

**Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка**

**Факультет фізичного виховання
Кафедра фізичного виховання та реабілітації**

Кваліфікаційна робота

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОШКІЛЬНИКІВ З ПРОБЛЕМАМИ ЗОРУ

**Спеціальність 017 Фізична культура і спорт
Освітня програма Фізкультурно-спортивна реабілітація**

Здобувача другого (магістерського)
рівня вищої освіти
Созанського Андрія Григоровича

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК
кандидат наук з фізичного виховання
і спорту, доцент
Огнистий Андрій Володимирович

РЕЦЕНЗЕНТ:
кандидат педагогічних наук, доцент
Наумчук Володимир Іванович

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Сучасні погляди на проблему реабілітації дітей з проблемами зору.....	6
1.1 Характеристика порушень зору у дітей.....	6
1.2 Особливості фізичного і функціонального розвитку дошкільників з порушенням зору.....	11
1.3 Порушення постави і плоскостопість у дітей з проблемами зору.....	16
1.4 Вплив фізичних вправ на ріст і розвиток організму дітей з вадами зору.....	17
1.5 Вивчення впливу фізичного навантаження на стан зору дітей.....	19
Висновки до першого розділу.....	20
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	22
2.1 Методи досліджень.....	22
2.2 Організація досліджень.....	22
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗОРУ.....	24
3.1 Корекційні види гімнастики.....	24
3.2 Особливості проведення рухливих ігор з дітьми з проблемами зору....	29
3.3 Профілактика короткозорості.....	32
3.4 Масаж як засіб фізичної реабілітації дітей з вадами зору.....	34
Висновки до третього розділу.....	36
ВИСНОВКИ.....	38
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена соціальними та екологічними чинниками, труднощами в організації медичного обслуговування, що призвели до зростання майже всіх видів захворювань і скорочення тривалості життя населення України, зниження показників фізичного розвитку, зменшення кількості дітей з проявами акселерації в розвитку, зростання інвалідності, зокрема й дитячої.

Проблема здоров'я дітей дошкільного віку з порушенням зору досліджувалася багатьма науковцями (Л.С. Вавіна [9], М.І. Земцова [18], Л.С. Сековець [30], Б.В. Сермеев [31], Б.Г. Шеремет [34] та ін.). Вченими доведено, що однією з важливих складових охорони здоров'я є своєчасне виявлення відхилень з метою найбільш ефективної організації оздоровчих і профілактичних заходів. При патології зору в дошкільників є наявним цілий комплекс рухових порушень, що зумовлені зниженням гостроти зору, порушенням бінокулярності, рухових функцій ока, поля зору і т.ін. (Л.С.Сековець [30]).

Проблема корекції зору засобами фізичної культури висвітлена в низці спеціальної літератури (Е.С. Аветисов [2], Р.Н. Азарян та А.А. Арутюнян [4], Б.В. Сермеев [31] та ін.). Зазначу, що більшість робіт присвячена впливу фізичних навантажень на стан органу зору дітей шкільного віку. Водночас стан функцій зору в умовах різноманітних фізичних навантажень у дітей дошкільного віку вивчено недостатньо.

У профілактиці порушення зору та його відновленні важливу роль відіграють ЛФК, лікувально-корекційні вправи, масаж, фізіотерапія (Е.С. Аветисов [2], Є.Н. Кузнецов [22], Б.В. Сермеев [31], та ін.), що вимагають адекватної методики їх застосування. Зокрема, перспективним є вдосконалення методики вправ для розвитку фізичних якостей, що забезпечують гармонійність фізичного розвитку дітей дошкільного віку з вадами зору. Важливе значення в цьому аспекті має розробка спеціальних адаптованих рухливих ігор та ігрових

вправ для корекції порушених функцій зору в дітей з патологією зору. Це й зумовило вибір теми дослідження “Фізична реабілітація дітей дошкільного віку з порушенням зору”.

Фізична реабілітація дітей, які мають захворювання очей дуже актуальна сьогодні і нажаль не втратить своєї актуальності в майбутньому.

Зір є одним з найголовніших аналізаторів організму, що забезпечують одержання найбільш повної динамічної інформації (колір, форма, віддаленість) про навколишній світ. У процесі тривалої еволюції зір віддиференціювали як «складний багатоступінчастий процес, що включає отримання зображення в очі, виділення найбільш важливої інформації з нього, передачу цієї інформації в мозок, інтерпретацію зображення; виділення важливих ділянок об'єкта, Наведення ока за допомогою моторних систем на ці ділянки та отримання різкого їх зображення, поєднання зображень двох очей в єдиний зоровий образ, пізнання образу шляхом зіставлення з запасом, що є в пам'яті, локалізація об'єкта та його деталей у просторі » [10]. У процесі онтогенезу накопичується зорова інформація ускладнюється, удосконалюється, диференціюється, гармонійно пов'язується з функціями пам'яті, уявленнями, мовою і мисленням.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація дітей дошкільного віку з порушеннями зору.

Предмет дослідження – зміст, форми і ефективні методи фізичної реабілітації дітей дошкільного віку при захворюваннях очей.

Мета дослідження полягає: у виявленні особливості фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з порушенням зору.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан дослідження проблеми у науково-інформаційному та навчально-методичному просторі.
2. Узагальнити форми та зміст провідних реабілітаційних заходів і методів.
3. Визначити найбільш ефективні поєднання засобів фізичної реабілітації дошкільників з порушенням зору.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення науково-методичної, спеціальної літератури з проблем фізичної реабілітації, фізичного виховання і корекційно-педагогічної роботи з дітьми з порушенням зору; педагогічні спостереження у дошкільному закладі для дітей з порушенням зору, що дозволили здійснити перевірку ефективності різних прийомів відновлювальної роботи.

Наукова новизна дослідження: уточнено відомості про зміст, форми і методи фізичної реабілітації дошкільників з вадами зору.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці практичних рекомендацій щодо ефективних методів та прийомів фізичної реабілітації дошкільників при різних зорових порушеннях.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків. Робота викладена на 56 сторінках тексту, бібліографічний покажчик вміщує 34 джерела.

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

1.1 Характеристика порушень зору у дітей

Захворювання очей, що приводять до розладу зору, можуть бути вродженими та придбаними. До вродженої патології органа зору можуть призвести негативні впливи на плід у період вагітності ряду факторів, серед яких хронічні захворювання, вірусні інфекції, хвороби обміну, зловживання алкоголем, гормональними і снодійними препаратами, резус-несумісність матері і плоду, гіповітаміноз, іонізуюча радіація і т.д. Встановлено, що око зародка людини особливо чутливий до різних пошкоджуючих факторів в період 3 - 7-й тижнів вагітності (Є.І.Ковалевський [19]). Ураження зору у дітей може бути пов'язане з родовою травмою. Нерідкі аномалії розвитку органу зору у недоношених дітей. Серед причин, що приводять до слабозорості, велике значення має спадковість (Є.І.Ковалевський [19]). Спадкові дефекти зору зустрічаються як ізольовано, так і в поєднанні з вродженими змінами з боку інших органів і систем.

Причиною придбаних очних хвороб, що призводять до слабозорості, є гострі і хронічні інфекції, алергічні захворювання і травми органа зору.

Короткозорість і далекозорість

На першому місці серед причин, що викликають ослаблення зору у дітей, є аномалії рефракції (відхилення заломлюючої сили оптичної системи ока від норми): короткозорість і далекозорість. В офтальмології використовуються також професійні терміни (відповідно: міопія, гіперметропія).

Короткозорість (міопія) - один з видів клінічної рефракції ока, яка пов'язана з посиленням заломлюючої здатності або зі збільшенням поздовжньої осі ока. У зв'язку з цим зображення фокусується попереду сітківки. Першою ознакою міопії є такий стан, коли людина добре бачить предмети, розташовані поблизу, і погано віддалені від нього. Як правило, короткозорі нерідко

примружує очі. Звідси і назва "Міопія", що в перекладі з грецького означає: "жмуритися, прищурюватися".

Основним механізмом розвитку міопії є порушення акомодації - властивість очей міняти заломлення для забезпечення чіткого бачення по-різному віддалених предметів.

Основою розвитку міопії на думку багатьох авторів є тривала напруга (спазм) акомодації під впливом зорової роботи на близькій відстані, а міопія, є фіксацією, закріпленням спазму.

Під конвергенцією очей розуміють процес зведення зорових осей обох очей при розгляданні близько розташованих предметів. При цьому відбувається одночасне звуження зіниці і акомодація очей. Між акомодацією і конвергенцією є певна залежність: більша напруга акомодації вимагає більшою мірою конвергенції і навпаки. Відповідно до цієї теорії під час конвергенції, що супроводжується підвищенням внутрішньоочного тиску відбувається розтягування склерального контуру в напрямку заднього полюса, що призводить до еліпсоподібної форми заднього півкулі очного яблука.

Відзначено, що астенопії (швидко наступає стомлення очей під час зорової роботи, якщо об'єкт знаходиться на малій відстані від ока) передують спазми акомодації.

У дітей з м'язової і акомодаційної астенопії частіше спостерігається спазм акомодації. Спазм акомодації спостерігається у 97% дітей при міопії слабого ступеня, у 72% середньої і у 62% при міопії високого ступеня. Слабкість акомодації у дітей може бути пов'язана з перенесеними загальними захворюваннями, і, перш за все тонзиліт, ревматизм і нефритом.

Міопія розвивається як пристосування для позбавлення акомодації від непосильної навантаження.

При міопії, спостерігається послаблення акомодації, що зростає із збільшенням ступеня міопії.

Багатьма авторами вказувалося на зв'язок міопії з тривалим зоровим навантаженням (Е.С.Аветисов [3], А.Я.Бунін [8] та ін.). Автори також вказують

на вплив нераціонального режиму занять та відпочинку, що нерідко викликає зорові розлади. Аналіз режиму дня дітей показує, що за обсягом часу, розумові зорові навантаження (заняття, перегляд кіно - телепередач, творчі ігри за столом, малювання і т.д.), значно переважають над фізичними (ранкова зарядка, заняття фізкультурою, прогулянки з рухливими іграми).

До несприятливих умов зорової роботи відноситься і недостатнє освітлення. Так, при освітленості менше 75 люксів, виявлено 9,1% дітей, що страждають міопією, а при освітленості більше 150 люксів - 6,9%.

Ряд авторів (В.Ф.Уткін [33]) вважають, що міопія виникає через розтягнення ослабленою склери під впливом внутрішньоочного тиску. Ці патогенетичні механізми були враховані в багатьох теоріях розвитку міопії.

Деякі автори вважають, що виникнення короткозорості обумовлено генетичним фактором, але більшість авторів розглядають фактор спадковості лише як сприятливі.

Встановленим фактом у розвитку міопії можна вважати порушення гемодинаміки очей, які проявляються в зниженні кровотоку в циліарному м'язі, у зменшенні пульсового і хвилинного обсягу крові в судинній системі очі в міру прогресування короткозорості.

Погіршення гемодинаміки очей - одна з головних причин зниження працездатності циліарних м'язів при роботі на близькій відстані, в наслідок чого може виникнути міопія.

Недостатність зорової функції веде до виникнення вторинних порушень в поставі, робочій позі, координації і точності рухів, почуття ритму (А.К. Акімова, В.А. Зубов [5], В.Ф. Афанасьєв [6], М.І. Земцов , А.І. Каплан [18] та ін.). Показано, що у дітей, які перенесли рахіт, міопія зустрічається в 5 разів частіше, ніж у здорових дітей.

Інший вид аномалії рефракції - гіперметропія (далекозорість). Це оптичний недолік ока, при якому порушена здатність ясно бачити на близькій відстані. Далекозорість є наслідком короткої поздовжньої осі (вкорочене очне яблуко), відносної слабкості заломлюючої апарату очі (неправильна кривизна

рогівки або кришталика). У цих випадках зображення фокусується позаду ока (В.Ф. Уткін [33]).

При далекозорості зображення предметів фокусується позаду сітківки, тому виходить неясним і розпливчасті. При великій мірі далекозорості (8,0 D - 10,0 D і вище) значне навантаження лягає на функцію акомодатії. Результатом такої напруги є зорове стомлення під час роботи на близькій відстані, через що зливаються і стають неясними букви, починаються головні болі.

Астигматизм. Однією з причин слабозорості є також астигматизм - аномалія заломлюючої здатності очей, при якій в одному оці спостерігається поєднання різних видів рефракції. Астигматизм не завжди коригується окулярами, тому у дітей виникають труднощі бачення обсягу, глибини, віддаленості об'єктів, так як у дітей найчастіше відсутнє бінокулярне бачення. Часто причиною слабозорості є атрофія сітківки, зорового нерва, ністагм та інші очні захворювання.

Слабозорість характеризується різноманітністю порушень зорових функцій, різним рівнем їх збереження і можливості взаємної компенсації, ступенем вираженості патології. На відміну від залишкового зору слабозорість дає більше можливостей для використання зорового аналізатора як головного у пізнанні навколишнього світу. Це головна особливість, що відрізняє слабозорість від залишкового зору (Е.С. Аветисов [1]).

Косоокість. Одним з порушень зору є косоокість і супроводжує його амбліопія, яка проявляються в порушенні бінокулярного бачення, в основі якого лежить ураження різних відділів зорового аналізатора і його сенсорно-рухових зв'язків. Косоокість не лише призводить до розладу бінокулярного бачення, але і перешкоджає його формуванню. Косоокість виникає внаслідок зниження гостроти зору одного або обох очей через порушення рефракції (заломлюючої здатності ока), розлади акомодатії (пристосування ока до розглядання предметів на різних відстанях) та конвергенції (зведення осей очей для бачення предметів на близькій відстані).

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

У роботах Е.С. Аветисова показано, що під впливом несприятливих умов висока і точна узгодженість діяльності обох половин зорового аналізатора може бути порушена, що призведе до розладу бінокулярного зору [2]. При косоокості зорова ось одного ока відхиляється від сумісної точки фіксації. У такому разі зображення об'єкта падають на неідентичні точки сітчаток правого і лівого ока, стають несумісними, з'являється тенденція до двоїння зорового зображення, утруднюється орієнтування у просторі. Центральна нервова система вживає активних заходів для того, щоб зображення, сприймалося з відхиленого ока, придушувалося, через що на ньому виникає функціональна скотома. Гострота зору відхиленого ока знижується, розвивається амбліопія цього ока, а функції зору виконує одне око.

Термін «амбліопія» означає такі форми ураження зору, які не мають видимої анатомічної або рефракційної основи. Найбільш частою причиною амбліопії у дітей буває косоокість, або страбізм, - не паралельність оптичних осей ока, при цьому в 80-90% випадків косоокості спостерігається різний ступінь зниження зору, тобто, поява амбліопії.

Учені Е.С. Аветисов, Є.І. Лівачов та Ю.А. Курпан вважають, що здійснення корекції амбліопії можливо при правильно організованій корекційно-педагогічній роботі з використанням спеціальних оптичних та технічних засобів корекції і компенсації, а також вправ і дидактичних завдань, що стимулюють діяльність сітківки ока для підвищення гостроти зору [3].

Таким чином, розуміння структури зорового дефекту дозволяє організувати не тільки відповідну медичну допомогу, але правильно здійснювати психолого-педагогічну корекційну роботу.

Як відомо, зоровий дефект обумовлює в цілому весь хід психічного розвитку дитини, тому необхідна спеціальна медико-психолого-педагогічна

допомога, що дозволяє заповнити недостатність зорової інформації і нормалізувати формування особистості дитини.

1.2 Особливості фізичного і функціонального розвитку дошкільників з порушенням зору

Специфіка рухової активності дітей з порушенням зору. Згідно з ученням Л.С. Виготського, при порушенні зору зберігаються ті ж закономірності розвитку, що й у дітей без зорової патології [13]. Як в нормі, так і при патології психічні функції формуються поетапно. Але у зв'язку зі зоровою депривацією, етапи формування психічних процесів можуть бути розтягнуті в часі, через сповільненість розгортання аналізу сприйняття і орієнтацією в просторі.

Вчені-дефектологи Т.А. Власова [12], М. І. Земцова [18], та ін. відзначають, що у дітей з порушеннями зору спостерігається відставання у фізичному розвитку у зв'язку з обмеженою руховою активністю.

Вперше М.І. Земцова [18], Л.С. Сековец [30] обґрунтували вплив монокулярного характеру зору на психофізичний розвиток дітей.

Зорова недостатність вже в дошкільному віці супроводжується зниженням рухової активності, що призводить до вторинних відхилень у фізичному і психічному розвитку дитини, у формуванні почуття рухових функцій. Порушення зору веде до відхилень у розвитку почуття ритму, заснованого на зоровому, слуховому, тактильному, кінестетичному сприйнятті.

Л.І. Плаксина показала ті труднощі, які є у дітей з порушенням зору при оволодінні орієнтуванням у просторі, рухами, елементарними уявленнями [24].

Л.С. Сековец досліджувала особливості відставання фізичного розвитку дітей з косоокістю і амбліопією від норми [30].

Проведені М.І. Земцовою [18] та Л.С. Сековец [30] спостереження за дітьми 6-7 років з діагнозом косоокість і амбліопія, показали зниження антропометричних показників у порівнянні з дітьми без зорової патології: у

хлопчиків зростання був нижчим в середньому на 2,8 см, у дівчаток на 4,5 см; вага у хлопчиків перевищував норму на 1,4 кг, у дівчаток на 1,5 кг.

Рухова активність дітей з порушеннями зору значно нижче, ніж у їхніх однолітків з масових навчальних закладів. У дітей з патологією зору на 78% в порівнянні з нормою знижений функціональний рівень рухового аналізатора.

Б. В. Сермеев встановив, що неповноцінний зір є недостатньо надійним засобом регуляції рухів при виконанні вправ різного характеру [31]. У зв'язку з цим, у дітей з порушенням зору в будь-якому віці спостерігається затримка розвитку всіх рухових якостей.

За даними В.Ф. Афанасьєва, у дітей з порушенням зору є відставання у фізичному розвитку і руховій підготовленості від вихованців масових шкіл [6]. Їм було показано, що найбільше відставання зростання, ваги, окружності грудної клітини наголошується в старшому шкільному віці. Порушення зору негативно позначається на розвитку м'язової сили, витривалості, швидкості рухів, швидкісно-силових якостей і т. д. Відзначено, що за показниками рухової підготовленості відставання від норми склало за показниками сили 19%, витривалості - 18%, швидкості рухів - 28% , швидкісно-силових якостей - 10%.

Внаслідок труднощів зорово-рухової орієнтації у дітей з порушеннями зору спостерігається гіподинамія, порушення постави, плоскостопість, зниження функціональної діяльності дихання і серцево-судинної системи. Відбувається відставання від однолітків у прогресі рухових функцій, якостей (гнучкості, спритності, координації, сили, швидкості, витривалості) і швидкості загального фізичного розвитку (маса тіла, довжина тіла, м'язова сила).

На основі експериментальних даних В.С. Полинкіна встановлено, що при виконанні швидкісно-силових вправ у дітей з порушеннями зору спостерігається збільшення частоти пульсу, частоти дихання, виявляються зовнішні ознаки втоми: зміна забарвлення обличчя, підвищення потовиділення, така реакція свідчить про необхідність використання індивідуально-дозованих фізичних навантажень з метою вироблення витривалості до доступних навантажень і тренування серцево-судинної та дихальної системи [27].

Оскільки у дітей з порушеннями зору, за даними В.Ф. Афанасьєва, на 4-10% знижена функціональна діяльність серцево-судинної та дихальної систем, то відхилень у серцевої діяльності (ревматизм, гіпотонія тощо) зареєстровано значно більше [6].

У дітей з порушеннями зору в зв'язку з малою рухливістю і зниженою активністю в руховій діяльності спостерігаються недоліки у розвитку м'язових зусиль, формуванні почуття ритму. Порівнюючи вікові зміни почуття ритму людей з вадами зору та дітей без патології зору, автори показують, що діти з порушенням зору відстають від норми в кожному віковому періоді, що найкраще сприйняття заданого ритму у людей з вадами зору відбувається на полісенсорній основі, за допомогою всіх видів чутливості.

Розвиваючи почуття ритму у дітей з порушенням зору можна вдосконалювати багато функцій рухового аналізатора: точність, швидкість рухової реакції, координацію.

Вивчаючи зміст корекційно-виховної роботи на уроках гімнастики Р.Н. Азарян показав, що протягом навчального року при переважному занятті гімнастикою у людей з вадами зору хлопчиків і дівчаток відбувся приріст м'язової сили на 26,6% і 20% відповідно, витривалості - на 43,1% і 42,1%, швидкості - на 32,1% і 33,2%, рухливості в суглобах - на 13,7% і 8,9%, швидкісно-силових якостей - на 36,7% і 33,7%, рівноваги - на 220,7% і 215,7% [4]. Дозування фізичних вправ на уроках гімнастики сприяє стабілізації і активізації зорових функцій, а також сприятливо впливають на вегетативну нервову систему дітей з порушеннями зору.

А.П. Павлов показав, що специфічні особливості фізичного розвитку можуть проявлятися і в різних порушеннях опорно-рухового апарату і постави. Порушення постави і ступінь їх вираженості обумовлені станом зору у дітей. Частота випадків порушень постави у дітей з порушенням зору становить 60-65% і залежить від характеру зорової патології [25].

Наприклад, при косоокості, міопії дитина змушена нахилити голову в зручне положення, щоб забезпечити краще бачення розглянутих предметів,

низько нахилити голову при русі (ходьби, бігу та ін). Крім того порушення постави у дітей є наслідком залишкових явищ родової травми, рахіту, різних парезів м'язів, ослаблення м'язової системи від частого тривалого сидіння в неправильній позі: з нахиленим у бік тулубом, опущеною головою. Порушення постави зустрічаються також з-за неправильної організації офтальмогігієнічних умов педагогічного процесу, порушення рухового режиму, відсутність спеціальних корекційних вправ, що поліпшують формування правильної постави і активізують їх рухову діяльність.

Поряд з порушенням постави у дітей зустрічаються деформації нижніх кінцівок, що виражаються в викривлення стоп. Плоскостопість у дітей з порушенням зору з'являється в результаті постійного статичного перевантаження нижніх кінцівок, через слабкість м'язів стоп, а також як наслідок часткових паралічів. Плоскостопість різко знижує опорну функцію ніг і створює загрозу для більшого уплощення. Неправильно сформовані навички в ходьбі, бігу та інших рухах, недостатня рухова активність дітей також створюють небезпеку для більшого прояву цих порушень.

Крім порушень постави і плоскостопості, у зв'язку з вадами зору у дітей порушується поза, координація, точність, швидкість руху (В.Ф. Афанасьєв [6], Б.Г. Шеремет [34]).

Для здійснення корекційної роботи з дітьми дошкільного віку важливо знати стан серцево-судинної та дихальної систем. Досліджуючи дану проблему

В.С. Полинкін зазначає, що у дітей з порушенням зору показники серцево-судинної системи дещо вище норми [27]. Середні показники ЧСС свідчать про частішання пульсу на 3-8 од. за хвилину у дітей з порушенням зору в порівнянні з нормально бачущими. Рівень максимального і мінімального тиску також вище за норму на 3-5 мм рт.ст. Аналогічні прояви спостерігаються в показниках пульсового тиску, середні величини якого вище норми на 2-4 мм рт.ст.

Специфіка рухів у дітей з порушенням зору. Діти з порушенням зору відстають у розвитку рухів від своїх однолітків (Т.В. Попова, Н.Б. Пястовалова,

О.А. Удалова [28]). При ходьбі і бігу у них спостерігається велика м'язова напруга, голова опущена вниз, рухи рук і ніг не узгоджені, стопи ніг ставляться широко, темп нерівномірний, через порушення рівноваги вони змушені зупинятися при ходьбі, при цьому втрачається напрямок.

Як показав Б.Г. Шеремет, у дітей з порушенням зору через недостатність зорового контролю й аналізу за рухом спостерігається зниження рухової активності, що призводить до складнощів формування основних параметрів у ходьбі і, перш за все, збереження прямолінійності руху [34].

За даними Л.С. Сековец, порушення прямолінійності при ходьбі пов'язані зі звуженням поля огляду через виключення одного ока з акту зору в період оклюзії при косоокості, зниження гостроти зору у людей з вадами зору [30].

Ще більші труднощі зазнають діти при ходьбі по обмеженому просторі. Відчуваючи зорові утруднення, діти все-таки спираються на зорову орієнтацію, тому ходьба характеризується більшою хвилюватістю, а лінія руху у них наближається то до однієї сторони обмежень, то в окремих ділянках заходить за них, потім знову наближається ближче до вихідної. Все це створює враження про ходьбі «з одного боку в бік». Це пов'язано з тим, що порушення стереоскопічного бачення при монокулярному зорі ускладнює просторове орієнтування, створює плоске сприйняття простору.

Порушення ходьби в обмеженому просторі викликані і зниженням гостроти зору, тому, що дитина не може простежити і відтворити рух без помилок, які проявляються в порушеннях координації рук і ніг, неузгодженості дій правої і лівої руки. Цим же пояснюється те, що рука притиснута до тулуба або ж витягнута вперед для того, щоб визначити напрямок руху під час ходьби.

У всіх видах ходьби у дітей виявлено неправильна постановка стоп. Більш ніж у 20% дітей спостерігається паралельна постановка стоп, 40% дітей стопи ставлять шкарпетками всередину, тоді як у однолітків, які нормально бачать відхилення в постановці стоп відзначаються в 15% випадків.

Своєрідність ходьби у дітей іноді викликане порушенням рівномірності при ходьбі. Рівномірність при ходьбі визначається довжиною кроку.

Встановлено, що з початку ходьби крок дітей більш рівномірний, ніж на наступних відрізках. Зниження прямолінійності, порушення рівноваги і координації, зорове стомлення викликають зниження довжини кроку. У дітей з порушенням зору довжина кроку при ходьбі у всіх вікових групах нижче за норму на 4 - 5 см. Довжина кроку у дітей в нормі дорівнює: 2 роки - 32 см, 4 роки - 40 см, 5 років - 47 см, 6 років -- 49 см, 7 років - 53 см. (дані А.А. Саркісяна [29]). Якісні порушення ходьби (прямолінійність, довжина кроку, постановка стоп, рівномірність) у дітей з порушенням зору тягнуть за собою зниження кількісних показників і роблять несприятливий вплив на формування інших локомоцій.

1.3 Порушення постави і плоскостопість у дітей з проблемами зору

Порушення постави і ступінь їх вираженості обумовлені станом зору у дітей. Частота випадків порушень постави у дітей з порушенням зору складає 60 - 65% (Л.С. Сековец [30]) і залежить від характеру зорової патології. При косоокості, міопії діти змушені нахилити голову в зручне положення, щоб забезпечити краще бачення розглянутих предметів, низько нахилити голову при русі (ходьби, бігу та ін). Крім того, порушення постави у деяких дітей є наслідком залишкових явищ родової травми, різних парезів м'язів, ослаблення м'язової системи від частого тривалого сидіння в неправильній позі: з нахиленим тулубом, опущеною головою. Порушення постави зустрічаються також з-за неправильної організації офтальмо-гігієнічних умов педагогічного процесу, порушення рухового режиму, відсутність спеціальних корекційних вправ, що поліпшують формування правильної постави і активізують їх рухову діяльність.

Аналіз характеру дефектів постави показав наявність зведених вперед і звисаючих плечей, крилоподібні лопатки, сколіотичної постави, сутулуватий, асиметричною поставою плечового пояса, ускладненою кривошиєю.

Поряд з порушенням постави у дітей були відзначені деформації нижніх кінцівок, що виражаються в викривлення стоп. Плоска стопа у дітей з порушенням зору з'являється в результаті постійної статичної перевантаження нижніх кінцівок, через слабкість м'язів стоп, а також як наслідки часткових паралічів. Дане порушення різко знижує опорну функцію ніг і створює загрозу для більшого уплощення. Неправильно сформовані навички в ходьбі, бігу та інших рухах, недостатня рухова активність дітей також створює небезпеку для більшого прояву цих порушень. Ці дані узгоджуються зі спостереженням А.П. Павлова та ін. про те, що у дітей з порушенням зору часто відзначається знижений індекс стопи (плоскостопість) і порушення постави, що пов'язують із ослабленням опорної функції сполучної тканини у цих дітей [25].

1.4 Вплив фізичних вправ на ріст і розвиток організму дітей з вадами зору

Вивчаючи вплив фізичних вправ на ріст і розвиток організму, що росте, вчені Е.В. Плаксунова та ін. відзначили, що систематичне застосування фізичних вправ і масажу активізує нервово-руховий апарат, підвищує обмін речовин [26]. На основі цих фізіологічних процесів досягаються позитивні зрушення в стані здоров'я, розвитку функцій центральної нервової системи і рухового апарату, фізичному розвитку, всього організму в цілому.

Немає ні одного органу і ні однієї системи в організмі людини, діяльність яких, за словами П.Ф. Лесгафта, не активізувалася під впливом фізичних вправ. Завдяки їм підвищується рівень та інтенсивність обмінних процесів, посилюється кровообіг, в м'язах посилюються окислювальні процеси, оскільки вони більше забезпечуються кров'ю, а відпрацьовані продукти більш активно надходять в кров і несуться нею. Робота м'язів впливає на кровообіг циліарного м'яза ока, на гостроту зору, величину поля зору.

Систематичні заняття фізичними вправами сприяють зміцненню здоров'я, шляхом зміцнення опорно-рухового апарату, поліпшення діяльності нервової і

серцево-судинної системи, органів дихання, травлення, обміну речовин, підвищення стійкості організму до дії застудного фактора. Застосування в заняттях з дітьми, що мають порушення в розвитку, різноманітних форм рухової активності в корекційно-виховному процесі не тільки сприяє становленню окремих функцій, але й забезпечує розвиток статики і локомоції. (Е.В. Плаксунова [26]).

Фізичні вправи, особливо, якщо вони організовані на відкритому повітрі, впливають на зміни у складі крові, збільшенню кількості еритроцитів і гемоглобіну. Відбувається збільшення об'єму легень, екскурсії грудної клітки, рухливості діафрагми.

Говорячи про взаємозв'язок фізичного виховання і стану здоров'я,

В.Ф. Афанас'єв зазначав, що фізичні вправи впливають на склад клітинної речовини, її фізико-хімічну структуру, тим самим змінюють реактивність клітин і роблять позитивний вплив на динаміку рухів [6].

Дослідження науковців про позитивний вплив занять фізичними вправами на розумову працездатність, показують, що систематичні фізичні вправи, ігри, прогулянки позитивно впливають на центральну нервову систему, на діяльність всіх органів і систем, попереджають стомлення і перевтому, створюють позитивний стан, тим самим поліпшують життєдіяльність і підвищують працездатність організму. У дослідженнях В.С. Полинкіна було показано підвищення працездатності в процесі фізичного виховання дітей з порушеннями зору [27].

Вивчаючи стан фізичного розвитку дітей з зорової патологією, Р.Н. Азарян [4], Л.І. Сековец [30] визначили, що під впливом фізичних вправ у дітей значно знизилася захворюваність і підвищилися показники фізичного розвитку. Було доведено, що засобами фізичної культури можна коригувати цілу низку порушень, компенсувати неповноцінність організму, поліпшити функціональний стан рухового аналізатора і сприяти підготовці дітей до навчання в школі.

1.5 Вивчення впливу фізичного навантаження на стан зору дітей

Ряд робіт присвячений дослідженню впливу дозованого фізичного навантаження на стан органу зору дітей, зокрема, людей з вадами зору школярів. Деякі автори вважають, що вправи статичного і швидко-силового характеру дітям з порушеннями зору протипоказані. Тим не менш, у практиці фізичного виховання дітей як в школах, так і в дитячих садках та в сім'ях ці вправи використовуються досить широко. Практично дітей неможливо обмежити від таких форм фізичних навантажень, тому що вони люблять бігати, стрибати, метати і лазити. Інша група авторів (Б.В. Сермеев [31], Р.Н. Азарян та А.А. Арутюнян [4]) вважають за можливе застосування в заняттях з дітьми, що мають порушення зору, дозованих фізичних вправ різного характеру і інтенсивності.

Вивчивши вплив дозованих фізичних навантажень різного силового характеру на стан основних зорових функцій у дітей старшого дошкільного віку з порушеннями зору було визначено, що найбільш сприятливий вплив на орган зору роблять вправи на витривалість помірної інтенсивності при пульсовому режимі 130-150 уд.хв.

Е.Н. Кузнєцов досліджував периферійний зір і гостроту глибинного зору людей з вадами зору, школярів у віці 12-14 років до, під час і після виконання індивідуально дозованого фізичного навантаження і встановив, що у людей з вадами зору дітей з гіперметропічною та міопічною рефракцією таке навантаження, що виконується до фази початкового зниження працездатності, не викликає помітних негативних зрушень з боку вказаних функцій [22]. Подальше виконання навантаження недоцільно, тому що супроводжується несприятливими зрушеннями з боку периферичного зору, а також більш частим погіршенням глибинного зору.

Р.Н. Азарян вивчаючи вплив вправ силового характеру на гостроту центрального зору, межі периферичного зору і внутрішньоочний тиск у 18

людей з вадами зору школярів прийшов до висновку, що виконання ними вправ силового характеру слід припиняти при перших ознаках зниження працездатності (на 3-5%) [4].

Інші вчені досліджували вплив багатьох позакласних занять з гімнастики під контролем офтальмолога на стан функцій органу зору 10 людей з вадами зору школярів і встановили, що систематичне виконання дозованих гімнастичних вправ не викликала негативних зрушень в стані їх зору.

Висновки до першого розділу

1. Огляд та аналіз літературних джерел, по фізичній реабілітації дітей дошкільного віку з порушенням зору дозволяють стверджувати, що сьогодні в навчально-виховному процесі роботи недостатньо використовуються можливості корекційної роботи з фізичного виховання з урахуванням зорових патологій дітей. Порушення зору у дошкільнят веде до відставання фізичного розвитку, рухової активності, обмежують орієнтування у просторі. Порівнюючи вікові зміни почуття ритму людей з вадами зору та дітей без патології зору, автори показують, що діти з порушенням зору відстають від норми в кожному віковому періоді.

2. Специфічні особливості фізичного розвитку були відзначені і в різних порушеннях опорно-рухового апарату і постави. Порушення постави і ступінь їх вираженості обумовлені станом зору у дітей. Частота випадків порушень постави у дітей з порушенням зору складає 60-65%. Поряд з порушенням постави у дітей з вадами зору були деформації нижніх кінцівок, що виражаються в викривлення стоп. Ці порушення зустрічалися на 60-70% частіше, ніж у дітей з нормальним зором. Крім того, порушення постави у деяких дітей є наслідком залишкових явищ родової травми, різних парезів м'язів, ослаблення м'язової системи від частого тривалого сидіння в неправильній позі: з нахиленим тулубом, опущеною головою.

3. При виконанні швидко-силових вправ у дітей з порушеннями зору спостерігається збільшення частоти пульсу, частоти дихання, виявляються зовнішні ознаки втоми: зміна забарвлення обличчя, підвищення потовиділення, така реакція свідчить про необхідність використання індивідуально-дозованих фізичних навантажень з метою вироблення витривалості до доступних навантажень і тренування серцево-судинної та дихальної систем. Подальше виконання навантаження недоцільно, тому що супроводжується несприятливими зрушеннями з боку периферичного зору, а також більш частим погіршенням глибинного зору.

4. Дослідження науковців про позитивний вплив занять фізичними вправами на розумову працездатність, показують, що систематичні фізичні вправи, ігри, прогулянки позитивно впливають на центральну нервову систему, на діяльність всіх органів і систем, попереджають стомлення і перевтому, створюють позитивний стан, тим самим поліпшують життєдіяльність і підвищують працездатність організму.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1 Методи дослідження

Керуючись теоретичними висновками про комплексне застосування методів фізичної реабілітації, ми визначились у методах дослідження, які найкращим чином відповідають цим завданням. Серед них: теоретичний аналіз і синтез. Проаналізовано 34 джерела наукової та корекційної літератури. Аналіз літератури проводився з метою вивчення впливу різноманітних методів і прийомів фізичної реабілітації на дошкільників з вадами зору.

Аналізуючи програмні документи, ми встановили, що спеціальної програми для занять з фізкультури, яка враховує діагноз та ступінь загального функціонального стану організму дошкільника немає. Найбільше уваги вченими та науковцями-дефектологами звертається на проблеми сліпих та слабозорих людей, а також навчанню школярів в спеціалізованих інтернатах, хоча загальновідомо, що дитячий організм краще піддається впливу корекційної роботи, також дуже важливе значення має рання діагностика захворювання органів зору та реабілітація (медична, психологічна та фізична).

2.2 Організація досліджень

Метод аналізу, синтезу та узагальнення результатів досліджень науковців з наукових та літературних джерел.

За допомогою теоретичних методів: аналізу, синтезу і класифікації були розглянуті та класифіковані складові структури предмету «фізична реабілітація».

Порівнюючи результати досліджень науковців було виявлено необхідність застосування засобів фізичної реабілітації при захворюваннях зору та вторинних відхиленнях (сколіоз, плоскостопість і т.д.).

На першому етапі (вересень-жовтень 2024 р.) Визначення актуальності теми, мета, завдання, предмет, об'єкт і методи дослідження.

Другий етап (листопад 2024 - червень 2025 р.) вивчалися й аналізувалися літературні дані й документальні матеріали за темою дослідження. Досліджувалися зміни в стані зору у дошкільників, та їх фізіологічний розвиток, при впливі фізичної культури (ЛФК) та масажу у дітей з вадами зору. Оформлялися 1 і 2 розділи магістерської роботи.

На третьому етапі (липень-жовтень 2025 р.) здійснено аналіз літературних джерел щодо змісту заходів і найбільш вдалих форм фізичної реабілітації у дітей з вадами зору. Узагальнено результати досліджень, зроблено теоретичний аналіз, визначено ефективність застосування методик фізичної реабілітації, підготовлені практичні рекомендації.

Четвертий етап (листопад-грудень 2025 р.) підготовка та захист кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗОРУ

3.1 Корекційні види гімнастики

Гімнастика – це комплекс спеціально підібраних вправ, які позитивно впливають на організм займаються в цілому і надають локальний вплив на окремі групи м'язів, регулюють фізіологічну навантаження.

Виходячи з цього визначається оздоровча, лікувальна і коригуюча спрямованість гімнастики, як однієї з форм організації фізичної реабілітації дітей з порушенням зору.

Специфіка видів гімнастики, що використовуються в дошкільних закладах для дітей з порушенням зору, залежала від характеру первинного дефекту і вторинних відхилень.

Характер рухів, вправ в гімнастиці, їх орієнтація на лікувально-відновний процес, взаємозв'язок з корекційно-педагогічною роботою дозволяють класифікувати наступні види гімнастики:

- а) основна гімнастика;
- б) пальчикова гімнастика;
- в) гімнастика для очей.

Корекційне значення різних видів гімнастики полягає у виправленні або послабленні недоліків психофізичного розвитку дітей з порушенням зору, формуванні життєво необхідних рухів, застосуванні рухового досвіду в практичній діяльності.

Місце різних видів гімнастики в режимі для дошкільнят визначається цілями і завданнями корекційно-розвиваючого навчання і виховання.

Основна гімнастика (ранкова гімнастика), направлена на зміцнення здоров'я дітей, формування здорового способу життя, вдосконалення основних рухових якостей. Корекційна спрямованість цього виду гімнастики

забезпечується цілеспрямованим педагогічним впливом на дитину, що зазнає труднощі в рухах. Створення комфортності (розстановка дітей, підбір вправ, предметів для орієнтації та ін) є обов'язковою умовою реалізації корекційних завдань.

Ранкова гімнастика проводилася щоденно, відповідно до методики проведення в загальноосвітніх дошкільних установах. При цьому враховувалися зорові можливості дітей та вторинні відхилення, на основі яких допускалася зміна методичних правил в організації і змісті вправ. У зміст гімнастики включалися такі побудови і перебудови, які не протипоказані дітям з вадами зору та не суперечать відновного лікування. У загальнорозвиваючі вправи включалися вправи на розвиток зорового сприйняття, корекцію вторинних відхилень. Темп виконання вправ визначалася також зорово-руховими можливостями дітей.

Пальчикова гімнастика для розвитку дрібної моторики дітей з вадами зору напряду пов'язана з розвитком розумових здібностей. Необхідність розвитку тонких рухів пальців рук давно визнана педагогами (Коноваленко В.В., Коноваленко С.В.) [21]. Але практики з прикрістю відзначають, що ефект тренування тонкої моторики не настільки вже й великий.

Розглянемо звичний набір занять з розвитку дрібної моторики: плетіння, ліплення, нанизування на нитку намистин, кілець, шнурівка, мозаїка, вирізання з паперу та картону, вимальовування різних візерунків. При виконанні цих видів діяльності використовуються в основному руху перших трьох пальців, тих, що постійно активні і в побуті, і в спілкуванні. Вони складають «соціальну зону руки». Два останніх пальця - безіменний і мізинець - знаходяться поза соціальної зони і в повсякденній діяльності зазвичай пасивні.

У заняттях з розвитку тонкої моторики в основному використовуються руху стиснення, лише зрідка розтягування і майже ніколи - розслаблення. Це може призвести до зайвого підвищення тону пальців дитини.

Для різнобічного гармонійного розвитку рухової функції кисті руки необхідна тренування всіх 3 типів складових: стиснення, розтягування і

розслаблення, дотримуючись медичної термінології - поєднання поперемінного скорочення і розслаблення м'язів згиначів і розгиначів. Для отримання максимального результату ми побудували вправи таким чином, щоб поєднувалися стиск, розтяг, розслаблення кисті; використовувалися ізольовані рухи кожного пальця.

У літературі немає єдиного поняття, що визначає діяльність пальців руки. В еволюції цього терміна простежуються: гімнастика для рук, пальчикові ігри та вправи, пальчиковий ігротренінг, пальчикова гімнастика. Остання найбільш значима для організації корекційної роботи з дітьми з порушенням зору.

Основною формою організації дітей з розвитку дрібної моторики є пальчикова гімнастика - система спеціальних вправ та ігор, об'єднаних у комплекси.

До використання спеціальних ігор та вправ існують різні підходи.

Відповідно до міжнародних класифікацій ігор, що поєднують рухи пальців з короткими ритмічними віршиками, поділяються на два типи. Перший - власне пальчикові ігри, сидячі. Другий - ігри, які, крім діяльності тонких моторних, включали рухи всього тіла, стрибки, біг на місці, рухи рук, ніг, голови. Класифікація ця досить умовна. Фольклорні ігри мають безліч різних версій. Текстів можуть супроводжувати різні рухи і навпаки.

Особливе значення мають ігри, що використовують одночасні і однотипні рухи рук, спрямовані на розвиток узгодженості та координації дій. Різноманітні рухи вимагають більш високого рівня регуляції і не можуть бути використані при засвоєнні першими.

Корекційна спрямованість пальчикових ігор та вправ полягає в тому, що вони вирішують комплексне завдання розвитку рухів, психічних процесів і особистості в цілому. Вони також надають загальнозміцнюючий вплив на організм дитини і підвищують працездатність м'язів, скорочують терміни адаптації до виконання фізичних навантажень, сприяють засвоєнню дітьми різного ритму, автоматизують узгоджену діяльність рук у дітей. Спеціальні вправи з розвитку тонких рухів пальців рук поліпшують рухливість м'язів,

сприяють об'єднаній роботі кистей рук, удосконалюючи їх координацію, тим самим сприяють зміцненню загального стану здоров'я дітей. Крім того, заняття з корекції тонких рухів пальців рук дозволяють дітям успішно оволодіти основами координаційних механізмів, у складних моторних актах перенести координаційні відносини, якими вони оволоділи в процесі індивідуальних занять, у фронтальні форми роботи і широко застосовувати їх у повсякденному житті.

Одночасні дії рук педагога і дитини стимулюють якісне виконання завдань.

Слід підкреслити, що принцип роботи над всіма фізичними і фізіологічними властивостями тонких рухів пальців рук одна: ніякого насильства, імпровізація, зацікавленість, бачення та уява, асоціації, мовні накази (словесні подразники), мовний слух, довільна увага, пам'ять, конкретність завдань і цілей; несподіванка і новизна прийомів. Ігрові прийоми і вправи не можуть набридати, тому вони завжди цікаві і бажаними для дітей. У роботі з дітьми враховувалася мета такої роботи - це не механічна тренування якихось рухів і рухових дій, а планомірне і систематичне навчання новим руховим діям.

Народні пальчикові ігри складають основу корекції порушень точної моторики, що дуже важливо у використанні ізольованих рухів кожного пальця.

Ігри та вправи з пальчиками під музику, як один із прийомів арт-терапії, широко застосовувалася в гімнастиці. Такий вид самовираження дозволив ексцентрувати внутрішню напруженість тонких рухів пальців рук, посилив внутрішні позитивні процеси, спрямовані на одужання. Спеціально підібрана музика змінювала характер руху пальчиків і додавала їм впевненості. (Див. Додаток А.)

Гімнастика для очей. Вперше поняття «гімнастика для очей» визначено

Е.С. Аветісовим, Є.І. Лівадо, Ю.І. Курпан [3]. Фізичні вправи в поєднанні зі спеціальними вправами м'язів ока є ефективними для профілактики порушень зору, а також для розвитку рухливості очей та відновлення бінокулярного зору.

Тому що в період оклюзійної лікування дитина «працює» тільки амбліопічним оком, якій властиво більш швидке стомлення в порівнянні зі здоровою, то і стомлення у цих дітей настає раніше, ніж у нормально бачать однолітків. У зв'язку з цим вони гірше засвоюють матеріал на заняттях. Сприйняття його стає неповним, інтерес дитини до занять знижується, самопочуття його погіршується, а працездатність падає.

Спеціальні вправи для очей були внесені в різні форми занять з фізичної культури, і перш за все в структуру фізкультхвилинок. Виконання загальнорозвиваючих вправ у поєднанні з рухами очей мало загальнозміцнюючу вплив на організм ослабленого дитини, виконувало профілактичну, тренують і відбудовну функцію для очей.

Спеціальні вправи для очей, розроблені Е.С. Аветісовим, Ю.А. Курпан, Є.І. Лівадо [3], Е.І. Ковалевським [19], ефективно використовувалися в роботі з дітьми при монокулярному характері зору, крім вправ, пов'язаних з натисканням пальцями на очі, масажування їх руками.

Для більш чіткого сприйняття вправ для очей застосовувалися віршовані форми словесних підказок, які містили основну мету вправи - зосередження погляду на предметі, переведення погляду з одного предмета на інший, фіксацію поглядом дій рук, послідовне простежування, зорову орієнтування в навколишньому просторі. Гімнастика для очей сприяла більш швидкому відновленню працездатності, ефективному засвоєнню навчального матеріалу, активізації, вправі і відновлення зору при косоокості і амбліопії. Імітаційні дії очима, головою в супроводі віршів позитивно позначалися на емоціях дітей, діяльності очей, активності дитини в цілому.

При проведенні вправ для очей широко використовували різні орієнтири (кольорові кульки, ковпачки, матрьошки, дзвіночки тощо), які діти можуть надягти на палець руки. Їх використання дозволило вправляти дошкільників в зосередженні погляду на нерухомому і предметі що рухається. Крім того, діти з монокулярним зором більш усвідомлено виконували окорухові дії за конкретним предметом, ніж просто за пальцем, при цьому не напружуючи зір.

У вправах для очей, дається опис вихідного положення, виконання та дозування вправ. Найбільш вдалі (див. Додаток Б).

3.2 Особливості проведення рухливих ігор з дітьми з проблемами зору

Рухливі ігри для дітей з порушенням зору мають величезне значення не тільки як засіб розвитку збереженої функції, навичок орієнтування у просторі, вдосконалення рухів, вміння бігати, стрибати, метати і т.д..

У процесі гри дитина вчиться досягати успіху, підпорядковувати свої бажання правил гри. Ефективне вирішення завдань гри сприяє подоланню дефектів зору, його компенсації (Д.М. Маллаєв [23]). Спеціальних рухливих ігор для дітей з порушенням зору немає, вони грають у ті ж ігри, що і нормально бачучі дошкільнята.

Як вже зазначалося вище, для дітей існує ряд протипоказань щодо виконання окремих вправ, рухів. Ці протипоказання слід враховувати і при організації рухомий гри. У зв'язку з цим необхідний ретельний індивідуальний підхід до дітей, які беруть участь у грі, що визначає їх роль і ступінь фізичного навантаження.

При виборі ігор ми враховували вікові особливості дітей, їх розвиток, фізичну підготовленість, зорові порушення.

Особливу увагу звертали на дітей, що мають вторинні порушення (порушення опорно-рухового апарату). Обережно залучали до тих ігор, де були потрібні психічні навантаження, швидка зміна положення тіла в просторі і складна рухова координація.

У цих випадках строго індивідуально дозувати навантаження, тактовно, без утиску гідності дитини. Не допускаючи дитини до гри, його залучали до суддівства, до допомоги (пропонуючи допомогти розставити інвентар, зібрати його, вести підрахунок очок у старших групах, стежити за виконанням правил грають і т.д.). З огляду на труднощі зорового сприйняття і порушення рухів у дітей було важливо, щоб гра була добре організована і роз'яснена.

У момент пояснення гри дітям краще знаходитися в тому стані, з якого гра починається. Педагог повинен стояти так, щоб його добре бачили й чули діти. Наприклад, діти стоять у колі, педагогу слід перебувати з ними в колі або на відстані кроку у напрямку до середини кола. Якщо гра починалася врозтіч, дітей будували в шеренгу.

При організації рухливих ігор не можна шикувати дітей обличчям до сонця або вікон. Яскраве світло «сліпить» дітей, увага їх розсіюється. Починати гру по умовному сигналу (свисток, оплеск, команда, удар в бубен та ін), про що заздалегідь діти попереджаються. Під час гри уважно стежити за поведінкою тих, що грають, за дотриманням правил гри. У процесі гри робити зупинки з тим, щоб зняти напругу, уникнути перевтоми, використовуючи цей час для аналізу гри.

За діяльністю дітей у грі, як і інших формах роботи, повинен здійснюватися суворий контроль та індивідуальне дозування їх навантаження: зменшуватись дистанція, кількість повторень, час перебування в грі, полегшуватись завдання, обмежуватись руху.

В організації рухливих ігор враховувалися наступні особливості дітей з порушенням зору: рівень рухової підготовленості, стан здоров'я, зорові можливості. З урахуванням цього нами класифіковані рухливі ігри наступним чином:

1. Ігри на подолання порушень постави.

До них відносяться ігри, пов'язані з великою рухливістю, лазіння, повзання, випрямлення.

2. Ігри на подолання плоскостопості: ігри невеликої рухливості, метою яких є розвиток рухливості стоп, різні перекочування циліндрів, перенесення дрібних предметів з одного місця на інше, ходьба по олівцям, ходьба по м'якому шнуру босоніж.

3. Ігри на розвиток правильного положення голови: нахил, поворот голови, фіксація в певному положенні, утримання мішечка на голові, його перенесення.

4. Ігри на розвиток координації рук і ніг: включають одночасні, по чергові рухи рук і ніг.

5. Ігри на розвиток просторового орієнтування:

- ігри на орієнтування в мікропросторі;
- ігри на орієнтування у великому просторі.

6. Ігри на розвиток рівноваги, що включають вправи на збереження стійкого положення тіла.

7. Ігри на розвиток бінокулярного зору:

- при збіжній косоокості;
- при розбіжній косоокості.

8. Ігри для розвитку окорухового апарату.

9. Ігри для відпочинку очей.

10. Ігри для розвитку рухових якостей (швидкості, витривалості, сили, спритності, стрибучості, гнучкості).

11. Ігри на вправи в основних рухах (ходьба, біг, лазіння, стрибки, метання).

12. Ігри на розвиток рухово-відчутних відчуттів.

Всі ігри передбачали виховання таких якостей особистості дитини з порушенням зору: сміливість, активність, наполегливість, спілкування, соціальна адаптація.

В іграх дітей з амбліопії і косоокістю широко використовували спеціальне обладнання: м'ячі, пофарбовані в один колір, оранжевий, червоний, жовтий, зелений, найбільш сприятливо впливають на сітківку ока, розмір зорових орієнтирів в іграх добирався з урахуванням зорових можливостей дітей; широко використовувалися індивідуальні зорові орієнтири у вигляді кольорових геометричних фігур.

У рухливих іграх не допускався зустрічний біг, різкі зупинки під час бігу, не дозволялося триматися один за одного під час руху.

Доцільно ще раз підкреслити, що діти бояться великої кількості учасників гри, відчувають страх перед майбутньою швидкістю пересування, боячись

розбити очки. Разом з тим з метою розвитку комунікативних умінь колективні рухливі ігри необхідні. При їх проведенні враховувалися педагогічна доцільність вимог:

1. Відпрацювання необхідних рухів заздалегідь.
2. Включення в гру тільки підготовлених дітей.
3. Відбір матеріалу для гри з урахуванням зорового захворювання.

Для дітей з сходящою косоокістю використовувалися ігри, які вимагають напрямки погляду вгору, далечінь, з розбіжною косоокістю - ігри з напрямком погляду вниз і поблизу.

Напрямок погляду вниз і поблизу викликає напругу конвергенції і зведення зорових осей, тому ігри в основному підбиралися і проводилися з напрямком погляду вниз і поблизу.

Напрямок погляду вгору і вдалину сприяє дивергенції, тому на заняттях з дітьми, що страждають сходящою косоокістю, підбиралися вправи, пов'язані з направленням погляду вгору і в далечінь.

3.3 Профілактика короткозорості

Встановлено ефективність фізичних вправ у профілактиці короткозорості. Так, був розроблений спеціальний комплекс, що включає чотири компоненти:

- 1) ранкову гігієнічну гімнастику;
- 2) лікувальну гімнастику з вправами дихального і загального типу, що містить ходьбу, біг, рухливі ігри, маніпуляції з м'ячем (різних за розміром та гладкістю поверхні), гімнастичними палицями, кулями, мішечками з піском;
- 3) спеціальні вправи для очей - руху очей в сторони, переведення погляду з близького на далекий об'єкт;
- 4) масаж і самомасаж шиї.

Було встановлено, що циклічні фізичні вправи (біг, плавання, ходьба на лижах) помірної інтенсивності (ЧСС 100-140 уд / хв) у поєднанні з гімнастикою для очей у дівчат 15-17 років з короткозорістю середнього ступеня не тільки

підвищують загальну витривалість, а й покращують стан органів зору. Застосування цієї методики, як показали дані дослідження, сприятливо діє на гемодинаміку і акомодативний апарат очей, підвищує кровоток в оці через деякий час після навантаження і сприяє підвищенню працездатності цилиарного м'яза.

Теоретичні та експериментальні дослідження показали, що біомеханічна стимуляція у поєднанні зі спеціальними фізичними вправами може успішно застосовуватися у вдосконаленні і відновленні зору що займаються фізкультурою і спортом. Пропонується в якості основних вправ для корекції зору використовувати напругу м'язів лоба, скроні, носа, кругового м'яза ока і м'язів очного яблука в поєднанні з біомеханічною стимуляцією. Розроблена методика біомеханічної стимуляції дозволяє поліпшити центральний і периферичний зір спортсмена, попередити погіршення зору і швидко відновити його у випадку втрати в результаті великих фізичних навантажень. Ця методика сприяє підвищенню влучності рухів. Зокрема експеримент з баскетболістами підтвердив можливість методом біостимуляції підвищити точність штрафних кидків.

Запропоновано спеціальні вправи, що знімають стомлення очей (В.А. Єпіфанов, Г.Л. Апанасенко [17]). Розроблено комплекс загальних і очних вправ для фізкультпаузи на уроках у школі.

Запропоновано спеціалізовані зорові вправи та ігри, які можна застосовувати як на уроках фізичної культури, так і в процесі фізкультурно-оздоровчих заходів у режимі навчального та продовженого дня. Ці вправи знімають зорове напруження і стомлення, розслабляючи зовнішні і внутрішні м'язи ока, покращують кровообіг очей і циркуляцію внутрішньоочної рідини. Також вони допомагають стабілізувати та направлено підвищувати рівень зорової (акомодативної) витривалості. В основу ігор покладені два провідних принципу тренування очей (за Е.С. Аветісовим) [2]: перший - "розгойдування" акомодативної, другий - релаксація (зменшення напруги).

3.4 Масаж як засіб фізичної реабілітації дітей з вадами зору

Показання: травма очей, опік обличчя та очей, контрактура і судоми м'язів ока, хронічні запальні захворювання вік, зтяжний катаральний кон'юнктивіт, початкова стадія паренхіматозного кератиту, склерит, епнсклеріт, помутніння рогівки, кришталика і скловидного тіла, травматична катаракта, глаукома, кераталгія, катаракта, невралгія в області очниці, ксерофтальмія, слъозотеча, серозний тенотіт, після пластичних операцій.

В даний час в офтальмологічній практиці застосовують місцевий масаж, який надає безпосередній вплив на хворий орган - око, і сегментарно-рефлекторний масаж для загального впливу на організм, на його центральну і вегетативну нервову систему для підняття загального тону організму, підвищення опірності і пристосовності його для боротьби з місцевим патологічним процесом в оці. Для більш ефективного використання масажного методу місцеві впливи на хворі тканини ока поєднують із загальними сегментарно-рефлекторними впливами, застосовують спеціальну окорухових гімнастик

План масажу: вплив на паравертебральні зони спинномозкових сегментів (Du-Civ) масаж голови, шиї, обличчя та комірцевої зони. Сегментарно-рефлекторний масаж надає рефлекторне стимулювання і передбачає використання слабких впливів, що сприяють зняттю емоційної напруги, напруги м'язів обличчя, голови, шиї, плечового пояса, ослабленню больового синдрому, стимулювання кровообігу і лімфотоку, розсмоктуванню патологічних продуктів запалення тканин, набряків, поліпшення трофічних і регенеративних процесів.

Відповідно з виявленими супутніми захворюваннями і синдромами в план сполучнотканинного масажу вносилися додаткові лінії, спрямовані на їх усунення. Огляд та пальпація покривних тканин у даної групи хворих дозволили виявити ущільнення сполучної тканини у всіх зонах голови, особливо в міжлопатковому, у вигляді горбистість, а також в області шиї і

задній кордону волосистої частини голови, де ущільнення сполучної тканини нагадувало тяж. Крім того, припухлості та больові точки визначалися в області чола, перенісся, надбрівних дуг, скронь, волосистої частини голови.

У другій половині курсу масажу ці болючі точки і припухлості, як правило, зникали або зменшувалися в розмірах і кількісно. Лікування сполучнотканинними масажем проводиться з метою нормалізації вегетативного тону, ліквідації спазму судин, що постачають кров'ю орган зору, гальмування прогресування очного захворювання. У період лікування хворі відзначають поліпшення загального стану, більш швидке засвоєння навчального матеріалу, підвищення пам'яті, уваги, зменшення або зникнення головних болів, нормалізацію сну - зникнення сонливості вдень, швидке засинання і спокійний сон вночі. З боку основного захворювання вдається досягти позитивних результатів: незначно поліпшити гостроту зору, розширити поля зору, зменшити спазм судин очного дна.

За час лікування масажем сполучної тканини зі спостереження окуліста у хворих прогресування патологічного процесу не спостерігалось. Слід зазначити, що масаж сполучної тканини потрібно проводити на основі раціонального харчування, яке повинне бути різноманітним з великою кількістю вітамінів.

Техніка масажу сполучної тканини при захворюваннях очей і синдромах зорових порушень: на перших трьох-чотирьох процедурах у вихідному положенні хворого сидячи або лежачи, масажу піддаються наступні області: крижово-клубові зчленування і крижі, гребінь клубової кістки, найширша м'яз спини. На наступних процедурах, план лікування розширюється додаванням області бічній поверхні грудної клітки і спини: трикутне простір, лопатки, трапецієподібні м'язи, паравертебральні лінії в шийному відділі хребта. Впливу на реактивні точки в області плечового поясу з успіхом можуть бути включені в план масажу при частковій атрофії зорових нервів і пігментного дегенерації сітківки. Надалі масажується: задня межа волосистої частини голови, розтягування потиличної зв'язки, верхня вийная лінія, латеральний край

грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. При поєднанні зорових і слухових порушень масажу підлягають області нижнього краю нижньої щелепи, виличні дуги і виличні кістки.

Після чого включаються наступні анатомічні області: шви черепа, скроневі лінії, перенісся, надбрівні дуги, передня межа волосистої частини голови, лоб. Процедура сполучнотканинного масажу закінчується довгими рухами по вентральній поверхні тіла і вздовж клубової-великогомілкової тракту. Впливу на реактивні точки області плечового поясу: впливом на реактивні точки плечового поясу досягається підвищення васкуляризації органу зору, головного мозку, а також комірцевої зони та верхніх кінцівок. Перша реактивна точка розташована в області підключичної ямки на 3-4 сантиметри нижче середини ключиці. Вплив здійснюється середнім і безіменним пальцями, поміщеними глибоко в м'які тканини підключичної ямки, воно спрямоване до середини ключиці і здійснюється у швидкому темпі фасціального технікою сполучнотканинного масажу. Вільна рука масажиста фіксує м'які тканини на 1-2 сантиметри нижче місця проекції першої реактивної точки. Рух повторюється 2-4 рази на кожній з симетричних точок.

Друга реактивна точка розташована в куті між акроміальним кінцем ключиці і дзьобоподібним відростком лопатки. Вплив здійснюється середнім і безіменним пальцями масажиста в латеральному напрямку. На кожну симетричну точку впливають 2-4 рази, при цьому хворий відчуває гостру колючі біль. На реактивні точки плечового поясу впливають у вихідному положенні хворого сидячи або лежачи, масажист стоїть позаду хворого або сидить у головного кінця масажного столу.

Висновки до третього розділу

1. Розвиток зорового сприйняття доцільно здійснювати в тісному взаємозв'язку з лікувальною, відновлювальною та педагогічною роботою. Активізацію зорових функцій необхідно проводити через активну рухову

діяльність дітей, причому формування різних способів сприйняття рухів повинно протікати при опорі як на зорові, так і слухові і кінестетичний функції.

2. Результати роботи з дітьми з розвитку зорового сприйняття при оволодінні рухами залежать від ряду умов: створення комфорту для зорових функцій, правильності побудови навчання з урахуванням особливостей дітей з порушенням зору, індивідуально-диференційованого підходу, забезпечення пропедевтичної навчання, емоційного позитивного ставлення до занять, обліку стану здоров'я дитини в день заняття, його бажання.

3. Спеціальні вправи для очей, розроблені ефективно використовувалися в роботі з дітьми при монокулярному характері зору.

4. Спеціалізовані зорові вправи та ігри знімають зорове напруження і стомлення, розслабляючи зовнішні і внутрішні м'язи ока, покращують кровообіг очей і циркуляцію внутрішньоочної рідини. Також вони допомагають стабілізувати та наведено підвищувати рівень зорової (акомодативної).

5. Для більш ефективного використання масажного методу місцевого впливу на хворі тканини ока його поєднують із загальними сегментарно-рефлекторними впливами і застосовують спеціальну окорухову гімнастику.

ВИСНОВКИ

1. Огляд та аналіз літературних джерел, педагогічні спостереження за дітьми дошкільного віку з порушенням зору дозволяють стверджувати, що сьогодні в навчально-виховному процесі роботи недостатньо використовуються можливості корекційної роботи з фізичного виховання з урахуванням зорових патологій дітей. Порушення зору у дошкільнят веде до відставання фізичного розвитку, рухової активності, обмежують орієнтування у просторі.

2. Специфічні особливості фізичного розвитку були відзначені і в різних порушеннях опорно-рухового апарату і постави. Порушення постави і ступінь їх вираженості обумовлені станом зору у дітей. Частота випадків порушень постави у дітей з порушенням зору складає 60-65%. Поряд з порушенням постави у досліджуваної групи дітей були деформації нижніх кінцівок, що виражаються в викривлення стоп. Ці порушення зустрічалися на 60-70% частіше, ніж у дітей з нормальним зором.

3. Необхідні компоненти для фізичної реабілітації дітей з вадами зору такі: комплексний підхід до організації фізичного виховання дітей дошкільного віку; організована корекційно-педагогічна середа в процесі фізичного виховання дітей з порушенням зору; врахування особливостей зорового сприйняття у дітей в процесі фізичного виховання; сегменторний та загальний масаж; корекційно-спрямовані заняття з фізичного виховання в дошкільному закладі; організований лікувально-педагогічний контроль на заняттях з фізичної культури.

4. Розвиток зорового сприйняття доцільно здійснювати в тісному взаємозв'язку з лікувальною, відновлювальною та педагогічною роботою. Активізацію зорових функцій необхідно проводити через активну рухову діяльність дітей, причому формування різних способів сприйняття рухів повинно протікати при опорі як на зорові, так і слухові і кінестетичні функції.

5. Вивчаючи літературу, ми дійшли до висновку, що для людей з вадами зору виконання ними вправ силового характеру слід припиняти при перших

ознаках зниження працездатності (на 3-5%), а систематичне виконання дозованих гімнастичних вправ не викликає негативних зрушень в стані їх зору.

6. Під впливом фізичних вправ у дітей значно знизилася захворюваність і підвищилися показники фізичного розвитку. Було доведено, що засобами фізичної культури можна коригувати цілу низку порушень, компенсувати неповноцінність організму, поліпшити функціональний стан рухового аналізатора і сприяти підготовці дітей до школи.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі аналізу методично-наукової літератури та вивчення передового досвіду, можна стверджувати, що в ігровому методі корекції проблем зору доцільно ігри розділити за наступними класифікаціями (за діагнозами та способом дії на дошкільника). Усі рухливі ігри можна класифікувати за такими ознаками:

1. За змістом та складністю

1. Складні ігри з елементами спортивних ігор:

- футбол;
- хокей;
- волейбол;
- городки;
- настільний теніс;
- бадмінтон;

2. Елементарні ігри з правилами

Сюжетні- це ігри в яких є сюжет, ролі і всі рухи та дії зумовлені правилами ("Гуси-Лебеді", " У ведмедя у бору", " Сонечко" та ін.);

Безсюжетні- це ігри, де немає сюжету, ролей, виконуються певні дії згідно з правилами. До них відносяться:

- ігри типу квача;
- ігри з предметами (м'чем, кеглями тощо);
- більшість ігор змагань і естафет.

Ігри-забави - в них переважають нескладні завдання з основними рухами, які виконуються у незвичних кумедних умовах ("Збери ложкою картоплю", " Відкуси шматочок", "Займи вільний стілець" тощо).

2. За видом основного руху

1. Ігри з ходьбою (" у лісочку на горбочку")
2. Ігри з бігом ("Квач", " Два морози" та ін.)
3. З елементами рівноваги (" Переправа")

4. Ігри зі стрибками ("Горобці-стрибунці, "Журавель і жабки " та ін..)
5. Ігри з повзанням ("Пожежники на навчанні")
6. Ігри з метанням, киданням, ловлею ("Мисливці і звірі")
3. За ступенем фізичного навантаження

1. Ігри великої рухливості - це ігри, де беруть участь всі діти і гра побудована на рухливості великої інтенсивності (біг, стрибки) - "квач".

2. Ігри середньої рухливості - діють всі діти, ці ігри можуть бути побудовані на меншій інтенсивності рухів (повзання) в ній часто чергуються більш і менш інтенсивні (кидання, ходьба, стрибки) - "Лови, кидай, впасти не давай", "По рівненькій доріжці".

3. Ігри малої рухливості - беруть участь всі діти, гра побудована на мало інтенсивних рухах (ходьба, лазіння, кидання). Також сюди відносяться такі ігри в яких одна чи декілька дітей можуть інтенсивно рухатись, а іншу або стоять, або мало рухатися промовляючи слова. Наприклад до таких ігор відносяться більшість хороводів: "Подольночка", "Літала сорока", "Третій зайвий" та ін.

Класифікація вправ та ігор для корекції порушень зорових функцій

I. Вправи та ігри, що замінюють апаратне лікування, що використовуються в процесі фізичного виховання

Мета: Безперервне спостереження очима за рухами предметів.

1. Слідування за миготливими лампочками на світловому лінійному табло (справа - наліво; ліворуч - праворуч, знизу - вгору; зверху - вниз).

2. Закидання м'яча в кільце.

3. Метання м'яча в ціль (використовуються індивідуальні ручні кільцекиди).

4. Настільний баскетбол.

5. Настільний теніс.

6. «Слідкуй за маятником».

7. «Підкинь кільце і злови»

II. Вправи та ігри, що використовуються при збіжної косоокості

Мета: Розслабити конвергенцію, розвивати напрямок погляду дитини в далечінь і вгору

- 1.Запали ліхтарик.
- 2.Підкинь вгору повітряну кулю.
- 3.Найди кулю (велику, маленьку).
- 4.Підкинь м'яч - злови.
- 5.Хто далі кине предмет.
- 6.Чий м'яч котиться в кільце.
7. Дістань предмет.

ІІІ. Вправи та ігри, що використовуються при розбіжній косоокості

Мета: Посилити акомодацию, розвивати напрямок погляду зблизька і вниз

- 1.Побудуй піраміду.
- 2.М'яч об підлогу.
- 3.Склади малюнок з мозаїки.
- 4.Лоток з кулями.
- 5.Настільний більярд.
- 6.Ігри «Ближче - далі».
- 7.Настільний баскетбол.
- 8.Прокочування м'яча один одному.
9. Перенеси предмет.

ІV. Вправи та ігри для розвитку стереоскопічного і глибинного зору

Мета: Закріпити бінокулярний зір, виробити стереоскопічне бачення

- 1.Попади у ворота.
- 2.Збий кеглю.
- 3.Накинь кільце.
- 4.Надінь кульки на стрижень.
- 5.Гра «Кільцекид» (напільний, настільний).
- 6.Городки.
- 7.Баскетбол.
- 8.Волейбол.

V. Вправи та ігри, що підвищують рефлекс фіксації і гостроту зору

Мета: Сприяти підвищенню гостроти зору, фіксації, кольоророзрізненню.

1.Ігри з настінною мозаїкою.

2.Знайди фігуру (класифікація геометричних фігур за формою, кольором, розміром).

3.Знайди опорні точки.

4.Пройди по лабіринту.

5. Виконай рухи за схемою-малюнком.

6.Виконай завдання на мікроплощині - перенеси в великий простір.

Вправи та ігри для корекції зорових порушень у дітей

Ігри з м'ячем для дітей при розбіжним косоокості

1.Прокочування м'яча у ворота.

2.Прокочування м'яча навколо кеглів.

3.Прокочування м'яча навколо кубів.

4.Перекочування м'яча один одному, закріплюючи напрямок (вправо, вліво, прямо).

5. Скочення м'яча з височини (похила дошка, гірка).

6.Закинь м'яч у відерце, лунку (перпендикулярно).

7. Відбивання м'яча від підлоги (стоячи, ходячи по кімнаті, стрибаючи) з віршами.

8.Прокоти м'яч назад (індивідуально та колективно).

9.Закинь м'яч у кошик з відстані.

10.Відштовхни м'яч від себе.

11.Прокоти м'яч навколо себе (не зрушуючи з місця).

12. Підкоти м'яч ногами (сидячи на підлозі).

13. «Штовхай головою м'яч» (ходьба на колінах, спираючись на руки).

14.Футбол.

15.Проведи м'яч ногою (дається певна відстань).

16.Докати м'яч ногою (дається певна відстань).

17.Збий кеглі (прокочуючи).

Ігри з м'ячем для дітей при розбіжній косоокості

1. Кидання та ловіння м'яча (один одному).
2. Підкидання м'яча вгору і ловіння самотійно (з ударами).
3. Кидання об стіну і ловіння відскочившого м'яча.
4. Передача м'яча над головою (в колоні, сидячи, стоячи).
5. Закидування м'яча в кільце.
6. Гра з м'ячем через сітку.
7. Кидання та ловіння м'яча через мотузку, натягнуту вище зросту дитини.
8. Закотити м'яч на гірку (дошку або будь-який піднесений предмет).
9. Попади м'ячем у ціль (рухому і нерухому).
10. Збий кеглю або іншу іграшку (кидаючи).
11. Чий м'яч вище підлетить.
12. Піймай кульку (на вудку).
13. Кто першим принесе м'яч (кидати можна вгору і в далечінь).
14. Кто далі кине м'яч.
15. Кидання м'яча через обруч.
16. Бадмінтон.
17. М'яч - чирик

При проведенні лікувального масажу, доцільно дотримуватись певної послідовності та методики, для найбільш ефективного впливу на орган зору у дошкільнят.

Методика. Спочатку проводять ніжне поверхнєве погладжування волосистої частини голови, шиї і областей надпліччя (верхніх країв трапецієподібних м'язів), потім широкими пасами, по 3-4 рази на кожній ділянці.

Масаж паравертебральних зон від нижележащих сегментів до вищерозміщених сегментами (Dn-Civ) - глибоке погладжування, розтирання, розминання. Масаж трапецієподібних м'язів: площинне і обхоплює поглажування, напівкругні розтирання подушечками пальців, долонної поверхнею та опорної частиною кисті, ніжне пиляння розминання верхніх країв

трапецієподібних м'язів (поздовжнє, поперечне) вібрація (потряхивання, пунктірованіє подушечками кінцевих фаланг III-V пальців), масаж лопаткових і міжлопатковому областей.

Масаж широкими штрихами волосистої частини голови: обхвачують поверхнєве і глибоке погладжування, паралельно, двома руками або послідовно, в напрямку від чола до потилиці, від тім'я до завушній області. Граблеобразное розтирання подушечками пальців шкіри черепа, напівкругні рухами обходячи всю поверхню волосистої частини голови. Розтирання подушечками пальців надчерепної м'язи і м'язів вушних раковин. Перебої в ніжнє натискання, обхвачувавши голову з обох сторін долонями і кінцями граблеобразно розставлених пальців. Глибоке погладжування опорною поверхнею кисті двома руками паралельно від скроневих областей, дугоподібно обминаючи зверху вушні раковини, до соскоподібного відростка і до кутів нижньої щелепи. Кожен прийом виконують 3 - 4 рази.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аветисов Е. С. Охорона зору дітей. Харків: Ранок, 2005. 280 с.
2. Аветисов Е. С., Ковалевский Е. І., Хватова А. В. Керівництво з дитячої офтальмології. Харків: Ранок, 2007. 496 с.
3. Аветисов Е. С., Лівадо Є. І., Курпан Ю. А. Фізична культура при короткозорості. Київ: Пороги, 2013. 80 с.
4. Азарян Р. Н. Фізичне виховання сліпих і слабозорих школярів в режимі дня. Донецьк: ВОС, 2017. 115 с.
5. Акімова А. К., Зубов В. А. Рухова активність і морфофункціональні особливості дітей з патологією органа зору. *Фізична культура в школі*. 2013. С. 94-96.
6. Афанас'єв В. Ф. Дослідження рухової функції у дітей з різною гостротою зору. Матеріали 6 наук. сесії з дефектології . К., 2021. С. 27-28.
7. Богуславська З. М. Розвивальні ігри для дітей молодшого дошкільного віку. Запоріжжя: ФОН, 2019. 206 с.
8. Бунін А. Я. Гемодинаміка ока та методи її дослідження. К.: Медик, 2011. 196 с.
9. Вавіна Л. С. Навчання та реабілітація дітей і молоді з порушеннями зору. *Дефектологія*. 2017 . № 3. С. 39-41.
10. Велика медична енциклопедія. К.: 2018, Т. 8. С. 1429.
11. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. К.: Освіта, 2008. 80 с.
12. Власова Т. А., Певзнер М. С. Діти з порушеннями зору. К.: Просвіта, 2003. 146 с.
13. Виготський Л. С. Основи дефектології. *Питання психології*, 2003. 3, С. 76-86.
14. Виготський Л.С. Гра і її роль у психологічному розвитку дитини. *Питання психології*. 2006. 6, С. 62-76.

15. Григор'єва Л. П., Сташевський С. В. Основні методи розвитку зорового сприйняття у дітей з порушенням зору. К.: Просвіта, 2010. 59 с.
16. Григорян Л. А., Кащенко Т. П. Комплексне лікування косоокості і амбліопії в поєднанні з медико-педагогічними заходами в спеціалізованих дошкільних установах. К.:Медик, 2004. 33 с.
17. Єпіфанов В. А., Апанасенко Г. Л. Лікувальна фізкультура і лікарський контроль. К.: Просвіта, 1999. 413 с.
18. Земцова М. І., Каплан, М. С., Певзнер М. С. Діти з глибокими порушеннями зору. Харків: Ранок, 2007. 250 с.
19. Ковалевський Є. І. Профілактика слабозорості і сліпоти у дітей. Донецьк.: Вулик, 2008. 98 с.
20. Козирєва О. В. Лікувальна фізкультура в умовах дитячого дошкільного закладу. *Фізична культура*. 1998. № 2. С.4-6.
21. Коноваленко В. В. Артикуляційною і пальчикова гімнастика. Одеса: Гном, 2008. 116 с.
22. Кузнецов Є. М. Вплив індивідуально дозованого фізичного навантаження на стійкість акомодатції ока у слабозорих дітей. Тези доповіді пед. читань. К.: 2016. С. 148-149.
23. Малаєв Д. М. Ігри для сліпих і людей з вадами зору. Чернівці: Рута, 2012. 95 с.
24. Плаксина Л. І. Теоретичні основи корекційної роботи в дитячих закладах для дітей з порушенням зору. К.: Перша друкарня, 2018. 262 с.
25. Павлов А. П. Формування правильної постави у школярів з порушенням зору. Житомир, 2006. 250 с.
26. Плаксунова Е. В. Корекційне значення засобів адаптивної фізичної культури у відновленні рухової функції у дітей з порушеннями в розвитку. *Фізична культура*. 2, 2008. С. 5-10.
27. Полинкін В. С. Вікові зміни м'язової працездатності у дітей з порушеннями зору та шляхи її підвищення в процесі навчання. К.: Перша друкарня, 2019. 222 с.

28. Попова Т. В. Особливості фізичного розвитку дітей з порушеннями зору. *Фізична культура*. 2008. 3. С. 12-19.
29. Саркісян А. А. Формування правильної ходьби у дітей молодшого дошкільного віку в процесі фізичного виховання. Одеса: Гном, 2003. 224 с.
30. Сековець Л. С. Корекційна робота в процесі фізичного виховання дітей дошкільного віку з монокулярним зором. Ужгород: НГЦ, 2000. 143 с.
31. Сермеев Б. В. Метод визначення оптимальних фізичних навантажень для дітей з порушеннями зору оснований на контролі за станом зорових функцій. Кропивницький: Хмара, 2018. 238 с.
32. Строгаль А. С., Хомич Н. Г. Лікування дітей з амбліопією і косоокістю з застосуванням комплексу лікувальних фізичних вправ. *Офт. журнал*. 2010. 7. С. 43-49.
33. Уткін В. Ф. Про стан рефракції в дитячому віці і профілактичних заходах при її аномаліях. Київ: Пороги, 2025. 268 с.
34. Шеремет Б. Г. Теоретичні і практичні основи сучасних педагогічних технологій і реабілітації школярів з глибокими порушеннями зору. Матеріали міжнародного конгресу по проблемам соціальної та психологопедагогічної реабілітації інвалідів. Одеса, 2012. С. 6-12.

ДОДАТКИ

Додаток А

Комплекси пальчикової гімнастики

I комплекс

1. Долоні витягнути вперед (на рахунок «раз-два» пальці нарізно - разом).
2. Долонька - кулачок - ребро (1 - 2 - 3).
3. Пальчики вітаються (на рахунок 1,2,3,4,5) з'єднуються пальці обох рук - великий з великим і т.д.
4. Чоловічок (вказівний, середній пальці правої, потім лівої руки бігають по столу).
5. Діти бігають наввипередки (рух як у 4 впр. - Виконують обидві руки одночасно).

Потішки «Пальчик-хлопчик»:

Пальчик-хлопчик, де ти був?

З цим братиком в ліс ходив,

З цим братиком щи варив,

З цим братиком кашу їв,

З цим братиком пісні співав.

II комплекс

1. Коза (витягнути вказівний і мізинець правої, потім лівої руки).
2. Коза (ті ж вправи, але одночасно виконуються пальцями обох рук).
3. Окуляри (витягнути 2 кола з великого та вказівного пальців обох рук, з'єднавши їх).
4. Зайці (витягнути вгору вказівний і середній пальці, великий, мізинець і безіменний поєднати).
5. Древа (підняти обидві руки долонями до себе, широко розставити пальці)

Потішки «Білка»: Сидить білка на візку,

Продає вона горішки:

Лисичці-сестричці,

Горобцеві, синичці,
Ведмедику клишононому,
Заїньку вухатому.

Діти за допомогою лівої руки загинають по черзі пальці правої руки, починаючи з великого.

III комплекс

1. Прапорець (великий палець витягнути вгору, решта з'єднати разом).
2. Пташечки (по черзі великий палець з'єднати з рештою).
3. Гніздо (з'єднати обидві руки у вигляді чаші, пальці щільно стислі).
4. Квіточка (те ж, але пальці роз'єднати).
5. Корені рослин (притиснути руки тильною стороною один до одного, опустити пальці вниз).

Потішки «Цей пальчик»:

Цей пальчик - дідусь.

Цей пальчик - бабуся.

Цей пальчик - татусь.

Цей пальчик - матуся.

Цей пальчик - я.

Ось і вся моя сім'я.

Діти згинають пальці лівої руки в кулачок, потім, слухаючи потішку, по черзі розгинає їх, починаючи з великого пальця.

IV комплекс

1. Бджола (вказівним пальцем правої, потім лівої руки обертати навколо).
2. Бджоли (те ж, але двома руками).
3. Лодочка (кінці пальців спрямовані вперед, притиснути руки долонями один до одного, злегка відкрити їх).
4. Сонячні промені (схрестити пальці, підняти вгору, розставити пальці).
5. Пасажири в автобусі (зхрещені пальці звернені вниз, великі пальці витягнуті вгору).

Гра-потішка «Цей пальчик»:

Цей пальчик хоче спати.
 Цей пальчик стриб у ліжко!
 Цей пальчик задрімав,
 Цей пальчик вже заснув.
 Тихіше, пальчик, не шуми,
 Братиків не розбудити.
 Встали пальчики ... Ура!
 У дитячий садок іти пора.

Підняти ліву руку долонею до себе і відповідно до тексту загинати правою рукою по черзі пальці лівої руки, починаючи з мізинця.

V комплекс

1.Замок (на рахунок «один» - долоні разом, на рахунок «два» - пальці поєднати в замок).

2. Лисиця і заєць (лисиця крадеться - всі пальці повільно крокують по столу вперед, заєць тікає - перебираючи пальцями, швидко рухатися вперед).

3.Пауки (пальці зігнуті, повільно пересуватися по столу).

4.Метелик (долоні з'єднати тильною стороною, махати пальцями, щільно стиснутими разом, - метелик махає крилами).

5. Рахунок до 4 (великий палець з'єднується по черзі з усіма пальцями).

Потішка -гра «Ну-ка, братці, за роботу!»:

Ну-ка, братці. За роботу!

Покажи своє бажання:

Великому - дрова рубати,

Печі все - тобі топити,

А тобі - воду носити,

А тобі - обід варити,

А малятку - пісні співати,

Пісні співати та танцювати,

Рідних братиків бавити.

VI комплекс

1.Двое розмовляють (зігнути пальці обох рук в кулак, великі пальці витягнуті вгору, наблизити їх одне до одного).

2. Стіл (праву руку зігнути в кулак, а ліву приєднати до неї вертикально).

3.Ворота (з'єднати кінчики середнього та безіменного пальців обох рук, великі пальці підняти вгору або зігнути всередину).

4. Міст (підняти руки вгору, долонями один до одного, розташувати пальці горизонтально, з'єднати кінчики середнього та безіменного пальців обох рук).

Потішки «По гриби»:

Раз, два, три, чотири, п'ять.

Ми йдемо гриби шукати.

Цей пальчик в ліс пішов,

Цей пальчик гриб знайшов,

Цей пальчик чистити став,

Цей пальчик все поїв,

Цей пальчик погладшав.

По черзі згинати пальці, починаючи з мізинця.

VII комплекс

1. Ромашка (з'єднати обидві руки, прямі пальці розвести в сторони).

2.Тюльпан (напівзігнуті пальці обох рук з'єднати, утворюючи чашечку квітки).

3.Зтискання і розтискання кистей рук на рахунок «раз-два».

Потішки «Яскраво-червоні кольори»:

Наші яскраво-червоні квіти

Розпускають пелюстки.

Вітер ледь дихає,

Пелюстки колише.

Наші яскраво-червоні квіти,

Закривають пелюстки,

Тихо засинають,

Головою качають.

Долоньки з'єднані у формі тюльпана, пальці поволі розкриваються, потім виконуються плавні похитування кистями рук, імітуючи похитування квітки.

VIII комплекс

1. Равлик з вусиками (покласти праву руку на стіл, підняти вказівний і середній пальці, розставити їх).

2. Раковина з равликом (права рука на столі, ліву покласти зверху).

3. Їжачок (долоні з'єднати, прямі пальці виставити вперед).

4. Кіт (середній і безіменний пальці правої руки притиснути до долоні великим пальцем, вказівний і мізинець зігнути, підняти руку вгору).

5. Вовк (з'єднати великий, середній і безіменний пальці правої руки, вказівний палець і мізинець злегка зігнути).

Потішка «Апельсин»:

Починаючи з мізинця, загинати поперемінно всі пальці.

Ми ділили апельсин,

Багато нас, а він один.

Ця часточка - для їжака,

Ця часточка - для стрижа,

Ця часточка - для каченят.

IX комплекс

1. Ножиці (вказівний і середній пальці правої і лівої руки імітують стрижку ножицями).

2. Дзвоник (схрестити пальці обох рук, тильні боку звернути вгору, опустити середній палець правої руки вниз і вільно обертати їм).

3. Дом (з'єднати кінчики правої і лівої рук).

4. Діжка з водою (злегка зігнути пальці лівої руки в кулак, залишивши зверху отвір).

5. Пожежник (вправа з предметом, використовуються сходи іграшкові, вказівний і середній пальці біжать по ній).

Потішки «Схованки»: стискання і розтискання пальців.

У хованки пальчики грали

І головки прибирали

Ось так, ось так,

Так головки прибирали.

Додаток Б

Комплекси вправ для тренування окорухових функцій.

1. В.П.: стати прямо, руки вниз. На рахунок 1 - 2 відкинути голову вгору, подивитися на стелю, голову опустити, повторити 5 - 6 разів.

2. В.П.: стати прямо, руки вниз. На рахунок 1 - 2 нахилити голову вниз, торкнутися підборіддям грудей, виконувати із закритими очима, повторити 5 - 6 разів.

3. В.П.: сісти прямо, лікті поставити на стіл, долоні покласти одна на іншу перед підборіддям, головою спертися про долоні. На рахунок 1 - 2 відвести очі вправо, не повертаючи голови, повернутися в В.П.; На 3 - 4 - те ж саме виконати вліво, повторити 3 - 4 рази в кожную сторону.

4. В.П.: сісти прямо, лікті поставити на стіл, долонями обхопити шию. На рахунок 1 - 2 підняти очі вгору, не піднімаючи голови; на 3 - 4 - опустити вниз, не опускаючи голови, повторити 5 - 6 разів.

5. В.П.: стати прямо, кулька на вказівному пальці перед очима, на відстані 30 см від очей. На рахунок 1 - 5 зосередити погляд на кульці, на 6 - кульку опустити вниз, повторити 4 - 5 разів.

6. В.П.: стати прямо, кулька на вказівному пальці перед очима, на відстані 30 см від очей. На рахунок 1 - 2 наблизити кульку до носа, очима простежувати рух кульки, повторити 6 - 7 разів.

7. В.П.: те ж. На рахунок 1 - 2 відводити кульку вправо, вліво, поглядом простежувати рух кульки, повторити 3 - 4 рази в кожную сторону.

8. В.П.: стати прямо, руки вільно. На рахунок 1 - 5 закрити очі, порахувати про себе до 5, очі відкрити, повторити 3 - 4 рази.

9. В.П.: стати прямо, руки вниз, очі відкриті. Моргати 30 - 40 секунд.

10. В.П.: сісти прямо, руки на столі, очі відкриті. На рахунок 1 міцно заплющити очі на 3 - 5 секунд, повторити 3 - 4 рази.

11. В.П.: Стати прямо, руки вниз. На рахунок 1 - 2 швидко закрити, швидко відкрити очі, повторити 6 - 7 разів.

12. В.П.: стати прямо, лікті поставити на стіл, руки зробити «поличкою». На рахунок 1 - 4 подивитися вправо вгору, вниз вліво, повторити 3 - 4 рази.

13. В.П.: стати прямо, руки на поясі. На рахунок 1 - 2 подивитися на кінчик носа. Повернутися у в.п., повторити 5 разів.

14. В.П.: Сісти прямо, руки на столі, очі закриті. На рахунок 1 - 2 підняти очі вгору, опустити вниз, повторити 6 - 7 разів.

15. В.П.: сісти прямо, руки на столі, очі закриті. На рахунок 1 - 2 подивитися вправо-вліво, не повертаючи голови, повторити 4 рази в кожную сторону.

16. В.П.: стати прямо, ліва рука вільна, вказівний палець правої руки у підборіддя. На рахунок 1 - 2 піднімати палець до носа, торкаючись кінчика, опустити, простежуючи дії пальця, повторити 5 - 6 разів.

17. В.П.: стати прямо, руки внизу, на вказівний палець правої руки надіти кульку, ліва рука вільна. На рахунок 1 - 2 наблизити кульку до очей, відвести на відстань витягнутої руки вперед, повторити 5 - 6 разів.

18. В.П.: Сісти прямо, кульку перед очима на вказівному пальці правої руки, ліва рука вільна, очі відкриті. На рахунок 1 - 2 обвести пальцем по колу кульки, простежити рухи пальців, повторити 5 - 6 разів.

В.П.: сісти прямо, кульку перед очима на вказівному пальці лівої руки, права вільна, очі закриті. На рахунок 1 - 2 обвести кульку правою рукою, повторити 3 - 4 рази.