

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)

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

(код и наименование направления подготовки)

Физическая реабилитация

(направленность (профиль)/ специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему: «Занятия по адаптивной физической культуре с детьми с
задержкой психического развития»

Студент

П. Н. Подлипнова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.п.н. А.П. Стариков

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

Тольятти 2020

АННОТАЦИЯ

на бакалаврскую работу Подлипновой Полины Николаевны
на тему: «Занятия по адаптивной физической культуре
с детьми с задержкой психического развития»

В специальной литературе не конкретизированы и не обоснованы данные о количественных изменениях, происходящих в организме под действием того или иного средства закаливания. Недостаточно рекомендаций по методике закаливания школьников младших классов, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Требуют дальнейшей разработки и совершенствования исследования, в которых бы решались вопросы использования средств закаливания в рамках учебных занятий адаптивной физической культурой в школе, именно с учащимися, имеющими задержку психического развития (ЗПР).

Автор исследования предположил, что применение обоснованного соотношения физических упражнений и средств закаливания будет способствовать повышению всесторонней физической подготовленности учащихся младших классов с ЗПР.

В работе решен ряд важных задач: выявлен уровень физической подготовленности учащихся с ЗПР младших коррекционных классов; разработана и экспериментально обоснована методика комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в адаптивном физическом воспитании школьников с ЗПР.

Проведенное исследование имеет высокую практическую значимость, заключающуюся в возможности эффективного использования физических упражнений и средств закаливания в процессе адаптивного физического воспитания учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, содержит 10 таблиц, 2 рисунка, список используемой литературы из 104 источников. Основной текст работы изложен на 65 страницах.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР).....	9
1.1. Особенности развития детей с ЗПР и их классификация	9
1.2. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий при работе с детьми с ЗПР.....	17
1.3. Формы организации адаптивной физической культуры с детьми, имеющими ЗПР.....	23
1.4. Исторические аспекты закаливания.....	28
Выводы по главе.....	32
ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1. Задачи исследования.....	34
2.2. Методы исследования.....	34
2.3. Организация исследования.....	38
Выводы по главе.....	39
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	40
3.1. Динамика физической подготовленности учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.....	40
Выводы по главе.....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	59

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Проблема воспитания и обучения школьников с отклонениями в развитии является одной из наиболее важных и актуальных проблем коррекционной педагогики.

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей научного центра здоровья РАМН за последние 7 лет количество здоровых школьников уменьшилось в 5 раз и составляет около 10% от общей численности детей данного возраста. Число детей с отклонениями в развитии в России составило 36% от всего детского населения страны. Из них количество детей, посещающих учебные заведения компенсирующего вида, увеличилось в два раза (со 152 тысяч детей до 385, 5 тысяч детей).

Согласно формулировке Бабкиной Н. В. [7]: «Задержка психического развития (ЗПР) – синдром временного отставания развития психики, в целом, или отдельных ее функций, замедление темпа реализации потенциальных возможностей организма; часто обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленностью, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности».

Физическая культура в специальной (коррекционной) школе рассматривается, как учебная дисциплина и важнейший компонент целостного развития личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Как пишет Антропова М.В. [4]: «В условиях стремительного потока новой информации и переоценки старых сведений, объём изучаемого учебного материала, и напряжённость умственного труда возрастают изо дня в день. Все это приводит к снижению двигательной активности учащихся».

Необходимость пересмотра постановки физического воспитания, подчеркивается многими авторами [7, 11, 17, 31, 38, 41, 45, 48]. Данные

обследований, свидетельствуют о том, что только 10% выпускников специальных (коррекционных) школ физически здоровы, а остальные 90% имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья.

Актуальность исследования подчёркивается еще и тем, что существует потребность в повышении сопротивляемости организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды и необходимостью повышения двигательной активности детей-школьников с ЗПР.

По убеждению Сухаревой И.К. и Рапопорт И.В. [91]: «Благотворное воздействие естественных факторов внешней среды (солнца, воздуха и воды) на физическое развитие, здоровье и работоспособность человека издавна отмечено в физическом воспитании. Известно, что совместное использование различных средств физического воспитания и естественных факторов внешней среды помогает сохранять и укреплять здоровье человека, улучшает деятельность различных органов и систем, повышает способность организма противостоять простудным заболеваниям, оказывает положительное влияние на физическую и умственную работоспособность человека».

Анализ теоретических исследований и практических рекомендаций свидетельствует о том, что проблема физической подготовки детей привлекает внимание исследователей.

На протяжении многих лет данной проблемой занимался Бальсевич В.К. Исходя из собственного опыта, отраженного в статье «Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологический, экологический и организационный аспекты)»[14], профессор заключил: «В научно-методической литературе имеется много работ по изучению влияния занятий физической культурой на организм учащихся младших классов, по обоснованию и использованию различных средств и методов физической культуры. Однако, большинство работ не затрагивает использования средств закаливания в процессе регламентированных (в рамках учебного расписания) занятий физической культурой».

В книге «Закаливание» [50] Колгушкиным А.Н. отмечается, что «...закаливание является активным средством физического воспитания, имеет глубокие исторические и социальные корни, однако, современные рекомендации по организации и проведению закаливания недостаточно совершенны».

Исходя из этого Подшибякин А.К., Ситников А.Д., Моисеев А.М., Кайро И.А. [38] пишут: «Среди специалистов нет единого мнения:

- о силе и длительности закаливающих процедур для начинающих;
- о последовательности использования средств закаливания;
- об очерёдности использования средств закаливания и физических упражнений».

В специальной литературе не конкретизированы и не обоснованы данные о количественных изменениях, происходящих в организме под действием того или иного средства закаливания. Недостаточно рекомендаций по методике закаливания школьников младших классов, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Требуют дальнейшей разработки и совершенствования исследования, в которых бы решались вопросы использования средств закаливания в рамках учебных занятий физической культурой в школе, именно с учащимися, имеющими задержку психического развития (ЗПР).

Объектом исследований является процесс адаптивного физического воспитания детей с ЗПР - учащиеся младших коррекционных классов.

Предмет исследования - методика комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в учебно-воспитательном процессе адаптивного физического воспитания младших коррекционных классов и эффективность их воздействия на организм учащихся с ЗПР.

Целью настоящего исследования явилось обоснование комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в процессе адаптивного физического воспитания учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.

В настоящей работе поставлены перед собой следующие **задачи**:

1. Выявить уровень физической подготовленности учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.
2. Разработать методику комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в адаптивном физическом воспитании школьников с ЗПР.
3. Обосновать эффективность разработанной методики в условиях педагогического эксперимента.

В основу рабочей **гипотезы** положено предположение о том, что применение обоснованного соотношения физических упражнений и средств закаливания будет способствовать повышению всесторонней физической подготовленности учащихся младших классов с ЗПР.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**:

1. Анализ специальной литературы по теме исследования.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Педагогический эксперимент.
4. Тестирование.
5. Методы математической статистики.

Научная новизна работы заключается в том, что в ходе исследования экспериментально доказана возможность комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в учебно-воспитательном процессе школьников младших коррекционных классов и эффективность их воздействия на организм детей с ЗПР.

Теоретическая значимость работы заключается в расширении знаний о комплексном использовании физических упражнений и средств закаливания в рамках академических занятий физической культурой.

Практическая значимость результатов исследования заключается в возможности эффективного использования физических упражнений и

средств закаливания в процессе адаптивного физического воспитания учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.

Исследование по теме бакалаврской работы организовано на базе физкультурно-оздоровительного центра (ФОК) института физической культуры и спорта (ИФКиС) Тольяттинского государственного университета (ТГУ).

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, содержит 10 таблиц, 2 рисунка, список используемой литературы из 104 источников. Основной текст работы изложен на 65 страницах.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)

1.1. Особенности развития детей с ЗПР и их классификация

Изучением особенностей физического и психического развития детей с последствиями церебрального паралича занимались и занимаются многие ученые, в числе которых Агавелян О. К. [1], Бабкина Н. В. [7], Борщанская А.К. [10], Винник М. О. [20] и другие.

Согласно формулировке Бабкиной, Н. В. [7]: «Задержка психического развития (ЗПР) - это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. По данным разных авторов, в детской популяции выявляется от 6 до 11% детей с ЗПР различного генеза. Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом, для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий».

Причины задержки психического развития многообразны. Факторы риска возникновения у ребенка с ЗПР специалисты, в числе которых Белопольская Н. Л. [29], Литош Н.Л. [53], Марковская И. Ф. [64], Новикова Г. Ф. [71], условно разделяют на основные группы: биологические и социальные.

Как отмечает Максимова Н. Ю. [58]: «Среди биологических факторов выделяются две группы: медико-биологические и наследственные. К медико-биологическим причинам относятся ранние органические поражения центральной нервной системы. У большинства детей в анамнезе наблюдается

отягощенный перинатальный период, связанный, прежде всего, с неблагоприятным течением беременности и родов».

Галигузова Л.Н. [34] пишет: «К факторам риска внутриутробной патологии можно отнести:

- пожилой или очень юный возраст матери,
- отягощенность матери хронической соматической или акушерской патологией до или во время беременности.

Все это может проявляться в низкой массе тела ребенка при рождении, в синдромах повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, в нарушениях сна и бодрствования, в повышенном мышечном тоне в первые недели жизни».

В продолжение вышесказанному, Винник М. О. [20] пишет: «Нередко ЗПР может быть обусловлена инфекционными заболеваниями в младенческом возрасте, черепно-мозговыми травмами, тяжелыми соматическими заболеваниями».

Ряд авторов выделяют наследственные факторы ЗПР, к которым относятся врожденная и, в том числе, наследственная неполноценность центральной нервной системы ребенка.

В специальной литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди больных с ЗПР. Объяснение этому можно найти в работе Марковской И. Ф. [63]. Ученый пишет: «Среди детей с ЗПР превалирует число мужского пола, что можно объяснить рядом причин:

- более высокой уязвимостью плода мужского пола, по отношению к патологическим воздействиям в периоды беременности и родов;
- относительно меньшей степенью функциональной межполушарной асимметрии у девочек, по сравнению с мальчиками, что обуславливает больший резерв компенсаторных возможностей при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую психическую деятельность».

Вместе с тем, многие авторы подчеркивают, что наряду с биологическими (ранним органическим поражением ЦНС и генетической

предрасположенностью), важную роль в формировании ЗПР у детей играют социально-психологические факторы.

В работе «Нарушения развития и социальная адаптация» [51] автор Коробейников И. А., обобщив мнения многих специалистов, отмечает: «Наиболее часто в литературе встречаются указания на неблагоприятные психосоциальные условия, усугубляющие задержку психического развития у детей, основными среди которых являются:

- нежеланная беременность;
- одинокая мать или воспитание в неполных семьях;
- частые конфликты и несогласованность подходов к воспитанию;
- наличие криминального окружения;
- низкий уровень образованности родителей;
- проживание в условиях недостаточной материальной обеспеченности и неблагополучного быта;
- факторы большого города: шум, длительная дорога на работу и домой, неблагоприятные экологические факторы».

Другие авторы выделяют психологические факторы, предрасполагающие ребенка к формированию ЗПР. Так, Нестерова Е. Н. [70] делает следующее заключение: «К задержке психического развития можно отнести:

- особенности и типы семейного воспитания;
- раннюю психическую и социальную депривацию ребенка;
- пролонгированные стрессовые ситуации, в которых находится ребенок, и др.».

По данным этих авторов детей с задержкой психического развития (ЗПР) дифференцируют в зависимости от происхождения на 4 категории [30]: дети с ЗПР конституционного происхождения (гармонический инфантилизм); соматогенного происхождения; психогенного происхождения; церебрастенического характера.

Детям с ЗПР *конституционного происхождения* (эмоционально-волевая сфера находится, как бы на более ранней ступени развития) соответствует инфантильный тип телосложения; выразительная жестикуляция, быстрые порывистые движения.

У детей с ЗПР *соматогенного происхождения* (обусловлена длительными хроническими заболеваниями) проявляется стойкая астения, которая снижает не только физический, но и психический тонус.

У детей с ЗПР *психогенного происхождения* (обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребёнка) наблюдается, прежде всего, психическая неустойчивость.

Согласно исследованиям Соколовой Е.В. [85]: «У детей с ЗПР *церебрально-органического происхождения* (встречается чаще других типов) выявляется задержка физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывание в формировании статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности».

Показатели состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности у детей с ЗПР гораздо ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников [51].

В состоянии здоровья детей отмечены различные нарушения нервной системы (синдром гипервозбудимости, эписиндром, синдром мышечной дистонии, синдром двигательных нарушений, гипертензионно-гидроцефальный синдром, церебро-астенический синдром, энурез); заболевания кожи (атопический дерматит, экзема и др.); патология системы кровообращения (функциональные изменения сердца, аномалии сердца); болезни костно-мышечной системы (нарушения осанки, плоскостопие, вальгусная стопа, фиксированная косолапость); болезни органов дыхания (хронический бронхит, аденоиды, бронхиальная астма); болезни органов

пищеварения (панкреатиты, гастриты, дисбактериоз кишечника и др.); болезни мочеполовой системы (пиелонефрит, уретрит, аномалии почек).

У дошкольников с ЗПР наблюдаются [51]: недостатки в физическом развитии, специфические недостатки общей и мелкой моторики, которые являются следствием раннего органического поражения ЦНС.

Нервная система играет важнейшую роль в становлении двигательного навыка. Согласно учению Марковской, И. Ф. [63]: «Для выработки двигательного навыка мозг нуждается в довольно долгом упражнении. Из-за огромного избытка степеней свободы движений ребенка никакие двигательные импульсы к мышцам, как бы точно они не были, не могут сами по себе обеспечить правильного движения. согласно его желанию. Изменение условий выполнения движений возможно только при включении механизма сенсорной коррекции. Чтобы испытать все ощущения, которые лягут в основу изучаемого движения, и подготовить основу для сенсорной коррекции, необходимо неоднократное повторение двигательного действия».

Как отмечает Удилова И. В. в статье «Развитие мелкой ручной моторики у леворуких учащихся с ЗПР» [97]: «Характерным признаком детей с ЗПР является недостаточность *тонкой моторики*, что проявляется в неудовлетворительном навыке каллиграфии, небрежности письма и т.п.».

По показателям физического развития дети с ЗПР существенно отличаются от нормально развивающихся сверстников. У детей встречается дефицит (27%) и избыток (11%) массы тела, снижены показатели силы мышц кистей рук (41%), отмечается недостаточная ЖЕЛ (18%). В целом, для детей с ЗПР характерна несформированность навыков основных движений, у некоторых детей – сужение диапазона движений, а также недостаточность двигательных качеств. Так, например, скорость бега на 30 м у мальчиков 6 лет с ЗПР оставляет в среднем 9,7 сек (у детей из массовых групп 6,5 сек), длина прыжка с места 82 см (у детей из массовых групп – 132 см) и т.д. [51].

Данные исследований Грядкиной Т.С., Казьминой Л.И. представлены в статье «Влияние показателей физического развития на умственную

работоспособность детей 7-го года жизни» [24], где авторы пишут: «Физическое развитие и двигательные способности детей с задержкой психического развития находятся в тесной взаимосвязи с их психическим и физическим здоровьем. Двигательные нарушения выступают как часть ведущего дефекта, даже не грубая дисфункция психической сферы может привести к недоразвитию сложных и дифференцированных движений и действий. Дети с задержкой психического развития уступают своим сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью».

Выводы Дунаева З.М., изложенные в учебном пособии «Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития» [31], свидетельствуют о том, что «...у детей с задержкой психического развития, как правило, не наблюдается тяжелых двигательных расстройств; однако, при более пристальном рассмотрении обнаруживается отставание в физическом развитии, несформированность техники в основных видах движений, недостаточность двигательных качеств, несовершенство мелкой моторики рук».

В подтверждение вышеизложенному, Иванова Т. Б. [42] пишет: «У детей с ЗПР имеются особенности формирования двигательной сферы: нарушение произвольной регуляции движений является характерной чертой данной категории, а также несформированность техники выполнения движений и недостаточность двигательных качеств. У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с задержкой психического развития отмечаются многочисленные нарушения техники выполнения основных движений. Типичные для данного контингента нарушения техники выполнения ходьбы и бега, сгибание или поворот туловища, наклон головы, несогласованные движения рук и ног, неправильная постановка стопы, слабый вынос бедра маховой ноги, слабое отталкивание, отклонение от

заданного направления движения, нарушение ритма движений; нарушения техники выполнения прыжка в длину с места, одновременное отталкивание, отсутствие замаха руками, прямое положение туловища при подготовке к отталкиванию, выпрямление ног в полете, не выполнение на результат, нарушения техники выполнения метания - несогласованная работа мышц рук и туловища, отсутствие замаха рукой, выполнение метания движением от плеча, стоя на прямых ногах из стойки ноги врозь, неправильный хват мяча, чрезмерное напряжение мышц кисти и пальцев, отсутствие финального усилия, нарушения техники выполнения равновесия, согнутое или наклонное положение туловища и головы, стойка на согнутой ноге и не зафиксированное положение другой ноги, руки согнуты или опущены в стороны-книзу, дополнительные движения в балансировании, нефиксированный взгляд».

При анализе специфических нарушений физического и психического развития детей ЗПР Мамайчук И. И. выделены типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для данной нозологической группы. В статье «Нейропсихологическая диагностика задержки психического развития у детей младшего школьного возраста» [69] ученый пишет: «Первый тип расстройств - сниженная двигательная активность, обусловленная тяжестью первичного дефекта и его негативными последствиями. Второй тип расстройств - нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стоп и позвоночника, ослабленный мышечный корсет, снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение. К третьему типу относятся нарушение координационных способностей, быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро - и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве. К четвертому типу отнесён сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей - силовых, скоростных, выносливости, гибкости. Пятый тип - нарушение

локомоторной деятельности, к примеру, ходьбы, бега, лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т.е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка».

Анализируя особенности детей с ЗПР, Соколова Е.В. пришла к заключению, которое изложила в монографии «Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления» [86]. Автор пишет: «Физическая подготовленность детей с ЗПР по показателям силовых, скоростно-силовых, скоростных способностей, общей выносливости и гибкости занимает промежуточное место между здоровыми сверстниками и детям с легкой умственной отсталостью того же возраста. У этих детей проявляются слабость регуляции произвольных движений, несформированность движений, особенно страдает тонкая моторика и выявлен недостаточный уровень развития выносливости особенно в тестах характеризующих силовую выносливость мышц брюшного пресса».

Двигательные нарушения у детей с ЗПР – составная часть ведущего дефекта. В исследованиях Удиловой И. В. обобщено своеобразие их психофизического развития. Ученый пишет [97]: «У детей с ДЦП отмечаются следующие нарушения:

- своеобразная моторная недостаточность;
- несформированность сложных координаторных схем;
- недостаточная ориентировка в частях собственного тела;
- неловкость ручной моторики;
- нарушение произвольной регуляции движений;
- недостаточная скоординированность и нечеткость произвольных движений;
- трудности переключения и автоматизации;
- двигательная неловкость;
- недостаточность таких двигательных качеств как точность, выносливость, гибкость, координация;

- задержка мышечной координации, что проявляется при езде на велосипеде, при беге, прыжках;
- с трудом сохраняют равновесие, стоя на одной ноге (в позе Ромберга), при ходьбе по прямой линии, прочерченной на полу;
- повышенная двигательная активность из-за недостаточности тормозных механизмов, а медлительность и двигательная пассивность встречаются реже;
- неумение подчиняться заданному (музыкальному или словесному) ритму;
- усложнение характера двигательной реакции сопровождается увеличением времени реакции. Время реакции выбора на простые сигналы у младших школьников с ЗПР существенно больше, чем при нормальном развитии;
- у многих детей наблюдаются гиперкинезы;
- некоторых детей наблюдаются мышечные подергивания;
- не умеют двигаться в группе, в строю».

Таким образом, анализ специальной литературы свидетельствует о том, что младший школьный возраст является наиболее благоприятным для решения основных задач школьного физического воспитания. Если в это время не заниматься развитием детей с ЗПР, то самые плодородные периоды могут быть безвозвратно потеряны.

1.2. Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий при работе с детьми с ЗПР

Суть данного принципа заключается в том, что педагогические воздействия должны быть направлены не только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков детей с ЗПР, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств.

Коррекционно-развивающие задачи направлены на обеспечение полноценного физического развития, повышение двигательной активности, восстановление и совершенствование психофизических способностей, профилактику и предупреждение вторичных отклонений.

Коррекционно-развивающая направленность педагогической деятельности неразрывно связана с процессом обучения двигательным действиям и развитием физических качеств. Образовательные и коррекционно-развивающие задачи решаются на одном и том же учебном материале, но имеют отличия. Для образовательных задач характерна высокая степень динамичности, так как они должны соответствовать программному содержанию обучения. Коррекционно-развивающим задачам свойственно относительное постоянство, так как они решаются на каждом занятии. В процессе обучения при переходе к новому учебному материалу происходит не полная смена коррекционных задач, а смена доминирования каких-либо из них. Постоянно действующими задачами на каждом занятии является коррекция осанки, основных локомоций - ходьбы, бега и других естественных движений, укрепление «мышечного корсета», коррекция телосложения, коррекция и профилактика плоскостопия, активизация вегетативных функций.

Именно поэтому в работе с детьми, имеющими стойкие нарушения в развитии, коррекционно-развивающая направленность адаптивного физического воспитания занимает приоритетное место.

Агавелян О. К., автор монографии «Современные теоретические и прикладные аспекты специальной психологии и коррекционной педагогики» [1] пишет: «Коррекционно-развивающее направление адаптивной физической культуры имеет широкий диапазон решения педагогических задач, которые условно можно объединить в следующие группы:

- 1) коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, передвижении на лыжах, упражнениях с предметами и др.;
- 2) коррекция и развитие координационных способностей;

- 3) коррекция и развитие физической подготовленности;
- 4) коррекция и профилактика соматических нарушений;
- 5) профилактика, коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей;
- 6) развитие познавательной деятельности;
- 7) формирование личности ребенка».

Основными педагогическими принципами работы с детьми, имеющими нарушения в развитии, являются следующие [51]:

Единство диагностики и коррекции. Практическая деятельность педагога требует знания основного дефекта, его проявлений, качественного своеобразия и структуры, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, медицинских показаний и противопоказаний к тем или иным видам физических упражнений. Кроме того, необходимо знать состояние сохранных функций, особенности психомоторики с учетом возраста, основного вида деятельности, характерного для каждого возрастного периода. Эти сведения необходимы педагогу, чтобы, во-первых, не навредить, во-вторых, выявить потенциальные личностные и функциональные возможности ребенка, в-третьих, определить и контролировать оптимальный путь коррекции и развития.

Специалист адаптивной физической культуры самостоятельно проводит педагогическую диагностику, выявляя состояние отдельных двигательных функций, физических и координационных способностей. Его задача состоит в том, чтобы правильно интерпретировать результаты медицинской и психологической диагностики и на основе сопоставления и анализа этих данных планировать стратегический путь и оперативные способы, методы и приемы коррекции и развития.

Особое внимание Евсеев С.П. отводит **принципу дифференциации и индивидуализации.** В учебнике «Теория и организация адаптивной физической культуры» [39] профессор пишет: «Дифференцированный подход в адаптивном физическом воспитании означает объединение детей в

относительно однородные группы. Первичную дифференциацию осуществляет медико-психолого-педагогическая комиссия, формирующая типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Однако физическая подготовленность, двигательный опыт, готовность к обучению, качественные и количественные характеристики двигательной деятельности в этих группах (классах) чрезвычайно вариативны, поэтому для проведения уроков физического воспитания нужна более тонкая дифференциация учащихся, которую осуществляет учитель физического воспитания. Индивидуальный подход означает учет особенностей, присущих одному человеку. Эти особенности касаются пола, возраста, телосложения, двигательного опыта, свойств характера, темперамента, волевых качеств, состояния сохранных функций - двигательных, сенсорных, психических, интеллектуальных».

Сущность индивидуализации педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его роста. При индивидуальной форме занятий принцип реализуется полностью и зависит от профессиональной компетентности и методического мастерства учителя.

Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования «обходных путей».

Так, при нарушении зрения компенсация формируется под влиянием комплекса сохранных ощущений: слуховых, кожных, мышечно-суставных, обонятельных, вибрационных, температурных, которые достаточно подробно информируют человека об окружающем пространстве, что и позволяет ему решать сложные двигательные задачи (Семенов Л. А., Солнцева Л. И., 1991; Кручинин В. А., 1991)

При поражении спинного мозга, когда нормальную ходьбу восстановить невозможно, формируют различные варианты компенсаторной

ходьбы за счет активного развития сохранных функций (Скворцов Д.В., 1997; Витензон А.С, 1998). Тренировка поврежденных структур, возможности развития которых чрезвычайно ограничены, часто не приводит к желаемым результатам.

Таким образом, смысл принципа компенсаторной направленности педагогических воздействий состоит в том, чтобы с помощью специально подобранных физических упражнений, методов и методических приемов стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах за счет активизации сохранных функций, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию (Меерсон Ф. З., 1986).

Принцип учета возрастных особенностей. Ребенок с отклонениями в развитии проходит все те же стадии онтогенетического развития, что и здоровый, но только у первых этот процесс протекает медленнее и с другим конечным результатом. Биологический возраст ребенка аномального развития в большинстве случаев отстает от паспортного. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Этот процесс является закономерным для всех детей, отличие состоит в том, что у ребенка с отклонениями в развитии периоды ускорения (сенситивные периоды) наступают в среднем на 2-3 года позднее (Горская И. Ю., Синельникова Т. В., 1999). Динамика психических и физических способностей сугубо индивидуальна, как индивидуальны и сенситивные периоды, их важно не пропустить и максимально использовать для развития и личностного роста, особенно при планировании программ, рассчитанных на несколько лет.

Принцип адекватности педагогических воздействий означает реализацию одной из важнейших закономерностей учебно-педагогического процесса: решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов

должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям ребенка.

Как отмечает Мамайчук И. И. [61]: «**Принцип оптимальности педагогических воздействий** означает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов. В качестве стимулов выступают физические упражнения, различные по характеру, направленности, координационной сложности, а также физическая нагрузка, которая должна соответствовать оптимальным реакциям организма».

Принцип вариативности педагогических воздействий означает бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования, эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильные, слуховые), речь (подвижные игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т. п.).

Дети с отклонениями в развитии вследствие вынужденной малой подвижности (два урока физкультуры не удовлетворяют естественной потребности в двигательной активности и не решают всех необходимых задач) испытывают двигательный и эмоциональный голод, дефицит общения, поэтому разнообразие двигательной деятельности, особенно игровой, хотя бы частично компенсирует эти негативные явления.

По убеждению Евсеева С.П. [39]: «**Принцип приоритетной роли микросоциума** состоит в единстве коррекционной работы с ребенком и его окружением, прежде всего, с родителями. В силу огромной роли семьи в становлении личности ребенка, необходима такая организация микросоциума, которая могла бы максимально стимулировать его развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на физическое и психическое состояние ребенка. К сожалению, родители чаще всего недостаточно

информированы о положительном влиянии физических упражнений на здоровье ребенка, коррекцию физических и психических нарушений».

Поэтому, необходима просветительская работа, консультативная и методическая помощь, создание специальных программ обучения родителей.

1.3. Формы организации адаптивной физической культуры с детьми, имеющими ЗПР

В структуру адаптивной физической культуры входят адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт и физическая реабилитация.

Как убежден Инденбаум Е. Л. [45]: «Они охватывают все возможные виды физкультурной деятельности детей с физическими и умственными недостатками, помогают им адаптироваться к окружающему миру, так как обучение разнообразным видам движений связано с развитием психофизических способностей, общением, эмоциями, познавательной и творческой деятельностью».

В учебнике «Теория и организация адаптивной физической культуры» [39] профессор Евсеев С.П. разъясняет: «Каждый вид адаптивной физической культуры имеет свое назначение: адаптивное физическое воспитание предназначено для формирования базовых основ физкультурного образования; адаптивная двигательная рекреация - для здорового досуга, активного отдыха, игр, общения; адаптивный спорт - для совершенствования и реализации физических, психических, эмоционально-волевых способностей; физическая реабилитация - для лечения, восстановления и компенсации утраченных способностей. Каждому из них свойственны собственные функции, задачи, содержание, степень эмоционального и психического напряжения, методы и формы организации. И вместе с тем они тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга».

Согласно выводам Евсеева С.П. [39]: «Адаптивное физическое воспитание - наиболее организованный вид адаптивной физической культуры, охватывающий продолжительный период жизни (дошкольный, школьный, молодежный возраст), поэтому является основным каналом приобщения к ценностям физической культуры. Адаптивное физическое воспитание (физическая культура) является обязательной дисциплиной во всех восьми видах образовательных (коррекционных) учреждений, в которых обучаются около 600 тыс. детей. Это единственный школьный предмет, сфокусированный на уважении ребенка к собственному телу, развитии двигательных способностей, приобретении необходимых знаний, понимании необходимости систематических занятий физическими упражнениями, что служит основой для повышения уверенности в себе, самооценки, формирования положительной мотивации к здоровому образу жизни».

Формы организации занятий физическими упражнениями чрезвычайно разнообразны, они могут быть систематическими (уроки физической культуры, утренняя гимнастика), эпизодическими (загородная прогулка, катание на санках), индивидуальными (в условиях стационара или дома), массовыми (фестивали, праздники), соревновательными (от групповых до международных), игровыми (в семье, оздоровительном лагере). Одни формы занятий организуются и проводятся специалистами адаптивной физической культуры, другие - общественными и государственными организациями, третьи - родителями детей-инвалидов, волонтерами, студентами, четвертые - самостоятельно. Цель всех форм организации - расширение двигательной активности детей, приобщение их к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, развитие собственной активности и творчества, формирование здорового образа жизни, физкультурное и спортивное воспитание.

Основной формой организованных занятий во всех видах адаптивной физической культуры является *урочная форма*, исторически и эмпирически оправдавшая себя.

В зависимости от целей, задач, программного содержания уроки подразделяются на [39]:

- уроки образовательной направленности - для формирования специальных знаний, обучения разнообразным двигательным умениям;
- уроки коррекционно-развивающей направленности - для развития и коррекции физических качеств и координационных способностей, коррекции движений, коррекции сенсорных систем и психических функций с помощью физических упражнений;
- уроки оздоровительной направленности - для коррекции осанки, плоскостопия, профилактики соматических заболеваний, нарушений сенсорных систем, укрепления сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- уроки лечебной направленности - для лечения, восстановления и компенсации утраченных или нарушенных функций при хронических заболеваниях, травмах и т. п. (например, ежедневные уроки ЛФК в специальных школах-центрах для детей с ДЦП);
- уроки спортивной направленности - для совершенствования физической, технической, тактической, психической, волевой, теоретической подготовки в избранном виде спорта;
- уроки рекреационной направленности - для организованного досуга, отдыха, игровой деятельности.

Такое деление носит условный характер, отражая лишь преимущественную направленность урока. Фактически каждый урок содержит элементы обучения, развития, коррекции, компенсации и профилактики. Таким образом, наиболее типичными для детей с ограниченными функциональными возможностями являются *комплексные уроки*.

Неурочные формы не регламентированы временем, местом проведения занятий, количеством участников, их возрастом. Занятия могут включать детей с разными двигательными нарушениями, проводиться отдельно или совместно со здоровыми детьми, родителями, добровольными помощниками.

Их главная цель - удовлетворение потребности детей в эмоциональной двигательной активности, игровой деятельности, общении, самореализации.

В разных видах адаптивной физической культуры урочные и неурочные формы занятий распределяются следующим образом.

Адаптивное физическое воспитание в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях осуществляется в следующих формах [39]:

- уроки физической культуры;
- уроки ритмики (в младших классах);
- физкультминутки на общеобразовательных уроках (для снятия и профилактики умственного утомления).

Адаптивная физическая рекреация осуществляется в процессе внеурочных и внешкольных занятий. Рекреативные занятия имеют две формы: в режиме дня и внеклассную. В режиме дня они представлены в виде:

- утренней гимнастики (до уроков);
- организованных игр на переменах;
- спортивного часа (после уроков).

Внеклассные занятия имеют следующие формы:

- рекреативно оздоровительные занятия в школе (в группах общей физической подготовки, группах подвижных и спортивных игр и других формах), организованных на добровольной самодеятельной основе в соответствии с возможностями учреждения и интересами учащихся;
- физкультурные праздники, викторины, конкурсы, развлечения, соревнования типа «Веселые старты»;
- интегрированные праздники вместе со здоровыми детьми;
- прогулки и экскурсии;
- дни здоровья.

Во внешкольное время адаптивная физическая рекреация имеет следующие формы:

- занятия в летних и зимних оздоровительных лагерях;

- занятия и игры в семье;
- занятия в реабилитационных центрах;
- занятия в семейно-оздоровительных клубах;
- самостоятельные занятия.

Большое внимание в настоящее время уделяется государством развитию адаптивного спорта. Согласно данным Евсеева С.П. [39]: «**Адаптивный спорт** имеет два направления: рекреационно-оздоровительный спорт и спорт высших достижений. Первое реализуется в школе как внеклассные занятия в секциях по избранному виду спорта (настольный теннис, гимнастика, аэробика, танцы (в том числе и в колясках), хоккей на полу, баскетбол, плавание, легкая атлетика и др.) в двух формах:

- тренировочные занятия;
- соревнования.

Второе направление реализуется в спортивных и физкультурно-оздоровительных клубах, общественных объединениях инвалидов, ДЮСШ, сборных командах по видам спорта в системе Специального Олимпийского, Паралимпийского движения, Всероссийского движения глухих».

Шапкова Л.В., автор учебника «Частные методики адаптивной физической культуры» [102], пишет: «**Физическая реабилитация** в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений реализуется в двух формах:

- уроки ЛФК в школе;
- занятия ЛФК в лечебных учреждениях.

В каждой нозологической группе направления коррекционно-развивающей работы и условия реализации имеют собственные задачи, специфическое содержание, адекватный подбор средств, методов, методических приемов, соответствующих возрасту, условиям проведения занятий, типу учреждения. Если для детей с сенсорными нарушениями коррекционно-развивающие задачи решаются преимущественно в процессе физического воспитания, включая физкультурно-оздоровительные

мероприятия, то для детей с ДЦП, поражением функций спинного мозга - в процессе физической реабилитации, что и составляет одну из особенностей частных методик адаптивной физической культуры».

Как пишет Гандельсман А.Б., Смирнов К.М. [25]: «Несмотря на достаточно разнообразные формы адаптивной физической культуры, практика показывает, что объем и содержание действующих программ по физическому воспитанию в коррекционных учреждениях всех видов не удовлетворяют современным требованиям к двигательной активности детей-инвалидов и нуждаются в реформировании».

По убеждению Шевченко С. Г. [30]: «Перспективным направлением в решении этой проблемы является внедрение *дополнительных форм физкультурного образования* в практику коррекционного образования».

Поэтому, в качестве учреждений дополнительного физкультурного образования следует использовать действующую базу детско-юношеских клубов физической подготовки, где рассматриваются варианты организационных форм, обеспечивающих социальную интеграцию детей с ОВЗ.

1.4. Исторические аспекты закаливания

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [3]: «Здоровье человека на 10-20% зависит от наследственности; на 10-20% - от состояния окружающей среды; на 8-12% - от уровня здравоохранения и на 50-70% - от образа жизни».

Согласно определению Апанасенко Г.А. [6]: «Здоровый образ жизни - это рациональное питание, занятие спортом, отказ от алкоголя и курения и многое другое. Важную роль играет и закаливание. Закаливание - это научно-обоснованная система использования физических факторов внешней среды для повышения сопротивляемости организма к простудным и инфекционным заболеваниям. Закаливание - обязательный элемент физического воспитания, особенно важный для молодежи, так как имеет большое значение для

укрепления здоровья, увеличения работоспособности, улучшения самочувствия, настроения и бодрости».

Голощапов Р.Б., автор учебника «История физической культуры и спорта» [24], пишет: «По свидетельству Плутарха, закаливание мальчиков в Древней Спарте начиналось с самого раннего возраста. С семи лет воспитание продолжалось в общественных домах во все более суровых условиях: их стригли наголо, заставляли ходить босиком в любую погоду, а в теплое время года - обнаженными. Когда детям исполнялось 12 лет, им выдавали плащ, который они должны были носить круглый год. Горячей водой им разрешали мыться всего несколько раз в году. И в зрелые годы люди должны были жить так, как предписывал обычай. Большое внимание в Спарте уделялось и физическому развитию женщин. Как и мужчины, они также упражнялись в беге, борьбе, бросании диска и копья, чтобы их тела были сильны и крепки, и чтобы такими же были и рождаемые ими дети. Закаленные такими упражнениями, они легче могли вынести муки деторождения и выйти из них здоровыми».

В продолжение вышесказанному, приведем выдержку из книги Баженова Ю.И. «Термогенез и мышечная деятельность при адаптации к холоду» [12]. Автор пишет: «Древние римляне в значительной степени заимствовали и трансформировали древнегреческую культуру. У них важнейшим закаливающим средством была баня. Римские бани, или термы, представляли собой просторные и весьма вместительные здания, построенные из великолепных сортов мрамора (термы Диоклетиана (505-506 гг.) вмещали 3500 купающихся). В термах имелись помещения для раздевания, гимнастических упражнений и массажа, здесь были горячая баня, бассейны с теплой и холодной водой, души, широко использовались песочные и грязевые ванны. На крышах многих терм устраивались площадки для приема солнечных ванн».

По историческим данным, опубликованным Жбановым Р.Г., Приходченко К.М., Полищук С.А. [36]: «Гиппократ писал, что касается

состояния погоды на каждый день, то холодные дни укрепляют тело, делают его упругим и удобоподвижным».

В статье «Лекарства от простуды» [49] Колгушкин А.Н. и Короткова Л.И. пишут: «В Древнем Китае профилактика болезней и укрепление здоровья носили государственный характер. «Мудрый, - говорилось в «Трактате о внутреннем», - лечит ту болезнь, которой еще нет в теле человека, потому что применять лекарства, когда болезнь уже началась, это все равно, что начинать копать колодезь, когда человека уже мучит жажда, или ковать оружие, когда противник уже начал бой. Разве это не слишком поздно?». Поэтому в древнекитайской медицине большое внимание уделялось мероприятиям, способствовавшим укреплению здоровья. Важнейшими средствами для этого считались физические упражнения, водные процедуры, солнечное облучение, массаж, лечебная гимнастика, диета».

По данным Козырёвой Т.В. [48]: «Одним из важнейших направлений в медицине Древней Индии было предупреждение заболеваний, использование различных упражнений, например, йоги, направленных на поддержание и укрепление здоровья, достижение нравственного и психологического равновесия. Исходя из учения о трех «органических жидкостях» (желчь, слизь, воздух) и 5 космических элементах (земля, вода, огонь, воздух и эфир – источник света), древние индусы определяли здоровье как результат равномерного их смещения, правильного совершения жизненных отправлений тела, нормального состояния органов чувств и ясности ума. Поэтому, усилия врачей направлялись на уравнивание нарушенного соотношения жидкостей и элементов».

Об использовании воды в Древней Индии, с целью укрепления здоровья человека, говорится в священных индусских книгах «Веды»[49]: «Целебен поток воды, вода охлаждает жар лихорадки, целебна от всех болезней, излечение приносит тебе течение воды».

Со слов Колгушкина А.Н. [50]: «Особое значение закаливанию придавалось и на Руси. Здесь оно носило массовый характер. Особое внимание закаливанию уделялось в русской армии».

Маршак М.Е., автор книги «Физиологические основы закаливания организма человека» [65], пишет: «Русским врачам, писателям, деятелям науки принадлежит ведущая роль в разработке методики закаливания и её научное обоснование. Так, Радищев А.Н. в работе «О человеке, о его смертности и бессмертии», вышедшей в XVIII веке, писал: «Все действует на человека. Пища его и питание, внешняя стужа и теплота, воздух и даже самый свет».

Известный русский физиолог, академик Тарханов И.Р., автор вышедшей в 1899 году книги «О закаливании человеческого организма», определяя сущность закаливания, писал: «К слову «закаливание» или «закал» в приложении к организму русская речь прибегает по аналогии с явлениями, наблюдаемыми на железе, стали, при их закаливании, придающем им большую твердость и стойкость» [50].

В учебнике «Физиология закаливания» [59] Макаров В.А. делится историческими сведениями: «Известный русский педиатр, активный сторонник закаливания, Сперанский Г.Н., рассматривал закаливание, как воспитание в организме способности быстро и правильно приспосабливаться к меняющимся внешним условиям. Врач считал, что закаливание не лечит, а предупреждает болезнь, и в этом его важнейшая профилактическая роль».

Таким образом, по мнению большинства исследователей, закаленный человек легко переносит не только жару и холод, но и резкие перемены внешней температуры, которые способны ослабить защитные силы организма. В научно-методической литературе существует достаточно много определений понятия закаливания, каждое из которых в разной мере затрагивает биологические, гигиенические, педагогические и социальные аспекты этого явления.

В настоящее время наукой накоплено достаточно много данных о положительном влиянии закалывающих процедур на организм человека. Так,

Подшибякин А.К. и Кайро И.А. [77] отмечают: «Закаливающие процедуры способствуют уменьшению и даже полному устранению раздражительности, слабости, быстрой утомляемости, нормализуют сон, увеличивают физическую и умственную работоспособность, повышают эмоциональный тонус. При закаливающих процедурах, благодаря быстрой смене сосудосуживающих и сосудорасширяющих реакций, происходит тренировка кровеносных сосудов».

Положительное влияние закаливания в процессе борьбы с разнообразными болезнями отмечается в исследованиях многих ученых.

Например, Похлебин В.П., автор книги «Уроки здоровья» [82], подчёркивает: «Закаливание является неотъемлемой частью физического воспитания, средства закаливания только тогда приобретают значение средств физического воспитания, когда их воздействие упорядочено».

Исследуя физиологические механизмы терморегуляции человека при адаптации к холоду, Соболев В.И. и Чирва Г.И.[93] сделали вывод: «Необходимо включить закаливание, как средство физического воспитания в общую систему воспитания; применять закаливающие процедуры в режиме утренней гигиенической гимнастики».

По определению Шестакова В.А. и Степанова А.Я.[105]: «Современный процесс закаливания представляет собой комплекс мероприятий, направленных на повышение сопротивляемости организма к воздействиям внешней среды, и неразрывно связан со всеми другими составляющими здорового образа жизни, в первую очередь, со средствами физической культуры».

Выводы по главе

Таким образом, анализ специальной литературы по теме исследования свидетельствует о том, что проблема физической подготовки детей привлекает внимание многих исследователей. В научно-методической

литературе имеется много работ по изучению влияния занятий физической культурой на организм учащихся младших классов, по обоснованию и использованию различных средств и методов физической культуры. Однако, большинство работ не затрагивает использования средств закаливания в процессе регламентированных (в рамках учебного расписания) занятий физической культурой.

Дальнейшее изучение механизма воздействия закаливания на организм человека позволит, на наш взгляд, более грамотно и эффективно использовать закаливание в комплексе с физическими упражнениями.

Проведённый анализ специальных литературных источников показал, что в большинстве работ, посвящённых адаптивному физическому воспитанию учащихся с ЗПР, основное внимание уделено только развитию двигательных качеств. Практически неизвестным остаётся вопрос о влиянии закаливающих факторов в рамках занятий физической культурой на здоровье школьников с ЗПР.

ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Задачи исследования

В настоящей работе поставлены перед собой следующие **задачи**:

1. Выявить уровень физической подготовленности учащихся с ЗПР младших коррекционных классов.
2. Разработать методику комплексного использования физических упражнений и средств закаливания в адаптивном физическом воспитании школьников с ЗПР.
3. Обосновать эффективность разработанной методики в условиях педагогического эксперимента.

2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**:

1. Анализ специальной литературы по теме исследования.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Педагогический эксперимент.
4. Тестирование.
5. Методы математической статистики.

Анализ литературы и обобщение передового практического опыта организации и планирования нагрузок на занятиях по адаптивному физическому воспитанию учащихся младших классов проводился на основе изучения анатомо-физиологических, психологических и педагогических закономерностей развития детей с ЗПР.

Педагогические наблюдения проводились на уроках по адаптивному физическому воспитанию для оценки освоения детьми с ЗПР предлагаемых упражнений, что позволило собрать первичную информацию и уточнить методику проведения занятий.

Педагогический эксперимент. Экспериментальные исследования выполнялись для определения уровня и динамики физической подготовленности и проверки эффективности предлагаемой методики использования физических упражнений и средств закаливания учащимися с ЗПР младших коррекционных классов.

Исследование проводилось в период с сентября по декабрь 2019 года, на базе Физкультурно-оздоровительного комплекса (ФОК) института физической культуры и спорта (ИФКиС) ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет (ТГУ).

Было обследовано более 70 школьников младших коррекционных классов, посещающих бассейн. В силу различных причин (болезни, пропуски уроков по другим причинам) анализировались результаты обследования 60 учеников. Из них:

- учащиеся 1-ых классов, n=29;
- учащиеся 2-ых классов, n=31.

В начале (сентябрь 2019 года) и в конце (декабрь 2019 года) эксперимента проводилось педагогическое тестирование.

В педагогическом эксперименте принимали участие дети с ЗПР:

- *конституционного происхождения* (эмоционально-волевая сфера находится, как бы на более ранней ступени развития) соответствует инфантильный тип телосложения; выразительная жестикауляция, быстрые порывистые движения;

- *соматогенного происхождения* (обусловлена длительными хроническими заболеваниями) проявляется стойкая астения, которая снижает не только физический, но и психический тонус;

- *психогенного происхождения* (обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребёнка) наблюдается, прежде всего, психическая неустойчивость.

Характеристика участников педагогического эксперимента представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Характеристика участников констатирующего (естественного) педагогического эксперимента

№ п/п	Показатели	Длина тела	Масса тела	Возраст (лет)
		(м)	(кг)	
$\bar{X} \pm \delta$				
Первый класс				
1	Девочки (n = 16)	$1,34 \pm 0,07$	$28,2 \pm 3,3$	$8,1 \pm 0,3$
2	Мальчики (n = 13)	$1,34 \pm 0,09$	$28,5 \pm 3,6$	$8,2 \pm 0,4$
Второй класс				
3	Девочки (n = 16)	$1,40 \pm 0,08$	$31,0 \pm 3,7$	$9,1 \pm 0,4$
4	Мальчики (n = 15)	$1,39 \pm 0,11$	$30,9 \pm 3,9$	$9,1 \pm 0,3$

По своим антропометрическим показателям школьники с ЗПР, принимавшие участие в экспериментальных исследованиях, не отличались от своих сверстников.

В качестве экспериментальных и контрольных групп были взяты учащиеся с ЗПР коррекционных классов, которые до начала эксперимента не отличались по большинству показателей друг от друга.

В начале и в конце педагогического эксперимента школьники 1-го и 2-го классов выполняли стандартную программу тестирования.

Длительность основного педагогического эксперимента составила две учебные четверти: с сентября 2019 года по декабрь 2019 года.

Организованное таким образом исследование позволило определить особенности динамики уровня физических способностей у школьников с ЗПР младших коррекционных классов.

В процессе констатирующего педагогического эксперимента использовались различные тесты и их варианты. Подробное описание условий проведения тестов и процедуры тестирования представлено в работах Б.А. Ашмарина [9]. Были использованы следующие тесты:

- «Фламинго», кол-во ошибок. Предназначен для измерения статического равновесия и заключается в балансировании на одной ноге на подставке. Другую ногу необходимо согнуть в колене, подтянуть к ягодице и держать одноименной

рукой. Подставка длиной 50 см, высотой 4 см., шириной 3 см. Балансирование составляет одну минуту. Необходимо помочь занять правильную позицию и когда школьник будет готов прекратить помощь. При потере равновесия, снова принимается исходное положение и тест продолжается. Начинать повторное выполнение теста придется до истечения 1 минуты.

- «Подвижность в тазобедренном суставе», см. Предназначен для измерения гибкости. Каждый учащийся, сгибаясь в тазобедренном суставе, протягивает руки вперед. Для данного теста необходимо оборудование в виде коробки длиной 45 см, шириной 35 см, высотой 32 см. На верхней части крепится доска, которая выступает на 15 см и на ней нанесена шкала от 0 до 50 см. Испытуемый садится, упиравшись ногами в дно коробки. На шкалу кладется линейка длиной 30 см и необходимо ее передвигать без рывков, как можно дальше. Ноги при этом не сгибать. Выполняется две попытки.

- «Сила кисти», правая, кг. Предназначен для измерения статической силы. Измеряется при помощи ручного динамометра. Динамометр берется в руку, рука отводится в сторону от туловища, максимально сгибается кисть. «Сила кисти» левая, кг.

- «Прыжок в длину с /м», см. Учащиеся выполняли по три прыжка, в расчет принимался лучший результат. Прыжки выполнялись двумя командами поточно в форме соревнования.

- «Подъем туловища», кол-во раз. Предназначен для измерения силы и силовой выносливости мышц туловища. Определялось количество подниманий туловища из положения, лежа на спине, руки за головой, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, за 30 секунд.

- «Челночный бег 10*5 м», с; Предназначен для оценки скоростных способностей. Выполняется в виде бега с максимальной скоростью с высокого старта с поворотами на ограничительных линиях.

Последовательность проведения тестов была постоянна. Тесты выполнялись в следующей последовательности: 1) Тест на равновесие –

Фламинго. 2) Подвижность в тазобедренном суставе («сесть и достать»). 3) Сила кисти. 4) Прыжок в длину с места. 5) Подъем туловища. 6) Челночный бег.

2.3. Организация исследования

Для решения поставленных в работе задач было организовано исследование, которое проходило в период с января 2019 года по февраль 2020 года, в три этапа:

- На *первом* этапе (январь - август 2019г.) изучались литературные источники, освещающие состояние проблемы исследования, формулировались и уточнялись цель, задачи и гипотеза, анализировались существующие и перспективные направления использования физических упражнений и средств закаливания на уроках адаптивной физической культуры школьников младших коррекционных классов. Разрабатывалась экспериментальная методика для детей с ЗПР.

- На *втором* этапе исследования (сентябрь – декабрь 2019г.), с целью выявления влияния физических упражнений и средств закаливания на организм детей с ЗПР, был проведен педагогический эксперимент. Продолжительность этого эксперимента составляла две учебные четверти.

- На *третьем* этапе исследования (январь - февраль 2020г.) обрабатывались и анализировались результаты исследования, полученные в ходе педагогического эксперимента. Оформлялась выпускная квалификационная работа.

Методы математической статистики. Рассчитывались следующие статистические показатели: среднее арифметическое (\bar{X}), стандартное отклонение (σ). Сравнение показателей осуществлялось при помощи непараметрического X - критерия Ван-дер-Вардена [9].

Выводы по главе

Во второй главе выпускной квалификационной работы сформулированы задачи исследования, решение которых необходимо для достижения поставленной цели; подробно описан комплекс методов, позволивших получить и проанализировать объем научной информации об особенностях развития детей с ЗПР; о формах организации адаптивной физической культуры с детьми, имеющими ЗПР; о принципах коррекционно-развивающей направленности педагогических воздействий при работе с детьми с ЗПР.

В главе представлены методы математической статистики и поэтапная организация исследования по заявленной теме.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ специальной литературы по теме исследования показал, что обучение в школе строится таким образом, чтобы не только сообщать детям определённую сумму знаний, формировать умения и навыки, но и управлять в процессе их обучения умственным и физическим развитием. Широкие возможности в этом плане имеет адаптивное физическое воспитание.

По убеждению большинства дефектологов, необходимо корректировать недостатки моторной сферы у детей с ЗПР, так как положительное влияние такой работы на формирование психики детей отмечалось многими исследователями. Поэтому, актуальна разработка комплексной системы физкультурно-оздоровительной работы, которая учитывала бы особенности физического и двигательного развития детей с задержкой психического развития.

Однако, проведённый анализ специальных литературных источников показал, что в большинстве работ, посвящённых адаптивному физическому воспитанию учащихся с ЗПР, основное внимание уделено только развитию двигательных качеств. Практически неизвестным остаётся вопрос о влиянии закалывающих факторов в рамках занятий физической культурой на здоровье школьников с ЗПР

Педагогические наблюдения позволили установить, что эффективность регламентированных форм проведения занятий по адаптивной физической культуре (урока) можно оценить по динамике уровня физической подготовленности учащихся.

С целью выявления эффективности занятий физическими упражнениями в сочетании с закалыванием учащихся с ЗПР младших коррекционных классов, нами был проведён *педагогический эксперимент*.

Уровень физической подготовленности школьников с ЗПР младших коррекционных классов изучался по результатам выполнения тестов, подробное описание которых представлено в главе 2.

В таблицах 3-4 представлены данные сравнительного анализа исходного уровня физической подготовленности школьников с ЗПР, участвующих в исследовании.

Таблица 3 - Сравнение уровня физической подготовленности мальчиков с ЗПР 1-ых коррекционных классов в начале эксперимента

№ п/п	Тесты	Мальчики из 1-го класса «А»		Мальчики из 1-го класса «Б»		p
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	11,6	5,49	12,2	5,55	p>0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	20,8	5,61	21,4	4,65	p>0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	11,2	2,38	10,9	2,65	p>0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,2	1,99	10,1	2,69	p>0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	118,1	12,17	117,4	16,1	p>0,05
6	«Подъем туловища», раз	13	3,89	12	3,86	p>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,0	2,91	26,1	2,36	p>0,05

Таблица 4 - Сравнение уровня физической подготовленности девочек с ЗПР 1-ых коррекционных классов в начале эксперимента

№ п/п	Тесты	Девочки из 1-го класса «А»		Девочки из 1-го класса «Б»		p
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	12,1	5,12	12,3	5,32	p>0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	21,8	5,16	21,4	4,89	p>0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	10,1	2,44	9,9	2,29	p>0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,2	2,49	10,1	2,53	p>0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	114,3	11,11	113,8	10,8	p>0,05
6	«Подъем туловища», раз	12	3,12	12	3,21	p>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,2	2,73	26,1	2,55	p>0,05

Результаты тестирования школьников с ЗПР первого коррекционного класса «А», как у мальчиков (таблица 3), так и у девочек (таблица 4) отличаются незначительно от результатов тестирования школьников с ЗПР первого коррекционного класса «Б».

Уровень физической подготовленности мальчиков и девочек с ЗПР 1-го класса соответствует возрастным нормам [22].

Выявленные незначительные отличия в уровне подготовленности учащихся с ЗПР 1-го класса «А» от учащихся с ЗПР коррекционного 1-го класса «Б», позволяют провести сравнительный эксперимент, разделив эти классы на контрольный класс «А» и экспериментальный класс «Б».

Результаты тестов школьников с ЗПР 2-го класса «А», как у мальчиков (таблица 5), так и у девочек (таблица 6) так же, как и в 1-ом классе, отличаются незначительно от результатов тестов школьников с ЗПР 2-го класса «Б».

Таблица 5 - Сравнение уровня физической подготовленности мальчиков с ЗПР 2-ых коррекционных классов

№ п/п	Тесты	Мальчики из 2-го класса «А»		Мальчики из 2-го класса «Б»		p
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	12,8	6,64	12,1	5,44	p>0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	19,3	5,6	19,7	4,16	p>0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	12,4	2,77	12,1	2,44	p>0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	11,2	2,28	11,1	2,56	p>0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	132,5	11,52	131,9	11,85	p>0,05
6	«Подъем туловища», раз	13,0	3,48	12,0	4,49	p>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	25,4	2,97	25,5	2,26	p>0,05

Таким образом, выявленные незначительные отличия в уровне подготовленности школьников с ЗПР 2-го класса «А» от школьников с ЗПР

2-го класса «Б», позволяют провести сравнительный эксперимент, разделив эти классы на *контрольный* класс «А» и *экспериментальный* класс «Б».

Таблица 6 - Сравнение уровня физической подготовленности девочек с ЗПР 2-ых коррекционных классов

№ п/п	Тесты	Девочки из 2-го класса «А»		Девочки из 2-го класса «Б»		p
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	10,8	4,75	11,0	4,53	p>0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	21,3	4,9	21,9	4,46	p>0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	10,7	2,71	11,0	2,49	p>0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,4	2,21	10,8	2,33	p>0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	124,9	9,59	126,1	9,88	p>0,05
6	«Подъем туловища», раз	12	3,11	12,0	4,09	p>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,4	2,84	26,2	2,76	p>0,05

В первом классе по большинству исследуемых показателей девочки с ЗПР практически не отличаются (таблицы 1-4) от мальчиков. Это результаты тестов: «Фламинго», «Подвижность в тазобедренных суставах», «Сила кисти», «Прыжок в длину с места», «Подъем туловища», «Челночный бег», где различия между мальчиками и девочками статистически не достоверны (p>0,05).

Во втором классе между мальчиками и девочками разница в уровне физической подготовленности отмечена по отдельным результатам тестов, что косвенно свидетельствует об увеличении степени полового диморфизма. Более выраженное проявление полового диморфизма во втором классе по сравнению с первым классом, возможно, объясняется более ранним началом полового созревания девочек.

Результаты девочек лучше, чем результаты мальчиков в тестах

«Фламинго», «Подвижность в тазобедренных суставах», и значительно слабее в тестах «Сила кисти» обеих рук.

По-видимому, более выраженные различия между мальчиками и девочками, наступают несколько позже.

От первого ко второму классу происходит достоверное ($p < 0,05$) улучшение уровня физической подготовленности, как мальчиков так и девочек.

Эти данные согласуются с результатами, полученными другими исследователями. Наряду с естественным ростом организма, происходит и улучшение физической подготовленности учащихся младших классов с ЗПР.

В процессе обучения и воспитания необходимо совмещать целенаправленные воздействия от занятий адаптивной физической культурой с выполнением закаливающих мероприятий. Это, как подтверждается целым рядом исследований, ведёт к выраженному увеличению темпов прироста уровня двигательных качеств.

3.1. Динамика физической подготовленности учащихся с ЗПР младших коррекционных классов

У детей с ЗПР учебные нагрузки вызывают перенапряжение умственных и физических сил. Дети со слабым здоровьем, имеющие пограничные и болезненные проявления, в первую очередь, требуют рациональных физических нагрузок, повышения устойчивости к различного рода инфекциям, простудам, нервно-психическим стрессам.

При понижении температуры окружающей среды происходят сдвиги в обмене веществ. Причем, резкое повышение обмена веществ происходит при движении, незначительное - при полном покое. В связи со спецификой закаливания происходит изменения в работе нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также в терморегуляторном аппарате.

Поэтому, в исследовании была предложена экспериментальная программа, по которой занимались учащиеся с ЗПР первого «Б» класса и второго «Б» класса.

Отличительными особенностями экспериментальной программы явились:

1. Включение закаливающих процедур в плановые занятия адаптивной физической культурой по учебному расписанию школы.

2. Комплексное использование средств закаливания и на уроке физической культуры. Использовались воздушные ванны (большинство занятий проводилось на открытом воздухе). В конце урока осуществлялось обтирание или обливание холодной водой ног (что составляло примерно 5%).

3. Использование в занятиях подвижных и спортивных игр способствовало созданию положительного эмоционального фона. Музыкальное сопровождение в процессе выполнения ходьбы и бега.

4. Участие родителей в контроле за выполнением домашних заданий по закаливанию.

В таблицах 7 и 8, представлена динамика уровня физической подготовленности у мальчиков и девочек с ЗПР первого классов (контрольного и экспериментального).

В ходе исследования установлено, что за время педагогического эксперимента (сентябрь-декабрь 2019 года) уровень физической подготовленности существенно улучшился у большинства мальчиков и девочек с ЗПР, как контрольного, так и экспериментального классов.

Результаты теста «Фламинго» за время эксперимента у мальчиков с ЗПР изменились недостоверно в контрольном и экспериментальном классах.

Следует отметить, что у учащихся с ЗПР первого экспериментального класса, применявших средства закаливания, положительная динамика значительно выше (рис. 1).

Таблица 7 - Динамика уровня физической подготовленности у мальчиков с ЗПР первых классов (контрольного и экспериментального)

№ п/п	Тесты	Мальчики из первого класса «А», контрольного				Р	Мальчики из первого класса «Б», экспериментального				Р
		Исходное		Конечное			Исходное		Конечное		
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	11,6	5,49	11,4	5,11	>0,05	12,2	5,55	12,1	4,61	>0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	20,8	5,61	22,9	4,98	<0,05	21,4	4,65	24,3	4,2	<0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	11,2	2,38	12,0	2,21	<0,05	10,9	2,65	12,3	2,77	<0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,2	1,99	11,4	2,01	<0,05	10,1	2,69	12,2	2,28	<0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	118,1	12,17	112,1	10,3	<0,05	117,4	16,1	132,5	11,52	<0,05
6	«Подъем туловища», раз	13	3,89	13,0	3,74	>0,05	12	3,86	13,0	3,48	<0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,0	2,91	25,7	2,65	<0,05	26,1	2,36	25,4	2,97	<0,05

Таблица 8 - Динамика уровня физической подготовленности у девочек с ЗПР первых классов (контрольного и экспериментального)

№ п/п	Тесты	Девочки из первого класса «А», контрольного				Р	Девочки из первого класса «Б», экспериментального				Р
		Исходное		Конечное			Исходное		Конечное		
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	12,1	5,12	11,8	5,03	>0,05	12,3	5,32	11,0	4,34	<0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	21,8	5,16	22,4	5,1	<0,05	21,4	4,89	22,9	4,31	<0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	10,1	2,44	10,6	2,2	<0,05	9,9	2,29	11,0	2,31	<0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,2	2,49	10,5	2,3	<0,05	10,1	2,53	10,8	2,29	<0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	114,3	11,11	124,1	10,2	<0,05	113,8	10,8	126,1	8,93	<0,05
6	«Подъем туловища», раз	12	3,12	13,0	2,9	>0,05	12	3,21	13,0	3,95	>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,2	2,73	26,0	2,6	>0,05	26,1	2,55	25,8	2,52	<0,05

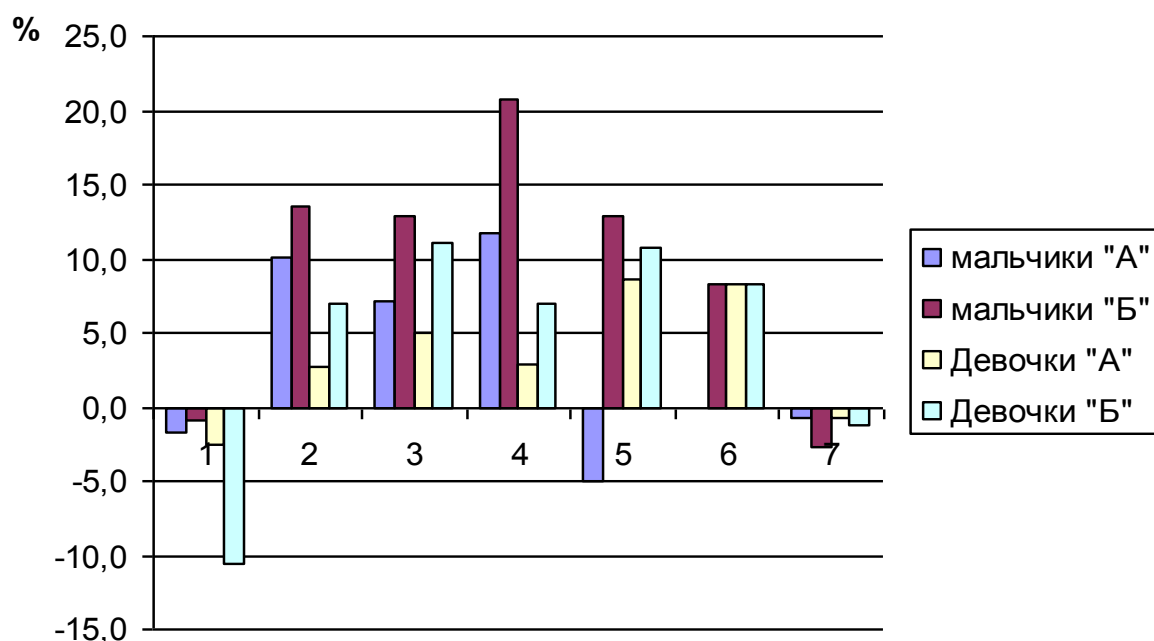


Рисунок 1 - Динамика результатов тестов в коррекционных первом контрольном и экспериментальном классах за время эксперимента (номера соответствуют тестам таблицы)

Динамика результатов теста «Подвижность в тазобедренном суставе» в контрольном классе у мальчиков с ЗПР составила 10,1%, в экспериментальном классе 13,6%. У девочек с ЗПР изменения в этом тесте составили 2,8 и 7%, соответственно.

Результаты прыжка в длину с места в контрольном классе у мальчиков с ЗПР улучшились на 5,1%, в экспериментальном классе - на 12,9%. У девочек с ЗПР изменения в этом тесте составили 8,6% и 10,8%, соответственно.

Динамика результатов теста «Подъем туловища» в контрольном классе у мальчиков с ЗПР не выражена, средний результат не изменился в силу различных причин. В экспериментальном классе улучшение составило 13,6%. У девочек с ЗПР изменения в этом тесте одинаковы и составили 8,3%, соответственно.

Сила кисти мальчиков с ЗПР экспериментального и контрольного классов улучшилась более значительно, чем у девочек с ЗПР. В контрольном

классе у мальчиков с ЗПР улучшение составило 7,1% и 11,8%, а в экспериментальном - 12,8% и 20,8%. У девочек с ЗПР контрольного класса - 5,0% и 2,9% в экспериментальном классе - 11,1% и 6,9%.

Выявленные незначительные отличия в уровне подготовленности школьников с ЗПР первого класса «А» от школьников с ЗПР первого класса «Б», позволяют констатировать, что применение экспериментальной программы, включающей средства закаливания вызывает более выраженный оздоровительный эффект.

Динамика результатов тестов школьников с ЗПР второго класса «А» и второго класса «Б», как у мальчиков (таблица 9), так и у девочек (таблица 10) так же, как и в первом классе, характеризуется положительной динамикой результатов большинства тестов.

Исключение составили результаты тестов:

- «Фламинго» - у девочек с ЗПР контрольного класса;
- «Подъем туловища» - у девочек и мальчиков с ЗПР контрольного и экспериментального классов;
- «Челночный бег» - у девочек и мальчиков с ЗПР контрольного класса.

За время эксперимента результаты этих тестов изменились не достоверно.

На рисунке 2, представлена динамика результатов тестов в контрольном и экспериментальном классах за время эксперимента, выраженная в процентах.

Динамика результатов теста «Подвижность в тазобедренном суставе» в контрольном классе у мальчиков с ЗПР составила 13,5%, в экспериментальном классе - 46,2%. У девочек с ЗПР изменения в этом тесте одинаковы и составили 5,2%, соответственно.

Результаты прыжка в длину с места в контрольном классе у мальчиков с ЗПР улучшились на 2,9%, в экспериментальном классе - на 6,7%. У девочек с ЗПР изменения в этом тесте составили 3,5% и 5,9%, соответственно.

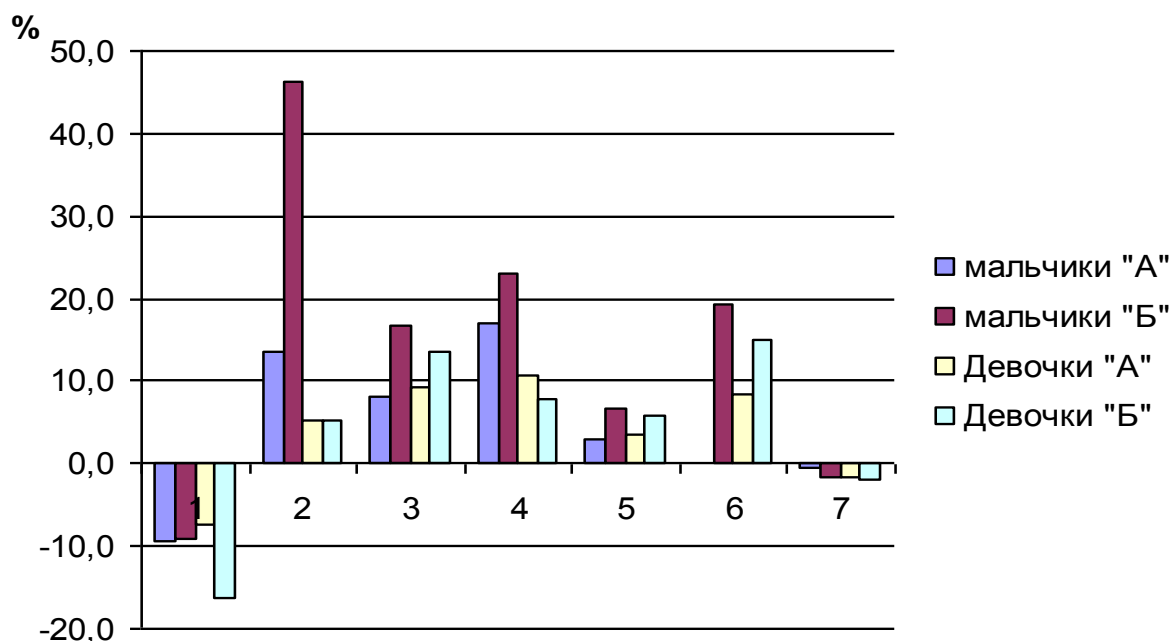


Рисунок 2 - Динамика результатов тестов во втором контрольном и экспериментальном классах за время эксперимента (номера соответствуют тестам таблицы)

Динамика результатов теста «Подъем туловища» в контрольном и экспериментальном классах у мальчиков и девочек с ЗПР не выражена, средний результат не изменился в силу различных причин.

У мальчиков с ЗПР экспериментального и контрольного классов сила кисти улучшилась более значительно, чем у девочек с ЗПР. В контрольном классе у мальчиков с ЗПР улучшение составило 8,1% и 17,0%, а в экспериментальном - 16,7% и 23%. У девочек с ЗПР контрольного класса - 9,3% и 10,6%, в экспериментальном классе - 13,6% и 7,9%.

Выводы по главе

Выявленные незначительные отличия в уровне подготовленности школьников с ЗПР второго класса «А» от школьников с ЗПР первого класса «Б», позволяют констатировать, что применение экспериментальной программы, включающей средства закаливания, вызывает более выраженный оздоровительный эффект.

Таблица 9 - Динамика уровня физической подготовленности у мальчиков с ЗПР вторых классов (контрольного и экспериментального)

№ п/п	Тесты	Мальчики из второго класса «А», контрольного				Р	Мальчики из второго класса «Б», экспериментального				Р
		Исходное		Конечное			Исходное		Конечное		
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	12,8	6,64	11,6	6,1	<0,05	12,1	5,44	11,0	5,2	<0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	19,3	5,6	21,9	5,1	<0,05	19,7	4,16	28,8	5,3	<0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	12,4	2,77	13,4	2,61	<0,05	12,1	2,44	14,12	2,6	<0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	11,2	2,28	13,1	2,31	<0,05	11,1	2,56	13,65	3,0	<0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	132,5	11,52	136,4	10,2	<0,05	131,9	11,85	140,7	11,4	<0,05
6	«Подъем туловища», раз	13,0	3,48	13,0	3,2	>0,05	12,0	4,49	14,3	3,3	<0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	25,4	2,97	25,3	2,71	>0,05	25,5	2,26	25,11	2,4	<0,05

Таблица 10 - Динамика уровня физической подготовленности у девочек с ЗПР вторых классов (контрольного и экспериментального)

№ п/п	Тесты	Девочки из второго класса «А», контрольного				Р	Девочки из второго класса «Б», экспериментального				Р
		Исходное		Конечное			Исходное		Конечное		
		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ		\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
1	«Фламинго», кол-во	10,8	4,75	10,0	4,2	>0,05	11,0	4,53	9,195	5,3	<0,05
2	«Подвижность в тазобедренном суставе», см	21,3	4,9	22,4	4,3	<0,05	21,9	4,46	23,03	4,7	<0,05
3	«Сила кисти» правая, кг	10,7	2,71	11,7	2,6	<0,05	11,0	2,49	12,5	2,1	<0,05
4	«Сила кисти» левая, кг	10,4	2,21	11,5	2,1	<0,05	10,8	2,33	11,65	2,2	<0,05
5	«Прыжок в длину с /м», см	124,9	9,59	129,3	8,3	<0,05	126,1	9,88	133,6	10,6	<0,05
6	«Подъем туловища», раз	12	3,11	13,0	3,1	>0,05	12,0	4,09	13,8	6,1	>0,05
7	«Челночный бег 10*5 м», с	26,4	2,84	26,0	2,7	<0,05	26,2	2,76	25,7	3,1	<0,05

Влияние экспериментальной программы проявилось в сокращении пропусков занятий на 15%, сокращении простудных заболеваний - в 2,8 раза.

Проведенный эксперимент позволяет констатировать:

- выбранные средства и методы закаливания: воздушные и солнечные ванны, водные процедуры позволяют достаточно полно решить поставленные задачи;

- использование природных средств закаливания в процессе проведения уроков по физической культуре способствовало повышению физической подготовленности, укреплению здоровья детей с ЗПР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Дети с задержкой психического развития, по данным литературы имеют особенности физического развития, а именно: патология системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы, болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы, различные нарушения нервной системы.

2. В ходе констатирующего эксперимента достоверных различий не выявлено, следовательно, группы были выбраны правильно.

3. На основании литературных источников и первичного эксперимента была разработана методика, включающая использование физических упражнений и средств закаливания с учетом выявленных особенностей физического развития детей с задержкой психического развития.

4. Педагогический эксперимент показал эффективность комплексного использования физических упражнений и средств закаливания при проведении занятий по адаптивной физической культуре с учащимися младших классов с ЗПР. Положительный результат эксперимента выразился в достоверном улучшении ($p < 0,05$) темпов прироста результатов тестов, характеризующих физическую подготовленность детей: у мальчиков с ЗПР первого класса, применявших предложенную программу улучшения составили 10,3%, в контрольном классе 5,2%; у девочек с ЗПР - 8,0% и 4,4%, соответственно; Во втором классе у мальчиков с ЗПР, применявших предложенную программу улучшения составили 17,5%, в контрольном классе 7,3%; у девочек с ЗПР 9,4% и 6,5%, соответственно.

5. Результаты исследования подтвердили гипотезу о целесообразности направленного использования средств физической культуры в сочетании с закаливающими мероприятиями для повышения уровня физического развития и профилактики простудных заболеваний школьников с ЗПР. Влияние экспериментальной программы проявилось в сокращении пропусков занятий на 15%, сокращении простудных заболеваний в 2,8 раза.

По итогам проведенного исследования нами разработаны следующие *практические рекомендации*:

1. На уроках физической культуры рекомендуется включать в занятия с детьми младшего школьного возраста с ЗПР упражнения для развития физических качеств в сочетании с естественно-средовыми факторами.

2. Комплексное использование физических упражнений и средств закаливания должно осуществляться в следующей последовательности: в начале - занятия физическими упражнениями, а затем - закаливающие мероприятия.

3. Температура воды, используемая для обтирания и обливания, должна соответствовать температуре воздуха, таким образом, нет необходимости специально подогревать или охлаждать воду.

4. Закаливающие процедуры можно начинать сразу с обливания без предварительной подготовки.

5. Закаливающие мероприятия желательно выполнять не только во время академических занятий по расписанию, но и самостоятельно. Желательная частота обливаний - два раза в сутки, утром и вечером.

6. Режимы выполнения физических упражнений должны соответствовать задачам физической подготовки.

7. Занятия проводить желательно в игровой форме, при подборе упражнений необходимо выбирать те, в которых участвует большее число мышечных групп, а также упражнения с участием мелких мышц кисти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агавелян О. К. Современные теоретические и прикладные аспекты специальной психологии и коррекционной педагогики: монография. - Новосибирск: НИП-КиПРО, 2004. - 412с.
2. Анатомо-физиологические особенности в периодах развития детей и подростков/ С.Б. Тихвинский, И.А. Архангельская, З.С. Миронова и др. // Детская спортивная медицина. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1991. - С. 25 - 44.
3. Антоненко Т.Н., Друзь Р.А., Руфф С.В. Окружающая среда и здоровье//Воздействие на организм человека опасных и вредных экологических факторов. – М.: ПАИМС, 2007. – С.11-24.
4. Антропова М.В. Реакция основных физиологических систем организма детей 6 - 12 лет в процессе адаптации к учебной нагрузке// Физиология человека, 1983. - Т. 9. - № 1. - С. 18 - 24.
5. Антропова М.В., Козлов В.И. Физическое развитие подростков и их работоспособность. - М.: Педагогика, 2003. - С. 158 - 172.
6. Апанасенко Г.А. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления//Гигиена и санитария, 2004. - №1. – С. 60-62.
7. Бабкина Н. В. Общие рекомендации по оценке готовности к школе детей с задержкой психического развития// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2007. - N 5. - С. 62-66.
8. Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учебное пособие для пед. вузов. – М.: НЦ ЭНАС, 2014. - 136с.
9. Бобылева Т. А. Коррекция двигательной сферы учащихся, имеющих задержку психического развития, в условиях общеобразовательной школы Крайнего Севера средствами физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03; Уральский гос. пед. ун-т. - Екатеринбург: [б. и.], 2002. - 23 с.

10. Борщанская А.К. К созданию социальной коррекционно-развивающей среды в школе VIII вида // Дефектология. - 2012. - N 2. - С. 31-33.

11. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития: ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей 1 года обучения: учебно-методическое пособие для дефектологов. – М.: Гном-Пресс, 2012. - 64с.

12. Баженов Ю.И. Термогенез и мышечная деятельность при адаптации к холоду. - Л.: Наука, 2001. - 104с.

13. Базарный В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде: учебное пособие. – Сергиев Посад: Школа, 1995. – 71с.

14. Бальсевич В.К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологический, экологический и организационный аспекты) // Теория и практика физической культуры, 2000. - № 1. - С. 22-26.

15. Белобородов Г.С. Опыт изучения некоторых вопросов закаливания. – Владимир: Тайм, 2006. - С. 28-42.

16. Букалов М.М., Янанис С.В. Гигиеническая гимнастика и закаливание. - М.: Медицина, 1985. - 42 с.

17. Баряев А. А. Применение элементов спортивных игр в процессе физического воспитания учащихся с ЗПР в возрасте 12-15 лет// Адаптивная физическая культура. - 2006. - N 3. - С. 55.

18. Васильева З.А., Любинская С.М. Резервы здоровья. - М.: Медицина, 1994. - 320 с.

19. Васильева И. Г. Особенности коррекционно-педагогической работы с младшими школьниками с задержкой психического развития// Коррекционная педагогика. - 2007. - N 5 (23). - С. 75-78.

20. Винник М. О. Задержка психического развития у детей: методологические принципы и технологии диагностической и коррекционной работы. – Рн/Д.: Феникс, 2017. - 154с.

21. Выродова И. А. Музыка в развитии ребенка раннего возраста с

задержкой психического развития// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2008. - N 1. - С. 71-79.

22. Воронов Б.З., Шаликова И.А., Эльковская Е.А. Зависимость функционального состояния школьников от воздушной среды учебных помещений школ//Гигиена и санитария, 2006. - №9. - С.22-24.

23. Гарбузов В.И. Нервные и трудные дети. – М.: АСТ, 2005. - 351с.

24. Голощапов Р.Б. История физической культуры и спорта.- М.: Академия, 2010. – 346с.

25. Гандельсман А.Б., Смирнов К.М. Физическое воспитание детей школьного возраста. - М.: Физкультура и спорт, 1986. - 255 с.

26. Гужаловский А.А. Проблема "критических" периодов онтогенеза в ее значении для теории и практики физического воспитания// Очерки по теории физической культуры: Труды ученых соц. стран. Сост. и общ. ред. Матвеев Л.П. - М.: Физкультура и спорт, 1984. - 248 с.

27. Гудкова Т.В. Основы специальной педагогики и психологии: учебное пособие. - Новосибирск: НГПУ, 2007. - 188с.

28. Голикова О. Ю. Система работы по развитию эмоций у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития//Дошкольная педагогика. - 2007. - N 4. - С. 30-34.

29. Детская патопсихология: хрестоматия/ Сост. Н. Л. Белопольская. - 3-е изд., стер. – М.: Когито-Центр, 2014. - 350с.

30. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: пособие для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения/ Под ред. С. Г. Шевченко. – М.: АРКТИ, 2011. - 224с.

31. Дунаева З.М. Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития: методическое пособие. – М.: Советский спорт, 2006. - 144с.

32. Данько Ю.И., Тихвинский С.Б. Возрастная физиология мышечной деятельности//Детская спортивная медицина.- М.: Медицина, 1991.-С. 55- 72.

33. Даутов Ф.Ф. Влияние факторов окружающей среды на физическое

развитие детей дошкольного возраста //Гигиена и санитария, 2001. - № 6. – С. 49 – 52.

34. Диагностика психического развития ребенка. Младенческий и ранний возраст / Л.Н. Галигузова и др. - М.: Мозаика-Синтез, 2013. - 176 с.

35. Долгачева А. В. Инновационная методика физического воспитания детей с задержкой психического развития/ А. В. Долгачева, В. Н. Чернов // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 2017. - N 2. - С. 78-79.

36. Жбанов Р.Г., Приходченко К.М., Полищук С.А. Закаливание холодом: Метод. пособие. - Минск: Полымя, 2002. - 32 с.

37. Журбина О. А. Дети с задержкой психического развития: подготовка к школе/ О. А. Журбина, Н. В. Краснощекова. – Рн/Д.: Феникс, 2007. - 157с.

38. Закаливание к ограниченным по площади охлаждениям с последующим растиранием кожи/ А.К. Подшибякин, А.Д. Ситников, А.М. Моисеев, И.А. Кайро// Теория и практика физической культуры, 2016. - №10. - С. 39-41.

39. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. – М.: Спорт-Человек, 2016. - 616 с.

40. Евсеева О.Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учебник. – М.: Спорт-Человек, 2016. - 384с.

41. Елецкая О.В. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья: учебник. - 2-е изд., стер. - М.: ФЛИНТА, 2018. - 500 с.

42. Иванова Т. Б. Диагностика нарушений в развитии детей с ЗПР/ Т.Б. Иванова, В.А. Илюхина, М.А. Кошулько. - М.: Детство-Пресс, 2015. - 112с.

43. Иваницкий М.Ф. Анатомия человека (с основами динамической и спортивной морфологии): учебник. - 14-е изд. – М.: Спорт-Человек, 2018. - 624с.

44. Иванова И.Г. О возможности активной тренировки функции физической терморегуляции детей дошкольного возраста// Важнейшие

теоретические и практические проблемы терморегуляции: Тез. Всес. конф. - Новосибирск, 2002. - С. 215.

45. Инденбаум Е. Л. Становление познавательной деятельности детей с легким психическим недоразвитием в разных психолого-педагогических условиях// Дефектология. - 2008. - N 5. - С.4-10.

46. Кондратьева С. Ю. Коррекционно-игровые занятия в работе с дошкольниками с ЗПР // Дошкольная педагогика. - 2016. - N 5. - С. 40-45.

47. Койранский Б.Б. Охлаждение, переохлаждение и их профилактика. - Л.: Медицина, 1996. - 247 с.

48. Козырёва Т.В. Физиологическая тренировка и холодовая чувствительность человека // Дошкольное воспитание, 2014. - № 10. - С.6-9.

49. Колгушкин А.Н., Короткова Л.И. Лекарства от простуды// Физкультура и спорт, 1999. - № 2. - С.95-168.

50. Колгушкин А.Н. Закаливание. - М.: Рипол классик, 1997. - С.352.

51. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕР СЭ, 2002. - 192с.

52. Кузнецова З.И. Критические периоды развития двигательных качеств школьников // Физическая культура, 1995. - № 1. - С. 7-9.

53. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением в развитии: Учебное пособие-М.: СпортАкадемПресс, 2002.-140с.

54. Лебедева Н.Т. Медико-педагогические аспекты совершенствования физического воспитания младших школьников: сборник научных трудов// Физическая культура, здоровье и трудовое долголетие советского человека. - М.: РГУФКСМиТ, 2014. - С. 136 - 140.

55. Локтева Е. В. Содержание работы по формированию социально-коммуникативных навыков у старших дошкольников с ЗПР// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2007. - N 3. - С.27-35.

56. Локтева Е. В. Театрализованно-игровая деятельность в обучении детей с ЗПР// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2006. -

№ 4. - С. 22-26.

57. Лях В.И. Сензитивные периоды развития координационных способностей детей в школьном возрасте// Теория и практика физической культуры. - 1990. - № 3. - С. 15-18.

58. Максимова Н. Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учебное пособие. – Рн/Д.: Феникс, 2000. - 576с.

59. Макаров В.А. Физиология закаливания. - М.: Знание, 1984. - 96 с.

60. Максимова Л.В. Формирование мотивационно-ценностного отношения учащихся к физической культуре. – СПб.: НУФК им. П.Ф. Лесгафта, 2017. – 63с.

61. Мамайчук И. И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития: научно-практическое руководство/ И. И. Мамайчук, М. Н. Ильина. – СПб.: Речь, 2016. - 352с.

62. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учебное пособие для вузов. - СПб.: Речь, 2014. - 400с.

63. Марковская И. Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психического развития// Дефектология. - 2006. - № 3. - С. 28-34.

64. Мартынюк Л.А. Лечебное закаливание при хронических воспалительных заболеваниях лор-органов: Метод. рекомендации. – Киев: Здоровья, 2016. - 53с.

65. Маршак М.Е. Физиологические основы закаливания организма человека. - 2-е изд. - Л.: Медицина, 1965. - 143 с.

66. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: Учеб. для ин-тов физ. культуры. - М.: Физкультура и спорт, 2001. - 543 с.

67. Мухаметова Ф. Г. Здоровьесберегающие технологии в классах коррекционно-развивающего обучения// Начальная школа. - 2016. - № 8. - С. 105-106.

68. Настольная книга педагога-дефектолога / Т. Б. Елифанцева и др. - 3-е изд. – Рн/Д.: Феникс, 2007. - 576с.

69. Нейропсихологическая диагностика задержки психического

развития у детей младшего школьного возраста/ И. И. Мамайчук, М. П. Мороз, Е. В. Чубарова и др.// Дефектология. - 2012. - N 6. - С.17-25.

70. Нестерова Е. Н. Развитие социальной уверенности у детей с ЗПР как профилактика школьной дезадаптации// Логопедия. - 2008. - N 4 - С. 53-55.

71. Новикова Г. Ф. Особенности проявления задержки психического развития различной этиологии// Специальная психология. - 2008. - N 1 (15). - С.16-21.

72. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учебно-методическое пособие. - 4-е изд., стер. – М.: ФЛИНТА, 2019. - 376с.

73. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. – М.: Владос, 2004. - 126с.

74. Петровский В.В., Круцевич Т.Ю. Проблемы дифференцированного физического воспитания в средней школе// Теория и практика физической культуры, 2005. - № 5. - С. 47-50.

75. Письмо Министерства образования и науки РФ от 13 октября 2011 года №19-255 «О направлении рекомендаций по совершенствованию преподавания физической культуры и спорта в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях.

76. Поливара З.В. Психолого-педагогическая поддержка детей с ЗПР: учебное пособие. - 3-е изд., стер. – М.: ФЛИНТА, 2019. - 137с.

77. Подшибякин А.К., Кайро И.А. Закаливание спортсменов (условия образования ускоренной местной адаптации при повторных закаливающих охлаждениях различных видов)// Проблемы закаливания: Межвуз. сб. - Владимир, 2001. - С. 33-56.

78. Прозорова М. Изучение социальных эмоций у старших дошкольников с ЗПР// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2006. - N 2. - С. 66-69.

79. Психомоторная коррекция как средство реабилитации детей с

задержкой психического развития: из опыта работы/ Г. Голубцова// Дошкольное воспитание. - 2016. - N 10. - С. 25-31.

80. Психология детей с задержкой психического развития: изучение, социализация, психокоррекция: хрестоматия/ сост. О. В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2013. - 432с.

81. Птицын Г.И., Волкова С.М. Влияние занятий по физическому воспитанию на показатели умственной работоспособности и физической подготовленности учащихся//Физическая культура в школе, 2015. – №4. - С. 19-22.

82. Похлебин В.П. Уроки здоровья. - М.: Просвещение, 2016. - 106с.

83. Рахманин Н.А., Румянцев Г.И., Новиков С.М. Методологические проблемы диагностики и профилактики заболеваний, связанных с воздействием факторов окружающей среды//Гигиена и санитария, 2017. - №5. – С. 3-7.

84. Рыбакова С. Г. Арт-терапия для детей с ЗПР: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2007. - 144 с.

85. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления: монография. - Новосибирск: НГИ, 2012. - 284с.

86. Соколова Е Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления.В. Системная психокоррекция и абилитация.- Новосибирск: НГПУ, 2017. - 550 с.

87. Специальная педагогика: учебное пособие для пед. вузов/ Под ред. Н. М. Назаровой. - 7-е изд., стер. – М.: Академия, 2017. - 400с.

88. Специальная психология: учебное пособие для пед. вузов/ Под ред. В. И. Лубовского. - 5-е изд., стер. – М.: Академия, 2017. - 464с.

89. Солодков А.С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник / А.С. Солодков, Е.Б. Сологуб. - 8-е изд. – М.: Спорт-Человек, 2018. - 620 с.

90. Стуколова Т.И. Формирование здоровья детей в условиях изменяющейся окружающей среды: молекулярный подход – Самара:

Медицина и здоровье, 2014. – 308с.

91. Сухарева И.К., Рапопорт И.В. и др. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков//Гигиена и санитария, 2015. - №3. – С.52-55.

92. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. – М.: Медицина, 2016. – 270с.

93. Соболев В.И., Чирва Г.И. О физиологических механизмах терморегуляции человека при адаптации к холоду// Физиология человека, 1987. - Т. 13. - № 4. - С. 647-652.

94. Степанов А.Я. Реакция сердечно-сосудистой системы на охлаждение стоп// Физиология и патология адаптации к природным факторам среды: Тез. докл. Всес. конф. – СПб.: РГПУ им.А.И.Герцена, 2017. - С. 365-366.

95. Суслова О. И. Учебная мотивация младших школьников с задержкой психического развития // Труды Педагогического института СГУ им. Н.Г. Чернышевского. - 2013. - N 3. - С. 118-122.

96. Телина И.А. Социально-педагогическая реабилитация детей-инвалидов: учебно-методическое пособие. - 3-е изд., стер. – М.: ФЛИНТА, 2019. - 156с.

97. Удилова И. В. Развитие мелкой ручной моторики у леворуких учащихся с ЗПР// Дефектология. - 2005. - N 4. - С. 88-89.

98. Фомина Е.В. Физическая антропология: дыхание, кровообращение, иммунитет: учебное пособие / Е.В. Фомина, А.Д. Ноздрачев. - 2-е изд. – М.: МПГУ, 2017. - 188 с.

99. Хрипкова А.Г., Антропова М.В., Фарбер Д.А. Возрастная физиология и школьная гигиена. – 4-е изд. - М.: Просвещение, 2016. – 153с.

100. Хомякова И.А. Индивидуальное сопровождение ребенка-инвалида в процессе комплексной реабилитации// Социальное обслуживание, 2014. - №5. – С. 72-80.

101. Целиковская Н.Ю. Социально-гигиенические факторы и здоровье

детей //Гигиена и санитария, 2015. - № 2. – С.58 – 60.

102. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник для вузов / Под общ. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. - 608 с.

103. Чусов Ю.Н. Особенности закаливания спортсменов. - М.: Физкультура и спорт, 2017. - 245 с.

104. Шевченко С. Г. Преемственность в образовании детей с задержкой психического развития дошкольного и младшего школьного возраста// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2017. - N 5. - С. 29-3

105. Шестаков В.А., Степанов А.Я. Закаливание к холоду в режиме утренней гимнастики // Теория и практика физической культуры, 2008. - № 1. - С. 12 - 15.