

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЦЕНТР ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Кафедра «Физвоспитание и спорт»

**АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ
В ДОШКОЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Севастополь
СевГУ
2021

УДК 796.012.12:373.24(076)
ББК 74.1005Я73
А284

Р е ц е н з е н т :
Г.Н. Будагьянц – профессор, д-р пед. наук

Составители : Т.А. Жмурова, С.М. Рябцев

А284 Адаптивное физическое воспитание в дошкольных образовательных учреждениях: учебно-методическое пособие / Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Севастопольский государственный университет, Центр физической культуры и спорта, кафедра физвоспитание и спорт; сост. Т.А. Жмурова, С.М. Рябцев. – Севастополь: Изд-во СевГУ, 2021. - 98 с.: [б.и.] – Текст: электронный.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с рабочей программой дисциплины «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» на основании государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

Предназначено для студентов педагогических специальностей всех форм обучения.

В пособии в доступном виде изложены теория и организация АФВ в дошкольных образовательных учреждениях, методики АФВ детей с различными психофизическими особенностями, методики комплексного обследования детей дошкольного возраста.

УДК 796.012.12:373.24(076)
ББК 74.1005Я73

Рассмотрено и рекомендовано на заседании кафедры физвоспитания и спорта в качестве учебно-методического пособия для студентов всех форм обучения педагогических специальностей, протокол № 8 от 19 марта 2021 г.

© Жмурова Т.А., Рябцев С.М., 2021
© ФГАОУ ВО «Севастопольский
государственный университет, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
1. ТЕОРИЯ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	6
1.1. Введение.....	6
1.2. Инклюзивная практика в дошкольных образовательных учреждениях.....	12
1.3. Коррекционная работа в дошкольных образовательных учреждениях.....	17
1.4. Игра как ведущий вид деятельности в дошкольном возрасте.....	24
Контрольные вопросы	28
2. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РОСТА И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	31
2.1. Возрастная периодизация.....	31
2.2. Особенности психомоторного развития дошкольника.....	34
Контрольные вопросы.....	38
3. СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	40
3.1. Средства физического воспитания дошкольников.....	40
3.2. Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением интеллекта.....	43
3.3. Профилактика и коррекция психического развития детей дошкольного возраста.....	48
3.4. Организация и методика адаптивного физического воспитания детей при врожденных аномалиях и после ампутации конечностей.....	54
3.5. Организация и методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением слуха.....	61
3.6. Организация и методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением зрения.....	67
Контрольные вопросы	74
4. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ	77
4.1. Особенности двигательных способностей в дошкольном возрасте	77

4.2. Методы диагностики физического развития и физической подготовленности в педагогическом исследовании	81
Контрольные вопросы.....	91
Список литературы.....	94

ПРЕДИСЛОВИЕ

В содержании учебно-методического пособия представлены теоретические основы, организации и методики адаптивного физического воспитания; раскрыта система инклюзивного образовательного процесса и особенности коррекционной работы; описаны психолого-педагогические характеристики детей с различными нарушениями в развитии; особенности двигательной сферы лиц с ограниченными возможностями; методы диагностики и оценка показателей эффективности адаптивного физического воспитания в педагогическом исследовании; приводятся вопросы для самостоятельной работы, дается список использованной литературы.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 44.04.01 Педагогическое образование, профиль «Образование в области физической культуры и спорта».

Также данное учебно-методическое пособие может быть использовано в подготовке студентов, обучающихся по направлению подготовки 44.03.01 Педагогическое образование, профиль «Физическая культура».

В результате освоения материала, представленного в учебно-методическом пособии, обучающиеся должны:

Знать:

- нормативно-правовые документы по вопросам обучения и воспитания детей и молодежи; историю, теорию, закономерности и принципы построения и функционирования образовательно-коррекционных систем; современные методики и технологии организации и реализации образовательного процесса на различных образовательных ступенях в различных образовательных учреждениях коррекционной направленности.

Уметь:

- определять критерии освоенности двигательных действий в различных направлениях физической культуры и видах спорта; педагогически обоснованно выбирать и реализовывать разные формы, методы, приемы обучения и воспитания при работе с одновозрастным и (или) разновозрастным объединением детей с нарушенным здоровьем, в том числе с учетом возрастных, индивидуальных и личностных особенностей обучающихся и группы детей.

Владеть:

- современными технологиями, организационными формами, методами, приемами и средствами обучения и воспитания детей и молодежи с особенностями физического развития и состояния с целью повышения уровня жизни и качества образовательной деятельности.

1. ТЕОРИЯ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1.1. Введение

Дошкольный возраст - это важнейший период формирования человеческой личности, период, когда закладываются основы физического здоровья. В первые годы жизни физическое воспитание является основой всестороннего развития ребенка.

Физическое воспитание – это процесс целенаправленного и систематического формирования здорового, полноценного человека, его физических сил и физических качеств, обеспечивающих его приобщение к физической культуре и стремление к физическому совершенству. Особенно важно физическое воспитание в раннем и дошкольном детстве, когда происходит наиболее интенсивное развитие организма ребенка, когда формируются основные его движения, но вместе с тем организм еще очень слаб и раним. Физическое воспитание тесно связано с возрастными особенностями детей. Физическое воспитание детей дошкольного возраста направлено прежде всего на охрану жизни и укрепление здоровья, полноценное физическое развитие, формирование двигательных навыков и развитие физических качеств, на освоение культурно-гигиенических навыков, воспитание привычек к упорядоченному ритму жизни [8, 10, 46].

В настоящее время для дошкольного образования установлены федеральные государственные образовательные стандарты. Стандарт является ориентиром для независимой оценки качества дошкольного образования (Закон РФ «Об образовании», ст. 95).

Содержание общеобразовательной программы охватывает:

- коммуникативно-личностное развитие;
- познавательно-речевое развитие;
- художественно-эстетическое развитие;
- физическое развитие [8, 10].

В соответствии с ФГОС дошкольного образования, принятым в Российской Федерации, содержание общей образовательной программы дошкольного образовательного учреждения должно обеспечивать развитие личности, мотивации и способностей детей в различных видах деятельности, которые представлены в пяти образовательных областях: социально-коммуникативного, познавательного, речевого, художественно-эстетического и физического развития. В образовательной области «Физическое развитие» главной задачей является гармоничное развитие у воспитанников физического и психического здоровья. Для детского образовательного учреждения (ДОУ) появляется новая проблема: важно не просто проводить занятия с использованием здоровьесберегающих технологий, а создать единый процесс взаимодействия педагога и воспитанников, где гармонично переплетаются разные образовательные области. В конечном итоге каждый ребенок получит

представления о здоровье человека как главной ценности, которая необходима ему для полноценной жизни [8, 10].

Адаптивное физическое воспитание – самый массовый вид адаптивной физической культуры (АФК), занятия по которому проводятся преимущественно в образовательных учреждениях, являются для занимающихся обязательными, поскольку дисциплина, по которой проводятся эти занятия, включена в федеральные компоненты государственных образовательных стандартов.

Адаптивное физическое воспитание (как вид адаптивной физической культуры) – это физическое воспитание (как вид физической культуры) для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов [11].

Для многих детей адаптивная физическая культура в детских образовательных учреждениях является единственной возможностью в дальнейшем стать полноправной частью общества. Занимаясь с дошкольниками с понятными им проблемами, они учатся взаимодействовать, стремиться к успеху, развиваться. Таки образом, адаптивная физическая культура преследует следующие цели:

1. Коррекционно-компенсаторные – прицельная работа по основному и сопутствующим недугам, что подразумевает комплексный подход к развитию физических способностей.

2. Профилактическая – меры, необходимые для повышения ресурсов жизненных сил и здоровья, улучшение общего самочувствия несовершеннолетних, укрепление иммунитета.

3. Психологическая – нередко причиной асоциального поведения детей-инвалидов является их неуверенность в себе, непонимание роли в обществе, неумение взаимодействовать с окружающими, потому АФК призвана преодолеть эти сложности.

4. Образовательно-воспитательные – дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) должны обучиться спортивной культуре, правилам соревнований, получить навыки работы в команде, сделать спорт частью своей жизни.

К общим задачам адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста относятся:

- воспитание гармонически развитого ребенка;
- укрепление здоровья;
- воспитание волевых качеств;
- обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам;
- развитие физических качеств быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости.

К специальным (коррекционным) задачам относятся:

- коррекция скованности и ограниченности движений;
- коррекционно-компенсаторное развитие и совершенствование мышечно-суставного чувства;
- активизация функций сердечно-сосудистой системы;

- улучшение и укрепление опорно-двигательного аппарата;
- коррекция и совершенствование координационных способностей; согласованности движений;
- развитие метапредметных компетенций;
- развитие коммуникативной и познавательной деятельности и пр. [53, 55].

Таким образом, адаптивная физическая культура позволяет ребенку реализовать свой потенциал, используя комплекс естественных факторов: закаливание, физические нагрузки, правильное питание и режим дня.

В настоящее время адаптивное физическое воспитание в России осуществляется: ***в системе специального образования*** – с лицами, имеющими отклонения в развитии, ***в системе массового образования*** - с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья и отнесенными к категории занимающихся физическими упражнениями в специальных медицинских группах (отделениях).

В дошкольных образовательных для детей-инвалидов и дошкольников с ограниченными возможностями здоровья должна создаваться коррекционно-развивающая и здоровьесберегающая среда, которая подразумевает ряд требований:

1. Гигиенические – соблюдение зрительной нагрузки, правильного питания и режима дня, использование успокаивающих светлых оттенков в окружающих ребенка предметах, спортивном инвентаре, внутренние помещения должны быть окрашены матовой фактурой краски; достаточное освещение спортивного зала, площадки.

2. Педагогические – систематический контроль над самочувствием ребят, при расчете физической нагрузки принимается во внимание дифференцированный и индивидуальный подходы. Для профилактики новых и коррекции существующих отклонений в состоянии здоровья воспитанников используются традиционные и нетрадиционные средства АФК. В работе использует интересный спортивный инвентарь, обонятельные, зрительные, вибрационные, звуковые и осязательные ориентиры, способствующие слуховому и зрительному восприятию. Применяются разновидности йоги, ритмика, методы лечебной физической культуры.

3. Психологические – в группах должен создаваться психологически благоприятный микроклимат, воспитанником важно поощрять, создавать ситуации успеха, регулярно рассказывать об успешных спортсменах и тех, кому своим трудом и усердием удалось преодолеть последствия травм или врожденных недугов, чтобы через них сформировать стремление к физическим упражнениям и заботе о своем здоровье [25].

Дети с нарушениями развития (с проблемами в развитии, с отклонениями в развитии, с недостатками психофизического развития) – это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или

центральной нервной системы имеются отклонения от нормативного развития психических функций [13, 15, 22, 26, 41, 42, 43, 55].

Л.С. Выготский выделил в аномальном развитии две группы явлений: **первичные нарушения** – непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и **вторичные нарушения** – возникающие в ходе социального развития ребенка, его взаимодействия с окружающим миром. Аномальное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Механизм формирования вторичных нарушений может быть различным, но существенную роль в нём всегда играет социальный фактор.

Категория этих детей чрезвычайно разнообразна по нозологии, возрасту, степени тяжести и структуре дефекта, времени его возникновения, причинам и характеру протекания заболевания, медицинскому прогнозу, наличию сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, состоянию соматического здоровья и др.

В настоящее время принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития:

- с нарушением слуха (неслышащие и слабослышащие);
- с нарушением зрения (незрячие и слабовидящие);
- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с тяжелыми нарушениями речи;
- с задержкой психического развития;
- умственно отсталые;
- с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- с нарушениями поведения;
- со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения.

По данным многочисленных исследований (Приленская Т.Н., 1989, Шуплецова Т.С., 1990, Дмитриев А.А., 1991, Ростомашвили Л.Н., 1997 и др.) аномальное развитие ребенка всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефицитом двигательной сферы. У всех детей с отклонениями в развитии та или иная моторная недостаточность отражается на общем здоровье ребенка, снижает сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, неблагоприятно влияет на развитие всех систем организма и нервно-психической деятельности.

В соответствии с номенклатурой типов и видов образовательных учреждений, определенных письмом Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 17.02.1977 № 150/14-12 «О наименовании государственных и муниципальных образовательных учреждений», в настоящее время во всех субъектах - Российской Федерации специальное образование осуществляется в следующих дошкольных образовательных учреждениях:

- детский сад компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалификационной коррекцией отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников;

- детский сад пристра и оздоровления с приоритетным осуществлением санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий и процедур;

- детский сад комбинированного вида (в состав комбинированного детского сада могут входить общеразвивающие, компенсирующие и оздоровительные группы в разном сочетании).

Кроме того, в системе специального образования для детей с отклонениями в развитии и ограниченными возможностями здоровья относят:

- оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении (санаторный детский дом);

- образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (центры диагностики и консультирования, сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции, лечебной педагогики и дифференцированного обучения;

- специальные учебно-воспитательные учреждения для детей с девиантным поведением и отклонениями в развитии.

Учреждения специального образования реализуют основные и дополнительные образовательные программы дошкольного образования, которые регламентируются государственными образовательными стандартами. В основных и дополнительных образовательных программах предусмотрены занятия по адаптивному физическому воспитанию не менее 2-х раз в неделю, а также предусмотрены занятия в режиме учебного дня.

При разработке содержательного компонента стандарта образования дошкольников в области физической культуры были выделены три направления требований к организации физкультурно-оздоровительной работы в дошкольном учреждении как в рамках основного образования, так и дополнительных образовательных услуг:

- образовательная программа физического совершенствования дошкольников;

- условия, способствующие реализации потребности детей в движении;

- профессиональная компетентность педагогов, организующих двигательную деятельность дошкольников.

Программа должна предусматривать проведение физкультурных занятий не менее 2-х раз в неделю, физкультурных досугов – 1 раз в месяц, физкультурных праздников 1 раз в сезон.

Известно, что для нормально развивающихся дошкольников существует большое количество программ физического совершенствования, то для детей с отклонениями в развитии есть только единичные рекомендации и немногочисленные научные исследования. В настоящее время в дошкольных учреждениях могут использоваться комплексные и парциальные

(оздоровительные, специализированные по физической культуре) программы, а также программы дополнительного образования [13, 14].

По мнению Овечкиной Т.С., Филипповой С.О. (2004), физкультурно-оздоровительная работа с детьми, имеющими отклонения в физическом и интеллектуальном развитии, имеет свои особенности, а деятельность педагога отличается специфичностью, обусловленной характером заболевания детей.

До настоящего времени окончательно не решен вопрос по поводу программного обеспечения адаптивного физического воспитания в дошкольных образовательных учреждениях: нужны ли отдельные программы по адаптивному физическому воспитанию детей с отклонениями в развитии, для каждого вида нозологии или достаточно использовать имеющиеся программы для нормально развивающихся дошкольников, с учетом характера заболеваний детей с ограниченными возможностями здоровья, показаний и противопоказаний к тем или иным двигательным нагрузкам и физическим упражнениям [15, 16, 17].

В нашей стране, до 90-х годов прошлого века, по отношению к детям с отклонениями в развитии, детям-инвалидам от рождения до 7 лет, доминировал так называемый лечебный подход, когда проблемами этих детей занимались преимущественно медицинские работники, которые использовали традиционные медицинские технологии: фармакологическое и хирургическое лечение, физиотерапевтические процедуры, лечебную физическую культуру и массаж.

В то же время хорошо известно, что первичные нарушения в развитии приводят к «выпадению» ребенка из традиционного образовательного процесса, что, в свою очередь, приводит к возникновению вторичных нарушений развития, социальной недостаточности и т.д.

Данные исследований Института коррекционной педагогики РАО показывают, что удовлетворение особых образовательных потребностей в раннем возрасте способно предупредить появление новых специальных потребностей, обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребенка и снижение уровня его социальной недостаточности. По мнению Малофеева Н.Н. (2003): «Грамотно организованная ранняя (с первых недель жизни) комплексная коррекция нарушений в развитии открывает для 25-27 % детей возможность полноценного включения в общий образовательный поток».

В концепции реформирования системы специального образования важнейшей стратегической задачей является создание единой государственной системы раннего выявления отклонений в развитии, раннего вмешательства (в том числе коррекционно-педагогического) и консультирования семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Так, согласно рекомендации Министерства здравоохранения, «школы адаптивной физической культуры», основными задачами которых является проведение оздоровительно-развивающих, коррекционных и профилактических занятий, как по отношению к основному дефекту, так и сопутствующему заболеванию, можно считать

включёнными в структуру учреждений, осуществляющих медико-социальную и психологическую реабилитацию детей-инвалидов на региональном и местном уровне.

На сегодняшний день перспективным направлением является внедрение в практику адаптивного физического воспитания так называемых групп кратковременного пребывания, открываемых в специальных дошкольных образовательных учреждениях (детские сады компенсирующего вида) для детей, посещающих обычные детские сады или воспитывающихся дома. В группах кратковременного пребывания дети могут получать необходимую коррекционную помощь с первого года жизни (в т.ч. в области адаптивного физического воспитания) силами квалифицированных специалистов. Такие группы позволяют включить в образовательный процесс детей со сложными (комплексными) нарушениями в развитии, которые не могут посещать даже специальное образовательное учреждение, что открывает для таких детей перспективы более успешной социализации.

1.2. Инклюзивная практика в дошкольных образовательных учреждениях

Инклюзивное образование - это совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей, не имеющих таких ограничений [4].

Цель: создание условий для осуществления интегративного и инклюзивного воспитания и обучения детей с особыми образовательными потребностями.

Задачи:

- обеспечивать всестороннее развитие воспитанников, их социальную адаптацию;
- сохранять и укреплять психическое и физическое здоровье, а также индивидуальные особенности на основе интегрированного подхода к реализации вариативных программ;
- обеспечить равные стартовые возможности воспитанникам с особыми образовательными потребностями для дальнейшего обучения в образовательных учреждениях;
- развивать родительскую компетентность и воспитательный потенциал семьи посредством психологической коммуникации [25].

Особенности инклюзивной образовательной программы:

- универсальность (возможность использования программы как основной при сопровождении детей, а в случае необходимости - коррекционной);
- синтез различных методов психолого-педагогического и адаптивного физического воздействия.

Участниками образовательного процесса являются дети со слабовыраженными, а, следовательно, трудно выявляемыми отклонениями в развитии двигательной, сенсорной и интеллектуальной сферы. Группа детей с

минимальными, либо парциальными нарушениями полиморфна и представлена в следующем варианте:

- дети с нарушениями речи (дислалия, стёртая дизартрия, заикание, нарушения лексико-грамматического строя, нарушения фонематического восприятия);
- дети с задержкой психического развития (конституциональной, соматогенной, психогенной);
- педагогически запущенные дети (тревожность, фрустрация, нарушения сна, аппетита);
- дети-носители негативных психических состояний (утомляемость, психическая напряжённость) [32].

Для осуществления инклюзивного воспитания и обучения необходимо формировать у дошкольников умение строить взаимодействие на основе сотрудничества и взаимопонимания. Основой жизненной позиции общества должна стать толерантность.

Инклюзия помогает развивать у здоровых детей терпимость к психическим недостаткам сверстников, чувство взаимопомощи и стремление к сотрудничеству. Инклюзия способствует формированию у детей с особыми образовательными потребностями положительного отношения к сверстникам и адекватного социального поведения, а также более полной реализации потенциала развития в обучении и воспитании. Инклюзивное обучение реализует обеспечение равного доступа к получению того или иного образования и создание необходимых условий для достижения успеха в образовании всеми детьми [3].

Распространение в нашей стране процесса инклюзии детей с ограниченными возможностями психического и физического здоровья в образовательных учреждениях является не только отражением времени, но и представляет собой реализацию прав детей на образование, которое закреплено законодательно [38].

Таким образом, действующее законодательство позволяет организовывать обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья в обычных образовательных учреждениях.

Стремление к тому, чтобы дети с особыми образовательными потребностями воспитывались и обучались вместе со своими нормально развивающимися сверстниками, становится сегодня главной областью приложения сил многих родителей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии.

Разработка правовой базы инклюзивного процесса.

Организация инклюзивного образования регулируется следующими Федеральными и региональными документами:

- Конституция Российской Федерации;
- Закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12. 2012 г. № 273-ФЗ;

- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. N 1155 г. Москва "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования";

- СанПиН 2.4.1.3049-13;

- Письмо Заместителя Министра Министерства образования и науки РФ ИР-535/07 от 07.06.2013г. «О коррекционном и инклюзивном образовании детей». Цель – создать образовательную среду, обеспечивающую доступность качественного образования для всех лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья;

- Письмо Министерства образования и науки РФ от 16.01.2002г. «Об интегрированном воспитании и обучении детей с отклонениями в развитии в ДОУ»;

- «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»;

- Государственная программа «Доступная среда» на 2011 -2015 годы (Постановление Правительства РФ от 17.03.2011 №175);

- Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы (Указ Президента РФ от 01.06.2012 №761);

- Государственная программа РФ «Развитие образования» на 2013- 2020 годы (Распоряжение Правительства РФ от 15.05.2013 № 792-р;

- Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 г. №1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам дошкольного образования»;

- Письмо Минобрнауки РФ от 18.04.2008 n АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».

В основе программы лежат следующие принципы:

- *Принцип единства диагностики и коррекции.* Предварительное обследование позволяет выявить характер и интенсивность трудностей развития, переживаемых ребёнком, сделать заключение об их возможных причинах, сформулировать цели и задачи коррекционной работы. А постоянный контроль изменений личности, поведения и деятельности ребенка, динамики его эмоциональных состояний, чувств и переживаний помогает вовремя скорректировать и оптимизировать программу работы с воспитанником [3].

- *Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач.* Все аспекты развития личности взаимосвязаны и взаимообусловлены.

- *Деятельностный принцип коррекции.* Базируется на теории психического развития ребёнка, разработанной, в трудах А.Н. Леонтьева и Д.Б. Эльконина. Указанный принцип означает, что главным способом

коррекционного - развивающего воздействия является организация активной деятельности ребёнка.

- *Принцип нормативности развития*, или онтогенетический принцип предполагает, что ход психического и личностного развития, обязательно должен соответствовать нормативным показателям, но при этом конкретный путь развития каждой личности неповторим и уникален.

- *Принцип коррекции «снизу-вверх»* предполагает упражнение и тренировку уже имеющихся способностей, находящихся в зоне «актуального развития» ребенка [25].

- *Принцип коррекции “сверху вниз” и принцип развивающего обучения*, выдвинутый Л.С. Выготским (1958), раскрывает направленность коррекционной работы, основным содержанием которой является создание «зоны ближайшего развития», а также своевременное формирование психологических новообразований.

- *Принцип комплексности методов психолого-коррекционного воздействия* утверждает необходимость использования всего многообразия методов, техник и приемов работы педагога в дошкольном образовательном учреждении.

- *Принцип активного привлечения* ближайшего социального окружения к работе с ребёнком определяется ролью, которую играет семья, детский сад в коррекции и развитии ребёнка. Ребёнок развивается в целостной системе социальных отношений неразрывно от них и в единстве с ними [38].

Условия реализации инклюзивной практики в детском саду:

- профессиональная квалификация педагогов и специалистов, реализующих инклюзивный подход;

- специально организованная среда планируется и выстраивается совместно специалистами и воспитателями при участии родителей в процессе наблюдения за потребностями, особенностями развития, самостоятельными действиями, интересами детей, в соответствии с зоной ближайшего развития ребенка [3].

Построение инклюзивного процесса в группе детского сада включает:

- диагностику индивидуальных особенностей развития детей инклюзивной группы, наблюдение за поведением в группе; беседу, анкетирование родителей;

- составление адаптированной образовательной программы, для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и обеспечивающей коррекцию нарушений их развития и социальную адаптацию;

- составление индивидуального учебного плана, обеспечивающего освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося;

- организацию совместной жизнедеятельности детей в условиях инклюзивной группы;

- коррекционно-развивающая работа с детьми в инклюзивном образовании [24].

Коррекционно-развивающая работа направлена на создание условий для всестороннего развития ребёнка с особыми образовательными потребностями для обогащения его социального опыта и гармоничного включения в коллектив сверстников.

Направления коррекционно-развивающей работы:

- *здоровье* - сохранение и укрепление психического и физического здоровья каждого ребёнка; развитие ручной моторики, зрительно-пространственной координации, равновесия, а также закаливающее воздействие;

- *социализация* - обеспечение оптимального вхождения детей с особыми образовательными потребностями в общественную жизнь; формирование у ребёнка представления о себе и элементарных навыков для выстраивания адекватной системы положительных личностных оценок и позитивного отношения к себе; формирование умения сотрудничать с взрослыми и сверстниками; адекватно воспринимать окружающие предметы и явления, положительно относиться к ним;

- *познание* - формирование познавательных процессов и способов умственной деятельности; усвоение и обогащение знаний о природе и обществе; развитие познавательных интересов; развитие речи как средство познания;

- *коммуникация* - развитие свободного общения с взрослыми и детьми; развитие устной речи во всех видах детской деятельности;

- *чтение художественной литературы* - обогащение эмоциональной сферы воспитанников; развитие языковой способности, речевой деятельности;

- *художественное творчество* - развитие у воспитанников сенсорных и творческих способностей; развитие мелкой моторики рук; удовлетворение потребности детей в самовыражении через продуктивную деятельность;

- *музыка* - формирование навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками; повышение самооценки на основе самоактуализации [24, 31].

Реализация содержания инклюзивного образования:

- *индивидуальные занятия* - направлены на развитие и поддержку функциональных способностей ребенка в соответствии с его возможностями;

- *микрогруппы* - для взаимодействия детей через организацию игровой, проектной и исследовательской деятельности;

- *фронтальные формы* организации активности детей рекомендуется проводить в форме круга - специально организованного занятия, на котором дети и взрослые играют вместе в особой спокойной, доверительной атмосфере;

- *детско-родительские группы* - комплексные занятия для детей и родителей, включающие в себя игры, творческие занятия, музыкальные занятия, которые ведут специалисты - психолог, логопед, дефектолог, музыкальный руководитель, специалист по адаптивной физической культуре.

Праздники, экскурсии, конкурсы, походы выходного дня создают позитивный эмоциональный настрой, объединяют детей и взрослых, что является важным ритуалом группы и всего детского сада [3, 24].

1.3. Коррекционная работа в дошкольных образовательных учреждениях

Психологические характеристики детей с особенностями в развитии.

Дети с задержкой психического развития.

Психологические особенности детей с ЗПР:

- ограниченный запас общих сведений и представлений;
- пониженная обучаемость;
- неполноценность зрительного и слухового восприятия;
- недостаточность процессов внимания и речи;
- преобладание наглядных форм мышления, снижение критичности;
- обедненный словарный запас, трудность освоения грамматических конструкций;
- повышенная психическая истощаемость;
- двигательная расторможенность;
- нарушение саморегуляции во всех видах детской деятельности;
- нарушение чувства дистанции.

Содержание коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющих задержку психического развития:

- игры на развитие произвольного визуального и аудиального внимания;
- игры на развитие самоконтроля, для преодоления проявления импульсивности, для формирования умения управлять своим поведением;
- игры на преодоление стереотипов в поведении;
- игры на повышение общей энергетики высших психических функций и общей активизации ребенка;
- игры на развитие межполушарного взаимодействия;
- игры на развитие гностических (сенсорных) процессов;
- игры на развитие мелкой моторики;
- игры на развитие пространственного восприятия собственного тела, формирование схемы тела и др.

Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Психологические особенности детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы проявляются:

- в сложности установления взаимоотношений со всеми окружающими людьми: с близкими и сверстниками;
- в специфических отклонениях в психомоторном развитии;
- в немотивированных страхах;
- в нарушении общих свойств эмоциональной регуляции и специфике динамических характеристик эмоционального процесса;
- в склонности к стереотипным действиям, наличием узких интересов в тематике игры, разговоров, рисовании и др.

Содержание коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющих нарушение эмоциональной сферы:

- технологии, направленные на преодоление негативных эмоций;
- игры на развитие внимания, памяти;
- игры на развитие локомоторных функций;
- игры и упражнения, направленные на формирование адекватных форм поведения;
- игры на регуляцию деятельности дыхательной системы;
- игры на развитие речи и исследовательских способностей и др.

Агрессивные дети.

Агрессия – деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, приносящее физический или моральный ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт.

Психологические особенности агрессивного ребенка (особенности поведения):

- нападает на сверстников, обзывает их;
- намеренно употребляет грубые выражения;
- ведет себя демонстративно ради привлечения внимания;
- использует любую возможность, чтобы разозлить маму, сверстников, не успокаивается до тех пор, пока взрослые не взорвутся, а дети не вступят в драку, при этом родителям и педагогам не понятно, чего добивается ребенок;
- стремиться переложить вину за затеянную ссору на других детей;
- не замечает своего агрессивного поведения, не видит, что вселяет в других страх и беспокойство;
- чрезмерно подозрителен и насторожен;
- часто теряет контроль над собой;
- часто отказывается выполнять правила;
- часто сердится и отказывается сделать что-либо, часто завистлив и мстителен.

Содержание коррекционно-развивающей работы с агрессивными детьми:

- технологии, направленные на преодоление негативных эмоций;
- игры на снятие мышечного напряжения;
- комплексы массажа и самомассажа;
- дыхательные упражнения;
- упражнения для развития мелкой моторики рук;
- кинезиологические упражнения;
- игры и упражнения, направленные на формирование адекватных форм поведения, повышение самооценки, развития взаимопонимания и др.

Дети с синдромом гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ).

Психологические особенности детей с СДВГ:

- наряду с гиперактивностью в двигательной сфере, как правило, обнаруживаются нарушение координации движений, несформированность мелкой моторики и праксиса;

- проблемы в поведении: агрессивность, конфликтность, импульсивность, медлительность, склонность ко лжи, воровство;
- эмоциональные проблемы: неуверенность в себе, застенчивость, заниженная самооценка, тревожность, страхи, инфантилизм;
- нарушения настроения - нестабильное или сниженное настроение, повышенная возбудимость;
- проблемы на занятиях - отсутствие интереса, дефицита внимания, неусидчивость, повышенная отвлекаемость;
- проблемы в общении: проблемы с адаптацией к дошкольному учреждению, отсутствие друзей, трудности взаимодействия с коллективом сверстников.

Содержание коррекционно-развивающей работы с детьми с СДВГ:

- дыхательные упражнения;
- игры на развитие вестибулярно-моторной активности;
- игры на развитие концентрации и распределения внимания;
- игры на снятие мышечного напряжения;
- игры на развитие мелкой моторики;
- игры на развитие самоконтроля;
- упражнения на снижение агрессивности;
- комплекс самомассажа.

Дети с нарушениями речевого развития.

Психологические особенности детей с нарушениями речевого развития:

- неполноценная речевая деятельность, влияющая на недостатки формирования у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер;
- соматическая ослабленность и замедленное развитие локомоторных функций, приводящих к отставанию в развитии двигательной сферы детей;
- отклонения в эмоционально-волевой сфере;
- фиксированность на дефекте.

Содержание коррекционно-развивающей работы детей с нарушениями речевого развития:

- упражнения, используемые при обучении детей пению;
- дыхательные упражнения;
- упражнения и игры для развития речи;
- игры на развитие локомоторных функций;
- игры на развитие внимания, памяти, мыслительных операций и др.

Леворукие дети.

Психологические проблемы леворуких детей:

- трудности ориентировки в пространстве;
- трудности установления логических связей;
- высокая ранимость, впечатлительность, тревожность, подвижность, гневливость;
- трудности привыкания к новой обстановке;
- трудности при работе в группе;

- трудности при работе в жестко регламентированных условиях, в ситуациях соподчинения;
- трудности с развитием фонематического слуха, артикуляционных навыков, в определении значения слов.

Содержание коррекционно-развивающей работы с леворукими детьми:

- упражнения с пальцами и пальчиковая гимнастика;
- дыхательные упражнения;
- упражнения на развитие чувства ритма;
- комплекс механической гимнастики для рук;
- кинезиологические упражнения;
- упражнения на растяжение;
- упражнения на ползание, хождение на четвереньках (синхронно и асинхронно).

Общее свойство детей группы риска – наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход их дальнейшего развития.

В работе ведущих отечественных специалистов показано, что у детей с проблемами в развитии наблюдаются **изменения в развитии личности** в целом:

- пониженный фон настроения, астенические черты, тревожность, легкость возникновения страхов;
- нарушение познавательной деятельности, в т.ч. умственной деятельности;
- несформированность общей и мелкой моторики;
- трудности социальной адаптации.

Все эти особенности формирования психической деятельности детей обуславливают наличие у них нарушения познания окружающего мира, ограниченный запас знаний и представлений [8, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 26, 41].

Коррекционная работа в дошкольном учреждении направлена на развитие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), к которым относятся:

- дети с нарушениями речи (общее недоразвитие речи, фонетико-фонематическое недоразвитие);
- дети с задержкой психического развития (конституциональной, соматогенной, психогенной);
- дети - носители негативных психических состояний (утомляемость, психическая напряженность, тревожность, фрустрация, нарушения сна, аппетита), соматогенной (часто болеющие, аллергики);
- дети с психопатоподобными формами поведения (по типу аффективной возбудимости, истероидности, психастении и др.);
- дети с нарушенными формами поведения органического генеза (гиперактивность, синдром дефицита внимания);
- дети с психогениями (неврозами);
- педагогически запущенные дети.

Цель коррекционной работы: систематизация, обобщение и обогащение содержания коррекционно-развивающего образования детей с ОВЗ в условиях

дошкольного образовательного учреждения; обеспечение коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии различных категорий детей с ОВЗ и оказания помощи детям этой категории в освоении основной образовательной программы [16].

Задачи:

- создать условия для всестороннего развития ребенка с ОВЗ в целях обогащения его социального опыта и гармонического включения в коллектив сверстников;
- формировать познавательные процессы и способствовать умственной деятельности; усвоению и обогащению знаний о природе и обществе;
- развитие познавательных интересов и речи как средства познания;
- совершенствовать функции формирующегося организма, развивать двигательные навыки, тонкую ручную моторику, зрительно-пространственную координацию;
- обеспечить оптимальное вхождение детей с ОВЗ в общественную жизнь;
- формировать у детей эстетическое отношение к миру, накоплению эстетических представлений образов, развитию эстетического вкуса, художественных способностей, освоению различных видов художественной деятельности [15].

Программа коррекционной работы содержит следующие разделы:

- характеристика контингента учащихся с ограниченными возможностями здоровья и особыми потребностями;
- система комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях образовательного процесса;
- формы обучения, содержание и план реализации индивидуально ориентированных коррекционных мероприятий, обеспечивающих удовлетворение особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, их интеграцию в образовательном учреждении и освоение ими основной образовательной программы начального общего образования;
- мониторинг динамики развития детей, их успешности в освоении основной образовательной программы;
- описание специальных условий обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья;
- механизм взаимодействия в разработке и реализации коррекционных мероприятий учителей, специалистов в области коррекционной педагогики, медицинских работников и др. организаций, специализирующихся в области семьи и др. институтов общества, который должен обеспечиваться в урочной, внеурочной и внешкольной деятельности;
- показатели результативности и эффективности коррекционной работы.

Содержание коррекционной работы определяют принципы:

- соблюдение интересов ребёнка, принцип определяет позицию специалистов, который призван решать проблему ребёнка с максимальной пользой в интересах ребёнка;

- системность, принцип обеспечивает единство диагностики, коррекции и развития, т.е. системный подход к анализу особенностей развития и коррекции нарушений детей с ОВЗ;

- всесторонний, многоуровневый подход специалистов различного профиля, взаимодействие и согласованность их действий в решении проблем ребёнка; участие в данном процессе всех участников образовательного процесса;

- непрерывность, принцип гарантирует ребёнку и его родителям непрерывность помощи до решения проблемы или определения подхода к её решению;

- рекомендательный характер оказания помощи, принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей детей с ОВЗ защищать права и интересы детей, включая обязательное согласование с родителями вопроса о направлении (переводе) детей с ОВЗ в группы комбинированной направленности [15].

Направления программы коррекционной работы.

Формы коррекционной работы в детских дошкольных учреждениях:

- индивидуальное, групповое, семейное социально-педагогическое консультирование;

- индивидуальная или групповая психологическая терапия;

- социально-педагогическая поддержка и патронаж.

Программа коррекционной работы на дошкольной ступени образования включает в себя взаимосвязанные направления. Данные направления отражают её основное содержание:

- диагностическая работа обеспечивает своевременное выявление детей с ОВЗ, проведение их комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательного учреждения;

- коррекционно-развивающая работа обеспечивает своевременную специализированную помощь в освоении содержания обучения и коррекцию недостатков детей с ОВЗ в условиях дошкольного образовательного учреждения, способствует формированию коммуникативных, регулятивных, личностных, познавательных навыков;

- консультативная работа обеспечивает непрерывность специального сопровождения детей с ОВЗ и их семей по вопросам реализации, дифференцированных психолого-педагогических условий обучения, воспитания, коррекции, развития и социализации воспитанников;

- информационно-просветительская работа направлена на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для детей с ОВЗ, их родителями, педагогическими работниками [34].

Характеристика содержания коррекционной работы.

Диагностическая работа включает:

- своевременное выявление детей с ОВЗ;
- раннюю (с первых дней пребывания ребёнка в ДОУ) диагностику отклонений в развитии и анализ причин трудностей адаптации;
- комплексный сбор сведений о ребёнке на основании диагностической информации от специалистов разного профиля;
- определение уровня актуального и зоны ближайшего развития воспитанника с ОВЗ, выявление его резервных возможностей;
- изучение развития эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей воспитанников;
- изучение социальной ситуации развития и условий семейного воспитания детей с ОВЗ;
- изучение адаптивных возможностей и уровня социализации ребёнка с ОВЗ;
- системный разносторонний контроль специалистов за уровнем и динамикой развития ребёнка;
- анализ успешности коррекционно-развивающей работы.

Коррекционно-развивающая работа включает:

- выбор оптимальных для развития ребёнка с ОВЗ коррекционных программ или методик и приёмов обучения в соответствии с его особыми потребностями;
- организацию и проведение специалистами индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих занятий, необходимых для преодоления нарушений развития и трудностей обучения;
- коррекцию и развитие высших психических функций;
- развитие эмоционально-волевой сферы и личностных сфер ребёнка и психокоррекцию его поведения;
- социальную защиту ребёнка в случаях неблагоприятных условий жизни при психотравмирующих обстоятельствах [15].

Консультативная работа включает:

- выработку совместных обоснованных рекомендаций по основным направлениям работы с детьми с ОВЗ; единых для всех участников образовательного процесса;
- консультирование специалистами педагогов по выбору индивидуально-ориентированных методов и приёмов работы с воспитанниками с ОВЗ;
- консультативную помощь в семье в вопросах выбора стратегии воспитания и приёмов коррекционного обучения ребёнка с ОВЗ.

Информационно-просветительская работа предусматривает различные формы просветительской деятельности (лекции, индивидуальные беседы, консультирование, анкетирование, индивидуальные практикумы, информационные стенды, печатные материалы, СМИ, презентации), направленные на разъяснение участникам образовательного процесса - детям с

ОВЗ, их родителям, педагогическим работникам, - вопросов, связанных с особенностями образовательного процесса и сопровождения [17].

Технологии воспитательно-коррекционной работы.

1. Коррекционно-развивающие технологии:

- информационно-коммуникативные технологии – ежедневно, 1 - 12 минут в зависимости от возраста;
- игровые технологии;
- технологии с использованием средств искусств: изобразительной деятельности, музыкальной, театральной, конструктивной, литературной – 2 раза в неделю в течение 2 - 4 минут;
- кинезиологические упражнения - ежедневно после дневного сна;
- психогимнастика – ежедневно, время выбирается в зависимости от целей коррекционной работы;
- фонетическая ритмика – ежедневно до обеда;
- ритмопластика – 2 раза в неделю по 25 - 30 минут;
- логоритмика – 2 раза в неделю, длительность в соответствии с возрастом.

2. Здоровьесберегающие технологии:

- физкультурные занятия – 3 раза в неделю, длительность соответствует нормативным требованиям;
- подвижные и спортивные игры – ежедневно, 5 - 25 минут в зависимости от возраста детей;
- динамические паузы – выполняются по мере необходимости для снятия разного вида перегрузок;
- игротренинги и игротерапия – время не регламентировано, в различные режимные моменты;
- массаж и точечный самомассаж – осенне-весенний сезон, по рекомендации врача;
- коммуникативные игры – ежедневно в утренние и вечерние часы;
- занятия из цикла «Здоровье» - во всех возрастных группах 1 раз в месяц;
- пальчиковая гимнастика – ежедневно, проводится индивидуально или с подгруппой детей 1,5 - 2 года;
- дыхательная гимнастика - ежедневно, проводится индивидуально или с подгруппой детей 1,5 - 2 года;
- корригирующая гимнастика - ежедневно, проводится индивидуально или с подгруппой детей 1,5-2 года;
- релаксационные упражнения – время от 2 - 5 минут, в различные режимные моменты [8].

1.4 Игра как ведущий вид деятельности в дошкольном возрасте

Анализ психолого-педагогической литературы по теории возникновения игры в целом позволяет представить спектр ее назначений для развития и самореализации детей. Немецкий психолог К. Гросс, первым в конце XIX в., предпринявший попытку систематического изучения игры, называет игры

изначальной школой поведения. Для него, какими бы внешними или внутренними факторами игры не мотивировались, смысл их именно в том, чтобы стать для детей школой жизни [2].

Дети повторяют в играх то, к чему относятся с полным вниманием, что им доступно наблюдать, и что доступно их пониманию. Уже потому игра, по мнению многих ученых, есть вид развивающей, социальной деятельности, форма освоения социального опыта, одна из сложных способностей человека.

Игра воспроизводит стабильное и инновационное в жизненной практике и, значит, является деятельностью, в которой стабильное отражают именно правила и условности игры - в них заложены устойчивые традиции и нормы, а повторяемость правил игры создает трениговую основу развития ребенка. Ребенок овладевает более широким, непосредственно недоступным ему кругом действительности, только в игре. Играя, ребенок обретает себя и осознает себя личностью. Для детей игра - сфера их социального творчества, общественного и творческого самовыражения [1].

Подвижная игра с правилами – это сознательная, активная деятельность ребенка, характеризующаяся точным и своевременным выполнением заданий, связанных с обязательными для всех играющих правилами. По определению П.Ф. Лесгафта, подвижная игра является упражнением, посредством которого ребенок готовится к жизни. Увлекательное содержание, эмоциональная насыщенность игры побуждают ребенка к определенным умственным и физическим усилиям. Свободу действий дошкольник реализует в подвижных играх, которые являются ведущим методом формирования физической культуры. В педагогической науке подвижные игры рассматриваются как важнейшее средство всестороннего развития ребенка. Глубокий смысл подвижных игр – в их полноценной роли в физической и духовной жизни, существующей в истории и культуре каждого народа. Подвижную игру можно назвать важнейшим воспитательным институтом, способствующим как развитию физических и умственных способностей, так и освоению нравственных норм, правил поведения, этических ценностей общества.

Подвижные игры являются одним из условий развития культуры ребенка. В них он осмысливает и познает окружающий мир, в них развивается его интеллект, фантазия, воображение, формируются социальные качества. Подвижные игры всегда являются творческой деятельностью, в которой проявляется естественная потребность ребенка в движении, необходимость найти решение двигательной задачи.

Для подвижных игр характерно наличие нравственного содержания. Различные по содержанию подвижные игры позволяют проследить разнообразие подходов к поиску путей гармоничного развития детей. Условно можно выделить несколько типов подвижных игр, которые по-разному способствуют всестороннему развитию дошкольников, несут в себе разную социальную направленность.

Играм типа «Ловишки» присущ творческий характер, основанный на азарте, двигательном опыте и точном соблюдении правил. Убегая, догоняя,

уввертываясь, дети максимально мобилизуют свои умственные и физические силы, при этом они самостоятельно выбирают способы, обеспечивающие результативность игровых действий, совершенствующие психофизические качества.

Игры, требующие придумывания движений или мгновенного прекращения действия по игровому сигналу, побуждают детей к индивидуальному и коллективному творчеству.

Игры типа «Замри», «Стоп», «Море волнуется» требуют от играющих прекратить движение по соответствующему сигналу, при этом необходимо сохранить выражение лица и напряжение мышц тела в таком положении, в котором они были застигнуты игровым сигналом. Такое состояние дает возможность чувствовать свое тело в таких положениях, которые непривычны и неестественны для ребенка, и таким образом расширить индивидуальный набор «штампа движений и поз». Стоп - упражнение является одновременно упражнением для воли, внимания, мысли, для чувства и движения. В этих играх особое внимание уделяется выразительности придуманных детьми действий, которые активизируют психические процессы, осуществляют сенсорные коррекции, ролевой тренинг, формируют психосоматическую и эмоциональную сферы, развивая механизмы эмпатии. Такие игры тренируют мимическую и крупную мускулатуру, что способствует выбросу эндорфинов (гормон радости), обеспечивающих улучшение состояния и жизнедеятельности организма.

Известный немецкий педагог Ф. Фребель, отмечая разностороннее воздействие мяча на психофизическое развитие ребенка, подчеркивает его роль в развитии координации движений, кисти руки, а, следовательно, и в совершенствовании коры головного мозга. Ребенок, играя, выполняет разнообразные манипуляции с мячом: целится, отбивает, подбрасывает, перебрасывает, соединяет движения с хлопками, различными поворотами и т.д. Эти игры развивают глазомер, двигательные координационные функции, совершенствуют деятельность коры головного мозга. Также отбивание мяча повышает настроение, снимает агрессию, помогает избавиться от мышечных напряжений, вызывает удовольствие.

Игры с элементами соревновательной деятельности требуют правильного педагогического руководства ими, которое предполагает соблюдение ряда условий: каждый ребенок, участвующий в игре, должен хорошо владеть двигательными навыками (лазаньем, бегом, прыжками, метанием и т.д.), в которых он соревнуется. Этот же принцип является основополагающим в играх-эстафетах.

Таким образом, играя и реализуя различные формы активности, дети познают окружающий мир, себя, свое тело, изобретают, творят, при этом развиваются гармонично и целостно [28].

Подвижные игры с правилами рассматриваются как основное средство и метод физического воспитания. Являясь важным средством физического воспитания, подвижная игра одновременно оказывает оздоровительное

воздействие на организм ребенка. Большое количество движений активизирует дыхание, кровообращение и обменные процессы. Это в свою очередь оказывает благотворное влияние на психическую деятельность. Оздоровительный эффект подвижных игр усиливается при проведении их на свежем воздухе.

Велика роль подвижной игры в умственном воспитании ребенка: дети учатся действовать в соответствии с правилами, овладевать пространственной терминологией, осознанно действовать в изменившейся игровой ситуации и познавать окружающий мир. В процессе игры активизируются память, представления, развиваются мышление, воображение. Дети усваивают смысл игры, запоминают правила, учатся действовать в соответствии с избранной ролью, творчески применяют имеющиеся двигательные навыки, учатся анализировать свои действия и действия товарищей.

Большое значение имеют подвижные игры и для нравственного воспитания. В игре формируется честность, дисциплинированность, справедливость. Подчиняясь правилам игры, дети практически упражняются в нравственных поступках, учатся дружить, сопереживать, помогать друг другу.

В подвижных играх совершенствуется эстетическое восприятие мира. Дети познают красоту движений, их образность, у них развивается чувство ритма, они овладевают поэтической образной речью.

Подвижная игра готовит ребенка к труду: дети изготавливают игровые атрибуты, располагают и убирают их в определенной последовательности, совершенствуют свои двигательные навыки, необходимые для будущей трудовой деятельности.

Использование разнообразных комбинаций движений в подвижных играх не только активизирует творческую деятельность детей, но и способствует использованию физических упражнений в качестве средства решения двигательных задач и как основной фактор их выразительности. Важно, чтобы дети в игре стремились к наслаждению физическими упражнениями, которые способны дать интенсивные мышечные усилия.

Наивысшим уровнем детского творчества является придумывание новых подвижных игр по материалам знакомых художественных произведений, эпизодам из жизни.

Подвижная игра – незаменимое средство пополнения ребенком знаний и представлений об окружающем мире, развития мышления, смекалки, ловкости, сноровки, ценных морально-волевых качеств. Кроме того, происходит не только упражнение в уже имеющихся навыках, их закрепление и совершенствование, но и формирование новых психических процессов, новых качеств личности ребенка [28, 48].

Таким образом, игра является ведущей деятельностью в дошкольном возрасте, она оказывает значительное влияние на развитие ребенка. Прежде всего, в игре дети учатся полноценному общению друг с другом.

Игра способствует становлению общения со сверстниками и произвольного поведения ребенка. Механизм управления своим поведением - подчинение правилам - складывается именно в игре, затем проявляется в

других видах деятельности. При наиболее благоприятных вариантах развития детей к моменту поступления в школу дети способны управлять своим поведением в целом, а не только какими-то отдельными действиями [3].

В игре развивается мотивационно-потребностная сфера ребенка. Возникают новые мотивы деятельности и связанные с ними цели. Формирующаяся произвольность поведения облегчает переход от мотивов, имеющих форму аффективно окрашенных непосредственных желаний, к мотивам-намерениям, стоящим на грани сознательности.

По мнению Эльконина Д.Б. (1999) педагогами, психологами различных научных школ для раскрытия понятия игры выделено ряд общих положений:

- игра выступает самостоятельным видом развивающей деятельности детей дошкольного возраста;
- игра детей есть самая свободная форма их деятельности, в которой осознается, изучается окружающий мир, открывается широкий простор для личного творчества, активности самопознания, самовыражения;
- игра - первая ступень деятельности ребенка дошкольника, изначальная школа его поведения, нормативная и равноправная деятельность младших школьников, подростков, юношества, меняющих свои цели по мере взросления учащихся;
- игра есть практика развития. Дети играют, потому что развиваются, и развиваются потому, что играют;
- игра - свобода самораскрытия, саморазвития с опорой на подсознание, разум и творчество.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К группам инвалидов в зависимости от характера нарушения функции относятся лица:

- 1) с нарушением интеллекта;
- 2) с различными физическими недостатками;
- 3) имеющие трансплантанты;
- 4) с патологией дыхательных путей.

Выберите один правильный ответ.

2. К общим задачам адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста относятся:

- 1) развитие межпредметных знаний;
- 2) коррекция и совершенствование координационных способностей, согласованности движений;
- 3) активизация функций сердечно-сосудистой системы;
- 4) развитие физических качеств быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости;
- 5) укрепление здоровья.

Выберите два правильных ответа.

3. Цель адаптивной физической культуры в детских образовательных учреждениях это:

- 1) профилактическая;
- 2) психологическая;
- 3) коррекционно-компенсаторная;
- 4) воспитание волевых качеств;
- 5) развитие физических качеств быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости;
- 6) улучшение и укрепление опорно-двигательного аппарата.

Выберите три правильных ответа.

4. Дети с нарушениями развития - это дети:

- 1) с первичной артериальной гипертензией;
- 2) с нарушениями поведения;
- 3) с задержкой психического развития;
- 4) с заболеваниями системы внешнего дыхания;
- 5) с нарушением слуха (неслышащие и слабослышащие);
- 6) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- 7) с тяжелыми нарушениями речи.

Выберите четыре правильных ответа.

5. Подвижные игры с правилами это:

- 1) основное средство физического воспитания;
- 2) метод физического воспитания;
- 3) метод развития выносливости, силы;
- 4) метод развития быстроты, гибкости;
- 5) метод развития координационных способностей.

Выберите два правильных ответа.

6. Здоровьесберегающие технологии это:

- 1) массаж и точечный самомассаж;
- 2) технологии с использованием средств искусств;
- 3) физкультурные занятия 3 раза в неделю;
- 4) подвижные и спортивные игры;
- 5) информационно-коммуникативные технологии;
- 6) ритмопластика;
- 7) дыхательная гимнастика.

Выберите четыре правильных ответа.

7. Цель коррекционной работы в условиях дошкольного образовательного учреждения это:

- 1) систематизация, обобщение и обогащение содержания коррекционно-развивающего образования детей с ОВЗ;
- 2) обеспечение коррекции недостатков в физическом развитии различных категорий детей с ОВЗ;
- 3) обеспечение коррекции недостатков в психическом развитии различных категорий детей с ОВЗ;

4) оказания помощи детям с ОВЗ в освоении основной образовательной программы;

5) обеспечение формирования и совершенствования свойств и качеств личности ребенка, имеющих существенное значение для конкретной деятельности.

Выберите четыре правильных ответа.

8. К особенностям инклюзивной программы относят:

1) универсальность (возможность использования программы как основной при сопровождении детей, а в случае необходимости – коррекционной);

2) синтез различных методов психолого-педагогического и адаптивного физического воздействия;

3) единство различных методов психолого-педагогического воздействия;

4) комплексности методов адаптивного физического воздействия.

Выберите два правильных ответа.

2. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РОСТА И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДОШКОЛЬНИКА

2.1. Возрастная периодизация

Отличительной особенностью ребенка дошкольного возраста является непрерывный рост и развитие, что проявляется в количественных и качественных изменениях, происходящих в организме.

На разных этапах дошкольного детства процессы роста и развития протекают неодинаково: периоды быстрого темпа сменяются замедленным развитием. Кроме того, каждый орган, каждая система имеет свои закономерности формирования. Однако между ними имеется тесная функциональная взаимосвязь. Так, формирование структур головного мозга оказывает положительное влияние на развитие высшей нервной деятельности, моторной сферы, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, других физиологических систем; совершенствование функций дыхания способствует развитию сердечно-сосудистой системы, и наоборот.

Возрастная периодизация – это периодизация этапов в жизни человека и определения возрастных границ этих этапов, принятая в обществе система возрастной стратификации [29].

Возраст существует одновременно как абсолютное, количественное, понятие (календарный возраст, время жизни от рождения) и как этап в процессе физического и психологического развития (условный возраст).

Как указывал И.С. Кон, для того, чтобы разобраться в содержании категории возраста, прежде всего, необходимо разграничить главные системы отсчета, в которых наука описывает человеческий возраст и без связи с которыми возрастные категории вообще не имеют смысла.

Первой системой отсчета является индивидуальное развитие (онтогенез, «жизненный цикл»). Эта система отсчета задает такие единицы деления, как «стадии развития», «возрасты жизни», и концентрируется на возрастных свойствах.

Вторая система отсчета - это связанные с возрастом социальные процессы и социальная структура общества. Эта система отсчета задает такие единицы деления, как «возрастные страты», «возрастные группы», «поколения», одним из задаваемых ей направлений исследования являются когортные различия.

Третья система отсчета - это представления о возрасте в культуре, то, как возрастные изменения и свойства воспринимаются представителями социально-экономических и этнических групп, одним из задаваемых ей направлений исследования являются возрастные стереотипы или «возрастные обряды» [52].

Принципы периодизации.

Выготский Л.С. различал *три группы периодизаций*: по внешнему критерию, по одному и нескольким признакам детского развития.

Первая группа периодизаций основывается на внешнем критерии, без связи с физическим и психическим развитием человека. Например, из принципа «онтогенез повторяет филогенез» выводилась периодизация, ставящая каждый этап жизни в соответствии со стадиями биологической эволюции и исторического развития человечества. До сих пор сохраняется периодизация по ступеням системы воспитания и обучения, оперирующая такими понятиями, как «дошкольный возраст», «младший школьный возраст» и т.д. Так как, по мнению Арьес Ф. (1999), структура образования развивалась с учетом психологии развития, такая периодизация косвенно связана с переломными моментами в детском развитии.

Вторая группа периодизаций основывается на одном внутреннем критерии. Выбор критерия, который ложится в основу классификации, субъективен и происходит по самым разным причинам. Так, в рамках психоанализа Фрейдом была разработана периодизация развития детской сексуальности (оральный, анальный, фаллический, латентный, генитальный этапы) [50].

В основе периодизации П.П. Блонского - объективный и простой для учета физиологический признак, как появление и смена зубов. В получившейся классификации детство делится на три периода: беззубое детство, детство молочных зубов и детство постоянных зубов; с появлением зубов мудрости начинается взрослость.

Третья группа периодизаций основывается на нескольких существенных особенностях развития и может учитывать изменение важности критериев со временем. Примером таких периодизаций являются системы, разработанные Выготским Л.С. и Элькониным Д.Б.

Существует много периодизаций возрастного развития. Детальность проработки периодизаций неодинакова для разных возрастов; периодизации детства и юности, как правило, привлекали больше внимания психологов, чем периодизация зрелости, поскольку развитие в зрелости не несет качественных изменений и содержательная периодизация зрелости затруднена.

В рамках психологии развития, догматические периодизации, основанные на умозрительных принципах, были заменены периодизациями, основанными на предварительном изучении развития детей [29].

Некоторые исторические и ныне используемые системы периодизации возрастных периодов в жизни человека.

1. Периодизация Выготского Л.С. включает:

- кризис новорожденности (до 2 мес.);
- младенческий возраст (до 1 года);
- кризис 1 года;
- раннее детство (1 - 3 года);
- кризис 3 лет;
- дошкольный возраст (3 - 7 лет);
- кризис 7 лет;
- школьный возраст (7 - 13 лет);

- кризис 13 лет;
- пубертатный возраст (13 - 17 лет);
- кризис 17 лет [12].

2. Периодизация Элькониной Д.Б. включает:

- Этап раннего детства - младенчество (до года) и ранний возраст (1 - 3 года).
- Этап детства - дошкольный возраст (3 - 7 лет) и младший школьный возраст (7 - 11 лет).
- Этап отрочества - подростковый возраст (11 - 15 лет) и ранняя юность (15 - 17 лет).

3. Периодизация Эриксона включает:

- младенчество (1 - 2 года);
- раннее детство (3 - 4 года);
- игровой возраст (5 - 7 лет);
- школьный возраст (8 - 11 лет);
- юность (12 - 18 лет) [53].

Широко распространена классификация, предложенная русским педиатром, создателем петербургской школы педиатров, изучавшим возрастные анатомо-физиологические особенности детей Н.П. Гундобиним.

В соответствии с ней выделяют:

- период внутриутробного развития;
- период новорожденного (2 - 3 недели);
- период грудного возраста (до 1 года);
- преддошкольный (с 1 года до 3 лет);
- дошкольный возраст (с 3 до 7 лет, период молочных зубов);
- младший школьный возраст (с 7 до 12 лет);
- средний, или подростковый, возраст (с 12 до 15 лет);
- старший школьный, или юношеский, возраст (с 14 до 18 лет у девочек, с 15 - 16 лет до 19 - 20 лет у мальчиков) [30].

В современной науке нет единой общепринятой классификации периодов роста и развития и их возрастных границ, но предлагается такая схема:

- 1) новорожденный (1 - 10 дней);
- 2) грудной возраст (10 дней - 1 год);
- 3) раннее детство (1 - 3 года);
- 4) первое детство (4 - 7 лет);
- 5) второе детство (8 - 12 лет для мальчиков, 8 - 11 лет для девочек);
- 6) подростковый возраст (13 - 16 лет для мальчиков, 12 - 15 лет для девочек);
- 7) юношеский возраст (17 - 21 год для юношей, 16 - 20 лет для девушек);
- 8) зрелый возраст:
 - I период (22 - 35 лет для мужчин, 22 - 35 лет для женщин);
 - II период (36 - 60 лет для мужчин, 36 - 55 лет для женщин);
- 9) пожилой возраст (61 - 74 года для мужчин, 56 - 74 года для женщин);
- 10) старческий возраст (75 - 90 лет);

11) долгожители (90 лет и выше) [29].

Данная периодизация включает в себя комплекс признаков: размеры тела и органов, массу, окостенение скелета, прорезывание зубов, развитие желез внутренней секреции, степень полового созревания, мышечную силу. Схема учитывает особенности мальчиков и девочек. Для каждого возрастного периода характерны специфические особенности. Переход от одного возрастного периода к другому называют переломным этапом индивидуального развития, или критическим периодом. Продолжительность отдельных возрастных периодов в значительной степени изменчива. Хронологические рамки возраста и его характеристики определяются в первую очередь социальными факторами [39].

2.2. Особенности психомоторного развития дошкольника

Психомоторное развитие ребенка является базальным уровнем для его дальнейшего психического развития (познавательное, эмоциональное, социальное), которое, в свою очередь, обуславливает успешное обучение в школе и формирование учебных навыков [43].

В возрасте 2-х лет.

Развитие речи: понимает рассказ о событиях, ему знакомых; при общении со взрослыми пользуется 3-х сложными предложениями, употребляя прилагательное и местоимение.

Сенсорное развитие: подбирает по образцу и слову 3-4 контрастных цвета.

Предметная деятельность и игра: в игре воспроизводится ряд последовательных действий.

Двигательная деятельность: перешагивает чередующим шагом 3 палки (длина 40 см., интервал 20 см.); перешагивает препятствие на высоте 10 см.

Жизненные навыки: частично надевает одежду.

В возрасте 3 - 4 года.

Психомоторное развитие:

- может соединить 3-4 части разрезных картинок;
- рисует линию; проводит диагональную линию на бумаге;
- пользуется ножницами;
- прыгает с высоты 20 см
- отталкивает большой мяч;
- идет на носочках;
- проезжает на трехколесном велосипеде;
- может скатиться с горки; кувыркается, качается;
- поднимается по лестнице, поочередно поднимая ноги;
- ловит мяч двумя руками; держит карандаш пальцами, а не в кулаке;
- раскатывает, месит и мнет глину;
- перелистывает страницы по одной; нанизывает бусы;
- изображает кругообразные, вертикальные и горизонтальные штрихи;
- строит башню, забор и мост;

- поднимается по лестнице чередующимся шагом;
- ловит мяч двумя руками.

Психосоциальное развитие:

- приветствует знакомых взрослых без напоминания, говорит «пожалуйста», «спасибо»;
- спрашивает у ровесников разрешения играть с игрушками; следует правилам поведения, подражая другим детям;
- выполняет правила групповых игр (под руководством взрослых);
- в процессе игры старается планировать свои действия.

Жизненные навыки:

- самостоятельно ест;
- начинает самостоятельно одеваться; может закрепить застёжки на одежде; надевает варежки, обувается; пользуется вешалкой или крючком;
- с помощью взрослого чистит зубы, сам моет руки, лицо и вытирает;
- избегает известных опасностей (например, разбитое стекло, открытый огонь);

Когнитивное развитие:

- различает большие и маленькие объекты, знает понятия тяжелый и легкий предмет, различает короткие и длинные предметы, больше и меньше;
- считает до 5; знает 3 геометрические формы (треугольник, квадрат, круг);
- распознает и подбирает 6 цветов;
- выбирает и рассматривает книжки с картинками, называет нарисованные предметы, выделяет несколько предметов на одной картинке; классифицирует и подбирает связанные предметы;
- различает и выкладывает предметы по высоте, длине, ширине;
- задает вопросы где, почему, как;
- называет свое имя и фамилию, называет имя папы и мамы;
- составляет предложения из 4-х слов, присоединяется к простой беседе, выполняет две различные невзаимосвязанные инструкции; озвучивает роли в играх;
- знает и различает понятия девочка, мальчик, тетя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.;
- знает и называет части тела;
- может выполнять одновременно два действия (поет и хлопает, топает и хлопает и др.);
- группирует предметы по признакам – цвет, величина, форма, количество, рисунку; присоединяется к простой беседе;
- выполняет две различные, не взаимосвязанные инструкции; присоединяется к сообщению истории; представляет сравнительные характеристики относительно подобия и различия;
- использует глаголы прошедшего и будущего времени; различает формы единственного и множественного числа;
- называет свое имя и фамилию, имя мамы и папы.

В возрасте 5 лет.

Психомоторное развитие:

- двигается скоординировано, прыгает вперед обеими ногами и на одной ноге, уверенно бегают; поднимается и спускается по лестнице, переступая с ноги на ногу;
- легко бегает на носках; удерживает равновесие, приземляется на обе ноги, пружиня их; прыгает через скакалку;
- играет с мячом (во все типы игр);
- самостоятельно пользуется ножницами, составляет разрезные картинки из 4 - 10 частей; делает поделки из пластилина, бумаги; может нанизывать какие-то предметы в заданном порядке;
- устойчиво режет по линии; вырезает простые фигуры; правильно держит карандаш; закрашивает контуры, не выходя за пределы; хорошо лепит и клеит.

Психосоциальное развитие:

- выбирает друзей, знает свой город и улицу;
- учится, наблюдая за взрослыми, следуя их указаниям, посредством исследований;
- играет в воображаемые игры, имеет свое мнение;
- следует правилам поведения в группе сверстников;
- имеет и выполняет определенные обязанности; делает поделки из различных материалов.

Когнитивное развитие:

- считает до 10;
- ориентируется в пространстве и во времени, различает вчера, на прошлой неделе, давно, сегодня, завтра;
- классифицирует предметы по определенному признаку;
- называет собственное имя, фамилию; фамилию, имя, отчество своих родителей, домашний адрес; составляет предложения в соответствии с правилами грамматики; сообщает и принимает информацию; хорошо общается с близкими и знакомыми;
- понимает объяснения материала; включается в беседу;
- пересказывает истории; придумывает игры и сюжеты; сюжетно-ролевая игра становится реалистичной, учитываются детали, время, пространство;
- спрашивает значение слов и задает вопросы «где?» «когда?» «как?»;
- участвует в групповых играх, с принятием групповых решений, распределением ролей, соблюдением правил;
- понимает функции предметов и причинно-следственные связи; объем внимания значительно расширяется; выделяет главные и второстепенные события.

Жизненные навыки:

- помогает взрослым подклеивать книги, коробки; под руководством воспитателя выполняет обязанности дежурного по подготовке к занятиям;

добросовестно выполняет обязанности дежурного по столовой (сервирует стол);

- соблюдает личную гигиену; умеет пользоваться расческой, носовым платком и зубной щеткой;

- умеет пользоваться вилкой, ложкой и салфеткой; заправляет и расправляет постель.

В возрасте 6 - 7 лет.

Психомоторное развитие:

- прыгает толчком двух ног, выполняет строевые упражнения, ловит мяч правой и левой рукой; поднимает вещи с земли во время бега;

- кувырывается вперед – назад при помощи взрослого;

- катается на детском велосипеде; прыгает с высоты 30 см;

- самостоятельно надевает и снимает одежду;

- пишет (печатает) собственное имя, работает по прописи для подготовки руки к письму;

- может нарисовать известные объекты типа: дом, люди, автомобили, цветы (составляет рисунок из сочетания данных изображений);

- рисует человека с деталями лица, рук, ног и одежды;

- делает поделку из 2-3 частей, используя тесто, глину, пластилин; раскрашивает картинки, не выходя за границу изображения контура.

Психосоциальное развитие:

- демонстрирует эмоции (чувства гнева, счастья, любви и т.д.), признает эмоции и мысли ровесников;

- выбирает друзей; играет с детьми без постоянного наблюдения, сам объясняет правила игры другим, подражает взрослым ролям;

- планирует действия, чтобы достигнуть цели, выполняет конкретные поручения, понимает важность быть признанным или оцененным взрослыми, детьми, защищает свои права;

- начинает понимать причины некоторых общественных явлений.

Когнитивное развитие:

- знает счет до 20 (логический, порядковый, обратный); может указать цифры от 1 до 10;

- ориентируется в пространстве; ориентируется во времени;

- классифицирует предметы по определенному признаку;

- знает дни недели, месяцы;

- определяет часть и целое изображенного предмета;

- называет фамилию, имя, адрес, номер телефона, дату рождения, может рассказать простую историю по порядку; пересказывает ежедневные события; описывает действия и место событий (включая детали); отвечает на вопрос «почему?»;

- повторяет предложения из 4-5 слов, составляет предложения из 5-6 слов, правильно подбирает синонимы, антонимы; понимает значение «звуки», «слоги», «слова»;

- выражает запросы и пожелания, используя нужные слова; находит картинки по устному описанию ситуации;
- называет материал, из которого сделан предмет; определяет подобие и различие предметов, явлений, ситуаций и т.п.

Жизненные навыки:

- самостоятельно одевается и раздевается, аккуратно складывает и вешает одежду, ставит на место обувь, самостоятельно приводит в порядок свою одежду и обувь (моет, чистит, просушивает);
- самостоятельно подготовиться к занятию; самостоятельно убирает на место строительный материал, игрушки; моет их; помогает взрослому стирать кукольную одежду, ремонтировать книги, игрушки;
- самостоятельно и добросовестно выполняет обязанности дежурного по столовой: сервирует столы, раздает второе и третье блюда (ягоды, фрукты), убирает посуду после еды, вытирает столы;
- охотно участвует в сезонных работах на огороде, в цветнике;
- самостоятельно делает игрушки для сюжетно-ролевых игр (бинокли, флажки, сумочки), изготавливает сувениры для родителей, сотрудников детского сада, малышей и пособия для занятий и самостоятельной деятельности (коробочки, счетный материал т.п.);
- использует в самостоятельной деятельности навык работы с природным, бросовым и другим материалами;
- умеет планировать свою деятельность, включая трудовую, отбирать необходимые детали, делать несложные заготовки;
- следит за чистотой тела, опрятностью одежды, прически; следить за чистотой ногтей; при кашле, чихании отворачивается, прикрывает рот носовым платком;
- ест аккуратно, бесшумно, сохраняя правильную осанку за столом; умеет пользоваться ложкой, вилкой, ножом, салфеткой; имеет привычку быстро и правильно умываться, сухо вытираться, пользуясь только индивидуальным полотенцем; соблюдает гигиену.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Основной критерий в периодизации Блонского П.П.:

- 1) сенситивные периоды развития мышления;
- 2) качественные особенности детского мышления;
- 3) развитие способностей и задатков дошкольника;
- 4) физиологический признак (напр., появление и смена зубов).

Выберите один правильный ответ.

2. Основной критерий в периодизации Выготского Л.С.:

- 1) физиологический признак;
- 2) качественные особенности детского мышления;
- 3) появление и смена зубов;
- 4) предварительное изучение обучения и развития ребенка.

Выберите один правильный ответ.

3. Основной критерий в периодизации Гундобина Н.П.:

- 1) возрастные анатомо-физиологические особенности ребенка;
- 2) качественные особенности детского мышления;
- 3) развитие способностей и задатков дошкольника;
- 4) физиологический признак (напр., появление и смена зубов).

Выберите один правильный ответ.

4. Основными психомоторными функциями в раннем детстве считают:

- 1) внимание;
- 2) перешагивает препятствие на высоте 10 см;
- 3) ощущение;
- 4) поднимается по лестнице чередующимся шагом;
- 5) восприятие;
- 6) ловит мяч двумя руками;
- 7) память;
- 8) мышление;
- 9) речь;
- 10) воображение.

Выберите три правильных ответа.

5. Основными психомоторными функциями в дошкольном возрасте считают:

- 1) внимание;
- 2) двигается скоординировано;
- 2) ощущение;
- 3) восприятие;
- 4) память;
- 5) выполняет строевые упражнения;
- 6) кувырывается вперед – назад при помощи взрослого;
- 5) мышление;
- 6) речь;
- 7) воображение.

Выберите три правильных ответа.

3. СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

3.1. Средства адаптивного физического воспитания

В системе физического воспитания в ДОУ работа осуществляется при помощи разнообразных средств, воздействующих на организм дошкольника:

- гигиенические факторы (правильный режим, рациональное питание, гигиеническая обстановка, формирование культурно-гигиенических навыков);
- естественные силы природы (для закаливания и укрепления организма);
- физические упражнения [5].

Режим детской жизни - это рациональное, четкое чередование бодрствования, сна, питания, различных видов деятельности, повторяющихся ежедневно в определенной последовательности.

При составлении режима необходимо учитывать следующее:

1. Возрастные особенности высшей нервной деятельности: изменение предела работоспособности клеток коры головного мозга, что определяет общее количество часов и продолжительность отрезков сна и бодрствования.

2. Возрастные особенности в работе пищеварительной системы, которые регламентируют количество кормлений в течение суток.

3. Индивидуальные особенности: детям с возбудимой и слабой нервной системой нужно спать больше, отдыхать чаще.

4. Возрастные потребности в движениях.

5. Время года, климатические условия.

Неотъемлемыми чертами режима являются ритмичность и постоянство его основных элементов в течение определенного времени. Ритмичность режима обусловлена ритмичностью природных явлений, ритмичностью деятельности организма, которая проявляется в чередовании сна и бодрствования, изменении температуры тела (повышения к вечеру и понижения к утру), в ритме дыхания, сердечных сокращений, в ритме работы пищеварительного тракта и т.д. [33].

Воспитательное значение режима заключается в том, что в процессе часто повторяющихся действий в определенное время и определенной последовательности ребенок легче овладевает многими, наиболее целесообразными бытовыми, культурно-гигиеническими, трудовыми навыками; эти навыки автоматизируются, и внимание ребенка освобождается для другой, более сложной деятельности. Вместе с тем ребенку предоставляется возможность действовать самому, что развивает такие важнейшие качества личности, как самостоятельность, активность, инициатива [19].

Питание - является важным компонентом полноценного физического воспитания детей. Питание - один из основных источников процесса обмена, без которого невозможна жизнь. Для растущего организма питание имеет особо

важное значение, так как оно обеспечивает нормальный рост и развитие всех тканей.

Все отклонения от нормы в питании быстро сказываются на жизнедеятельности детского организма [33].

Создание санитарно-гигиенической обстановки в соответствии с существующими нормативами также важное условие для физического воспитания. Это предусматривает поддержание чистоты и порядка в помещении и на участке, соблюдение оптимального светового, воздушного и температурного режима в помещении, а также гигиены одежды детей и взрослых. Не менее важно создание необходимой материальной среды: рациональная планировка помещения и участка, обеспечение мебелью и физкультурным оборудованием в соответствии с возрастом детей.

К культурно-гигиеническим навыкам относятся навыки по соблюдению чистоты тела, культурной еды, поддержания порядка в окружающей обстановке и культурных взаимоотношений детей друг с другом и со взрослыми.

Физиологической основой культурно-гигиенических навыков и привычек является образование условно-рефлекторных связей, выработка динамических стереотипов. Данные навыки и привычки имеют выраженную социальную направленность, так как дети приучаются выполнять установленные в обществе правила, соответствующие нормам поведения.

Культурно-гигиенические навыки и привычки в значительной степени формируются в дошкольном возрасте, так как центральная нервная система ребенка в высшей степени пластична, а действия, связанные с принятием пищи, одеванием, умыванием, повторяются каждый день и неоднократно. Интерес, внимание детей к бытовым действиям, впечатлительность нервной системы дают взрослым возможность быстро научить ребенка определенной последовательности операций, из которых складывается каждое действие, приемам, которые помогают выполнять задание быстро, экономно. Если это время упустить, неправильные действия автоматизируются, ребенок привыкает к неряшливости, небрежности [48].

Закаливание - воспитание наибольшей устойчивости, приспособляемости организма к различным физическим воздействиям, которые поступают из окружающей среды (изменение температуры, влажности, скорости движения воздуха, степени солнечного облучения и т.д.). Закаливание оказывает широкое физиологическое воздействие на организм. У ребенка не только вырабатывается быстрая реакция на температурные, климатические изменения, но и повышается количество гемоглобина, улучшаются иммунологические свойства, он становится менее подверженным любым заболеваниям и легче справляется с ними [14].

Физиологическая сущность закаливания обуславливает определенные требования к организации работы с дошкольниками:

1. Закаливание нужно проводить систематически, в течение всего года, с учетом сезонных явлений.
2. Постепенно увеличивать силу сезонных раздражителей.

3. Учитывать состояние здоровья, типологические особенности ребенка, его эмоциональное состояние, а также домашние условия и условия детского учреждения.

4. Использовать природные факторы в связи с режимом, правильной организацией всей деятельности ребенка, так как общее укрепление здоровья способствует эффективности закаливания [5].

Систематичность проведения закаливающих процедур определяется их условно-рефлекторной природой. При проведении мероприятий по закаливанию, в одно и то же время и в одних и тех же условиях, легко образуются условно-рефлекторные связи. Но связи эти не отличаются прочностью, поэтому закаливающие процедуры должны быть регулярными.

Постепенность в изменении силы раздражителя - необходимое условие закаливания, так как организм не может перестраиваться сразу и соответствующим образом реагировать при резком понижении или повышении температуры. Слишком малая разница в раздражителях или их постоянная величина также не оказываются полезными, так как не вызывают перестройки в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, обмену веществ, т.е. закаливание не оказывает глубокого влияния на организм. При определенной устойчивости организма к изменению температуры следует использовать контрастные кратковременные воздействия, что способствует совершенствованию физиологических реакций и более высокой приспособляемости к условиям среды [5, 14].

Показателями правильного выбора раздражителя служат кратковременное углубление и учащение дыхания, пульса, а также внешний вид кожи, общая положительная реакция ребенка: хорошее настроение, хорошее самочувствие.

Учет индивидуальных особенностей необходим при закаливании. Дети с возбудимой нервной системой нуждаются в более осторожном изменении температуры, а также в успокаивающих процедурах перед сном (обтирание, теплая ванна). Заторможенным детям полезны бодрящие процедуры после сна (обливание, душ). Детей с ослабленным здоровьем обязательно нужно закалывать, но постепенность в изменении температуры выдерживать более тщательно: больше временные промежутки, при которых проводятся процедуры с одинаковой температурой. Необходимым является врачебный контроль. Связь закаливающих процедур с физическими упражнениями, разнообразной деятельностью ребенка в повседневной жизни дает лучшие результаты и непосредственно для закаливания и для общего укрепления организма.

Физические упражнения - это специальные движения, а также сложные виды двигательной деятельности, направленные на решение задач физического воспитания [56].

Физические упражнения оказывают многогранное физиологическое воздействие на организм. При сокращении мышц активизируются процессы

обмена веществ, кровообращения, перестраивается работа всех внутренних органов и систем, стимулируется рост и развитие мышечной системы.

Важны физические упражнения и для полноценной работы головного мозга: улучшается его кровоснабжение, повышается общий тонус коры, благодаря чему усиливается деятельность всех анализаторов. При активной мышечной работе перевозбуждение систем мозга уменьшается или полностью снимается. Также улучшаются основные свойства нервной системы (ее сила, подвижность, уравновешенность).

В воспитании детей раннего возраста применяются массаж - один из видов пассивной гимнастики. Он также обуславливает изменения в работе всех органов и систем. Под влиянием массажа улучшаются состав крови, функции нервной системы, а также условия питания кожи и мышц, повышается теплоотдача. Массаж ускоряет ток крови и лимфы, благодаря чему ткани быстрее освобождаются от продуктов распада, снимается утомление мышц.

Физические упражнения в разной форме включаются в утреннюю гимнастику, физкультурные и музыкально-двигательные занятия, особенно в разнообразных подвижных играх [14].

3.2. Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением интеллекта

В физическом развитии ребенка с нарушениями интеллекта, так же, как и в психическом, имеются общие тенденции с развитием нормально развивающихся детей. Наряду с этим наблюдается и множество отклонений, в основе которых лежит диффузное поражение коры головного мозга. Эти отклонения находят свое выражение в ослабленности организма, в большей подверженности инфекционным заболеваниям, в общем физическом недоразвитии (вес, рост), нарушении высших психических функций, в нарушении развития статики и локомоции, основных движений, мелкой моторики, осанки, координации элементарных двигательных актов, в нарушениях равновесия и др. У детей с органическим поражением центральной нервной системы нарушена нервная регуляция мышечной деятельности. В результате своевременно не формируется контроль двигательных актов, возникают трудности в формировании произвольных движений, в становлении их целенаправленности, координированности, пространственной ориентировки. У многих детей с нарушениями интеллекта возникают сопутствующие движения - синкинезии. При этом нарушаются и моторные компоненты речи, тесно связанные с общим развитием моторики (крупной и мелкой).

У большинства детей, поступающих в специальные дошкольные учреждения, отклонения в физическом развитии оказываются явно выраженными. Корпус у них наклонен вперед, голова опущена вниз, они часто смотрят под ноги. При ходьбе они шаркают ногами, движения рук и ног не согласованы между собой, стопы ног развернуты носком внутрь. У некоторых детей при ходьбе отмечается семенящий, неритмичный, неравномерный шаг, темп ходьбы неустойчив, ноги слегка согнуты в тазобедренном суставе.

При беге у дошкольников с нарушениями интеллекта также наблюдается мелкий семенящий шаг, полусогнутые ноги опускаются всей стопой на землю, движения рук и ног не согласованы, движения неритмичны. При этом у некоторых детей отмечаются боковые раскачивания корпуса.

По данным Гаврилушкиной О.П. (1991) большинство детей с нарушениями интеллекта совсем не могут прыгать - ни на двух, ни на одной ноге.

Вавилова Е.Н. (1981) отмечает у таких детей большие затруднения при ползании, лазании и в метании. Многие дети не могут бросать мяч не только в цель, но и в стоящую непосредственно перед ними корзину, так как любой бросок нарушает равновесие тела.

Физическое воспитание и физическое развитие детей с нарушениями интеллекта должно быть направлено на решение задач двух типов:

1. Задачи, общие для всех дошкольных учреждений.
2. Специфические задачи, направленные на коррекцию, компенсацию и предупреждение отклонений в физическом развитии, обусловленных характером нарушений.

Общие задачи: укрепление здоровья ребенка; обеспечение развития гармоничного его телосложения, правильная осанка; закрепление потребности в разных видах двигательной деятельности; развитие движений, двигательных качеств, физической и умственной работоспособности; тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной систем; закаливание организма.

Специфические задачи: создание специальных условий, стимулирующих физическое развитие ребенка в целом; профилактика инфекционных заболеваний; осуществление системы коррекционно-восстановительных мероприятий, направленных на развитие и совершенствование основных движений, физических качеств и на предупреждение вторичных отклонений в физическом развитии, развитие высших психических функций [14].

Коррекционная направленность должна пронизывать всю работу по физическому воспитанию детей с нарушениями интеллекта, в том числе и при осуществлении общих задач.

Физическое воспитание проводится в повседневной жизни и на специальных занятиях.

В режиме дня выделены специальные мероприятия, направленные на физическое воспитание детей: режим питания и сна, УГГ, прогулка, закаливающие и гигиенические процедуры.

По мнению Вавиловой Е.Н. (1981) выполнение всех перечисленных мероприятий обязательно для любого дошкольного учреждения. Однако в специальном дошкольном учреждении оно приобретает особое значение. Любое нарушение в режиме дня - сокращение прогулки или отмена закаливающих мероприятий и другие - влечет за собой снижение умственной работоспособности детей, нарушение коррекционно-воспитательной работы в целом.

В «Программе воспитания и обучения умственно отсталых детей дошкольного возраста» (1991) предусмотрены специальные занятия по физическому воспитанию, которые проводятся 3 раза в неделю во всех возрастных группах. Большое место в развитии основных движений и ритмических движений отводится также на занятиях по музыкальному воспитанию.

В коррекции физического развития детей с нарушениями интеллекта важную роль играет создание режима двигательной активности. Сюда входит проведение утренней гимнастики, подвижных игр на прогулках в утреннее и вечернее время, использование подвижных видов работы на всех занятиях у учителя-дефектолога и воспитателя, а также специалиста по адаптивной физической культуре.

Тимофеева Е.Л. (1986) подчеркивает, что подвижные игры на прогулке предварительно разучиваются на специальных занятиях по физическому воспитанию, должны отбираться в соответствии с уровнем физического развития детей данной группы и быть направлены на усвоение программного материала данного занятия.

Наряду с развитием общих движений большое место в коррекционной работе отводится развитию и совершенствованию ручной моторики. Особое внимание уделяется развитию согласованности действий обеих рук, развитию хватательных движений, ребенок учиться хватать и удерживать различные предметы: крупные - двумя руками, мелкие - одной рукой. Кроме того, Катаева А.А. (1991) уделяет большое внимание развитию и совершенствованию у детей мелких движений рук и пальцев. В этих целях используются игры и упражнения по формированию подражания движениям рук взрослого, а в дальнейшем театрализованные игры для рук.

Все занятия по физическому воспитанию в специальном детском саду строятся так, чтобы в них решались как общие, так и коррекционные задачи. В занятия включаются физические упражнения, направленные на развитие всех основных движений, и общеразвивающие упражнения, направленные на укрепление мышц спины, плечевого пояса и ног, координацию движений, формированию правильной осанки, развитию равновесия. Кроме того, проводятся подвижные игры, которые способствуют совершенствованию движений, а также тренированности различных систем организма. Обязательным компонентом каждого занятия является вводная и заключительная ходьба.

Специфика работы с детьми с нарушениями интеллекта состоит в снижении уровня возрастных требований к физическим упражнениям, кратковременности выполнения каждого отдельного движения по сравнению с нормально развивающимися детьми. В каждое занятие включается специальная работа по коррекции функции равновесия, укреплению мышц, формирующих правильную осанку, и мышц свода стоп (предупреждение и коррекция плоскостопия), развитию дыхательной мускулатуры и нормализации двигательной активности.

На начальных этапах обучения целесообразно проводить с детьми бессюжетные подвижные игры, так как у них еще не сформированы основные движения, малый двигательный опыт, не умеют ориентироваться в пространстве, и не могут понять правила и условия сюжетной игры.

Катаева А.А. (1991) отмечает, что бессюжетные подвижные игры способствуют повышению эмоционального тонуса и учат детей ориентироваться в условиях подвижных игр.

При обучении детей физическим упражнениям применяются словесные, наглядные и практические методы.

Известно, что при поступлении в специальное дошкольное учреждение многие дети с нарушениями интеллекта совсем не владеют речью и не понимают даже простейших словесных инструкций. Поэтому на первых годах обучения основными методами являются наглядные и практические. В начале обучения детей надо учить действовать по подражанию действиям взрослого. Весь первый год подражание остается основным методом обучения. В дальнейшем подражание используется в сочетании с образцом и словесной инструкцией. По мере овладения детьми понимания инструкции возрастает и роль речи. При систематической работе дети успешно усваивают значение слов и фраз, которыми воспитатель повседневно называет предметы, с которыми они действуют сами.

Большую роль в физическом развитии детей с нарушениями интеллекта играет правильное определение количества упражнений, которые должны благоприятно влиять на состояние здоровья детей, состояние их сердечно-сосудистой системы и снижение инфекционных заболеваний.

Физическое развитие ребенка в целом и его моторное развитие в частности тесно связано с состоянием всей нервно-психической деятельности. Поэтому очень важно начать коррекционную работу как можно раньше, так как нервная система является наиболее пластичной [18].

Опыт работы с детьми с нарушениями интеллекта показывает, что при достаточно раннем начале и правильном систематическом проведении физического воспитания с включением системы коррекционно-восстановительных мероприятий можно добиться существенного продвижения.

Вавилова Е.Н. (1981) считает, что к старшему дошкольному возрасту у детей, не имеющих дополнительных двигательных нарушений (например, остаточные явления ДЦП, миопии и др.), можно сформировать основные движения, в значительной мере выправить осанку, походку, сформировать координацию движений, научить ориентироваться в знакомом пространстве, укрепить их соматически и приблизить их физическое развитие к средней возрастной норме.

При правильной постановке обучения физическое воспитание способствует также развитию личностных качеств детей с нарушениями интеллекта произвольного внимания, умения преодолевать посильные трудности, контролировать себя: развитию целеустремленности, настойчивости, организованности, дисциплинированности, смелости,

правильному отношению к оценке своих действий и положительному отношению к сверстникам [13, 18]:

1. Деление физкультурного занятия проводить на три равноценные части, одинаковые по ценности для детского организма, а не по продолжительности.

– Подготовительная часть (или вводная). Цель - обеспечить плавность и постепенность вработывания детского организма в ситуацию повышенной двигательной нагрузки.

– Основная часть – цель: отработка формируемого двигательного навыка.

– Заключительная часть–цель: обеспечить позитивный эмоциональный выход из занятия, закрепить усвоенное движение и создать условия для его оценки и переноса в новые двигательные задания, упражнения.

2. Каждое занятие необходимо начинать с общеразвивающей разминки, включая в нее упражнения для каждой группы мышц – для мышц плечевого пояса, рук, ног, для крупных мышц туловища, на формирование правильной осанки. Занятие начинается с хорошо знакомых и освоенных упражнений.

3. Пик двигательной нагрузки должен приходиться не на конец занятия, а на завершение первой трети занятия. При этом важно помнить о необходимости создания условий для поддержания высокой эмоциональной включенности детей как в освоение основных движений, так и в спортивные игры и задания. Общее количество упражнений для детей с нарушением интеллекта не должно превышать 6 - 8. Дети быстро истощаются и устают, поэтому одно и то же задание нецелесообразно повторять более 3-4 раз.

4. В основной части занятия обычно детям дошкольного возраста предлагаются динамические упражнения, связанные с перемещением в пространстве, несложные по характеру, с частой сменой напряжений и расслаблений мышц. Лучше всего подходят движения, основанные на работе крупных мышечных групп, – приседания, наклоны, повороты и т. п. Нужно включать в занятия упражнения, направленные на развитие отдельных частей тела – кисти, стопы. Новые виды движений вводятся постепенно, не более одного-двух в занятие. Упражнения игрового характера, подражательные упражнения – обязательная часть занятия. Они способны поднять детям настроение, заинтересовать их, порадовать.

5. Заканчивается занятие подвижной игрой, позволяющей закрепить полученные навыки.

6. Дыхание во время занятия произвольное, акцентировать внимание на вдохе или выдохе надо лишь при выполнении специальных дыхательных упражнений. Необходимо следить, чтобы ребенок дышал носом, а не ртом.

7. Использовать переворачивания со спины на живот и обратно, упражнения в позе сидя, на растяжение, движения лежа на спине, ползание по-пластунски, так как коррекционно-развивающий эффект этих заданий очень высокий. В связи с тем, что многие воспитанники миновали этап ползания, переворачивания, необходимо помочь им овладеть движениями собственного тела в пространстве, что впоследствии положительно скажется на

формировании осознания схемы собственного тела, пространственной ориентировки и пространственных представлений.

8. Планировать упражнения на развитие мышечно-суставных ощущений, преодоление «разболтанности» или, наоборот, тугоподвижности в суставах. Например, перенос мешочков с песком или крупой и выкладывание из них «домиков для зверюшек», выполнение ручных манипуляций с мячами в различных исходных положениях (лежа, сидя, стоя на коленях, стоя), ощупывание, захват, удерживание при перемещениях, перекалывание, перекалывание, сжимание, поглаживание, подбрасывание. Такого рода задания можно предлагать детям на протяжении всех лет обучения и в различных условиях: в физкультурном зале, на прогулке на свежем воздухе, во время физкультминутки на занятиях педагога-дефектолога.

9. Занятия лучше проводить в одно и то же время (одно в первой половине дня, а другое во второй), третье занятие – обучение детей плаванию. Однако если условия не позволяют обучать детей плаванию, данное занятие регулярно переносится на время прогулки и проводится на свежем воздухе.

3.3. Профилактика и коррекция психического развития детей дошкольного возраста

Цель коррекции психического развития ребенка являются: коррекция отклонений в психическом развитии на основе создания оптимальных возможностей и условий для развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка и профилактика нежелательных негативных тенденций личностного и интеллектуального развития.

Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной диагностики и оценки ближайшего вероятностного прогноза развития, определяемого исходя из понятия «зона ближайшего развития» [1].

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции Д.Б. Эльконин предлагал различать две формы: симптоматическую, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, направленную на источники и причины отклонений в развитии. Вторая форма коррекции каузальной направленности имеет безусловный приоритет перед формой симптоматической коррекции. Для успеха коррекции необходимо исходить из психологической структуры нарушений и анализа их генезиса. Коррекционные усилия, таким образом, должны быть сконцентрированы не столько на внешних проявлениях отклонений в развитии, на их симптоматике, сколько на действительных источниках, порождающих эти отклонения, и на их причинах.

В практике возрастно-психологического консультирования следует дифференцировать коррекцию нормального развития и коррекцию аномального развития, отягощенного биологическим этиогенезом отклонений в развитии. Особым случаем является коррекция вариантов задержки психического развития, обусловленной социально-психологическими и педагогическими

причинами. Особое место в консультативной практике занимает коррекция невротических состояний и неврозов в условиях нормального развития.

В зависимости от содержательно-психологической направленности коррекции в рамках нормального онтогенетического развития следует различать коррекцию умственного развития, коррекцию развития личности, коррекцию и профилактику развития невротических состояний и неврозов.

В зависимости от форм организации помощи с целью решения коррекционных задач можно выделить три ее вида:

- лекционно-просветительскую;
- консультативно-рекомендательную;
- собственно коррекционную работу в форме индивидуальной и групповой коррекции.

Лекционно-просветительская работа адресуется группе родителей, воспитателей и учителей и предполагает рассмотрение основных закономерностей и базовых фактов развития ребенка, возрастно-психологических особенностей конкретных стадий развития ребенка, типичных критических ситуаций, трудностей и проблем каждого возраста и общих рекомендаций по их преодолению.

Консультативно-рекомендательная работа строится на основе прицельной диагностики характера и причин, переживаемых ребенком трудностей в развитии, и предполагает формулирование системы рекомендаций, учет и выполнение которых родителями, учителями и воспитателями при активной роли самого ребенка будут содействовать как профилактике, так и преодолению негативных тенденций и трудностей в развитии.

Собственно, коррекционная работа осуществляется непосредственно при активном содействии родителей, воспитателей и учителей с группой детей или индивидуально с ребенком. Эта форма работы с большим или меньшим успехом может быть реализована педагогами в сотрудничестве с психологами в различных видах детских учреждений. По данным Эльконина Д.Б. (1990) такая форма работы, хотя и требует значительных усилий, материальных и организационных затрат, применения специальных методов и методик, техник и процедур, является наиболее результативной и перспективной.

Принципы организации коррекции психического развития.

Исходной теоретической основой разработки принципов организации коррекционной работы стали - учение о закономерностях и движущих силах психического развития ребенка, развиваемое в советской психологии в трудах Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина и другие.

Выбор целей и направленности коррекции, то есть стратегия ее осуществления, определяется тремя основными принципами:

- принципом «нормативности»;
- принципом коррекции «сверху вниз»;
- принципом системности развития психической деятельности.

Принцип «нормативности» развития требует учета основных закономерностей психического развития, значения последовательных стадий развития для формирования личности ребенка.

Принцип коррекции «сверху вниз», констатируемый положением о ведущей роли обучения для психического развития ребенка. В зависимости от решения проблемы соотношения обучения и развития можно выделить 2 позиции в решении вопроса о направленности коррекции. Сторонники первой позиции, которая условно может быть названа коррекцией «снизу вверх», в качестве основного содержания коррекционной работы рассматривают упражнения и тренировку уже имеющихся у ребенка психологических способностей.

Напротив, принцип коррекции «сверху вниз», сформулированный в советской психологии Л.С. Выготским, требует поставить в центр внимания «завтрашний день развития», а в качестве основного содержания коррекционной работы считать создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка.

Принцип системности развития психики обуславливает необходимость учета сложного системного характера в психическом онтогенезе. Реализация принципа системности развития в коррекционной работе в противоположность симптоматической коррекции обеспечивает направленность на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Успех такого пути коррекции базируется на результатах диагностического обследования.

Деятельностный принцип коррекции определяет тактику коррекционной работы - выбор средств, путей и способов достижения поставленной цели. Деятельностный принцип коррекции определен основными закономерностями функционального и онтогенетического развития психики - значением деятельности как движущей силы развития, концепцией ведущей деятельности, теорией планомерного формирования человеческой деятельности [27].

Пути коррекции психического развития дошкольника.

Коррекция умственного развития ребенка в дошкольном возрасте включает задачи развития восприятия и сенсорных способностей, наглядно-образного мышления и знаково-символической функции, начальных форм произвольного внимания и памяти. По мнению Выготского Л.С. (1999) особую задачу составляет коррекция речевого развития, которая осуществляется в первую очередь в рамках специализированной логопедической помощи.

Коррекция сенсорных способностей ребенка осуществляется как их целенаправленное формирование, включающее усвоение детьми системы сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций, приобретающих в дошкольном возрасте моделирующий характер.

Важный компонент *коррекции мышления* ребенка-дошкольника составляет развитие познавательных мотивов.

В основе коррекции наглядно-образного мышления в школьном возрасте лежат выявление и отражение объективных связей и отношений

действительности в виде наглядно-пространственных моделей. Основной задачей коррекции в этом случае становится формирование у ребенка умения создавать и использовать знаково-символические средства для решения познавательных задач.

Коррекция логических форм мышления в дошкольном возрасте неразрывно связана с развитием обобщающей и символической функций речи. Коррекционные занятия должны быть направлены на формирование предпосылок овладения ребенком системой научных понятий, ставя своей целью развитие у ребенка логических операций анализа, сравнения, обобщения, развитие действий классификации [7].

В настоящее время разработано значительное множество коррекционных программ «когнитивной тренировки», направленных на развитие умственных способностей ребенка. Эти программы представляют собой серию заданий, которые могут быть использованы и в диагностических целях, последовательно усложняющихся от предельно простых до сложных.

Цели *коррекции речевого развития* в дошкольном возрасте определяются формированием основных новообразований этого возраста. Задачи коррекции включают: обогащение и активизацию словаря, формирование звуковой и грамматической правильности речи, формирование выразительности речи на основе адекватного применения интонационных и лексических средств, формирование связной контекстной речи, формирование планирующей и регулирующей функции речи, обучение звуковому анализу слов и словесному анализу предложений в плане подготовки к обучению детей грамоте [57].

Коррекция развития памяти в дошкольном возрасте направлена на становление общей структуры мнемической деятельности ребенка - выделение особых задач запоминания и воспроизведения прошлого опыта, а также формирование внешнего опосредования.

Коррекция развития внимания определяется задачами становления умения ребенка контролировать свою деятельность.

Формирование собственно психологической готовности ребенка к школьному обучению составляет закономерный итог дошкольного развития и как бы включает в себе основные достижения возраста. Тем не менее, при определении задач и путей коррекции психологической готовности ребенка к школе представляется важным выделить 2 специфические задачи:

1) коррекцию внутренней позиции ребенка в направлении осознания и принятия позиции школьника;

2) формирование общей способности ребенка к обучению [8].

Коррекция внутренней позиции требует создания психологических условий, обеспечивающих мотивационную готовность ребенка занять новую социальную позицию школьника.

Второй задачей коррекции психологической готовности к школе является формирование общей способности к обучению.

Общая способность к обучению включает в себя способность адекватно действовать в ситуации учебной задачи, то есть способность принять задачу как учебную и овладеть общим способом ее решения.

Недостатки произвольности поведения в старшем дошкольном возрасте также выступают как недостаточность волевого поведения, трактуемого в широком смысле как неумение преодолевать трудности и препятствия на пути достижения цели, а в узком – как несформированность моральной саморегуляции, осуществляемой на основе сознательного выбора мотивов в ситуации нравственного конфликта.

Задачи коррекции личностного развития в дошкольном возрасте имеют особо важное значение, поскольку именно в этот период происходит фактическое складывание личности ребенка.

Коммуникативные проблемы в зависимости от партнера по общению можно подразделить на трудности в общении в семье - с родителями, братьями, сестрами - и трудности общения вне семьи, в детском саду - с воспитателями, сверстниками [1].

Причиной нарастания конфликтов в общении с родителями могут быть кризисы нормального развития трех и семи лет, неадекватный тип воспитания в семье и сформировавшиеся негативные личностные особенности самого ребенка.

Основные этапы коррекции включают: родительский тренинг, организацию коррекционных игр ребенка с психологом, организацию совместных игр родителей с детьми на свободную тему и по заданному сюжету.

Профилактика нарушений психического развития.

Особое значение в препятствовании развитию психических нарушений выполняет комплексная система профилактических мер.

Профилактику психических нарушений необходимо начинать проводить с регулярного осмотра и консультаций у педиатра, а также проверки психомоторных реакций у ребенка. Состояние психического развития должны определять логопед, детский психолог, педиатр и дефектолог. Профилактика нарушений психического развития основана на использовании специальных медицинских, педагогических, психологических и социальных методов проверки ребенка.

Для создания правильной среды для психического развития используется благоприятное коррекционное пространство, в котором ребенок развивает познавательную функцию, логическое мышление и приобретает учебные навыки. Важным фактором профилактики является соблюдение безопасности, а также проведение медицинских и педагогических консультаций с первых месяцев беременности. После рождения ребенка и в течение первого года его жизни можно выявить первые признаки психических нарушений. Отсутствие реакций на звук и свет могут быть первыми признаками таких нарушений.

У детей дошкольного возраста нарушения психического развития часто проявляются в виде проблем с речью и письмом, отставание в моторном

развитии и слабой памяти. Для проведения эффективной профилактики нарушений психического развития необходимо исключить конфликты в семье, избегать физических и психологических травм во время беременности, а также следует создать благоприятную среду для развития ребенка [37].

Выделяют основные требования к содержанию занятий по физической культуре дошкольников с задержкой психического развития:

1. Постоянно следить за осанкой детей.
2. Проводить упражнения, направленные на регуляцию тонуса мускулатуры, развивая у детей самостоятельный контроль за работой различных мышечных групп на основе контрастных ощущений.
3. Планировать специальные игры и упражнения, стимулирующие формирование пяточно-пальцевого переката (ходьба по следам, разной поверхности – песку, мату, захват ступнями, пальцами ног предметов).
4. Учитывать при отборе содержания предлагаемых упражнений необходимость достижения тонизирующего и тренирующего эффекта в ходе выполнения двигательных упражнений, т.е. нагрузка должна не только соответствовать возможностям детей, но и несколько превышать их.
5. Внимательно и осторожно подходить к отбору содержания упражнений, игр для детей, имеющих низкие функциональные показатели деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушения зрения, особенности нервно-психической деятельности.
6. Контролировать и регулировать уровень психофизической нагрузки (снижая интенсивность движений, частоту повторений, требования к качеству движений и т.д.) в процессе коррекции недостатков моторного развития.
7. Осуществлять дифференцированный подход к отбору содержания и средств физического воспитания с учетом возрастных физических и индивидуальных возможностей детей.
8. Включать упражнения по нормализации деятельности опорно-двигательного аппарата, коррекции недостатков осанки, положения стоп; осуществлять профилактику и коррекцию плоскостопия у детей.
9. Развивать правильное физиологическое дыхание: навыки глубокого, ритмического дыхания с углубленным, но спокойным выдохом, правильного носового дыхания при спокойно сомкнутых губах.
10. Использовать музыку с целью формирования координированных движений в соответствии с темпом, ритмом, характером музыкального произведения.
11. Формировать навыки выполнения действий по словесной инструкции и умение рассказать о выполненном задании с использованием вербальных средств общения.
12. Уделять внимание формированию навыков безопасного поведения на занятиях. Предостерегать детей от поступков, угрожающих их жизни и здоровью. Но требования безопасности не должны реализовываться за счет подавления двигательной активности.

13. Развитие различных видов двигательной активности предполагает организацию развивающей предметно-пространственной среды с соответствующим оборудованием – как внутри помещений организации, так и на внешней ее территории: групповые участки для удовлетворения естественной потребности детей в движении, для развития ловкости, силы, координации и т.п. [13, 22, 35].

3.4. Организация и методика проведения адаптивного физического воспитания у детей при врожденных аномалиях и после ампутации конечностей

Ампутации выполняются в крайних случаях, когда сохранить конечность не представляется возможным, при этом учитывается, что ампутация может неблагоприятно отразиться на психомоторном развитии ребенка, а также вызвать вторичные деформации усеченной конечности, позвоночника, грудной клетки.

Морфофункциональные особенности формирования культи в детском возрасте определяются, с одной стороны, незавершенностью развития всех систем и органов, особенно центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, с другой – пластичностью всех тканей, способностью их изменять свою форму и структуру под влиянием различных воздействий, в том числе неблагоприятных, связанных с утратой конечности. Для детей характерно отсутствие фантомных болей или их чрезвычайная редкость и нестойкость, что обусловлено особым состоянием центральной нервной системы, когда прочные ассоциативные связи коры с подкорковыми структурами еще не образовались [53].

В силу особенностей нервной системы детей реакция на ампутацию не сопровождается развитием нервно-психических расстройств. Нарушения психоэмоционального состояния развиваются позднее, когда ребенок возвращается в детский коллектив.

Уже в первые недели после ампутации восстановительные процессы у детей идут иначе, чем у взрослых. В детской культе с самого начала протекают два противоположных процесса – продолжающееся развитие и рост тканей и атрофия, как следствие трофоневротического влияния ампутации. Разные ткани реагируют на это повреждение по-разному, чем и объясняется диспропорция роста кости и мягких тканей. Так, в костной ткани, наряду с продолжающимся ростом за счет ростковых зон, имеет место процесс костеобразования и остеокластического рассасывания, выраженные остеофиты встречаются примерно в 10 раз реже, чем у взрослых, и исключительно редко требуют оперативного лечения. Это объясняется активной костной перестройкой с преобладанием резорбтивных процессов, что сопровождается «притуплением» остеофитов вплоть до их полного рассасывания.

Основным пороком детских культей (до 70 %) является патологическая *коничность* культи, приводящая к резкому выстоянию кости и прободению мягких тканей. Коническая культя формируется под влиянием

продолжающегося за счет эпифиза роста кости, отставания роста мышц и процесса остеокластического рассасывания кости. Степень выраженности коничности культи во многом обусловлена давностью ампутации и возрастом, в котором она произведена. Наряду с отставанием в росте усеченной конечности в процессе неравномерного роста костей голени и предплечья у детей могут самопроизвольно возникать костные блоки.

Аномалия развития нижних конечностей проявляется в недоразвитии отдельных сегментов либо в отсутствии дистального отдела по типу культи. При всем разнообразии проявлений врожденные дефекты развития нижних конечностей можно разделить согласно классификации, принятой Международной ассоциацией протезистов и ортопедов (ISPO), наследующие анатомо-функциональные группы.

1. Аномалия развития бедра. Эта группа может быть разделена на четыре подгруппы в зависимости от вида дефекта.

В первую подгруппу входят пациенты с аномалией развития бедра, в котором сохранены все сегменты. Для них характерны укорочение бедра различной степени, деформация или недоразвитие его проксимального или дистального отделов, атрофия мягких тканей.

Вторую подгруппу составляют пациенты с отсутствием проксимального отдела бедра. При этом, как правило, дистальный отдел бедра сочленяется с тазом выше вертлужной впадины. Однако при нагрузке недоразвитой конечности сохраняется ее опорная функция.

К третьей подгруппе относятся больные с зачатками мышечков бедра (т.е. почти полным отсутствием данного сегмента), при этом голеностопный сустав располагается на уровне коленного сустава здоровой конечности. Опорная функция значительно нарушена, отмечается смещение бедра относительно костей таза, а голени относительно бедра.

Четвертую подгруппу составляют пациенты с полным отсутствием бедренной кости, когда с костями таза сочленяется большеберцовая кость. При нагрузке конечности смещение ее относительно костей таза не наблюдается. Опорная функция конечности сохранена [54].

2. Аномалия развития голени и стопы конечности проявляется в виде:

- 1) преимущественного недоразвития малоберцовой кости;
- 2) недоразвития большеберцовой кости;
- 3) недоразвития дистального отдела голени и стопы.
- 4) аномалия развития стопы.

Аномалия развития стопы проявляется в уменьшении ее длины, изменении формы и взаиморасположения костей, а также в отсутствии одной или нескольких костей предплюсны и пальцев.

3. Аномалия развития всех сегментов конечности.

4. Аномалия развития дистального отдела конечности по типу культи: – стопы; – голени; – бедра; – после вычленения бедра.

Аномалии развития верхних конечностей. Врожденные дефекты представляют особую группу деформации верхних конечностей. По

международной классификации эти дефекты разделяются на два вида: недоразвитие руки по продольному и поперечному типам.

Общими функциональными и клинико-рентгенологическими признаками дефектов обеих групп является ограничение или полное отсутствие функции хвата и удержания предметов, атрофия мягких тканей и костей кисти, предплечья, плеча, задержка процессов остеогенеза и укорочение пораженной руки в сравнении со здоровой от 1,5 см до полной ее утраты (амелия).

Аномалии сегментов верхних конечностей *по продольному типу*. Недоразвитая верхняя конечность представлена неполным количеством пальцев кисти, полным или частичным отсутствием лучевой или локтевой костей, полным или частичным недоразвитием плеча или предплечья сохраненной кистью, но имеющей меньшее количество пальцев, которые могут находиться в положении сгибательной контрактуры и бывают сращены между собой (фокомелия). Нередко отмечаются сгибательные контрактуры в межфаланговых суставах пальцев, синдактилия (сращение) и клинодактилия (боковое отклонение), усугубляющие тяжесть патологии.

Деформации отражаются и на крупных суставах конечности. В лучезапястном суставе могут быть приводящие (пригибоплазии лучевой кости) или отводящие (при отсутствии локтевой кости) контрактуры – лучевая или локтевая косорукость.

В локтевом суставе наблюдают вывихи и подвывихи, а при наличии кожной перепонки между плечом и предплечьем отмечается сгибательная контрактура.

Возможно недоразвитие плечевого сустава, что проявляется в виде неконгруэнтности между головкой плеча и недоразвитой суставной впадиной. Несмотря на тяжелую патологию, высокая приспособляемость детей дает возможность выполнения практически всех основных навыков по самообслуживанию, игровой деятельности и др.

Аномалии верхних конечностей по типу культей. При данной патологии верхние конечности внешне напоминают культю после ампутации.

Врожденные дефекты пальцев кисти чаще соответствуют уровню основных фаланг и, помимо укорочения, могут быть сращены кожными спайками (эктросиндактилия).

Наиболее тяжелой формой поражения является недоразвитие всех пяти пальцев на уровне пястных костей, костей запястья.

Врожденные дефекты предплечья большей частью представлены культей на уровне верхней трети, сопровождаются подвывихом головки лучевой кости, рекурвацией в локтевом суставе.

Недоразвитие верхней конечности на уровне плеча часто проявляется наличием дополнительных неподвижных костных фрагментов, отходящих от диафиза и болезненных при пальпации. Амплитуда движений в плечевом суставе ограничена, однако сила мышц достаточна для управления протезом.

Амелия верхней конечности (ее полное отсутствие) характеризуется резким недоразвитием надплечья, уменьшением размеров ключицы, от которой

может остаться лишь небольшой (2-3 см) костный фрагмент. Недоразвитие сопровождается сколиотической деформацией позвоночника.

При врожденном недоразвитии или после ампутации конечности частично или полностью происходит нарушение ее функции, физического и психического развития ребенка, появляются различные двигательные компенсации и вторичные деформации, которые усугубляют неблагоприятное влияние недоразвития или ампутации.

Методические аспекты организации двигательной активности детей с ампутационными и врожденными дефектами конечностей определяются, во-первых, возрастом ребенка и особенностями дефекта, а во-вторых, целями и задачами этапа реабилитации [53].

В целом применение физических упражнений направлено на решение следующих задач:

- 1) уменьшение выраженности и предупреждение прогрессирования вторичных деформаций и атрофии со стороны опорно-двигательной системы;
- 2) уменьшение отставания в психомоторном развитии по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста;
- 3) формирование фонда двигательных умений и навыков в соответствии с возрастными нормами;
- 4) подготовка к протезированию и обучение пользованию протезно-ортопедическими изделиями.

Средствами двигательной реабилитации, применяемыми для детей в возрасте до 4 лет, являются:

- специальные упражнения для подготовки к протезированию, обучения пользованию протезом, коррекции деформаций опорно-двигательной системы и предупреждения их прогрессирования;
- лечебно-восстановительные, коррекционные и профилактические упражнения;
- игровые упражнения и подвижные игры;
- основные локомоции – ходьба, бег, ползание, лазанье, прыжки, метания, передвижения на самокате, на двух или трехколесном велосипеде, ходьба на лыжах.

В реабилитации детей, перенесших ампутации или имеющих *врожденные дефекты конечностей*, выделяют несколько возрастных периодов, в соответствии с которыми разработаны методические особенности применения физических упражнений.

В раннем возрасте (до 2-х лет) при врожденных или ампутационных дефектах нижних конечностей рекомендуется использование упражнений, стимулирующих переход в положении сидя, стоя на коленях. Применяются упражнения для предупреждения или коррекции контрактур в тазобедренных суставах при культах бедер (особенно коротких) или в коленных суставах при культах голени.

Используются пассивные, рефлекторные, пассивно-активные и активные движения.

Пассивные упражнения выполняются методистом.

При выполнении рефлекторных движений используются рефлексы позы и положения, выпрямительный, шагательный и некоторые другие.

Кроме пассивно-рефлекторных упражнений стимулируется самостоятельное выполнение ребенком отдельных упражнений с игрушками, которые ребенок научился захватывать и перемещать.

Активные движения начинают использовать в след за тем, как они появляются в ответ на предшествующие пассивные или рефлекторные.

Подбор упражнений в первую очередь должен обеспечивать коррекцию нарушений психомоторного развития ребенка и формирование двигательных компенсаций. Используются также пассивные, рефлекторные и активные упражнения, вовлекающие в движение верхние конечности и туловище.

Во второй половине второго года на занятиях должны создаваться игровые ситуации, при которых ребенок должен преодолевать различные препятствия – перелезать или перешагивать через различные игрушки или другие предметы, подниматься на горку или спускаться с нее и т.д.

Подвижные игры для детей с врожденными или ампутированными дефектами нижних конечностей, разделяются на две группы. Игры для детей с дефектами голени или бедра могут проводиться с использованием костылей; с дефектами голеней, бедер, или бедра и голени – в упрощенных условиях сидя на полу, на гимнастическом ковре.

Дети с дефектами нижних конечностей могут принимать участие в спортивных играх, как с использованием протезов, так и без них. К спортивным играм, где двигательная активность обусловлена применением технических приспособлений и средств протезной техники, относятся волейбол, хоккей на протезах и на санях с коньками, а также бадминтон, гольф, бильярд, бейсбол.

При врожденных и ампутированных дефектах верхних конечностей физические упражнения используются с целью увеличения объема движений в сохранившихся суставах пораженной конечности, укрепления мышц плечевого пояса, максимального вовлечения культи в различные движения; формирования компенсаторных захватов и перемещения различных предметов и игрушек с помощью культи; совершенствования ползания, изменения положения тела в пространстве.

В начале используются пассивные упражнения, затем активно-пассивные. Большинство упражнений носит имитационный или игровой характер.

Для детей с двусторонними вычленениями или высокими ампутированными плеч используются упражнения, мобилизирующие подвижность и способствующие развитию силы мышц плечевого пояса и культи. Помимо этого, применяются упражнения для мышц туловища.

Кроме занятий гимнастикой, обязательно организуются игры с мягкими игрушками, мячами различных размеров, кубиками, что не только способствуют совершенствованию двигательных навыков, но и обеспечивают формирование у ребенка представлений о форме, жесткости, весе, цвете и других свойствах различных предметов.

Подбор упражнений и методика проведения занятий у детей старшего дошкольного возраста (4 - 7 лет) в большей мере, чем в раннем и младшем дошкольном возрасте, зависит от отставания в развитии моторики и от особенностей сформированных у детей компенсаций.

При врожденных или ампутиационных дефектах *нижних конечностей* в период подготовки к протезированию применяются упражнения для развития силы мышц и уменьшения контрактур в суставах, для подготовки культи к давлению гильзы протеза, для коррекции положений таза, позвоночника и плечевого пояса, акробатические упражнения, упражнения, направленные на сохранение устойчивости вертикальной позы, для профилактики плоскостопия здоровой конечности, обучение пользованию костылями.

Для увеличения подвижности в сохраненных суставах и для развития силы мышц пораженной конечности применяются упражнения, выполняемые сидя, лежа на спине, лежа на животе.

Необходимо отметить, что положение стоя на одной ноге способствует формированию косого положения таза и «S»-образному искривлению позвоночника. При односторонних дефектах общий центр массы тела смещается в сторону сохранившейся конечности, развивается асимметрия в тонусе мышц туловища, происходит наклон таза в сторону ампутированной конечности, формируется сколиоз, асимметрия надплечий и лопаток. Для коррекции положения плечевого пояса, позвоночника, таза применяются специальные упражнения.

Совершенствование ходьбы ребенка осуществляется при помощи упражнения, обеспечивающих ее ритмичность и «мягкость», например, ходьба через барьеры небольшой высоты для исключения задевания носком протеза за поверхность опоры, ходьба вверх и вниз по наклонной скамейке.

При дефектах верхних конечностей в период подготовки к первичному протезированию наибольшее внимание уделяется решению следующих задач:

- мобилизации подвижности в плечевых суставах и движений плечевым поясом, развитию силы мышц плечевого пояса и культи;
- расширению и совершенствованию имеющихся у ребенка компенсаций, необходимых для возможно лучшего самообслуживания, в том числе с использованием простейших приспособлений;
- развитию координационных способностей, помогающих более быстрому освоению управления протезами;
- совершенствованию осанки и коррекции ее дефектов;
- уменьшению отставания в развитии основных движений ребенка (метаний, лазания, подскоков, прыжков, ходьбы, бега) и т.д.;
- формированию у ребенка положительного отношения к протезу.

Используются упражнения в ходьбе, беге, прыжках. Большинство основных движений выполняется в игровой форме и в соревновательных условиях. Из упражнений, требующих проявления ловкости, используются простейшие акробатические упражнения, обучение падениям и вставанию.

Подвижные игры для детей с дефектами верхних конечностей условно можно разделить на две группы. В *первую группу* входят игры, содержание которых предусматривает участие одной или обеих верхних конечностей в осуществлении движений. В основном это подвижные игры с различными предметами, например, с мячом или летающей тарелкой. *Вторая группа* объединяет подвижные игры, направленные на использование сохранных функций, в частности функций нижних конечностей. Это игры с ходьбой (для детей дошкольного и младшего школьного возраста), с бегом, прыжками, лазанием, игры с элементами футбола и другие, где содержание не требует участия верхних конечностей для решения поставленных задач.

Занятия проводятся ежедневно в группах, численностью 3 - 5 человек, с использованием индивидуально-группового метода. Продолжительность занятий для детей 4 - 5 лет – 25 - 30 мин, для детей 6 - 7 лет – 45 мин.

Участие детей *с односторонними дефектами верхних конечностей* в спортивных играх, таких как большой теннис, бадминтон, настольный теннис, футбол, может проходить без протезов верхних конечностей, так как они позволяют использовать сохранные функции. Во время игр обращается внимание на точность и правильность выполнения движений, их разнообразие, активное участие усеченной конечности в процессе выполнения двигательных действий в различных исходных положениях.

Наименьшие возможности для участия в спортивных играх имеются у детей *с двусторонними дефектами верхних и нижних конечностей* без использования технических приспособлений. Этим детям может быть рекомендовано участие в спортивных играх по упрощенным правилам [53].

Занятия физическими упражнениями в водной среде с детьми, имеющими различные дефекты конечностей, используются как одна из форм педагогического и оздоровительного воздействия. В силу разностороннего воздействия на организм физические упражнения в воде обладают широким потенциалом и являются эффективным средством повышения функциональных возможностей кардио-респираторной системы, показателей нейрогуморальной регуляции (Васильев П.П., 1978; Каптелин А.Ф., 1986), способствуют повышению устойчивости организма к неблагоприятным факторам внешней среды.

Отсутствие статического напряжения мышц при выполнении упражнений, горизонтальное положение туловища при плавании облегчают работу сердца, способствуют нормализации тонуса сосудов, увеличению количества функционирующих капилляров, улучшению венозного оттока и лимфообращения (Аненкова М.В., Гинзбург А.А., 2000). Раздражение кожных рецепторов вызывает увеличение потока импульсов в центральную нервную систему, что в свою очередь изменяет сосудистый тонус, периферическое сопротивление капилляров и приводит к перераспределению крови внутренних органов.

В воде увеличивается амплитуда движений в суставах, произвольные мышечные сокращения усиливают интенсивность обменных процессов,

повышается потребление кислорода и накопление тепла (Ступин Ю.В., Лебедев В.И., 1990).

Гидроневесомость значительно снижает гравитационные нагрузки на поврежденную конечность и тем самым позволяет дозировать и относительно равномерно развивать усилия конечностью. Подъемная сила воды облегчает условия восстановления двигательных актов. Таким образом, физические упражнения в водной среде являются эффективным средством повышения компенсаторных возможностей организма (Мосунов Д.Ф., Кебкало В.И., 1996).

3.5. Организация и методика адаптивной физической культуры детей с нарушением слуха

Стойкие нарушения слуха у детей могут быть *врожденными и приобретенными*. Врожденный характер нарушения слуха отмечается значительно реже, чем приобретенный.

Нарушение развития слухового органа может возникнуть вследствие травмы плода, особенно в первые месяцы беременности, когда зачаток слухового анализатора оказывается особенно ранимым.

Практическое значение в возникновении врожденных нарушений слуха имеет алкоголь, употребляемый матерью во время беременности, из лекарственных веществ – стрептомицин и хинин.

Из других причин, обуславливающих врожденное нарушение слуха, следует отметить инфекционные заболевания у матери во время беременности. Особое значение имеют вирусные инфекции (корь, грипп). Наиболее опасным для развивающегося зачатка слухового органа является заболевание, возникающее у матери в первые три месяца беременности.

Приобретенные нарушения слуха возникают от разнообразных причин. Первое место занимают последствия острого воспаления среднего уха (острого среднего отита), частой причиной являются заболевания носа и носоглотки и связанное с этими заболеваниями нарушение проходимости евстахиевой трубы.

В этиологии резко выраженных форм стойких нарушений слуха важнейшую роль играют поражения внутреннего уха и ствола слухового нерва.

Большинство инфекционных болезней, являющихся причиной поражения слуха, приходится на детский возраст, и потому роль этих заболеваний в этиологии нарушений слуха у детей особенно велика.

Сравнительно редкое, но очень тяжелое поражение слуха, которое возникает иногда при другом вирусном заболевании – воспалении околоушной слюнной железы (эпидемическом паротите, или так называемой свинке).

В числе этиологических факторов, вызывающих стойкие нарушения слуховой функции, известную роль играют некоторые химические вещества, оказывающие токсическое воздействие на слуховой анализатор.

В слуховом анализаторе различают звукопроводящий и звуковоспринимающий аппарат. *К звукопроводящему аппарату* относятся: наружное и среднее ухо, а также некоторые части внутреннего уха (жидкость лабиринта и основная мембрана); *к звуковоспринимающему* – все остальные

отделы анализатора, начиная от волосковых клеток кортиева органа и кончая нервными клетками слуховой области коры головного мозга [53].

Заболевания наружного уха:

1. *Атрезия наружного слухового прохода.* При атрезии наружного слухового прохода понижение слуха носит характер поражения звукопроводящего аппарата, т.е. страдает главным образом восприятие низких звуков; восприятие высоких тонов сохраняется, костная проводимость остается нормальной или даже несколько улучшается.

2. *Серная пробка.*

3. *Инородные тела.*

4. *Заболевания барабанной перепонки.* Главная опасность при прободениях и разрывах барабанной перепонки - проникновения инфекции в барабанную полость с последующим развитием гнойного воспаления среднего уха.

Заболевания среднего уха:

1. *Катар среднего уха.* Катар среднего уха наблюдается у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Основную роль в возникновении катара среднего уха у детей играют аденоидные разращения в носоглотке.

2. *Острое воспаление среднего уха (острый средний отит).* Симптомами острого воспаления среднего уха являются боль в ухе, понижение слуха, повышение температуры.

3. *Хроническое воспаление среднего уха (хронический средний отит).* Переходу острого отита в хроническую форму способствует тяжесть инфекции и общее ослабленное состояние организма.

4. *Отосклероз.* Этим названием обозначают своеобразный процесс, развивающийся в костной капсуле ушного лабиринта и заключающийся в разрастании костной ткани в области ниши овального окна. Отосклероз является одновременно заболеванием среднего и внутреннего уха. Отосклероз может приводить к резкой тугоухости или даже полной глухоте.

Заболевания внутреннего уха:

1. *Дефекты и повреждения внутреннего уха.* К числу врожденных дефектов относятся аномалии развития внутреннего уха, имеющие различные формы – отмечается недоразвитие кортиева органа, причем неразвившимся оказывается именно специфический концевой аппарат слухового нерва – волосковые клетки. Наблюдались случаи полного отсутствия лабиринта или недоразвития отдельных его частей.

2. *Воспаление внутреннего уха (лабиринтит).* Воспаление внутреннего уха возникает в следствие:

- 1) перехода воспалительного процесса из среднего уха;
- 2) распространения воспаления со стороны мозговых оболочек;
- 3) заноса инфекции током крови.

Заболевания слухового нерва, проводящих путей и слуховых центров в головном мозге:

1. *Неврит слухового нерва.* Данная группа включает не только заболевания ствола слухового нерва, но и поражения нервных клеток, входящих в состав спирального нервного узла, а также некоторые патологические процессы в клетках кортиева органа.

2. *Шумовые поражения.* При длительном воздействии шума развиваются дегенеративные изменения в волосковых клетках кортиева органа, распространяющиеся на нервные волокна и на клетки спирального нервного узла.

3. *Воздушная контузия.* Действие взрывной волны, т.е. – внезапного резкого колебания атмосферного давления, обычно сочетается с влиянием сильного звукового раздражения.

4. *Функциональные нарушения слуха* – временные расстройства слуховой функции, сочетающиеся иногда с нарушениями речи [53].

Патологический процесс в слуховом анализаторе изменяет не только функцию вестибулярного анализатора, но и функцию кинестетического анализатора, который также определяет особенности двигательной деятельности глухих (Губерина Р.С., 1988). У лиц с низкой вестибулярной устойчивостью при действии различного рода ускорений, вращений, наклонов существенно нарушается координация движений, равновесие, снижается способность к максимальному проявлению двигательных качеств, пространственной ориентировке. Тренировки вестибулярной системы специально подобранными физическими упражнениями повышают функциональную устойчивость вестибулярного анализатора к воздействию неблагоприятных факторов, связанных с нарушениями внутреннего уха.

Слух теснейшим образом связан с движением. Н.А. Бернштейн (1966), указывая на взаимосвязь двигательного и слухового анализатора, подчеркивал, что движение корректируется не только зрением, но и слухом. Слуховые сигналы, как и зрительные, участвуют в регуляции движений (Ананьев Б.Г., 1968). Между нарушением слуха, речевой функции и двигательной системой существует тесная функциональная взаимозависимость.

В процессе физкультурно-оздоровительной работы с детьми, имеющими нарушения слуха и речи, основное внимание должно быть сосредоточено на раскрытии своеобразия ребенка, на создании для него индивидуальной коррекционно-развивающей программы, основанной на всестороннем комплексном изучении особенностей его развития [53].

Особенности развития двигательной сферы глухих обусловлены в основном *тремя факторами*: функциональным нарушением некоторых физиологических систем, отсутствием слуха и недостаточным развитием речи. Несформированность моторики и особенности развития психических функций ставят глухих детей в специфические условия. С потерей слуха значительно снижается объем речевой информации, которая участвует в формировании всех видов деятельности. В связи с этим словесная речь является необходимым фактором при обучении физическим упражнениям и двигательным действиям в процессе физического воспитания, игровой и спортивной деятельности. В

работах Б.Д. Корсунской показано, что для коррекции, проводимой в период дошкольного обучения и воспитания глухих детей, особенно важными оказываются: коммуникативная направленность процесса формирования речи; применение вспомогательных средств в обучении глухих дошкольников языку; поэтапное формирование произносительных навыков на основе использования остаточного слуха. При этом автор придает особое значение познанию как условию интеллектуального развития, формирования речи, коммуникативной деятельности у детей с потерей слуха.

Б.Д. Корсунской, по способу познания, выделил 4 группы глухих дошкольников:

- *первая группа* – *дети*, у которых доминирует зрительное восприятие, они хорошо считывают с губ;

- *ко второй группе* относятся дети, которые активно используют зрительное восприятие и тактильные ощущения, они богаче проникают в суть предмета;

- *для третьей группы* характерны дети, которые находятся в постоянной деятельности. Зрительный, тактильный, слуховой способ познания сменяется двигательной активностью. Этой группе детей наиболее эффективно предлагать игру и игровые упражнения;

- *четвертая группа* – *дети*, у которых зрительные, тактильные и двигательная активность не доминируют. У них генетически заложен слуховой способ познания.

Р.Д. Бабенкова предлагает глухим специальные упражнения, чтобы активизировать речевое дыхание, развивать подвижность грудной клетки, регулировать фазу вдоха и выдоха, укреплять дыхательные мышцы, развивать равновесие, «слабые мышцы», преодолевать синкенезии, нормализовать изменение тонуса мышц конечностей и туловища.

Я.В. Крет (2000) утверждает, что задачи коррекции психофизического, в том числе и речевого, развития глухих детей старшего дошкольного возраста наиболее успешно решаются в игровой деятельности с помощью артикуляционной и пальчиковой гимнастики, речевых и подвижных игр, где естественным образом активизируются эмоции, речь, быстрота реакции и координация движений, ориентировка в пространстве и равновесие, мелкая моторика и дыхание. Результатом активной речевой методики, предложенной Я.В. Крет, является приобретение дошкольниками опыта выполнения действий, в которых произвольная регуляция движений пальцев осуществляется преимущественно на основе кинестетических ощущений. Движения приобрели плавный характер и приблизились к наглядному образцу, ослабилось напряжение пишущей руки. Занятия артикуляционной и пальчиковой гимнастикой в сочетании с подвижными и речевыми играми способствуют не только коррекции психофизического развития, но и создают предпосылки для развития речи и речевой моторики глухих дошкольников.

Нарушения двигательной сферы у детей проявляются:

- в снижении уровня развития основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качествах, скоростных качествах от 12 до 30 %;
- в трудности сохранения статического и динамического равновесия – отставание от нормы в статическом равновесии до 30 %, динамическом – до 21 %;
- в недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы;
- в относительно низком уровне ориентировки в пространстве;
- в замедленной скорости выполнения отдельных движений, темпа двигательной деятельности в целом по сравнению со слышащими детьми.

Характерной особенностью нарушения слуха является зависимость от смены климатических условий, которая оказывает влияние на состояние здоровья, двигательную активность незлышащих детей в каждом биологическом ритме года. Установлено, что в начале и середине осени физическая работоспособность детей после летнего отдыха наилучшая, способствующая обучению новым движениями и минимизирует зрительное восприятие, поэтому весь процесс запоминания в основном строится на зрительных образах, в то время как у слышащих этот процесс слухозрительный и опирается на активную звуковую речь [54].

Анализ научных исследований, педагогические наблюдения и проведенные обследования физического состояния незлышащих детей дошкольного возраста выявили значительное отставание *в показателях скоростно-силовых качеств и различных проявлениях координационных способностей.*

Установлено, что в дошкольном возрасте наибольший прирост показателей физических качеств у незлышащих детей происходит в те же периоды жизни, что и у здоровых детей – с 4 до 6 лет. Это наиболее благоприятный возрастной период для развития всех физических качеств незлышащих детей дошкольного возраста.

Упражнения скоростно-силового характера (бег, прыжки, метания) в «Программе воспитания и обучения глухих детей дошкольного возраста» (1991) занимают большую часть как основные виды движения, относящиеся к разряду жизненно важных двигательных умений и навыков. Целенаправленное использование упражнений скоростно-силовой направленности создает благоприятные предпосылки как для повышения уровня развития физических качеств, так и для коррекции базовых координационных способностей.

Методика скоростно-силовой направленности учебного процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Для усиления коррекционного воздействия методика включает упражнения для развития равновесия, активизации психических процессов и нарушенной слуховой функции, упражнения выполняются под ритмичные удары барабана, бубна. Основные

методы – игровой и соревновательный – включают эстафеты, подвижные игры, повторные задания, сюжетные игровые композиции, круговую форму организации занятий. Каждое занятие обязательно содержит элементы обучения программным видам физических упражнений.

Средства коррекции и развития координационных способностей с помощью скоростно-силовых упражнений:

– *прыжки*: через предметы, многоскоки (различные), на одной ноге (левой, правой), на двух ногах на подкидном мосту (батуте), в длину с места, в длину с разбега, вверх с места и т.д.;

– *бег* – на 5 м, 10 м; по разметке (10 м); с изменением направления, по сигналу; по кругу (вправо-влево) с изменением диаметра круга, из различных исходных положений (присед, сед, сед спиной к направлению движения, лежа) и т.д.;

– *метание* – мешочка (200 г) на дальность правой и левой рукой, мешочка в горизонтальную и вертикальную цель; мешочка сверху, снизу, сбоку; различных по весу и диаметру снарядов на дальность и в цель;

– *упражнения с набивным мячом (0,5 – 1 кг)* – толкание; броски;

Средства коррекции функции равновесия

- упражнения с изменением площади опоры (ширина уменьшается от 25 см до прямой линии);

- упражнения на узкой площади опоры, приподнятой на высоту от 10 - 15 см до 40 см [54,55].

С.О. Филиппова, Т.В. Воробьева выделили основные правила организации физического воспитания детей с нарушениями слуха в условиях дошкольной образовательной организации.

1. На занятиях по физической культуре дети обязательно должны общаться посредством словесной речи, а для адекватного опознания слабослышащими детьми эмоционального состояния другого человека необходимы четкие внешние проявления у педагогов мимики, жестов, пантомимики в процессе общения, понятность и однозначность ситуации.

2. Лазанье с опорой только на руки противопоказано детям, так как мышечно-связочный аппарат плечевого пояса недостаточно развит, дыхание при таком виде движений затруднено.

3. У многих глухих и слабослышащих детей имеются нарушения чувства равновесия. Зрительной и кинестетической чувствительности принадлежит большая роль в процессе компенсации функций двигательного анализатора, особенно таких, как сохранение равновесия, ориентировка в пространстве. Развитию этой функции способствуют специальные упражнения в ходьбе, беге, прыжках, лазанье, метании и другие движения.

4. На занятиях во всех возрастных группах используется звуковое сопровождение: удары в бубен или барабан, которые служат сигналом для начала и окончания движений, их смены, регулирования скорости ходьбы, бега, частоты прыжков. Детей не обходимо учить останавливаться в ходьбе или беге

при прекращении сигналов, ориентируясь только на слух, переходить от одного вида движений к другому.

5. Различные упражнения на формирование осанки в обязательном порядке включаются во все занятия при выполнении различных видов упражнений.

6. Глухие дети нуждаются в строгой организации, поэтому для наибольшей эффективности занятий целесообразно участие в них двух взрослых (на группах компенсирующей направленности).

7. При выполнении упражнений может требоваться страховка, так как многие дети имеют нарушения равновесия, поэтому взрослый должен поддерживать ребенка при выполнении координационно трудных упражнений для предотвращения возможных травм.

8. Дети с нарушениями слуха не могут услышать объяснение, поэтому педагог, показывающий упражнение, должен быть хорошо виден. С этой целью важно располагать необходимый инвентарь (палки, лестница, мячи, кубики) перед сидящими детьми или усаживать их так, чтобы были видны гимнастические снаряды, необходимые для данного занятия.

9. Каждое новое движение сначала показывается детям без словесного сопровождения (использование карточек, раскрывающих последовательность выполнения упражнения), затем упражнение воспроизводится детьми по подражанию. После того как ребенок хорошо усвоит движение, взрослый вновь показывает знакомое движение, но уже проговаривая словесную инструкцию. Далее сначала взрослый проговаривает движение и только потом повторяет упражнение. В дальнейшем все разученные детьми движения выполняются исключительно по словесной инструкции [49].

3.6. Организация и методика адаптивного физического воспитания детей с нарушением зрения

Зрение – самый мощный источник информации о внешнем мире, 85 – 90 % информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии ребенка.

Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Принято различать пять основных зрительных функций: 1) центрального зрения; 2) периферического зрения; 3) зрения; 4) светоощущения; 5) цветоощущения.

Как отмечают В.И. Белецкая, А.Н. Гнеушева (1982), Г.Г. Демирчоглян (1996) и др., *центральное зрение* требует яркого света и предназначено для восприятия цветов и объектов малых размеров. Особенностью центрального зрения является восприятие формы предметов.

Бинокулярное зрение – способность пространственного восприятия, объема и рельефа предметов, видение двумя глазами.

Периферическое зрение действует в сумерках, оно предназначено для восприятия окружающего фона и крупных объектов, служит для ориентировки

в пространстве. Этот вид зрения обладает высокой чувствительностью к движущимся предметам.

Светоощущение – способность сетчатки воспринимать свет и различать его яркость. Различают световую и темновую адаптацию. Нормально видящие глаза обладают способностью приспосабливаться к разным условиям освещения. Световая адаптация – приспособление органа зрения к высокому уровню освещения.

Благодаря цветовому зрению человек способен воспринимать и различать все многообразие цветов в окружающем мире.

Наиболее характерные нарушения зрения у детей:

Близорукость (миопия) характеризуется недостатком преломляющей силы глаза, в результате которого дети плохо видят отдаленные предметы и действия.

Дальнозоркость (гиперметропия) характеризуется тем, что фокус параллельных лучей после их преломления в глазу оказывается лежащим позади сетчатки.

Косоглазие характеризуется отклонением одного из глаз от общей точки фиксации. У этих детей наблюдается периферическое зрение, снижение остроты зрения косящего глаза, значительно снижена или нарушена восприимчивость предметов двумя глазами и способность сливать их изображения в единый зрительный образ.

Астигматизм – сочетание в одном глазу разных видов рефракций или разных степеней рефракции одного вида. Симптомы астигматизма: выраженные явления зрительного утомления, головные боли, блефароконъюнктивиты, реже – хроническое воспаление краев век.

Нистагм (дрожание глаз) самопроизвольные колебательные движения глазных яблок. По направлению он может быть горизонтальным, вертикальным и вращательным; по виду – маятникообразным, толчкообразным и смешанным. Причины возникновения нистагма: поражения таких участков мозга как мозжечок, гипофиз, продолговатый мозг и др.

Амблиопия – понижение зрения без видимых причин, выражающееся в снижении остроты центрального зрения.

Катаракта – помутнение хрусталика глаза, что приводит к значительному снижению остроты зрения.

Глаукома – повышение внутриглазного давления, которое, в свою очередь, приводит к повышению внутричерепного давления.

Ретролентальная фиброплазия – заболевание, при котором за хрусталиком образуется плотная мембрана из соединительной ткани и отслоенной сетчатки.

Органические расстройства зрительного анализатора, нарушая социальные отношения, изменяя статус ребенка со зрительной недостаточностью, провоцируют возникновение у него ряда специфических установок, опосредованно влияющих на психическое развитие ребенка со зрительной депривацией.

Из-за недостатка зрения нарушено *непроизвольное внимание* (узкий запас знаний и представлений). Снижение *произвольного внимания* ведет к расторможенности – низкому объему внимания, хаотичности, т.е. нецеленаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания [7, 53].

А.Г. Литвак (1998) отмечает, что дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость *запоминания*.

У детей с депривацией зрения ослаблены зрительные ощущения, а *восприятие* внешнего мира ограничено. У незрячих и детей с остаточным зрением основные формы восприятия – осязательно-двигательная и зрительно-двигательно-слуховая.

У детей с нарушением зрения сужены понятия об окружающем мире, суждения и умозаключения могут быть не вполне обоснованы, так как реальные субъективные понятия недостаточны или искажены.

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии.

Индивидуальные отклонения формирования двигательных навыков обусловлены рядом причин:

- расстройством функций зрения на основе органических нарушений, сопровождающихся трудностями формирования физических качеств;
- ограничением возможностей зрительного подражания, порождающим искаженное представление об окружающей действительности;
- неблагоприятным периодом дошкольного воспитания (у детей, не посещающих детские дошкольные учреждения), тормозящим развитие познавательной и двигательной активности;
- снижением иммунитета к инфекционным и простудным заболеваниям.

Уровень физического развития и физической подготовленности детей с депривацией зрения значительно отстает от нормально видящих сверстников, отмечается нарушение координации движений.

С возрастом показатели физического развития у детей со зрительной депривацией увеличиваются, но более медленно по сравнению с нормально видящими. У незрячих и слабовидящих отмечаются наиболее выраженные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на всех возрастных этапах развития. Возрастная динамика физического развития у этих детей сохраняется такой же, как и в норме, но уровень физического развития значительно ниже.

Вторичные отклонения в физическом развитии детей, обусловленные нарушением зрения. По данным различных авторов у слабовидящих плоскостопие встречается от 30 до 53,8 %, мышечная слабость – у 12 %.

Б.П. Ермаков (1989, 1990) констатирует, что нарушение осанки наблюдается у 59,2 % слабовидящих мальчиков и 58 % девочек, тогда как у нормально видящих соответственно у 20 % и 14 %; значительно больше и число простудных заболеваний. При нарушении осанки и деформации позвоночника грудная клетка видоизменяется, снижается жизненная емкость легких, что в свою очередь приводит к заболеваниям органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Все причины вторичных отклонений можно разделить на две группы:

- органические нарушения, наследственные заболевания, врожденное слабовидение, обуславливающие трудности формирования гармонически развитой личности;

- недостаточный уровень социальных и педагогических условий для гармоничного развития ребенка с депривацией зрения, отсутствие или недостаточность профилактической, коррекционной работы с данной категорией детей.

К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся: общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней, сопровождающееся различными типами дизартрии, недоразвитие письменной речи смешанного характера (разные виды дисграфии), соматические заболевания, задержка психического развития, детский церебральный паралич, минимальная мозговая дисфункция (ММД).

Минимальная мозговая дисфункция – часто встречающееся заболевание, характеризующееся негрубым поражением центральной нервной системы, сопровождается мышечной дистонией – неуклюжестью, неловкостью, скованностью в движениях, трудностями в освоении письма, точности моторики. Наиболее характерны для ММД двигательная расторможенность, суетливость, чрезмерная двигательная активность, шаловливость, плохая обучаемость, низкая дисциплина и неорганизованность.

Подвижные игры являются сильнейшим средством всестороннего развития и воспитания незрячих и слабовидящих детей. Ребенок с нарушением зрения любит играть и совершенно также и как нормально видящий, может играть почти в любую игру, только слабовидящего ребенка надо научить этому, помочь ему овладеть игрой (Самбикин Л.Б., 1960).

Для организации игровой деятельности необходимо учитывать наличие предыдущего опыта зрительно-слухового восприятия предлагаемого материала, состояние остроты зрения у ребенка, уровень физической подготовленности, возрастные и индивидуальные возможности ребенка, наличие навыков пространственной ориентировки, место и время проведения игры, интересы детей, а иногда и их настроение. Ребенок с нарушением зрения ощущает всю игру преимущественно посредством слухового анализатора, у него может возникнуть перенапряжение органов слуха, нервной системы, переутомление, поэтому следует регулировать физическую нагрузку при играх.

В научно-методической литературе описано достаточное количество игр с коррекционной направленностью для детей с нарушением зрения (Л.Б.

Самбикин, 1964, Д.М. Маллаев, 2001): подвижные игры для детей с нарушенным зрением, направленные на коррекцию и формирование осанки;

В процессе адаптивного физического воспитания осуществляются не только общие задачи – развитие, обучение, воспитание, которые совпадают с образовательными задачами здоровых детей и отражены в программных документах, но и специальные задачи. Они имеют коррекционную, компенсаторную, профилактическую, а в случае необходимости, лечебно-восстановительную направленность.

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей детей, а также с учетом эмоциональной насыщенности.

Эмоциональность занятий зависит от разнообразия упражнений, от общего тона проведения занятий, интонации и команды преподавателя. Меняется тембр звука (громко, тихо, мягко, строго) с учетом психического состояния учащихся, их быстрой утомляемости, специфических особенностей развития и восприятия учебного материала.

К нетрадиционному спортивному инвентарю относятся озвученные мячи, мячи с веревочкой, мяч с запахом ванилина, который используется как обонятельный ориентир, «педальки» для развития равновесия и формирования навыка правильной осанки, конус для развития вестибулярного аппарата. Использование звуковых, осязательных, обонятельных и других ориентиров имеет приоритетное значение.

Процесс адаптивного физического воспитания должен начинаться с ознакомления предметов, наполняющих окружающее пространство, коррекции зрительного восприятия, а также освоения навыков пространственной ориентировки.

При организации и осуществлении педагогического процесса детей со зрительной патологией необходимо не только учитывать специфические особенности психического и физического развития, но и соблюдать принципы, используемые в специальной педагогике (коррекционной и компенсаторной), направленности педагогических воздействий, усиленного педагогического руководства, предусматривающего связь учебной деятельности с активной позицией ребенка и учителя (Солнцева Л.И., 2000).

Многие авторы указывают на зависимость содержания, форм и методов обучения и воспитания от клинических форм, характера и тяжести нарушения зрительных функций, сохранности слухового, двигательного и кожного анализаторов, а также от уровня развития высших форм психической деятельности или личности в целом, от возраста, в котором нарушено зрение.

В работе с данными категориями детей используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия ими учебного материала, есть некоторые различия в приемах. Они изменяются в зависимости от физических возможностей ребенка, запаса знаний и умений, наличия

предыдущего зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением.

Метод практических упражнений основан на двигательной деятельности. Чтобы совершенствовать у детей с нарушенным зрением определенные умения, необходимо многократное повторение изучаемых движений (больше, чем нормально видящим). Л.А. Семёнов, В.П. Шлыков (1984) выделяют 3 этапа освоения движения:

1-й – создается общее представление о двигательном действии;

2-й – формируется первоначальное умение на основе сформированного представления (здесь имеет значение контроль, осуществляемый органами чувств, за точностью выполнения и соответствие имеющемуся эталону);

3-й – совершенствуется двигательное умение путем его многократного исполнения.

Метод дистанционного управления относится к методу слова, он предполагает управление действиями ученика на расстоянии посредством следующих команд: «поверни направо», «поверни налево», «иди вперед», «три шага вперед, вправо, влево» и т.д.

Метод наглядности является одной из специфических особенностей использования методов обучения в процессе ознакомления с предметами и действиями. Вначале предлагается рассматривание предмета (спортивного инвентаря) по частям, ставится задача определения его формы, поверхности, качества, цвета, а затем предпринимается попытка целостного восприятия предмета или действия.

Метод стимулирования двигательной активности – необходимо как можно чаще поощрять детей, давать им почувствовать радость движений, помогать избавиться от комплекса неполноценности, от чувства страха пространства, неуверенности в своих силах.

Для детей с нарушением зрения (при некоторых заболеваниях) предусматриваются следующие *ограничения*:

- резкие наклоны, прыжки, упражнения с отягощением;
- акробатические упражнения (кувырки, стойки на голове, плечах, руках, висы вниз головой);
- также соскоки со снарядов, упражнения с сотрясением тела и наклонным положением головы;
- упражнения высокой интенсивности, длительные мышечные напряжения и статические упражнения, нагрузки с большой интенсивностью в беге, передвижение на коньках (Гнеушева А.Н., 1990, Ермаков В.П., Якунин Г.А, 2000, Ростсмашвили Л.Н., 1999, 2001).

Несмотря на некоторые ограничения следует отметить, что опасен для здоровья не вид движений, а методика их проведения.

В настоящее время существует много берегающих технологий (Аветисов Э.С., Корбет М.Д., Демирчоглян Г.Г. и др.) имеющие коррекционную и профилактическую направленность и позволяющие учитывать следующие аспекты:

- охрана остаточного зрения;
- особенности индивидуального развития ребенка;
- щадящий режим зрительной нагрузки;
- рациональное чередование физической нагрузки и отдыха, специальных упражнений для глаз в течение урока;
- использование специальных методов и приемов в обучении двигательным действиям.

Система требований, которые предъявляются к ребенку на данном этапе его жизни (Г.Г. Демирчоглян, 1996) для сохранения и улучшения зрения, рекомендует выработать у ребенка следующие навыки:

- моргать непрерывно, доведя это движение до автоматизма;
- дышать легко и непрерывно;
- смотреть на ближние и удаленные объекты, скоординировав деятельность психики и глаза;
- возбуждать в себе интерес – вовремя рассматривания объекта путешествовать по нему;
- воспринимать увиденное без усилия;
- часто закрывать глаза, чтобы давать им отдых.

Занятия физической культурой являются основной формой организации физического воспитания детей с нарушением зрения, поэтому выделим основные особенности их организации.

Занятие проводится по общепринятой структуре и состоит из вводной, основной и заключительной частей, каждая из которых имеет конкретные задачи по развитию различных двигательных навыков и умений [40].

Вводная часть - ее продолжительность в младшей группе: 2 - 3 минуты, в средней 3 - 4 минуты, в старшей 4 - 5 минут, в подготовительной: 5 - 6 минут. Цель - подготовка организма ребенка к предстоящей физической нагрузке. Планируются: ходьба и бег, построения и перестроения, специальные упражнения, укрепляющие мышцы ног и стопы, а также упражнения, формирующие правильную осанку, развивающие ориентировку, игры на развитие внимания, слуха, осязания.

Основная часть - в младших группах длительность от 10 до 15 минут, в старших – от 15 до 20. Цель: обучение детей новым упражнениям, повторение пройденного материала, отработка основных двигательных навыков путем лазания, преодоление препятствий, упражнений на равновесие, бег, прыжки, игры и т.д. Планируются: общеразвивающие упражнения без предметов и с предметами (флажки, кубики, кегли, мячи, палки, ленты и др.), которые проводятся в определенной последовательности: для мышц плечевого пояса, мышц спины и косых мышц живота, а затем ног, упражнения на расслабление. То есть структура общеразвивающих упражнений та же, что и для нормально видящих дошкольников.

Заключительная часть занятия. Цель – урегулировать состояние организма ребенка, подготовить к последующим режимным моментам и переходу от интенсивной деятельности к спокойной. Проводятся спокойные

игры типа: «Найди предмет, найди и промолчи, узнай по голосу», а также хороводные игры с движениями и использование ритмических движений, танцевальных упражнений. Эти игры способствуют сохранению эмоционального подъема детей, более динамичному восстановлению пульса (пульс должен прийти к исходному в течение 3-х минут). Игры, в которых дети стоят или сидят, включать не рекомендуется.

В заключительной части занятия рекомендуется проводить анализ. Воспитатель или руководитель физического воспитания обращает внимание детей на то, как они занимались, чему научились на занятии, но не на анализ поведения детей на занятии [40].

Таким образом, квалифицированная и своевременная помощь ребенку с депривацией зрения позволит избежать дальнейших нарушений в физическом развитии и откроет больше возможностей для их полноценного роста и развития [54, 55].

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К основным гигиеническим средствам, обеспечивающим укрепление здоровья, относят:

- 1) правила личной гигиены;
- 2) психотерапия;
- 3) соблюдение рационального распорядка дня;
- 4) оптимальные санитарно-гигиенические условия быта;
- 5) занятия физическими упражнениями.

Выберите два правильных ответа.

2. Закаливание – это:

- 1) способность организма противостоять различным заболеваниям;
- 2) способность организма противостоять различным метеорофакторам;
- 3) повышение сопротивляемости организма к различным внешним воздействиям.

Выберите один правильный ответ.

3. Особенности построения физкультурного занятия дошкольников с интеллектуальными нарушениями:

- 1) пик двигательной нагрузки приходится на завершение первой трети занятия;
- 2) пик двигательной нагрузки приходится на подготовительную часть занятия;
- 3) занятие необходимо начинать с общеразвивающей разминки
- 4) заканчивается занятие подвижной игрой, позволяющей закрепить полученные навыки.

Выберите три правильных ответа.

4. Особенности построения физкультурного занятия дошкольников с задержкой психического развития:

1) требования безопасности должны реализовываться за счет подавления двигательной активности;

2) развивать правильное физиологическое дыхание;

3) осуществлять профилактику и коррекцию плоскостопия у детей;

4) постоянно следить за осанкой детей.

Выберите три правильных ответа.

5. Подвижные игры для детей с врожденными или ампутационными дефектами нижних конечностей включают:

1) игры могут проводиться с использованием костылей;

2) в упрощенных условиях сидя на полу, на гимнастическом ковре;

3) участие в спортивных играх, как с использованием протезов, так и без них;

4) все ответы верные.

Выберите один правильный ответ.

6. Подвижные игры для детей с дефектами верхних конечностей включают:

1) подвижные игры с различными предметами, например, с мячом или летающей тарелкой;

2) игры, где содержание не требует участия верхних конечностей для решения поставленных задач;

3) игры с элементами футбола;

4) подвижные игры, направленные на использование сохранных функций, в частности функций нижних конечностей;

5) все ответы верные.

Выберите один правильный ответ.

7. Особенности развития двигательной сферы глухих обусловлены:

1) функциональным нарушением некоторых физиологических систем;

2) отсутствием слуха;

3) недостаточным развитием речи;

4) все ответы верные.

Выберите один правильный ответ.

8. Особенности построения физкультурного занятия дошкольников с нарушениями слуха:

1) различные упражнения на формирование осанки в обязательном порядке включаются во все занятия при выполнении различных видов упражнений;

2) на занятиях по физической культуре дети обязательно должны общаться посредством словесной речи;

3) на занятиях по физической культуре лазанье с опорой только на руки противопоказано;

4) на занятиях по физической культуре дети обязательно должны общаться посредством словесной речи;

5) каждое новое движение сначала показывается детям без словесного сопровождения;

6) все ответы верные.

Выберите один правильный ответ.

9. К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся:

- 1) различные типы дизартрии;
- 2) разные виды дисграфии;
- 3) соматические заболевания;
- 4) минимальная мозговая дисфункция;
- 5) все ответы верные.

Выберите один правильный ответ.

10. Особенности построения физкультурного занятия дошкольников с нарушением зрения:

- 1) использовать нагрузки с большой интенсивностью в беге, передвижение на коньках;
- 2) использовать упражнения с сотрясением тела и наклонным положением головы;
- 3) использовать резкие наклоны, прыжки, упражнения с отягощением;
- 4) использовать длительные мышечные напряжения и статические упражнения;
- 5) использовать упражнения с резким перемещением положения тела и возможными травмами головы;
- 6) все ответы не верные.

Выберите один правильный ответ.

4. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

4.1. Особенности двигательных способностей в дошкольном возрасте

Оценка индивидуального физического развития детей дошкольного возраста определяется необходимостью проведения педагогической диагностики в соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами, прежде всего, федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования.

Современными объектами педагогической диагностики физического развития ребенка являются:

- выполнение упражнений, направленных на развитие физических качеств;
- выполнение основных движений;
- формирование начальных представлений о некоторых видах спорта;
- овладение подвижными играми;
- становление целенаправленности и саморегуляции в двигательной сфере;
- овладение элементарными нормами и правилами здорового образа жизни.

Для эффективной диагностики физического развития ребенка дошкольного возраста необходимо учитывать ряд принципиальных отличий от физического развития человека в другие периоды жизни.

Это отражается и на его двигательных возможностях, которые следует учитывать в ходе педагогической диагностики [58].

Физические качества – врожденные (генетически обусловленные) морфофункциональные качества, благодаря которым возможна физическая активность человека (целесообразная двигательная деятельность по перемещению тела и предметов в пространстве) [51, 60].

Соответственно, у каждого ребенка двигательные способности будут развиты по-разному:

- 1) кондиционные способности на основе силы, быстроты, выносливости и гибкости;
- 2) координационные способности на основе ловкости. [57].

Сила – преодоление внешнего сопротивления или противостояние ему за счет мышечных усилий (напряжений). Собственно силовые способности у детей дошкольного возраста развиты незначительно, так как они определяются физиологическим поперечником мышцы и функциональными возможностями нервно-мышечного аппарата. Соответственно, наиболее целесообразно уделять внимание развитию силы детей в гармоничном сочетании с другими физическими качествами.

Скоростно-силовые способности проявляются в упражнениях как с неопредельными напряжениями мышц, так и с неопредельной скоростью. Причем

чем значительнее внешнее сопротивление (например, при прыжке вверх осуществляется преодоление собственного веса), тем большую роль играет силовой компонент, а при меньшем отягощении (например, при метании мячика) возрастает значимость скоростного компонента.

К скоростно-силовым способностям относятся:

1) быстрая сила – неопредельное напряжение мышц, проявляемое в упражнениях со значительной скоростью (например, бег на 30 м);

2) взрывная сила – максимальное напряжение мышц в короткое время (например, в прыжках и метаниях).

Силовая выносливость – противостояние утомлению из-за относительно продолжительных мышечных напряжений значительной величины. Как такая устойчивость к нагрузкам несвойственна детям дошкольного возраста.

Силовая ловкость – возможности смены режима работы мышечных групп в двигательной деятельности (например, непредвиденные ситуации подвижной игры).

Дошкольный возраст не является благоприятным периодом развития силы, который наступает в период полового созревания.

Скоростные способности – возможности ребенка, обеспечивающие ему выполнение двигательных действий в минимальный для данных условий промежуток времени.

Элементарные скоростные способности: быстрота реакции, скорость одиночного движения, темп (частота) движений.

Двигательные реакции делятся на две группы: простые и сложные.

Простая реакция – это латентное (скрытое) время, затраченное между получением известного сигнала и началом выполнения заранее известного движения.

Сложная реакция – это латентное (скрытое) время, затраченное между получением сигнала и выбором ответного двигательного действия, адекватного данной ситуации. Это встречается при внезапной смене ситуации действий (игры, эстафеты) или реакции на движущийся объект (мяч, скакалка и т.п.).

Темп (частота) движений – это число движений в единицу времени (например, число беговых шагов за 10 секунд).

Выносливость – противостояние физическому утомлению в процессе мышечной деятельности.

Наиболее благоприятными периодами для развития скоростных способностей, как у мальчиков, так и у девочек считается возраст от 7 до 11 лет (школьный период из-за несформировавшегося головного мозга).

Общая выносливость – выполнение двигательной деятельности умеренной интенсивности при глобальном функционировании мышечной системы более 5 - 6 минут. Ребенок при правильном физическом воспитании способен к 7 годам перемещаться до 1 км. Это достигается с помощью использования циклических упражнений. Общая выносливость обеспечивается аэробной системой энергообеспечения и играет существенную роль в оптимизации жизнедеятельности ребенка. Она выступает как важный

компонент физического здоровья, работоспособности и противостояния простудным заболеваниям.

Специальная выносливость – это выносливость по отношению к двигательной деятельности, длящейся менее 5 минут. Она связана с анаэробными генетически обусловленными возможностями человека.

Большую роль в развитии выносливости играют волевые факторы, за счет которых может быть продолжена мышечная работа, несмотря на постепенно нарастающее утомление. Но у дошкольников они не являются окончательно сформированными, поэтому им довольно трудно бывает справиться с утомлением [51].

Развитие выносливости происходит от дошкольного возраста до 30 лет.

Гибкость – выполнение движений с большой амплитудой. Дети, не обладающие гибкостью в достаточной степени, имеют пониженную способность мышц к растягиванию и повышенный мышечный тонус. Это приводит к координационным нарушениям в процессе выполнения движения. Негибкий ребенок тратит гораздо большее количество энергии, а значит, у него быстрее наступает утомление. Следует отметить, что, развиваясь, сама гибкость создает благоприятные условия для совершенствования определенных психофизических качеств. Так, например, доказано, что упражнения, преимущественно направляемые на развитие гибкости, вместе с тем развивают силу и выносливость [23, 47].

Активная гибкость – выполнение движений за счет активности собственных мышц.

Пассивная гибкость – выполнение движения под воздействием внешних растягивающих сил: усилий партнера, внешнего отягощения, специальных приспособлений и т.п.

Динамическая гибкость проявляется в движениях, а статическая – в позах.

Общая гибкость – это высокая подвижность во всех суставах, а специальная гибкость – подвижность в суставах, соответствующая технике конкретного физического упражнения.

Гибкость определяется:

- формой костей – направлением и размахом движений в суставе (сгибание, разгибание, отведение, приведение, супинация, пронация, вращение);

- мышечным тонусом – степенью совершенствования межмышечной координации (способности произвольно расслаблять растягиваемые мышцы и напрягать мышцы, которые осуществляют движение).

На гибкость влияют:

- 1) время суток (утром гибкость меньше, чем днем и вечером);
- 2) температура воздуха (при 20–30 °С гибкость выше, чем при 5–10 °С);
- 3) наличие разминки;

4) разогрев тела (подвижность в суставах увеличивается после 10 мин нахождения в теплой ванне при температуре воды +40 °С или после 10 мин пребывания в сауне);

5) положительные эмоции и мотивация.

Целенаправленно развитие гибкости должно начинаться лишь с 6 - 7 лет. Сенситивным периодом пассивной гибкости является возраст 9 - 10 лет, а для активной гибкости – 10 - 14 лет.

Ловкость – эффективное (быстрое, целесообразное) освоение новых двигательных действий. Наибольшее значение для развития ловкости имеют высокоразвитое мышечное чувство и пластичность корковых нервных процессов, которая еще только формируется в дошкольном возрасте.

Ловкость является психофизическим качеством, где деятельность и мышц, и мозга значимы в равной степени, что определяет свойство ловкости в упражняемости. Исследования В. С. Фарфеля также подтверждают мнение о том, что ловкость является качеством воспитываемым и тренируемым [46].

Двигательно-координационные способности – эффективное решение двигательных задач в изменяющихся условиях окружающей среды:

1) способности регулировать пространственные («чувство пространства»), временные («чувство времени») и динамические («мышечные чувства») параметры движений (например, попасть мячом в горизонтальную цель);

2) способности поддерживать статические позы и динамическое равновесие (например, балансировка при ходьбе по гимнастической скамейке), которые зависят от способности головного мозга контролировать местоположение общего центра тяжести тела над площадью опоры (площадь стоп).

Координационные способности зависят:

1) от способности к точному анализу движений;

2) деятельности анализаторов;

3) сложности двигательного задания;

4) уровня развития других двигательных способностей;

5) смелости и решительности;

6) возраста;

7) общей подготовленности занимающихся.

Дети 4 - 6 лет обладают низким уровнем развития координации, нестабильностью симметричных движений. Двигательные навыки формируются на фоне избыточных лишних двигательных реакций, а способность к дифференцировке усилий – низкая [60].

4.2. Методы диагностики физического развития и физической подготовленности в педагогическом исследовании

Контрольные испытания (тестирование).

Контрольные испытания проводятся с помощью специальных упражнений или тестов – стандартизированных измерений или испытаний, проводимых с целью определения уровня развития физических качеств (двигательных способностей) детей.

При выборе контрольных тестов (табл. 1) необходимо учитывать следующее:

- тестирование должно проводиться в стандартных для всех детей условиях (время дня, приема пищи; объем нагрузок и т.д.);
- контрольные упражнения должны быть доступными для всех детей, независимо от уровня их физической подготовленности;
- каждый тест должен измеряться количественными показателями (секунды, метры и т.д.);
- контрольные упражнения должны быть простыми для измерения и оценки.

Т а б л и ц а 1

Примеры контрольных упражнений (тестов)

Двигательные способности	Пример контрольного упражнения (теста)
На основе физического качества – выносливость	
Общая выносливость	смешанное передвижение на 1000 м (с)
На основе физического качества – сила	
Динамическая сила	поднимание туловища из положения лежа на спине (количество раз за 1 мин)
Скоростно-силовые способности	прыжок в длину с места толчком двумя ногами (см), метание мяча весом 150 г (м), метание набивного мяча (0,5 кг) двумя руками из-за головы из положения стоя (м)
На основе физического качества – быстрота	
Скоростные способности	бег на 30 м (с)
На основе физического качества – гибкость	
Активная гибкость	наклон вперед из положения стоя на гимнастической скамейке (от уровня скамьи – см)
На основе физического качества – ловкость	
Координационные способности	челночный бег 3×10 м (с)

Распространенной измерительной техникой инструктора по физической культуре являются рулетка и секундомер. Ими можно измерить длину и высоту прыжков, дальность метания снарядов, время бега.

Педагогическое наблюдение.

О способностях ребенка судят не только по его достижениям в процессе выполнения контрольных упражнений, но и по тому, как быстро и легко он приобретает умения и навыки основных видов движений. Для качественной оценки наиболее подходит педагогическое наблюдение (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Основные характеристики педагогического наблюдения

Сильные стороны	Слабые стороны
наблюдение реального педагогического процесса, происходящего в динамике	недоступность некоторых сторон наблюдаемого объекта (мотивы, состояние, мыслительная деятельность)
регистрация событий в момент их протекания	ограниченность объема наблюдений для одного исследователя
независимость наблюдателя от мнений испытуемых	пассивный характер исследования и элементы субъективизма у наблюдателя; большие временные затраты

Наблюдение должно быть планомерным, целенаправленным и систематичным.

К возможным объектам педагогического наблюдения в области физического развития ребенка можно отнести следующие:

- задачи обучения и воспитания;
- средства физического воспитания (физические упражнения, гигиенические факторы, оздоровительные силы природы), их место в занятии, на этапе и возрастном периоде;
- методы физического воспитания (общепедагогические: словесные и наглядные) и специфические (методы строго регламентированного упражнения, игровой, соревновательный);
- поведение педагога и воспитанников;
- продолжительность процесса (отдельного упражнения, занятия, этапа и т.п.) и его количественная сторона (количество повторений, занятий и т.п.);
- характер, величина нагрузки и ее структурная взаимосвязь;
- элементы техники двигательных действий (основных видов движений);
- количественная сторона процесса (темп движений, количество бросков, прыжков, попыток, отрезков бега и т.п.).

Алгоритм организации наблюдения:

1. Определить цели наблюдения. Чем они точнее, тем легче их регистрировать и делать достоверные выводы.

2. Наметить объекты наблюдения.

2.1. Бег:

- перекрестная координация движений рук и ног;
- правильное положение корпуса и головы;
- наличие фазы полета;

- завершенность отталкивания ногой;
- прямолинейность движения.

2.2. Прыжок в длину с места:

- исходное положение – полуприсед, руки отведены назад;
- энергичность отталкивания двумя ногами;
- выпрямление ног и взмах руками вперед-вверх при завершении отталкивания;
- вынос вперед почти прямых ног в полете;
- приземление на обе ноги с перекатом с пяток на всю стопу.

2.3. Прыжок в длину с разбега:

- ускоряющийся разбег;
- энергичные отталкивания одной ногой;
- выпрямление толчковой ноги и вынос полусогнутой в колене маховой ноги и рук вперед-вверх при завершении отталкивания;
- вынос вперед почти прямых ног в полете;
- приземление на обе ноги с перекатом с пяток на всю стопу.

2.4. Прыжок в высоту с прямого разбега способом «согнув ноги»:

- равномерный разбег;
- энергичное отталкивание одной ногой;
- выпрямление толчковой ноги и вынос полусогнутой в колене маховой ноги и рук вперед-вверх при завершении отталкивания;
- переход через планку в группировке (согнутые ноги в коленях приближены к груди, голова наклонена вперед);
- приземление на полусогнутые ноги.

2.5. Метание на расстояние:

- исходное положение – вполоборота к направлению метания;
- наличие замаха;
- перенос центра тяжести на стоящую впереди ногу во время броска;
- энергичный бросок с последующим сопровождением рукой мяча (мешочка).

2.6. Лазание по гимнастической стенке переменным (чередующимся) шагом:

- перекрестная координация движения рук и ног;
- одновременность постановки ноги и выполнение захвата рукой реек;
- прямое положение корпуса и головы;
- ритмичность движения.

Сохранение перечисленных элементов техники при спуске.

3. Разработать схему (план) наблюдения. Подготовить документы, в том числе – бланки протоколов наблюдения, инструкций наблюдателю. На бланке протокола должны быть указаны: дата наблюдения, название дошкольной образовательной организации, возрастная группа, перечень воспитанников, ФИО педагога, тема занятия и задания, цель наблюдения, содержание и характер наблюдаемых действий.

4. Подобрать способы фиксации результатов:

- протоколирование (словесное описание, графическая запись, стенографирование);
- запись на диктофон (комментирование);
- фотографирование или видеосъемка.

5. Проанализировать полученные результаты для оптимизации работы с группой детей.

При изучении физического развития исследуют не только морфологические и функциональные свойства организма, но и уровень биологического развития ребенка: формирование зубов, моторики, речи и процессы роста [56].

Диагностика используется для оценки исходного состояния организма ребенка, с тем чтобы определить "ближайшую зону" его здоровья, создать условия для наращивания фундаментальных возможностей систем и органов, развития жизненно важных двигательных умений и соответствующим образом построить режим дня и подобрать закаливающие средства, обеспечить оптимальность физических и умственных нагрузок в двигательной и учебной деятельности.

Частота обследования детей определяется темпами их физического развития. Дети первого года жизни обследуются 1 раз в месяц, от 1 года до 3 лет - 1 раз в 3 месяца, от 3 до 7 лет - не реже 1 раза в полгода. В зависимости от медицинских показаний ослабленных, отстающих в физическом развитии детей обследуют чаще [17].

Для оценки физического развития детей-дошкольников используют следующие показатели физического развития:

1. Соматометрические: длина тела (рост), масса тела (вес), окружность грудной клетки и др.

2. Соматоскопические: состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, степень развития подкожно-жирового слоя, мышц, состояние опорно-двигательного аппарата, и др.

3. Физиометрические: экскурсия легких (вдох, выдох, пауза), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), частота пульса, дыхания, величина артериального давления, мышечная сила и др.

Соматометрия (антропометрия).

Основными антропометрическими показателями физического развития является длина тела, масса тела, окружности грудной клетки и мышечная сила.

При проведении антропометрических измерений нужно пользоваться только специальным стандартным инструментарием, строго соблюдать официальную унифицированную методику. Измерения следует делать натощак или после легкого завтрака [32].

Длина тела - наиболее стабильный показатель, характеризующий состояние пластических процессов в организме. Длина тела у дошкольников служит одним из критериев уровня соматической зрелости, а также является основанием для правильной оценки массы тела и окружности грудной клетки.

Длину тела измеряют с помощью стандартного ростомера в положении стоя. К ростомеру прикасаются 3 точками: лопатками, ягодицами, пятками. Измерение проводится в утренние часы, не менее 2 раза в год. Высота тела к вечеру может оказаться меньше из-за сжатия межпозвоночных дисков и расслабление мышц, вследствие усталости к концу дня [55].

Масса тела отражает степень развития костной и мышечной систем, внутренних органов, подкожной жировой клетчатки. Вес тела определяют на проверенных медицинских весах. Измерение массы тела детей старше 3 лет производится стоя на напольных весах, натощак, после мочеиспускания и опорожнения кишечника. При взвешивании ребенок обязательно должен быть обнажен [46].

Измерение окружности грудной клетки дает представление о развитии грудной клетки, грудных и спинных мышц. Измерение окружности грудной клетки ребенка производят с помощью сантиметровой ленты в состоянии спокойного дыхания, от 2 до 7 лет с вытянутыми руками при спокойном дыхании. На спине сантиметровую ленту прикладывают под нижними углами лопаток, спереди на уровне сосков.

Измерение мышечной силы проводится с помощью динамометров: кистевого, станового в одно и тоже время - утром. Сила мышц кисти измеряется кистевым динамометром, сила мышц разгибателей спины - становым динамометром. При измерении силы мышц кисти рука должна быть отведена в сторону (на уровне плеча), динамометр сжимают с максимальным усилием без рывка. Производят 2 измерения каждой рукой, фиксируют лучший результат [49].

Антропометрические измерения дополняют данные наружного осмотра, позволяя точнее определить уровень физического развития.

Соматоскопия.

Наружный осмотр (соматоскопия) оценивает осанку, состояние опорно-двигательного аппарата [9].

Осанка - это привычная поза человека (его манера держаться) в положении стоя и сидя. Она обычно оценивается в положении обследуемого стоя. При определении осанки обследуемый должен стоять непринужденно, не напрягая мышц.

Правильной осанкой принято называть привычную позу непринужденного стоящего человека, с небольшими естественными изгибами позвоночника: в шейном и позвоночном отделах - вперед, в грудном и крестцовом - назад. Лучше всего можно определить осанку, поставив ребенка в профиль. В таком положении хорошо заметны естественные физиологические изгибы. Чрезмерная или недостаточная величина естественных изгибов позвоночника свидетельствуют о неправильной осанке.

По мнению Кравцова М.П. (1980) правильной осанкой для дошкольников считается такая, когда голова немного наклонена вперед, плечевой пояс незначительно смещен впереди и не выступает за уровень грудной клетки (в профиль). Лопатки слегка выступают, линия грудной клетки плавно переходит

в линию живота, который выступает на 1–2 см, физиологические изгибы позвоночника выражены слабо, угол наклона таза не велик и составляет 22 - 25°.

Наиболее характерными внешними признаками, предопределяющие начало нарушения осанки, являются:

- а) усиление наклона головы ребенка вперед;
- б) выдвижение плечевых суставов вперед;
- в) сужение грудной клетки за счет выноса рук вперед;
- г) повышенное растяжение мышц задней поверхности спины за счет регулярного наклона головы, верхней части туловища вперед (особенно при сидении);
- д) отдаление лопаток от грудной клетки при постоянном наклоне головы, что способствует формированию круглой спины;
- е) постоянное, достаточно длительное и неправильное стояние с выставлением одной ноги вперед или в сторону, постановка ноги с широко развернутым носком в сторону, передвижение на полусогнутых в коленных суставах ногах при ходьбе и беге [9].

Форма грудной клетки определяется при осмотре в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Различают три формы грудной клетки: цилиндрическую, плоскую и коническую.

Цилиндрическая грудная клетка - наиболее часто встречающаяся форма, обеспечивающая оптимальную функцию органов грудной полости. Такая форма грудной клетки характеризуется равномерным усечением к верхней и нижней апертуре, средним наклоном ребер, плотным прилеганием лопаток к грудной клетке.

Плоская грудная клетка, как вариант нормы, часто встречается у детей дошкольного возраста вследствие слабого развития мелких мышц, образующих мышечный корсет, в старших возрастных группах плоская грудная клетка свидетельствует, как правило, о наличии патологических отклонений в костно-суставно-мышечной системе или о соматических заболеваниях, вызывающих астенизацию организма в целом. Такая форма грудной клетки характеризуется отсутствием усечения к верхней и нижней апертурам, значительным наклоном ребер, лопатки отстоят от грудной клетки. Линия, ограничивающая грудную клетку спереди почти прямая, надчревный угол острый.

Коническая грудная клетка, как вариант нормы, в детском и подростковом возрасте не встречается.

Форма ног. При определении формы ног обследуемый стоит по стойке смирно. При нормальной форме ног они соприкасаются в области коленных суставов и внутренних лодыжек.

X-образные ноги - коленные суставы заходят один за другой, а при соприкосновении коленных суставов внутренние лодыжки отстоят друг от друга. Как вариант нормы такая форма часто встречается у детей дошкольного возраста. В дальнейшем ноги, как правило, приобретают нормальную форму.

О-образные ноги - коленные суставы не касаются друг друга. Такая форма ног может быть проявлением заболеваний костной системы различной этиологии, в т.ч. и рахита.

Форма стопы. Для определения формы стопы осматривается ее опорная поверхность и обращается внимание на ширину перешейка, соединяющего область пятки с передней частью стопы и расположении вертикальных осей ахиллова сухожилия и пятки при нагрузке.

Нормальная стопа - перешеек узкий, вертикальные оси расположены по одной линии перпендикулярно к поверхности опоры.

Уплощенная стопа - перешеек широкий, линия его наружного края более выпуклая, вертикальные оси перпендикулярны поверхности опоры.

Плоская стопа - перешеек занимает почти всю или всю ширину стопы, вертикальные оси пятки и ахиллова сухожилия образуют угол, открытый наружу.

Степень развития мускулатуры. Развитие мускулатуры характеризуется количеством мышечной ткани и ее упругостью, учитывается форма грудной клетки, положение лопаток, форма живота. Описательные признаки дополняются данными измерений мышечной силы и разницы между окружностями плеча в свободном и напряженном состоянии.

I степень - слабое развитие мускулатуры - рельеф мышц не выражен, упругость их понижена, грудная клетка плоская, лопатки не прилежат к грудной клетке, живот отвислый, мышечная сила ниже средней.

II степень - среднее развитие мускулатуры - рельеф мышц несколько обозначен, они имеют среднюю упругость, грудная клетка цилиндрическая, углы лопаток могут несколько выступать, живот подтянут или незначительно выдается вперед, показатели мышечной силы в пределах средних величин.

III степень - хорошее развитие мускулатуры - мышцы имеют выраженный рельеф, достаточно упругие и большие по объему, грудная клетка цилиндрическая, лопатки плотно прилежат к ней, живот подтянут, мышечная сила выше средних величин [30].

Физиометрические признаки.

Мышечная сила рук характеризует степень развития мускулатуры, измеряется ручным динамометром. Обследуемый старается максимально сжать пружину динамометра в вытянутой и отведенной под прямым углом в сторону руке. Измерения проводят 3 раза, учитывают максимальный результат в килограммах. Для следующего определения стрелку динамометра возвращают в нулевое положение.

Становая сила (силу разгибателей спины) измеряют с помощью станового динамометра. Обследуемый фиксирует ступнями ног прикрепленную к полу или помещенную на полу платформу динамометра, наклоняется, берет в руки рукоятку прибора, находящуюся строго на уровне колен (высота регулируется металлической цепью), и начинает медленно с усилием разгибаться, на высоте усилия делается рывок. Измерения проводят 3 раза, фиксируют наибольший результат в килограммах.

С возрастными анатомическими изменениями параметров сердечно-сосудистой системы у детей тесно связаны изменения функциональных показателей, основными из которых являются частота сердечных сокращений (пульс), артериальное и венозное давление, ударный и минутный объемы, количество циркулирующей крови, скорость кровотока.

Для оценки функционального состояния организма ребенка наряду с частотой пульса проводят измерения артериального давления с помощью звукового метода Н. С. Короткова.

Артериальное давление (АД) у детей зависит от возраста, пола, биологической зрелости и других показателей. При этом определяется систолическое (СД) и диастолическое (ДД) давление.

Систолическое давление - это давление, возникающее в артериальной системе в момент систолы левого желудочка, диастолическое - в период диастолы, во время снижения пульсовой волны.

Измерение артериального давления является обязательным методом исследования сердечно-сосудистой системы.

По величинам СД и ДД можно рассчитать пульсовое давление (ПД) и среднединамическое давление (СрД).

По величинам пульса и артериального давления могут быть рассчитаны их производные: внешняя работа сердца и коэффициент выносливости.

Внешняя работа сердца (ВР) - показатель, рекомендованный для оценки сократительной способности миокарда:

$$ВР = П \text{ (пульс)} \times СД \text{ (усл. ед.)}$$

Коэффициент выносливости (КВ) отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, ее готовность к выполнению длительной физической нагрузки.

Кроме того, у детей дошкольного возраста максимальное АД можно рассчитать по формуле:

$$СД = 100 + Н,$$

где Н - число лет, при этом допустимы колебания ± 15 мм рт. ст. (И.М. Воронцов).

Однако огромное значение имеет исследование показателей сердечно-сосудистой системы, характеризующих ее функцию, т.е. оценка изменений сердца и артериального давления после той или иной дозированной нагрузки и определение длительности периода восстановления. Такое исследование проводится с помощью различных функциональных проб.

Для изучения функционального состояния организма ребенка необходимо определить реакцию организма на физические нагрузки. Нормальной принято считать увеличение частоты сердечных сокращений на 25 – 30 % по отклонению к исходной величине, частоты дыхания на 4-6 в минуту, повышение СД в пределах 15 мм рт. ст. при неизменном или сниженном на 5-10 мм рт. ст. ДД. Спустя 2-3 минуты все показатели должны достигать исходных величин.

При определении медицинской группы по физкультуре, а также при допуске к занятиям физкультурой после заболеваний необходимо проводить функциональную пробу: пробу Мартинэ - Кушелевского (10 - 20 приседаний за 15 - 30 секунд).

Детей предварительно обучают данному движению, чтобы они приседали ритмично, глубоко, с прямой спиной. Дети 3 - 4 лет могут держаться за руку взрослого, который регулирует их движения по глубине и ритму, им рекомендуется 10 приседаний.

Пробу проводят следующим образом.

1. Ребенок садится на стульчик у детского стола, ему надевают манжетку для измерения артериального давления, спустя 1 - 1,5 мин (когда исчезает рефлекс и возбуждение, вызванное наложением манжеты),

2. затем каждые 10 секунд определяют частоту сердечных сокращений до получения 2-3 близких показателей, и берут из них «средний» и записывают в графу "до нагрузки".

3. Одновременно определяют характер пульса (ровный, аритмия и т.д.) [55].

4. После этого измеряют артериальное давление. Эти данные тоже записывают как исходные до нагрузки.

5. Затем, не снимая манжеты (резиновую трубку отсоединят от аппарата и закрепляют за манжету), ребенку предлагают сделать приседания. Приседания ребенок делает под четкий счет взрослого.

6. После окончания дозированной нагрузки ребенка сразу сажают и в течение первых же 10 секунд определяют частоту сердечных сокращений, затем быстро измеряют артериальное давление и продолжают подсчет частоты сердечных сокращений интервалом по 10 секунд до возвращения ее к исходной.

7. После этого второй раз измеряют артериальное давление. Визуально следят за частотой и характером измерения дыхания.

При благоприятной реакции организма на нагрузку пульс учащается на 25 – 50 %, возвращается к исходным величинам через 3 минуты. Допустимая реакция учащение пульса до 75 %, возвращение к исходному через 3 - 6 минут увеличение максимального артериального давления - на 30 - 40 мм рт. ст., уменьшение минимального - на 20 мм рт. ст. и более. При неблагоприятной реакции организма пульс учащается на 100 % и более, возвращается к исходному через 7 минут.

Функциональная полноценность дыхания определяется тем, насколько достаточно и своевременно удовлетворяется потребность клеток и тканей организма в кислороде и выводится из них образующийся при процессах окисления углекислый газ.

Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) определяется путем максимального выдоха в спирометр или сухие газовые часы после максимального выдоха. Она позволяет косвенно оценить величину площади дыхательной поверхности легких, на которой происходит газообмен между альвеолярным воздухом и кровью капилляров легких. Иначе говоря, чем больше ЖЕЛ, тем больше

дыхательная поверхность легких. Кроме того, чем больше ЖЕЛ, тем больше может быть глубина дыхания и легче достигается увеличение объема вентиляции.

Таким образом, ЖЕЛ определяет возможность приспособления организма к физической нагрузке, к недостатку кислорода во вдыхаемом воздухе.

Снижение показателя ЖЕЛ всегда свидетельствует о какой-либо патологии [6].

Уровень ЖЕЛ обусловлен также размерами тела и степенью физического развития.

Частота дыхания определяется по количеству движений грудной клетки или мышц живота в минуту и зависит от физиологической потребности организма в кислороде. У детей вследствие повышенного обмена потребность в кислороде несколько больше, чем у взрослых. Поэтому и частота дыхания у них выше. Чем старше ребенок, тем реже частота дыхания [9].

Методы исследования физической подготовленности

Физическая подготовленность определяется уровнем сформированности психофизических качеств (сила, скоростно-силовые качества, быстрота, выносливость, ловкость, гибкость, удержание равновесия, координационные способности) и степенью сформированности двигательных навыков необходимых для успешного выполнения той или иной деятельности.

Физическое качество - это совокупность биологических и психических свойств личности человека, выражающие его физическую готовность осуществлять активные двигательные действия.

Одной из основных характеристик физического состояния организма является физическая подготовленность. Метод диагностики позволяет:

- определить технику овладения основными двигательными умениями;
- выработать индивидуальную нагрузку, комплекс физических упражнений;
- развивать интерес к занятиям физической культурой;
- определять необходимые физкультурно-оздоровительные мероприятия;
- учитывать недостатки и работе по физическому воспитанию.

По мнению Г. Лесковой и Н. Ноткиной, именно высокие показатели двигательных качеств являются основными при оценке физической подготовленности детей

В соответствии с общепринятыми требованиями обследование физической подготовки детей проводится два раза в год на физкультурных занятиях. Первое обследование - в начале учебного года (в сентябре), второе - в конце учебного года (в мае).

Участие в обследовании принимает старший воспитатель, инструктор по физической культуре, медицинская сестра, воспитатели ДОУ.

В зале диагностируются такие физические способности, как скоростно-силовые качества - бросок набивного мяча двумя руками из-за головы (4 - 7 лет); прыжок в длину с места (4 - 7 лет); координационные способности; удержание равновесия.

На физкультурной площадке обследуются такие качества:

- быстрота - бег на 30 м (4 - 7 лет);
- выносливость - бег на 90 м (5 лет), 120 м (6 лет), 150 м (7 лет);
- скоростно-силовые качества - метание мешочка с песком весом 150 - 200 г (4 - 7 лет);
- ловкость - челночный бег на 30 м (4 - 7 лет);
- гибкость - наклон туловища вперед, стоя на гимнастической скамейке (4 - 7 лет).

Для обследования в зале размечают площадку для прыжков с места, бросания набивного мяча, а на спортивной площадке - для метания мешочка с песком. Медсестра заранее выявляет тех детей, которые не будут выполнять те или иные задания (по состоянию здоровья). Инструктор готовит протокол обследования, в котором фиксируются количественные показатели уровня сформированности физических качеств и качественные показатели степени сформированности двигательных навыков.

Во вводную часть и разминку включают физические упражнения, которые наилучшим образом подготовят ребенка к выполнению тестовых заданий. В основной части проводятся два или три теста (это зависит от возраста ребенка и особенностей самого теста), а в заключительной - малоподвижная игра или игровое упражнение - релаксация.

Далее проводится обследование психомоторного развития детей.

Цель обследования - выявить состояние двигательной сферы каждого ребенка: особенности переключаемости его с одного вида деятельности на другой, сохранение темпа выполнения движений, объема двигательной памяти, статической и динамической координации движений.

Количественные показатели сравниваются со средними показателями уровня физической подготовленности детей 4 - 7 лет по общероссийской системе мониторинга физического развития детей.

Для оценки уровня сформированности двигательных навыков используются качественные показатели бега, прыжков в длину с места, метания вдаль, определенные Г. Лесковой и Н. Ноткиной.

Высокий уровень - ребенок правильно выполняет все элементы техники (красный цвет).

Средний уровень - ребенок справляется с большей частью элементов техники (зеленый цвет).

Низкий уровень - ребенок допускает значительные ошибки (синий цвет).

Определение качественных показателей выполнения основных видов движения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Процесс развития двигательных качеств и приобретения двигательных навыков это:

- 1) физическое развитие;

- 2) физическое воспитание;
- 3) физическая культура;
- 4) комплекс физических упражнений.

Выберите один правильный ответ.

2. Физическими качествами дошкольника являются:

- 1) сила;
- 2) внимательность;
- 3) ловкость;
- 4) уравновешенность;
- 5) выносливость.

Выберите три правильных ответа

3. Оценка физического развития дошкольника включает:

- 1) возраст;
- 2) показатели антропометрии;
- 3) показатели электрокардиографии;
- 4) показатели физиометрии;
- 5) показатели электроэнцефалографии;
- 6) показатели соматоскопии.

Выберите три правильных ответа.

4. Пульсовое артериальное давление определяется:

- 1) суммой систолического и диастолического артериального давления;
- 2) разницей между систолическим и диастолическим артериальным

давлением;

3) отношением систолического к диастолическому артериальному давлению.

Выберите один правильный ответ.

5. В соответствии с общепринятыми требованиями обследование физической подготовки детей проводится:

- 1) четыре раза в год;
- 2) один раз в год;
- 3) ежемесячно;
- 4) два раза в год

Выберите один правильный ответ.

6. Соматометрическая оценка физического развития детей-дошкольников

это:

- 1) окружность грудной клетки;
- 2) степень развития подкожно-жирового слоя;
- 3) состояние опорно-двигательного аппарата;
- 4) мышечная сила;
- 5) экскурсия легких (вдох, выдох, пауза);
- 6) масса тела (вес).

Выберите два правильных ответа.

7. Физиометрическая оценка физического развития детей-дошкольников

это:

- 1) длина тела (рост);
 - 2) окружность грудной клетки;
 - 3) жизненная емкость легких (ЖЕЛ);
 - 4) мышечная сила;
 - 5) степень развития подкожно-жирового слоя;
 - 6) состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек.
- Выберите два правильных ответа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология / Г. С. Абрамова. - М.: Альма - Матер, 2006. - 702 с. – Текст: непосредственный.
2. Арсентьева, В. П. Игра - ведущий вид деятельности в дошкольном детстве / В. П. Арсентьева. - М.: Форум, 2009. - 144 с. – Текст: непосредственный.
3. Божович, Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. - СПб: Питер, 2009. - 237 с. – Текст: непосредственный.
4. Борисова, Н. В. Инклюзивное образование: право, принципы, практика / Н. В. Борисова. - М., 2009. - 35 с. – Текст: непосредственный.
5. Волосовец, Т. В. Инклюзивная практика в дошкольном образовании [Текст]: Пособие для педагогов дошкольных учреждений / Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова. - М.: Мозаика - Синтез, 2011. - 144 с.
6. Волошина, Л. Н. Организация здоровьесберегающего пространства [Текст] / Л. Н. Волошина // Дошкольное воспитание. - 2004. - №1. -С. 114-117.
7. Голуб, В. С. Медико - педагогический контроль за организацией физического воспитания детей дошкольного возраста [Текст]: методические рекомендации / В. С Голуб. - Мн.: РЦГЭ МЗ РБ, 2000. - 164 с.
8. Демирчоглян, Г. Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников / Г. Г. Демирчоглян, А. Г. Демирчоглян. – М.: Советский спорт, 2000. – 160 с. – Текст: непосредственный.
9. Диалог. Примерная основная общеобразовательная программа дошкольного образования / под ред. О. Л. Соболевой - М.: Дрофа, 2013. – 864 с. – Текст непосредственный.
10. Дорошкевич, М. П. Основы валеологии и школьной гигиены / М. П. Дорошкевич, М. А. Нашкевич. - М.: Вышэйшая школа, 2004. - 238 с. – Текст непосредственный.
11. Дошкольная педагогика с основами методик воспитания и обучения [Текст]: уч. д/ВУЗов. 2-е изд. Стандарт третьего поколения / под ред. А. Г. Гогоберидзе, О. В. Солнцевой. – СПб: Питер, 2019. – 464 с.
12. Евсеев, С. П. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие для студ. высших и средних профессиональных учебных заведений, осуществляющих образовательную деятельность по спец.022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура)» и 0323 «Адаптивная физическая культура». / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2000. – 240с. – Текст непосредственный.
13. Екжанова, Е. А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание дошкольников с нарушением интеллекта [Текст]: методич. рекоменд. / Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева. – М. - Просвещение, 2009. – 175 с.
14. Екжанова, Е. А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида

для детей с нарушением интеллекта / Е. А. Екжакова, Е. А. Стребелева. - М.: Просвещение, 2005. - 272 с. - Текст непосредственный.

15. Екжанова, Е. А. Об особенностях организации физического воспитания в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида [Текст] / Е. А. Екжанова // Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях. – 2007. - №3. – С. 66-69.

16. Емельянова, Н. В. Организация коррекционно-развивающей работы в ДОУ / Н. В. Емельянова. - Москва. - 2013. – Текст непосредственный.

17. Епифанцева, Т. Б. Настольная книга педагога-дефектолога / Т. Б. Епифанцева. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 477-515 с. – Текст непосредственный.

18. Ерофеева, Т. И. Современные образовательные программы для дошкольных учреждений / Т. И. Ерофеева. - М.: Академия, 2009. - 190 с. – Текст непосредственный.

19. Катаева, А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. - М.: ВЛАДОС, 2001. - 208 с. – Текст непосредственный.

20. Козлова, С. А. Дошкольная педагогика / С. А. Козлова, Т. А. Куликова. - М.: Академия, 2000. – 416 с. – Текст непосредственный.

21. Колганова, В. С. Нейропсихологические занятия с детьми: В 2 ч. Ч 1 / В. С. Колганова, Е. Пивоварова, С. Колганов, И. Фридрих. – М.: АЙРИС - пресс, 2018. – 416 с. – Текст непосредственный.

22. Колганова, В. С. Нейропсихологические занятия с детьми: В 2 ч. Ч 2 / В. С. Колганова, Е. Пивоварова, С. Колганов, И. Фридрих. – М.: АЙРИС - пресс, 2018. – 144 с. – Текст непосредственный.

23. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию дошкольников с ЗПР [Текст]: пособие для практических работников дошк. образ. уч./ под общ. ред. Е. М. Мастюковой. – М.: Аркти, 2004. –191с.

24. Курамшин, Ю. Ф. Теория и методика физической культуры: учебник / Ю. Ф. Курамшин. – М.: Советский спорт, 2010. – 320 с. – Текст непосредственный.

25. Кутепова, Е. Н. Методические рекомендации по организации инклюзивного образовательного процесса в детском саду / Е. Н. Кутепова. - М.: Наука, 2010. - 18 с. – Текст непосредственный.

26. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии. Психолого-педагогическое сопровождение [Текст]: уч. пособие для вузов / Н. Л. Литош. – Москва: Изд-во Юрайт, 2020. – 156 с.

27. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением в развитии [Текст]: учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. - 140 с.

28. Лубовский, В. И. Специальная психология / В. И. Лубовский, Т. В. Розанов, Л. И. Солнцев. - М.: Академия, 2006. - 464 с. – Текст непосредственный.

29. Малозёмова, И. И. Физическое воспитание дошкольников: теоретические и методические основы [Электронный ресурс]: учебное пособие

для студентов педагогических вузов / И. И. Малозёмова; Урал. гос. пед. ун-т. – Электрон. дан. – Екатеринбург: [б. и.], 2018. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).].

30. Махова, И. Ю. Отечественные теории периодизации психического развития / И. Ю. Махова. - Хабаровск: ДВГУПС, 2006. - 235 с. – Текст непосредственный.

31. Методы изучения и оценки физического развития детей и подростков [Текст]: уч. пос. для внеаудиторной самостоятельной работы интернов / Сост.: Е. А. Поварго, Т. Р. Зулькарнаев, Л. Б. Овсянникова, А. Т. Зулькарнаева, Р. А. Ахметшина, А. И. Агафонов, Р. Н. Зигитбаев – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. - 62с.

32. Назарова, Н. М. Интегрированное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения» [Текст] / Н. М. Назарова // Научно-методический журнал «Коррекционная педагогика». - 2010. - №4. - С.15-26.

33. Нарский, Г. А. Физическая реабилитация и укрепление здоровья дошкольников / Нарский Г. И. - Мн.: Полымя, 2002. - 176 с. – Текст непосредственный.

34. Немов, Р. С. Психология / Р. С. Немов. - М.: ВЛАДОС, 2005. - 687 с. – Текст непосредственный.

35. Никишина, И. В. Диагностическая и методическая работа в дошкольных образовательных учреждениях / И. В. Никишина. – Волгоград: Мысль, 2007. - 48 с. – Текст непосредственный.

36. От рождения до школы. Примерная образовательная программа дошкольного образования / под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Василевой. – 3 изд., испр. и доп. – М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2014. –368 с. – Текст непосредственный.

37. Панченко, О. А. Оптимизация адаптационных возможностей детей с нарушением зрения в условиях специального образовательного учреждения [Текст] / О. А. Панченко // АФК. – 2007, №1. – С. 48-52.

38. Сакаева, Д. Р. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста и факторы, его определяющие [Текст] / Д. Р. Сакаева, Т. Б. Хайретдинова // Молодой ученый. – 2011. - №6. - С. 194-198.

39. Самсонова, Е. В. Инклюзивное образование / Е. В. Самсонова - М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 240 с. - Текст непосредственный.

40. Сапогова, Е. Е. Психология развития человека / Е. Е. Сапогова. - М.: Аспект пресс, 2001. - 460 с. - Текст непосредственный.

41. Сековец, Л. С. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушение зрения [Электронный ресурс] / Л. С. Сековец. – Н. Новгород: Издатель: Ю. А. Николаев, 2001. – 168 с.

42. Семаго, Н. Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2005. – 280 с. - Текст непосредственный.

43. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте / А. В. Семенович. – М., 2007. – 362 с. - Текст непосредственный.
44. Сиротюк, А. Л. Психомоторное развитие детей дошкольного возраста [Текст] / А. Л. Сиротюк, А. С. Сиротюк // Здоровье дошкольника. - 2008. - №3 - С. 23-45.
45. Смирнова, Е.О. Структура и варианты сюжетной игры дошкольника [Текст] / Е. О. Смирнова, И. А. Рябкова // Психологическая наука и образование. - 2010. - №3. - С. 62-70.
46. Стеблева, Е. А. Вариант индивидуальной программы воспитания и обучения ребенка дошкольного возраста с интеллектуальным нарушением [Текст] / Е. А. Стеблева // Дефектология. – 2002. № 5. - С.68-72.
47. Степаненкова, Э. Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка / Э. Я. Степаненкова. – М.: Академия, 2006. – 354 с. Текст непосредственный.
48. Тарасова, Т. А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста [Текст]: Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ / Т. А. Тарасова. - М.: ТЦ Сфера, 2005. – 175 с.
49. Физическое развитие дошкольников [Текст] / под ред. Н. Микляевой. М.: ТЦ Сфера, 2015. –Ч. 1-2. –144 с.
50. Физкультурно-оздоровительная работа с дошкольниками, имеющими нарушения слуха [Электронный ресурс]: учеб. - метод. пособие / под ред. С. О. Филипповой, Т. В. Воробьевой. – СПб: Лингвистический центр «Тайкун», 2014. –250с.
51. Фрейд, З. Ш. Введение в психоанализ / З. Ш. Фрейд. - СПб.: Азбука, 2013. - 480 с. - Текст непосредственный.
52. Холодов, Ж. К. Теория и методика физической культуры и спорта [Текст]: учебник / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов – М.: Академия, 2014. – 480 с.
53. Хухлаева, О. В. Психология развития. Молодость, зрелость, старость / О. В. Хухлаева. - М.: Академия, 2006. - 208 с. - Текст непосредственный.
54. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст]: Учебник / под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 603 с.
55. Шапкова, Л. В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / под ред. С. П. Евсеева. – М., Советский спорт, 2001. – 180 с. Текст непосредственный.
56. Шапкова, Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст]: Учебное пособие / Л. В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2004. – 464 с.
57. Шишкина, В. А. Журнал мониторинга здоровья, физического и двигательного развития дошкольников [Текст] / В.А. Шишкина. - Мозырь: Белый ветер, 2005. - 36 с.
58. Щербак, А. П. Методы исследования задач физической культуры и спорта [Текст]: методические рекомендации / А. П. Щербак – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2011. – 67 с.

59. Щербак, А. П. Педагогические методы диагностики физического развития детей дошкольного возраста [Текст]: методические рекомендации / А. П. Щербак. – Ярославль: ГАУ ДПО ЯОИРО, 2019. – 40 с.

60. Щербак, А. П. Технология становления целенаправленности и саморегуляции в двигательной сфере детей дошкольного возраста [Текст]: методическое пособие / А. П. Щербак. – Ярославль: ГАУ ДПО ЯО ИРО, 2017. – 44 с.

61. Щербак, А. П. Энциклопедия физической культуры ребенка. Физическая подготовка [Текст] / А. П. Щербак // Дошкольное воспитание. – 2018. – № 6. – С. 48–53.

62. Щербак, А. П. Энциклопедия физической культуры ребенка. Физическое развитие [Текст] / А. П. Щербак // Дошкольное воспитание. – 2018. – № 7. – С. 52–57.

Учебное издание

**Жмурова Татьяна Анатольевна
Рябцев Сергей Михайлович**

**АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ
В ДОШКОЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Изд. № 90/2021. Объем 6,25 п.л.
РИИЦМ ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»