

Анализируя данные, представленные в таблице 3, тестирование также не выявило статистически достоверных различий в показателях развития пространственной ориентации у детей с нарушением зрения КГ до и после проведения цикла занятий по программе по физическому воспитанию детей с нарушением зрения дошкольного возраста, хотя во всех тестах наблюдался прирост результатов.

Это, по всей видимости, указывает на то, что для достижения достоверно выраженного улучшения параметров координационных способностей у детей с нарушением зрения в контрольной группе требуется значительно большее время.

Таким образом, по полученным в ходе выполнения исследования результатам можно сделать следующие выводы:

1. В результате изучения литературных источников было установлено, что показатели развития пространственной ориентации детей 4–6 лет с нарушением зрения намного снижены по сравнению с уровнем развития тех же качеств 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 специальных упражнений по АФК, упражнений с фитболами, занятий с мягкими модулями, подвижных игр. Данная программа была апробирована на детях с нарушением зрения экспериментальной группы, в то время как дети с нарушением зрения контрольной группы занимались по стандартной программе.

3. Статистически доказана положительная динамика развития пространственной ориентации под влиянием разработанной нами коррекционно-развивающей программы и доказывает благоприятное воздействие на уровень развития пространственной ориентации у детей с нарушением зрения по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшимися по стандартной программе.

1. Абрамов, В. Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности / В. Г. Абрамов. – М.: Мобиле, 1993. – 495 с.

2. Аксенова, О. Э. Технология физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учеб. пособие / О. Э. Аксенова, С. П. Евсеев; под ред. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2007. – 296 с.

3. Волкова, Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников: книга для логопедов / Г. А. Волкова. – СПб: Детство-Пресс, 2003. – 240 с.

4. Евсеев, С. П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.

5. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: в 2 т. / под ред. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2002. – Т. 1: Введение в специальность. История и общая характеристика АФК. – 296 с.

6. Евсеев, С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: в 2 т. / под ред. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – Т. 2: Содержание и методики АФК и характеристика ее основных видов. – 319 с.

7. Ермаков, В. П. Основы тифлопедагогики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: учеб. пособие / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин; под ред. Т. Д. Гамбургцева. – М.: Владос, 1999. – 221 с.

8. Ермаков, В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М.: Просвещение, 1990. – 222 с.

9. Литюш, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии / Н. Л. Литюш. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.

10. Лях, В. И. О классификации пространственной ориентации / В. И. Лях // Теория и практика физической культуры. – 1987. – № 7. – С. 28–30.

11. Лях, В. И. Развитие пространственной ориентации в школьном возрасте / В. И. Лях // Физкультура в школе. – 1987. – № 5. – С. 25–28.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ 6–7 ЛЕТ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ

Хоролец Н.В., Калюжин В.Г., канд. мед. наук,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Одним из наиболее тяжелых видов нарушения здоровья, приводящих к социальному дефекту и социальной недостаточности, является полная или частичная утрата зрения: слепота и слабовидение.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 150 млн. лиц со значительными зрительными расстройствами, в том числе около 42 млн слепых. За последние 12 лет численность незрячих увеличилось на 12 млн человек, каждый четвертый из них – ребенок или человек, утративший зрение в детстве [1].

Сегодня в Беларуси насчитывается около 20 тысяч инвалидов по зрению I и II групп – это люди с наиболее серьезными формами заболевания. Если учитывать и инвалидов III группы, то эта цифра увеличится до 50 тысяч человек. К сожалению, число таких людей не уменьшается: согласно статистике, около двух тысяч человек в год получает инвалидность по зрению [2].

Полная или частичная потеря зрения у детей существенно изменяет их жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний. 40 % детей имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30 % – соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80 % детей страдают неврозами [3].

Среди вторичных нарушений наиболее типичными являются слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривление позвоночника, деформация стопы, что естественным образом негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ребенка. Нарушение осанки наблюдается почти у 80 % слепых и слабовидящих детей [4, 5].

Значительные изменения происходят в физическом развитии – нарушается точность движений, их интенсивность, становится специфической походка и другие двигательные акты. У большинства слепых и слабовидящих детей наблюдаются нарушение осанки, позы, искривление позвоночника, плоскостопие.

Детям с нарушением зрения свойственна переоценка своих зрительных возможностей, что весьма отрицательно сказывается на успешности их самостоятельной ориентировки в пространстве, ведь они опираются на неточные, фрагментарные зрительные образы. Для них характерно искаженное восприятие предметов и их расположение в пространстве, обусловленное низкой остротой зрения и имеющимися у значительной части детей нарушениями других зрительных функций (цветового зрения, поля зрения, характера зрения) [6].

Детей со зрительной депривацией отличают некоторые особенности поведения, вызванные раздражительностью, замкнутостью, негативизмом и другими отрицательными чертами характера. Эти недостатки объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками вследствие дефекта зрения. Поэтому такие дети нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания [7].

Анализ методик обучения координационным способностям детей с нарушениями зрения показал, что развитие координационных способностей детей младшего школьного возраста со зрительной патологией по стандартной программе физического воспитания не позволяет обеспечить необходимый уровень передвижения в пространстве.

Таким образом, нами была разработана и применена на практике коррекционно-развивающая программа для детей младшего школьного возраста со зрительной депривацией. В результате тестирования дети 6–7-летнего возраста были разделены на 2 группы – экспериментальную, работающую по разработанной программе, и контрольную группу, которая продолжала заниматься по стандартной программе физического воспитания.

Для тестирования использовались семь контрольных тестов:

Тест 1 «Слаломный бег». Схема тестирования: испытуемый по сигналу экспериментатора пробегает отрезок 15 м с максимальной скоростью. Затем на отрезке 15 м располагаются 5 набивных мячей, расположенных на расстоянии 1 м от центра и 2,5 м друг от друга. Испытуемый по сигналу должен пробежать 15 м, огибая препятствия с максимальной скоростью. Время выполнения задания фиксируется с помощью секундомера. Оценивается разница между слаломным бегом и бегом без препятствий.

Тест 2 «Динамическое равновесие». Схема тестирования: испытуемому предлагается пройти по гимнастической скамье (длина скамьи 4 м, высота 20 см, ширина 20 см), держа руки в стороны, с максимальной скоростью. Отсчет времени начинается с постановки ноги на скамейку и заканчивается после выполнения спуска со скамейки. Задание выполняется три раза, учитывается средний результат.

Тест 3 «Попадание в обруч». Схема тестирования: испытуемый выполняет броски теннисного мяча в обруч удобным для него способом. Обруч расположен горизонтально на полу, расстояние от линии до обруча 3 м, диаметр обруча 1 м. Фиксируется количество попаданий из 10 попыток.

Тест 4 «Попадание в корзину». Схема тестирования: испытуемый выполняет броски теннисного мяча в корзину. Расстояние от линии до корзины 2 м, диаметр корзины 20 см. Фиксируется количество попаданий из 10 попыток.

Тест 5 «Ведение мяча». Схема тестирования: испытуемый выполняет ведение резинового мяча одной рукой вокруг горизонтально расположенного обруча, диаметр обруча 1 м. Время выполнения задания фиксируется с помощью секундомера, учитывается средний результат за 3 попытки.

Тест 6 «Воспроизведение половины максимального прыжка в длину». Схема тестирования: испытуемый выполняет максимальный прыжок в длину с места (даются три попытки). Максимальный результат фиксируется, затем дается задание выполнить прыжок, равный половине от максимального результата (выполняются три попытки). Результат фиксируется. Затем высчитывается величина отклонений от половины максимального прыжка, выполненного испытуемым. Величина ошибки фиксируется, и высчитывается средняя величина отклонений из трех попыток.

Тест 7 «Теппинг-тест». Схема тестирования: испытуемому выдается карандаш и листок бумаги, разграфленный на 8 одинаковых квадратов (10×10 см). Квадраты расположены в два ряда и пронумерованы от 1 до 8 по часовой стрелке. По сигналу экспериментатора испытуемый должен в течение 5 с поставить максимальное количество точек в первом квадрате. По следующей команде испытуемый выполняет такое же задание во втором квадрате, в третьем и т. д. Таким образом, через каждые 5 с испытуемый должен поставить в максимально быстром темпе точки во всех квадратах. Подсчет результатов изменен по сравнению с общепринятой методикой: фиксируется максимальное и минимальное количество движений кистью руки за 5 с, далее оценивается разница между ними.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика показателей уровня развития координации движения у детей в КГ и ЭГ группах до начала исследования

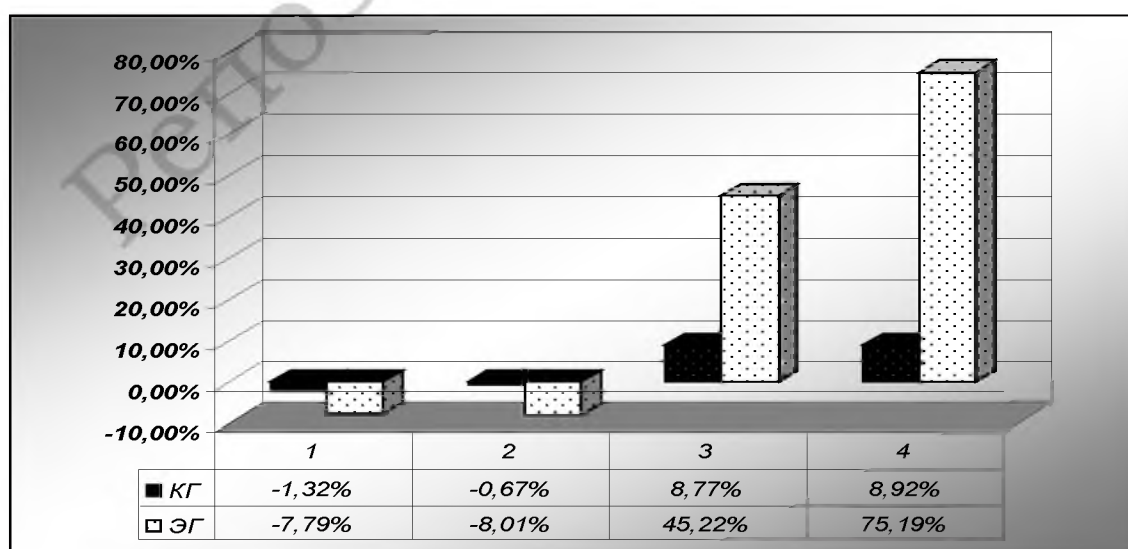
Тесты	КГ	ЭГ	t факт.	t крит.	p
«Слаломный бег», с	6,07±0,27	6,16±0,17	0,31	2,15	>0,05
«Динамическое равновесие», с	5,94±0,15	6,24±0,18	1,36	2,15	>0,05
«Ведение мяча», с	7,91±0,12	8,01±0,11	0,64	2,15	>0,05
«Попадание в обруч», кол-во раз	1,71±0,15	1,57±0,45	0,30	2,15	>0,05
«Попадание в корзину», кол-во раз	1,57±0,30	1,29±0,30	0,69	2,15	>0,05
«Воспроизведение 1/2 прыжка», см	15,0±0,08	15,1±0,09	0,81	2,15	>0,05
«Теппинг-тест», кол-во раз	11,1±1,06	10,2±0,76	0,65	2,15	>0,05

Как видно из данных, представленных в таблице 1, статистически достоверных различий в группах не было. На основании этого можно сделать вывод, что дети КГ и ЭГ до начала проведения исследования по своим физическим возможностям были идентичны.

Разработанная нами коррекционно-развивающая программа для детей 6–7 лет со зрительной патологией представляет собой решение задач развития координационных способностей на занятиях по физическому воспитанию. Программа состоит из 4 разделов: 1 – «Развитие способности координации движений»; 2 – «Развитие способности сохраненных анализаторов к обучению пространственной ориентации»; 3 – «Развитие способности дифференцировать усилия, пространство и ритм» и 4 – «Развитие способности к сохранению устойчивой позы в статических и динамических упражнениях». Особенностью программы является следующее: КРП была разделена нами на 4 раздела, детям в конце каждого занятия задавалось домашнее задание, в разработанной нами КРП применялись коррекционно-развивающие упражнения, различные игры и соревнования, которые были акцентированы непосредственно на развитие координационных способностей, согласно разделам программы, после каждого занятия с детьми проводилась гимнастика для глаз.

После окончания экспериментальной части исследования, нами были проведены контрольные тесты в ЭГ и КГ.

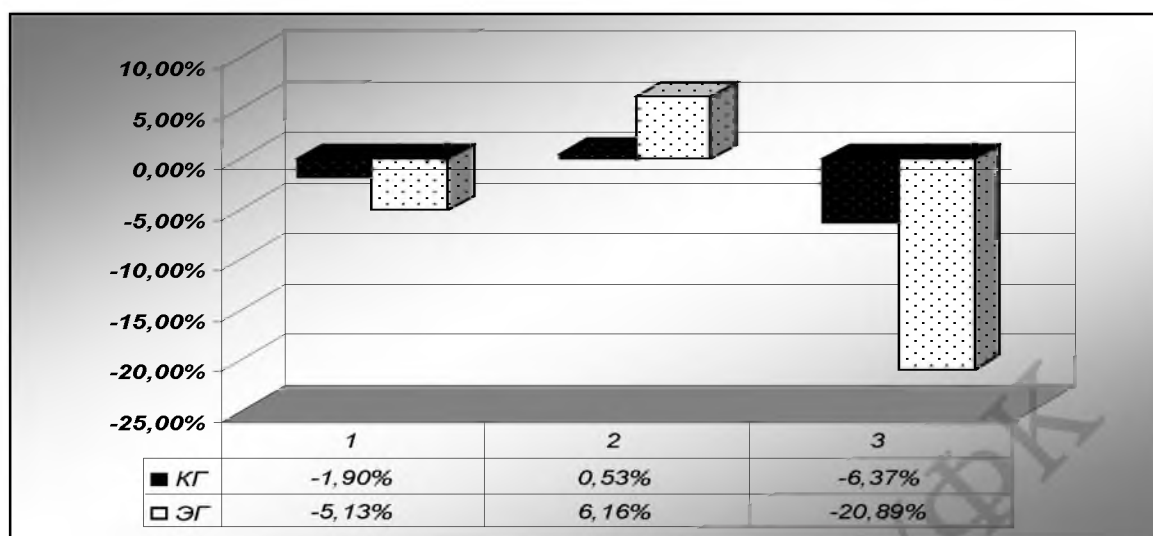
На рисунке 1 изображен процентный прирост показателей контрольных тестов у детей КГ и ЭГ после проведения цикла занятий по АФК.



Тесты: 1 – «Слаломный бег», 2 – «Динамическое равновесие», 3 – «Попадание в обруч», 4 – «Попадание в корзину»

Рисунок 1 – Изменение (в %) показателей координационных способностей у детей КГ и ЭГ в результате проведения цикла занятий по АФК

На рисунке 2 изображен процентный прирост показателей контрольных тестов у детей КГ и ЭГ в результате проведения цикла занятий по АФК.



Тесты: 1 – «Ведение мяча», 2 – «Воспроизведение 1/2 прыжка», 3 – «Теплинг-тест»

Рисунок 2 – Изменение (в %) показателей координационных способностей у детей КГ и ЭГ в результате проведения цикла занятий по АФК

Как видно из графиков на рисунках под воздействием разработанной нами КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей координационных способностей у детей экспериментальной группы.

Полученные данные свидетельствуют, что под воздействием разработанной нами КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение показателей координационных способностей у детей экспериментальной группы. В контрольной группе несмотря на некоторое улучшение показателей развития координационных способностей статистически достоверных различий получено не было.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. В результате анализа литературных источников было установлено, что пространственная ориентация, сила, координационные, скоростные способности у детей с депривацией зрения отличаются от уровня развития тех же качеств у детей того же возраста, но не имеющих данной патологии.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по АФК с активным включением родителей в программу, применен игровой метод развития координационных способностей, коррекционно-развивающие упражнения, гимнастика для глаз. Данная программа была апробирована на детях экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по стандартной программе государственного учреждения образования «Школа-интернат № 2 для детей с нарушениями зрения».

3. Статистически доказана положительная динамика развития координационных способностей под влиянием разработанной коррекционно-развивающей программы у детей экспериментальной группы, по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшихся по стандартной программе.

1. Фильчикова, Л. И. Нарушение зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: метод. пособие / Л. И. Фильчикова, М. Э. Бернадская, О. В. Парашей. – 2-е изд. – М.: Экзамен, 2004. – 192 с.

2. Андреева, А. БелТИЗ / А. Андреева // Общество. – 2009. – 13 окт. – С. 5.

3. Ростомашвили, Н. Н. Физические упражнения для детей с нарушением зрения: метод. рекомендации для учителей, воспитателей, родителей / под ред. Л. В. Папковой. – СПб.: изд-во Института специальной педагогики и психологии, 2001. – 66 с.

4. Теория и организация адаптивной физической культуры: в 2 т. / под ред. С. П. Евсеева. – 2-е изд. – М.: Советский спорт, 2002. – 296 с.

5. Ермаков, В. П. Основы тифлопедагогики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: учеб. пособие / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин; под ред. Т. Д. Гамбургева. – М.: Владос, 1999. – 221 с.

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

7. Литощ, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии / Н. Л. Литощ. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.