	0,57	1711	59,10	18,71
12	71,3	1,59	0,51	1813	32,08	10,16
13	71,1	5,04	1,58	2400	88,95	28,15
14	74,5	4,41	1,39	2789	76,78	24,29
15	76,5	2,36	0,74	3009	126,86	40,14
16	83,1	1,59	0,49	3201	149,79	47,39
17	84,3	3,80	1,21	3681	311,27	98,51

Продовження табл. 3.2

Вік	Окружність грудей (у см)			Вага (в кг)		
	М	$\pm G$	$\pm m(m)$	М	$\pm G$	$\pm m(m)$
Дівчатка						
8	58,2	0,82	0,26	1151	95,26	30,14
9	59,2	0,64	0,21	1201	33,96	10,76
10	62,0	1,36	0,43	1481	79,46	25,14
11	66,9	4,73	1,49	1629	122,28	38,69
12	70,5	3,15	0,99	1839	63,19	19,99
13	71,4	3,62	1,14	1860	81,20	25,66
14	75,9	3,09	0,97	2239	35,26	30,14
15	76,2	2,93	0,89	2519	112,80	35,69
16	76,4	4,41	1,39	2552	254,69	80,79
17	77,3	4,10	1,29	2565	284,40	90,00

Зниження визначених показників фізичного розвитку незрячих школярів очевидно зумовило і зменшення показників життєвої ємності легенів. Дослідження показують, що тут помітне відставання від норми відзначається у сліпих у 10–12 років – 505 см³, у слабозорих у 11–13 років – 373,3 см³. Так, у хлопчиків 8–11 років цей показник нижче на 5,8% $t = 1,33$, $P < 0,05$, у дівчаток цієї вікової групи на 7,3% $t = 1,97$, $P < 0,05$. У групі незрячих школярів 12–14 років тенденція до зниження зберігається і розподіляється так: у хлопчиків – на 6,2% $t = 2,10$, $P < 0,05$, у дівчаток – на 8,7% $t = 2,96$, $P < 0,05$. Зниження показників життєвої ємності легень у групі сліпих школярів 15–17 років досягає таких статистично достовірних величин. У хлопчиків – 12,5% $t = 2,66$, $P < 0,05$, у дівчаток – 10,5% $t = 3,60$, $P < 0,05$, (табл. 3.2).

Аналізуючи рівень розвитку фізичних якостей сліпих і слабозорих школярів, перш за все слід охарактеризувати ступінь розвитку м'язової сили. Дослідивши рівень розвитку нервово-м'язової системи, ми відзначаємо її слабкий розвиток порівняно з нормою. Так, у сліпих школярів показники станової сили нижче на 31,8%, а кистьової – на 28%, ніж у школярів-однолітків із нормальним зором. До 17 років різниця в показниках станової сили досягає 27,2 кг, а кистьовій динамометрії – 10–25

кг. Відставання в розвитку м'язової сили у сліпих дітей 8 років становить 7,3%, 9 років – 10,4%, 10 років – 12% і до закінчення школи ця різниця перевищує 20%. Відставання від норми у слабозорих дітей відзначається з 9 років і досягає до 17 років 18%. Особливо слід відзначити низький рівень м'язової сили в дівчаток. Якщо у 8–9 років різниця з нормою становить 6,6%, то вже до 13–15 років вона досягає 20,5%, а до 16–17 років – 25,5% (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.
Середні дані показників фізичного розвитку дітей із патологією зору (динамометрія правої і лівої рук, станова сила)

Вік	Динамометрія правої руки			Динамометрія лівої руки			Станова сила		
	M	±G	±m(m)	M	±G	±m(m)	M	±G	±m(m)
Хлопчики									
8	11,3	2,77	0,87	10,6	2,29	0,73	35,7	7,46	2,34
9	11,6	2,83	0,89	10,9	2,66	0,85	46,8	7,57	2,39
10	15,0	2,27	0,71	13,0	2,30	0,72	51,1	7,53	2,39
11	15,2	1,98	0,62	13,2	2,83	0,89	55,4	8,08	2,49
12	20,5	2,27	0,71	17,4	2,45	0,77	60,1	9,47	3,00
13	24,4	2,45	0,77	21,6	2,49	0,78	64,6	9,56	3,01
14	29,3	2,52	0,79	25,8	2,49	0,78	67,7	9,47	3,00
15	35,0	3,41	1,08	29,8	2,39	0,75	76,4	8,41	2,75
16	39,7	5,80	1,83	35,1	3,47	1,09	94,0	8,32	2,90
17	46,2	5,71	1,80	41,4	6,34	2,00	110,0	9,80	3,10
Дівчатка									
8	9,6	2,62	0,83	9,6	2,74	0,86	28,1	6,80	2,86
9	12,4	2,90	0,90	11,6	2,39	0,75	39,9	6,94	2,19
10	13,6	2,45	0,77	12,4	2,42	0,76	46,2	7,13	2,25
11	14,2	2,45	0,77	13,3	2,39	0,75	49,2	8,21	2,59
12	18,0	2,74	0,86	16,7	2,42	0,76	52,3	8,21	2,59
13	19,0	3,02	0,97	17,3	2,77	0,87	55,5	8,05	2,54
14	25,8	2,45	0,77	23,1	2,76	0,88	60,1	9,14	2,90
15	26,9	3,02	0,95	23,7	3,09	0,97	65,3	9,19	2,90
16	27,3	5,77	1,82	24,5	5,08	1,60	75,4	9,44	2,98
17	28,7	5,46	1,72	25,2	5,12	1,62	76,1	9,49	3,01

Необхідно також відзначити, що недостатній фізичний розвиток, слабкість м'язового корсету призводить до появи бічних викривлень хребта, лордозів, кіфозів, розвитку плоскостопості. Зниження показників виттєвої смності легень у свою чергу призводить до захворювань органів дихання, серцево-судинної системи. Очевидне, статистично достовірне зниження показників фізичного розвитку дітей із патологією зору підкреслює концептуальну ідею Н. Ярмаченка про те, що порушення стану системи аналізаторів дитини веде до спотворення характеру як психічної, так і рухової його діяльності. Не є винятком і діти з патологією зору. Провідним чинником збиткового стану фізичного розвитку незрячих школярів є гіпокінезія, адже будучи біологічною потребою організму людини, рухова активність забезпечує нормальний розвиток і діяльність різних його функцій і систем. Обмеження моторної діяльності позначається і на функціональних можливостях м'язів і рухового апарату в цілому. Відзначається погіршення скорочувальних властивостей м'язів, зменшення їхньої сили, порушення координації і точності рухових реакцій. Дані про фізичний розвиток незрячих дітей підтверджують необхідність створення адекватної, науково обґрунтованої педагогічної системи фізичної і соціальної реабілітації дітей із патологією зору.

3.2. Оцінка рухової підготовленості дітей із патологією зору

Взаємозв'язок фізичного розвитку з системою основних рухових здібностей людини (сила, швидкість, швидко-силові здібності, витривалість, гнучкість і спритність) зумовила в школярів із патологією зору значне відставання параметрів рухової підготовленості порівняно зі зрячими школярами.

Дослідження показують, що рівень розвитку всіх форм прояву швидкості (час рухової реакції, частота одиночного руху і цілісного рухового акта) у сліпих і слабозорих школярів значно нижче, ніж у їхніх однолітків, які навчаються в масовій школі.

Так, у сліпих це відставання збільшується з 14,5% у 8 років до 24% до 16 років. Різниця між рівнем розвитку частоти рухів сліпих і дітей із нормальним зором стає вираженою (12%) вже до 14–15 років. За час навчання в школі частота виконуваних рухів у незрячих збільшується на 53,1%, тоді як в учнів масових шкіл вона зростає більш ніж на 72%. Установлено, що слабозорі школярі також мають низькі показники швидкості рухів, і відставання від норми у дітей 8–9 років становить 2,3%, 10–11 років – 6,2%, 12–13 років – 13,4%, 14–15 років – 17%, 16–17 років – понад 21%.

Особливу тривогу викликає зниження рівня розвитку витривалості у дітей із патологією зору за показниками бігу на місці з інтенсивністю 70% від максимального. Так, у віковій групі 8–11 років показник розвитку витривалості знижений у хлопчиків на 4,8% $P < 0,001$, у дівчаток – на 5,1% $P < 0,001$. У незрячих хлопчиків 12–14 років показники витривалості зберігають характер статистично достовірного зниження на 15,3% $P < 0,05$, у дівчаток – на 16,2% $P < 0,05$. Дані досліджень свідчать про те, що практично всі незрячі школярі мають певні порушення в природних локомоціях (біг, ходьба). Це положення доводиться дедалі більшого стійкою тенденцією зниження показників у групі сліпих учнів 15–17 років. У хлопчиків рівень витривалості знижений на 23% $P < 0,05$, у дівчаток – на 24,3% $P < 0,05$. Порушення фізичного розвитку і рухової підготовленості з силових і швидкісних здібностей зумовило зниження в них рівня розвитку гнучкості. Зниження є закономірним, оскільки визначається функціональним потенціалом нервово-м'язової системи людини, а в дітей

із патологією зору цей потенціал значно нижче, ніж школярів-однолітків із нормальним зором. У середньому цей показник нижче на 15%.

В оптимальної рухової діяльності незрячих школярів велике значення має рівень розвитку такої фізичної якості, як спритність, основним проявом якої вважається координація рухів. Дослідження цієї якості у дітей із патологією зору показало, що здатність до виконання вправаних і точних рухів у них значно нижча, ніж у зрячих однолітків. Так, відставання в координації рухів 8–11-річних дітей складає 38,1%, у 12–14 років – 39,9%, а до 17 років досягає 51%. У показниках точності просторової оцінки рухів це відставання виражається: 29,5% – у 8–11 років, 34% – у 12–14 років, 49,8% – до 17 років.

Таким чином, нами встановлено, що недостатній розвиток у дітей із патологією зору основних рухових здібностей призводить до того, що в них значно знижуються можливості опанування трудовими і побутовими вміннями і навичками, що мають важливе значення в їхньому повсякденному житті.

3.3. Рівень точності рухів у дітей із патологією зору залежно від первинного дефекту

Порушення фізичного розвитку і рухової підготовленості зумовило зниження рівня точності рухів у дітей із патологією зору. Ними визначалося вміння незрячих дітей контролювати точність рухових дій із просторового, тимчасового і силового параметрів рухів.

Аналіз результатів досліджень показує, що 8–10-річні сліпі хлопчики при оцінці просторових характеристик руху припускаються

значних помилок – 34,9%, сліпі дівчинки – 35,6%, у слабозорих результати відповідно – 30,1% і 30,5%.

Величина помилок із віком зменшується і виражається в таких статистично достовірних показниках. Так, у сліпих хлопчиків 11–13 років помилки складають 25,4%, у дівчаток – 26,7%. У слабозорих дітей показники відповідно – 21% і 22%. Надалі спостерігається тенденція до збільшення точності руху в просторі, і 14–16-річні незрячі школярі досягають достатньої точності в рухах.

У ході експерименту при обстеженні незрячих дітей на відтворення рухів нами було відзначено, що в кожній віковій групі були діти, здатні до тонких диференційованих рухів, і діти, які відчують труднощі при відтворенні заданого руху, і діти, що припускалися значних помилок. Результати розташувалися так: практично не зуміли виконати заданий рух у просторі – 53% сліпих школярів, 8% – добре диференціювали рухи, у слабозорих, відповідно, такі показники: 38% дітей не змогли відтворити заданий рух у просторі, 18% – припустилися мінімальних помилок. Необхідно відзначити, що такий рівень показників залежав від первинного дефекту (ступеня втрати зору) та параметра заданого руху (табл. 4).

Здатність школярів із патологією зору до оцінки тимчасового параметру рухів виражалася в таких статистично достовірних показниках. Найкращі результати відзначалися у тотально сліпих, вони перевершують у своїх показниках слабозорих і зрячих дітей.

Слабозорі діти 8–9 років припустилися найзначніших помилок – 35,0% і 35,4%. Це не набагато вище, ніж результати зрячих однолітків – 30,0% і 31,5%.

Таблиця 3.4.

Помилки, яких припустилися діти з патологією зору при відтворенні просторового параметра

Контингент	Стать	Вік			
		8–10	11–13	14–15	16–17
Сліпі	х	13,7 30,3	7,9 17,5	6,7 14,9	6,2 13,8
	д	14,0 31,5	10,5 23,3	8,1 18,0	6,8 15,5
Слабозорі	х	11,7 26,0	8,5 18,9	6,8 15,0	5,9 13,0
	д	11,9 26,0	8,6 19,3	6,9 15,4	5,0 13,2
Практично зорові	х	7,4 16,3	5,9 13,0	5,4 11,9	4,4 9,7
	д	7,2 16,0	5,8 12,9	5,4 12,0	4,5 9,9

Примітка: чисельник – величина помилки в градусах знаменник – вираз помилки в %.

Динаміка змін точності тимчасового параметра дозволяє відзначити, що з віком здатність незрячих школярів до оцінки часу має стійку тенденцію до поліпшення у всіх категоріях обстежених дітей. Ми вважаємо, що ці дані підтверджують компенсаторну природу навичок самоконтролю і в її основі єдиних закономірностей. Тільки 6% зрячих і 36% слабозорих дітей змогли досить точно відтворити задані відрізки часу. Отже, тотально сліпі діти мають кращі навички оцінки часу, ніж їх слабозорі і зрячі однолітки, що свідчить про те, що сліпота не є гальмувальним фактором у розвитку почуття часу. Час сліпою дитиною використовується як міра руху і простору через отримання інформації від візуюво-суглобових рецепторів (табл. 3.5).

Таблиця 5.

Помилки, яких припустилися діти з патологією зору при відтворенні тимчасового параметра рухів

Контингент	Стать	Вік			
		8-10	11-13	14-15	16-17
Тотально сліпі	х	5,6 27,8	4,9 24,3	3,8 18,9	2,9 14,9
	д	5,5 27,6	4,8 24,6	4,0 20,0	3,2 15,8
Слабозорі	х	6,4 32,1	5,6 28,2	4,9 24,3	4,2 21,2
	д	6,5 32,8	5,8 29,0	5,0 25,0	4,4 22,0
Зрячі	х	5,9 29,5	5,3 26,5	4,5 22,5	3,6 18,0
	д	6,0 29,8	5,4 26,8	4,7 23,3	3,8 19,0

Примітка: у чисельнику – абсолютна помилка в секундах, у знаменнику – помилка в %.

Нами також досліджувалося вміння дітей із патологією зору контролювати точність рухових дій із силового (динамічного) параметру. Аналізуючи отримані дані, ми можемо відзначити, що сліпі діти 8-10 років припускаються найзначніших помилок – 69-70%. У слабозорих результати такі: хлопчики 8-10 років – 64%, дівчатка тієї ж вікової групи – 63%. Із віком спостерігається тенденція до поліпшення здібностей дітей із глибокими порушеннями зору розрізняти ступінь м'язових зусиль. Це виражається статистично достовірними показниками, які розподілилися так: помилки у сліпих дітей 11-13 років досягали 62% у хлопчиків і 61% – у дівчаток. У слабозорих, відповідно, 57 і 55%. Надалі темпи зміни цих показників знижуються у всіх категорій обстежених дітей.

У ході дослідження при зіставленні показників сліпих дітей і зрячих нами відзначено, що сліпі значно поступаються зрячим одноліткам за

здібностями до відтворення точно заданих м'язових зусиль протягом усього шкільного віку. Ця різниця особливо простежується у віковій групі від 11 до 13 років – 20-23%. Це пояснюється тим, що, як і зрячі діти, так і діти зі слабким зором при виконанні завдання використовували інформацію від зорового аналізатора. Натомість тотально сліпі діти здійснювали самоконтроль за рахунок аналізаторів пропріоцептивної чутливості й рухової пам'яті (табл. 6).

Отже, слабкі фізичні дані і низький рівень розвитку сили, швидкості, спритності і гнучкості, а також низький рівень точності рухів і здатності до самоконтролю в дітей із патологією зору призводять до того, що ці діти відстають від своїх зрячих однолітків у розвитку життєво важливих умінь і навичок (ходьба, біг, стрибки, метання).

Нами спостерігалися серйозні помилки незрячих дітей у виконанні окремих елементів кроку, прямолінійності ходьби, в узгоджених рухах рук і ніг, збереженні динамічної рівноваги.

Таблиця 3.6.

Помилки, яких припустилися діти з патологією зору при оцінці ступеня м'язових зусиль

Контингент	Стать	Вік			
		8-10	11-13	14-15	16-17
Тотально сліпі	х	69	62	52	41
	д	70	61	50	40
Слабозорі	х	64	57	47	40
	д	63	55	45	38
Зрячі	х	48	40	32	27
	д	49	41	33	28

Примітка: показники у %.

Діти з патологією зору різного віку значно поступаються своїм зрячим одноліткам і в показниках бігу, стрибків і метань. Так, результати в бігу на 30 м у сліпих хлопчиків нижчі за результати зрячих на 19-22%, у стрибках у довжину з місця – на 17-25%, у метанні м'яча на дальність – на

14–16%, у метанні набивного м'яча – на 31–36%. Такі дані дозволяють стверджувати, що рівень самоконтролю при виконанні життєво важливих дій у дітей із патологією зору є низьким. Здатність незрячих школярів аналізувати свої рухи за трьома параметрами (просторовий, часовий, динамічний) у своїх показниках у цілому поступається зрячим школярам. Ми вважаємо, що вікова динаміка самоконтролю у дітей із патологією зору тісно пов'язана з їхніми морфофункціональними особливостями і розвитком здатності аналізувати сприйняття від власного тіла, тобто пов'язана з включенням у компенсацію вищих пізнавальних процесів. Таке статистично достовірне відставання від зрячих ми пояснюємо неможливістю, насамперед через первинний дефект, надходження зорової інформації під час виконання рухової дії, а також низьким розвитком таких компенсаторних процесів, як зіставлення уявлень про заданий рух із його виконанням.

3.4. Вікові закономірності сенсорного забезпечення прояву точності рухів і їхній зв'язок із контролем і самоконтролем у дітей із патологією зору

Для ефективного розвитку точності рухів у дітей із патологією зору з використанням прийомів контролю і самоконтролю як важливих факторів оптимізації корекційного навчання, необхідно визначити їх початковий рівень володіння в дітей різного віку і статі, тобто той фон сенсорних корекцій, в якому починається педагогічний експеримент.

Для висвітлення цього питання нами визначалось уміння дітей контролювати точність руху за просторовими, часовими та силовими показниками рухових дій за тестами 1,2,3).

Послідовність проведення експерименту така.

1. Словесне пояснення завдання.
2. «Відчуття» руху з показом зразку. Наприклад, для визначення здібностей дітей із патологією зору оцінювати точність рухів у просторі застосовувався тест, яким передбачено відведення кінцівок у тазостегновому та плечовому суглобах при заданій амплітуді 45° на вертикальному кінематометрі. Виконувалось із трьох спроб відведення телескопічного важеля на 45° до обмежника.

3. Відразу після «відчуття» пропонувалось 5 разів відтворити поставлене завдання. Після кожного виконання фіксували припущені ними помилки. У розрахунок приймалось середнє арифметичне. Чим менша величина помилок, тим вищий рівень самоконтролю при виконанні заданих рухів.

За цією методикою було обстежено 16 тотально сліпих і 24 дітей із залишковим зором молодшого шкільного віку. Для порівняльної характеристики було обстежено 100 практично здорових дітей із нормальним зором такого ж віку.

Результати досліджень показали, що сліпі учні 7–10 років (із повною втратою зору і із залишковим зором) при оцінці просторових характеристик рухових дій припускалися помилок, які досягають: у сліпих хлопчиків – 31,3%, у дівчаток – 34,1%, а в дітей із залишковим зором відповідно – 28,6% і 31,0%.

На основі порівняння результатів досліджень, ми зробили висновок, що при оцінці своїх рухів у просторі різниця в показниках допущених помилок у хлопчиків та дівчаток незначна.

Порівняння здібностей оцінювати свої рухи у просторі у сліпих дітей (із повною втратою зору і залишковим зором) та зрячих показує значну якісну й кількісну різницю. Так, у молодшому шкільному віці, кількість помилок значно більша у сліпих дітей.

Зіставляючи результати наших досліджень, можна побачити і значну різницю в точності виконання рухів у просторі між тотально сліпими дітьми й дітьми із залишковим зором. У молодшому віці різниця у величинах помилок, за даними В. Шеремета (1989), становить 4,5–5,5%, тоді як у старшокласників спостерігається тенденція до зближення показників і різниця лише 2,0–2,3%. Це свідчить про поступове удосконалення здібностей до контрольно-оцінних дій як тотально сліпих, так і дітей із залишковим зором. Але показники сліпих дітей із віком змінюються більш інтенсивно, ніж у школярів із залишковим зором. Так, у тотально сліпих цей показник від молодшого до середнього віку збільшується на 17,2%, від середнього до старшого – на 7,2% (у цілому на 24,4%), у той час як у дітей із залишковим зором відповідно на 14,9%, 11,9% і 17,2%.

Наведені нами дані свідчать про те, що зоровий контроль за своїми рухами в дітей із залишковим зором дозволяє їм точніше виконувати задані рухи у просторі.

Але вікова динаміка формування точності у просторі в дітей із залишковим зором ближча до динаміки сліпих, що дозволяє передбачити схожість механізмів самоконтролю і при оцінці точності рухів ніг і рук у просторі сліпі діти й діти із залишковим зором більше спираються на пропріоцептивну чутливість.

Констатувальний експеримент показав, що формування точності рухів у просторі в сліпих і зрячих дітей відбувається за однаковими закономірностями. Темпи ж розвитку в сліпих і зрячих різні. У молодшому віці в сліпих дітей точність виконання рухів у просторі значно нижча, ніж у зрячих, а до старшого шкільного віку ця різниця майже стирається. Діти із залишковим зором за типом формування точності рухів наближаються до сліпих, хоча в них рухи більш точні.

Методика вдосконалення точності рухів для цих дітей повинна бути індивідуальною. Необхідно знати рівні точності відтворення рухів у сліпих школярів. Під час експерименту нами було виявлено три рівні точності виконання заданих рухів. Перший із них характеризується точним виконанням вправ: учні можуть припускатися помилок, які складають не більше 11,0% від завдання. До другого рівня віднесено учнів, які припускалися помилок, що становило відхилення від 12 до 20%. На третьому рівні учні виконують завдання, припускаючись грубих помилок – янше 20% від заданого.

Кількість учнів у кожному рівні неоднакова й залежить від ступеню втрати зору, а також від параметрів рухів, які необхідно було відтворити учням.

Так, під час відтворення просторового параметра рухів сліпі діти показали гірші результати: 40,1% від загальної кількості віднесені до 3 рівня, тобто практично не вміють точно виконати заданий рух у просторі; значна частина (приблизно 55%) сліпих школярів припускалися помилок відповідно до 2 рівня; і лише 10% припускали незначну кількість помилок при диференціюванні рухів.

Сліпі із залишковим зором відтворювали рухи у просторі краще й точніше. Школярів, які припускалися мінімальної кількості помилок майже вдвічі (19%) більше. Кількість випробовуваних, віднесених до другого рівня самоконтролю, – 45,5%, а до третього – 52,8%.

Для зрячих дітей точне відтворення заданих рухів у просторі не завдало значних труднощів. Лише в 7,6% зрячих школярів спостерігалися помилки, які перевищували 20% від заданих, до другого рівня віднесено 62% обстежених. 27% школярів, які брали участь в експерименті, припускалися мінімальних помилок і були віднесені до першого рівня самоконтролю.

З тими ж дітьми відбувалось дослідження із застосуванням тесту №2. Послідовність тестування така ж, як і під час відтворення просторової характеристики руху. При аналізі здатності школярів до оцінки часового параметра рухів можна помітити, що у сліпих із повною втратою зору показники найвищі.

Під час відтворення часових параметрів руху найбільший відсоток помилок допущено дітьми 8 років із залишковим зором (36,0–38,3%). У зрячих дітей такого ж віку помилок значно менше (27,8–31,2%), а тотально сліпі діти в оцінці часового параметра випереджують і зрячих дітей, і однолітків із залишковим зором.

Аналізуючи результати експерименту з відтворення часового параметра, можна відзначити, що з віком здатність школярів до оцінок часу покращується в усіх категоріях обстежених, що, можливо, можна трактувати як підтвердження компенсаторної природи навичок самоконтролю з єдиними закономірностями в її основі.

У розподілі школярів, які брали участь в експерименті, за рівнями контрольно-оцінних здібностей були істотні відмінності. Приблизно третя частина зрячих школярів і дітей із залишковим зором припускалася помилок, відповідних другому рівню – 13–19% від завдання; майже всі діти не вміли диференціювати часові параметри рухів і були віднесені до третього рівня. І лише 5% зрячих і 27% школярів із залишковим зором могли досить правильно відтворити задані відрізки часу. Аналізуючи результати дослідження, можна стверджувати, що тотально сліпі діти володіють навичками в оцінці часу краще, ніж діти із залишковим зором та зрячі.

Рух і час є мірою простору. На аналізі м'язо-суглобних відчуттів за їхньою тривалістю й інтенсивністю базується часова характеристика рухів як міра простору. У проведеному нами експерименті завдання з відтворення часу містили й інші види інформації, оскільки біг і ходьба

виконувалися на місці. Це сприяло тому, що всі три категорії впробованих були в рівних умовах. Таким чином, сліпота не є гальмівним фактором у розвитку почуття часу. Про це свідчить той факт, що абсолютно сліпі діти всіх вікових категорій володіють більш розвиненими здібностями до контролю й оцінки інтервалів часу. Використовуючи у своїй практичній діяльності повноцінний канал інформації від м'язо-суглобних рецепторів, сліпа дитина постійно використовує час як міру рухів і простору. Отже, у процесі оволодіння точністю рухів одним із методів навчання сліпих школярів повинен стати їхній часовий аналіз. Діти з залишковим зором посідають проміжне місце між зрячими й тотально сліпими тому, що при виконанні рухів спираються на неповноцінний зір і використовують часовий аналіз рухів недостатньо.

Третім параметром, за яким оцінювалися здібності дітей контролювати точність рухів, є силовий або динамічний. Для цього був використаний тест № 3. Методика тестування така ж, як і під час відтворення рухів у просторі й часі. Після словесного пояснення учні виконували на кистевому динамометрі точно задане м'язове зусилля, а потім відтворювали його за особистим відчуттям.

Аналіз отриманих даних показує, що учні 8 років із повною втратою зору при оцінці точності м'язових зусиль припускаються значних помилок, які сягають 73–75%, діти із залишковим зором – 65–70%, зрячі – 45–48%.

Порівняння результатів обстежених сліпих і зрячих учнів за здібностями до відтворення заданих м'язових зусиль, дозволяє зробити висновки, що сліпі школярі в такій оцінці поступаються зрячим протягом усього молодшого шкільного віку.

Ця різниця в усіх вікових групах є досить істотною, але особливо великою (20–23%) – для 9–10-річних школярів.

Так, переважна більшість школярів із повною і частковою втратою

зору (відповідно 90 і 95%) не вміли диференціювати рухи за ступенем м'язових зусиль; незначна частина учнів (6 і 9% відповідно) припускалися помилок, віднесених до другого рівня самоконтролю; жоден з обстежених сліпих дітей не міг бути віднесений до першого рівня самоконтролю.

Зрячі діти продемонстрували кращі результати. Мінімальної кількості помилок припустилися 6% усіх обстежених, середньої – 26%, найбільшої – 64%. Порівняно з відтворенням часового і просторового параметрів рухів усі групи дітей припускаються найбільшій кількості помилок саме під час оцінки м'язових зусиль.

Аналіз умінь оцінювати ступінь м'язових зусиль показав, що формування навичок самоконтролю у сліпих і зрячих школярів характеризується одними й тими ж особливостями: темпи вікових змін у зрячих і сліпих дітей приблизно однакові, піки і спади, їхня інтенсивність і тривалість також співпадають. Отже, можна стверджувати, що при проведенні тестування три категорії обстежених були поставлені в різні умови, незважаючи на те, що методика дослідження точності рухів була однаковою.

Тотально сліпі діти при виконанні тестових завдань здійснили самоконтроль за рахунок аналізаторів пропріоцептивної чутливості й рухової пам'яті, тоді як дві інші групи дітей використовували також інформацію від зорового аналізатора, який, як згадувалося раніше, є найбільш удосконаленим аналізатором рухів у просторі. Тому у зрячих дітей здібності до оцінки рухів значно кращі, ніж у сліпих.

Однак дослідження В.С. Фарфеля (1955) зі співробітниками того, як керують рухами висококваліфіковані спортсмени, показали, що на вищих стадіях формування рухового навичу, який характеризується високою точністю рухів, досягається за рахунок його автоматизації. Подібними ж механізмами автоматизації навичок самоконтролю можна пояснити і той факт, що тотально сліпі школярі здатні виконувати рухи з точністю, яка

наближається до точності зрячих, але сам процес оволодіння точними рухами у сліпих школярів залишається більш тривалим і специфічним, ніж у зрячих.

Особливу групу обстежених нами дітей становили сліпі школярі, які мали залишковий зір. Майже за всіма показниками самоконтролю вони посідали проміжне місце між сліпими і зрячими. Опираючись на зоровий самоконтроль і деякою мірою на м'язовий, вони в нескладних просторових орієнтаціях посіли більш вигідні позиції порівняно зі сліпими. Однак під час ускладнення зорового сприйняття (зав'язані очі) їхні показники були нижчими, ніж в абсолютно сліпих.

Таким чином, результати констатувального експерименту дозволяють припуститися, що вміння контролювати точність своїх рухів в абсолютно сліпих та дітей із залишковим зором формується за однаковими закономірностями. Натомість має місце якісна своєрідність, яка полягає в тому, що тотально сліпі діти здійснюють самоконтроль за рахунок аналізу суглобної та м'язової рецепції, який потребує також направленої свідомості на його інтерпретацію, тоді як самоконтроль у дітей із залишковим зором ґрунтується перш за все на корі з участю пропріоцептики.

Дослідження показали, що здатність до самоконтролю на основі аналізу тільки пропріоцептивної чутливості формується повільніше і без спеціальної роботи не досягає рівня самоконтролю за точністю рухів, яким володіють зрячі однолітки. У констатувальному експерименті, окрім вивчення здібностей дітей оцінювати просторові, силові й часові параметри, досліджувалось вміння точно виконувати конкретні рухові дії (ходьба, стрибки, метання), які містять усі три параметри, що характеризують точність руху.

Вони мають життєво важливе значення і входять до програми фізичної культури в усіх класах шкіл для сліпих. Ми припускали, що при

виконанні цих вправ труднощі самоконтролю за якістю рухів позначаються на формуванні життєво важливих умінь і навичок. Цей експеримент був проведений у третьому класі.

Як видно із експериментальних даних, самоконтроль під час виконання рухів учнями 8 років досить низький (помилки коливаються в межах 26,0–69,1%), тобто відповідають найнижчому рівню точності рухів і самоконтролю, які ми досліджували. Лише в ходьбі оцінка просторового параметру є дещо вищою, тобто спостерігалось найменше помилок. Цей факт ми пояснюємо тим, що в цій життєво важливій справі у сліпих школярів відбувається постійне тренування.

Отже, ми одержали підтвердження наших припущень про недостатньо високий рівень самоконтролю у сліпих школярів при виконанні життєво важливих рухових дій, що свідчить про необхідність вести спеціальну цілеспрямовану корекційну роботу щодо формування навичок самоконтролю у сліпих.

Наявність таких навичок дозволить сліпим школярам успішно оволодіти навчальним матеріалом із фізичної культури, здобути життєво важливі вміння й навички.

Аналіз констатувального експерименту показав, що здатність сліпих школярів оцінювати свої рухи за всіма трьома параметрами різна. У точності рухів за просторовою та силовою характеристиками сліпі поступаються зрячим. При цьому найбільш істотна різниця спостерігається в молодшому віці: під час аналізу простору різниця від зрячих у точності відтворення рухів склала 19%, при оцінці м'язових зусиль – 33%. На кінець навчання у школі самоконтроль рухів сліпих дітей за цими двома показниками наближається до рівня зрячих школярів, але все ж залишається нижчим.

Істотної різниці між сліпими хлопчиками й дівчатками в рівні самоконтролю за всіма трьома параметрами виявлено не було.

Таким чином, констатувальний експеримент показав, що динаміка самоконтролю у сліпих школярів 8 років пов'язана із долученням до компенсації вищих пізнавальних процесів, тобто пов'язана з морфо-функціональними особливостями школярів і розвитком здатності аналізувати сприйняття, які йдуть від власного тіла.

Ми припускаємо, що збільшення точності рухів у молодшому шкільному віці засноване на значній руховій активності дітей, засвоєнні ними великої кількості нових рухів, пластичності їхньої нервової системи.

Основою для природного формування навичок самоконтролю при виконанні точних рухів у просторі, у часі й за ступенем м'язових зусиль є здатність аналізаторних систем функціонувати комплексно, удосконалення функцій центральної нервової системи, накопичений руховий досвід, розвиток вищих пізнавальних процесів. Погіршує ж умови формування навичок самоконтролю, сповільнюючи їхнє утворення й удосконалення, дефіцит рухів у сліпих.

Відсутність зорового контролю в молодших школярів при просторовому аналізі рухів позначається на збільшенні помилок у 2 рази порівняно зі зрячими, а при оцінці м'язових напружень – у 3 рази.

При формуванні навичок точно оцінювати свої дії сліпі діти повинні використовувати інші форми контролю. Основою контролю за розвитком точності рухів можуть служити заміщення дії інших збережених аналізаторів: слухових, рухових, тактильних.

Проте вирішення цієї проблеми неможливе лише на сенсорно-руховій основі. Сліпі діти повинні навчитися аналізувати свої дії за їхньою якістю, порівнювати із заданим еталоном. А це вже вимагає приєднання до самооцінки розумових процесів.

Дослідження рухової активності дітей із залишковим зором показує, що опора на залишковий зір робить оцінку рухів за всіма трьома

параметрами більш точною, порівняно зі сліпими однолітками, та створює кращі умови для формування навичок самоконтролю.

Абсолютно сліпі школярі протягом усього періоду навчання у школі володіють більш низькими показниками самоконтролю в оцінці своїх рухів у просторовому й силовому параметрах. Нижчий рівень показників пояснюється недостатнім розвитком таких компенсаторних процесів, як зіставлення в розумовому плані уявлень про задані рухи, а також неможливістю надходження зорової інформації під час виконання рухових дій.

Під час проведення експерименту ми звернули увагу на те, що в школах для сліпих на уроках гімнастики, легкої атлетики, спортивних ігор, а також під час проведення рухливих ігор на свіжому повітрі, учителі не приділяють належної уваги формуванню навичок самоконтролю.

Кількість вправ, спрямованих на формування навичок самоконтролю, у шкільній програмі зовсім незначна.

Для вдосконалення точності рухів можна використовувати всю програму фізичного виховання, але необхідна спеціальна методика корекційного навчання сліпих дітей рухів, яка містить формування в них навичок контролювання своїх рухів на основі аналізу вражень, одержаних від м'язів і сухожилів та порівнювати їх з еталонами.

Таким чином, проведені нами експерименти свідчать про необхідність підбору засобів і методів контролю й самоконтролю з метою розвитку точності рухів у сліпих школярів, оскільки вони слугують основними біодинамічними факторами, на яких базується якість фізичних вправ різної форми і змісту. Отже, ефективним фактором оптимізації якості корекційного навчання рухових дій школярів із порушенням зору буде резервний розвиток точності рухів, контролю і самоконтролю.

3.5. Оцінка професійно-побутових дій дітей із патологією зору

Формуванню рухових навичок, професійно-побутових дій, навичок самообслуговування в практиці корекційно-виховної роботи та реабілітації незрячих дітей надається велике значення, адже дані досліджень показують, що ці діти зазнають великих труднощів в адаптації до повсякденного життя в теперішньому часі і в майбутньому до професійної діяльності. Це твердження узгоджується з даними досліджень [3; 48; 53–55; 60; 71; 152; 159].

У процесі наших досліджень було встановлено, що для досягнення корекційного ефекту в фізичної та соціальної реабілітації дітей із патологією зору принципову роль відіграє має саногенетичний і біомеханічний доцільний диференційований підбір рухливих ігор професійно-побутового характеру. У викладеному аспекті корекційно-виховної роботи особливого значення набуває диференційно-інтегральний підхід В. Григоренка при організації реабілітаційного процесу, адже він сприяє:

- 1) визначенню адекватного виду рухливих ігор професійно-побутової спрямованості для незрячих дітей залежно від характеру первинного дефекту й особливостей вторинних відхилень;
- 2) виявленню та розвитку рівня дидактико-реабілітаційної мотивації до систематичних занять фізичними вправами;
- 3) організації методики розвитку точності рухів, просторової компетенції, почуття часу й динамічного забезпечення рухових дій, самоконтролю за результатами рухової діяльності;
- 4) побудові оптимального корекційного навчання рухових дій адекватно характеру первинного дефекту й особливостям вторинних порушень.

У процесі дослідження нами було встановлено, що рівень аномального стану фізичного розвитку і рухових здібностей дітей із патологією зору органічно пов'язаний з їхніми професійно-побутовими діями, психічним і емоційним станом.

Основні положення теорії Л. Виготського про складну структуру дефекту, що виникає в результаті проявів первинного і вторинного дефекту, дозволяє зрозуміти природу порушень професійно-побутових навичок і умінь. Так, при враженні нейрозорової системи (атрофія зорового нерва, дегенерація сітківки, ретиніт), грубих структурних порушеннях очей (мікрофтальм, анофтальм), катаракті ока стан рухової сфери дозволяє дітям із таким дефектом зорового аналізатора самостійну діяльність, що стосується туалету (миття рук, обличчя, чистка зубів, причісування), діяльність, пов'язану з одяганням (застібання і розстібання гудзиків, надягання одягу тощо) – 97,8%. Але такі діти не можуть бути цілком самостійними і потребують допомоги зрячого при виконанні певних видів побутової діяльності, пов'язаної з приготуванням їжі (маніпуляції біля плити, сервіровка, користування кухонними пристосуваннями – 88,3%, діяльності, пов'язаної з самообслуговуванням (втягання нитки в голку, пришивання гудзиків, прасування одягу, прання) – 80,2%. Результати досліджень показують, що незрячі діти з таким первинним дефектом насилу можуть виконати роботу, яка вимагає тонких, точних і спритних маніпуляцій. Наприклад, утягування нитки в голку навіть із нитковтягувачем викликає значні труднощі у 79,9% молодших учнів, і в 65, 5% 13–15-річних. Практично всі діти цієї групи (91,8%) уникають користування пральною машиною, пилососом й ін., побоюючись контакту з електричним струмом. 11,3% сліпих учнів відмовляються виконувати ці види діяльності навіть за допомогою зрячих.

Тестування професійно-побутових навичок і умінь у дітей із патологією зору з первинним дефектом, що втілювалося в таких клінічних

діагнозах, як амбліопія, альбінізм, астигматизм, міопія, які типові для дітей із вадами зору, дозволило встановити, що значна частина піддослідних (99,7%) без зовнішньої допомоги, абсолютно самостійно виконують дії, що відносяться до одягання, роздягання, туалету, пов'язані з харчуванням (98,9%). 89,6% дітей із вадами зору не відчувають труднощів у заправці ліжка, 70,5% – у приготуванні нескладних видів страв (нарізати салат, заварити чай, зварити яйце тощо), 68,9% – у прибиранні приміщень і ручному пранні (67,8%). Менше ускладнень порівняно зі сліпими дітьми викликає втягання голки в нитку без нитковтягувача (25,5%), 82,4% – із нитковтягувачем. 77,3% слабозорих можуть накласти елементарну пов'язку на рану (сліпі – 41,3%), за допомогою зрячого можуть користуватися пральною машиною – 66,7%, пилососом – 79,6%, праскою – 89,9% (сліпі – 43,3%).

Рівень вторинних відхилень у дітей із патологією зору свідчить, що необхідна спеціальна педагогічна система корекційно-виховної роботи з урахуванням рівня збитковості зорового аналізатора.

3.6. Оцінка психічних реакцій дітей із патологією зору в умовах рухової діяльності

Дуже низький вихідний рівень фізичного розвитку та основних рухових здібностей, відчуття власної ущербності через первинний дефект, певні складнощі адаптації в побуті і в подальшому в самостійному житті неминуче призводять до деяких розладів особистості сліпої дитини, які, перш за все, виражаються в підвищеному почутті тривожності, відносно стійкому особистісному утворенні. У ході досліджень незрячий школяр не оцінює наявності або відсутності у себе будь-яких переживань,

симптомів тривожності, а ситуацію з точки зору того, наскільки вона може викликати тривогу. Це дозволяло нам виявити сфери дійсності, об'єкти, які є для сліпого школяра основними джерелами тривоги. Результати анкетного опитування показують, що в незрячих дітей досить високий рівень тривожності – 78,6%. Високий рівень невпевненості в собі школярі з патологією зору 11–13 років відчували, коли необхідно було піти в магазин за необхідним самому – 69,9%. 59,6% незрячих школярів відчували хвилювання, якщо на уроці не виходило виконання якихось фізичних вправ, 49,1% – турбувала ситуація, коли вони відчували, що в грі їм загрожує неуспіх, програш. Натомість діти не відчували надмірного хвилювання, якщо вчитель фізкультури пропонував нову незнайому гру – 32,1%. Це дозволило нам зробити попередній висновок про те, що сліпим дітям подобається грати і вони залюбки сприймають нові рухливі ігри, а також затвердило нас щодо правильно обраного корекційного шляху – розробка ефективної методики застосування рухливих ігор професійно-побутового характеру.

Сильне занепокоєння, тривогу в школярів викликала ситуація, коли їм давали зрозуміти, що вони не впораються із завданням через відсутній повноцінний зір – 75,4%, або коли, виконуючи якесь завдання, вони знали, що можуть поранитися – 64,7%, або якщо чули за своєю спиною сміх – 57,7%. Трохи менше хвилювання і тривоги сліпі школярі відчували, якщо на них не звертали уваги – 46,3%, якщо дитину в чомусь критикували, дорікали – 51,1%. Дівчинки (50%) хотіли би брати участь у спортивних змаганнях, що проводяться в школі, проте, у районних чи міських спортивних змаганнях зголосилися взяти участь тільки 25%. Решта ж зізналися, що в такій ситуації відчуватимуть невпевненість, неспокій і тривогу. 75% незрячих дітей можуть виступити перед великою, але знайомою їм аудиторією (в своїй школі). Натомість відсоток дітей, які би не

відчували почуття страху перед виступом перед великою, але незнайомою аудиторією, досягає тільки 37,8%.

Отже, ефективність корекційного навчання рухових дій соціально-побутового характеру визначається рівнем профілактики психопатичних станів у дітей із патологією зору.

3.7. Оцінка рівня сформованості інтересу і мотивації до систематичних занять фізичною культурою в умовах рухової діяльності

Дослідження багатьох учених показують, що урок фізичної культури та позакласні заняття фізичними вправами, іграми, спортом мають широкі можливості для розвитку і підвищення фізкультурних і спортивних інтересів учнів [47; 53–55; 60; 121; 150].

Спостереження свідчать, що захоплення фізичною культурою і спортом створює в людини позитивний емоційний стан. Регулярні заняття фізичними вправами, у яких незряча дитина досягає успіху, сприяють переходу позитивного психічного стану в рису характеру. Радість, що її відчуває сліпа дитина від занять фізичною культурою, рухливими іграми, від подолання об'єктивних перешкод і власних слабкостей, сприяє подоланню невіри у власні сили, почуття тривожності і неспокою, пасивності.

Мотиваційна сфера незрячої дитини містить такі категорії, як потреба, мотиви, інтереси, цілі, воля, рівень розвитку її рухової і психічної сфер. До певної діяльності суб'єкта спонукає зазвичай не один якийсь мотив, а сукупність часто суперечливих мотивів, які створюють мотивацію до діяльності. Але характер цієї мотивації, як і характер діяльності,

визначається домінуючим мотивом, що викликає, спрямовує і визначає саме цю діяльність, а не іншу. За кожним мотивом, що входить у мотивацію, стоїть певна потреба, отже, мотив – це усвідомлена і певна потреба, яка є джерелом активності суб'єкта.

Проблема мотивації діяльності незрячих у вітчизняній корекційній педагогіці залишалася практично не розробленою. У спеціальній літературі практично немає аналізу факторів і мотивів формування у дітей із патологією зору інтересу до занять фізичними вправами.

Результати наших досліджень дозволяють стверджувати, що в структурі інтересів дітей із патологією зору інтерес до фізичної культури має місце, але найчастіше в багатьох випадках залишається пасивним, не реалізуючись у практичній діяльності. За анкетними даними, заняттями фізичною культурою і спортом цікавляться 49–52% незрячих учнів. Проте тільки 9,8% сліпих і 11,3% слабозорих дійсно займаються якоюсь із форм фізичної культури. У більшості ж інтерес до занять фізичною культурою має пасивний, споглядальний характер. 59,6% незрячих учнів періодично слухають спортивні передачі по телебаченню (у дівчаток цей показник значно нижче і становить 38,7%), 34,6% учнів іноді цікавилися спортивною пресою (дівчатка – 12%). Читання книг на спортивну тематику і перегляд відповідних фільмів носять ситуаційний характер. Тільки 9% дітей спеціально цікавилися спортивною літературою. 25,3% учнів беруть участь у всіх спортивних заходах, що відбуваються в школі. 39,6% – хотіли б займатися в якійсь спортивній секції. В уроці фізичної культури дітей приваблює біг (35,5%), вправи на силу (23,3%), ігри і можливість поліпшити здоров'я (49,7%). 11,4% вважають, що заняття фізичними вправами покращують самопочуття. 49,6% незрячих школярів періодично відчували небажання займатися фізичними вправами на уроці фізичної культури, при цьому вони не могли впевнено назвати причини свого небажання («не хочу, ліньки, чому – не знаю» і т.ін). Тільки 21% учнів

могли критично оцінити свої фізичні дані (зріст, вага), свою мускулатуру. Більшу ж частину учнів абсолютно влаштовувала їхня фігура і розвиток м'язової сили, навіть якщо вони розуміли, що вона далека від спортивної. Багато хто вважав, що заняття спортом не для них (43,9%), і лише 12,6% незрячих учнів збиралися продовжувати заняття фізичною культурою після закінчення школи. І лише 8,3% дітей хотіли б зв'язати своє життя зі спортом.

Отже, результати проведених досліджень показують, що рівень сформованості дидактико-реабілітаційної мотивації й інтересу до фізичної культури обумовлений, перш за все, первинним дефектом і вторинними його відхиленнями, станом розвитку фізичних якостей і рухових особливостей, низьким рівнем самооцінки, наявністю відхилень у розвитку психіки та залежить від організації фізкультурної діяльності в школі, від педагогічної майстерності вчителя фізичної культури.

Очевидно, такий рівень дидактико-реабілітаційної мотивації умовив вибір таких форм організації фізичного виховання в школярів із патологією зору.

Таблиця 3.7.
Найбільш поширені форми занять фізичною культурою у дітей із патологією зору (у %)

Форми занять фізичною культурою в школі	Вік		
	молодший	середній	старший
Ранкова гімнастика	76,7	72,1	64,6
Індивідуальна фізична культура	28,3	17,6	12,9
Секція	31,7	23,1	12,1
Рушніві ігри на перервах	10,1	10,5	8,0
Самостійні заняття	-	-	2,1

Дослідження показують, що в структурі інтересів до різних форм занять фізичною культурою і спортом у дітей із патологією зору найбільш поширеною формою є ранкова гігієнічна гімнастика (71,2%), причому в

молодших школярів показники найбільші (76,7). Очевидно, це пояснюється тим, що ця форма досить жорстко реалізується в структурі спеціальних шкіл. Ця форма є однією з основних в системі позакласної роботи з фізичного виховання дітей із глибокими порушеннями зору.

Займаються в групі лікувальної фізкультури 19,6% всіх учнів школи-інтернату. Цей показник обумовлений характером первинного дефекту і низкою супутніх захворювань, типовими з яких є порушення опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи й органів дихання. У зв'язку з цим такий відсоток незрячих дітей, які відвідують заняття в групі лікувальної фізкультури, обумовлений направленням лікарів.

Основними видами спорту, якими займаються незрячі діти, є шашки, шахи, настільні адаптивні ігри, атлетизм (у хлопчиків – 6%). Причому заняття атлетизмом в школі на примітивному рівні. Займаються старші хлопчики самостійно для здобуття міцної мускулатури. Як правило, усі заняття зводяться до накачування м'язів за допомогою гир, гантель. Як нами було зазначено, жодного медичного контролю над цими заняттями немає.

Невеликий відсоток дітей із глибокими порушеннями зору займаються на перервах рухливими іграми. Як правило, це зводиться до занять футболом у старшокласників на великих перервах (8%) і у хлопчиків середнього шкільного віку (10,5%). 19,1% молодших школярів вважають за краще на перервах побігати, пострибати, пограти з м'ячем.

Ще більш низькі результати ми отримали, досліджуючи самостійні заняття сліпих дітей фізичною культурою і спортом. Діти молодшого і середнього шкільного віку не займаються самостійно фізичними вправами, не відвідують секцій поза школою, не приділяють цьому уваги вдома. Нами встановлено, що ці діти беруть участь тільки в спортивних заходах школи, які відбуваються нерегулярно, із малим охопленням школярів.

Окремо хочеться відзначити, що ставлення до спорту дівчаток викликає підвищену тривогу. Дівчата практично не займаються фізичною культурою, пояснюючи це відсутністю звички і небажанням, віддаючи перевагу іншим, на їх погляд більш приємним видам діяльності (рукоділля, заняття музикою, співом, читання книг, заняття власним побутом і т.ін.). Хоча переважна більшість дівчаток висловлювали своє позитивне ставлення до фізичної культури.

Необхідно також відзначити, що низький рівень фізичного розвитку та рухової підготовленості, гіпокінезія, досить високий рівень тривожності, слабка мотивація до занять фізичними вправами, а також недостатня різноманітність форм занять фізичною культурою в спеціальних школах чинять негативний вплив на стан вищої нервової діяльності незрячої дитини, вегетативні функції організму, розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводять до зміни обмінних процесів, розвитку захворювань внутрішніх органів, ослаблення імунної системи організму. Багато школярів із патологією зору схильні до частих інфекційних захворювань (табл. 8).

Наші дослідження показують, що 31,7% незрячих учнів перенесли ГРЗ, 28,6% усіх учнів хворіли на грип, причому особливо схильні школярі молодшого віку (35,8% – ГРЗ; 31,7% – грип). Це найвищі показники захворюваності. Багато дітей хворіють на інфекційні захворювання простудного характеру неодноразово. Ангину перенесли 24,2% учнів. Не хворіли – 24,6% дітей із патологією зору.

Ці дані красномовно свідчать про те, що сліпі діти потребують зміцнення здоров'я засобами фізичної культури, про необхідність створення спеціальної системи корекційно-відновлювальної роботи, яка вирішувала б поряд із головним завданням – фізична і соціальна реабілітація незрячих – проблему зміцнення здоров'я дітей цієї категорії, удосконалення діяльності серцево судинної і дихальної систем,

поліпшення фізичного розвитку і рухових функцій школярів із порушеннями зору.

Таблиця 8.

Дані про перенесені захворювання школярами з патологією зору (у%)

Захворювання	Вік		
	молодший	середній	старший
Грип	31,7	29,6	23,5
Ангіна	29,3	24,5	18,7
ГРЗ	35,8	31,1	28,1
Інші інфекційні захворювання	17,2	16,2	13,2
Не хворіли	28,7	25,3	19,8

Отже, проведені нами дослідження дозволили визначити якісні особливості аномального стану фізичного розвитку, рухової підготовленості, фонду життєво важливих рухових навичок та вмінь у школярів із патологією зору. Вони проявляються, насамперед, у значному відставанні сліпих дітей від зрячих однолітків у показниках фізичного розвитку, в украй низьких функціональних можливостях організму незрячих дітей в умовах м'язової діяльності різної потужності і характеру. У дітей цієї категорії відзначається виражене порушення координації рухів, просторово-орієнтаційної компетенції, низький рівень точності рухів і здатності до самоконтролю, що згодом призводить до того, що ці діти відстають від дітей із нормальним зором у розвитку життєво важливих умінь і навичок (ходьба, біг, стрибки, метання).

Установлені порушення рухової сфери школярів із патологією зору зумовили значні труднощі в опануванні побутовими і професійними навичками і разом із цим деякі розлади особистості дітей із такого роду дефектом, які, перш за все, виражалися в підвищеному почутті тривожності.

Результати наших досліджень дозволяють нам також стверджувати, що низький рівень сформованості дидактико-реабілітаційної мотивації й

інтересу до занять фізичними вправами обумовлений первинним дефектом і вторинними його відхиленнями.

Отже, ми дісталися висновку, що існує гостра необхідність розробки комплексної методики корекційно-виховної роботи зі школярами з патологією зору з метою їхньої соціальної і фізичної реабілітації та інтеграції на основі спеціальної мотиваційно-ігрової діяльності професійно-побутової спрямованості.

РОЗДІЛ 4.

МЕТОДИКА ЗАСТОСУВАННЯ РУХЛИВИХ ІГОР ПРОФЕСІЙНО-ПОБУТОВОЇ СПРЯМОВАНOSTІ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗІ ШКОЛЯРАМИ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ

4.1. Теоретичні і методичні аспекти розробки спеціальних рухливих ігор у корекційній роботі зі школярами з патологією зору

Гра – суспільне явище, самостійний вид діяльності, властивий людині. За твердженням В. Сухомлинського, гра є потребою організму дитини. Вона є супутником дитинства, де людина відкриває для себе мінливий світ. Зрозуміти природу гри – зрозуміти природу дитинства.

Гра завжди виступає немов у двох вимірах: у сьогоденні і майбутньому. З одного боку вона дарує миттєву радість, служить задоволенню назрілих актуальних потреб, з іншого – завжди спрямована в майбутнє, адже в ній або моделюються якісь життєві ситуації, або закріплюються властивості, якості, уміння, стани, здібності, необхідні особистості для виконання соціальних, професійних, творчих функцій, а також для фізичного загартування організму, що розвивається. Ігри мають генетичний зв'язок з усіма видами діяльності людини і виступають як специфічна дитяча форма пізнання, праці, спілкування, пошуків, спорту.

На думку Клапареда, дитині гра може дозволити грати домінуючу роль, заборонену життям, і є прикладом ефективної компенсації. Гра не тому гра, що в ній може проявлятися самоствердження або компенсація, а навпаки, в ній можливі прояви і самоствердження, і компенсації, і т.ін., тому що це гра.

Значне місце в житті дитини посідають рухливі ігри. Це особливо підтверджується, якщо мова йде про дітей із порушеннями зору. Цілий ряд фахівців у галузі корекційної педагогіки [1–2; 48; 53–55; 60; 120; 150] відзначає надзвичайно високу ефективність ігрової діяльності в корекційно-педагогічній роботі зі школярами з порушеннями зору, у формуванні функціональних систем психічної діяльності й мотиваційної сфери цих дітей, адже на тлі гри сліпі діти отримують психофізіологічне навантаження – позитивні емоції, наслідком яких є задоволення від руху, формування мотивів й інтересу до систематичних занять фізичними вправами. Рухливі ігри є найбільш ефективним засобом соціальної і фізичної реабілітації незрячих, засобом корекції та компенсації порушених функцій, а також оптимальною формою інтеграції дітей цієї категорії в соціальні структури, адже рухливі ігри формують досвід взаємин, узасодій, поведінки. Заняття цими іграми дозволяють удосконалювати стрибки, біг, спритність, слух і вміння орієнтуватися в мінливих обставинах. Підготовка і участь в рухливих іграх сприяють оволодінню простором, придбання свободи в рухах, легкості в них, упевненості в собі, розвивають координацію, швидкість, силу, сміливість, дотик. Ігри сприяють розвитку функції рухового аналізатора, служать корекції вторинних порушень. Вони послідовно збагачують знання дітей про навколишнє середовище через зберігання аналізаторів із метою розвитку ряду навичок, необхідних у трудовій діяльності та повсякденному житті. Актуальність застосування рухливих ігор підкреслюють фундаментальні дослідження психолога С. Рубинштейн, яка стверджувала, що гра – це осмислена діяльність, сукупність осмислених дій, об'єднаних єдністю мотиву. В ігровій діяльності зникає можлива в практичній діяльності людей розбіжність між прямою метою і прямою метою діяльності суб'єкта.

Установлено, що надзвичайно мало розроблено для незрячих дітей ігор, які вирішують питання формування соціально-побутових і

поведінкових навичок, а також ігор, які передбачають співпрацю сліпих дітей і зрячих, що сприяє соціальній інтеграції сліпих дітей, профілактики в них почуття тривожності. Спільна гра, спілкування сліпого учня зі зрячим однолітком відкриває для нього широкі можливості порівняти себе з іншими дітьми і таким чином визначити характерні риси «нормальної» особистості, адже фізичний недолік не зменшує людських потреб у солідарності, особистому житті, дружніх відносинах, у тому, щоб стати частиною соціальної системи людської спільноти.

На основі концептуальної моделі корекційного навчання школярів із глибокими порушеннями зору базовим руховим діям В. Григоренка була розроблена спеціальна методика ігор корекційної спрямованості з формування навичок професійно-побутової сфери.

У процесі наших досліджень були розроблені принципи, на яких базувалася ця методика. В основу лягли загальнопедагогічні принципи: принцип свідомості, активності, доступності, послідовності й ін. А також принципи корекційної педагогіки, які полягають у створенні найбільш сприятливих умов корекції аномального розвитку – принцип корекційної спрямованості, принцип більш раннього починання спеціального навчання, принцип орієнтації не на дефект і обмежуваний їм рівень активного розвитку, а на потенційні можливості дитини – «зону його найближчого розвитку» (Л. Виготський), принцип диференціально-інтегральних оптимумів педагогічних факторів у корекційного навчання (В. Григоренко), вербалізації умовно-рефлекторних рухових структур і принцип інтеграції (В. Лубовський).

Проте зміст загальних і спеціальних принципів корекційної педагогіки не дозволяє ефективно використовувати ігрову діяльність як фактор успішної соціальної і фізичної реабілітації школярів із патологією зору. У процесі наших досліджень були розроблені спеціальні принципи,

що стали підґрунтям методики застосування рухливих ігор професійно-побутового характеру в корекційно-виховній роботі з незрячими дітьми.

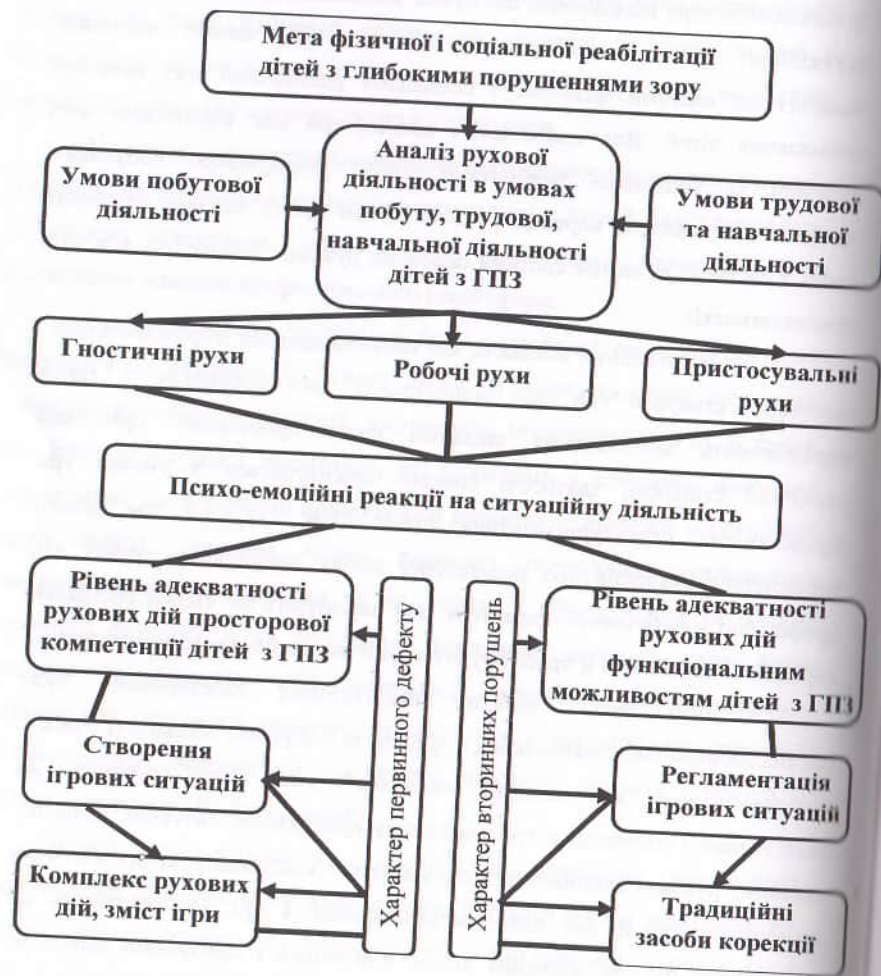
Принцип адекватності змісту рухливих ігор із професійно-побутової спрямованістю мети фізичної та соціальної реабілітації учнів із патологією зору передбачав, що ігрова діяльність, яка застосовується в корекційних цілях, має бути органічною невід'ємною частиною педагогічної системи фізичної і соціальної реабілітації цієї категорії аномальних дітей. Для цього вміст кожної гри має відповідати меті фізичної та соціальної реабілітації, тобто формуванню побутових, професійних навичок, корекції рухової сфери (фонд життєво важливих умінь і навичок, розвиток системи основних рухових здібностей, м'язової працездатності).

Наші дослідження показали, що наявний арсенал ігор недостатній і необхідно створити гри, що відповідають цим завданням, а також передбачають забезпечення високого рівня просторової орієнтації, психічної стійкості, здатності швидко орієнтуватися в умовах гри. Представлена структурно-логічна схема (Рис. 1), яка дає досить переконливе уявлення про педагогічну логіку побудови рухливих ігор професійно - побутового характеру, які вирішують не тільки спеціальні корекційні завдання, а й проблему інтеграції школярів із патологією зору.

З цієї метою шляхом педагогічних спостережень було проаналізовано зміст навчальної, трудової та побутової діяльності учнів із патологією зору, аби виявити можливості дітей, їхню готовність до спілкування і співпраці в грі, вирішення проблемних ситуацій, розвитку основних рухових здібностей і фонду життєво важливих рухових дій. Були визначені ситуації, які потім моделювалися в грі. Це готовність до суперництва під час збирання ліжок, підготовки і нарізуванні овочів на уроках соціально-побутової орієнтації, ситуації, пов'язані з обслуговуванням і самообслуговуванням в їдальні, під час прибирання

робочого місця в класі або майстерні, в умовах самостійного відпочинку і з батьками. Діяльність учнів у таких ситуаціях супроводжувалася відповідними діями.

Схема побудови рухливих ігор професійно побутового характеру



У результаті психолого-педагогічного аналізу рухової діяльності сліпих дітей нами були встановлені такі параметри як основні конструктори рухової діяльності: мотив, мета, переробка поточної інформації, планування діяльності, прийняття рішення з подальшою дією, задоволення від результатів дії. Адаптація до умов середовища відбувається в незрячої дитини на основі викладених параметрів. Напрямок діяльності визначається вектором «мотив – мета» (Б. Ломов; В. Григоренко), який формувався в результаті корекційного навчання сліпих дітей ігрових дій і на основі якого вирішувалися корекційні завдання (корекція і компенсація порушених параметрів рухової сфери, формування професійно-побутових навичок і умінь, розвиток просторової компетенції, точності рухів, самоконтролю, профілактика почуття тривожності).

Принцип диференційно-інтегрального підходу в застосуванні ігор із побутової спрямованістю в корекційно-виховній роботі зі школярами з патологією зору припускав розглядати процес соціальної і фізичної реабілітації дітей із патологією зору як керовану педагогічну систему, яка забезпечує формування рухових функціональних систем шляхом освоєння нових ігрових рухових дій, сприяє розвитку рухового аналізатора у взаємозв'язку зі слуховим, моторним, дотиковим, забезпечує профілактику почуття тривожності, служить компенсації дефекту і корекції вторинних порушень.

Реалізація цього принципу передбачала вирішення таких завдань:

1. Сформувати стійку дидактико-реабілітаційної мотивацію, навички спілкування і самоконтролю.
2. Навчити частинам техніки досліджуваних ігрових рухових дій:
 - робочі рухові дії;
 - гностичні рухи (дотикові, вимірювальні, контрольні);
 - пристосувальні рухи (установчі, урівноважувальні, коректувальні, компенсаторні).

3. Забезпечити розвиток просторової орієнтаційної компетенції.

4. Забезпечити становлення уявлення, образу-мети досліджуваних ігрових рухових дій.

5. Формувати внутрішній контур регулювання досліджуваної ігрової дії.

6. Забезпечити профілактику рухових помилок.

У процесі навчання рухливої гри елементи рухової дії вивчалися так, щоб виконувати функцію позитивного підкріплення і сприяти позитивному ставленню незрячих дітей до численних рухових ситуацій, що виникають у процесі гри, формуванню адекватних особистісних диспозицій і ситуаційних детермінантів.

Продуктивність корекційного навчання спеціальних рухливих ігор залежить від рівня загальної фізичної, психологічної та резервної координаційної підготовки. Необхідно відзначити, що особливе значення має розвиток резервних координаційних здібностей, адже вони виступають як загальні координаційні передумови для вирішення загальної і певної групи рухових завдань, які подібні за основними нейро- і психофізіологічними механізмами управління та регулювання (обертальні дії, зміна ритму діяльності і швидкості, незвичайні і подібні положення, ігри і т.ін.).

У практиці ігрової рухової діяльності дитини існують тісні і взаємні відносини рухових навичок і умінь, координаційних здібностей, які ґрунтуються на діяльності функціонального комплексу рухової координації: загальні механізми прийому і переробки інформації, накопиченні і реалізації рухового досвіду, елементах програмування і механізмах корекції, компенсації і загальних виконавчих компонентах процесу координації. Виходячи з цього, нами встановлено, що резервний розвиток у дітей із патологією зору координаційних можливостей і просторової компетенції статистично достовірно підвищує ефективність процесу їхнього навчання ігрових рухових дій. Розвиток резерву

координаційних і просторових можливостей забезпечує інтенсивний розвиток дотиково-рухового аналізатора, дозволяє компенсувати відсутність зорового аналізатора і максимально ефективно використовувати інші збережені аналізатори в процесі корекційного навчання.

На основі корекційної ігрової діяльності у незрячих дітей формувалися робочі або виконавчі рухові дії, удосконалювалися гностичні рухи, за допомогою яких здійснювалося пізнання структури досліджуваних процесів і орієнтування в можливих варіантах їхнього виконання. Установлено, що пристосувальні рухи у взаємозв'язку з робочими і гностичними забезпечували стійкість рухової структури, яка формується. Гностичні і пристосувальні рухи в процесі гри ефективно формувалися на основі маніпуляції предметами в точності дій, у розпізнаванні предметів. Характер рухливої гри передбачає можливість виникнення несподіваних ситуацій, нестандартні умови рухової діяльності незрячих дітей, зміну просторових, часових параметрів їхньої діяльності, що сприяло реалізації засобів розвитку пристосувальних і гностичних рухів.

Реалізація принципу диференційно-інтегрального підходу в розробці і застосуванні рухливих ігор професійно-побутового характеру забезпечувала у дітей із патологією зору інтенсивний розвиток дидактико-реабілітаційної мотивації до систематичних занять фізичними вправами і сприяла формуванню спеціальних знань, умінь і навичок, необхідних для самостійних занять фізичною культурою.

Дидактико-реабілітаційна мотивація нормувалася шляхом свідомої участі дітей із патологією зору в дослідженні їхньої рухової та побутової сфер, що дозволило нам сформувати в них реальне ставлення до своїх особистісних стандартів. Педагогічним фактором розвитку і вдосконалення дидактико-реабілітаційної мотивації було те, що незрячі діти контролювали результати своєї діяльності і отримували інформацію

про її успішність. Це дозволило сформувати у сліпих дітей здатність до оперативного сприйняття складу і структури рухливої гри. На основі такого підходу виникало випереджальне відображення цілісної структури диференційовано досліджуваних рухових дій, що формує інформаційну причинність, якій характерна не тільки спонукальна сила, а й стимулювальна. Інформаційна причинність, пов'язана з випереджувальним відображенням, виступала як особлива форма зворотного зв'язку, коли результат, на який орієнтується незряча дитина, моделюється на інформаційному рівні і вводиться в систему управління, обумовлюючи тим самим її поведінку в умовах ігрової діяльності, стимулюючи активність у досягненні поставленого корекційного завдання.

З огляду на виявлені особливості дітей із патологією зору в умовах корекційного навчання, а також закономірності формування рухових навичок, ми дісталися висновку про необхідність застосування комплексу спеціальних рухливих ігор, спрямованих на формування корекційної мети їхньої діяльності, досягнення якої забезпечить їм успішну суспільно-побутову адаптацію.

У процесі досліджень рухливі ігри були умовно об'єднані в групи, кожна з яких мала свої особливості і призначення.

До першої групи були віднесені ігри, де учасники вступають в активне єдиноборство. У процесі таких ігор має місце безпосередній контакт із суперником. Цей вид ігор найбільш складний за характером вираження рухових дій. Такі ігри мають, перш за все, певний сюжетний вираз. Мінливість ігрової обстановки, раптові різноманітні умови боротьби за перемогу вимагають від сліпих дітей вірних рішень, швидких дій, спритності і впевненості.

Другу групу склали ігри без вступу учасників у зіткнення з командою супротивника, коли учасники кожної команди діють узгоджено між собою, нерідко застосовують різні варіанти тактики, але не можуть

надавати безпосереднього впливу на дії гравців іншої команди, (наприклад, ігри на майданчику, розділеному середньою лінією або сіткою).

Третя група ігор – естафети, у яких дії кожного учасника мають однакову спрямованість і пов'язані з переміщенням майданчиком і виконанням певних завдань. Дії виробляються почергово. В ігрових естафетах також немає безпосереднього контакту з суперником, проте боротьба здебільшого буває гострою і наполегливою.

Також мали місце ігрові гонки. На відміну від спортивних гонок (лижних, велосипедних), гравці не переслідують один одного, а стоять або сидять на місці, передаючи один одному який-небудь предмет. Це відрізняє ігрову гонку від естафети, де гравець зазвичай пересувається майданчиком з предметом або без нього. Нерідко застосовувалися комбіновані гонки з передаванням предмета і просуванням гравців із предметом.

Усі перераховані вище типи рухливих ігор мають багато спільного, незважаючи на різні структури. Вони регламентувалися правилами, дії гравців прямували на досягнення умовної мети, перемога досягалася ціною колективних зусиль.

Рухливі ігри були класифіковані нами також за рівнем функціонального впливу (великої, середньої і малої рухливості), з урахуванням віку, статі, стану зору, за ступенем участі різних збережених аналізаторів (слуховий, руховий, дотиковий). Ігри, що сприяють розвитку функції рухового аналізатора у взаємодії зі слуховим, моторним, дотиковим і на основі цього створювана рефлекторна система служать компенсації дефекту і корекції вторинних порушень.

Таким чином, гра посідає провідне місце в усіх вікових періодах. Із цього випливає, що при організації і проведенні рухливих ігор соціально-побутової спрямованості нами ретельно були вивчені медичні карти обстеження сліпих дітей і, виходячи з цього, сформовані окремі групи

школярів з абсолютною сліпотою і тих, хто має залишковий зір. Було визначено стан фізичного розвитку дітей із патологією зору, виявлено стан їхньої серцево-судинної і дихальної систем, рівень розвитку рухових функцій.

4.2. Методика застосування рухливих ігор професійно-побутової спрямованості на уроках фізичного виховання

Урок є основною формою організації навчальної роботи з фізичної культури, як у масовій школі, так і в школі для сліпих дітей. З огляду на це, розроблені рухливі ігри застосовувалися нами здебільшого на уроках фізичної культури. Структура уроку дозволяє систематично накопичувати знання, застосовувати вироблені уміння і навички в складній, мінливій ігровій обстановці, наближеній до життєвих умов.

Застосовувані ігри були різноманітні за змістом. Вони містили весь комплекс рухів, що має різні функції: робочі (виконавчі) рухи, за допомогою яких вирішується рухове завдання, досягається мета діяльності; гностичні рухи — дотикові, вимірювальні, уточнювальні, контрольні; пристосувальні рухи — установчі, коректувальні, урівноважувальні, компенсаторні.

Розроблений комплекс корекційних ігор професійно-побутової спрямованості дозволяв сформувати когнітивні, психічні та біомеханічні основи побудови ігрових рухових структур, вибудувати їх у логічній послідовності з їхньою виводимістю від простіших до складніших (ситуаційних) дій. Таким чином, в умовах ігрової діяльності досягався корекційний ефект не тільки вербальними й образними інструкціями, а й реальною цільовою потребою творчої діяльності незрячого школяра в реальних умовах ігрового середовища. Вони переводили зовнішнє

завдання в своє внутрішнє, яке трансформувалося в їхній свідомості в реабілітаційну мету.

Оптимальне застосування рухливих ігор у різних частинах уроку дозволяло ефективно вирішувати завдання фізичної та соціальної реабілітації дітей із патологією зору. Це обумовлено тим, що рухливі ігри дозволяють широко використовувати взаємодію особистісних диспозицій школярів із патологією зору, залучати широкий спектр ситуаційних детермінант.

У ході досліджень нами було встановлено, що сліпа дитина любить грати в ті ж ігри, що і зряча, тільки, на відміну від зрячої, сліпій дитині створювалися спеціальні умови, де вона, спираючись на діяльність збережених аналізаторів, навчалася ігрових рухових дій і опановувала грою.

З огляду на виявлені особливості поведінки школярів із патологією зору, у процесі формувального експерименту була реалізована установка про сукупність матеріальних і духовних стимулів в ігровій діяльності школярів із глибокими порушеннями зору, яка логічно постає перед нами в таких аспектах:

- по-перше, це цілі і перспективи (близькі або віддалені), пов'язані з здійснюваною діяльністю і з процесом подальшого життя школярів із патологією зору. Залежно від особливостей цих цілей, їхньої сутності, ставлення до них незрячих школярів, усвідомлення ними і осмислення їхнього значення (позитивного — негативного, що залучає до себе суттєві устремління) і визначається їхня роль як спонукального початку ігрової діяльності корекційної спрямованості;

- по-друге, це рівень досягнень. Нами встановлено, що цей педагогічний фактор відіграє важливе значення в розвитку (або погашенні) динамічних сил мотивації в ході систематичного застосування рухливих ігор корекційної спрямованості. Ці досягнення (оперативні) або їхня відсутність виступали для школярів із патологією зору в формі

об'єктивних показників, в особливості оцінки її окремими людьми, педагогами, батьками та колективом, а потім виступали в специфіці оцінки, яку сліпий школяр дає сам собі.

Такий підхід у реалізації рухливих ігор професійно-побутового характеру і корекційної спрямованості дозволив нам у всіх формах занять домогтися, аби школярі з патологією зору досягнути результати розуміли не як моментні, а як можливості, які ще виникнуть.

У вступній частині уроку ми застосовували загально-розвивальні вправи, різні види нетривалого бігу і спеціальні завдання, які полягають у виконанні певних комбінацій із кроків, поворотів, ударів і т.ін. Закріплення вивченого рухового матеріалу відбувалося з постійним вербальним впливом педагога. Рухливі ігри в цій частині уроку не застосовувалися.

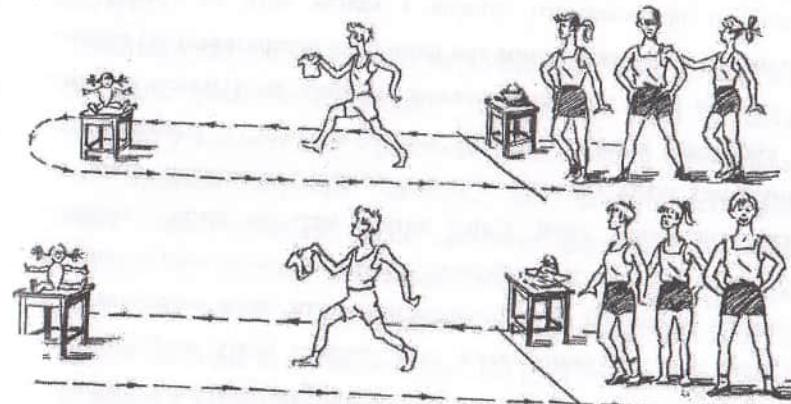
В основній частині уроку вивчався новий матеріал, закріплювався пройдений. У цій частині уроку зазвичай вивчається техніка виконання основних видів фізичних вправ (біг, метання, лазіння, рівновага, стрибки тощо), тренується вміння застосувати вивчене в мінливій обстановці, у природних умовах.

Із метою підвищення ефективності у формуванні професійно-побутових навичок і умінь ми використовували ігрову форму впливу корекційно-виховних факторів. В основній частині уроку нами був застосований розроблений комплекс рухливих ігор, спрямований на формування і вдосконалення ряду навичок професійно-побутового характеру. При реалізації комплексу спеціальних рухливих ігор корекційні здатності і просторова компетенція формувалися на основі методів цілісної вправи, елементів змагальної діяльності. Міцно засвоєні рухові дії, що виконуються у формі обертань, рівноваги, відтворення просторових параметрів фізичних вправ, використовувалися в якості основних засобів. Особлива увага приділялася методу образно-наочної демонстрації в поєднанні з вербальними методами, що, у кінцевому підсумку, забезпечувало продуктивне формування наочних образів фізичних вправ,

що використовувалися в рухливій грі. Словесними вказівками фіксувалася увага незрячих дітей на суттєвих елементах гри в певній їхній послідовності.

ГРА «ОДЯГНЕМО ЛЯЛЬКУ»

Так, застосовуючи на уроці рухливу гру «Одягнемо ляльку», ми вирішували завдання розвитку швидкості, координації рухів, спритності, точності рухів, удосконалення соціально-побутових навичок (зокрема навичок самообслуговування), спілкування і взаємодопомоги; фонду гностичних рухових дій, а саме відчутних, дотикових, уточнювальних, точності і економічності робочих дій; виховання дидактико-реабілітаційної мотивації.



Методичні прийоми: вербальне викладення складу і структури гри, контактний показ рухової дії педагогом, уявлення про рухову ігрову дію на основі вербально-логічного мислення сліпої дитини, комплектування команди на основі взаємопозитивних або взаємонеїтральних стосунків

між школярами із патологією зору, тривалість гри в діапазоні від 20 до 30 хвилин.

Хід гри полягав у такому. Гравці – їхня кількість варіювала від десяти до шістнадцяти осіб залежно від наповнюваності групи (класу) – об'єднувалися у дві команди. Умови гри дозволяли проводити її у дворі, спортивному залі або великій кімнаті. На відстані 5–7 метрів установлювалися по два стільці для кожної команди. На одному була лялька, на іншому – предмети одягу. Перед дітьми ставилося завдання – швидко і правильно вдягнути ляльку – після чого дітям пропонувалося розповісти, у якій послідовності буде вдягнена лялька, що дозволило нам підтвердити дані показників рівня сформованості навичок самообслуговування. Послідовність дій у словесному перерахуванні не викликала у сліпих дітей труднощів.

За звуковим сигналом гравець кожної команди, який стоїть попереду, взявши один із предметів одягу для ляльки, якомога швидко прямував до протилежного стільця і вдягав його на ляльку. При попередньому обговоренні умов гри нами були перераховані всі елементи одягу, а також увага дітей акцентувалася на тому, що кількість предметів одягу відповідає кількості гравців кожної команди. У кожній команді дотримувалася рівна кількість тотально сліпих і слабозорих дітей, щоб зрівняти можливості дітей. Сліпа дитина методом дотику знаходила необхідну деталь одягу, слабозора використовувала залишковий зір. Підвищений емоційний фон і бажання перемогти часом скорочували час, необхідний для з'ясування, який саме предмет одягу необхідно зараз надягати. Згодом могло виявитися, що ляльці було вдягнено, наприклад, пальто, але були відсутні предмети білизни. Помилки нами фіксувалися. Аналіз помилок дозволяє відзначити суб'єктивну невизначеність поведінкових ситуацій. Зазвичай сліпа дитина, побіжно вивчивши шляхом дотикових і гностичних дій елемент одягу, спочатку не залишала собі часу

на обдумування, що вже вдягнуто на ляльці і який предмет необхідно надіти далі. Але після того, як гра міцно увійшла в арсенал рухливих ігор для дітей із порушеннями зору, після багаторазового її проведення, помилки такого роду були зведені практично до нуля. Після того, коли завдання було виконано і лялька була одягнена, останній учасник підбігав із нею до своєї команди і всі присідали – сигнал про те, що команда закінчила гру. Причому нами було наголошено, що присідання або піднесення рук після закінчення гри оптимальніше, ніж хлопок, адже в умовах підвищеного емоційного фону діти допускали хлопки, які були помилкові щодо фіналу гри.

Був зроблений також висновок про те, що лялька повинна бути досить великою, одяг для неї – спрощений: для 11–12-річних дітей – предмети нижньої білизни, сукня, тухлі, хустка або шапка; для 13–14-річних учасників кількість предметів розширювалося – білизна, спідниця або штани, кофта, пальто, шкарпетки, взуття, шапка, предмети-аксесуари – намисто, сумка.

Реалізація цієї гри забезпечила закріплення основних рухових дій – біг, спритність, розвиток координації. Пристосовані рухи (установчі, коректувальні) у взаємозв'язку з робочими і гностичними забезпечували стійкість соціально-побутових навичок, що формувалися. Фонд гностичних і пристосувальних рухів ефективно формувався на основі ручної спритності (В. Лях), яка виражалася в точності дій верхніми кінцівками, а саме в розпізнаванні предметів. У ході корекційних занять ми переконували школярів із патологією зору, що рука замінює сліпому зір, вона дає знання й уявлення про предмети, за винятком кольору і бачення вдалину. При неповноцінному зоровому сприйнятті потрібна постійна опора на дотикове сприйняття. Нами також переслідувалася мета розвитку дотикального сприйняття. Саме з цією метою на очі слабозорих учнів надягали пов'язки, адже покладаючись на залишковий зір, діти не

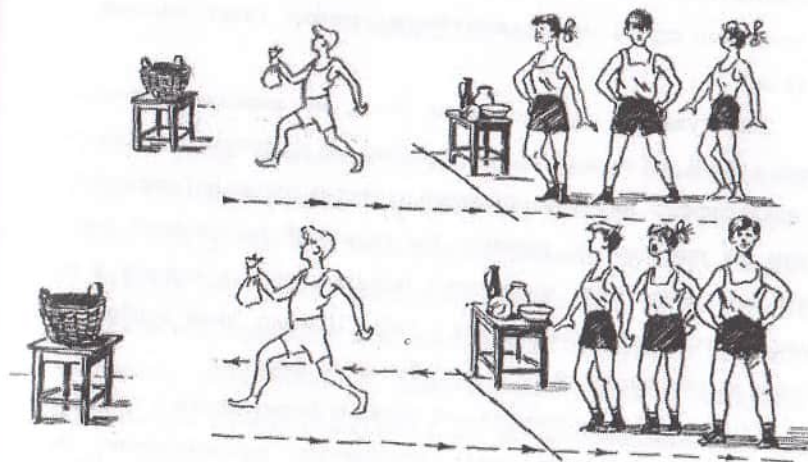
розвивають дотик. Зазвичай у дітей із вадами зору були труднощі з впізнавання предметів одягу зменшеної форми. Це говорить про надзвичайну складність формування образу складного предмета – деталей одягу в цій грі і муляжів продуктів в іншій «Приготуємо обід» – без допомоги зору, а також про труднощі перенесення. Причиною труднощів є відсутність узагальненого і диференційованого образу. Перенесення здійснювалося легко в тому випадку, коли дітям давали предмети відносно прості і знайомі – предмети лялькового взуття, наприклад, у цій грі; овочі, цукерка, молочна пляшка – у грі «Приготуємо обід». А таку деталь лялькового одягу, як косинка, Андрій С., наприклад, сприйняв як носовичок. Відзначено, що припускалися помилок такого роду здебільшого 11–12-річні школярі-хлопчики. Спостереження за ходом гри дозволяють зробити висновок, що слід залучати до гри велику кількість предметів одного і того ж роду з варіаціями видових ознак, які ефективно формують у школярів із патологією зору здатність до інформаційного моделювання дій.

Розвиток сприйняття і уявлень на основі дотику, м'язового почуття дозволяє прискорити розвиток диференційованого, аналізує дотикового сприйняття, що сприяє більш ефективному вирішенню завдань фізичної і соціальної реабілітації дітей із патологією зору. Таку ж основну мету – розвиток дотикового сприйняття, точності рухів, навичок спілкування за допомогою предметів побуту, що застосовуються в рухливій грі, ми переслідували і в ще одній грі. У процесі формувального експерименту було встановлено, що рухливі ігри формують у школярів із патологією зору здатність до спілкування, яке охоплює особливий клас стосунків, а саме відносини «суб'єкт – суб'єкти». Аналіз дозволив встановити, що в процесі ігрової діяльності школярі з патологією зору вступають у взаємодії, де виявляється сприяння або протидія, згода або суперечність, співпереживання, єдність зусиль у досягненні мети. Школярі реально

розуміють, що результат спілкування в ігровій діяльності є спільним, тобто виникають передумови формування мотивації спільної діяльності в умовах навчальної та трудової практики.

ГРА «ПРИГОТУЄМО ОБІД»

Гра «Приготуємо обід» була логічним продовженням гри «Одягнемо ляльку». Цілі, поставлені в цій грі, носили такий характер: закріплення і вдосконалення навичок професійно-побутового плану, отримані на уроках з соціальної орієнтації; розвиток швидкісних якостей, спритності, точності рухів; удосконалення фонду гностичних, пристосувальних і робочих рухів; розвиток просторової компетенції, навичок спілкування та взаємодопомоги, формування дидактико-реабілітаційної мотивації.



Методичні прийоми: вербальне викладення складу і структури ігрових дій, контактний показ ігрової дії педагогом, мотивація, комплектування команд на основі взаємопозитивних і нейтральних стосунків, тривалість гри від 20 до 30 хвилин.

Хід гри. Необхідний матеріал (інвентар) той же, що і в грі «Одягнемо ляльку»: по два стільці або невеликих столика на команду, а також кошик, муляжі різних харчових продуктів. На одному столику встановлювалися муляжі продуктів: молочна пляшка, що символізувала молоко, банка майонезу, картопля, морква, буряк, цибуля, капуста, зроблена з дерева або картону кістка символізувала м'ясні продукти, муляж риби, виготовлені з дерева яйця, а також у невеликих ємностях борошно, цукор, хліб, цукерка. Кількість предметів у грі варіювало залежно від теми. Щодо кожного предмета-символу давалося пояснення. На іншому столику, розташованому на відстані 5–7 метрів, установлювався кошик. Діти докладно знайомилися з правилами гри, засвоювали, що необхідно було відібрати правильно продукти, які використовуються для приготування певної страви. Згодом при проведенні цієї гри, нами страва змінювалася: борщ, вінегрет, салат, молочна каша, чай та ін.

Застосувавши гру вперше на уроці, ми вирішили спочатку не питати в дітей, які саме продукти необхідні для приготування даного виду їжі, покладаючись на знання, отримані на уроках соціальної орієнтації. Але згодом ми прийшли до рішення, що словесний послідовний опис дій необхідний, адже мали місце деякі помилки, коли в кошику в однієї команди виявилися муляжі м'яса і риби. Школяр, який відібрав рибу, пояснив це тим, що такий борщ йому більше подобається.

У ході цієї гри і попередньої, поряд із формуванням у сліпих дітей робочих рухів, основна увага приділялася вдосконаленню фонду гностичних дій, на основі яких здійснювалося пізнання структури

соціально-побутового досвіду. Пристосовані і гностичні дії в умовах ігрової діяльності використовувалися як формувальні інформаційно-причинні фактори розвитку робочих рухів. Процес вироблення навички, що протікає в центральній нервовій системі, є повним активності шуканням більш дієвих, адекватних в усіх відношеннях рішень освоюваного рухового завдання.

Застосування в умовах формувального експерименту такого комплексу ігор професійно-побутового характеру, спрямованих на розвиток дотикового сприйняття сліпих дітей, підтверджує положення І. Сеченова та І. Павлова про взаємодію і взаємозаміщення органів почуттів. Виходячи з цих положень видних фізіологів, ми допускаємо, що збиток, який нанесено психологічному розвитку дітей із патологією зору в результаті його втрати, може бути в значній мірі відшкодовано в умовах спеціально розроблених корекційних рухливих ігор професійно-побутової спрямованості.

ГРА «ЗЕМЛЕМІРИ»

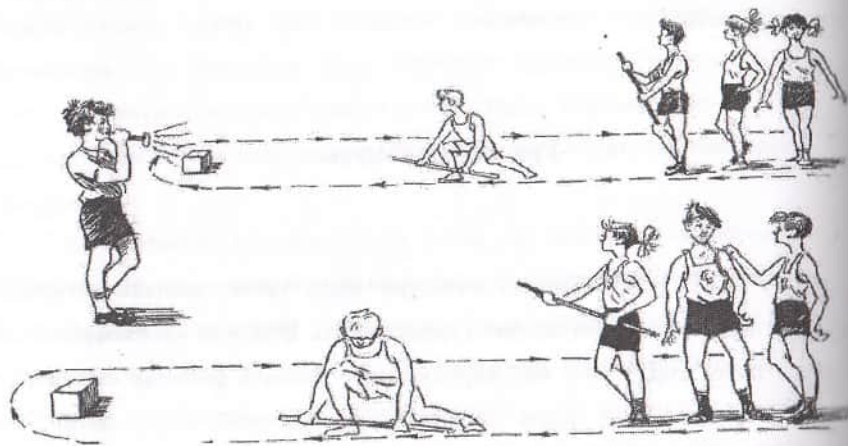
У ході уроку фізичної культури нами також застосовувалися рухливі ігри з профорієнтаційної спрямованості. Естафета «Землеміри» – одна з таких ігор, у ході якої вирішувалися завдання розвитку системи базових рухових дій, рівня просторової компетенції сліпої дитини, швидкісних якостей, спритності; виховання навичок спілкування, дружньої взаємопідтримки, співробітництва, дидактико-реабілітаційної мотивації; отримали розвиток функції спілкування, які ми диференціювали на три класи: а) інформаційно-комунікативна функція; б) регуляційно-комунікативна функція; в) афективно-комунікативна функція. Для

реалізації першого класу функцій спілкування школярів із порушеннями зору було встановлено, що основним компонентом передачі-прийому інформації в умовах гри є вербалізація сенсорно-перцептивних образів.

Регулятивна функція була реалізована на основі можливості одного школяра регулювати в процесі гри не тільки свою поведінку.

Афективно-комунікативна функція була реалізована через емоційну регуляцію взаємодії школярів із глибокими порушеннями зору в рухливих іграх соціально-побутового характеру. Ми домагалися не тільки емоційної напруги, але й розрядки, які відігравали роль стимулювального фактору в корекційному навчанні.

Методичні прийоми: вербальне пояснення складу і структури гри, контактний показ ігрової рухової дії педагогом, комплектування команд на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків, тривалість гри від 10 до 15 хвилин.



Хід гри. Гра відбувалася в спортзалі. У теплу пору – на відкритому спортмайданчику. Перед початком гри був приготований необхідний інвентар: жердина або палиця довжиною до

одного метра, канати як рельєфний обмежувач. Для слабозорих були накреслені кольоровою крейдою лінії. Грали 12 осіб, розділившись на дві команди. Визначалася дистанція в 7–8 метрів. За звуковим сигналом (хлопок долонями, свисток) перший учасник кожної команди починав просування вперед уздовж обмежувальної лінії, виконуючи жердиною рухи, що імітують вимірювальні дії. Досягнувши у такий спосіб протилежного старту боку, дитина поверталася до місця старту бігом і передавала жердину іншому гравцю. Намічену дистанцію проходили всі гравці команд. Команда, що першою завершувала гру, підносила руку.

Спостереження за ходом гри дозволили зробити попередній висновок про те, що обмежувальний канат (або лінія) на підлозі необхідний. Без нього дитина втрачала орієнтацію і могла перейти на лінію суперника, що могло спричинити підвищений травматизм. Без обмежувальної лінії тотально сліпі діти на відміну від слабозорих відчували підвищене почуття тривожності від можливого зіткнення, що відбувалося на швидкісних якостях. У кінці гри, урахувавши, що дітей цікавить не тільки сам процес гри, а й результат, нами давалася оцінка дій команди або окремих гравців. Особливо нами відзначалася активність гравців, заохочувалися проявлені дітьми взаємопідтримка і взаємодопомога.

Необхідно також підкреслити, що ми застосовували в ході уроку різні форми заохочення (вербальне, адекватна оцінка, перехідний вимпел та ін.), слугували основою для виховання у незрячих дітей мотиваційного спонукання й інтересу до різних рухливих ігор.

Аналізуючи помилки, припущені незрячими дітьми в ході різних ігор, ми можемо відзначити, що здатність цих дітей до цілеспрямованої діяльності є важливою умовою, що визначає результативність їхнього навчання ігровим руховим діям. Несформованість цілеспрямованої

діяльності виражалася в тому, що при її виконанні сліпі діти не співвідносили всі свої дидактичні дії з вимогами поставлених в грі завдань. Це було виявлено в ході гри, незважаючи на те, що був здійснений контактний показ ігрової дії педагогом. Школярі з патологією зору не співвідносили свої дії в цілісну структуру, яка в перспективі повинна була стати основою рухового вміння професійно-побутової спрямованості з характерними властивостями корекції і компенсації вторинних порушень. Із метою вирішення цієї проблеми комплекс застосовуваних в ході уроку спеціальних рухливих ігор носив характер логічної послідовності, формував у сліпих школярів здатність до розуміння кінцевої мети рухливих ігор, на базі яких формувалися компенсаторні побутові та трудові навички і вміння. Ефективно цей результат досягався за допомогою дій незрячих дітей на основі синхронного, контактного виконання ігрової рухової дії з педагогом або зрячим однолітком.

У процесі ігрової діяльності ми широко використовували відтворення вербального матеріалу, яке виступало в ролі найважливішої педагогічної умови його перевірки і корекції. Виходячи з твердження І. Павлова, що слово для людини «є таким самим реальним подразником, як і всі інші ...», але разом з тим і такий багатооб'ємний, як жодні інші», ми відзначаємо, що в процесі корекційно-виховної роботи зі сліпими учнями слово стає також засобом забезпечення наочності, якщо воно знаходить опору в руховому досвіді цих учнів, пов'язується з руховими уявленнями, формує спосіб життя. Роль слова зростає в міру розширення рухового досвіду незрячих учнів. За допомогою образного слова створюються необхідні рухові уявлення; воно відіграє важливу роль в осмисленні, самооцінці і саморегуляції рухів.

У процесі навчання рухливих ігор ми використовували різноманітні словесні методи навчання.

1. Розповідь, бесіда, обговорення.
2. Інструктування – точне словесне пояснення завдання.
3. Супровідне пояснення по ходу гри вправи з метою поглиблення сприйняття, виправлення або підкреслення неточно виконаних аспектів руху.
4. Указівки команди з метою оперативного управління діяльністю гравців та уточнення завдання.
5. Словесні оцінки у вигляді мовного схвалення або несхвалення («добре – погано», «правильно – неправильно» тощо).
6. Словесні звіти учнів про те, наскільки вони зрозуміли завдання, або про те, як вони його виконали.
7. Узаємороз'яснення.

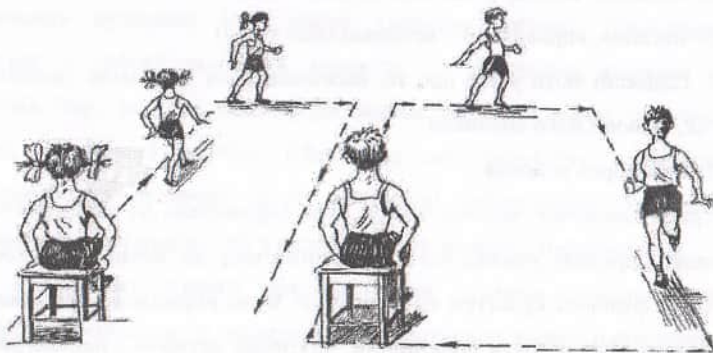
Третя, заключна частина уроку, була спрямована на забезпечення поступового переходу учнями від збудженого стану до більш спокійного. Після уроку фізичної культури вони повинні були нормально працювати на подальших уроках, бути спокійними, здатними активно і наполегливо працювати. Знаючи те, що сліпі діти особливо збудливі і трохи довше, ніж зрячі, заспокоюються, у цій частині уроку ми застосовували спокійні, знайомі учням гри. Застосовуваний в основній частині уроку комплекс рухливих ігор характеризувався досить інтенсивною м'язовою працездатністю, яка забезпечила розвиток системи основних рухових здібностей, просторової орієнтації. Отже, заключна частина уроку була спрямована на нормалізацію психо-емоційного стану сліпих дітей, наближаючи його до вихідного.

Із цією метою нами застосовувалася невелика за тривалістю малорухлива гра, яка передбачала концентрацію уваги.

ГРА «ТОЧНИЙ ПОВОРОТ»

Мета гри: удосконалення орієнтації в просторі, фонду пристосувальних рухів, концентрація уваги, розвиток точності рухів, самоконтролю; формування дидактико-реабілітаційної мотивації.

Методичні прийоми: словесне пояснення, мотивація шляхом застосування різних форм заохочення.



Хід гри. Гра відбувалася в спортивному залі (умови даної гри дозволяють також застосовувати її на будь-якому спортивному майданчику та в ігровій кімнаті). На відстані 2–3 метрів один від одного встановлювалися два стільці. На кожному стільці розташовувався учень. За сигналом педагога (свисток, хлопок долонями, словесна команда) гравці одночасно встають зі стільців і роблять 4–5 кроків уперед (кількість кроків наперед оговорується). Потім поворот направо і знову 4–5 кроків, зупинка, поворот направо, знову та ж кількість кроків і останній поворот направо, чергові 4–5 кроків завершували рух дітей. Описавши у такий спосіб рівний квадрат від вихідної точки, дитина сідає знову на свій стілець або ні залежно від того, наскільки точно були виконані рухові дії. Переможцем в грі вважався той, хто виконував все швидко, точно і правильно. Щоб зрівняти можливості дітей, слабозорі учні надягали на очі пов'язку. Нами

відзначено, що краще впоралися із завданням тотально сліпі діти. Слабозорі, опиняючись в умовах відсутності зору, значно сповільнювали темп виконання дій. Позначалося те, що в своїй життєдіяльності вони покладаються на свій неповноцінний зір. Таким чином, відчуття напрямку у слабозорих розвинене слабше, ніж у сліпих дітей, у них зникала свобода рухів, з'являлись невпевненість, страх. У результаті програвали в цій грі майже завжди слабозорі діти.

Спокійні за характером ігри не вимагали великих фізичних навантажень, підвищеного емоційного фону, вони нетривали за часом і органічно вписувалися в заключну частину уроку, на яку відводилося, як правило, не більше 5–7 хвилин. У заключній частині уроку обов'язково підбивалися підсумки уроку, виставлялися оцінки. Оцінка, особливо позитивно забарвлена, має найбільш стимульовальне значення. Вона стала потребою дитини, задоволення від якої необхідно їй для зміцнення своєї позиції серед однолітків. Також оцінка виконувала функцію стимулювання діяльності учнів із глибокими порушеннями зору на подальший урок фізичної культури, при виконанні домашнього завдання, формувала передумови мотивації до систематичних занять фізичними вправами.

Отже, рухливі ігри були ефективним засобом організації спільної діяльності школярів із патологією зору, пізнання ними одне одного, формування та розвитку міжособистісних стосунків. У процесі формувального експерименту було встановлено, що інтенсивність спілкування, потужність використовуваних фізичних навантажень визначається вибором корекційної мети, змістом вирішуваних завдань (корекційного та компенсаторного характеру) і обсягом педагогічних форм реалізації корекційно-відновлювальної роботи. Відтак украй необхідні спеціальні заняття з широким використанням рухливих ігор соціально-побутового характеру в умовах позакласної роботи зі школярами з патологією зору.

4.3. Методика застосування рухливих ігор в умовах позакласної роботи з фізичного виховання

Для успішного вирішення завдань фізичного виховання, соціальної та фізичної реабілітації дітей із патологією зору в школі для сліпих використовуються всі форми роботи з фізичної культури. Цього вимагають особливості фізичного розвитку сліпої дитини. Сприятливі умови режиму школи-інтернату для сліпих дітей дозволяють це повністю виконати.

Як було сказано, основною формою роботи є урок фізичної культури. Позакласна робота – додаткова форма, але є необхідним доповненням до навчальних занять із фізичної культури. Вона дає можливість більш глибокого вивчення і закріплення матеріалу, що засвоїли на уроках. Позакласна робота організовує дозвілля учнів і сприяє їхньому фізичному оздоровленню, розвитку індивідуальної рухової обдарованості.

Як нами вже було зазначено, рухливі ігри є найбільш ефективним засобом соціальної і фізичної реабілітації незрячих школярів, засобом корекції та компенсації порушених психічних і рухових функцій. З огляду на це, позакласна робота була організована нами в межах фізкультурного гуртка з рухливих ігор. Заняття в гуртку тривало 60 хвилин і відбувалося 2 рази на тиждень, зазвичай у той день, коли був запланований урок соціальної орієнтації. Така послідовність проведення занять забезпечувала ефективне вивчення, корекцію і компенсацію життєво важливих рухових навичок та вмінь у дітей із патологією зору, які потім удосконалювалися в різноманітних формах позакласної роботи. У ході позакласного корекційного заняття, як правило, відбувалося закріплення вивчених рухливих ігор на уроці фізичної культури, ознайомлення з новими іграми.

Організація такого гуртка переслідувала також і головну мету – формування інтересу і стійкої дидактико-реабілітаційної мотивації до занять фізичними вправами і спортом, що розглядається як корекційно-педагогічна умова ефективності соціальної і фізичної реабілітації сліпих дітей і подальшої їхньої інтеграції в суспільстві. Виходячи з цього, нами був також розроблений ряд ігор, які передбачають співпрацю сліпих дітей зі зрячими однолітками, що вирішує одну з важливих завдань соціальної інтеграції: формування особистості сліпого школяра. Спільна гра, спілкування сліпого учня зі зрячими відкривають для нього широкі можливості порівняти себе з іншими людьми і таким чином визначити характерні риси «нормальної» особистості, адже фізичний недолік не зменшує людських потреб у солідарності, особистому житті, дружніх стосунках, у тому, щоб почуватися частиною соціальної системи людських взаємин.

Із цією метою на заняття фізкультурного гуртка з рухливих ігор нами були запрошені діти – зрячі однолітки дітей із патологією зору із загальноосвітньої школи. Такий підхід забезпечив широке соціальне значення корекційного процесу через те, що ефективно вирішувалися не тільки спеціальні корекційні завдання, а й у зрячих дітей формувалася комплекс морально-етичних властивостей особистості (почуття жалю, розуміння ушербності таких дітей, дружня участь, підтримка і прагнення допомогти), які надзвичайно необхідні як відповідні адекватні поведінкові реакції при взаєминах дітей із патологією зору зі зрячими однолітками в умовах школи, відпочинку, побуту.

Такий підхід дозволив нам цілеспрямовано формувати різноманітні форми відображення ігрових ситуацій і моделювати ймовірні ситуації в соціальній і побутовій діяльності школярів із патологією зору. Спілкування в грі сприяло формуванню уявлень, які, так само як і

перцептивні образи рухових дій, ставали більш диференційованими і в той же час значно підвищувався рівень їхньої інтеграції, стійкості в динамічних ситуаціях.

У процесі досліджень було встановлено, що перехід від образу до поняття, від чуттєвого і конкретного до раціонального і абстрактного, від диференційованого до інтегрального є психолого-педагогічної основою оволодіння школярами з патологією зору новими руховими діями в умовах рухливих ігор.

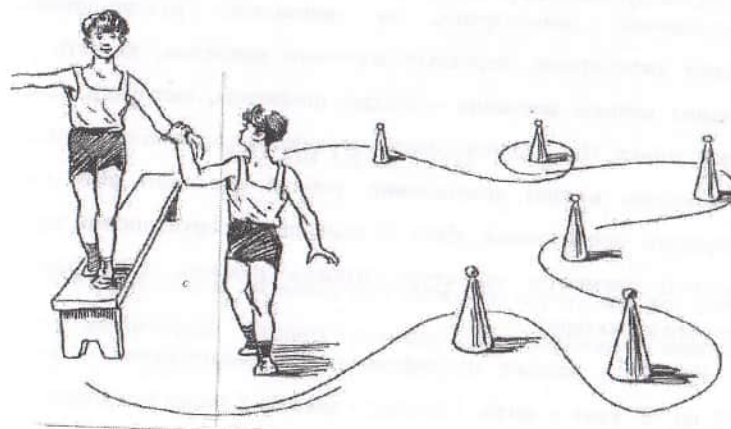
У результаті організації формувального експерименту також вирішувалося завдання з формування навичок взаємостосунків незрячих дітей зі зрячими однолітками, які виконували роль лідерів, тобто забезпечували більш інтенсивне формування і вдосконалення того комплексу рухових дій соціально-побутового характеру, який був закладений у зміст спеціальних корекційних рухливих ігор. Так, наприклад, зрячі учасники естафети «Землеміри», описаної вище, безпосередньої участі в грі не брали. Вони повинні були перебувати в кінці шляху як обмежувачі і подавати сигнали (вербально), якщо незрячий гравець, виконуючи ігрові дії, збивався зі шляху, був неуважний на тлі підвищеного емоційного стану. Коля М., сліпий, отримавши з рук товариша естафетну жердину, розгубився, забарився на старті, у результаті чого втратив напрямок, і тільки підбадьорливий голос зрячого товариша допоміг Колі зорієнтуватися, знайти обмежувальний канат і деякий час рухатися на голос Антона Н. Слід зазначити, що це був прояв особистої ініціативи зрячого Антона. Побачивши, що сліпий товариш потрапив у скрутне становище, Антон підбадьорив його словами: «Коля, заспокойся. Слухай мене, іди на мій голос, не поспішай. У тебе все вийде». Ми вважаємо, у цьому випадку саме підтримка не педагога, а зрячого товариша допомогли сліпому Колі зосередитися і завершити успішно

дистанцію. У цій грі зрячі школярі не були прямими учасниками, тоді як в грі вони брали безпосередню участь. Наведемо приклад деяких рухливих ігор.

ГРА «ЕСТАФЕТА ПАРАМИ»

Метою гри-естафети ми визначили розвиток власне робочих, пристосувальних рухів, системи основних рухових здібностей, точності рухів, самоконтролю, удосконалення вміння орієнтуватися в просторі; виховання навичок спілкування, взаємовиручки і взаємопідтримки, формування дидактико-реабілітаційної мотивації.

Методичні прийоми: вербальне пояснення послідовності ігрових дій у поєднанні з контактним показом ігрової рухової дії педагогом або зрячим однолітком, комплектування команд на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків; тривалість гри від 20 до 25 хвилин.



Хід гри: естафета відбувалася в теплу пору року на відкритому майданчику, у дворі, у холодну – у спортивному залі. Грали двадцять людей, розділених на дві команди по п'ять пар. Кожну пару складали сліпа і зряча дитина. За сигналом експериментатора кожна перша пара, узявшись за руки, починала рух, долаючи різні перешкоди, і поверталися на місце. Перешкоди були різними, залежали від можливостей дітей і умов спортивного залу. Наприклад, пройти по лавці, пролізти в обруч, кинути м'яч у корзину, зібрати по шляху проходження предмети, зробити перекид, стрибок або зіскок, пройти по канату, який лежить на підлозі й ін. Єдиного дотримувалися неухильно – естафета містила диференційовані завдання для сліпих дітей і зрячих. Наприклад, зряча дитина мала потрапити м'ячем у кошик, а для сліпого учасника встановлювалася сміність великих розмірів (дитячий манеж), сліпа дитина збирала розставлені по шляху проходження предмети (куби, фішки, кеглі), а зряча на зворотному шляху розставляла їх у тому ж порядку для подальшої пари учасників, сліпа дитина мала пройти по лежачому на підлозі канату, зряча, наприклад, зробити стрибки в обручі, що розташовувалися на підлозі на деякій відстані один від одного.

Уявлення про ігрові рухові дії формувалися на основі методів образно-наочної демонстрації, за допомогою рухово-дотикового, слухового аналізаторів, вербально-логічного мислення, пам'яті, уваги, вербальних методів навчання – бесіди, пояснення, інструкції, команди, указівки, оцінки. Нами широко використовувалися звукові сигнали, які, як було доведено в ході дослідження, робили наочними різні ситуації просторового орієнтування дітей із глибокими порушеннями зору при формуванні елементів структури ігрових рухових дій професійно-побутового характеру.

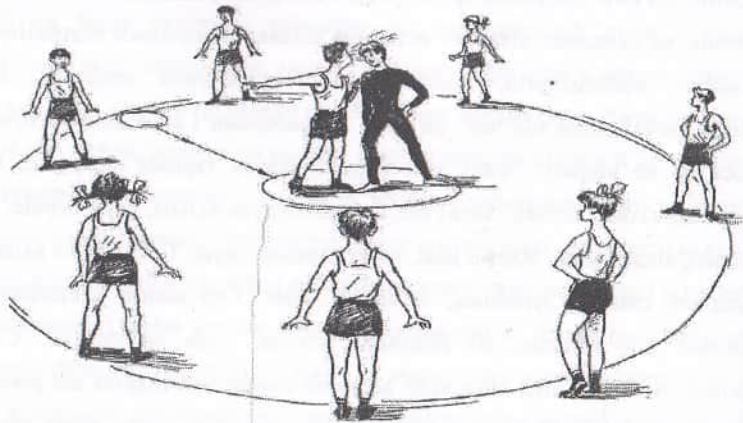
Гра мала реальне психофізіологічне навантаження – позитивні емоції, на тлі яких у дітей, і сліпих, і зрячих, з'явилося задоволення від руху, від спільних дій, від спілкування на рівних. Зряча дитина в кожній

парі була провідником, немов «очима» сліпої дитини. Завдяки спільним діям у сліпих школярів зникало почуття страху перед можливою перешкодою, тривожність, боязкість, відчуття своєї ущербності. Натомість з'являлася впевненість у собі, у своїх силах, своєї значущості, у дружній підтримці зрячого товариша. Зрячі гравці були дуже уважні до своїх сліпих партнерів: на складних ділянках естафети всіляко намагалися підтримати, заспокоїти, підбадьорити, допомогти. Спостереження показали, що вказівки зрячих дітей під час гри були лаконічними і спокійними, хоча і сталося це не відразу. Зрячі діти користувалися такими виразами, як, наприклад: «Тоня, слухай. Зараз під ногами будуть кільця, бери перше, не поспішай, віддай мені. Йдемо далі, зараз підніми друге. Проходь по канату на підлозі сама і зупинись, почекай мене. Опускайся навколішки, поповземо під лавками, не піднімай голови, поки не скажу». Слід зазначити, що сліпі діти відчували великий емоційний підйом від рівних спільних дій зі зрячими однолітками. Нам уже не треба було перед початком гри утворювати пари, адже діти об'єднувалися в пари самі по інтересах, уподобаннях, дружніх стосунках. А в перші дні для полегшення знайомства між зрячими і сліпими школярами ми проводили гру *наступну гру*.

ГРА «ВГАДАЙ ХТО»

Метою якої, окрім названої, був розвиток слуху, пам'яті, рівня просторової компетенції, базових рухових дій; виховання навичок спілкування.

Методичні прийоми: вербальне пояснення складу і структури гри, контактний показ ігрової рухової дії педагогом; тривалість гри від 10 до 15 хвилин.



Хід гри. У грі одночасно брали участь 6–8 школярів. Це були сліпі, слабозорі і зрячі діти. Гравці утворювали коло з ведучим у центрі. Якщо ведучий був зрячою або слабозорою дитиною, то вони надягали на очі пов'язку. До ведучого підходив гравець і неголосно називав ім'я будь-якого гравця як своє. Дитина-ведучий мала вгадати по голосу, хто вимовив ім'я. Якщо вгадав, то посідав місце серед учасників гри в колі, ведучою ставала дитина, яка назвала ім'я. Якщо ж ведучий не вгадував ім'я, то залишався в центрі кола. Зазвичай гра застосовувалася нами на першій стадії знайомства сліпих дітей зі своїми зрячими однолітками, аби незрячим дітям було легше спілкуватися з новими друзями. Ми вважаємо, що ця гра необхідна на цьому етапі, адже слухове сприйняття навколишнього світу у сліпих дітей шкільного віку бере участь у компенсації сліпоти та слабзорості. Дитина з патологією зору вчиться використовувати звукові ознаки предметів, голоси батьків, учителів, друзів

для орієнтування, упізнання і формування образів навколишнього світу. Нами встановлено, що орієнтування сліпої дитини на звук голосу стає більш точно і певною саме за допомогою ігрової діяльності. Спостерігаючи за ходом гри, ми відзначили, що зрячі діти в ролі ведучих із пов'язкою на очах роблять більше помилок у впізнанні голосів своїх товаришів. Це підтверджує твердження М. Земцової, А. Литвака, Л. Солнцевої та інших провідних фахівців тифлопедагогіки, що тонке і точне диференціювання слухового сприйняття у незрячих дітей формується вже в молодшому дошкільному віці і розвивається з віком. Виходячи з цього, нами був розроблений ряд ігор професійно-побутового характеру, спрямованих на розвиток і збереження слуху в дітей із патологією зору. Це такі рухливі ігри, як «Угадай хто», «Сільський двір», «Ким бути», «Додому» та ін.

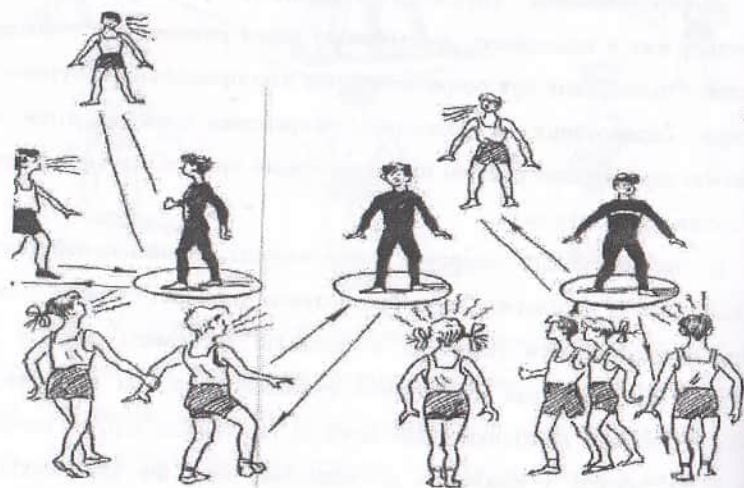
Із метою більш широкої варіативності соціально-побутової адаптації дітей із патологією зору, прогнозуючи ймовірні ситуації, у які можуть потрапити діти (канікули в сільській місцевості, переїзд із батьками), ми ввели ряд спеціальних рухливих ігор, які формували навички та вміння поведінки і дій дітей із патологією зору в умовах сільської місцевості, у взаєминах із тваринами, ігри, що забезпечують профілактику почуття тривожності в цій сфері життєдіяльності.

ГРА «СІЛЬСЬКИЙ ДВІР»

Для цієї гри ми визначили такі цілі: розвиток слуху, фонду життєво важливих дій, швидкості, просторової компетенції; удосконалення соціально-побутових навичок і умінь; виховання навичок спілкування, взаємодопомоги.

Мета гри: розвивати слух, фонд життєво важливих дій, швидкісні, силові якості, просторову компетенцію; вдосконалення соціально-побутових навичок і умінь; виховання навичок спілкування, взаємопідтримки.

Методичні прийоми: словесне пояснення, сюжетна розповідь дорослого, що передбачає дії дітей, спільна дія як показ, комплектування команд на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків; тривалість гри від 20 до 30 хвилин.



Хід гри. У грі брали участь від 10 до 20 осіб. Грали діти сліпі і зрячі. Зрячі діти розосереджувалися по всьому ігровому майданчику. Сліпі – від 4 до 6 осіб – розташовуються в «будиночках» (обручах, що лежать на підлозі). Вони виконували завдання «господаря дому (двору)». Зрячі діти – роль домашніх тварин. Перед початком гри нами оговорювалося, яких домашніх тварин знають діти, яких вони представлятимуть, тобто імітувати голос цих тварин. Наприклад, вибиралися корова, кінь, кішка, собака, кури і т.ін. На кожен вид тварини призначалися 4–5 учасників гри й один «господар» – сліпа або слабозора дитина, але з пов'язкою на очах,

щоб вирівняти її можливості й тотально сліпої. За сигналом експериментатора (свисток, хлопок долонями, вербальна команда) всі зрячі діти, що представляли тварин, одночасно починали видавати звуки, імітуючи голос певної тварини. Сліпа дитина («господар») виходить із кола і, орієнтуючись по слуху, знаходить потрібного гравця і відводить його «додому» – в обруч або обведене крейдою коло. Потім повертається, аби знайти ще одного свого гравця. Так вона мала зібрати всіх своїх гравців, заздалегідь знаючи скільки їх. Повернутися назад у належний йому обруч сліпій дитині допомагала зряча. «Господар» міг вести тільки одного свого гравця. Гравець, який потрапив у коло, уже не вимовляв звуків, аби не дезорієнтувати сліпого. Команді, яка збиралася раніше за всіх, зараховувалася перемога. Призначалися нові учасники гри, нові герої гри, і гра тривала.

Реалізація в процесі спеціальної рухливої гри концепції адекватності не тільки психофізичних впливів, які застосовувалися диференційовано, а й адекватності сумарного застосування педагогічних факторів у всьому комплексі корекційних ігор професійно-побутового характеру забезпечила індивідуалізований компенсаторний ефект: сенсорна структура перебудовується, зростає роль контактних (пропріоцептивних і відчутних) сигналів, які в умовах ігрової корекційної діяльності стають провідними. Умовно процеси регуляції ігрових рухових дій у дітей із порушеннями зору замінюються на сенсорно-перцептивні.

Зрячі діти стежили, аби їхні сліпі партнери не стикалися, ставилися до них дбайливо і з розумінням. У той же час на тлі підвищеної емоційної обстановки в умовах спільної гри, в умовах спілкування дітей наочно відбувалося вирішення головного завдання соціальної реабілітації сліпого школяра – інтеграції його в соціальні структури, нормування повноцінної особистості сліпої дитини, забезпечення для неї повноцінного, активного, нормального життя в контакті з іншими дітьми. Досягався той ефект, про

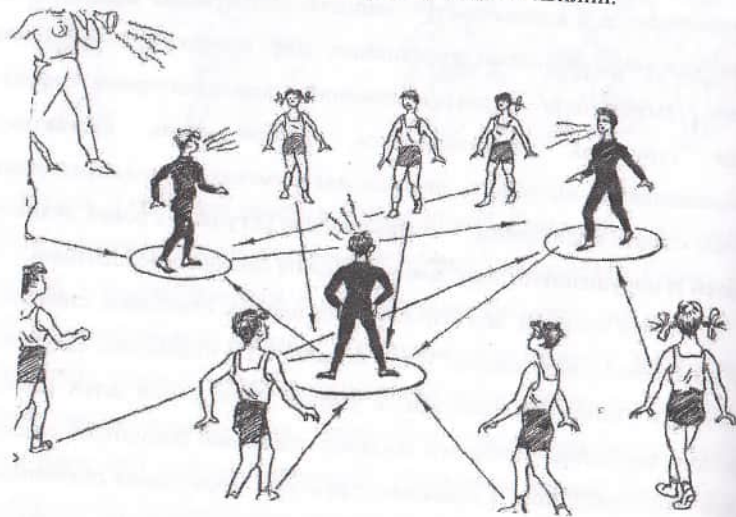
який говорила Л. Солнцева, що в практиці взаємин зрячих і сліпих дітей переборювався бар'єр, коли вони діяли не тільки поруч, але і разом.

ГРА «ДОДОМУ»

З огляду на, те що діти з порушенням зору, користуючись слуховим сприйняттям, можуть не тільки орієнтуватися в часі і просторі, але і можуть по звуку відтворювати своєрідний звуковий пейзаж місцевості, що при орієнтації на місцевості сліпі долають перешкоди при виборі напрямку руху по звуках, які зазвичай не сприймаються зрячими.

Мета гри: розвиток просторової компетенції дітей з порушенням зору, виховання дружньої підтримки і взаєморозуміння.

Методичні прийоми: словесне пояснення з демонстрацією подальших дій, комплектування команд на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків; тривалість гри від 20 до 25 хвилин.



Хід гри. Грають сліпі і зрячі школярі. Умови гри вимагають широкого простору, тому краще її проводити на відкритому майданчику або в спортивному залі. Гравці об'єднуються у кілька груп, у кожній з яких була одна зряча дитина – «Господар будинку» – і декілька (в цьому випадку 5) дітей патологією зору, до того слабозорі грали з пов'язкою на очах. Для кожної групи обговорювався звук-сигнал, за яким незрячі діти мали знайти дорогу «додому» – у коло, де стоїть «господар». Звуки обиралися найрізноманітніші, але обов'язково пов'язані з побутовою діяльністю (для цього використовувалися різні предмети, пов'язані з цим звуком): шурхіт газети, свист, хлопки долонями, тупання ногами, перегортання книги, переливання води, заведення годинника, дзвін ложки у склянці, різання ножицями паперу, записані на магнітофон спів птахів, радіо, шум моря, скрип дверей, стук коліс поїзда і багато інших звуків, більш-менш відомих незрячим дітям. Одночасно вгадувалися не більше п'яти звуків, тобто грали п'ять груп дітей. У ході дослідження з'ясувалося, що це число є найбільш оптимальним для ефективного сприйняття та диференціювання звуків. Чітко дотримувалося неухильне вимога – звуки мають звучати з однаковою гучністю, але не приголомшувати, у залі повинна дотримуватися повна тиша. Сліпі діти розосереджуються всім ігровим майданчиком (у цьому їм допомагали зрячі учні та експериментатор). За сигналом кожен «господар будинку» починає відтворювати свій звук-сигнал. Незрячому ж гравцеві необхідно було, прислухаючись, обережно, уникаючи можливих зіткнень, якомога швидко прямувати до свого «господаря». Перемагала та команда, яка збиралася першою і правильно.

У результаті спостережень за ходом гри були зроблені такі висновки. У компенсації вад розвитку сліпої дитини величезне значення має використання цією дитиною звукових ознак предметів. Орієнтування дітей із патологією зору на звуки стає більш точним і певним під час

оволодіння ними сигнальним характером цих звуків, тобто в міру того, як вони починають певним чином пов'язуватися з предметами та їхніми діями. Це підтверджує дослідження А. Мещеряковим психіки сліпоглухонімих дітей. Він відзначав, що ознаки предмета починають ними виділятися в тому випадку, якщо служать сигналом будь-якого предмета або дії з ним. Це закладається в психічному розвитку дітей із патологією зору ще в дошкільному віці, але вимагає постійного закріплення та оновлення звуків, адже сліпій дитині потрібна інтеграція в суспільство і життєдіяльність в ньому. Комплекс розроблених нами ігор професійно-побутового характеру спрямований на оптимальне рішення цього завдання. Аналізуючи це, ми підтверджуємо дані досліджень І. Соловйова про те, що найбільші можливості в аналізатора, що постраждав найменше, який зазнав менших збитків у своєму розвитку через бездіяльність ураженого. Ми ж з упевненістю вважаємо, що це слуховий і руховий аналізатори.

Ми вважаємо, що і профорієнтаційна робота може здійснюватися на всіх уроках, у тому числі і за допомогою фізичної культури. Вибір професії сліпими і слабозорими дітьми, підготовка їх до трудової діяльності – серйозне завдання соціальної адаптації дітей цієї категорії. Тому ми розробили ряд ігор, спрямованих на вирішення цієї проблеми.

ГРА «КИМ БУТИ»

Мета гри: розвиток соціально-професійних знань; розвиток слуху, орієнтації в просторі, точності рухів, самоконтролю, формування дидактико-реабілітаційної мотивації.

Методичні прийоми: вербальне пояснення послідовності дій незрячої дитини з метою осмислення умов гри; комплектування груп на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків; мотивація шляхом застосування різних форм заохочення; тривалість гри від 25 до 35 хв.



Методичні прийоми: вербальне пояснення послідовності дій незрячої дитини з метою осмислення умов гри;

Хід гри. Грають від 10 до 20 сліпих і слабозорих дітей. Учасники гри розосереджуються по всій площі ігрового майданчика. Кожному в руки давалася картка з назвою предмета, що відноситься до будь-якого виду діяльності, наприклад: «борошно», «пательня», «молоток», «колесо», «прилавок», «дошка» і т.ін., із таким розрахунком, що до одного виду діяльності стосувалися 5–6 карток, тобто 5–6 гравців становили групу, що символізує одну професію, наприклад: кухар, слюсар, столяр, водій, учитель, перукар та ін. За сигналом експериментатора всі діти одночасно починають вимовляти назву своєї картки і в той же час обережно переміщатися ігровим майданчиком. Перед дітьми ставилося завдання

знайти й утворити свою групу-професію, почути, що вимовляють товариші і приєднатися до того, у кого картка відноситься до тієї ж професії, що і твоя. Наприклад, професію «учитель» становив такий набір карток-понять: «указка», «крейда», «книга», «щоденник», «клас»; професію «шофер» — «колесо», «кермо», «гальма», «світлофор», «гараж»; професію «перукар» — «ножиці», «волосся», «бігуді», «дзеркало», «гребінець» і т.ін. Перемагали ті, хто утворював групу раніше за інших.

Складність для незрячих дітей полягала в тому, що необхідно було і прислухатися до товаришів, і, зорієнтувавшись, знайти потрібного гравця, а головне — швидко визначити, яке поняття уособлює відповідну професію. Успіх гри залежав від того, наскільки у сліпої дитини склався образ-уявлення про професію. У формуванні образу-уявлення про професію величезну роль грають вищі форми пізнавальної діяльності (логічна пам'ять, довільна увага, що відтворює уяву, мислення). При формуванні образу-уявлення і його відтворенні велике значення набувають прийоми інтелектуальної інтерпретації ознак, явищ дійсності (в цьому моменті ознак якогось виду діяльності людини). Це позитивно впливає на розвиток складних узагальнювальних форм сприйняття й абстрактних понять. По мірі збагачення безпосередньо чуттєвим досвідом в умовах ігрової діяльності абстрактне мислення починає все більше ґрунтуватися на процесі сприйняття дійсності. В умовах рухливої гри у сліпої дитини залишається мало часу, аби шляхом аналізу і синтезу визначити, яке з понять, що звучать, відноситься до такого ж виду діяльності, що і написана в нього на картці, а, визначивши, необхідно було зібратися в правильну групу. Аби полегшити завдання, спочатку грали три групи дітей, тобто три види діяльності. Із часом (3–5 місяців) ми змогли розширити зміст гри до п'яти професій. Це свідчить про те, що розумові процеси в дітей відбувалися швидше. Діти вже не пересувалися гарячково і безпорадно майданчиком, а спочатку слухали, вимовляли назву своєї картки і,

обравши правильний напрям, йшли до свого товариша. Група, яка збиралася першою, сповіщала про це аплодуванням. Після цього ми зачитували вголос картки, і всі учасники гри аналізували, чи правильно були підібрані картки в одну групу. Аби не було непорозумінь, одна гра не містила одночасно види діяльності з можливими схожими поняттями. Наприклад, поняття «молоток» можна було віднести і до професії «столяр» і до професії «слюсар».

У процесі дослідження було встановлено, що рухливі ігри професійно-побутового характеру дають позитивний корекційний ефект тільки за умови врахування закономірностей міжособистісних стосунків у командах школярів із патологією зору. Педагогічні спостереження засвідчили, що якщо члени команди були пов'язані взаємопозитивними або нейтральними стосунками, то їхнє спілкування підвищувало ефективність вирішення завдань гри приблизно в 1,5 рази. Якщо ж ці стосунки взаємонегативні, то при спілкуванні ефективність вирішення рухових і професійно-побутових ситуацій на той же порядок знижувалася.

У процесі експерименту також широко застосовувалися народні ігри, які оптимально поєднувалися з циклом розроблених спеціальних корекційних рухливих ігор і з різними формами як навчальної, так і позакласної діяльності школярів із патологією зору. Ефективність народних ігор обумовлювалася їхнім історико-етнічним змістом, який містив багатовіковий досвід навчальної, виховної, прикладної діяльності людини. У зв'язку з цим ми при вивченні змісту і регламенту цих рухливих ігор звертали увагу школярів на те, що ці ігри є результатом організаторської, наукової, культурної діяльності людини.

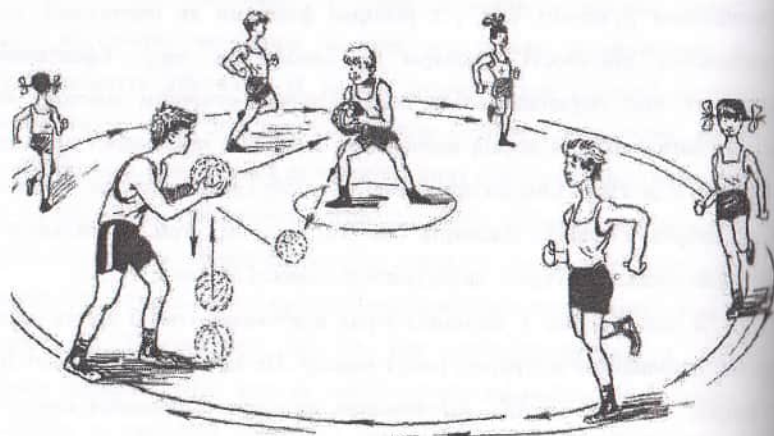
З давніх-давен у народних іграх відбивався спосіб життя людей, праця, національне підґрунтя, побут народу. Це закладено і в назвах ігор: «Пічки», «Пастух і кози», «Полювання на вовка», «Посадка картоплі», «Просо» та ін. Нами були проаналізовані різноманітні національні народні

ігри та відібрані ті, які підходили для незрячих дітей. Такі ігри несуть великий заряд позитивних емоцій, що так необхідний для розвитку аномальних дітей, адже в народних іграх багато гумору, жартів, змагального запалу; рухи точні й образні, часто супроводжуються несподіваними веселими моментами, привабливими і улюбленими дітьми лічилками, жеребкуванням, забавками.

ГРА «ШЛЕПАНКИ»

Мета гри: розвиток спритності, системи базових рухових дій, точності рухів, самоконтролю, слуху; виховання навичок спілкування та співпраці; формування дидактико-реабілітаційної мотивації..

Методичні прийоми: вербальне пояснення, спільна дія як показ, маніпуляції з озвученим м'ячем, комплектування команди на основі взаємопозитивних або нейтральних стосунків; тривалість гри від 20 до 25 хв.



Хід гри. Грають одночасно 6–10 школярів. Гравці стають у коло обличчям до центру на відстані одного кроку один від одного. Починається гра з вибору ведучого. Діти рахують до п'яти, п'ятий – ведучий:

Півник, півник,

Покажи свій кожушок.

Кожушок горить вогнем,

Скільки пір'їнок на ньому?

Раз два три чотири п'ять...

Неможливо порахувати.

Ведучий виходить у центр кола. Називає на ім'я одного з дітей. Гравець, якого назвали, відповідає: «Тут». Ведучий кидає м'яч об землю так, щоб він відскочив у потрібному напрямку. Гравець, чие ім'я назвав ведучий, ловить м'яч і відбиває, його (шльопає долонею). Число відбивання м'яча встановлюється заздалегідь за домовленістю, але не більше п'яти. Після відбивання м'яч перекидався ведучому, і гра тривала, поки хтось із гравців не впускав м'яч. Той, хто загубив м'яч, ставав на місце ведучого. Вибираючи цю гру, ми враховували, що м'яч має бути озвученим і пофарбованим у яскравий колір, щоб його чули тотально сліпі діти і могли бачити слабозорі.

При проведенні цієї гри особливе значення має слух, тому ми забезпечували тишу на ігровому майданчику, щоб діти могли чути звук м'яча і визначати його напрям. Помилку діти практично не припускалися, тобто це підтверджує дослідження М. Вербука і Я. Фішелева, що по мірі навчання у сліпих дітей виробляється тонка диференціація звуків за тональністю, тембром, удосконалюються способи слухового аналізу і синтезу.

У всіх проведених іграх нами неухильно дотримувалися правила. Вони визначали весь хід гри, регулювали дії і поведінку дітей, їхні взаємини. Особливо стежили за тим, щоб на ігровому майданчику не було

занадто гучно. Спочатку всі ігри, спрямовані на розвиток слуху й орієнтування, ми проводили в повній тиші. Надалі, по мірі розвитку компенсації, учили дітей диференціювати серед безлічі звуків тільки необхідні, що оптимально сприяло розвитку орієнтування в просторі, процесам слухового аналізу й синтезу, підтверджуючи цим слова педагога-експериментатора М. Монтессорі, що «...треба пам'ятати, що під грою ми розуміємо вільну діяльність, спрямовану до певної мети, а не безладний гомін, що розсіює увагу». Ці слова особливо точно стосуються ігор для сліпих дітей.

Таким чином, результати досліджень та досвід проведеної нами корекційно-виховної роботи зі школярами з патологією зору на основі ігрової діяльності професійно-побутової спрямованості показали, що рухливі ігри є найбільш ефективним засобом соціальної і фізичної реабілітації незрячих дітей, засобом корекції та компенсації порушених психічних і рухових функцій.

На основі корекційної ігрової діяльності у дітей із патологією зору формувалися робочі рухові дії, удосконалювалися гностичні і пристосувальні рухи.

Спеціальні заняття з широким використанням рухливих ігор професійно-побутового характеру в умовах навчальної діяльності та позакласної роботи забезпечили у сліпих дітей досить високий рівень розвитку рухових якостей, професійно-побутових навичок, здатності до самоконтролю і оптимального диференціювання м'язових зусиль, просторових і часових параметрів рухів. Рухливі ігри корекційної спрямованості стали ефективним засобом організації спільної діяльності школярів із патологією зору, пізнання ними одне одного, формування та розвитку міжособистісних стосунків.

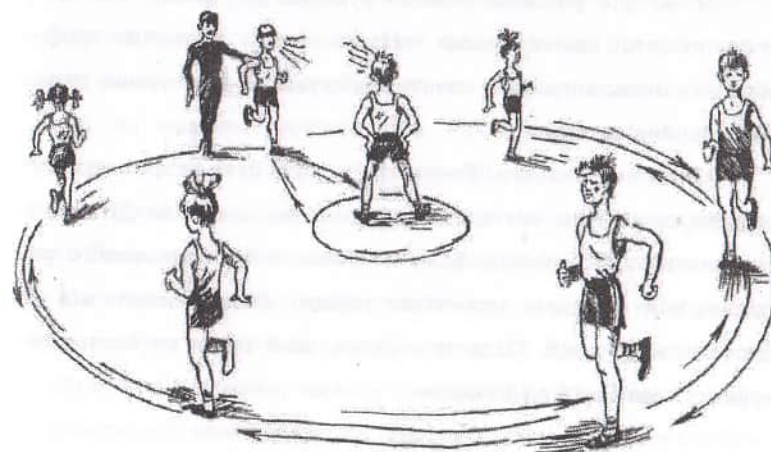
У процесі дослідницької роботи виявлено, що корекція збиткового фонду життєво важливих навичок, професійно-побутових дій, розвиток компенсаторних механізмів у школярів із патологією зору здійснюється на

основі диференційно-інтегрального підходу, який забезпечує високий рівень виборчого і адекватного впливу педагогічних чинників, що застосовуються в процесі соціальної і фізичної реабілітації, облік характеру первинного дефекту і особливостей вторинних відхилень.

Реалізація принципу диференційно-інтегрального підходу в розробці і застосуванні рухливих ігор професійно-побутового характеру забезпечила у школярів із патологією зору інтенсивний розвиток дидактико-реабілітаційної мотивації до систематичних занять фізичними вправами і сприяла формуванню спеціальних знань, умінь і навичок, необхідних для самостійних занять фізичною культурою.

ГРА «ВІДГАДАЙ ПО ГОЛОСУ»

Мета гри: розвиток фонду життєво-важливих рухових дій, самоконтролю, просторової компетенції, пам'яті, слуху; виховання навичок спілкування; формування дидактико-реабілітаційної мотивації.



Методичні прийоми: В гру можна запрошувати зрячих дітей. Ведучий (зрячий або слабозорий) надягає на очі пов'язку. Слова «скок, скок, скок» говорить гравець, до якого доторкнеться педагог.

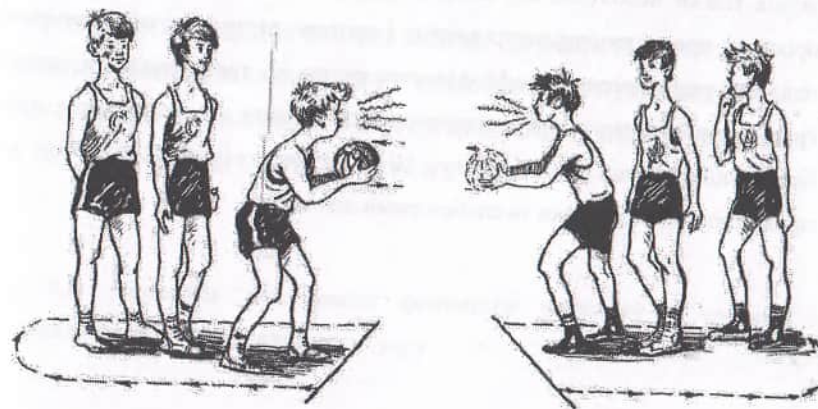
Хід гри: Гра може проводитися в спортивному залі, кімнаті або у дворі. Грають 10-15 чоловік. Діти, взявшись за руки, утворюють коло.

У центрі кола стоїть ведучий, якого спочатку вибирає педагог. Діти йдуть по колу вправо, наспівуючи: «Дружно, діти, раз, два, три! Разом вліво поверни! (Повертаються і йдуть у зворотний бік). А як скажемо: «Скок, скок, скок. Відгадай, чий голосок». Всі учасники на словах «скок, скок, скок» підстрибують на одній нозі. Ці слова говорить тільки один з гравців. Ведучий намагається відгадати, хто говорив. Якщо відгадував, то названий гравець замінював ведучого. Гра триває і не має певного кінця. Тривалість гри від 10 до 20 хв.

ГРА «СПИЙМАЙ – ВІДПОВІДАЙ»

Мета гри: розвиток базових рухових дій, фонду робочих рухів, слуху, пам'яті; вдосконалення техніки кидка; розвиток професійно-побутових знань; виховання навичок спілкування; формування дидактико-реабілітаційної мотивації.

Методичні вказівки: Темою гри можуть бути інструменти, кухонне приладдя, одяг, меблі, міста, імена, фрукти, рослини та ін. Діти надягають на руки озвучені браслети. М'яч не повинен бути маленького розміру. Відстань між колонами встановлює педагог. Вона залежить від рухової підготовленості дітей. Педагог стежить, щоб назви не повторювалися. Тривалість гри від 15 до 20 хвилин.



Хід гри: гра може проводитися в спортивному залі, у дворі або ігровій кімнаті. Грають 10-16 чоловік. У грі можуть брати участь зрячі діти. Учасники діляться на 2 команди з рівною кількістю гравців. Діти утворюють дві колони, ставши обличчям один до одного на відстані 3-5 метрів. Педагог дає першому гравцю будь-якої команди м'яч і оголошує тему гри, наприклад, «Овочі». Гравець, у якого м'яч, перекидає його противнику, при цьому він вимовляє назву овочу. Після цього йде в кінець своєї колони. Учасник, що зловив м'яч, повинен сказати назву іншого овочу і перекинути м'яч противнику. Цей гравець також повертається в кінець своєї колони. Гра продовжується до тих пір, поки не будуть перераховані всі можливі варіанти назв. Програє та колона, у якій залишився в руках м'яч і немає варіантів відповіді.

У всіх проведених іграх діти неухильно повинні дотримуватися правил гри. Вони визначають весь хід гри, регулюють дії та поведінку дітей, їх взаємини. Особливо треба стежити за тим, щоб на ігровому майданчику не було занадто шумно. Спочатку всі ігри, спрямовані на розвиток слуху і орієнтування, проводяться в повній тиші. Надалі, у міру розвитку компенсації, необхідно вчити дітей диференціювати серед безлічі

звуків тільки необхідні, що оптимально сприяє розвитку орієнтування в просторі, процесам слухового аналізу і синтезу, підтверджуючи цим слова педагога-експериментатора М. Монтесорі, що «... треба пам'ятати, що під грою ми розуміємо вільну діяльність, спрямовану до певної мети, а не безладний шум, що розсіює увагу». Ці слова точно відносяться до ігор, що проводяться з незрячими та слабозорими дітьми.

РОЗДІЛ 5.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ РУХЛИВИХ ІГОР ПРОФЕСІЙНО- ПОБУТОВОГО ХАРАКТЕРУ У КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРУ

5.1. Динаміка показників фізичного розвитку і рухової підготовленості дітей із патологією зору

Розроблені нами рухливі ігри професійно-побутової спрямованості та їхнє застосування в різних формах організації занять фізичною культурою дітей із патологією зору позитивно вплинули на морфофункціональний стан учнів. Після закінчення експерименту нами було проведено для дітей експериментальної та контрольної груп тестування за тими ж показниками, що і до нього.

За час проведення дослідження у незрячих дітей у показниках фізичного розвитку відбулися такі зміни.

Діти експериментальної групи стали на 3–5 см вище і на 6–4 кг важче, а контрольної групи зросли на 1–2 см. Поліпшення показників окружності грудної клітки і життєвої ємності легень досягло таких статистично достовірних величин: на 10–11% – окружність грудної клітини, на 10–12% – життєва ємність легень. У контрольній групі зміни менш значні, що свідчить про те, що спеціально розроблена методика корекції порушених параметрів рухової сфери із застосуванням рухливих ігор зазначеного характеру, а також інтенсивний розвиток дидактико-реабілітаційної мотивації більш ефективна порівняно зі змістом

традиційної програми з фізичного виховання, яка застосовується в школах інтернатного типу.

Аналіз показників фізичного розвитку сліпих учнів свідчить про більш виражені (15–21%) зрушення в показниках зростання і ваги, що відбулися за період застосування корекційних рухливих ігор.

Значними є відмінності, у 2–3 рази, у приростах величини окружності грудної клітки і життєвої ємності легень. Очевидно, підвищена моторна діяльність учнів експериментальної групи привела до підвищення функціональних можливостей м'язів і рухового апарату в цілому. Відзначається поліпшення функціональних властивостей м'язів, збільшення їхньої сили. Така спрямованість змін за період дослідження практично однаково проявилася як у хлопчиків, так і в дівчаток (табл. 5.9, 5.10).

Таблиця 5.9.

Зміна показників рівня фізичного розвитку та рухової підготовленості у дітей із патологією зору 11–12 років (хлопчики)

Показники фізичного розвитку і рухових здібностей	Групи	До реабілітації	Після реабілітації
Зріст, см	експер. контр.	133,5 ± 1,99 133,6 ± 1,98	135,1 ± 2,06 133,8 ± 2,06
Вага, кг	експер. контр.	33,1 ± 0,99 33,8 ± 0,98	34,8 ± 0,99 33,9 ± 0,98
Окружність грудної клітини, см	експер. контр.	71,3 ± 0,51 71,3 ± 0,51	72,5 ± 1,58 71,5 ± 1,51
Життєва ємність легень	експер. контр.	1711 ± 18,71 1711 ± 18,71	1803 ± 10,16 1740 ± 18,70
Сила правої кисті	експер. контр.	20,5 ± 0,71 20,5 ± 0,71	22,1 ± 0,98 21,0 ± 0,98
Сила лівої кисті	експер. контр.	17,4 ± 0,77 17,3 ± 0,77	18,9 ± 0,78 17,8 ± 0,78
Станова сила	експер. контр.	60,1 ± 3,00 60,1 ± 3,00	62,0 ± 3,01 60,4 ± 3,01

Таблиця 5.10

Зміна показників рівня фізичного розвитку та рухової підготовленості у дітей із патологією зору 11–12 років (дівчатка)

Показники фізичного розвитку і рухових здібностей	Групи	До реабілітації	Після реабілітації
Зріст, см	експер. контр.	128,1 ± 2,16 127,1 ± 2,15	130,1 ± 2,15 128,9 ± 2,01
Вага, кг	експер. контр.	33,0 ± 0,98 32,9 ± 0,98	34,8 ± 0,99 33,2 ± 0,99
Продовження таблиці			
Окружність грудної клітини, см	експер. контр.	66,9 ± 1,49 66,8 ± 1,49	68,9 ± 1,50 67,0 ± 1,49
Життєва ємність легень	експер. контр.	1629 ± 38,69 1629 ± 38,69	1711 ± 18,71 1640 ± 13,31
Сила правої кисті	експер. контр.	14,2 ± 0,77 14,1 ± 0,77	16,8 ± 0,86 15,0 ± 0,78
Сила лівої кисті	експер. контр.	13,3 ± 0,75 13,3 ± 0,75	15,1 ± 0,86 13,9 ± 0,77
Станова сила	експер. контр.	49,2 ± 2,59 49,1 ± 2,58	50,1 ± 2,54 49,7 ± 2,25

Очевидне підвищення рівня фізичного розвитку зумовило поліпшення показників рухової підготовленості дітей із патологією зору. У показниках рухових здібностей дітей експериментальної групи відбулися істотні зміни. За цей період сила кисті у незрячих учнів покращилася на 18–21%. У контрольній групі цей показник склав 10–11%. Значно, більш ніж у 1,5 рази зросла гнучкість. Покращилися показники витривалості і досягли 9–14%. Здатність до виконання координованих точних рухів зросла до 15–23%.

Значне збільшення рухового режиму призвело до інтенсивного розвитку фонду основних рухів. Так, до експерименту ходьба і поставка сліпої дитини нагадували ходу зрячої піврічної дитини – ноги при ходьбі широко розставлені, крок укорочений, стопи стають пласко, рухи погано збалансовані, неузгодженість у ряді випадків рук і ніг. Після занять

рухливими іграми на уроках, у позакласних заходах ходьба наблизилася до нормальної: стала досить ритмічною, із достатньою координацією рухів рук і ніг, із раціональною частотою і довжиною кроку; при пересуванні відзначається прямолінійність, правильна постановка стоп, достатня амплітуда рухів рук, уміння зберігати правильну поставу і рівновагу. Покращилися також якісні показники бігу, стрибків, метання.

Необхідно також відзначити, що позначилася стійка тенденція до поліпшення здатності незрячих дітей аналізувати свої рухи за трьома параметрами (просторовий, часовий, динамічний). Відсоток сліпих дітей, здатних до тонких диференційованих рухів зріс від 8% (до експерименту) до 20% (після експерименту).

5.2. Динаміка показників розвитку професійно-побутових дій дітей із патологією зору

Як було встановлено в процесі досліджень, рівень аномального стану фізичного розвитку і рухових здібностей дітей із патологією зору органічно пов'язаний з їхніми професійно-побутовими діями. Поліпшення фізичного розвитку і рухових здібностей спричинило зростання показників дій професійно-побутової сфери.

Тестування професійно-побутових навичок і умінь незрячих дітей після експерименту дозволило встановити таке: відчували значні труднощі і потребували постійної допомоги зрячого при виконанні певних видів побутової діяльності, пов'язаної з приготуванням їжі (маніпуляції біля плити, користування кухонними приладами, сервіровка столу) до експерименту 88,3% незрячих дітей. Після застосування на уроках фізичної культури та в позакласній роботі системи спеціальних

корекційних ігор професійно-побутового характеру цей показник знизився до 31,5%; 80,2% дітей із порушеннями зору складно було виконувати, що вимагає тонких, точних, спритних маніпуляцій (втягання нитки в голку, пришивання гудзиків, прасування одягу). Після експерименту цей показник досяг статистично достовірного результату – 64,7%. Покращилися показники самостійних дій, пов'язаних із приготуванням нескладних видів їжі – 51,5%, прибиранням приміщення та ручним пранням – 50,1%. Діти з порушеннями зору відмовлялися користуватися електричними побутовими приладами навіть за допомогою зрячого – 11,3%, вони відчували почуття страху, тривожності, невпевненості у власних можливостях. Рухливі ігри, які передбачають спільну участь сліпих дітей і зрячих, знизили цей відсоток до 5,7%. Спільна участь у грі незрячого школяра зі зрячим однолітком сприяла зміцненню впевненості у власних можливостях у сліпої дитини, бажанням приймати допомогу зрячого товариша в складних життєвих ситуаціях, що в кінцевому підсумку сприяло вирішенню завдань соціальної інтеграції дітей із порушеннями зору.

Одним з істотних завдань, що вирішувалися нами в процесі проведення навчального експерименту, була профілактика і зниження почуття тривожності як відносно стійкого особистісного утворення в дітей із патологією зору. Розроблені нами рухливі ігри моделювали ситуації, можливі в професійно-побутовій діяльності і здатні викликати відчуття неспокою, страху, тривоги, сильного хвилювання.

Проведене після експерименту тестування дозволило встановити, що рівень тривожності в учнів із такого роду сенсорним дефектом знизився і досяг 33,4% (до експерименту – 78,6%). Аналіз проведеного після експерименту анкетування свідчить про те, що патопсихічні стани як вторинні нашарування зазнали нормалізації. Незрячі діти перестали відчувати почуття сильного занепокоєння і хвилювання, якщо щось не

виходило при виконанні фізичних вправ. Відчуття впевненості, що з'явилося згодом, носило характер стійкого і мало тенденцію поширення на уроки із загальноосвітніх дисциплін. Стабілізувалися міжособистісні відносини – стали більш рівними, безконфліктними. Радість, що її отримувала сліпа дитина від занять фізичними вправами, рухливими іграми, сприяла подоланню почуття невіри у власні сили, пасивності, що зумовило, у свою чергу, стійке поліпшення показників сформованості рівня дидактико-реабілітаційної мотивації. 49–52% незрячих дітей проявили неабияке зацікавлення до позакласних і позашкільних спортивних заходів, виявили бажання читати про спорт, зайнятися різними видами фізкультурної діяльності і продовжити заняття після закінчення школи. Це вплинуло на поліпшення стану серцево-судинної і дихальної систем, знизився рівень захворювання різними інфекційними хворобами простудного характеру.

Стійка динаміка поліпшення показників професійно-побутової та мотиваційної сфери була обумовлена тим, що кожна спеціально розроблена корекційна рухлива гра професійно-побутового характеру містила ігрові ситуації, що формують навички спілкування дітей із патологією зору. Освоєння ігор такого характеру незрячими дітьми, а потім багаторазове їхнє застосування сприяло інтенсивному формуванню основних функцій спілкування: інформаційно-комунікативної, регуляційних-комунікативної і ефективно-комунікативної.

Викладені функції спілкування були чинником, що підвищує ефективність корекційного навчання рухових дій, нормалізації психічних станів, розвитку дидактико-реабілітаційної мотивації.

ВИСНОВКИ

У процесі дослідження було встановлено, що характер первинного дефекту, викликаний порушенням зору, призводить до цілого ряду вторинних відхилень. Утрата зору уповільнює природний хід фізичного розвитку дитини. І хоча вікова динаміка фізичного розвитку сліпих школярів в принципових рисах зберігається, рівень розвитку значно відстає від норми і виражається в таких статистично достовірних величинах.

Діти з патологією зору відстають від зрячих однолітків у зростанні на 9–12 см, відставання у вазі становить 3–7%. Відставання в показниках кола грудної клітини виражається 4–7%, життєвої ємності легень – 10%.

Узаємозв'язок фізичного розвитку з системою основних рухових здібностей людини зумовила в школярів із порушеннями зору значне відставання параметрів рухової підготовленості порівняно зі зрячими однолітками. Так, показники станової сили дітей цієї категорії нижче на 31,8%, а кистьової – на 28%. Утрата зору позначається на рівні розвитку витривалості. Відставання від норми проявляється у незрячих дітей протягом усього шкільного періоду і досягає до закінчення школи 27,6%. Рівень розвитку всіх форм прояву швидкості у сліпих школярів нижче, ніж у їхніх однолітків, які навчаються в масовій школі і становить до 17 років 24%. Рівень гнучкості в дітей із патологією зору нижче в середньому на 15%.

Порушення фізичного розвитку і рухової підготовленості зумовило зниження рівня точності рухів у незрячих дітей, яке найбільше виражалось у молодших школярів та склало 35,1% при оцінці просторових характеристик руху і 69–70% із динамічного параметра. Проте необхідно відзначити, що в оцінці рухів з тимчасового параметру сліпі діти

перевершували в показниках своїх зрячих і слабозорих однолітків. Це свідчить про те, що сліпота не є гальмувальним фактором у розвитку почуття часу. Час сліпою дитиною використовується як міра руху і простору через отримання інформації від м'язово-суглобових рецепторів.

Дослідження показують, що в силу аномального стану фізичного розвитку і рухових здібностей у незрячих дітей виникають труднощі в адаптації до повсякденного життя в теперішньому часі і в майбутньому до професійної діяльності. Із метою виявлення шляхів корекції на основі ігрової діяльності шляхом спостережень і тестування нами були визначені ті види професійно-побутової діяльності, які були для сліпих дітей найбільш складними.

У свою чергу низький вихідний рівень фізичного розвитку та основних рухових здібностей, відчуття власної ушкодженості через первинний дефект, певні складнощі з адаптацією в побуті неминуче призвели до деяких розладів особистості сліпої дитини, які, перш за все, виявилися в підвищеному почутті тривожності як відносно стійкому особистісному утворенні. Рівень тривожності склав 78,6%. Це зумовило закономірно низький рівень сформованості мотивації і інтересу до занять фізичною культурою і спортом у незрячих дітей. Він склав 49–52%.

Отже, низький рівень фізичного розвитку та рухової підготовленості, гіпокінезія, досить високий рівень тривожності, слабка мотивація до занять фізичними вправами, а також виявлене недостатнє різноманіття форм занять фізичною культурою в спеціальній школі мають негативний вплив на стан вищої нервової діяльності сліпої дитини і вегетативні функції її організму, розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводять до змін в обмінних процесах, розвитку захворювань внутрішніх органів, ослаблення імунної системи організму.

Педагогічний експеримент дозволив виявити, що ігрова діяльність, що застосовується в корекційних цілях, повинна бути органічною невід'ємною частиною педагогічної системи фізичної і соціальної реабілітації цієї категорії аномальних дітей. Для цього зміст кожної гри має відповідати меті фізичної та соціальної реабілітації, тобто формуванню побутових, професійних навичок, корекції рухової сфери (фонд життєво важливих умінь і навичок, розвиток системи основних рухових здібностей, м'язової працездатності).

Найважливішим фактором ефективності рухливих ігор у корекційній роботі стало те, що елементи рухової дії в процесі навчання рухливої гри вивчалися так, аби виконувати функцію позитивного підкріплення, а значить сприяти позитивному ставленню дітей із патологією зору до численних рухових ситуацій, що виникають у процесі гри, формуванню адекватних особистісних диспозицій і ситуаційних детермінант.

Продуктивність корекційного навчання спеціальних рухливих ігор, як стало очевидно, залежить від рівня загальної фізичної, психологічної та резервної координаційної підготовки, де розвиток резервних координаційних здібностей набуває особливого значення. Вони виступають як загальні координаційні передумови для вирішення цілої і певної групи рухових завдань, які подібні за основними нейро- і психофізіологічними механізмами управління та регулювання (обертальні дії, зміна ритму діяльності і швидкості, незвичайні і подібні стани, ігри тощо).

На основі корекційної ігрової діяльності у незрячих дітей формувалися робочі (або виконавчі) рухові дії, удосконалювалися гностичні рухи, за допомогою яких здійснювалося пізнання структури досліджуваних процесів і орієнтування в можливих варіантах їхнього виконання. Установлено, що пристосувальні рухи у взаємозв'язку з

робочими і гностичними забезпечували стійкість рухової структури, що формувалася. Гностичні і пристосувальні рухи в процесі гри ефективно формувалися на основі маніпуляції предметами, у точності дій, розпізнанні предметів. Характер рухливої гри припускав можливість виникнення несподіваних ситуацій, нестандартні умови рухової діяльності незрячих дітей, зміну просторових, часових параметрів їхньої діяльності, що сприяло реалізації засобів розвитку пристосувальних і гностичних рухів.

Дидактико-реабілітаційна мотивація формувалася шляхом свідомої участі дітей із патологією зору в дослідженні їхньої рухової та побутової сфер, що дозволило нам сформувати в них реальне ставлення до своїх особистісних стандартів. Педагогічним фактором розвитку і вдосконалення дидактико-реабілітаційної мотивації було те, що незрячі діти контролювали результати своєї діяльності й отримували інформацію про її успішність. Це дозволило сформувати в сліпих дітей здатність до оперативного сприйняття складу і структури рухливої гри.

Розроблений комплекс корекційних ігор професійно-побутового характеру дозволив сформувати когнітивні, психічні та біомеханічні основи побудови ігрових рухових структур, вибудувати їх у логічній послідовності з їхньою виводимістю від простіших до складніших (ситуаційних) дій. Таким чином, в умовах ігрової діяльності досягався корекційний ефект не тільки вербальними й образними інструкціями, а й реальною цільовою потребою творчої діяльності незрячого школяра в реальних умовах ігрового середовища. Вони переводили зовнішнє завдання у своє внутрішнє, власне, яке трансформувалося в їхній свідомості в реабілітаційну мету.

Реалізація комплексу рухливих ігор забезпечила розвиток у школярів із порушеннями зору функцій спілкування, які ми диференціювали на три класи:

а) інформаційно-комунікативна функція;

б) регуляційно-комунікативна функція;

в) афективно-комунікативна функція.

При реалізації першого класу функції спілкування школярів із порушеннями зору було встановлено, що основним компонентом передавання й приймання інформації в умовах гри є вербалізація сенсорно-перцептивних образів.

Регулятивна функція була реалізована на основі можливості в процесі гри одного школяра регулювати не тільки свою поведінку, а й поведінку своїх партнерів. У такий спосіб ми домоглися взаємного стимулювання та корекції поведінки.

Афективно-комунікативна функція була реалізована через емоційну регуляцію взаємодії незрячих школярів у рухливих іграх професійно-побутового характеру. Ми домоглися не тільки емоційної напруги, але й розрядки, які грали роль стимулювального фактору в корекційно-виховній роботі.

Диференційно-інтегральний підхід у використанні рухливих ігор професійно-побутової спрямованості на основі функцій спілкування забезпечив оптимальні педагогічні умови застосування в корекційній роботі зі сліпими школярами комплексу методів формування рухових дій – метод строго регламентованої вправи (вивчення по частинах або в цілому вигляді), частково регламентованої вправи (ігри та змагання), вербальні методи і методи образно-наочної демонстрації.

Розроблені нами рухливі ігри професійно-побутової спрямованості і їхнє застосування в різних формах організації занять фізичною культурою дітей із патологією зору вплинули на морфо-функціональний стан учнів. У показниках фізичного розвитку незрячих школярів відбулися значні зміни: довжина тіла збільшилася на 9–14%; маса тіла зросла на 8–12%. Поліпшення показників окружності грудної клітки і життєвої ємності легень виражається, відповідно: 10–11% і 10–12%.

Очевидне підвищення рівня фізичного розвитку зумовило поліпшення показників рухової підготовленості дітей із патологією зору. Сила кисті в учнів покращилася на 18–21%. Гнучкість зросла на 17–20%, здатність до виконання координованих точних рухів до 15–23%, витривалість досягла 21–25%.

Значне збільшення рухового режиму незрячих школярів призвело до інтенсивного розвитку основних рухів. Поліпшилися якісні показники ходьби, бігу, стрибків, метання.

Поліпшення фізичного розвитку й рухових здібностей спричинило зростання показників дій професійно-побутової сфери. У середньому рівень сформованості навичок професійно-побутового характеру виріс на 61–67%. Рівень тривожності як відносно стійкого особистісного утворення знизився на 45,2%. Патопсихологічні стани як вторинні нашарування зазнали нормалізації. Рівень сформованості інтересу і дидактико-реабілітаційної мотивації до систематичних занять фізичними вправами виріс до 62–66%, що говорить про стійку динаміку поліпшення відповідних показників.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для діагностики сенсорного сприйняття у сліпих та слабкозорих дітей необхідно проводити комплекс досліджень, який включає антенатальний, постнатальний, родинний анамнези та вивчення наступних показників: сенсомоторних, психофізичних, психомоторних та антропометричних тестів.

2. Для корекції сенсорного сприйняття у сліпих та слабкозорих дітей доцільно застосувати фізичні вправи, що передбачаються розробленою та впровадженою нами методикою поетапного комплексу фізичних вправ, яка включає:

- контроль максимальної сили (кистьова динамометрія: визначення статичної сили згиначів кисті);
- контроль швидкісно-силової якості;
- тест для визначення «вибухової» сили;
- оцінку швидкісних здібностей;
- визначення швидкості рухової реакції;
- точність часової оцінки; (ж) оцінку відчуття часу.