

А. В. Лозбень

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

В статье рассматриваются вопросы профилактики нарушения зрения у детей как одной из наиболее распространенных патологий состояния здоровья в школьном возрасте. Отмечается, что основным средством повышения физического состояния детей с нарушением зрения является нормированная активизация двигательной деятельности как в урочное, так и в неурочное время.

Современная жизнь человека предусматривает постоянное и активное взаимодействие с окружающей средой, которое невозможно без сложных и совершенных органов чувств, важнейшим из которых является зрение. Известно, что 95 % информации о внешнем мире мы получаем теперь благодаря зрению.

В настоящее время резкое сокращение двигательной активности современных школьников и увеличение зрительных нагрузок привели к серьезным заболеваниям и нарушениям зрения. Исследования состояния здоровья школьников за последние годы показали, что в структуре заболеваемости на лидирующее место выдвигается патология органов зрения, среди которой чаще всего – прогрессирующая близорукость. Следует подчеркнуть, что тревожная тенденция увеличения нарушений зрения школьников в настоящее время не только не уменьшается, но и не стабилизируется.

Анализ научно-методической литературы, касающейся проблемы профилактики нарушений зрения показал достаточно глубокую изученность причин возникновения зрительных расстройств, разработанность пути их предупреждения и коррекции при соблюдении основ гигиены, режима дня, правильного питания, оздоровления и закаливания организма [1].

В детском возрасте, особенно в период обучения в школе, наиболее частым нарушением зрения является близорукость (миопия), которая может быть врожденной и приобретенной. Врожденная близорукость обусловлена пороками развития глазного яблока и при слабой склере прогрессирует. Приобретенная близорукость может возникнуть в результате неполноценности ресничной мышцы, плохого ее кровоснабжения, недостаточной тренированности, воздействия на нее общих заболеваний организма. Важными факторами, способствующими появлению миопии, являются дополнительные зрительные нагрузки, возникающие при несоблюдении гигиенических правил. Длительное чтение, письмо, работа за компьютером, просмотр телевизора сопровождаются сильным напряжением глаз и поэтому требуют ограничения во времени.

Непрерывная продолжительность чтения в младших классах не должна превышать 15–20 мин, для учащихся среднего школьного возраста это время может быть увеличено до 25–30 мин, а для старшеклассников до – 45 мин.

Особенно существенную нагрузку на зрение оказывает работа школьников с компьютерной техникой, поэтому для этих занятий также установлены пределы непрерывной длительности работы. Так, для учащихся 1-го класса работа за компьютером регламентирована 10 мин, 2–5-х классов – 15 мин, 6–7-х классов – 20 мин, 8–9-х классов – 25 мин, 10–11-х классов – 30 мин.

Восстановить работоспособность зрительного анализатора позволяет отдых продолжительностью 6 – 10 мин, особенно в сочетании с движениями [2].

Уровень физического развития детей с нарушением зрения, как правило, может значительно отставать от нормы зачастую в связи со снижением общей двигательной и

игровой активности. При значительно потере зрения нарушаются координация, выносливость, быстрота и ритм движений (отставание от нормы составляет 53 %). В меньшей степени (на 8–12 %) выражено отставание по показателям мышечной силы и скоростно-силовых качеств.

Известно, что психическое развитие ребенка зависит от состояния моторики, отмечено, что именно движение непосредственно осуществляет практическую связь ребенка с окружающей средой, которая лежит в основе развития психических процессов. Дети с патологией органа зрения в большей степени нуждаются в мышечной деятельности, нежели дети с нормальным зрением. Не подлежит сомнению и тот факт, что эффективность лечения зрительной патологии наиболее высока у детей с высокой двигательной активностью.

Первостепенную важность с позиции физической реабилитации имеет развитие адаптационно-компенсаторных возможностей слабовидящих детей, касающиеся как органа зрения, так и иных анализаторных систем, поэтому вся комплексная программа реабилитации детей с нарушениями зрения должна строиться не только на учете сниженных или утраченных функций, но и на использовании сохранившихся резервов компенсации зрительного дефекта и возможности компенсации за счет других анализаторов.

У школьников, имеющих различные степени нарушения зрения нередко формируется специфическая осанка, характеризующаяся небольшим опущением головы вниз и поворотом её в сторону невидящего или слабовидящего глаза, увеличенным грудным кифозом, уплощенным поясничным лордозом, крыловидными лопатками, опущенными и сведенными вперед плечами, впалой грудной клеткой и, как следствие, увеличенным размером живота. При этом, основными причинами нарушения осанки у слабовидящих школьников являются: а) малая двигательная активность, способствующая ослаблению всех мышц туловища; б) длительное неправильно фиксированное положение тела во время чтения, письма, а также при выполнении различных трудовых процессов.

При реабилитации детей с нарушением зрения следует учитывать, что недостаточная двигательная активность приводит у них к снижению всех жизненноважных функций организма: ухудшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, а также реакции иммунитета и общей работоспособности. По причине всех этих особенностей психофизического состояния детей вся система их физической реабилитации должна быть построена так, чтобы не только компенсировать зрительный дефект, но и улучшить физическое развитие, расширить двигательные возможности, улучшить здоровье и поднять общую работоспособность организма.

Формы занятий физическими упражнениями в школе и семье должны быть самыми разнообразными: 1) уроки физической культуры; 2) занятия в школьной секции по избранному виду спорта и ОФП; 3) УГГ; 4) физкультпаузы; 5) прогулки – пешие, велосипедные, лыжные; 6) бег в течение 10–30 мин; 7) плавание, купание; 8) подвижные игры; 9) самостоятельные занятия доступным видом спорта; 10) специальные занятия для устранения недостатков физического развития или осанки; 11) участие в различных соревнованиях; 12) занятия ЛФК.

Основной формой ЛФК для детей с нарушениями зрения являются занятия лечебной гимнастикой различной направленности. Во-первых, это занятия лечебной гимнастики, направленные на совершенствование и коррекцию зрительных функций. В занятия необходимо включать упражнения для развития пространственного восприятия, для тренировки зрительно-моторных реакций у детей, упражнения на развитие и коррекцию центрального и периферического зрения, специальные упражнения для тренировки глазодвигательного аппарата. Во-вторых, в реабилитационную программу детей необходимо включать занятия корригирующей гимнастикой. В-третьих, занятия, направленные на развитие общей физической подготовки.

Занятия ЛФК показаны ослабленным детям с низким уровнем физического развития, нарушениями осанки, низкими показателями физической подготовленности.

В связи с тем, что у детей с нарушениями зрения слабо развита адаптация к физическим нагрузкам и выработка условно-рефлекторных связей идет медленно – целесообразно увеличивать продолжительность вводной части занятия до 35 %, а основная и заключительная части занятия будут составлять 50 и 15 % соответственно.

Дети ежедневно должны заниматься физическими упражнениями не менее 1–1,5 ч. На занятиях используются не только упражнения коррекционной направленности, но и направленные на закрепление умения естественно двигаться (ходьба, бег, ориентирование в пространстве, управление своими движениями), так как это особенно важно.

При проведении оздоровительно-реабилитационных занятий необходимо учитывать индивидуальные особенности организма детей, их пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. В зависимости от вида и глубины зрительной патологии, деформаций опорно-двигательного аппарата, функциональных возможностей, физические упражнения применяются в разной последовательности и дозировке. В зависимости от характера поражения органа зрения и соответственно возможностей применения всех или иных групп упражнений детей для занятий подразделяют на 2 группы: дети, имеющие близорукость с изменением глазного дна, подвывихи хрусталика, косоглазие; дети с атрофией зрительного нерва, дальновидностью, с альбинизмом. Детям 1-й группы противопоказаны упражнения со значительными отягощениями (штанга, гиря и др.), ускорения, стойки на голове и руках, наклоны вперед из положения стоя на двух ногах, прыжки с предельной мощностью и т.п. Для детей 2-й группы эти упражнения не противопоказаны [3].

Алгоритм организации реабилитации детей вследствие патологии органа зрения школьного возраста в условиях детской поликлиники и спецшколы для слабовидящих предусматривает следующую последовательность проводимых мероприятий:

1 Оценка общего состояния организма, степени нарушения функций отдельных органов и систем с целью выбора рациональных путей реабилитации. На данном этапе используют диагностический метод реабилитации.

2 Оценка клинико-функционального состояния органа зрения в целях планирования и проведения реабилитационных мероприятий медицинского характера: консервативное или хирургическое лечение. На данном этапе применяют методы функционального исследования органа зрения.

3 Вынесение значений по медицинским реабилитационным мероприятиям с указанием их видов, количества процедур и вынесения их в индивидуальный паспорт развития ребенка. На данном этапе проводят медицинские реабилитационные мероприятия.

4 Проведение медицинских реабилитационных мероприятий (нехирургических) у детей на базе глазных кабинетов реабилитационных центров, детских поликлиник, спецшкол и глазных отделений стационаров. На данном этапе используют методы медикаментозного, физиотерапевтического и других видов терапии, а также методы оптической коррекции.

5 Проведение офтальмохирургических реабилитационных мероприятий у детей на базе стационарных глазных реабилитационных центров, глазных отделений стационаров.

6 Определение эффективности проведенных реабилитационных медицинских мероприятий, когда проводится сравнительная оценка зрительных функций до начала реабилитации и по ее окончании [4].

Таким образом, основным средством повышения физического состояния детей с нарушением зрения, а также профилактики заболеваний и осложнений в состоянии здоровья, вызванных гипокинезией, является нормированная активизация двигательной деятельности как в урочное, так и в неурочное время. Особенно важно это в младших классах школы, когда только начинается целенаправленное обучение человека, когда

учеба становится ведущей деятельностью, в процессе которой формируются физические и личностные качества детей. При этом большую роль в сохранении зрения имеют также соблюдение основных гигиенических факторов, в то время как нерациональный распорядок дня, систематические недосыпания, длительная работа за компьютером вредно сказываются не только на зрении, но и на здоровье ребенка в целом.

Литература

- 1 Шалгинова, В. И. Профилактика нарушений зрения у школьников средствами физкультурно-оздоровительной деятельности / В. И. Шалгинова. – Омск : 2000. – 168 с.
- 2 Аветисов, Э. С. Занятие физической культурой при близорукости / Э. С. Аветисов, Е. С. Ливадо, Ю. И. Курпан. – М. : Физкультура и спорт», 1983. – 103 с.
- 3 Лечебная физкультура: новейший справочник / Т. А. Евдокимова [и др.], под общ. ред. Т. А. Евдокимовой. – СПб. : Сова: М.: Изд-во Эксмо, 2003. – 862 с.
- 4 Шуплецова, Т. С. Комплексная реабилитация детей / Т. С. Шуплецова. – Минск, 1998. – 81 с.

УДК 159.922.8:616.89-008.441.1

С. И. Лопухов

ВЗАИМОСВЯЗЬ АГРЕССИВНОСТИ, КОНФЛИКТНОСТИ, СКЛОННОСТИ К РИСКУ С ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К ОПАСНОСТЯМ У СТУДЕНТОВ

Статья посвящена исследованию взаимосвязи агрессивности, конфликтности, склонности к риску с типом отношения к опасностям у студентов. Рассмотрены такие понятия, как агрессивность, конфликтность, склонность к риску и тип отношения к опасностям и их выраженность у студентов ГГУ им. Ф. Скорины. Предоставлены результаты эмпирического исследования по тест-опросу «Фрейбургская анкета агрессивности», методики «Предрасположенность личности к конфликтному поведению К. Томаса», методики «Степени готовности к риску А. М. Шуберта», опросника «Тип отношения к опасностям» В. Г. Маралова, Е. Ю. Малышевой, О. В. Смирновой, Е. Л. Перченко, И. А. Табунова. Показана взаимосвязь агрессивности, конфликтности, склонности к риску с типом отношения к опасностям у студентов.

Человеческая агрессивность есть поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб себе, другим или обществу. Агрессивность предполагает действие напролом, грубое преследование собственных целей, неуважение к чувствам и эмоциям других людей.

Агрессивность – это черта личности либо кратковременное эмоциональное состояние, которое проявляется в открытой злобе, недовольстве, стремлении к самоутверждению за счет других.

Проявления агрессивности обычно вызывают, как минимум, чувство психологического дискомфорта у других, в худшем случае – причиняют людям серьезный ущерб. Агрессивность может быть следствием грубости, плохого воспитания, внутреннего конфликта или комплексов. В любом случае, это крайне негативное качество, от которого необходимо избавляться [1].

Агрессивное поведение зачастую становится причиной конфликтов. Конфликтность личности определяется действием таких психологических факторов, как особенность темперамента, уровень агрессивности, компетентность в общении, эмоциональное состояние. А также рядом социальных.