

Как видно из диаграммы сокращение времени выполнения теста «Эстафета» после проведения исследования в КГ составил 3 %, а в экспериментальной 8 %, что говорит об эффективности разработанной КРП по развитию ориентации в пространстве у детей 4–5 лет с нарушением зрения.

Данные диаграммы показали, что сокращение времени выполнения теста «Скамейка» после проведения исследования в КГ составил 1 %, а в экспериментальной – 4 %, что говорит об эффективности разработанной КРП по развитию ориентации в пространстве у детей 4–5 лет с нарушением зрения.

В итоге выполнения данной работы можно сделать следующие выводы:

1. В результате изучения литературных источников было установлено, что ориентация в пространстве у детей с миопией II–III степени явно отличаются от уровня развития тех же качеств у детей того же возраста, но не имеющих данной патологии и нуждаются в коррекции средствами АФК.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по АФК с включением комплексных упражнений с мячом, игры с мячом, дыхательной гимнастики, гимнастики для глаз у детей с миопией II–III степени. Данная программа была апробирована на детях экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по стандартной программе детского садика.

3. Статистически доказана положительная динамика развития ориентации в пространстве под влиянием разработанной коррекционно-развивающей программы по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшихся по стандартной методике детского сада № 19 г. Минска для детей с нарушением зрения.

1. Ростомашвили, Л. Н. Адаптивное физическое воспитание. Авторская программа по лечебной физкультуре для детей с тяжелой зрительной патологией (нач. школа): учеб.-метод. пособие / Л. Н. Ростомашвили. – СПб.: СПб ГАФК им. Лесгафта, 1997. – 134 с.

2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник: в 2 т. / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – 2-е изд. – М.: Советский спорт, 2002. – Т. 1: Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры. – 296 с.

3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник: в 2 т. / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. – 448 с.

4. Толмачев, Р. А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих / Р. А. Толмачев. – М.: Советский спорт, 2004. – 108 с.

5. Шапкова, Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / под общ. ред. проф. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПРОГРАММА ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ НАГРУЗКИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Козел Н.А., Приходько В.И., канд. мед. наук, доцент,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В Республике Беларусь существует проблема сиротства [3]. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей с раннего детства, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, чаще имеют задержку физического и нервно-психического развития и более высокий уровень заболеваемости по сравнению со своими сверстниками, воспитывающимися в семьях [4].

Наиболее эффективна при коррекции психофизического состояния рациональная двигательная активность. В домах-интернатах физическое воспитание организовано в виде урока физической культуры в соответствии с программой «Физическая культура и здоровье» для 1–4 классов учреждений общего среднего образования.

При проведении занятий по физической культуре зачастую нагрузка дозируется всем детям практически одинаково. Однако рациональное построение физического воспитания предполагает не только подбор необходимых физических упражнений, но и дозирование нагрузок в зависимости от уровня физической подготовленности детей-сирот, особенностей их функционального состояния.

В связи с изложенным выше, особую актуальность приобретают внедрение новых подходов к организации и проведению работы по оздоровлению детей-сирот, использование наиболее эффективных средств физического воспитания и разработка программ индивидуализации нагрузки.

Исходя из этого, мы определили цель настоящего исследования: оценить эффективность программы индивидуализации нагрузки в процессе физического воспитания детей-сирот 9 лет.

Под наблюдением находились 20 детей, обучающихся на базе школы-интерната № 5 г. Минска в возрасте 9 лет для детей-сирот и детей, оставшихся без опеки родителей.

Методы исследования:

- анкетирование (изучение анамнеза жизни, характера жалоб, интересов детей, уровня школьной тревожности);
- антропометрический метод (рост, масса);
- изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) (пульс, артериальное давление, систолический объем крови, проба Мартине – Кушелевского);
- изучение уровня физической подготовленности (гибкость, сила, скоростно-силовые способности, скорость, координационные способности, выносливость).

По результатам анкетирования выявлено значительное количество жалоб детей-сирот: у 54 % – нарушение сна, у 23 % – плохой аппетит. У 35 % отмечаются частые простудные заболевания, а у 40 % – недостаточная двигательная активность в распорядке дня. Установлено, что для 80 % детей характерны высокий и повышенный уровни тревожности.

При оценке исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по таблице Н.А. Белоконь оказалось, что нарушение вегетативной регуляции встречается у 60 % обследуемых.

Физическое развитие у 90 % детей-сирот соответствует низкому и ниже среднему уровням и лишь у 10 % – среднему.

При изучении функционального состояния сердечно-сосудистой системы выявлено, что средние показатели пульса соответствуют нормативным величинам, а артериального давления ниже средних показателей. Реакция на нагрузку пробы Мартине–Кушелевского у детей-сирот в среднем характеризуется как хорошая, так как прирост пульса находится в пределах 50 % как у мальчиков, так и у девочек. При качественной оценке пробы Мартине–Кушелевского установлено, что атипичные реакции встречаются более чем у половины детей. У 23 % исследуемых детей наблюдается замедленное время восстановления после физической нагрузки. Таким образом, примерно у 70 % детей снижены функциональные возможности сердечно-сосудистой системы. У 30–100 % детей-сирот встречается низкий и ниже среднего уровни развития различных двигательных способностей. Оценивая физическую подготовленность необходимо отметить, что низкий и ниже среднего уровни развития выносливости характерны для 100 % детей, силовой выносливости – для 59 %, скоростно-силовых способностей – для 30 %, скоростных способностей – для 47 %, координационных способностей – для 65 %, гибкости – для 59 %.

Дети разделены на исследуемую (ИГ) и контрольную (КГ) группы по 10 человек в каждой. Лица исследуемой группы занимались по разработанной нами программе индивидуализации нагрузки, которая включала следующие компоненты:

1. Коррекция основной части урока физической культуры, в которой упражнения для развития силы заменены комплексом стато-динамических упражнений с дифференцированным дозированием параметров нагрузки в зависимости от особенностей вегетативной регуляции и показателей гемодинамики;

Для выполнения комплекса стато-динамической нагрузки занимающиеся делились на 2 подгруппы в зависимости от ИВТ и особенностей гемодинамики и определялась продолжительность выполнения комплекса (10–15 минут) и интенсивность нагрузки (количество упражнений в одной серии, количество серий, время упражнений на растягивание в одной серии, время отдыха между сериями) [1, 2].

Цель: увеличить силу мышц, нормализовать показатели гемодинамики.

2. Сеансы самомассажа – ежедневно утром в течение 15 минут, проводился по тонизирующей методике, области: волосистая часть головы и ушная раковина.

Цель: оказание общего тонизирующего действия на организм, активизация мыслительной деятельности.

3. Сеансы смехотерапии – 2 раза в неделю по 10 минут.

Цель: улучшить эмоциональное состояние, снизить уровень тревожности.

После применения программы индивидуализации нагрузки по результатам анкетирования установлено, что частота жалоб уменьшилась на 11–23 % у ИГ, в КГ изменений нет.

Высокий и повышенный уровни тревожности оцениваемые по тесту Филипса стали встречаться у занимающихся ИГ на 15,4 % реже, по сравнению с детьми КГ, где все осталось на прежнем уровне.

По окончании программы, при оценке исходного вегетативного тонуса по таблице Н.А. Белоконь оказалось, что частота встречаемости симпатикотонии в исследуемой группе снизилась на 7,6 %, что свидетельствует об улучшении вегетативной регуляции функций, а в контрольной группе – не изменилась.

После проведения программы индивидуализации нагрузки установлено, что средние показатели пульса в покое и после нагрузки пробы Мартине – Кушелевского, а также времени восстановления незначительно снижены у детей ИГ по сравнению с первичным исследованием. У учащихся КГ показатели деятельности ССС остались на прежнем уровне. Частота встречаемости нормотонической реакции у детей ИГ увеличилась на 15,5 %, в КГ изменений нет.

При сравнении средних показателей физической подготовленности с первичным исследованием нужно отметить, что у детей ИГ уровень развития гибкости, силовой выносливости повысился, в то время как в КГ значительных изменений нет. Частота встречаемости низкого и ниже среднего уровней развития различных двигатель-

ных способностей детей-сирот после применения программы индивидуализации нагрузки снизилась на 10–20 % у детей ИГ, а у лиц КГ она не изменилась за исключением уровня развития выносливости (снизилась на 14 %).

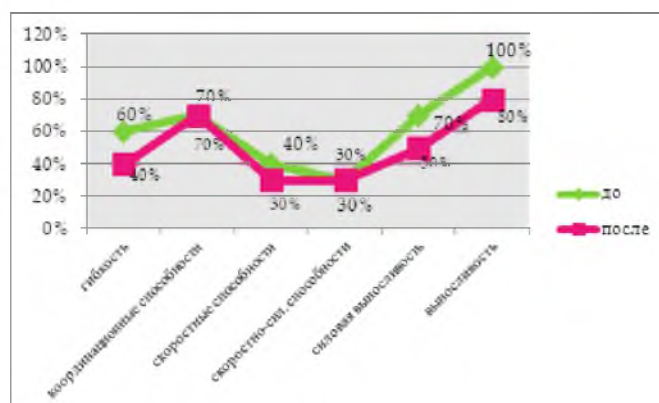


Рисунок – Частота встречаемости низкого и ниже среднего уровней развития различных двигательных способностей детей-сирот ИГ после применения программы индивидуализации нагрузки

Проведенные исследования показали:

– для улучшения физического состояния учащихся недостаточно 2 занятий в неделю по физической культуре;

– у детей-сирот значительно ниже функциональное состояние и физическая подготовленность по сравнению со сверстниками, которые воспитываются в семьях.

– целенаправленное применение физических нагрузок с дифференцированным дозированием на основе особенностей сочетания показателей исходного вегетативного тонуса и гемодинамики способствует более значимому повышению уровня развития всех двигательных способностей и улучшению адаптационных возможностей организма.

1. Мякинченко, Е. Н. Оздоровительная тренировка по системе Изотон / Е. Н. Мякинченко, В. Н. Селуянов. – М.: СпортАкадемПресс, 2001. – 68 с.
2. Селуянов, В. Н. Технология оздоровительной физической культуры / В. Н. Селуянов. – М.: СпортАкадемПресс, 2001. – 172 с.
3. nd.zolak.org/node/91.
4. www.psycenter.ru/deti-sirotyi-osobyie-deti.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ И РАЗВИТИЕ НЕСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ

Королевич А.Н.,

Полесский государственный университет,
Республика Беларусь

Слух человека формируется на здоровой органической основе с самого раннего возраста под влиянием акустических (слуховых) раздражений. В процессе восприятия человек не только проводит анализ и синтез сложных звуковых явлений, но и определяет их значение. Качество восприятия посторонних шумов, речи других людей или собственной зависит от сформированности слуха. Слуховое восприятие можно представить как последовательный акт, который начинается с акустического внимания и приводит к пониманию смысла через узнавание и анализ речевых сигналов, дополняемых восприятием неречевых компонентов (мимики, жестов, позы). В конечном итоге слуховое восприятие направлено на формирование фонематической (звуковой) дифференцировки и способности к сознательному слухоречевому контролю.

Умение не просто слышать, а прислушиваться, сосредоточиваться на звуке, выделять его характерные особенности – очень важная человеческая способность. Без нее нельзя научиться внимательно слушать и слышать другого человека, любить музыку, понимать голоса природы, ориентироваться в окружающем мире.

Разный уровень здоровья и сохраненных функций лимитирует двигательную активность детей, имеющих нарушение в работе анализаторных систем, в частности, слухового анализатора, и требует дифференцированного подхода в выборе средств, методов адаптивной физической культуры, решения коррекционных, компенсаторных задач, сопряженных с процессом физического воспитания детей с различной степенью нарушения слуха. Основная цель ранней диагностики и помощи ребенку – обеспечить социальный, эмоциональный, интеллектуальный и физический рост и достичь максимального успеха в развитии его возможностей.