

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Дошкольная дефектология

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему **КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У
ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ В ДВИГАТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ**

Студент

Е.Ф. Кукушкина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.п.н., доцент А.А. Ошкина

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

АННОТАЦИЯ

Бакалаврская работа рассматривает решение актуальной проблемы коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме.

Целью работы является теоретическое обоснование и экспериментальная проверка возможности коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме.

В ходе работы решаются задачи: изучения и анализа психолого-педагогической литературы по проблеме коррекции нарушений опорно-двигательных нарушений у дошкольников; выявление типичных и индивидуальных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет; разработка и апробирование содержания и организацию коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима.

В работе представлена теоретическая и практическая значимость. Новизна исследования заключается в том, что выявлена возможность коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима в дошкольной образовательной организации.

Бакалаврская работа представлена введением, двумя главами, заключением, списком используемой литературы (21 источник) и 4 приложениями. Текст работы иллюстрирован 17 таблицами. Текст работы без приложения изложен на 46 страницах.

Оглавление

Введение	4
Глава 1 Теоретические основы коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима	8
1.1 Психолого-педагогические основы коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.....	8
1.2 Характеристика организации двигательного режима с целью коррекции у детей 4-5 лет нарушений.....	15
Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме	21
2.1 Выявление проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет	21
2.2 Организация и содержание коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме	29
2.3 Определение изменений в проявлениях нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет	37
Заключение	43
Список используемой литературы	45
Приложение А Список детей и характеристика их нарушений опорно-двигательного аппарата	47
Приложение Б Протоколы проведения диагностических заданий констатирующего эксперимента	50
Приложение В Содержание работы по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет	54
Приложение Г Протоколы проведения диагностических заданий контрольного эксперимента	56

Введение

Дошкольный возраст – один из наиболее ответственных периодов в жизни каждого человека. Именно в этом возрастном периоде закладываются основы здоровья, правильного физического развития, происходит становление двигательных способностей, формируется интерес к физической культуре и спорту, воспитываются личностные, морально-волевые и поведенческие качества. Период дошкольного детства – наиболее важный в становлении двигательных функций ребенка, особенно его физических качеств.

Проблема здоровья человека, его сохранения и укрепления, остается крайне острой, требующей серьезного осмысления и решения в XXI веке. Общеизвестно, что здоровье формируется с детства. Медики в последние десять лет столкнулись с тем, что возраст детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата молодеет. Это зачастую приводит к серьезным заболеваниям, утомляемости и неправильному формированию растущего организма. Разработка вопросов, касающихся коррекции возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата и оздоровления детей, уже имеющих подобные нарушения, является актуальной.

Коррекция рассматривается в рамках нашего исследования как система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей.

К настоящему времени накоплен большой практический материал, характеризующий клинико-психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, вопросы обучения и воспитания детей с двигательными нарушениями, педагогические средства коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата. Вопросом изучения таких детей занимались Л.Г. Голубева, В.А. Доскина, И.В. Ипполитова, Э.С. Калижнюк, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, К.А. Семенова, Н.В. Симонова. Однако не рассматривался вопрос

организации двигательного режима в детском саду с целью коррекции нарушений опорно-двигательных нарушений.

Наряду с пониманием актуальности данного вопроса можно выделить **противоречие** между необходимостью коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет и недостаточной степенью разработанности подходов к организации двигательного режима в дошкольной образовательной организации.

Выявленное противоречие и необходимость его решения определило **проблему исследования**: какова возможность коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима?

Исходя из актуальности данной проблемы сформулирована тема исследования: «Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме».

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить возможность коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме.

Объект исследования: процесс коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

Предмет исследования: коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме.

Гипотеза исследования: коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима возможна, если:

- определены индивидуальные двигательные проявления нарушений опорно-двигательного аппарата у детей;
- разработан каталог физических упражнений для коррекции разных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата;
- включены коррекционные физические упражнения в разные формы физкультурно-оздоровительной работы двигательного режима.

В соответствии с поставленной целью и выделенной гипотезой были определены следующие **задачи**:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме коррекции нарушений опорно-двигательных нарушений у дошкольников.

2. Выявить типичные и индивидуальные проявления нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

3. Разработать и апробировать содержание и организацию коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима.

Для решения поставленных задач использованы следующие **методы исследования**: теоретические (по исследуемой проблеме анализ психолого-педагогической литературы; систематизация, обобщение анализ полученных данных); эмпирические (констатирующий, формирующий и контрольный этапы); методы обработки результатов (количественный и качественный анализ полученных данных).

Теоретическую основу исследования составляют:

- теория компенсации дефекта Л.С. Выготского;
- теория о сложной структуре дефекта Л.С. Выготского;
- исследования об общих и специфических закономерностях развития детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (И.В. Ипполитова, Э.С. Калижнюк, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, К.А. Семенова, Н.В. Симонова);
- исследования коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата педагогическими средствами (Л.Г. Голубевой; В.А. Доскина).

Новизна исследования заключается в том, что выявлена возможность коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима в дошкольной образовательной организации.

Теоретическая значимость исследования заключается в теоретическом обосновании содержания и организации двигательного

режима с целью коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

Практическая значимость исследования заключается в том, что разработанный каталог физических упражнений может быть использован при построении работы по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима.

База исследования: МБУ детский сад № 5 «Филиппок» г.о. Тольятти. В исследовании принимали участие 12 детей 4-5 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Структура бакалаврской работы представлена из введения, двух глав, заключения, списком используемой литературы (21 источник) и 4 приложений. Текст работы иллюстрирован 17 таблицами.

Глава 1 Теоретические основы коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима

1.1 Психолого-педагогические основы коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет

«Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение» [15].

В последние годы медики констатируют тенденцию увеличения в нашей стране детей, страдающих недостатками в физическом развитии, особенно нарушениями в опорно-двигательном аппарате.

«Контингент воспитанников групп для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата – это дети, у которых имеются нарушения функций опорно-двигательного аппарата, который формируется из количества детей, прошедших городскую психолого-медико-педагогическую комиссию и получивших направление продолжить дальнейшее обучение в ДООУ. Данный контингент детей нуждается в коррекционно-развивающем образовании, отвечающим их особым образовательным потребностям» [7].

Основные виды нарушений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста:

- дисплазия тазобедренных суставов;
- вальгусная деформация коленных суставов;
- плоско-вальгусная деформация стоп;
- плоскостопие;
- врожденная косолапость;
- сколиотическая осанка;
- кифотическая осанка;

– деформация грудной клетки.

«Правильная осанка имеет не только эстетическое, но и физиологическое значение – она способствует нормальной деятельности внутренних органов, так как отклонения в осанке отражаются на их функциях. Важно, как можно раньше начать профилактику дефектов осанки или коррекцию имеющегося ее нарушения, чтобы в школе у ребенка не возникли проблемы с повышенной утомляемостью, головными болями и болями в мышцах туловища» [19].

«Стопа – фундамент, опора нашего тела, и любое нарушение развития может отражаться на осанке ребенка. В дошкольном возрасте стопа находится в стадии интенсивного развития, ее формирование еще не завершено, поэтому любые неблагоприятные внешние воздействия могут приводить к возникновению тех или иных функциональных отклонений. Главной причиной его возникновения является слабость мышечно-связочного аппарата стопы. Врожденное плоскостопие встречается редко. Оно чаще развивается у детей ослабленных, плохо развитых физически, перенесших рахит».

Полагая на то, что опорно-двигательная система является, казалось бы, самой крепкой структурой нашего организма, в детском возрасте она наиболее уязвима. Именно в младенчестве и подростковом возрасте обнаруживают такие патологии как плоскостопие, сколиоз, кифоз и другие нарушения осанки. И если вовремя не принять должных мер для устранения врожденных или появившихся у ребенка дефектов, в зрелом возрасте его могут ожидать куда более тяжелые последствия: межпозвоночные грыжи, остеохондроз, остеопороз и т.д.

«Ученые Т.Л. Богина, Б.Б. Егоров приходят к выводу, «что главными причинами такого положения являются» «недостаточная двигательная активность»; «несвоевременный медицинский осмотр и нерегулярная лечебно-профилактическая работа»; «слабая организация закаливающих мероприятий и физкультурно-оздоровительной работы» [3].

Для коррекции различных заболеваний позвоночника, чтобы укрепить его связочный аппарат, рекомендуется выполнять физические упражнения с разнообразными движениями позвоночника, а также упражнения, укрепляющие мышцы спины, так как они поддерживают нагрузку на межпозвонковые диски.

«Профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата, особенно начальных степеней, проходит на фоне хорошо организованного не только двигательного, но и профилактического режима, составленного с учетом характера заболевания ребенка» [8].

Вальгусная деформация коленных суставов – это смещение коленей, внутрь, искажающее форму ног и придающее им вид буквы Х. Заболевание характеризуется также разворотом и внутренним вращением бедра, а также отклонением голени наружу. Вальгусные колени – распространенная патология, которой страдают преимущественно дети и пожилые люди. Вальгусная деформация коленных суставов у детей полностью излечивается консервативными методами.

Сколиотическая (асимметричная) осанка – дефект осанки, сопровождающийся привычным изгибом позвоночного столба вправо или влево от срединной линии. Чаще наблюдается левостороннее отклонение. При осмотре сзади, видно дугообразное искривление позвоночника. Лопатка и плечо с одной стороны подняты, с другой – опущены. Треугольники талии неравномерны. При этом, в отличие от сколиоза, нет признаков скручивания позвонков: мышечный валик сбоку от искривления отсутствует, реберный горб не выражен. В висе части тела становятся симметричными, отклонения исчезают, позвоночник становится ровным [20].

Плоско-вальгусная деформация стоп – ортопедическая аномалия, которая характеризуется деформационными изменениями ступни, которая встречается как у взрослых, так и у детей. Деформация представляет собой нарушение поверхности ступни, когда ее средняя часть смещена вниз, а пальцы и пятка повернуты наружу. Причина аномального развития ступни

кроется в слабости связок, мышц и сухожилий, когда ступня под воздействием более крепких мышц притягивается к ним. Результатом такого воздействия является формирование плоскостопия.

Двигательный режим и физические нагрузки при вальгусной деформации стопы необходимы для укрепления и развития связочного аппарата. Ребенок рождается со слабыми связками, сухожилиями и мышцами ступни. С возрастом, при недостатке физической активности, по ряду других причин (генетика, строение скелета) связочно-сухожильный аппарат ног перестает справляться со своей функцией: подошва становится плоской, по центру внутреннего края образуется шишка, и может также произойти деформация большого пальца.

Физическая активность укрепляет связки, суставы и мышцы тела. При деформации стоп начинать упражнения рекомендуется со специалистом лечебной физической культуры. Он объяснит правила, технику выполнения гимнастики, интенсивность, количество повторений, даст дополнительные инструкции. Ежедневная гимнастика для ступней начинается с разминки, самомассажа, проводится босиком, состоит из комплекса упражнений по 4-5 минут. Спортивные нагрузки улучшают кровообращение в конечностях, разрабатывают мышцы, делают связки крепче, эластичнее, способствуют снижению веса, что уменьшает нагрузку на суставы, связки, давление на ступни. При вальгусной деформации ортопеды советуют заниматься спортивной, скандинавской ходьбой, при занятии этими видами спорта нагрузка на суставы минимальная, а польза от времяпрепровождения на свежем воздухе и физической активности взрослым, детям огромна.

Лечение дополняется ношением ортопедической обуви или стелек, ванночками, использованием профилактических массажных ковриков, других приспособлений.

Кифотическая осанка (сутулость, круглая спина) – увеличение грудного кифоза, часто сочетающееся с уменьшением поясничного лордоза вплоть до его полного отсутствия, голова наклонена вперед, легко

определяется выступающий остистый отросток седьмого шейного позвонка, из-за укорочения грудных мышц плечи сведены вперед, живот выпячен, отмечается привычное компенсаторное полусогнутое положение коленных суставов.

Как и многих других проблем с позвоночником, кифоза можно избежать, если следовать простым правилам и соблюдать профилактические меры, выполнять упражнения лечебной физкультуры систематично и структурированно, по плану, рекомендованному специалистами. В него включаются все виды организованной и самостоятельной деятельности, в которых четко выступают локомоторные (связанные с перемещением в пространстве) движения детей. В литературе встречаются термины «достаточный двигательный режим», «нормальный», «повышенный». Все они ориентируют на обеспечение оптимальной двигательной активности детей. Однако это одностороннее освещение сущности двигательного режима. Назначение его не только в удовлетворении потребности детей в движении. Не менее важна содержательная сторона - разнообразие движений, видов и форм деятельности.

Дети, имеющие проблемы с функцией опорно-двигательного аппарата разной степени выраженности и не имеющие достаточно развитого уровня сенсомоторного опыта, испытывают определенные трудности в процессе овладения программным материалом образовательной программы. Эти особенности часто сопряжены с недостаточным развитием мышления, восприятия, внимания, памяти и несформированностью всех компонентов речевой функциональной системы.

«У детей с данными нарушениями снижена умственная работоспособность, повышена утомляемость, что затрудняет формирование познавательного опыта, приводит к искажению мыслительной деятельности. У дошкольников замедлена артикуляционная моторика, расстроена динамическая координация и соразмерность как тонких, так и общих

движений. Указанные трудности затрудняют усвоение учебной программы и формируют особые образовательные потребности у наших воспитанников».

Исследователи выделяют особенности детей младшего и среднего дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата:

- двигательная нескоординированность;
- нарушения в соблюдении темпа движений;
- низкая работоспособность;
- повышенная утомляемость;
- отставание в физическом развитии;
- ограниченность определенных видов движений (в зависимости от диагноза);
- затруднения в освоении отдельных или основных двигательных умений и навыков (ходьба, бег, прыжки, подскоки);
- затруднения в фиксации положения на определенное время;
- заторможенность.

«Вопрос физической реабилитации/коррекции дошкольника в стенах дошкольного, а не лечебного учреждения очень актуален. Дошкольники с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата нуждаются в работе коррекционно-развивающего характера, в целенаправленном воздействии на коррекцию недостатков, которые могут привести к нарушению умственной работоспособности, вызвать трудности во взаимодействии с окружающим миром, изменению способов коммуникации и средств общения, в дальнейшем овладении познавательным опытом на этапе школьной ступени обучения» [18].

«Процесс коррекционно-развивающего обучения и воспитания в дошкольном учреждении для детей с опорно-двигательным аппаратом строится с учетом психологических особенностей и закономерностей развития психики данной категории детей» [17].

По мнению В.К. Бальсевича, «стратегия физического воспитания ребенка должна состоять в том, чтобы научить его возможно большему

числу разнообразных движений...» [2]. Овладение различными двигательными навыками обогащает двигательный опыт, расширяет диапазон двигательных способностей детей, способствует повышению функциональных возможностей организма. С учетом того, что в период дошкольного и младшего школьного возраста скелетные мышцы находятся в стадии интенсивного формирования и развития, одна из наиболее важных задач физического воспитания детей является задача по формированию правильной осанки и предупреждению деформации опорно-двигательного аппарата.

«Изменение содержания физкультурных занятий непосредственно отражается на уровне здоровья современных дошкольников. Состояние здоровья детей вынуждает педагогов искать новые подходы к организации занятий физическими упражнениями». Т.А. Соловьева «справедливо указывает, что современная физкультура в дошкольном учреждении должна предупреждать заболевания, то есть быть профилактической. Ее не могут заменить программы по лечебной физической культуре, так как они адресованы детям с пред-патологией и патологией. На занятиях с ослабленными детьми должны использоваться программы по профилактической физической культуре» [12].

«В.С. Язловецкий говорит в своих трудах, что болезнь нарушает нормальное развитие ребенка» [21]. «Вынужденный покой всегда неблагоприятно сказывается как на общем состоянии больного ребенка, так и на течении местного патологического процесса. Восполнение вынужденного дефицита движений при помощи дозированных физических упражнений и правильной организации всего двигательного режима является одной из главных задач физического воспитания детей с ослабленным здоровьем. Движения, применяемые в любой форме до тех пор, пока они адекватны физиологическим возможностям детского организма, всегда будут являться оздоровительным, лечебным фактором».

С.В. Матвеев, Г.Н. Парамонова С.А. Черпаченко «ведущее место в комплексе оздоровительных мероприятий отводят физическому воспитанию. По их мнению, преимущество использования физических упражнений перед другими оздоровительными методиками проявляется в их доступности, универсальности, простоте и высокой эффективности» [11].

«Многие исследователи указывают на то, что целенаправленные занятия физическими упражнениями имеют исключительное значение для формирования опорно-двигательного аппарата детей. В качестве основного средства коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата дошкольников использовался комплекс бодрящей гимнастики. Он был составлен на основе рекомендаций, разработанных Г.Г. Лукиной» [9].

«К настоящему времени накоплен большой фактический материал, характеризующий клинико-психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Вопросы обучения и воспитания детей с двигательными нарушениями И.В. Ипполитова, Э.С. Калижнюк, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, К.А. Семенова, Н.В. Симонова, однако не рассматривался вопрос организации двигательного режима в детском саду с целью коррекции нарушений» [10].

1.2 Характеристика организации двигательного режима с целью коррекции у детей 4-5 лет нарушений опорно-двигательного аппарата

Понятие «двигательный режим» включает в себя продолжительность, повторяемость и распределение всех видов физической деятельности детей в течение дня. И подразумевает все виды организованной и самостоятельной деятельности, в которых четко выступают локомоторные (связанные с перемещением в пространстве) действия детей.

«Главная цель двигательного режима – удовлетворяя естественную биологическую потребность детей в движении, добиться улучшения их здоровья, всестороннего физического развития, обеспечить овладение двигательными умениями, навыками и элементарными знаниями по физической культуре, создать условия для разностороннего (умственного, нравственного, эстетического) развития ребят и воспитания у них потребности в систематических физических упражнениях» [13].

Двигательный режим в дошкольном учреждении включает всю динамическую деятельность детей, как организованную, так и самостоятельную. При разработке рационального двигательного режима важно не только обеспечить удовлетворение биологической потребности детей в двигательной активности, но и предусмотреть рациональное содержание, основанное на оптимальном соотношении разных видов занятий, подобранных с учётом возрастных и индивидуальных особенностей.

Рациональное сочетание разных видов занятий по физической культуре представляет целый комплекс оздоровительно-образовательных и воспитательных мероприятий. Содержание и построение занятий разное, каждое из них в той или иной мере имеет свое специфическое название.

Формы двигательной активности: утренняя гимнастика, гимнастика после дневного сна, прогулки – походы в лес, подвижные игры и физические упражнения на прогулке выполняют организационно-оздоровительные задачи. Рассмотрим их.

Физкультминутка, двигательная разминка снимают утомление у детей и повышают их умственную работоспособность.

На учебных занятиях дети учатся, приобретают необходимые навыки, умения, знания.

Недели здоровья, физкультурный досуг, спортивные праздники – это активный отдых.

Кружки по интересам развивают двигательные способности и творчество детей.

Индивидуальная и дифференцированная работа предназначена для коррекции физического и двигательного развития.

Корректирующая гимнастика назначается врачом, решает лечебно-профилактические задачи и предназначена для детей с ослабленным здоровьем.

Логоритмическая гимнастика необходима для профилактики нарушения речи у детей и развития моторики.

В зависимости от назначения все вышеперечисленные виды занятий, их характер могут меняться и повторяться с разной периодичностью в течение дня, недели, месяца, года, составляя так называемый оздоровительный двигательный режим дошкольников.

Придавая особую значимость роли двигательной активности в укреплении здоровья дошкольников, необходимо определить приоритеты в режиме дня.

Первое место в двигательном режиме детей принадлежит физкультурно-оздоровительным занятиям. К ним относятся общеизвестные виды двигательной активности: утренняя гимнастика, подвижные игры и физические упражнения во время прогулок, физкультминутки, пальчиковая гимнастика, точечный массаж на занятиях с умственной нагрузкой.

Второе место в двигательном режиме детей занимают занятия по физической культуре – является как основная форма обучения двигательным навыкам и развития оптимальной для детей.

Третье место отводится самостоятельной двигательной деятельности, возникающей по инициативе детей. Она дает широкий простор для проявления их индивидуальных двигательных возможностей. Самостоятельная деятельность является важным источником активности и саморазвития ребенка. Продолжительность ее зависит от индивидуальных проявлений детей в двигательной деятельности.

«Регулярная двигательная активность является одним из важных факторов в обеспечении нормальной жизнедеятельности людей. Она является энергетической и организующей основой физического и умственного развития в онтогенезе человека. Из всех форм детской активности двигательная деятельность наиболее характеризует ребенка в первые годы его жизни, так считал Е.А. Аркин» [1]. «Двигательный режим, обеспечивающий активный отдых, удовлетворяющий естественную потребность детей в движении, – важнейший оздоровительный и профилактический фактор общего режима дня. Положительное влияние оптимального объема двигательной активности в режиме дня проявляется у детей в работе всех органов и физиологических систем» (И.М. Воронцов, Т.С. Грядкина, А.А. Семенов, В.П. Соломин, С.Б. Тихвинский,) [5].

Дошкольный возраст является важным этапом становления личности ребенка, формирования двигательных навыков, развития физических качеств, обеспечения условий нормального биологического развития ребенка.

Исключительно важную роль движениям в общем развитии и воспитании детей отводили К.Д. Ушинский, Н.К. Крупская, А.С. Макаренко. К.Д. Ушинский придавал большое значение играм, гимнастике, пребыванию детей на воздухе. Он рекомендовал делать в занятиях с детьми небольшие перерывы для выполнения кратковременных движений, способствующих восстановлению внимания.

Правильная организация двигательной активности детей в повседневной жизни обеспечивает выполнение двигательного режима, необходимого для здорового физического состояния ребёнка и его психики в течение дня.

Высокая активность для ребенка является одним из главных источников познания окружающего мира. Чем большим количеством разнообразных движений и действий овладевает ребенок, тем благоприятнее будут условия для его психического развития. Физическое воспитание в

системе воспитания детей дошкольного возраста должно занимать одно из центральных мест.

Данной проблеме, в психолого-педагогической науке, уделялось большое внимание. На этом поприще в разные годы объединяли и продолжают объединять свои усилия такие ученые как Н.А. Бернштейн, А.З. Запорожец, В.П. Зинченко, Ю.Ф. Змановский, В.Т. Кудрявцев, Е.А. Аркин, И.А. Аршавский; П.С. Лесгафт, В.К. Бальсевич.

Методический аспект рассматривали Н. Аксенова, М.Ю. Кистяковская, Т.И. Осокина, Ю.Ю. Рауцкис, М.А. Рунова, Е.А. Тимофеева, Н.А. Фомина, В.Г. Фролов, С.Б. Шарманова, В.А. Шишкина, и др.

Двигательный режим – это как раз то, о чем точно сказал Н.А. Семашко «Физкультура – 24 часа в сутки!».

«В дошкольном возрасте еще не закончено окостенение скелета, мышечная система относительно слаба, опорно-двигательный аппарат легко поддается деформациям. Активный двигательный режим, как отмечал П.Ф. Лесгафт, во многом содействует развитию костно-мышечной системы» [16].

При разработке рационального двигательного режима важно не только обеспечить удовлетворение биологической потребности детей в двигательной активности, но и предусмотреть рациональное содержание двигательной активности, основное на оптимальном соотношении разных видов занятий, подобранных с учетом возрастных и индивидуальных особенностей. Двигательная активность дошкольника должна быть целенаправленна и соответствовать его опыту, интересам, желаниям, функциональным возможностям организма, что и составляет основу индивидуального подхода к каждому ребенку.

В федеральном государственном образовательном стандарте говорится, что при организации двигательного режима необходимо выполнять следующие требования:

- общая продолжительность двигательной активности занимает не менее 50% периода бодрствования, при этом 90% – средней и малой интенсивности, 10-15% – большой. Выполнение этих требований обеспечит предупреждение утомления ребенка на протяжении всего дня, создаст условия для правильного физического развития;
- согласно нормативно-правовым документам, регламентирующим санитарно-эпидемиологические правила и нормы для дошкольных образовательных учреждений, максимальная продолжительность непрерывного бодрствования детей 3-7 лет составляет 5,5 -6 часов.

С помощью двигательного режима можно исправить множество нарушений, но очень важно, чтобы вся двигательная деятельность проводилась правильно и под наблюдением взрослых, таким образом, одним из ведущих средств консервативного лечения нарушения сколиотической осанки является лечебная физкультура. Корректирующие упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища, позволяют добиваться коррекционного воздействия на деформацию, улучшают осанку, функцию внешнего дыхания, дают общеукрепляющий эффект [6].

Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме

2.1 Выявление проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет

Экспериментальная работа проводилась на базе МБУ д/с №5 «Филиппок» г.о. Тольятти. В исследование приняли участие 12 дошкольников 4-5 лет. Список детей представлен в Приложении А.

Опишем организацию констатирующего эксперимента.

Цель констатирующего эксперимента – выявить типичные и индивидуальные проявления нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

Первым этапом экспериментальной работы на констатирующем этапе стал анализ медицинских карт детей 4-5 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата на предмет конкретизации вида нарушения.

Вторым этапом констатирующего этапа стала педагогическая диагностика, цель которой – выявление типических проявлений диагнозов у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет.

Третьим этапом констатирующего этапа стал анализ календарных планов воспитателей; тетради по взаимосвязи со специалистами с целью определения содержания работы по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

Рассмотрим каждый этап.

Изучив и проанализировав медицинские карты детей, нами были выделены три основных диагноза экспериментальной группы детей: «кифотическая осанка»; «плоско вальгусная деформация стоп»; «сколиотическая осанка». Рассмотрим типические проявления, свойственные детям с данными нарушениями, представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Диагнозы и типические проявления детей экспериментальной группы

Диагнозы	Проявления диагнозов
Кифотическая осанка	– голова наклонена вперед – плечи сведены вперед – живот выпячен – полусогнутое положение коленных суставов
Плоско вальгусная деформация стоп	– шаткость – видоизменение в походки с проявлением неуклюжести – неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть – наличие звуков шарканья при ходьбе
Сколиотическая осанка	– наклон туловища вправо или влево – асимметрия плечевого пояса – сутулость – голова наклонена вперед или наклонена в право или лево – плечи сведены вперед

Для выявления индивидуальных проявлений диагноза у детей 4-5 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата мы определили диагностические методики по выявлению уровня физического развития дошкольников (Н.И. Полтавцева), которые включали 3 задания, представленные в таблице 2.

Таблица 2 – Диагностическая карта констатирующего эксперимента

Показатели	Диагностические задания
Уровень сформированности навыков ходьбы	Диагностическое задание 1. Ходьба
Уровень сформированности навыков стояния	Диагностическое задание 2. Стояние
Уровень сформированности навыков сидение	Диагностическое задание 3. Сидение

Диагностическое задание 1. Ходьба.

Цель: выявление уровня сформированности навыков ходьбы у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Ход проведения: наблюдение проводится со всей группой во время образовательной деятельности по физическому развитию.

Детям предлагают пройти по физкультурному залу шагом (вводная часть занятия).

Критерии оценки.

1 балл – структурный навык ходьбы не сформирован,

2 балла – структурный навык ходьбы частично сформирован,

3 балла – структурный навык ходьбы сформирован полностью.

Качественные показатели фиксировались в протокол условными обозначениями «+» «±» «-». Знаки соответствуют следующим балльным оценкам: 1 балл – «-»; 2 балла – «+»; 3 балла – «+». (Приложение Б).

По итогам диагностического задания 1 были получены следующие количественные и качественные результаты.

Количественные результаты сформированности навыка ходьбы представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Количественные результаты проведения диагностического задания 1

Уровень сформированности навыков ходьбы	Низкий	Средний	Высокий
Количество детей	4	7	1
Процент %	33,4 %	58,3 %	8,3 %

Таблица 4 – Количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при ходьбе у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты
Положение спины	83,3% (10 детей)
Положение головы	41,6% (5 детей)
Положение плеч	50% (6 детей)
Мышцы живота	33,4% (4 ребенка)
Постановка стопы	25% (3 ребенка)
Поднятие ног в ходьбе	50% (6 детей)
Координация рук и ног	16,7% (2 ребенка)
Прямолинейность	8,3% (1 ребенок)

Яркое проявление диагноза, низкий уровень сформированности двигательного навыка ходьбы, у 33,4 % детей (4 человека) Ульяна А.,

Максим Н., Александр С., Егор Ф. во время ходьбы были зафиксированы следующие результаты: сутулая спина, плечи сведены вперед, мышцы живота расслаблены, неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть, наличие звуков шарканья при ходьбе, руки не скоординированы с ногами, в походке наблюдалась шаткость и неуклюжесть.

У 58,3% детей (7 человек), во время ходьбы были зафиксированы показатели, которые проявлялись не в яркой форме у Мария Б., Вероника К., Владимир М., т.е. на среднем уровне сформированности навыка ходьбы. Мария Н., Софья П., Василиса С., Матвей Т. спину старались держать ровно, плечи расправленными, голову старались держать приподнятой, мышцы живота подтянуты, неправильная постановка стоп, не значительное проявление неуклюжести в походке.

У 8,3% детей (1 ребенка) Арсения П., были зафиксированные показатели в большей части соответствующие норме, у ребенка наблюдалась ровная спина, расправленные плечи, ребенок ровно держал голову, мышцы живота подтянуты, не шаркающая походка, то есть у ребенка отмечается высокий уровень сформированности навыка ходьбы.

Проведя первое диагностическое задание, можем сделать вывод, что у большинства детей в группе диагноз проявляется не в яркой форме.

Диагностическое задание 2. Стояние

Цель: выявление уровня сформированности навыка стояния у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Ход проведения: наблюдение проводится индивидуально за ребенком в течение дня. За каждым ребенком проводилось наблюдение в процессе его вертикального положения тела.

Критерии оценки.

- 1 балл – структурный навык вертикализации не сформирован,
- 2 балла – структурный навык вертикализации частично сформирован,
- 3 балла – структурный навык вертикализации сформирован полностью.

Качественные показатели фиксировались в протокол условными обозначениями: «+» «±» «-». Знаки соответствуют следующим балльным оценкам: 1 балл – «-»; 2 балла – «+ -»; 3 балла – «+» (Приложение Б).

Количественные результаты представлены в таблицах 5 и 6.

Таблица 5 – Количественные результаты проведения диагностического задания 2

Уровень сформированности навыка сидения	Низкий	Средний	Высокий
Количество детей	6	6	-
Процент %	50%	50%	-

Таблица 6 – Количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при стоянии у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты
Упор на внутреннюю часть стопы	25% (3 ребенка)
Смена позы	41,7% (5 детей)
Голова наклонена вперед	25% (3 ребенка)
Плечи сведены вперед	50% (6 детей)
Сутулость	58,3% (7 детей)
Выпяченный живот	25% (3 ребенка)
Асимметрия плечевого пояса	8,3% (1 ребенок)

У 50 % детей (6 человек) имеют яркое проявление диагноза при стоянии, то есть низкий уровень сформированности навыка стояния у Ульяны А., Максима Н., Софьи П. идет большой упор на внутреннюю часть стопы, из-за этого они не могут долгое время стоять в одном положении. Василиса С., Матвей Т., Егор Ф. у них происходит частая смена позы то в правую, то в левую сторону, при этом голова и плечи сведены вперед; асимметрия плечевого пояса, можно наблюдать выпяченный живот.

50 % детей (6 человек) Мария Н., Арсений П., Александр С. имеют не сильно выраженное проявление навыка, то есть средний уровень сформированности навыка стояния. Мария Б., Вероника К., Владимир М делают упор свода стопы во внутреннюю часть, смена позы происходит не

часто, могут держать плечи и голову в правильном положении долгое время, живот подтянут.

Проведя второе диагностическое задание, можем сделать вывод, что 50 % детей (6 человек) группы имеют яркое проявление диагноза, у второй половины группы диагноз проявляется не в яркой форме.

Диагностическое задание 3. Сидение.

Цель: выявление уровня сформированности навыка сидения у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Ход проведения: наблюдение проводится индивидуально за ребенком в течении дня.

Критерии оценки.

1 балл – структурный навык сидения не сформирован,

2 балла – структурный навык сидения частично сформирован,

3 балла – структурный навык сидения сформирован полностью.

Качественные показатели фиксировались в протокол условными обозначениями: «+» «±» «-». Знаки соответствуют следующим балльным оценкам: 1 балл – «-»; 2 балла – «+»; 3 балла – «+» (Приложение Б).

Количественные результаты представлены в таблицах 7 и 8.

Таблица 7 – Количественные результаты проведения диагностического задания 3

Уровень проявления диагноза при сидении	Низкий	Средний	Высокий
Количество детей	7	4	1
Процент %	58,3%	33,4%	8.3%

У 58,3% детей (7 человек) Василисы С., Матвея Т., Егора Ф. ярко выраженное проявление нарушения, то есть, низкий уровень сформированности навыка сидения. Ульяны А., Вероники К., Максима Н., Софьи П. наблюдается сутулость, туловище наклонено вперед, голова

опущена вперед, плечи сведены и видна сильная асимметрия плечевого пояса, живот выпячен.

У 33,4% детей (4 человек) Марии Б., Владимира М., во время сидения были зафиксированы показатели, которые проявлялись не в яркой форме, то есть, сформирован средний уровень навыка сидения. Марии Н., Арсения П., Александра С. спина была ровная с небольшим наклоном в вперед, плечи немного наклонены вперед, голова не значительно наклонена вперед, мышцы живота подтянуты, у некоторых детей была видна не значительная асимметрия плечевого пояса, живот втянут.

У 8,3% детей (1 ребенка), Арсений П., наблюдается показатель в большей части соответствующий норме, то есть высокий уровень сформированности навыка сидения: у ребенка наблюдалась ровная спина, расправленные плечи, ребенок ровно держал голову, живот втянут.

Таблица 8 – Количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при сидении у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты
Упор на внутреннюю часть стопы	25% (3 ребенка)
Смена позы	58,3% (7 детей)
Голова и плечи сведены вперед	16,7% (2 ребенка)
Сутулость	75% (9 детей)
Асимметрия плечевого пояса	16,7% (2 ребенка)
Выпяченный живот	41,7% (5 детей)

Подводя итоги диагностического наблюдения, можно сказать, что у 50% детей (6 человек) Ульяны А., Максима Н., Матвея Т. наблюдаются яркие типичные проявления диагнозов, что свидетельствует о низком уровне сформированности двигательных навыков, как проявление нарушений опорно-двигательного аппарата. У 41,7% детей (5 человек) Марии Б., Вероника К., Владимир М., Марии Н., диагнозы проявляются в отдельных показателях. И у 8,3% детей (1 ребенок) Арсений П. диагноз имеется, но типичные проявления не видны. Количественные результаты выявления

индивидуальных особенностей сформированности двигательных навыков, как проявления диагнозов нарушений опорно-двигательного аппарата, представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Количественные результаты сформированности двигательных навыков – индивидуальных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата

Результаты констатирующего эксперимента	Низкий	Средний	Высокий
Количество детей	6	5	1
Процент %	50%	41,7%	8,3%

На третьем этапе работы мы изучили и проанализировали календарные планы воспитателей, тетради по взаимосвязи со специалистами. Подсчитали количество ежедневно осуществляемой и запланированной индивидуальной, подгрупповой, групповой работы, направленной на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата. На основании полученных данных мы можем сделать вывод, что работа в данном учреждении ведется в условиях фронтальной работы и индивидуальным подходом к каждому ребенку не осуществляется. Но для детей с диагнозами «кифотическая осанка»; «плоскостопная деформация стоп»; «сколиотическая осанка» этой работы недостаточно, чтобы скорректировать нарушения опорно-двигательного аппарата. В связи с этим можно сделать вывод, что данным детям необходимо чаще выполнять специально подобранные упражнения, направленные на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, результаты анализа проведенной работы, представленные в Приложении Б4, свидетельствуют о необходимости проведения специально организованной работы по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима.

2.2 Организация и содержание коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме

Анализ теоретической информации по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме и результаты констатирующего эксперимента позволили нам перейти к формирующему эксперименту. Результаты констатирующего эксперимента показали, что детям необходимо организация дополнительной работы, направленной на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата.

Цель формирующего эксперимента – определить и апробировать содержание и организацию коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в процессе двигательного режима.

Для того, чтобы работа, направленная на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме была эффективной, мы выделили три этапа формирующего эксперимента в соответствии с гипотезой исследования:

- определение индивидуальных двигательных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей;
- разработка каталога физических упражнений для коррекции разных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет;
- включение физических упражнений в разные формы физкультурно-оздоровительной работы двигательного режима.

Цель первого этапа является изучение и подбор физических упражнений в соответствии с возрастом и диагнозами детей, индивидуальными проявлениями двигательных нарушений.

Результаты констатирующего эксперимента позволили обобщить типичные и индивидуальные проявления испытуемых дошкольников.

Мы определили следующие нарушения в двигательных умениях, которые являются следствием нарушения опорно-двигательного аппарата.

Кифотическая осанка:

- голова наклонена вперед;
- плечи сведены вперед;
- живот выпячен;
- полусогнутое положение коленных суставов.

Плоско вальгусная деформация стоп:

- шаткость;
- видоизменение в походки с проявлением неуклюжести;
- неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;
- наличие звуков шарканья при ходьбе.

Сколиотическая осанка:

- наклон туловища вправо или влево;
- асимметрия плечевого пояса;
- сутулость;
- голова наклонена вперед/вправо/влево;
- плечи сведены вперед.

Индивидуальные проявления кифоза при вертикализации:

- нарушение осанки;
- полусогнутое положение коленных суставов;
- голова наклонена вперед;
- надплечья приподняты;
- грудь западает;
- руки свисают чуть впереди туловища;
- круглая спина;
- крыловидные лопатки.

При сидении:

- нарушение осанки;
- голова и плечи наклонены вперед;
- грудь западает;
- круглая спина;

- крыловидные лопатки.

При ходьбе:

- слегка согнутые колени;
- сутулая спина;
- голова и плечи наклонены вперед;
- грудь западает;
- круглая спина;
- крыловидные лопатки.

Индивидуальные проявления сколиотической осанки, при вертикализации:

- сутулость;
- асимметрия в расположении лопаток и плеч (одно выше другого);
- разная длина рук;
- частый или постоянный наклон головы в одну сторону;
- излишний изгиб позвоночника;
- грудная клетка выдвинута вперед;
- брюшной пресс ослаблен.

Индивидуальные проявления при сидении:

- сутулость;
- асимметрия в расположении лопаток и плеч (одно выше другого);
- частый или постоянный наклон головы в одну сторону;
- грудная клетка выдвинута вперед;
- брюшной пресс ослаблен.

Индивидуальные проявления при ходьбе:

- сутулость;
- ноги не выпрямляются;
- асимметрия в расположении лопаток и плеч (одно выше другого);
- частый или постоянный наклон головы в одну сторону;
- грудная клетка выдвинута вперед;
- брюшной пресс ослаблен.

Индивидуальные проявления плоско-вальгусной деформации стоп при вертикализации:

- нарушение осанки;
- упор на внутреннюю часть стопы;
- упор на внешний край стопы.

Индивидуальные проявления при сидении:

- нарушение осанки;
- упор на внутреннюю часть стопы;
- упор на внешний край стопы.

Индивидуальные проявления при ходьбе:

- нарушение осанки;
- неправильная походка;
- упор на внутреннюю часть стопы;
- упор на внешний край стопы.

Цель второго этапа формирующего эксперимента – разработать каталог физических упражнений для коррекции разных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет.

Мы изучали содержание раздела «Физическое развитие» адаптированной основной образовательной программы, а также рекомендации к отбору движений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата А.А. Потапчук [15].

Для детей с кифотической осанкой мы выбрали следующие упражнения: «Посидим по-турецки», «Приседания, палка вперёд», «Цапля», «Самолетик – самолет», «Замок», «Полу-мостик», «Оловянный солдатик», «Мышка и мишка», «Плавание на байдарках», «Полёт», «Уголок», «Наклон, палка вперёд», «Крокодильчики».

Для детей со сколиотической осанкой нами были подобраны следующие упражнения: «Ласточка», «Тренировка плеч», «Самолетик», «Гусеница», «Цапля», «Самолетик-самолет», «Кошечка», «Смотри вперед», «Гуси», «Пингвины на льдинах», «Потянись», «Рука, нога», «Ножницы».

Для детей с плоско-вальгусной деформацией стоп подобрали упражнения: «Катание мячика ножками», «Ходьба по гимнастической палке», «Великаны и гномики», «Ступенька», «Поднимаем ноги», «Велосипед», «Ходьба на носочках», «Поднимать с пола ногой мелкие предметы», «Приседать, стоя на гимнастической палке», «Лягушки», «Упражнение с приседанием», «Лягушечка», «Катать скалку или палочку».

На втором этапе нашей работы мы разработали перспективный план, в котором располагали упражнения в соответствии с диагнозами и элементами двигательного режима. Данное пособие было удобно в ежедневном использовании, мы оформили наш каталог в виде таблицы, где мы отразили названия элементов двигательного режима, недели, а в них колонки с диагнозами, куда затем были вставлены подобранные ранее физические упражнения (Приложение В).

Целью третьего этапа является реализация коррекционной работы в двигательном режиме.

На третьем этапе нашей работы, при организации коррекционной работы, направленной на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме, мы учитывали индивидуальные особенности развития каждого ребенка и реализовывали перспективный план, направленный на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата.

Работа по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата в двигательном режиме проводилась каждый день со всеми детьми в индивидуальной, подгрупповой и фронтальной формах. Утром и вечером в индивидуальной работе каждому ребенку предлагали выполнить индивидуально подобранное упражнение с объяснением и показом педагога.

Фрагмент планирования индивидуальной работы представлен в таблице 10.

Таблица 10 – Фрагмент планирования реализации коррекционных упражнений в индивидуальной работе

Элемент двигательного режима	1 неделя			2 неделя		
	КО	СО	ПВДС	КО	СО	ПВДС
Инд. работа утром	«Полет»	«Кошечка»	«С пятки на носок»	«Посидим по-турецки»	«Тренировка плеч»	«Мячик»

В каждый готовый комплекс утренней гимнастики, физкультурных минуток, динамических пауз между образовательной деятельностью, физических упражнений на прогулке, гимнастику после дневного сна мы вставляли для каждого нарушения индивидуальное упражнение, ранее подобранное нами. Рассмотрим более подробно нашу работу в двигательном режиме, во всех формах двигательной активности.

В ходе разных форм физкультурно-оздоровительной работы проводили индивидуальную работу по коррекции индивидуальных двигательных умений, нарушениях которые выявили на констатирующем этапе. Например, у Ульяны А. боковое искривление позвоночника. Для работы по коррекции осанки нами были подобраны упражнения, направленные на укрепление мышц спины и брюшного пресса. «Оловянный солдатик», «Вис», «Напряженное прогибание спины». Данные упражнения проводились во время гимнастики после сна, занятий по физическому развитию, во время индивидуальной работы. Выполняя упражнения, Ульяна А. испытывала затруднения, у нее наблюдался гипертонус мышц из-за чего она затруднялась выполнять данные упражнения. В следствии чего результат остался на том же уровне развития проявления диагноза. Для формирования умения сидеть, сохраняя осанку, укрепления мышц спины мы выбрали упражнения «Плавание на байдарках», «Пингвины на льдинах», «Ель, елка, елочка» «Уголок», «Кошечка», «Стоя на четвереньках», «Рука-нога», «Ножницы». Их проводили на утренней гимнастике и на занятиях по физическому развитию.

Для коррекции сведения плеч с Ульяной А., Егором Ф. и Марией Б. на утренней гимнастике мы проводили упражнение «Тренировка плеч». В данном упражнении детям необходимо было свести лопатки при исходном положении стоя. Так же были даны словесные указания «Ребята, смотрим прямо, спину удержите ровно».

У Василисы С. проблема с перекатом стопы. Для работы с ней мы выбрали ряд упражнений: «Собери крышечки», «Покатай скалку или палочку».

На занятии по физическому развитию мы организовали работу, направленную на коррекцию плоско-вальгусной деформации стопы с Егором Ф., Матвеем Т., Александром С. и предложили им выполнить упражнение «Собери червячков». Также при выполнении упражнения мы напоминали детям инструкции «Матвей, собирай червячков двумя ногами». Выполняя упражнение, Егор Ф. забывал держать руки на поясе. Педагог напоминал Егору Ф. о том, чтобы он не отвлекался от выполнения упражнения.

С целью коррекции неправильной постановки ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть с детьми Машей Б., Вероникой К. и Максимом Н. на занятие по физической культуре в индивидуальной форме проводили упражнение «Мячик». Выполняя упражнение, Маша Б., не могла полностью нажать стопой на мячик, потому что ей было щекотно и это вызывало у нее смех, Вероника К., и Максим Н., старались выполнить упражнение, но часто забывали про осанку и сутулились.

На утренней гимнастике детям с кифотической осанкой мы предложили упражнения «Приседание палка вперед», «Крылья», «Скольжения». Детям с нарушением осанки давали на выполнение упражнение «Гусеница».

Детям, имеющим диагноз кифотической осанки, на дневной прогулке мы предложили выполнить упражнение «Полет».

Цель упражнения: формирование навыка правильной осанки, развитие координации движений. Упражнение выполнялось следующим образом.

И.п. – стоя, руки вдоль тела. Необходимо отвести руки назад с лёгким прогибом в грудном отделе позвоночника и одновременным оставлением ноги назад на носок-вдох. Возвращение в и.п. выдох (3 раза каждой ногой).

Данное упражнение очень понравилось детям, особенно Ульяне А. и Марии Н. Василиса С. сказала: «смотрите, я как будто настоящая птичка». Александр С. расстроился, потому что не смог с первого раза удержать равновесие и пошатнулся. Он попробовал сосредоточиться и выполнить упражнение еще раз. После проделанной работы у ребят поднялось настроение, и они предложили поиграть в подвижную игру «Птички».

Дети с диагнозом «сколиотическая осанка» Софья П., Егор Ф. делали упражнение «Тренировка плеч». В данном упражнении надо было свести лопатки при исходном положении стоя. Были даны указания: «Ребята, спину держим ровно, смотрим в перед».

Во время побудки с Владимиром М., Арсением П., и Софией П. мы выполняли упражнение «Кошечка».

И. п. – на четвереньках

Прогнуть спину вверх на вдохе;

Прогнуть спину внутрь на выдохе –от 7 до 10 раз.

Методические указания: голова поднята, смотрит вперед

Дозировка: от 7 до 10 раз.

Владимир М. не хотел выполнять упражнение, из-за этого не старался выполнить его правильно, не сильно прогибал спину, голова была опущена вниз, София П. и Арсений П. старались выполнить упражнение правильно, но забывали держать голову прямо.

Как нам уже известно, что у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата снижена умственная работоспособность, повышена утомляемость, что влечет за собой трудности в формирование познавательного опыта, приводит к искажению мыслительной деятельности.

Замедленна артикуляционная моторика, расстроена динамическая координация и соразмерность как тонких, так и общих движений. Указанные трудности затрудняют усвоение образовательной программы, и влекут за собой особое образовательные потребности у наших детей.

Для подтверждения возможности коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме мы провели контрольный этап эксперимента.

Глава 2.3 Определение изменений в проявлениях нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет

Для определения изменений проделанной коррекционной работы с детьми 4-5 лет с нарушением опорно-двигательного аппарата в двигательном режиме был проведен контрольный эксперимент.

Контрольный эксперимент проводился с теми же дошкольниками, что и на констатирующем эксперименте.

Цель констатирующего эксперимента – выявление изменений типичных и индивидуальных проявлений диагнозов у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет.

В ходе контрольного среза нами были использованы те же диагностические задания и критерии оценки, что и в констатирующем эксперименте, которые представлены в диагностической карте констатирующего эксперимента (Таблица 1).

Проанализируем полученные результаты.

Диагностическое наблюдение 1. Ходьба

Цель: выявление уровня сформированности навыков ходьбы у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Сравнительный анализ констатирующего и контрольного эксперимента на выявление проявлений диагноза при ходьбе показали следующие результаты, представленные в таблица 11 и 12.

Таблица 11 – Сравнительные количественные результаты сформированности навыков ходьбы у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Уровень проявления диагноза при ходьбе	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап
	Низкий		Средний		Высокий	
Количество детей	4	4	7	7	1	1
Процент %	33,4%	33,4%	58,3%	58,3%	8,3%	8,3%

Таблица 12 – Сравнительные количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при ходьбе у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты (Констатирующий)	Количественные результаты (Контрольный)
Положение спины	83,3% (10 детей)	83,3% (10 детей)
Положение головы	41,7% (5 детей)	41,7% (5 детей)
Положение плеч	50% (6 детей)	50% (6 детей)
Мышцы живота	33,4% (4 ребенка)	33,4% (4 ребенка)
Постановка стопы	25% (3 ребенка)	25% (3 ребенка)
Поднятие ног в ходьбе	50% (6 детей)	0% (0 детей)
Координация рук и ног	16,7% (2 ребенка)	16,7% (2 ребенка)
Прямолинейность	8,3% (1 ребенок)	8,3% (1 ребенок)

Количество детей с низким уровнем не уменьшилось и составило 33,4% детей (4 ребенка). У Ульяны А., Максима Н., Егора Ф. во время ходьбы были зафиксированы следующие показатели: сутулая спина, плечи сведены вперед, мышцы живота расслаблены, неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть, наличие звуков шарканья при ходьбе, руки не скоординированы с ногами, в походке наблюдалась шаткость и неуклюжесть. Изменения произошли у Ульяны А., Вероники К., Максима Н., Василисы С., Александра С., Егора Ф. при ходьбе, дети поднимают ноги высоко от пола.

Большую часть составляют 58,3% детей (7 человек), со средним уровнем, у этих детей типические проявления диагнозов, которые проявлялись не в яркой форме. Например, Мария Б., Александр С. во время

ходить спину старались держать ровно. Вероника К., Владимир М. голову опускали, также проявляли неуклюжесть в походке.

У 8,3% детей (1 ребенка) Арсения П. зафиксирован показатель в большей части соответствующий норме, у него наблюдалась ровная спина, расправленные плечи, голову держал ровно.

Изменения после коррекции были отмечены у 50% детей (6 человек), которые выразились в типичных и индивидуальных проявлениях диагноза (Приложение Г).

Диагностическое наблюдение 2. Стояние

Цель: выявление уровня сформированности навыка стояния у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Сравнительный анализ констатирующего и контрольного эксперимента на выявление проявлений диагноза при стоянии показали следующие результаты, представленные в таблица 13 и 14.

Таблица 13 – Сравнительные количественные результаты проведения диагностического задания 2

Уровень проявления диагноза при стоянии	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап
	Низкий		Средний		Высокий	
Количество детей	6	6	6	6	-	-
Процент %	50%	50%	50%	50%	-	-

Таблица 14 – Сравнительные количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при стоянии у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты (Констатирующий)	Количественные результаты (Контрольный)
упор на внутреннюю часть стопы	25% (3 ребенка)	25% (3 ребенка)
смена позы	41,7% (5 детей)	0% (0 детей)
голова наклонена вперед	25% (3 ребенка)	25% (3 ребенка)
плечи сведены вперед	50% (6 детей)	41,7% (5 детей)
сутулость	58,3% (7 детей)	58,3% (7 детей)
выпяченный живот	25% (3 ребенка)	17% (2 ребенка)
асимметрия плечевого пояса	8,3% (1 ребенок)	8,3% (1 ребенок)

50% детей (6 человек) имеют низкий уровень при стоянии, у Ульяны А., Максима Н., Егора Ф. наблюдался большой упор на внутреннюю часть стопы, из-за этого они не могли долгое время стоять в одном положении. У Софии П., Матвея Т., Василиса С. происходила частая смена позы то в правую то в левую сторону, при этом голова и плечи сведены вперед, видна асимметрия плечевого пояса, можно наблюдать выпяченный живот.

50% детей (6 человек) имеют средний уровень. Мария Б., Вероника К., Владимир Н. у них смена позы происходила не часто. Мария Н., Александр С. держали плечи и голову в правильном положении долгое время, живот подтянут.

Изменения после коррекции были отмечены у 41,7% детей (5 человек), выразились в типичных и индивидуальных проявлениях диагноза (Приложение Г).

Диагностическое наблюдение 3. Сидение

Цель: выявление уровня сформированности навыка сидения у детей 4-5 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

По итогам контрольного наблюдения, в ходе режимного момента, были получены следующие результаты, представленные в таблице 15.

Таблица 15 – Сравнительные количественные результаты проведения диагностического задания 3

Уровень проявления диагноза при сидении	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап
	Низкий		Средний		Высокий	
Количество детей	7	5	4	6	1	1
Процент %	58,3%	41,7%	33,4%	50%	8,3%	8,3%

Низкий уровень уменьшился на 16,7% детей (2 человек). Пронаблюдав, мы сделали вывод, что у 41,7% детей (5 человек) Ульяна А., Максим Н., Софья П. у них ярко выраженное проявления нарушения, сутулость, туловище наклонено вперед, голова опущена вперед, плечи сведены и видна сильная асимметрия плечевого пояса, живот выпячен. У Матвея Т. и Егора Ф.

наблюдался большой упор на внутреннюю часть стопы. Изменения произошли у Вероники К., Василисы С.

У 50% детей (6 человек) был зафиксирован средний уровень во время сидения, показатели проявлялись не в яркой форме. У Марии Б., Вероники К., Владимира М. спина ровная, но с небольшим наклоном вперед, плечи немного наклонены вперед, голова не значительно наклонена вперед, мышцы живота подтянуты. У Марии Н., Василисы С., Александра С. была видна незначительная асимметрия плечевого пояса, живот втянут.

У 8,3% детей (1 ребенка) Арсения П. зафиксированы показатели в большей части соответствующие норме, то есть высокий уровень, у него наблюдалась ровная спина, расправленные плечи, он ровно держал голову, живот был втянут.

Изменения после коррекции были отмечены у 58,3% детей (7 человек), выразились в типичных и индивидуальных проявлениях диагноза (Приложение Г). Сравнительные количественные результаты индивидуальных проявлений представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Сравнительные количественные результаты индивидуальных проявлений диагнозов при сидении у детей 4-5 лет

Проявления диагноза	Количественные результаты (Констатирующий)	Количественные результаты (Контрольный)
упор на внутреннюю часть стопы	25% (3 ребенка)	25% (3 ребенка)
смена позы	58,3% (7 детей)	0% (0 детей)
голова и плечи сведены вперед	16,7% (2 ребенка)	16,7% (2 ребенка)
сутулость	75% (9 детей)	75% (9 детей)
асимметрия плечевого пояса	16,7% (2 ребенка)	16,7% (2 ребенка)
выпяченный живот	41,7% (5 детей)	41,7% (5 детей)

По итогам проведения всех диагностических методик контрольного среза были выявлены следующие результаты, представленные в таблице 17.

У 41,7% детей (5 человек), с ярко проявляющимся диагнозом наблюдается низкий уровень навыка. Диагнозы проявляются в отдельных

показателях у 50% детей (6 человек). И у 8,3% детей (1 ребенка), диагноз имеется, но типические проявления не видны (Приложение Г). Сравнительные результаты констатирующего и контрольного эксперимента представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Сравнительные количественные результаты сформированности двигательных навыков – индивидуальных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата

Уровень проявления диагноза при сидении	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап	Конст. этап	Контр. этап
	Низкий		Средний		Высокий	
Количество детей	6	5	5	6	1	1
Процент %	50%	41,7%	41,7%	50%	8,3%	8,3%

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что проведенная на формирующем эксперименте работа, направленная на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме, не дала высоких результатов, но у детей появились улучшения, следовательно данные исследований позволяют говорить о том, что постоянная работа направленная на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата в двигательном режиме с использованием дополнительных упражнений, дает положительный эффект. Также данную работу можно рекомендовать для дальнейшей коррекционной работы педагогам и специалистам дошкольного образовательного учреждения.

Заключение

Проведенное исследование подтвердило выдвинутую нами гипотезу и позволило сделать следующие выводы.

Результаты теоретического анализа дают основание утверждать, что коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме является актуальной в настоящее время. Об этом говорят исследования таких ученых, как Л.Г. Голубевой, В.А. Доскина, Э.С. Калижнюк, И.В. Ипполитов, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, К.А. Семенова, Н.В. Симонова, Г.И. Турнер.

По мнению многих ученых, коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата нужно начинать проводить в младшем дошкольном возрасте, чтобы легкие нарушения не перешли в стадию грубого стойкого необратимого нарушения.

По мнению В.К. Бальсевича, «стратегия физического воспитания ребенка должна состоять в том, чтобы научить его возможно большему числу разнообразных движений...». Овладение различными двигательными навыками обогащает двигательный опыт, расширяет диапазон двигательных способностей детей, способствует повышению функциональных возможностей организма. С учетом того, что в период дошкольного и младшего школьного возраста скелетные мышцы находятся в стадии интенсивного формирования и развития, одна из наиболее важных задач физического воспитания детей является задача по формированию правильной осанки и предупреждению деформации опорно-двигательного аппарата.

В процессе двигательного режима возможно скорректировать типичные и индивидуальные проявления нарушений.

Диагностика по выявлению типичных и индивидуальных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет показала, что 41,7% детей (5 человек) имеют низкий уровень двигательных умений. 50%

детей (6 человек) имеют средний уровень сформированности двигательных навыков, индивидуальных проявлений диагноза, нарушений опорно-двигательного аппарата. 8,3% детей (1 ребенка) диагноз имеется, но типические проявления не видны.

Мы доказали, что коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме будет эффективнее, если:

- определены индивидуальные двигательные проявления нарушений опорно-двигательного аппарата у детей;
- разработан каталог физических упражнений для коррекции разных проявлений нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет;
- включены коррекционные физические упражнения в разные формы физкультурно-оздоровительной работы двигательного режима.

Проведенная экспериментальная работа позволила выявить положительную динамику сформированности двигательных навыков, которые являются индивидуальными проявлениями нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет в двигательном режиме. Основываясь на полученный результата контрольного среза, мы можем сделать вывод, что проделанная нами работа дает положительный результат, так как у детей появились хоть и незначительные, но улучшения. Данная организация двигательного режима может быть использована педагогами дошкольных организаций в коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей.

Список используемой литературы

1. Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. М. : Просвещение, 2018. 445 с.
2. Бальсевич В. К. Онтокинезиология человека. М. : Теория и практика физической культуры, 2017. 275 с.
3. Богина Т. Л. Сохранение и укрепление здоровья ребенка // Дошкольное воспитание. 2014. № 6. 61 с.
4. Вареник Е. Н. Физкультурно – оздоровительные занятия с детьми 5 – 7 лет. М. : «Творческий Центр», 2015. 36 с.
5. Грядкина Т. С. Взаимодействие семьи и детского сада в укреплении здоровья дошкольников // Детство: Педагогический альманах. № 1. / (РГПУ им. А.И. Герцена). : Акцидент, 2017. 81 с.
6. Картушина М. Ю. Оздоровительные занятия. М. : «Творческий Центр», 2018. 78 с.
7. Короткова Е. А. Интеграция профилактики нарушения опорно-двигательного аппарата детей в образовательный процесс по физической культуре // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2015. № 4. С. 10-15.
8. Лечебная физкультура при заболеваниях в детском возрасте. / Под ред. С.М. Иванова. М. : Медицина, 2015. 318 с.
9. Лукина Г. Г. Профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у дошкольников в процессе физического воспитания. СПб. : АКАЛИС, 2019. 18 с.
10. Мастюкова Е. М. Двигательные нарушения и их оценка в структуре аномального развития. М. : Просвещение, 2018. 360 с.
11. Матвеев С. В. Оздоровление детей в детских дошкольных учреждениях средствами физического воспитания. Издательство ГПМА, 2019. 44 с.

12. Пензулаева Л. И. Физкультурные занятия с детьми 4-5 лет. М. : Просвещение, 2016. 112 с.
13. Потапова Н. А. Системная коррекция последствий сколиоза у детей и подростков средствами адаптивной физической культуры: Программно-методический комплекс. М. : АСТ Слово, 2006. 36с.
14. Потапчук А. А. Осанка и физическое развитие детей. Речь, 2017. 166 с.
15. Потапчук А. А. Лечебная физическая культура в детском возрасте. Речь, 2017. 464 с.
16. Потапчук А. А. Программа коррекции деформации опорно-двигательного аппарата у дошкольников «Правильная осанка». Детство-Пресс. 2018. 54 с.
17. Соловьева Т. А. Профилактическая физическая культура как базовая основа физкультурных занятий с ослабленными детьми. Новая Ладога, 2017. С. 6-8.
18. Солодков А.С. Коррекция физического и функционального развития детей путём рационализации двигательного режима // Адаптивная физическая культура. 2016. № 3. С. 17-22.
19. Таллер Л.А. Фундамент здоровья с детства. М. : Полюмя, 2019. 173 с.
20. Хиетала В. Рациональная осанка – основополагающий фактор физического развития. М. : Просвещение, 2016. 67 с.
21. Язловецкий В. С. Физическое воспитание детей и подростков с ослабленным здоровьем. Киев : Здоровья, 2016. 232 с.

Приложение А

Список детей и характеристика их нарушений опорно-двигательного аппарата

№	И.Ф. ребенка	Медицинский диагноз	Типичные и индивидуальные проявления диагноза
1	Ульяна А.	Плоско вальгусная деформация стоп 2 степени; кифотическая осанка.	– шаткость; – видоизменение в походке с проявлением неуклюжести; – неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть; – наличие звуков шарканья при ходьбе; – голова наклонена вперед; – плечи сведены вперед; – живот выпячен; – полусогнутое положение коленных суставов;
2	Мария Б.	Вальгусная деформация стоп 4 степени; варусная деформация коленных суставов; кифоз грудного отдела позвоночника.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть; – наличие звуков шарканья при ходьбе;
3	Вероника К.	Врожденный порок развития: аплазия левой кисти; Плоско вальгусная деформация стоп 2 ст.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;
4	Владимир М.	плоско-вальгусная деформация стоп 2-3 ст. деформация грудной клетки. Сколиотическая осанка	– боковое искривление позвоночника, – асимметрия плечевого пояса – неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;
5	Мария Н.	Плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст; вальгусная деформация нижних конечностей; кифотическая осанка.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть; – голова наклонена вперед; – плечи сведены вперед; – живот выпячен; – полусогнутое положение коленных суставов;

Продолжение Приложения А

6	Максим Н.	Дефицит-арность ОДА. (затруднение в освоение отдельных двигательных умений и навыков); плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст.	– боковое искривление позвоночника; – асимметрия плечевого пояса; – неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;
7	Арсений П.	Дефицит-арность развития ОДА. (затруднение в освоение отдельных двигательных умений и навыков) Сколиотическая осанка	– боковое искривление позвоночника; – асимметрия плечевого пояса;
8	Софья П.	Вальгусная деформация коленных суставов. Сколиотическая осанка Синдром гипер-возбудимости.	– боковое искривление позвоночника, асимметрия плечевого пояса;
9	Василиса С.	Плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст; кифотическая осанка; вальгусная рекурвация коленных суставов.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть; – голова наклонена вперед; – плечи сведены вперед; – живот выпячен; – полусогнутое положение коленных суставов;
10	Александр С.	Кифотическая осанка 2 ст. плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;

Продолжение Приложения А

11	Матвей Т.	нарушение опорно-двигательного аппарата. плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст.	– неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;
12	Егор Ф.	Сколиотическая осанка, плоско-вальгусная деформация стоп 2 ст.	– боковое искривление позвоночника; – асимметрия плечевого пояса; – неправильная постановка ноги при ходьбе с большим упором на внутреннюю часть;

Приложение Б

Протоколы проведения диагностических заданий констатирующего эксперимента

Таблица Б.1 – Протокол проведения диагностического задания 1

№	И.Ф. ребенка	Положение спины	Положение головы	Положение плеч	Мышцы живота	Постановка стопы	Поднятие ног в ходьбе	Координация рук и ног	прямолинейность	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	–	–	–	–	–	–	–	8
2	Мария Б.	–	±	±	±	±	–	±	±	14
3	Вероника К.	–	±	–	–	±	±	±	±	14
4	Владимир М.	–	–	±	±	±	±	±	±	14
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	±	+	±	17
6	Максим Н.	–	–	–	–	–	–	–	±	9
7	Арсений П.	±	+	±	+	±	±	+	+	20
8	Софья П.	–	±	±	±	±	±	±	±	15
9	Василиса С.	–	±	±	±	±	–	±	±	14
10	Александр С.	–	–	–	–	±	–	±	±	11
11	Матвей Т.	–	±	–	±	±	±	±	±	14
12	Егор Ф.	–	–	–	–	–	–	±	±	10

Результаты фиксируются знаками «+», «–», «±». Знаки соответствуют следующим бальным оценкам: 1 балл – «–»; 2 балла – «+ –»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 8-13 баллов;
- видны проявления (средний уровень) – 14-19баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 20-24 балла.

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.2 – Протокол проведения диагностического задания 2

№	И.Ф. ребенка	упор на внутреннюю часть стопы	смена позы	голова наклонена вперед	плечи сведены вперед	сутулость	выпяченный живот	асимметрия плечевого пояса	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	–	–	–	–	–	–	7
2	Мария Б.	±	±	±	±	±	±	±	14
3	Вероника К.	±	±	±	±	±	±	±	14
4	Владимир М.	±	±	±	±	±	±	±	14
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	±	+	15
6	Максим Н.	–	–	–	–	–	±	±	9
7	Арсений П.	±	±	±	±	±	+	+	16
8	Софья П.	±	–	±	–	–	–	±	10
9	Василиса С.	±	–	±	–	–	±	±	11
10	Александр С.	±	±	±	±	–	+	±	14
11	Матвей Т.	±	–	±	–	–	±	±	11
12	Егор Ф.	–	±	–	–	–	–	±	9

Результаты фиксируются знаками «+», «–», «±». Знаки соответствуют следующим бальным оценкам: 1 балл – «–»; 2 балла – «+ –»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов будет виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 7-13 балл и менее;
- видны проявления (средний уровень) – 14-17 баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 18-21 балла

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.3 – Протокол проведения диагностического задания 3

№	И.Ф. ребенка	упор на внутреннюю часть стопы	смена позы	голова и плечи сведены вперед	сутулость	асимметрия плечевого пояса	выпяченный живот	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	–	–	–	–	–	6
2	Мария Б.	±	±	±	–	±	±	11
3	Вероника К.	±	–	±	–	±	±	10
4	Владимир М.	±	±	±	±	±	±	12
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	±	12
6	Максим Н.	–	–	±	–	–	–	7
7	Арсений П.	±	+	±	+	±	+	15
8	Софья П.	±	–	±	–	±	–	9
9	Василиса С.	±	–	±	–	±	±	10
10	Александр С.	±	±	±	–	±	±	11
11	Матвей Т.	±	–	±	–	±	–	9
12	Егор Ф.	–	–	–	–	±	–	7

Результаты фиксируются знаками «+», «–», «±». Знаки соответствуют следующим бальным оценкам: 1 балл – «–»; 2 балла – «+ –»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 6-10 балл и менее;
- видны проявления (средний уровень) – 11-14 баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 15-18 балла.

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.4 – Количественные результаты констатирующего эксперимента

№	И.Ф. ребенка	Диагностические методики			Уровень сформированности двигательных умений
		№1	№2	№3	
1	Ульяна А.	8	7	6	Низкий уровень
2	Мария Б.	14	14	11	Средний уровень
3	Вероника К.	14	14	10	Средний уровень
4	Владимир М.	14	14	12	Средний уровень
5	Мария Н.	17	15	12	Средний уровень
6	Максим Н.	9	9	7	Низкий уровень
7	Арсений П.	20	16	15	Высокий уровень
8	Софья П.	15	10	9	Низкий уровень
9	Василиса С.	14	11	10	Низкий уровень
10	Александр С.	11	14	11	Средний уровень
11	Матвей Т.	14	11	9	Низкий уровень
12	Егор Ф.	10	9	7	Низкий уровень

Приложение В

Содержание работы по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у детей 4-5 лет

Элемент	1 неделя			2 неделя			3 неделя			4 неделя		
	КО	СО	ПВДС	КО	СО	ПВДС	КО	СО	ПВДС	КО	СО	ПВДС
Инд. работа утром	«Равновесие»	«Ласточка».	Катание мячика ножками	«Посидим по-турецки»	«Смотри вперед»	Поднимать с пола ногой мелкие предметы	«Равновесие»	«Крылышки»	Катать скалку или палочку	«Оловянный солдатик»	«Смотри вперед»	Собирать ткань пальчиками ног
Утренняя гимнастика	«Походь боком»	«Тренировка плеч»	Хожение по гимнастической палке	«Приседания, палка вперед»	«Гуси»	Приседать, стоя на гимнастической палке	«Приседания, палка вперед»	«Тренировка плеч»	Присесты на корточках и пройти гусиным шагом	«Наклоны с палкой»	«Гуси»	Приседания – пятки вместе, носки врозь, колени развести в стороны
Физминутка в процессе НОД	«Мышка и мишка»	«Самолетик»	«Пингины на льдинах»	«Цапля»	«Елка, елочка»	«Крокодилы»	«Мышка и мишка»	«Самолетик»	«Пингины на льдинах»	«Елка, елочка»	«Пингины на льдинах»	«Крокодилы»
Динамическая пауза между НОД	«Плавание на байдарках»	«Гусеница»	«Крокодилы»	«Самолетик – самолет»	«Пингины на льдинах»	«Лягушки»	«Плавание на байдарках»	«Черепашки»	«Пингины на льдинах»	«Крокодилы»	«Елка, елочка»	«Лягушки»

Продолжение Приложения В

Физическое упражнение на прогулке	«Полёт»	«Цапля»	«Великаны и гномики»	«Замок»	«Потянись»	«Упражнение с приседанием»	«Полёт»	«Цапля»	«Великаны и гномики»	«Замок»	«Потянись»	«Упражнение с приседанием»
Индивидуальная работа по развитию движений на прогулке	«Походи боком»	«Самолетик – самолет»	«Ступенька»	«Походи боком»	«Ель, елка, елочка»	«Гуси»	«Походи боком»	«Самолетик – самолет»	«Ступенька»	«Походи боком»	«Ель, елка, елочка»	«Гуси»
Индивидуальная работа перед сном	«Уголок»	«Тренировка плеч»	«Поднимаем ноги»	«Равновесие»	«Уголок»	«Тренировка плеч»	«Уголок»	«Тренировка плеч»	«Поднимаем ноги»	«Равновесие»	«Тренировка плеч»	«Поднимаем ноги»
Гимнастика побудка после дневного сна	«Полумостик»	«Кошечка»	«Велосипед»	«Полумостик»	«Рука, нога»	«Лягушечка»	«Полумостик»	«Ножницы»	«Велосипед»	«Уголок»	«Крылья»	«Велосипед»
Индивидуальная работа вечером	«Посидим по-турецки»	«Смотри вперед»	Ходьба на носочках	«Оловянный солдатик»	«Ласточка».	«Лягушка»	«Наклон, палка вперед»	«Смотри вперед»	Ходьба на носочках	«Равновесие»	«Крылышки»	«Поднимаем ноги»
КО – Кифотическая осанка; СО – Сколиотическая осанка; ПВДС – Плоско-вальгусная деформация стоп												

Приложение Г

**Протоколы проведения диагностических заданий
контрольного эксперимента**

Таблица Г.1 – Протокол диагностического задания 1

№	И.Ф. ребенка	спина	Положение головы	Положение плеч	Мышцы живота	Постановка стопы	Поднятие ног в ходьбе	Координация рук и ног	прямолинейность	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	–	–	–	–	±	–	–	9
2	Мария Б.	–	±	±	±	±	±	±	±	15
3	Вероника К.	–	±	–	–	±	+	±	±	14
4	Владимир М.	–	–	±	±	±	±	±	±	14
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	+	±	±	17
6	Максим Н.	–	–	–	–	–	±	–	±	10
7	Арсений П.	±	+	±	+	±	+	±	+	20
8	Софья П.	–	±	±	±	±	+	±	±	16
9	Василиса С.	–	±	±	±	±	±	±	±	15
10	Александр С.	–	–	–	±	±	±	±	±	13
11	Матвей Т.	–	±	–	±	±	+	±	±	15
12	Егор Ф.	–	–	–	–	–	+	±	±	11

Результаты фиксируются знаками «+», «-», «±». Знаки соответствуют следующим бальным оценкам: 1 балл – «-»; 2 балла – «+ -»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 8-13 баллов;
- видны проявления (средний уровень) – 14-19баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 20-24 балла.

Продолжение Приложения Г

Таблица Г.2 – Протокол диагностического задания 2

№	И.Ф. ребенка	упор на внутреннюю часть стопы	смена позы	голова наклонена вперед	плечи сведены вперед	сутулость	выпяченный живот	асимметрия плечевого пояса	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	±	–	–	–	–	–	8
2	Мария Б.	±	±	±	±	±	±	±	14
3	Вероника К.	±	±	±	±	±	±	±	14
4	Владимир М.	±	±	±	±	±	±	±	14
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	±	+	15
6	Максим Н.	–	±	–	–	–	±	±	10
7	Арсений П.	±	+	±	±	±	+	+	17
8	Софья П.	±	±	±	–	–	±	±	12
9	Василиса С.	±	±	±	±	–	±	±	13
10	Александр С.	±	±	±	±	–	+	±	14
11	Матвей Т.	±	±	±	–	–	±	±	12
12	Егор Ф.	–	±	–	–	–	–	±	9

Результаты фиксируются знаками «+», «–», «±». Знаки соответствуют следующим бальным оценкам: 1 балл – «–»; 2 балла – «+ –»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 7-13 балл и менее;
- видны проявления (средний уровень) – 14-17 баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 18-21 балла

Продолжение Приложения Г

Таблица Г.3 – Протокол диагностического задания 3

№	И.Ф. ребенка	упор на внутреннюю часть стопы	смена позы	голова и плечи сведены вперед	сутулость	асимметрия плечевого пояса	выпяченный живот	Кол-во баллов
1	Ульяна А.	–	±	–	–	–	–	7
2	Мария Б.	±	±	±	–	±	±	11
3	Вероника К.	±	±	±	–	±	±	11
4	Владимир М.	±	±	±	±	±	±	12
5	Мария Н.	±	±	±	±	±	±	12
6	Максим Н.	–	±	±	–	–	–	8
7	Арсений П.	±	+	±	+	±	+	15
8	Софья П.	±	±	±	–	±	–	10
9	Василиса С.	±	±	±	–	±	±	11
10	Александр С.	±	±	±	–	±	±	11
11	Матвей Т.	±	±	±	–	±	–	10
12	Егор Ф.	–	±	–	–	±	–	8

Результаты фиксируются знаками «+», «-», «±». Знаки соответствуют следующим балльным оценкам: 1 балл – «-»; 2 балла – «+ -»; 3 балла – «+». В колонке «Итого» по сумме баллов виден результат каждого ребенка, так определяется степень типических проявлений диагноза у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата 4-5 лет:

- ярко проявляется (низкий уровень) – 6-10 балл и менее;
- видны проявления (средний уровень) – 11-14 баллов;
- нет видимых проявлений (высокий уровень) – 15-18 балла

Продолжение Приложения Г

Таблица Г.4 – Количественные результаты контрольного эксперимента

№	И.Ф. ребенка	Диагностические методики			Уровень сформированности двигательных умений
		№1	№2	№3	
1	Ульяна А.	9	8	7	Низкий уровень
2	Мария Б.	15	14	11	Средний уровень
3	Вероника К.	14	14	11	Средний уровень
4	Владимир М.	14	14	12	Средний уровень
5	Мария Н.	17	15	12	Средний уровень
6	Максим Н.	10	10	8	Низкий уровень
7	Арсений П.	20	17	15	Высокий уровень
8	Софья П.	16	12	10	Низкий уровень
9	Василиса С.	15	13	11	Средний уровень
10	Александр С.	13	14	11	Средний уровень
11	Матвей Т.	15	12	10	Низкий уровень
12	Егор Ф.	11	9	8	Низкий уровень