**ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА НА РУХОВИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА**

**Верещака Алла**

студентка 3 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Національного університету «Полтавська політехніка

імені Юрія Кондратюка»

**Науковий керівник**: Волошко Л.Б., к.пед.н., доцент,

в.о. зав. кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національного університету «Полтавська політехніка

імені Юрія Кондратюка»

Сучасні статистичні дані свідчать про сталу тенденцію зростання кількості випадків патології зорового аналізатора. Часткова втрата зору є однією з найпоширеніших форм інвалідності, що позначається на розвитку дитини.

Встановлено, що діти з вадами зору у фізичному розвитку відстають від своїх здорових однолітків. Це пов’язано з тим, що порушення функцій зорового аналізатора суттєво обмежує дитину у повноцінному розвитку, оскільки страждає основний вид діяльності – пізнання навколишнього середовища. Наслідком зниженого зору є недостатня рухова активність дитини, що, у свою чергу, спричиняє відставання фізичного розвитку, погіршення координації, орієнтації у просторі.

Рівень фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей молодшого та середнього шкільного віку з депривацією зору значно відстає від здорових однолітків: у вазі (від 3 до 5%), рості (від 5 до 13 см), у показниках окружності грудної клітки в дітей молодшого і середнього віку відставання становить до 4,7 см [1].

Помітне відставання від норми відзначається і в життєвій ємності легенів. М'язова (кистьова) сила у дітей з порушенням зору в порівнянні з нормою слабко розвинена. У слабозорих школярів показники кистьової динамометрії нижчі на 28 %, ніж у однолітків із нормальний зором, у показниках гнучкості вони уступають останнім у середньому на 12 – 15%. Найбільш виражена різниця у рості м'язової сили в сліпих дітей в порівнянні зі здоровими спостерігається в 7 – 14 років: відставання у хлопчиків 3,5 – 5 кг, у дівчаток 1 – 1,5 кг.

У дітей з патологією зору відзначається порушення координації рухів. У віці 8 – 9 років вона становить 28 %, а до 16 років досягає 52%. Школярі зазнають труднощів у виконанні погоджених рухів рук і ніг. Зіставлення результатів швидкісно-силових якостей показує, що сліпі діти у 7 – 9 років мають найнижчий рівень прижкової здатності [1].

При частковій або повній втраті зору найбільшою мірою порушуються координація, витривалість, швидкість і ритм рухів. У меншій мірі виражене відставання за показниками м'язової сили та швидкісно-силових якостей.

Спостережуване зниження функціонального стану рухового аналізатора у дітей з порушеннями зору, що виникає внаслідок обмеженості рухової активності, приводить, у свою чергу, до зниження працездатності серцево-судинної та дихальної систем. У дітей з порушеннями зору в порівнянні з учнями масових шкіл спостерігаються частішими дихання й пульс. Зниження функціонального стану рухового аналізатора у аномальних дітей приводить до ослаблення функціональної діяльності серцево-судинної системи організму на фізичні навантаження.

Низький рівень розвитку рухових здібностей у дітей з порушеннями зору пов'язаний не тільки з наслідками первинних порушень, але й з обмеженістю об'єму їх рухової активності порівняно з учнями масових шкіл, а також з недостатньою розробкою деяких питань методики їх фізичного виховання. Дане положення підтверджується тим, що при систематичних заняттях фізичною культурою і спортом із застосуванням оптимальних навантажень діти з порушеннями зору за багатьма показниками фізичної підготовленості наближаються до норми, а за деякими навіть перевершують її.

Отже, адаптивне фізичне виховання, організоване з урахуванням диференційованого підходу до кожної слабкозорої дитини, дозволить успішно вирішити проблему корекції їхньої психофізичного розвитку та інтеграції в суспільство.

Література

1. Байкіна Н. Г. Діагностика й корекція психомоторного розвитку осіб з порушенням зору: навч. пос. / Байкіна Н. Г., Крет Я. В. – Запоріжжя: ЗНУ, 2005. – 396 с.