

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Институт физической культуры и спорта

(наименование института полностью)

Кафедра «Адаптивная физическая культура, спорт и туризм»

(наименование кафедры)

49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья  
(адаптивная физическая культура)»

(код и наименование направления подготовки, специальности)

«Физическая реабилитация»

(направленность (профиль)/ специализация)

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: «Формирование здорового образа жизни у слабослышащих  
детей младшего школьного возраста средствами адаптивной физической  
культуры»

Студент

Е.В. Губаева

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

А.А. Подлубная

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой, к.п.н., доцент А.А. Подлубная

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Тольятти 2019

## АННОТАЦИЯ

на бакалаврскую работу Губаевой Елены Владимировны по теме:  
«Формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной физической культуры»

**Цель исследования:** определение эффективности внедряемого комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры влияющего на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Задачи исследования:**

1. Выявить исходный уровень сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.
2. Подобрать и внедрить комплекс мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни младших школьников с нарушением слуха.
3. Оценить эффективность применения на практике предложенного комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры.

**Методы исследования:** анализ специальной литературы по проблеме исследования, обобщение, педагогический эксперимент, наблюдение, контрольные испытания, оценивание, методы математической статистики.

**Структуры и объем работы:** бакалаврская работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы. Общий объем – 56 страниц. Количество источников литературы: 33. Количество таблиц: 6. Количество рисунков: 4.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |    |
|--|----|
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....  | 4  |
| <b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b> .....  | 8  |
| 1.1 Анатомо-физиологические особенности детей младшего школьного возраста.....   | 8  |
| 1.2 Виды и причины нарушений слуха у детей .....   | 13 |
| 1.3 Понятие «здоровый образ жизни» и его составляющие.....   | 20 |
| <b>ГЛАВА 2. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....  | 26 |
| 2.1 Цели и задачи исследования.....  | 26 |
| 2.2 Методы исследования.....   | 26 |
| 2.3 Организация исследования.....  | 28 |
| <b>ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ</b> ...  | 30 |
| 3.1 Обоснование подобранного комплекса мероприятий по формированию здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной физической культуры..... | 30 |
| 3.2 Определение эффективности.....   | 45 |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....  | 51 |
| <b>СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....  | 54 |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Проблема формирования и привития здорового образа жизни находится в центре внимания современной России. Ведущая позиция современной проблематики здоровьесформирующей деятельности детей, отделяет центральную составляющую данного процесса – гуманистический подход. Данная позиция представлена в виде основы формирования положительной мотивации к здоровому образу жизни молодого поколения, особенно со специфическими нарушениями в состоянии здоровья. Сущность данного подхода заключается в создании благоприятной ситуации для готовности молодежи современности к восприятию и адекватному реагированию на воспитательные действия школы и социальной среды

Сегодня на здоровье детей больше всего влияют те факторы, действие которых еще пять лет назад были почти незаметны. Урбанизация, снижение физической активности и повышение нервно-психологического напряжения, информационные перегрузки. Все эти составляющие нашей эпохи, конечно, в разной степени, но отражаются на состоянии здоровья молодого поколения нашего государства, и значительно ухудшают его среди тех, кто с рождения или в начале своего жизненного пути уже имеют физические недостатки.

По данным Министерства образования Российской Федерации за 2016 год, 88% учеников нуждаются в специальной поддержке. У 70% школьников к выпускному классу наблюдаются зрительные нарушения, у 60% присутствуют нарушения осанки, а 30 % имеют хронические заболевания.

Гиподинамия, несбалансированное питание, вредные привычки, негативные эмоции, экологическое загрязнение окружающей среды, низкий уровень культуры здоровья населения, слабая мотивация молодежи к здоровому образу жизни – это в целом не полный перечень факторов, представляющих риск для современных детей [2].

К сожалению, реалии отразились и на жизненных приоритетах детей с особыми потребностями, лишая их не только возможности улучшить

собственное функциональное состояние организма, но и снижая до малейших шансов возможности их личной социальной адаптации и признания в обществе [4].

В рамках Федерального Государственного образовательного стандарта культура здорового и безопасного образа жизни реализуется средствами урочной и внеурочной деятельности. Система образования формирует установку школьников на безопасный, здоровый образ жизни. С этой целью предусмотрены соответствующие разделы и темы. Их содержание направлено на обсуждение с детьми проблем, связанных с безопасностью жизни, укреплением собственного физического, нравственного и духовного здоровья, активным отдыхом.

Важный этап в формировании понятия «здоровый образ жизни» – это младший школьный возраст. Именно в это время происходит интенсивный рост организма ребенка, его адаптация к новым школьным условиям. Кроме того, сам учебный процесс требует интенсивного умственного труда. И от того, какие условия для учёбы и развития ребёнка, созданы в образовательном учреждении, в первую очередь зависят здоровье и формирование здорового образа жизни младшего школьника с нарушениями слуха.

Проблема разработки и внедрения здоровьесберегающей деятельности в образовательные организации возникла с момента формирования систематического обучения детей в России. Данной проблемой занимались такие известные исследователи, как, Н.М. Амосов, В.Г. Алямовская, М.И. Лисина, В.А. Слостенин, Ю.В. Науменко, В.Н. Анненков, Ю.П. Лисицын, А.В. Мудрик и др.

Во главе стоит определение приоритетных направлений оптимизации процесса физического воспитания детей с нарушениями слуха, выбор рациональных средств и методов, которые полностью удовлетворят специфические потребности этой нозологии. Поэтому так необходимы

разработки инновационных технологий для оптимизации и формирования учебного процесса для детей с нарушением слуха.

Исходя из этого, была определена тема выпускной бакалаврской работы: «Формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной физической культуры».

**Объект исследования:** процесс формирования здорового образа жизни у детей младшего школьного возраста, имеющих нарушение слуха.

**Предмет исследования:** комплекс мероприятий, с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Цель исследования:** определение эффективности внедряемого комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры влияющего на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Задачи исследования:**

1. Выявить исходный уровень сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.
2. Подобрать и внедрить комплекс мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни младших школьников с нарушением слуха.
3. Оценить эффективность применения на практике предложенного комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры.

**Гипотеза исследования:** формирование здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха, будет проходить эффективнее, если:

-выявить уровни и показатели сформированности здорового образа жизни;

-подобрать и внедрить комплекс мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни;

-создать благоприятные условия для формирования здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Методы исследования:** анализ специальной литературы по проблеме исследования, обобщение, педагогический эксперимент, наблюдение, контрольные испытания, оценивание, методы математической статистики.

**Новизна исследования** состоит в разработке комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, который позволит повысить интерес детей младшего школьного возраста с нарушением слуха и вызвать стимул к самостоятельному ведению здорового образа жизни.

**База исследования:** Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Самарской области «Школа-интернат №5 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья городского округа Тольятти».

**Практическая значимость:** материалы работы могут применяться учителями, тренерами и инструкторами при разработке комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры и подборе заданий и упражнений, направленных на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы и приложений.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

## 1.1. Анатомо-физиологические особенности детей младшего школьного возраста

Младший школьный возраст ребенка – это наступление очередного периода глубоких и качественных изменений всех систем организма. Некоторые считают, что детский организм - это всего лишь миниатюрная копия взрослого. Однако это мнение ошибочно. Анатомо-физиологические особенности у младших школьников соответствуют их возрасту и изменяются по мере взросления.

Возраст младших школьников наиболее благоприятен для формирования практически всех физических качеств и способностей, реализуемых в двигательной активности детей. Младший школьный возраст характеризуется ростом физической выносливости и работоспособности, но также этот рост относителен, потому что для детей младшего школьного звена нормальна повышенная утомляемость, эмоциональная чувствительность и ранимость. В этом возрасте улучшаются координация движений и память детей.

К группе младшего школьного возраста относятся дети с семи до одиннадцати лет.

По мнению В.Ф. Базарного [9], «к числу анатомо-физиологических особенностей детей младшего школьного возраста относят:

– скорость роста регулируется: рост детей к восьми годам составляет 130 см, в одиннадцатилетнем возрасте – около 145 см. Пропорции девочек и мальчиков в возрастном диапазоне с семи до двенадцати лет практически не отличаются. Дети растут, но уже не так активно, как в дошкольный период. Структура тканей у детей в младшем школьном возрасте продолжает формироваться и расти. Происходит некоторое замедление скорости роста в



длину, а масса тела равномерно увеличивается. В среднем детки прибавляют по 2-2,5 кг в год, вырастают на 4-5 см;

– возникают под кожей в области груди и живота некоторые скопления жировых клеток, которые в будущем, могут привести к ожирению при отсутствии должного контроля. Потовые железы заканчивают формирование, поэтому переохлаждения и перегрев, становятся менее опасными;

– увеличивается в размерах и крепчает система мышц ребенка;

– заканчивается формирование структуры легочной ткани, увеличивается диаметр трахеи и бронхов. Увеличение слизистой оболочки перестает создавать серьезную опасность при заболеваниях дыхательной системы, частота дыхания уменьшается к десяти годам до двадцати раз в минуту.

– увеличивается окружность грудной клетки. Грудная клетка школьника младших классов меняет форму в лучшую сторону: становится конусообразной, увеличивается в размерах и за счет этого увеличивается емкость легких. Девочки к семи годам имеют легкие 1200 мл, мальчики объемом в 1400 мл. Объем легких у девочек к двенадцати годам составляет 2000 мл, а у мальчиков двенадцати лет — 2200 мл. Ежегодное увеличение жизненной емкости легких в среднем, равно 160 мл. у мальчиков и у девочек двенадцати лет».

«Функция дыхания остается все еще несовершенной из-за слабости дыхательных мышц, дыхание у младших школьников относительно учащенное и поверхностное», утверждает В.Ф. Базарный [9]. У младших школьников анатомо-физиологические особенности развития системы дыхания подтверждают лишь факт ее несовершенства. Дыхательные мышцы по-прежнему недостаточно окрепшие, отчего дыхание поверхностное и частое.

Словом, детский дыхательный аппарат далеко не так функционален, как взрослый. Для детей 10-12 лет в период активной мышечной деятельности характерны проблемы с дыханием, что может привести к

дефициту кислорода. Затруднение и задержка дыхания у детей во время мышечной деятельности, вызывает быстрое уменьшение насыщения крови кислородом и поэтому необходимо строго согласовывать их дыхание с движениями тела. Именно поэтому так важно подбирать такие упражнения, которые будут соответствовать работе системы дыхания ребенка».

Н.Н. Леонтьева [17], считает: «работа органов кровообращения напрямую связана с функционированием дыхательной системы. От того, насколько исправно будет работать система кровообращения, будет зависеть оснащение организма питательными веществами».

Масса сердца детей младшего школьного возраста увеличивается пропорционально набору массы. Пульс по-прежнему учащенный, поэтому насыщение органов кровью происходит в два раза активнее.

Анатомо-физиологические особенности детей младшего школьного возраста позволяют ему лучше справляться с основными функциями за счет относительно широкого просвета артерий, ведь высокая активность обменных процессов у детей связана и с большим количеством крови по отношению к весу тела. Давление у детей в возрастной категории младшей школы значительно ниже, чем у взрослого человека. Если у первоклассника оно составляет 99/64 мм рт. ст., то ближе к двенадцати годам приближается к 105/70 мм рт.ст. «Артериальное давление одиннадцатилетнего ребенка в среднем - 110/70 мм рт. ст., а средняя частота пульса с 5 до 11 лет уменьшается со 100 до 80 ударов в минуту», утверждает Н.Н. Леонтьева [17].

Также автор говорит о том, что «с возрастом постепенно замедляется частота сердечных сокращений: в возрасте от шести до восьми лет она составляет в среднем 80-90 уд./мин, в возрасте от девяти до десяти лет составляет 75-85 уд./мин. Возрастное урежение пульса связано с качественными изменениями нервных влияний на сердце» [17].

Г.Л. Апанасенко [2], утверждает, что «при предельной напряженной мышечной работе сердечные сокращения у детей значительно учащаются, превышая, как правило, 200 ударов в минуту». Активные физические

нагрузки приводят к учащению пульса детей младшего школьного возраста, сердечные сокращения детей доходят до 270 ударов в минуту. Также усиленное сердцебиение может быть вызвано эмоциональным перевозбуждением. Именно этот факт можно считать недостатком возраста от 7 до 12 лет. Дети достаточно быстро возбуждаются, а это может привести к проявлению аритмии.

Автор указывает, что «жизнедеятельность организма, в том числе и мышечная работа, обеспечивается обменом веществ. Часть энергии идет на синтез новых тканей растущего организма детей, а так как поверхность тела детей относительно велика по сравнению с массой, то в окружающую среду больше тепла отдается с поверхности тела детей младшего школьного звена» [2].

«Чрезмерная учебная нагрузка, физические перегрузки, или недостаточный отдых, ухудшают обмен веществ, могут замедлить рост и развитие ребенка, поэтому учителю необходимо уделить большое внимание планированию нагрузки и расписанию занятий с младшими школьниками», считает Апанасенко Г.Л. [2].

Ю.П. Лисицын [18], считает «формирование органов движения - костного скелета, мышц, сухожилий и связочно-суставного аппарата - имеет огромное значение для роста детского организма. Укрепление костей и рост продолжаются, однако окончательное окостенение еще не произошло, в связи, с чем остается опасность искривления позвоночника вследствие неправильной осанки во время нахождения за партой. Грудная клетка все более активно участвует в дыхании, увеличивается ее объем. К одиннадцати годам начинают проявляться отличия в строении скелета мальчиков и девочек: таз у девочек более широкий, имеется тенденция к расширению бедер».

Анатомо-физиологические особенности мышечной системы младших школьников не позволяют пока говорить о длительном сохранении правильного положения позвоночника. Мышцы в младшем школьном

возрасте еще слабы, особенно мышцы спины, ведь дети не способны удерживать спину прямо, что часто приводит к нарушению осанки. Кости скелета, особенно позвоночника, отличаются большой податливостью внешним воздействиям, поэтому осанка детей представляется весьма неустойчивой, у них легко возникает асимметричное положение тела. В статической позе позвоночник практически не фиксируется, поэтому именно у школьников младших классов чаще всего возникают проблемы с искривлением позвоночника.

«Правая сторона туловища у детей младшего школьного возраста развивается более активно, чем левая. В отдельных случаях наблюдается симметричность в развитии, но чаще школьники младших классов имеют ярко выраженную асимметрию» указывает В.Г. Алямовская [3].

В задачу взрослых, планирующих физическое развитие деток, входит выбор для них таких упражнений, которые позволят уменьшить асимметричность развития туловища. Гармонично развивающиеся мышцы туловища будут способствовать укреплению мышечного корсета и предотвратят проблемы с осанкой.

В источниках говорится: «у младших школьников мышечная система действительно активно развивается, но только при условии соответствующей возрасту двигательной активности, что выражается в увеличении объема мышц и мышечной силы» [2].

На протяжении всего периода развития костно-мышечной системы детей, достаточно интенсивно происходят процессы окостенения костей скелета, замена хрящевой ткани костной, появляются новые ядра окостенения в костях кисти. Важно то, что точки окостенения у детей младшего школьного возраста появляются в строго определенной последовательности, которая позволяет определить степень их биологического развития.

По мнению Н.Н. Леонтьевой [17], «костные бугры и выступы формируются и растут интенсивно во время развития и укрепления

мускулатуры и именно к ним с помощью сухожилий прикрепляются мышцы». Далее автор утверждает, что «Кости таза растут достаточно интенсивно до 6 лет, а в младшем школьном возрасте, происходит относительная стабилизация размеров таза, сменяющаяся интенсивным его развитием у девочек в период полового созревания, начало которого приходится как раз таки на младший школьный возраст».

«В этом возрасте продолжается усиленное развитие мускулатуры, однако интенсивность ее роста несколько меньшая, чем в предыдущие возрастные периоды» пишет В.Г. Алямовская [3].

В литературе сказано, что «начиная с десяти и до двенадцати лет, по показателям мышечной силы девочки превосходят мальчиков. После десяти лет интенсивно происходит совершенствование точности и координации движений, особенно мелких мышц у детей» [3].

Л.В. Баль [8], утверждает: «центральная нервная система в младшем школьном возрасте продолжает развиваться и совершенствоваться. Первыми совершенствуются анализаторская и синтезирующая деятельность коры головного мозга, далее закрепляются реакции активного торможения, что напрямую связано и с увеличением массы головного мозга и с совершенствованием структуры коры головного мозга. К восьми годам, кора головного мозга ребенка похожа по строению на кору головного мозга взрослого человека и именно в этом возрасте у детей достаточно легко формируются сложные условные рефлексy и вырабатываются активные тормозные процессы».

## **1.2 Виды и причины нарушения слуха у детей**

По статистическим данным отечественных и зарубежных авторов, число детей с нарушениями слуха увеличивается. При этом выявлена тенденция увеличения процента людей, имеющих нарушения слуха к 50-ти годам и старше. Наличие у человека тугоухости нарушает его общее психическое развитие, затрудняет способность человека общаться вербально,

осложняет адаптироваться человеку в обществе [Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., 2003, Королева И.В., 2016; Харченко Л.В., 2016].

По мнению Р.М. Боскис [10], «стойкие нарушения слуха у детей могут быть врожденными, которые проступают значительно реже, и приобретенными. Потеря слуха у детей может варьироваться от легкой до глубокой».

Повреждение слуха может произойти из-за болезни, инфекции или вестибулярного повреждения слуха. Эта проблема может помешать сенсомоторной функции, вызывая задержки в психомоторном развитии двигательных навыков, равновесия, динамической координации, зрительно-моторной координации, у детей с нарушениями слуха среди других аспектов, считает Е.Г. Афанасьев [4].

Г.И. Царегородцев [30] пишет, что «приобретенные нарушения слуха могут возникнуть от разнообразных причин. Нарушения слуха тяжелой формы, наступают обычно при поражении внутреннего уха, которое воспринимает звук. А легкая и средняя степень нарушения слуха может возникнуть при поражении среднего уха (звукопроводящего аппарата). Среди ярко выраженных форм стойких нарушений слуха у детей, важнейшую роль играют поражения внутреннего уха и ствола слухового нерва. На возникновение стойких нарушений слуха влияют острые инфекционные заболевания».

С точки зрения В.Ф. Базарного [9], в настоящее время чаще всего выделяются три группы оснований и причин, которые могут вызывать патологию слуха или способствовать ее развитию.

1. Основания и причины связанные с наследственностью, которые приводят к изменениям в структуре слухового аппарата и развитию наследственной тугоухости и возникновению детской глухоты.

2. Причины эндогенного или экзогенного воздействия на орган слуха, которые являются условием появления врожденной глухоты или тугоухости, при отсутствии наследственного фактора у плода. Среди этих причин прежде

всего выделяются инфекционные заболевания и травмы матери в первой половине беременности, особенно в первые три месяца. Причиной врожденной патологии слуха может служить несовместимость крови плода и матери по резус-фактору.

3. Причины, оказывающие прямое действие на орган слуха здорового ребенка в один из периодов его развития и приводящие к возникновению приобретенной тугоухости. Наиболее часто такой причиной являются последствия острого воспалительного процесса в среднем ухе (острого среднего отита). Степень снижения слуха при заболеваниях среднего уха может быть различной: чаще встречаются легкая и средняя степени снижения слуха.

«Вместе с тем, определение причин возникновения снижения слуха является в некоторых случаях достаточно сложным, поскольку возможно воздействие сразу нескольких причин, обуславливающих снижение слуха, и в то же время одна и та же причина может вызвать наследственную, врожденную или приобретенную тугоухость либо глухоту», трактует В.Ф. Базарный [9].

В клинической практике выделяют следующие **основные виды нарушений слуха** [30]:

а) кондуктивная тугоухость – поражение звукопроводящего аппарата т.е. наружного и среднего уха, причинами которой могут быть атрезия или аплазия наружного слухового прохода, отиты, аденоиды.

б) нейросенсорная тугоухость – поражение звуковоспринимающей системы: слуховых рецепторов улитки, слухового нерва, подкорковых и корковых отделов слуховой системы. В данной группе расстройств различают:

- сенсоневральную тугоухость – поражение улитки или слухового нерва. Причиной сенсоневральной тугоухости могут быть инфекции или антибиотики. Это тяжелое нарушение слуха, при котором эффективна кохлеарная имплантация;

- слуховую нейропатию – резкое нарушение восприятия речи при наличии даже неплохих остатков слуха, при котором не всегда помогают слуховые аппараты. Может возникнуть по причине наследственности или недоношенности;

- центральные расстройства слуха – поражение подкорковых и корковых слуховых центров – нарушение анализа звуковых сигналов, их различение, узнавание, распознавание и запоминание. Слух может быть нормальным, а поведение людей, как у слабослышащих. Может возникнуть из-за органического поражения центральной нервной системы или недоношенности.

Л.В. Нейман [22] дает классификацию, в которой учитывается степень поражения слуховой функции и возможности формирования речи при определенном состоянии слуха.

Различают два вида слуховой недостаточности - глухота и тугоухость. Под глухотой понимается такая степень снижения слуха, при которой самостоятельное овладение речью и её формирование оказывается невозможным.

Л.В. Нейман и М.Р. Богомилский [22] отмечают, что «возможности, которыми располагают глухие дети для различения звуков окружающего мира, зависят в основном от диапазона воспринимаемых частот, на основании которых выделяют четыре группы глухих:

- Дети, воспринимающие звуки примерно 125-250 Гц., (самая низкая частота) – 1-я группа;
- Дети, воспринимающие звуки до 500 Гц. – 2-я группа;
- Дети, воспринимающие звуки до 1000 Гц. – 3-я группа;
- Дети, воспринимающие звуки около 2000 Гц и выше, (широкий диапазон частот) – 4-я группа».

Дети с минимальными остатками слуха способны воспринимать лишь очень громкие звуки на небольшом расстоянии. Глухие дети с лучшими остатками слуха в состоянии воспринимать и различать на небольшом



расстоянии значительно больше звуков, разнообразных по своей частотной характеристике.

Под тугоухостью понимается такое снижение слуха, при котором возникают затруднения в восприятии и в самостоятельном овладении речью. Однако остается возможность овладения с помощью слуха хотя бы ограниченным и искаженным запасом слов.

В качестве основного критерия определения степеней тугоухости, В.Ф. Базарный [9] использует «степень понижения слуха в области речевого диапазона частот - от 500 до 4000 Гц». «Он выделяет три степени тугоухости, в процессе определения которых, выявляются возможности для восприятия речи на слух:

1. Снижение слуха не превышает 50 дБ. При этой степени тугоухости для ребенка остается доступным речевое общение, он может разборчиво на расстоянии более 1-2 м. воспринимать речь разговорной громкости».

2. Средняя потеря слуха от 50 до 70 дБ. Речевое общение затруднено, так как разговорная речь воспринимается на расстоянии до 1 м.

3. Потеря слуха превышает 70 дБ. Речь разговорной громкости воспринимается неразборчиво даже у самого уха».

«При снижении слуха на 15-20 дБ. У ребенка уже могут возникнуть затруднения в овладении речью, а такое состояние слуха является границей между нормальным слухом и тугоухостью, которая условно находится на уровне 85 дБ.», считает Л. В. Нейманн [22].

В настоящее время при оценке состояния слуха детей в медицинских учреждениях используется Международная классификация нарушений слуха. В соответствии с этой классификацией средняя потеря слуха определяется в области частот 500, 1000 и 2000 Гц. Это критерий, положенный в основу классификации – порог слуха – минимальный уровень звука, слышимый человеком:

| Степень потери слуха | Средние пороги слуха, дБ | Восприятие шепотной речи | Восприятие разговорной и громкой речи |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1                    | 26-40                    | 2 м – у уха              | 6 – 3 м                               |
| 2                    | 41-55                    | У уха – нет              | 3 м – у уха                           |
| 3                    | 56-70                    | Нет                      | Громкая речь у уха                    |
| 4                    | 71-90                    | Нет                      | Крик у уха                            |
| Глухота              | Более 91                 | нет                      | 0                                     |

По мнению Г.И. Царегородцева [30], «все разнообразие нарушений в развитии слабослышащего ребенка не является следствием только ограниченного доступа звуковых раздражителей. Здесь как прямое следствие вытекают лишь нарушения в речевом развитии. Речь выступает как средство взаимосвязи ребенка с окружающим миром. Нарушение такой связи приводит к уменьшению получаемой информации, что сказывается на развитии всех познавательных процессов и тем самым влияет в первую очередь на процесс овладения всеми видами двигательных навыков».

Психомоторные способности обычно подразделяются на основные двигательные навыки (т.е. схема тела, осанка и координация), перцептивные двигательные навыки (т.е. пространство, время и ритм) и когнитивные навыки (исполнительные функции, такие как память или процессы мышления).

В литературе отмечается, что «нарушения двигательной сферы у слабослышащих 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 качеств
- в трудности сохранения статического и динамического равновесия
- 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 по сравнению со слышащими детьми» [9].

Р.М. Боскис [10], опираясь на теорию Л.С. Выготского о первичных и вторичных отклонениях в развитии психики ребенка с дефектом слуха, определила основные критерии, положенные в основу педагогической типологии детей с недостатками слуха.

1. Нарушение слухового анализатора у ребенка необходимо рассматривать в его принципиальном отличии от аналогичного недостатка у взрослых. «Нарушение слуха в раннем возрасте влияет на ход психического развития ребенка, вызывает ряд тяжелых вторичных отклонений в развитии, прежде всего в формировании речи».

2. Для правильного понимания развития ребенка с недостатками слуха важно учитывать возможность самостоятельного овладения речью при данном состоянии слуха, без специального обучения. Своеобразие слухового анализатора состоит в его решающей роли для формирования речи. Невозможность полноценного слухового восприятия создает препятствия для овладения речью и вызывает нарушения речевого общения у ребенка. Отсутствие или недоразвитие устной речи затрудняет овладение письменной формой речи: пониманием читаемого, передачей собственных мыслей в письме.

3. Слух и речь тесно связаны между собой. С одной стороны, нарушение слуха препятствует естественному развитию речи; с другой – нормальное использование слуха находится в зависимости от уровня развития речи.

4. Группа детей с нарушениями слуха исключительно разнообразна не только по степени слухового дефекта, но и по уровню речевого развития

Разнообразие в речи детей обусловлено сочетанием следующих факторов:

- 1) Степенью нарушения слуха.

- 2) Временем возникновения слухового дефекта.
- 3) Педагогическими условиями, в которых находился ребенок после появления слухового нарушения.
- 4) Индивидуальными особенностями ребенка.

Ориентируясь на указанные положения педагогической типологии, Боскис Р.М. [10] выделила две основные группы детей с недостатками слуха: глухие и слабослышащие.

Состояние слуха глухих детей не создает возможности для спонтанного формирования речи:

1. Дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в период, предшествующий формированию речи – ранооглохшие дети.
2. Дети, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована – позднооглохшие дети.

У слабослышащих детей состояние слуха характеризуется большим разнообразием: от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости:

1. Слабослышащие дети, которые к моменту поступления в школу имеют тяжелое недоразвитие речи.
2. Слабослышащие дети, владеющие развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении.

### **1.3 Понятие здорового образа жизни и его составляющие**

В уставе Всемирной Организации Здравоохранения определение понятия здоровье звучит как: «состояние полного, физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [11, с. 32].

Н.М. Амосов [1], на основе медико-биологических признаков, указывал здоровье, как естественное состояние организма, определяющееся его равновесием с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных явлений.

Основоположник науки о здоровье – валеологии, И.И. Брехман [5], находит здоровье как умение человека поддерживать подходящую для возраста стойкость в условиях непредвиденных изменений потока чувственной и словесной информации.

Здоровье - это единственная драгоценность, ради которой стоит не жалеть времени и сил, трудов и всяких благ, а так же жертвовать ради него частицей жизни, поскольку жизнь без здоровья становится нестерпимой и унижительной, говорил П.Ф. Лесгафт [16].

Л.В. Баль [8] утверждал, что здоровье - это та вершина, которую каждый должен преодолеть сам. Истина этого понимания должна воспитываться с раннего детства. Отработка правильного поведения и разумного отношения к своему здоровью наравне с жизненными условиями делает существование полноценным. Если даже у ребенка есть отклонения в состоянии здоровья, он плохо его осознает и не понимает своей причастности к изменению этого состояния. Здоровые дети и вовсе не обращают внимания на свое здоровье.

Н.Ю. Синягина [26] замечает, что в нашей стране внедрение здорового образа жизни протекает очень медленно и неэффективно. По ее мнению, из объективных причин, можно выделить слабое развитие физкультурно-оздоровительного движения, отсутствие у большинства людей традиций ЗОЖ, а среди необъективных – недостаточную грамотность, мотивацию, потребность в двигательной активности и неорганизованность личности.

В Большой медицинской энциклопедии, здоровье трактуется, как «состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем равны с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения. В то же время на протяжении своего развития меняет формы взаимодействия с условиями окружающей среды, при этом меняется не столько среда, сколько сам организм» [24, с 158].

М.Ф. Клименов [15] утверждал, что образ жизни человека включает в себя его интеллектуальную, социальную, трудовую деятельность, а так же взаимоотношения и двигательную активность.

Ю.П. Лисицын [18], считает, что здоровье человека нельзя характеризовать, как полное отсутствие плохого самочувствия и болезней. По его мнению, здоровье – это состояние, в котором человек может вести свободную жизнь, полноценно выполнять необходимую для человека трудовую деятельность, соблюдать здоровый образ жизни, ощущать эмоциональную, физическую и социальную удовлетворенность. Трактует образ жизни как группу, которая выражает более общие и точные способы материальной и духовной жизнедеятельности людей, в комплексе с природными и социальными условиями. По-другому он рассматривал понятие образ жизни, как способ бытия человека с наружи и внутри мира, как «структуру взаимоотношений индивида с самим собой и факторами внешней среды», где структура собственных взаимоотношений представляет собой сложнейший комплекс действий и чувств, наличие полезных привычек способствующих укреплению ресурсов здоровья данных природой, и конечно, отсутствие вредных привычек.

Образ жизни – тип жизнедеятельности человека, вызванный особенностями общества. Основными форматами образа жизни являются труд, уклад жизни, общественное и интеллигентное развитие людей, а также различные привычки и их проявления. Если организация и содержание этих привычек способствуют укреплению здоровья, то можно сказать об исполнении здорового образа жизни, который нужно рассматривать как совокупность видов деятельности и обеспечение необходимого взаимодействия индивида с окружающей средой [14].

Е.Р. Brown [7] выделены компоненты входящие в понятие здорового образа жизни:

- соблюдение личной гигиены;
- правильное питание;

- закаливание организма;
- необходимый двигательный режим;
- отказ от вредных пристрастий;
- положительные эмоции.

Особенно верно связь между здоровьем и образом жизни выражается в понятии здоровый образ жизни, которое положено в основу валеологии. Здоровый образ жизни объединяет в себя все то, что позволяет выполнять человеку трудовые, общественные и бытовые функций в удобных для здоровья условиях и подчеркивает целеустремленность деятельности личности в направлении формирования, поддержания, коррекции собственного здоровья и здоровья других людей.

В.И. Глухов [12], рассматривает здоровый образ жизни, как «деятельность, направленную на формирование, сохранение, укрепление и восстановление здоровья. В философском смысле образ жизни - это синтетическая характеристика совокупности типичных видов жизнедеятельности людей в сочетании с условиями жизни общества. Образ жизни охватывает многие сферы общества: труд и быт, общественная жизнь, культура, стиль жизни, духовные ценности, которые являются одним из важнейших элементов образа жизни в целом и не могут не влиять на здоровье отдельного индивида или социальных групп».

В.Г. Алямовская [3] утверждает, что здоровый образ жизни можно описать, как активную деятельность человека, первоначально нацеленную на поддержание и коррекцию здоровья. Так же необходимо учесть, что личный и семейный образ жизни не устанавливается самостоятельно в зависимости от условий, а формируется в течение жизни целенаправленно и постоянно.

Первоначальной профилактикой и главным правилом в укреплении детского здоровья является формирование здорового образа жизни. Результат достигается с помощью корректировки распорядка и образа жизни, оздоровления с помощью знаний в борьбе с вредными привычками и преодолением неблагоприятных условий в жизненных ситуациях.

Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) общего образования второго поколения для начального общего образования (НОО) [28,29], впервые определяют здоровье школьников как одно из важнейших результатов образования, а укрепление и сохранение здоровья – в качестве одного из главных направлений деятельности современной школы.

Как считает И.И. Брехман [6], «здоровый образ жизни - это концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек».

Г.Г. Нуруллина [23], рассказывает о проблеме формирования здорового образа жизни в общеобразовательной школе и выделяет пути успешного формирования и закрепления в сознании младших школьников принципов и навыков здорового образа жизни. В ее работе описывается педагогическая основа формирования позитивного отношения к здоровому образу жизни, предпосылками к созданию которой являются стимулы, мотивы самого школьника. В своей статье, Г.Г. Нуруллина [23] показывает актуальность проблемы сохранения здоровья у младших школьников. Решить данную проблему возможно лишь с помощью формирования у учащихся привычек здорового образа жизни. По ее мнению, школа должна приложить множество усилий, для привития школьникам интереса к здоровому образу жизни, обеспечения его необходимыми знаниями и умениями.

Активное участие семьи и школы в физическом воспитании учеников младшего звена, будет способствовать формированию здорового образа жизни, повышению физической и умственной работоспособности и укреплению их здоровья.

Рассмотрев теоретические основы формирования здорового образа жизни, мы пришли к следующим выводам, что здоровый образ жизни представляет собой очень важное звено в системе воспитания детей.

В школьном возрасте формирование здорового образа жизни проводится по государственным программам, содержание которых



соответствует каждому возрастному периоду. Однако благотворное влияние на детский организм еще более увеличится, если в дополнение к школьным занятиям ребенок будет самостоятельно следить за своим здоровьем и видеть пример в родителях и учителях.

Одним из важнейших принципов в развитии здорового образа жизни школьников младшего звена являются сформированные у них представления о совершенном человеке, его идеальном здоровье, правильном и здоровом образе жизни, а так же понятия, которые расширят знания детей.

Отсюда ясно, насколько необходимо, воспитывать у детей правильное отношение к собственному здоровью, понимание величайшей ценности здоровья, ведь оно даровано человеку природой.

В арсенале средств по формированию здорового образа жизни школьников важную роль играют физкультминутки, динамические паузы, утренние зарядки, специальные занятия по школьной программе, внеурочная деятельность, подвижные и спортивные игры, правильное питание, соблюдение гигиены. Ведь воспитание детей в гигиенических условиях, привитие им соответствующих навыков – залог сохранения и укрепления их здоровья.

## ГЛАВА 2. ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Цель и задачи исследования

Целью нашего исследования являлось определение эффективности внедряемого комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, влияющего на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить исходный уровень сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста.
2. Подобрать и внедрить комплекс мероприятий, направленный на формирование здорового образа жизни младших школьников с нарушением слуха.
3. Оценить эффективность применения на практике предложенного комплекса мероприятий.

### 2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

1. Анализ и обобщение специальной литературы по проблеме исследования.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Педагогический эксперимент.
4. Контрольные испытания.
5. Методы математической статистики.

Одним из основных методов исследования являлся **анализ и обобщение специальной литературы по проблеме исследования**. В первой главе научной работы нами были рассмотрены теоретические аспекты проблемы формирования здорового образа жизни у детей с нарушениями слуха младшего школьного возраста. Проводился анализ особенностей данной нозологической группы, анатомо-физиологических особенностей

детей младшего школьного возраста, а так же понятия «здоровый образ жизни» и его составляющих.

**Педагогические наблюдения** проводились за содержанием учебно-тренировочного процесса, в ходе которого были выявлены особенности занятий адаптивной физической культурой с имеющими нарушения слуха младшими школьниками.

**Педагогический эксперимент** осуществлялся нами в ходе опытно-экспериментальной работы, которая проводилась в Государственном бюджетном общеобразовательном учреждении Самарской области «Школа-интернат №5 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья городского округа Тольятти» с сентября 2018 по май 2019.

В педагогическом эксперименте принимали участие 16 мальчиков младшего школьного возраста, которые составили экспериментальную и контрольную группу по 8 человек в каждой. Средний возраст испытуемых 8-10 лет.

**Контрольное испытание** включало в себя анкетирования направленные на выявление знаний о здоровом образе жизни и выполнение контрольных упражнений для определения силы, ловкости, выносливости, скоростных способностей, скоростно-силовых качеств, гибкости.

Для контрольного испытания использовались упражнения из комплексной программы физического воспитания учащихся 1 – 4 классов общеобразовательной школы, разработанной В.И. Ляхом и А.А. Зданевич [19]:

1. Подтягивания (выполняется из положения, вис на перекладине - для мальчиков, вис лежа – для девочек), количество раз;
2. Прыжок в длину с места, (см);
3. Челночный бег (3x10 метров), сек;
4. Бег на 30 метров, сек;
5. Наклон вперед в положении, сидя на полу (см);
6. Шестиминутный бег (м).

Для сопоставления результатов, данные полученные в ходе тестирования заносились в таблицы и обсчитывались **математико-статистическими методами**. Вычислялись: среднее арифметическое значение ( $X$ ) - одна из основных характеристик выборки; стандартное отклонение ( $\sigma$ ) характеризует степень отклонения результатов от среднего значения в абсолютных единицах, показывает плотность распределения результатов в группе около среднего значения, или однородность группы. Достоверность результатов исследования определялась по  $t$  – критерию Стьюдента.

### **2.3. Организация исследования**

Теоретические аспекты, представленные нами в первой главе о проблеме формирования здорового образа жизни у младших школьников имеющих нарушение слуха, дают возможность говорить о потребности создания условий, способствующих повышению эффективности данной исследовательской работы. С этой целью была проведена опытно-экспериментальная работа, на базе «Школы-интерната №5 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья г.о. Тольятти».

Исследование проводилось в период с сентября 2018 года по май 2019 и состояло из трех этапов.

**Первый этап** (с сентября по ноябрь 2018) заключался в анализе специальной литературы по проблеме нашего исследования и ее осмыслении. Первоначально изучены анатомо-физиологические особенности младшего школьного возраста и виды нарушений слуха. Была определена актуальность исследования, сформулирован объект и предмет. На данном этапе были выдвинуты цель, задачи и гипотеза исследовательской работы.

Использовался словесный метод (беседа) для выявления первоначальных знаний о здоровом образе жизни, выявлялся начальный уровень сформированности здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха посредством анкетирования. Разрабатывалось

содержание комплекса мероприятий, изучался исходный уровень физической подготовленности учащихся с нарушением слуха в возрасте 8-10 лет на базе исследования. Педагогическое испытание включало в себя выполнение контрольных упражнений для определения силы, ловкости, выносливости, скоростных способностей, скоростно-силовых качеств, гибкости.

**Второй этап** (с декабря 2018 по март 2019) был основан на подтверждении гипотезы исследования в ходе проведения формирующего этапа эксперимента. Была проведена работа по разработке и внедрению комплекса мероприятий направленных на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста с использованием средств адаптивной физической культуры.

Разработанный комплекс мероприятий включал в себя упражнения, направленные на развитие физических качеств, которые наиболее слабо проявились в процессе контрольного испытания (тестирования). Использовались методы исследования: педагогический эксперимент, педагогическое наблюдение, контрольные испытания.

Заключительный, **третий этап** (с апреля по май 2019) – состоял из выявления итогового уровня сформированности здорового образа жизни, анализа, обработки и систематизации результатов, а так же обобщения материалов опытно-экспериментальной работы и сравнения с результатами констатирующего этапа эксперимента. Использовались методы математической статистики.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

### 3.1 Обоснование подобранного комплекса мероприятий для формирования здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста средствами адаптивной физической культуры

На констатирующем этапе эксперимента была проведена диагностика начального уровня сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста. Для изучения и выявления сформированности здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха целесообразно провести несколько диагностических тестов, соответствующих возрастной категории младших школьников, учитывая их особые возможности.

В нашем исследовании были использованы классификации уровней культуры здорового образа жизни предложенных и сформулированных Н.И. Соловьевой, которые представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Классификация уровней культуры ЗОЖ

| Уровни   | Показатели   |
|--|--|
| Очень низкий уровень (ситуативный)                 | обнаруживается крайне ограниченный круг знаний о здоровье, средствах и методах его укрепления и поддержания.   |
| Низкий (уровень начальной грамотности)             | характеризуется наличием элементарных знаний о ценности здоровья, средствах и методах его укрепления.  |
| Средний (репродуктивный - типовой и эвристический) | отражает познание типовых положений здорового образа жизни, его социальных, профессиональных и личностных ценностей.   |
| Высокий (продуктивный - творческий) уровень        | выражает глубокое понимание в практической необходимости здорового образа жизни, его социально-духовных ценностей для формирования всесторонне и гармонически развитой личности. |

Изначально для определения уровня знаний о здоровом образе жизни и основных факторов, влияющих на его формирование нами было проведено исследование с помощью анкеты «Выявление уровня знаний о здоровом образе жизни» Ю.В. Науменко [20, 21], которая позволяла выявить представление детей о идеальном образе здорового человека, отношении к физическим упражнениям, знаниях о здорового образа жизни, их стремлении и готовности к его ведению.

Анкетирование состояло из 10 вопросов. В качестве ответа детям предлагалось в каждом вопросе по 5 вариантов ответа. Исходя из этого, следует, что 7-10 баллов – высокий уровень, 4-7 баллов – средний уровень, 2-4 баллов – низкий и 0-1 баллов – очень низкий уровень.

Результаты проведения анкетирования «Выявление уровня знаний о ЗОЖ» представлены на Рисунке 1.

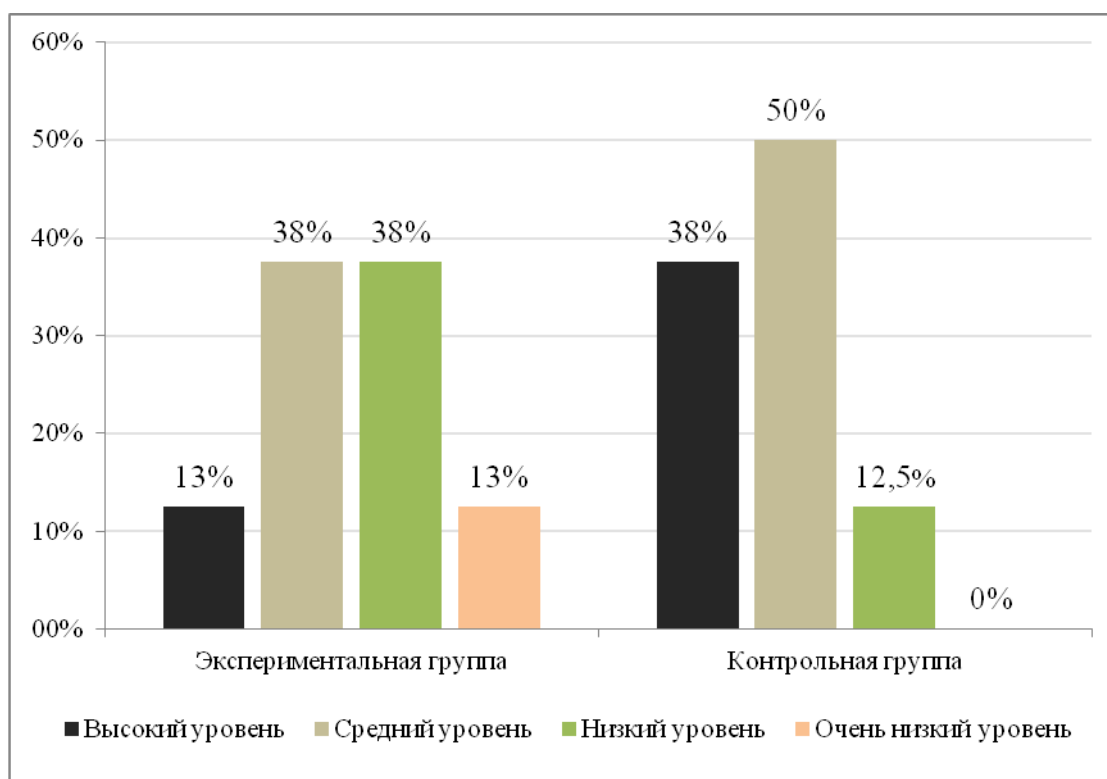


Рисунок 1 – Результаты диагностики сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста на констатирующем этапе («Выявление уровня знаний о ЗОЖ»).

Исходя из диаграммы видно, что 1 (12,5%) ученик экспериментальной группы и 3 (37,5%) ученика контрольной группы обладают высоким уровнем сформированности здорового образа жизни, эти дети на большую часть вопросов ответили правильно. Они выбирали ответы соответствующие правильному пониманию и ведению здорового образа жизни. Например, Игорь Д., Никита С., Егор Ю. указывали такие ответы как: «зубы нужно чистить утром и вечером», «душ нужно принимать каждый день», «помазать кожу вокруг ранки йодом». Ученики знают об основных понятиях здорового образа жизни, у этих детей идеальный образ здорового человека, физически развитого, укрепляющего здоровье, в совершенстве знающего нормы и правила в сфере здоровья.

Средний уровень знаний о здоровом образе жизни в экспериментальной группе был выявлен у 3 (37,5%) детей, и у 4 (50%) детей в контрольной группе. Ученики, у которых выявлен средний уровень, смогли дать правильные ответы на половину поставленных вопросов. Они смогли указать, какими предметами личной гигиены не стоит делиться даже с самым лучшим другом, а также когда нужно мыть руки. Условия для сохранения здоровья Данил К., Олег С., Антон О., отметили, как знания о том, каким образом заботиться о здоровье. При перечислении условий, которые дети считали наиболее важными для счастливой жизни, называли лишь несколько. Ученики не смогли правильно выбрать вариант расписания приема пищи, некоторые не знают о времени употребления пищи.

Низкий уровень знаний о здоровье в экспериментальной группе был выявлен у 3 (37,5%) детей, а в контрольной группе у 1 (12,5%) ребенка. Дети с низким уровнем результатов правильно указали сколько раз в день нужно чистить зубы, но далеко не все смогли написать, что нужно делать, если поранил палец. Среди условий для сохранения здоровья, которые ученики считают наиболее важными, указывали «хороший отдых». Большинство учеников вспомнило, что руки нужно мыть только перед едой, а некоторые не назвали вовсе. Например, Семён Е., Денис Д., указали, что руки нужно



мысль только перед едой. На вопросы, связанные с распорядком дня ответили неправильно, либо не ответили совсем.

Очень низкий уровень знаний о здоровье в экспериментальной группе был выявлен у 1 (12,5%) ученика, а в контрольной группе не выявлен. Ученик с очень низким уровнем результатов не выбрал ни одного правильного ответа.

Таким образом, можно сделать вывод, что по результатам первой анкеты по выявлению знаний о здоровом образе жизни, большинство учащихся экспериментальной группы находится на среднем и низком уровнях, а учащиеся контрольной группы на высоком и среднем уровнях.

Затем, была проведена анкета «Индекс отношения к здоровью» (Авторы С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин). Целью являлось выявление уровня проявления эмоций и чувств младших школьников по отношению к «здоровому образу жизни», особенность проявления данных чувств по отношению к «здоровью». Анкетирование состояло из предлагаемого списка, в котором нужно было выбрать три наиболее важные и три наименее важные ценности. В списке учащимся предлагалось семь вариантов утверждений. Ценностям присваивался ранг. Первой ценности из трёх, которые были выбраны в качестве более важных, присваивается 1 ранг, 2-2, 3-3. Первой ценности из трёх, которые были названы в качестве менее важных, присваивается 7 ранг, 2 - 6, 3 - 5. Ценности, которые не вошли ни в первую, ни во вторую категорию, присваивался 4 ранг. Соответственно 1-2 ранг – высокий уровень, 3-4 ранг – средний уровень, 5-6 – низкий уровень, 7 – очень низкий уровень.

Результаты анкетирования «Индекс отношения к здоровью» представлены на рисунке 2.

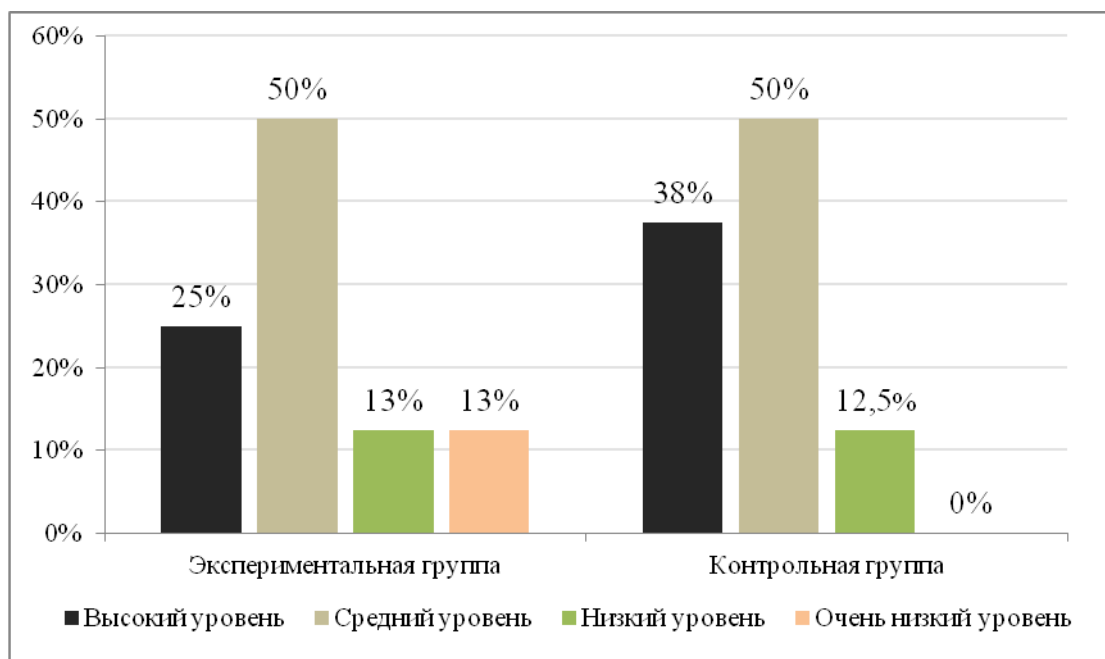


Рисунок 2 – Результаты диагностики сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста на констатирующем этапе («Индекс отношения к здоровью»).

Исходя из диаграммы видно, что высоким уровнем сформированности отношения к здоровью обладают 2 (25%) ученика экспериментальной группы и 3 (37,5%) ученика контрольной группы, это характеризуется тем, что практически из всех предложенных утверждений ученики выбрали ценности первого и второго ранга, тем самым это показывает их положительное отношение к здоровому образу жизни. Ребята считают главными ценностями здоровье и здоровый образ жизни, любовь и семейную жизнь, духовность. Такие ученики как Олег Р., Никита Д., Владимир Л. выбрали в первом ранге утверждение «здоровье», что так же отражает их чувства к здоровому образу жизни.

Средний уровень выявлен у 4 (50%) учеников экспериментальной группы и 4 (50%) ученика контрольной группы, это объясняется тем, что дети указывали ценности первого и второго ранга, как наименее важные для

них. Например, утверждения «общение с природой», «общение с друзьями и другими окружающими людьми», дети выбирали в первую очередь. А ценность «труд (профессия, учёба, интересная работа)» дети данного уровня не выбирали вообще.

Низким уровнем обладают 1 (12,5%) ученик экспериментальной группы и 1 (12,5%) ученик контрольной группы, это характеризуется тем, что дети выбирали утверждения шестого ранга. Например, Лёша К., Андрей Ч. выделяли для себя ценности «хорошие вещи, материальное благополучие», «труд», а утверждение «здоровье, здоровый образ жизни», выбирали как наименее важные или не выбирали вообще. Все это говорит о том, что дети не в полной мере проявляют эмоции и чувства по отношению к здоровому образу жизни.

Очень низким уровнем обладает 1 (12,5%) ученик экспериментальной группы, и ни один ученик контрольной группы, это характеризуется тем, что ребенок выбрал утверждение седьмого ранга.

Можно сделать вывод, что сформированность отношения к здоровому образу жизни экспериментальной группы находится на низком, очень низком и среднем уровнях, а у детей контрольной группы на высоком и среднем уровнях.

На последнем этапе контрольного эксперимента проводились тесты на определение уровня общей физической подготовки, которые включали в себя:

1. Подтягивание из положения, вис на перекладине (количество повторений). Этот тест выявлял силовую выносливость и абсолютную силу.
2. Прыжок в длину с места. Это испытание выявляло скоростно-силовую подготовку.
3. Челночный бег. Это контрольное упражнение определяло координационные способности.
4. Бег на 30 метров. Этот тест позволял оценить скоростные способности учеников.

5. Наклон вперед в положении, сидя на полу. Этот тест позволял определить гибкость детей.

6. Шестиминутный бег. Это испытание выявляло выносливость.

Далее представлена таблица с уровнями общей физической подготовки учащихся 8-10 лет установленными Министерством образования и науки РФ.

Таблица 2.

## Уровень физической подготовленности учащихся 8-10 лет

| № п/п | Физические способности | Контрольное упражнение (тест)                                       | Возраст лет  | Уровень             |                                 |                      |
|-------|------------------------|---|--------------|---------------------|---------------------------------|----------------------|
|       | Мальчики               |   |              | Низкий              | Средний                         | Высокий              |
| 1     | Силовые                | Подтягивание: на высокой перекладине из виса, кол-во раз (мальчики) | 8<br>9<br>10 | 1<br>1<br>1         | 2—3<br>3—4<br>3—4               | 4<br>5<br>5          |
| 2     | Скоростно-силовые      | Прыжок в длину с места, см  | 8<br>9<br>10 | 110<br>120<br>130   | 125-145<br>130-150<br>140-160   | 165<br>175<br>185    |
| 3     | Координационные        | Челночный бег 3x10 м, с   | 8<br>9<br>10 | 10,4<br>10,2<br>9,9 | 10,0-9,5<br>9,9-9,3<br>9,5-9,0  | 9,1<br>8,8<br>8,6    |
| 4     | Скоростные             | Бег 30 м, с   | 8<br>9<br>10 | 7,1<br>6,8<br>6,6   | 7,0-6,0<br>6,7-5,7<br>6,5-5,6   | 5,4<br>5,1<br>5,0    |
| 5     | Гибкость               | Наклон вперед из положения сидя, см                                 | 8<br>9<br>10 | 1<br>1<br>2         | 3-5<br>3-5<br>4-6               | 7,5<br>7,5<br>8,5    |
| 6     | Выносливость           | 6-минутный бег, м   | 8<br>9<br>10 | 750<br>800<br>850   | 800-950<br>850-1000<br>900-1050 | 1150<br>1200<br>1250 |

Исходя из таблицы, следует, что для первого теста 4-5 раз – высокий уровень, 2-4 раз – средний уровень, 1 раз – низкий и 0 раз – очень низкий уровень.

Для второго теста характерно: 165-185 см. – высокий уровень, 125-150 см. – средний уровень, 110-120 см. – низкий и менее 105 см. – очень низкий

уровень.

Третий тест: 9,1-8,6 сек. – высокий уровень, 10-9 сек. – средний уровень, 10,4-9,9 сек. – низкий и менее 9,9 сек. – очень низкий уровень.

Показатели четвертого теста: 5,4-5,0 сек. – высокий уровень, от 7-6 до 6,5-5,6 сек. – средний уровень, 7,1-6,6 сек. – низкий и менее 6,5 сек. – очень низкий уровень.

Пятый тест: 7,5-8,5 см. – высокий уровень, от 3-5 до 4-6 см. – средний уровень, 1-2 см. – низкий и менее одного сантиметра – очень низкий уровень. Шестой тест: 1150-1250 м. – высокий уровень, от 800-950 до 900-1050 м. – средний уровень, 750-850 м. – низкий и менее 750 метров – очень низкий уровень.

Исходя из полученных результатов видно, что в тесте на силу - «Подтягивание», средние результаты составили  $2,38 \pm 1,15$  раз у ребят контрольной группы и  $2,02 \pm 1,07$  раз у детей экспериментальной группы.

Средние показатели физической подготовленности слабослышащих мальчиков соответствуют среднему и низкому уровню.

В тесте на скоростно-силовые способности «Прыжок в длину с места». Средний показатель ребят контрольной группы  $155,5 \pm 18,65$  см., а у детей экспериментальной группы  $152,8 \pm 16,27$  см. В данном тестировании дети находятся на среднем, низком и очень низком уровнях.

Тест для оценки координации – «Челночный бег», выявил средний результат  $8,66 \pm 0,43$  сек. у контрольной группы мальчиков и  $8,7 \pm 0,21$  сек. у экспериментальной. Тестирование этой способности показало, что ученики находятся на среднем и низком уровнях. При этом, можно отметить, что мальчики имеют разный уровень подготовленности.

В тестировании скоростных способностей – «Бег на 30 метров», был выявлен средний результат, который составил  $6,37 \pm 0,13$  сек. в контрольной группе и  $6,26 \pm 0,43$  секунд в экспериментальной, что указывает на нахождение этих детей на среднем, низком и очень низком уровнях.

Тест для оценки гибкости «Наклон вперед из положения сидя» выявил средний результат у слабослышащих мальчиков контрольной группы  $4,83 \pm 0,78$  см., а в экспериментальной  $5,05 \pm 3,82$  см. Эти дети находятся на среднем уровне.

Тестирование выносливости – «Шестиминутный бег», показал средний результат в контрольной группе  $978,3 \pm 65,4$  метров, а  $966,7 \pm 44,1$  метров, в экспериментальной группе. В данном тестировании дети находятся на среднем, низком и очень низком уровнях.

Таким образом, можно отметить, что слабослышащие мальчики имеют абсолютно разные уровни подготовки по ряду тестов, в оценках силовых и скоростно-силовых способностей, ловкости и гибкости, отмечается большая разнородность. Для удобства, перенесем все данные в таблицу.

Таблица 3.

Результаты диагностики общей физической подготовки учащихся до педагогического эксперимента

| Тесты                     | До педагогического эксперимента |                   | Разница в единицах | Вероятность по t- критерию Стьюдента | Степень достоверности |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|
|                           | ЭГ                              | КГ                |                    |                                      |                       |
|                           | $X_{ср} \pm m$                  | $X_{ср} \pm m$    |                    |                                      |                       |
| Подтягивание (кол-во раз) | $2,02 \pm 1,07$                 | $2,38 \pm 1,15$   | 0,36               | 0,17                                 | ( $p > 0,05$ )        |
| Прыжок в длину (см)       | $152,8 \pm 16,27$               | $155,5 \pm 18,65$ | 2,7                | 0,21                                 | ( $p > 0,05$ )        |
| Челночный бег (с)         | $8,7 \pm 0,21$                  | $8,66 \pm 0,43$   | 0,04               | 0,05                                 | ( $p > 0,05$ )        |
| Бег 30 м (с)              | $6,26 \pm 0,43$                 | $6,37 \pm 0,13$   | 0,11               | 0,07                                 | ( $p > 0,05$ )        |
| Наклон вперед (см)        | $5,05 \pm 3,82$                 | $4,83 \pm 0,78$   | 0,22               | 0,23                                 | ( $p > 0,05$ )        |
| 6-минутный бег (м)        | $966,7 \pm 44,1$                | $978,3 \pm 65,4$  | 11,6               | 0,12                                 | ( $p > 0,05$ )        |

Итак, анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что уровень подготовленности слабослышащих детей различен. У мальчиков экспериментальной группы скоростные и скоростно-силовые способности,

развиты немного хуже. Также наблюдается разнородность в оценках физической подготовленности, которая особенно наглядно проявляется у мальчиков контрольной группы.

Таким образом, большинство детей экспериментальной группы находятся на среднем и низком уровнях, но также есть ученики с очень низким уровнем, что подтверждает необходимость проведения формирующего эксперимента посредством комплекса мероприятий.

На этапе формирующего эксперимента была проведена работа, направленная на формирование здорового образа жизни средствами адаптивной физической культуры у учащихся экспериментальной группы.

Цель формирующего эксперимента: формирование у мальчиков с нарушениями слуха здорового образа жизни.

Для наиболее эффективного формирования здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха необходимо предлагать им задания для приобщения к потребности в здоровье, совершенствования знаний о нормах и правилах в сфере здоровья, выработки индивидуального способа физического и нравственного самосовершенствования, расширения знаний об основных понятиях здорового образа жизни, обучения методам самоконтроля и планирования своей деятельности по укреплению здоровья, создания идеального образа здорового и физически развитого человека укрепляющего здоровье, комплекс физических упражнений. Была организована деятельность по следующим направлениям:

1. Игровая деятельность. В процессе игры, все сложное становится доступным, а скучное – интересным и весёлым. Игры, способствующие формированию здорового образа жизни, на занятиях необходимы. В ходе занятий, обогащенных играми данной направленности, непосредственно формируется понимание о здоровом образе жизни.

2. Мотивация к ведению здорового образа жизни. Чтобы мотивировать школьников младшего звена к здоровому образу жизни, нужно заинтересовать их. Необходимо формировать у ребенка правильное

отношение к своему здоровью, которое должно выражаться в желании и нужде быть здоровым. Ученик должен понять, что здоровье самая первостепенная задача и ценность, и каждый лично несет ответственность за сохранение и укрепление своего здоровья.

3. Приобщение к культурно-гигиеническим правилам. Для эффективного гигиенического воспитания школьников применяется ряд приемов с учётом возрастных особенностей: прямое обучение, показ, упражнения с исполнением средств адаптивной физической культуры, напоминание о необходимости соблюдать правила гигиены и постепенное повышение требований.

4. Физические упражнения. Для детей с данной нозологией отлично подойдут комплексные упражнения с элементами адаптивной физической культуры и элементами лечебной физической культуры. Нужно добиваться от школьников точного исполнения действий, их правильной последовательности. Необходимые способности в младшем школьном возрасте лучше всего формируются у детей как в играх с содержанием специальной направленности, так и в тренировочном процессе. Ребенок проводит в школе большую часть своего времени, поэтому именно на школе в первую очередь лежит ответственность за его здоровье, за формирование необходимых навыков и умений и за воспитание культуры здорового и безопасного образа жизни.

Понимание важности здорового образа жизни и ценности здоровья необходимо начинать воспитывать как можно раньше, на самых первых этапах обучения в школе, так как заложенные в этом возрасте знания о здоровье подсознательно закрепляются на всю жизнь, а приобретенные умения и навыки здорового и безопасного образа жизни превращаются в полезную привычку.

Цель занятий: вовлечь учащихся с нарушением слуха в различные виды деятельности, способствующих пропаганде здорового образа жизни и безопасного поведения.



Задачи занятий:

1. Донести до учащихся младших классов блок информации о понятии здоровья, о его ценностях.
2. Провести серию подвижных игр, способствующих формированию основ здорового образа жизни и сопутствующих навыков и умений у учеников младшего школьного звена.
3. Способствовать организации и проведению комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры пропагандирующих здоровый и образ жизни среди школьников с нарушением слуха.
4. Организовать повторную диагностику уровня сформированности имеющихся у младших школьников с нарушением слуха знаний о здоровье и здоровом и образе жизни, отношения детей к своему здоровью.

Ожидаемые результаты:

- повышение уровня реальных знаний о здоровом образе жизни;
- повышение уровня мотивации на поддержание и улучшение своего здоровья;
- наличие у учащихся ценностного отношения и ответственности к собственному здоровью.
- повышение уровня общей физической подготовки учащихся.

На формирующем этапе был разработан и внедрен комплекс мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры. Он включал мероприятия с младшими школьниками имеющими нарушения слуха, который позволил доказать, что формирование здорового образа жизни у слабослышащих младших школьников будет проходить более эффективно, если использовать данный комплекс, направленный на формирование здорового образа жизни.

Комплекс мероприятий был рассчитан на использование в экспериментальной группе, но может быть адаптирован для любого класса начальной школы и групп внутри класса. Включал в себя 10 занятий,

продолжительностью по 45 минут. Мероприятия проводились 2 раза в неделю. Сроки внедрения комплекса: март – апрель.

Далее представлен тематический план комплекса мероприятий по формированию здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха, который был подобран и реализован в рамках данной экспериментальной работы.

1 этап. Подготовительный. На данном этапе происходило ознакомление участников с программой занятий, общими понятиями о здоровье и здоровом образе жизни с использованием метода беседы и подвижных игр.

Подготовительный этап занял два урока физической культуры. Первым делом, чтобы подвести учеников к теме, была развита мысль: «в здоровом теле – здоровый дух» и как ее понимают ученики. После рассуждений ученики назвали тему занятия и было предложено экспериментальным путем решить, что будет, если тело здоровое, а дух больной, и наоборот. Дети делились на пары, принимая роль тела и духа, пытались поднять «больной дух». Ребята были очень заинтересованы заданием и старались всеми силами поднимать друг друга.

На втором занятии ученики вместе с учителем утверждали каждодневные распорядки и дневные ритмы, чтобы составить правильный режим дня. Для этого учащиеся приносят свои режимы дня, которые до занятия предварительно составили дома вместе с родными. Целую неделю дети заполняли анкету «Режим дня ученика», и затем приносили ответы анкетирования в школу, где в соответствии с правильным режимом дня для учеников, корректировали вместе с учителем свой режим дня так, чтобы он соответствовал правильному ведению здорового образа жизни.

Детям предлагалась участвовать в различных играх, помогающих лучше узнать о здоровом образе жизни.

Например, на игре «Советы Мойдодыра» дети были заинтересованы формой занятия. Они с удовольствием ждали её.

По жеребьёвке дети были поделены на 2 команды, выбирался капитан команд. Обе команды придумывали своё название.

Далее детям были представлены правила игры и оценивание самой игры. Были представлены такие задания как: покажи утреннюю зарядку, расскажи правила режима дня, отгадай загадку. Учащиеся получали карточки, на которых зашифрованы правила личной гигиены. За правильные ответы команды получали баллы.

В целом дети были довольны проведённой игрой и просили проводить их чаще. Данные занятия мотивируют детей к изучению не только теоретических правил, но и использования их на практике.

Не меньший интерес вызвало у детей следующее мероприятие, в котором было совершено путешествие в «Страну здоровья». Сначала детям было предложено подумать над тем, как выглядит «Страна здоровья» и кто там живет. Ученикам было необходимо придумать вопросы, на которые им бы хотелось получить ответы. Для путешествия было создано 4 остановки: «Правильное питание», «Зарядка», «Гигиена», «Вредные привычки». На каждой остановке было необходимо вытянуть карточку с оздоровительным упражнением и продемонстрировать его перед группой.

2 этап. Основной. Во время реализации комплекса внеурочных занятий были осуществлены условия, выявленные в ходе теоретического исследования, а так же применялись методы: семинары, игры, упражнения, оздоровительная зарядка.

На основном этапе формирующего эксперимента, каждое занятие проводились различные мероприятия: квесты, виртуальные путешествия, соревнования, коллективные задания, оздоровительные упражнения и т.д. Ученики с большим желанием принимали участие, и с каждым занятием поддерживали и помогали друг другу чаще и лучше. В течение основного этапа на мероприятиях, с учащимися проводился ряд мероприятий представленных в таблице.

Тематический план комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни.

| Этапы занятий               | Тема мероприятий                   | Методы, приемы, формы и средства  |
|-----------------------------|------------------------------------|---|
| 1 этап.<br>Подготовительный | Понятие здоровый образ жизни.      | Беседа, обсуждение, практические задания.   |
|                             | Ритмы жизни. Режим дня школьника.  | Физические упражнения, раздаточный материал.  |
| 2 этап.<br>Основной         | Правила гигиены.                   | Физические упражнения, игровая технология.  |
|                             | «Советы Мойдодыра».                | Игра.   |
|                             | Питание и витаминизированная пища. | Игровая технология, инсценировки.   |
|                             | Я и мое здоровье.                  | Виртуальное путешествие, игра.  |
|                             | Тренажер качели Юлина.             | Оздоровительные упражнения, раздаточный материал, плакаты.                                  |
|                             | Зарядка каждому нужна.             | Показ упражнений, игровая технология.   |
|                             | «Хорошо здоровым быть».            | Игровая технология, упражнения с элементами лечебной физической культуры, групповая работа. |
| 3 этап.<br>Заключительный   | «На здоровье».                     | Групповая форма работы, игровая технология, обсуждение.                                     |

С учениками было проведено упражнение «Это только для меня». Ребята были поделены на две шеренги и им розданы карточки, где нарисованы всевозможные предметы личной гигиены и из них нужно было выбрать те, которыми нельзя делиться даже с самым близким другом, потому, что они предназначены только для личного пользования. Посредством челночного бега необходимо было по очереди добежать до отметки и оставить правильную карточку.

3 этап. Заключительный. На этом итоговом этапе, была организована работа по стимулированию слабослышащих детей к самостоятельному поддержанию здорового образа жизни. Подводились общие итоги.

Структура каждого мероприятия включала в себя следующие элементы:

1. Вводная часть (сплочение детей).
2. Основная часть мероприятия (упражнения и игры).
3. Заключительная.

Формирование здорового образа жизни проходило с опорой на принципы: развивающего образования, оздоровительной направленности, целенаправленности и последовательности. Реализации данных принципов способствовали овладению навыка оздоровления. Мероприятия проходили в соответствии с основными нормативно-правовыми документами, игровой и здоровьесберегающей технологий.

Таким образом, предложенный комплекс мероприятий был использован нами на формирующем этапе эксперимента. Занятия такого рода могут способствовать как развитию познавательных способностей детей к ведению здорового образа жизни, так и расширению их практических знаний о здоровье и повышению физической активности.

### **3.2 Определение эффективности**

Целью контрольного эксперимента является выявление итогового уровня сформированности здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха.

В эксперименте принимали участие те же ученики контрольной и экспериментальной группы. Экспериментальная группа 8 мальчиков и контрольная 8 мальчиков. Возрастная категория детей 8-10 лет.

Для выявления итогового уровня сформированности здорового образа жизни были использованы те же диагностические анкеты и тесты, что и на констатирующем этапе эксперимента: анкета «Выявление уровня знаний о ЗОЖ» автора Ю.В. Науменко, анкета «Индекс отношения к здоровью»

авторов С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин., упражнения из комплексной программы физического воспитания учащихся 1 – 4 классов общеобразовательной школы, авторов В.И. Лях и А.А. Зданевич.

Первой была проведена анкета «Выявление уровня знаний о ЗОЖ», с помощью нее был выявлен уровень сформированности здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха.

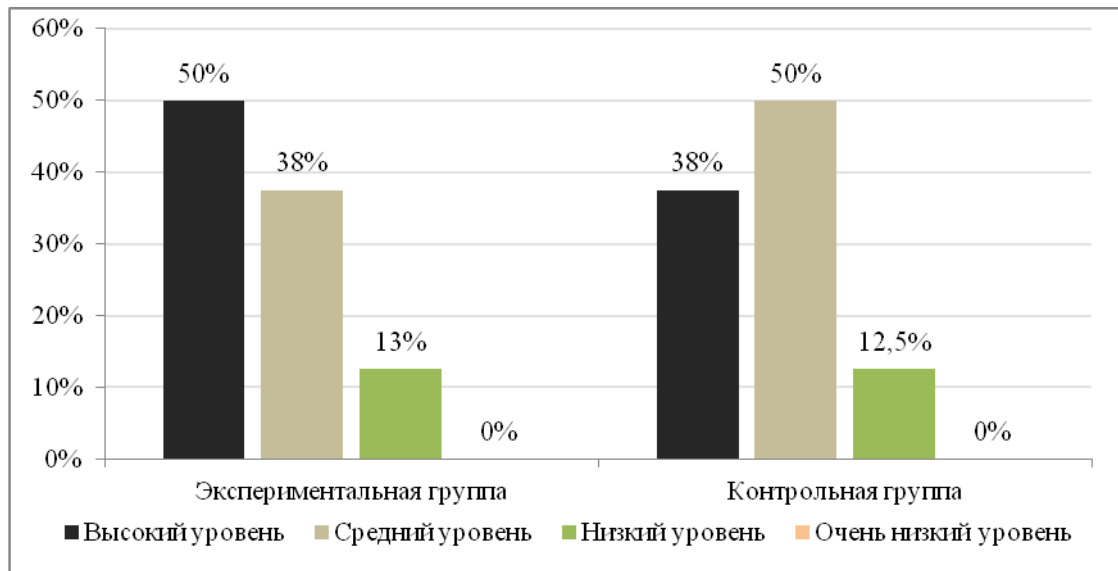


Рисунок 3 – Результаты диагностики сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста на контрольном этапе («Выявление уровня знаний о ЗОЖ»).

Исходя из сравнительной диаграммы видно, что высокий уровень знаний о здоровом образе жизни в экспериментальной группе выявлен у 4 (50%) учеников и у 3 (37,5%) учеников контрольной группы, т.е. в экспериментальной группе он повысился на 37,5%, а в контрольной группе остался прежним.

Средний уровень сформированности здорового образа жизни выявлен у 3 (37,5%) учеников экспериментальной группы и у 4 (50%) учеников контрольной группы. В экспериментальной и контрольной группах уровни не изменились.

Низкий уровень в экспериментальной группе был выявлен у 1 (12,5%) ребенка, что на 25% ниже, чем в экспериментальной группе на

констатирующем этапе эксперимента. Низкий уровень в контрольной группе выявлен так же у 1 (12,5%) ученика, по сравнению с результатами констатирующего этапа эксперимента не изменился.

Очень низкий уровень в экспериментальной группе не был выявлен ни у одного ученика, т.е. в экспериментальной группе он упал на 12,5 %, а в контрольной группе не изменился.

На диаграмме видно, что в контрольной группе больше учеников со средним уровнем, а в экспериментальной группе преобладают ученики со средним и высоким уровнем сформированности здорового образа жизни.

Следующей была проведена анкета «Индекс отношения к здоровью».

В результате повторного проведения анкеты высокий уровень сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста выявлен у 3 (37,5%) учеников экспериментальной группы, это на 12,5% больше, чем на констатирующем этапе эксперимента. А у учеников контрольной группы высокий уровень выявлен также у 3 (37,5%) учеников, на констатирующем этапе эксперимента результат был таким же.

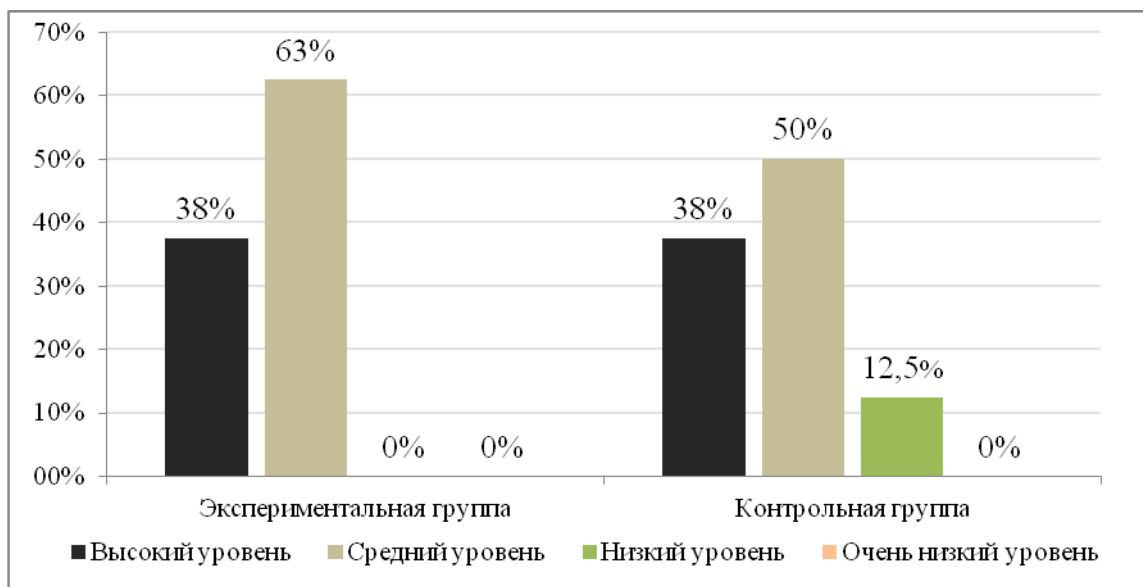


Рисунок 4 – Результаты диагностики сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста на контрольном этапе («Индекс отношения к здоровью»).

Средний уровень выявлен у 5 (62,5%) учеников экспериментальной группы и у 4 (50%) учеников контрольной группы. В экспериментальной группе уровень повысился на 12,5 %, а в контрольной не изменился.

Низкий уровень в экспериментальной группе не выявлен. По сравнению с констатирующим этапом эксперимента он снизился на 12,5%. В контрольной группе низкий уровень сформированности здорового образа жизни выявлен у 1 (12,5%) ученика, он остался неизменным.

Очень низкий уровень в экспериментальной группе не был выявлен ни у одного ученика, т.е. в экспериментальной группе он упал на 12,5%, а в контрольной группе также не выявлен, как и на констатирующем этапе эксперимента.

Диаграмма показывает, что в контрольной группе больше детей со средним уровнем сформированности здорового образа жизни, а в экспериментальной группе дети показали высокий и средний уровень знаний.

Последним испытанием, нами были проведены тесты для определения общей физической подготовки учащихся.

В тесте на силу - «Подтягивание», средние результаты в конечном исследовании составили  $3,0 \pm 1,0$  раз у ребят контрольной группы и  $4,9 \pm 0,42$  раз у детей экспериментальной группы. Средние показатели физической подготовленности слабослышащих мальчиков соответствуют высокому и среднему уровню. Прирост составил 1,9 раза. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

В тесте на скоростно-силовые способности «Прыжок в длину с места». Средний показатель ребят контрольной группы  $160,1 \pm 8,65$  см., а у детей экспериментальной группы  $165,6 \pm 3,20$  см. В данном тестировании дети находятся на среднем уровне. Прирост составил 5,5 сантиметров. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Тест для оценки координации – «Челночный бег», выявил средний результат  $8,63 \pm 0,26$  сек. у контрольной группы мальчиков и  $8,2 \pm 0,1$  сек. у экспериментальной. Тестирование этой способности показало, что ученики



находятся на среднем уровне. Прирост составил 0,43 секунды. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

В тестировании скоростных способностей – «Бег на 30 метров», был выявлен средний результат, который составил  $6,24 \pm 0,10$  сек. в контрольной группе и  $5,63 \pm 0,05$  секунд в экспериментальной, что указывает на нахождение этих детей на среднем уровне. Прирост составил 0,61 секунды. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Тест для оценки гибкости «Наклон вперед из положения сидя» выявил средний результат у слабослышащих мальчиков контрольной группы  $5,28 \pm 1,17$  см., а в экспериментальной  $8,94 \pm 0,8$  см. Эти дети находятся на высоком и среднем уровне. Прирост составил 3,66 сантиметра. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Таблица 5

Сравнительные показатели физической подготовленности после эксперимента

| Тесты                     | После эксперимента |                   | Разница в единицах | Вероятность по t- критерию Стьюдента | Степень достоверности |
|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|
|                           | ЭГ                 | КГ                |                    |                                      |                       |
|                           | $X_{ср} \pm m$     | $X_{ср} \pm m$    |                    |                                      |                       |
| Подтягивание (кол-во раз) | $4,9 \pm 0,42$     | $3,0 \pm 1,0$     | 1,9                | 2,17                                 | ( $p < 0,05$ )        |
| Прыжок в длину (см)       | $165,6 \pm 3,20$   | $160,1 \pm 8,65$  | 5,5                | 2,01                                 | ( $p < 0,05$ )        |
| Челночный бег (с)         | $8,2 \pm 0,1$      | $8,63 \pm 0,26$   | 0,43               | 2,06                                 | ( $p < 0,05$ )        |
| Бег 30 м (с)              | $5,63 \pm 0,05$    | $6,24 \pm 0,10$   | 0,61               | 2,24                                 | ( $p < 0,05$ )        |
| Наклон вперед (см)        | $8,94 \pm 0,8$     | $5,28 \pm 1,17$   | 3,66               | 2,73                                 | ( $p < 0,05$ )        |
| 6-минутный бег (м)        | $1093,7 \pm 35,9$  | $1012,0 \pm 31,4$ | 81,7               | 2,52                                 | ( $p < 0,05$ )        |

Тестирование выносливости – «Шестиминутный бег», показал средний результат в контрольной группе  $1012,0 \pm 31,4$  метров, а  $1093,7 \pm 35,9$  метров, в экспериментальной группе. В данном тестировании дети находятся на высоком и среднем уровнях. Прирост составил 81,7 метра. Различия достоверны ( $p < 0,05$ ).

Таблица 6

## Сводные сравнительные показатели физической подготовленности

| Тесты                     | Группа | До педагогического эксперимента | После педагогического эксперимента | Разница в единицах | Вероятность по t- критерию Стьюдента | Степень достоверности |
|---------------------------|--------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Подтягивание (кол-во раз) | ЭГ     | 2,02±1,07                       | 4,9±0,42                           | 2,88               | 2,77                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 2,38±1,15                       | 3,0±1,0                            | 0,62               | 0,56                                 | (p>0,05)              |
| Прыжок в длину (см)       | ЭГ     | 152,8±16,27                     | 165,6±3,20                         | 12,8               | 2,79                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 155,5±18,65                     | 160,1±8,65                         | 4,6                | 1,02                                 | (p>0,05)              |
| Челночный бег (с)         | ЭГ     | 8,7±0,21                        | 8,2±0,1                            | 0,5                | 2,14                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 8,66±0,43                       | 8,63±0,26                          | 0,03               | 0,01                                 | (p>0,05)              |
| Бег 30 м (с)              | ЭГ     | 6,26±0,43                       | 5,63±0,05                          | 0,63               | 2,17                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 6,37±0,13                       | 6,24±0,10                          | 0,13               | 0,33                                 | (p>0,05)              |
| Наклон вперед (см)        | ЭГ     | 5,05±3,82                       | 8,94±0,8                           | 3,89               | 2,89                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 4,83±0,78                       | 5,28±1,17                          | 0,45               | 0,38                                 | (p>0,05)              |
| 6- минутный бег (м)       | ЭГ     | 966,7±44,1                      | 1093,7±35,9                        | 127,0              | 3,49                                 | (p<0,05)              |
|                           | КГ     | 978,3±65,4                      | 1012,0±31,4                        | 33,7               | 1,15                                 | (p>0,05)              |

Итак, сравнительный анализ результатов экспериментальной группы после проведенного эксперимента, по сравнению с его началом, показал, что все показатели физической подготовленности заметно улучшились. Достоверно ( $p<0,05$ ) изменились у слабослышащих мальчиков скоростные способности, выносливость и скоростно-силовые показатели. Анализируя данные экспериментальной группы, можно сказать, что применение комплекса мероприятий привели к значительным улучшениям у слабослышащих детей физических способностей.

Следовательно, можно утверждать, что разработанный комплекс мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры, направленный на формирование здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста, показал свою эффективность.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив литературу по проблеме формирования здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста, можно сказать о том, что здоровый образ жизни играет очень важную роль в развитии учеников и требует привития ценностного отношения.

В процессе написания бакалаврской работы было сформулировано определение понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни», изучены анатомо-физиологические особенности детей с нарушением слуха, выделены уровни сформированности, подобраны диагностические анкеты и тесты, проведена экспериментальная работа по теме исследования.

Под здоровым образом жизни, понимается активная деятельность человека, первоначально нацеленная на поддержание и коррекцию здоровья. Образ жизни не устанавливается самостоятельно в зависимости от условий, а формируется в течение жизни целенаправленно и постоянно. Первоначальной профилактикой и главным правилом в укреплении детского здоровья является формирование здорового образа жизни.

Опытно-экспериментальная работа осуществлялась на базе ГБОУ Самарской области «Школа-интернат №5 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья городского округа Тольятти».

В исследовании участвовали ученики начальной школы. Констатирующий этап эксперимента предполагал выявление исходного уровня сформированности здорового образа жизни у слабослышащих детей младшего школьного возраста и проведения подобранного анкетирования и тестирования. Первый этап эксперимента был проведен с целью выявления исходного уровня сформированности здорового образа жизни у младших школьников с нарушением слуха. Результаты проведения данного этапа эксперимента показали необходимость проведения формирующего этапа эксперимента.

Подобрав диагностический комплекс, была доказана необходимость подбора и внедрения комплекса мероприятий с использованием средств

адаптивной физической культуры, направленного на формирование здорового образа жизни младших школьников с нарушением слуха. Были определены следующие условия, способствующие эффективному проведению мероприятий: использование игровых технологий, занимательного материала здоровьесформирующей направленности, физических упражнений с использованием средств адаптивной физической культуры, использование бесед, наглядных средств обучения, оздоровительных упражнений, виртуальных путешествий, а так же мотивации детей к ведению здорового образа жизни и приобщение к культурно-гигиеническим правилам. Данный этап эксперимента состоял из трех этапов занятий. Первый этап – подготовительный, он включал в себя два занятия, которые были направлены на расширение знаний о понятии здорового образа жизни и его ведении. На втором, основном этапе, было семь занятий, направленных на формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и стремления к сохранению и укреплению здоровья. Третий этап – заключительный. Данный этап состоял из одного занятия, на котором подводились общие итоги, и была проведена работа по стимулированию детей к самостоятельному поддержанию здоровья.

Была оценена эффективность применения на практике предложенного комплекса мероприятий с использованием средств адаптивной физической культуры.

Контрольный эксперимент показал повышение уровня сформированности здорового образа жизни в экспериментальной группе и снижение среднего и низкого уровней. У учеников контрольной группы можно проследить незначительные изменения в динамике уровней сформированности здорового образа жизни.

Таким образом, в ходе опытно-экспериментальной работы доказана эффективность разработанного комплекса мероприятий по формированию здорового образа жизни средствами адаптивной физической культуры и подтверждает правильность выдвинутой гипотезы. Формы, методы и

приемы обучения, соответствовали возрастным возможностям младших школьников с нарушением слуха, имели здоровьесформирующую направленность, а так же установку на поддержание, укрепление и охрану своего здоровья.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. М. : Издательский центр «Академия», 2014. 176 с.
2. Апанасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. К. : Здоровье, 1985. 80 с.
3. Алямовская В.Г. Как воспитать здорового ребенка. М. : Просвещение, 2013. 243 с.
4. Афанасьев Е.Г. Развитие координационных способностей у детей с нарушениями слуха // Актуальные вопросы физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры: Сборник материалов региональной научнопрактической конференции, посвященной памяти доктора педагогических наук, профессора, академика МАНПО Н.К. Шамаева. Киров, 2014. С.8-21.
5. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. Л. : Наука, 1987. 123 с.
6. Брехман, И.И. Валеология - наука о здоровье. М.: Физкультура и спорт, 1990. 206 с.
7. Brown E. R. Health USA. A national health program for the US JAMA. 2017. 56 p.
8. Баль Л.В. Букварь здоровья. М. : Издательский центр «Академия», 2012. 196 с.
9. Базарный В.Ф. Массовая первичная профилактика школьных форм патологии, или развивающие здоровье принципы конструирования учебнопознавательной деятельности в школах. М. : Красноярск, 1989. 36 с.
10. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. М. : Советский спорт, 2004. 304 с.
11. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] : URL: <http://www.who.int/publications/ru> (дата обращения: 20.11.2018)
12. Глухов В.И. Физическая культура в формировании здорового образа жизни. М. : Здоровья, 1989. 57 с.

13. Доклад о состоянии здоровья детей в РФ. М. : 2013. 128 с.
14. Емельянова Т.В. Условия формирования здорового образа жизни у младших школьников. // Научный альманах. 2015. №10-2(12). С. 170-174.
15. Загорянская, М.Е., Румянцева М.Г. Значение эпидемиологических методов исследования в профилактике нарушений слуха у детей - Москва: Российская оториноларингология, 2003. - №3. - С.79-83
16. Клименов М.Ф. Здоровье детей в образовательных учреждениях. М. : Ростов на Дону: Феникс, 2014. 376 с.
17. Королева, И.В. Помощь детям с нарушением слуха [Электронный ресурс] : руководство для родителей и специалистов / И.В. Королева. - Электрон. текстовые данные. - СПб. : КАРО, 2016. - 304 с.
18. Лесгафт П.Ф. Руководство к физическому образованию детей школьного возраста. Психология нравственного и физического воспитания: избранные психологические труды. В. : МОДЭК, 1998. 410 с.
19. Леонтьева Н.Н. Анатомия и физиология детского организма. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 448 с.
20. Лисицын Ю.П. Санология наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни. М. : Здоровье, 2011. 231 с.
21. Лях В.И., Зданевич А.А. Комплексная программа физического воспитания учащихся 1-4 классов. М.: Просвещение, 2014. 24 с.
22. Науменко Ю.В., Анненков В.Н. Программа формирования культуры здорового и безопасного образа жизни // ОБЖ. Основы безопасности жизни. 2011. № 10. С. 39-45.
23. Науменко Ю.В. Здоровьеформирующая функция образовательного процесса в школе: монография Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2008. 368 с.
24. Нейман Л.В., Богомилский М. Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Владос, 2001. 224 с.

25. Нуруллина Г.Г. Особенности процесса формирования здорового образа жизни у младших школьников. Педагогическое мастерство и педагогические технологии. 2016. №1(7). С. 164-167.

26. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. М. : Эксмо, 2014. 234 с.

27. Сухомлинский В.А. Антология гуманной педагогики. М. : Изд. Дом Шалвы Амонашвили, 1997. 224 с.

28. Синягина Н.Ю. Как сохранить и укрепить здоровье детей: психологические установки и упражнения. М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2014. 150 с.

29. ФЗ «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 г. № 273 [Электронный ресурс] : URL: <http://www.assessor.ru/zakon/273-fz-zakon-ob-obrazovanii-2013/41/> (дата обращения: 12.12.2018г.)

30. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (утвержден приказом Минобрнауки РФ от 6 октября 2009 года) [Электронный ресурс] : URL: <https://минобрнауки.рф/> (дата обращения: 15.02.2019г.)

31. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования: текст с изм. и доп. на 2011г. Министерство образования и науки РФ. М. : Просвещение, 2011. 33 с.

32. Харченко, Л.В. Теория и методика адаптивной физической культуры для лиц с сенсорными нарушениями [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л.В. Харченко, Т.В. Синельникова, В.Г. Турманидзе. - Электрон. текстовые данные. — Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2016. - 112 с.

33. Царегородцев Г.И. Общая патология человека и методология медицины // Вестник РАМН. 1998. №10. С. 41-45