

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, специальности)

Физическая реабилитация

(направленность (профиль)/ специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему: «Исследование двигательных способностей детей с ЗПР 8-10 лет
занимающихся подвижными играми»

Обучающийся

М.А. Грачев

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.б.н., доцент, В.В. Горелик

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

Тольятти 2024

Аннотация

на бакалаврскую работу Грачева Максима Андреевича, на тему:
«Исследование двигательных способностей детей с ЗПР 8-10 лет
занимающихся подвижными играми»

Актуальность темы. В современном мире увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и детей с ЗПР. Дети с ЗПР отстают в развитии от своих здоровых сверстников. Отставание проявляется в физическом, интеллектуальном отношении. Подвижные игры в свою очередь способствуют сплочению детей с ЗПР, они лучше между собой начинают общаться, дружить, проявляют при этом личную самостоятельность [17]. Подобранные подвижные игры способствуют повышению двигательной активности, что в свою очередь приводит и к улучшению двигательных способностей. Эти дети учатся в обычных общеобразовательных школах, не занимаясь в коррекционных, специализированных классах. Учителями родителям достаточно сложно найти необходимый подход к данным детям. ЗПР носит временный характер.

Цель исследования: изучение двигательных способностей у детей с ЗПР в возрасте 8-10 лет занимающихся подвижными играми.

Объект исследования: учебный процесс по развитию двигательных способностей детей с ЗПР.

Предмет исследования: комплекс упражнений на основе подвижных игр, направленный на развитие двигательных способностей у детей с ЗПР в возрасте 8-10 лет.

Гипотеза исследования предполагает, что включение предложенных подвижных игр для детей с ЗПР в учебном процессе будет способствовать повышению двигательных способностей.

Структура бакалаврской работы. Бакалаврская работа состоит из 40 страницы печатного текста и содержит в себе введение, три главы, заключение, 29 литературных источника, 3 таблицы и 11 рисунков.

Оглавление

Введение	4
Глава 1 Теоретический анализ проблемы исследования	6
1.1 Характеристика детей с задержкой психического развития.....	6
1.2 Коррекционно-развивающие подвижные игры для детей с ЗПР	12
1.3 Нарушение двигательных способностей детей с ЗПР.....	17
Глава 2 Методы и организация исследования	24
2.1 Методы исследование.....	25
2.2 Организация исследования.....	24
Глава 3 Результаты исследования.....	27
3.1 Обоснование применения подвижных игр для развития двигательных способностей у детей с ЗПР.....	27
3.2 Результаты исследования и их обсуждение.....	33
Заключение	39
Список используемой литературы	40

Введение

На фоне общего увеличения количества детей с ограниченными возможностями здоровья, дети с ЗПР занимают лидирующее место. Данная нозологическая группа является одной из самых распространенных среди детских патологий. Неуспевающих школьников также относят к этой патологии [15]. Эти дети учатся в обычных общеобразовательных школах, не занимаясь в коррекционных, специализированных классах. Учителям и родителям достаточно сложно найти необходимый подход к данным детям. ЗПР носит временный характер. При соответствующей коррекционной работе, эти дети восстанавливаются полностью, не отличаются от своих здоровых сверстников. Большое значение для восстановления физических возможностей детей с ЗПР имеют подвижные игры. При игровой деятельности дети с ЗПР улучшают свое настроение, поведение. Они становятся более управляемые, организованнее [17],[18].

Лучше развивают свои физические возможности, при этом улучшая и когнитивную деятельность. Улучшается внимание, мышление, сообразительность, также повышается мотивация к занятиям на уроке и к двигательной активности в целом [10]. В литературе, относящейся, к этой проблеме не достаточно широко раскрывается это направление коррекционной работы с данной категорией детей. Достаточно популярно и подробно это направление с детьми с ЗПР было в советские годы 50-60 годов. В тоже время исследований двигательных возможностей детей с ЗПР отмечено многими авторами [11]. Для этих детей характерна болтливость, отсутствие необходимой сосредоточенности, они часто отвлекаются и им сложно сосредоточиться на предоставленном задании. На уроках по учебным предметам у них часто возникают вопросы по дисциплине, могут играть во время урока и отвлекаться. Предложенная своевременная двигательная активность в виде подвижных игр успешно развивает детей. Они становятся

наиболее собранные, целеустремленные, также у них повышается сосредоточенность к учебной деятельности [12].

Цель исследования: изучение двигательных способностей у детей с ЗПР в возрасте 8-10 лет занимающихся подвижными играми.

Объект исследования: учебный процесс по развитию двигательных способностей детей с ЗПР.

Предмет исследования: комплекс упражнений на основе подвижных, игр, направленный на развитие двигательных способностей у детей с ЗПР в возрасте 8-10 лет.

Гипотеза исследования предполагает, что включение предложенных подвижных игр для детей с ЗПР в учебном процессе будет способствовать повышению двигательных способностей.

Задачи исследования:

- определить показатели двигательных способностей у детей с ЗПР в начале исследования;
- подобрать комплекс подвижных игр, направленные на развитие двигательных способностей и внедрить их в учебный процесс для детей с ЗПР;
- проверить эффективности применяемого комплекса подвижных игр в конце исследования.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что определены особенности развития двигательных способностей детей с ЗПР 8-10 лет.

Практическая значимость исследования заключается в том, что предложенный комплекс подвижных игр может быть полезен для учителей в коррекционных учреждениях в работе с детьми, имеющими ЗПР.

Структура бакалаврской работы. Бакалаврская работа состоит из 40 страниц печатного текста и содержит в себе введение, три главы, заключение, 29 литературных источника, 3 таблицы и 11 рисунков.

Глава 1 Теоретический анализ проблемы исследования

1.1 Характеристика детей с задержкой психического развития

В практике работы с детьми с задержкой психического развития (ЗПР) более широко используется классификация К.С.Лебединской, разработанная на основе этиопатогенетического подхода.

Лебединская К.С. считает, что: «Задержка психического развития – одна из самых распространённых детских патологий. Около 50% всех неуспевающих школьников ставится данный диагноз. Причём большинство из них занимается в обычных общеобразовательных, а не коррекционных школах, несмотря на то, что не способно овладеть знаниями, предусмотренными традиционными программами. В результате возникает масса проблем у учителей (как обучать) и родителей (как развивать). На самом деле ЗПР у детей – вовсе не приговор, который ставит на жизни крест. Грамотные и регулярные занятия – гарантия успешной психокоррекционной работы» [17].

ЗПР конституционального происхождения. Детям с данным типом ЗПР характерны проявления гармонического психического инфантилизма. У них наблюдается значительное отставание психического развития от паспортного возраста, что проявляется преимущественно в эмоционально-волевой сфере при относительно сохраненной (хотя и замедленной по сравнению с нормой) познавательной деятельностью. Незрелость эмоционально-волевой сферы ведет к несформированности учебной мотивации [18].

Лебединский В.В. отмечает, что: «Характерным является преобладание игровой мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностном и нестойком характере, легкая внушаемость. В процессе перехода к школьному возрасту значимость игровых интересов сохраняется. Такой ученик обращает на себя

внимание с первых дней пребывания в школе, он с любопытством относится ко всему происходящему вокруг, быстро находит друзей и покровителей, которые опекают, защищают «маленького», пользуется всеобщей любовью из-за уживчивого веселого нрава. Основной фон его настроения преимущественно положительный: перепады в настроении бывают редко, обиды быстро забываются. Вместе с тем отмечается поверхностность эмоциональных реакций. Быстро освоившись в школе, такие дети не принимают новых требований к поведению: постоянно опаздывают на уроки после перемены, во время урока встают, ходят по классу, разговаривают в полный голос с соседями, подходят к учителю» [19].

Выготский, Л.С. отмечает, что: «Непоседливые, болтливые, они не могут подчиняться необходимости выполнять какое-либо задание. Не отвлекаясь, превращают учебную деятельность в доступную им игровую. Забывая взять необходимые школьные принадлежности, обязательно кладут в портфель игрушки. Играют на уроке сами, вовлекают в игру соседей по парте. Прописывая элементы букв, начинают дорисовывать их, превращая в цветы, елочки, домики, на тетрадном листе появляются сюжетные рисунки. Ребенок не дифференцирует «хорошие» и «плохие» отметки, его радует сам факт их наличия в тетради. Поведение такого ребенка дезорганизует работу класса» [12].

Выготский, Л.С. утверждает, что «Ребенок с первых месяцев обучения в школе становится стойко неуспевающим. К этому приводит ряд причин. С одной стороны, в силу незрелости эмоционально-волевой сферы он склонен выполнять лишь то, что непосредственно связано с его интересами (не может организовать свое поведение на уроке, но организован и инициативен в игре, слушании и воспроизведении сказок и рассказов, плохо прописывает элементы букв, но демонстрирует хорошие навыки в рисовании). С другой стороны, в силу незрелости предпосылок интеллектуального развития у таких детей отмечается недостаточный для данного возраста уровень сформированности мыслительных операций, памяти, речи, малый запас

знаний и представлений об окружающей действительности. Для данного варианта ЗПР характерен благоприятный прогноз при условии целенаправленного педагогического воздействия в доступной занимательной игровой форме» [12].

Певзнер М.С. утверждает, что: «ЗПР соматогенного происхождения. При так называемой соматогенной задержке психического развития эмоциональная незрелость, как указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Длительные, тяжело протекающие, часто хронические заболевания резко снижают психический тонус детей. Несмотря на то, что первично интеллект не нарушен, они в силу своей истощаемости, рассеянности оказываются крайне непродуктивными в процессе школьных занятий. В школе дети данной категории, прежде всего, испытывают большие трудности в адаптации к новой сфере. Они долго не могут освоиться в школьном коллективе, часто плачут, скучают по дому. Защитить себя не умеют – ребята младшего возраста могут легко их обидеть» [21].

По мнению Певзнер М.С «Со взрослыми вежливы, адекватно учитывают ситуацию. Без руководства со стороны учителя неорганизованны, нецеленаправленны, беспомощны. В состоянии повышенного утомления ответы ребенка на уроке становятся необдуманными, нелепыми. Часто имеет место аффективное торможение: из-за боязни ответить неверно дети вообще отказываются отвечать, говоря «не знаю», «не могу». Нарастающая при утомлении головная боль, понижение аппетита, болевые ощущения в области сердца и прочее используются такими детьми как повод для отказа от деятельности при встрече с трудностями, при нежелании выполнять какую-либо работу. Учителю сложно дифференцировать, когда состояние соматического дискомфорта истинное, а когда ложное» [21].

Певзнер М.С. считает, что: «ЗПР психогенного происхождения. Этот тип задержки психического развития связан с неблагоприятными условиями воспитания и обучения, препятствующими правильному формированию личности ребенка» [21].

Лебединская К.С. подчеркивала, что: «Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. ЗПР такого типа возникает в трёх основных случаях» [17]:

- «Недостаточная опека, безнадзорность. Это наиболее часто встречающийся вариант. В таких случаях у ребенка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости. У ребенка не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов. Наблюдаются черты незрелости эмоционально-волевой сферы. А именно: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость. Также наблюдается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы» [17];
- «Гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи». Чаще всего бывает у тревожных родителей. Они «привязывают» ребенка к себе, одновременно и потакают капризам ребенка, и заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для родителя способом. Из окружения ребенка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые. Таким образом, ребенок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями, которые надо приложить, чтобы их реализовать, в результате, возникает всё та же неспособность к торможению собственного аффекта,

эмоциональная лабильность. Ребенок не самостоятелен, не инициативен, эгоцентричен, Не способен к длительному волевому усилию, чрезмерно зависим от взрослых. Развитие личности идет по принципу психогенного инфантилизма» [17];

- «Развитие личности по невротическому типу. Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или там, где допускается постоянное физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия к ребенку, другими членами семьи. У ребенка могут возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. Формируется эмоционально-незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, безынициативность, возможен и синдром выученной беспомощности. Интеллектуальная сфера страдает, так как вся деятельность ребенка подчинена мотиву избегания неудачи, а не достижению успеха, следовательно, такие дети не будут делать ничего, что могло бышний раз подтвердить их несостоятельность» [17];
- «ЗПР церебрально-органического происхождения Нарушение темпа развития интеллекта и личности обусловлено в данном случае более грубым и стойким локальным нарушением созревания мозговых структур. У всех детей этой группы отмечаются явления церебральной астении, которая проявляется в повышенной утомляемости, непереносимости духоты, жары, езды на транспорте, снижении работоспособности» [17].

Лебединская К.С. подчеркивала, что: «В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также дефицитарностью отдельных корковых функций. Познавательная

деятельность у детей данного типа ЗПР значительно снижена. Знания усваиваются фрагментарно, быстро забываются, в результате чего к концу первого года обучения учащиеся становятся стойко неуспевающими. Стойкое отставание в развитии интеллектуальной деятельности сочетается у детей этой группы с незрелостью эмоционально-волевой сферы, проявления которой более глубокие и грубые, чем у детей с ЗПР, которые описаны выше. Психическая незрелость проявляется в примитивности, поверхностности эмоциональных реакций, слабом понимании взаимоотношений, сниженной мотивации достижения, не критичности, самостоятельности, внушаемости, пресыщаемости. Дети долго усваивают правила взаимоотношений, не умеют соотносить свои эмоциональные реакции с конкретной ситуацией, нечувствительны к собственным промахам» [18].

Блинова Л.Н. подчеркивала, что: «Эмоционально-волевая незрелость представлена в виде так называемого органического инфантилизма, эмоции здесь характеризуются отсутствием Живости и яркости, определенной примитивностью. Грубая внушаемость отражает органический дефект критики. При явном преобладании игровых интересов над учебными. Их игра характеризуется однообразием, отсутствием творчества и слабостью воображения. Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания легко дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают» [3].

Борякова Н.Ю. подчеркивала, что: «В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе. Не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели бы гулять или играть. Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к

робости, боязливости, страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие церебрастенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако на уроках ведут себя более правильно. Поэтому к врачу они попадают не в связи с нарушениями дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко они тяжело переживают свою школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом» [5].

1.2 Коррекционно-развивающие подвижные игры для детей с ЗПР

Жукова П.В. и др. отмечают, что: «Подвижная игра имеет столь широкий диапазон воздействия на организм и личность, что создает неограниченные возможности влияния на все сферы жизнедеятельности детей и подростков с задержкой психического развития. Глубочайший смысл детских игр заключается в том, что они, функционально нагружая весь организм, все его ткани, органы и системы, структурно их создают, формируют и совершенствуют» [14].

Жукова П.В. и др. подтверждают, что: «Целенаправленная эмоциональная игровая нагрузка оказывает стимулирующее воздействие на организм ребенка с задержкой психического развития и больше, чем другие средства, соответствует удовлетворению естественной потребности в движении. Подвижная игра не только противодействует гипокинезии, но и способствует восстановлению утраченного здоровья, укреплению всех функций организма, развитию физических способностей. В подвижных играх используются знакомые и доступные виды естественных движений: ходьба, бег, лазанье, перелезание, прыжки, упражнения с мячом, в них несложной

техники и тактики, а правила всегда можно изменить соответственно физическим и интеллектуальным возможностям ребенка» [14].

Бондаренко А.К. отмечает, что «Желание играть – главный стимул, побуждающий ребенка к игровой деятельности. Замечено, что во время игры дети охотно и с интересом выполняют то, что вне игры кажется неинтересным и трудным, поэтому в игре легче преодолеваются психические и эмоциональные проблемы. Особая ценность подвижных игр для детей с задержкой психического развития заключается в возможности одновременного воздействия на моторную и психическую сферу. Быстрая смена игровых ситуаций предъявляет повышенные требования к подвижности нервных процессов, скорости реакции и нестандартности действий. Игры вынуждают мыслить наиболее экономно, реагировать на действия партнеров, приспосабливаться к обстановке» [4].

Играющему ребенку приходится выбирать и совершать из множества операций одну. По его мнению, именно эта операция может принести успех. Чем разнообразнее информация поступает в мозг, тем интенсивнее включаются психические процессы. Именно поэтому с помощью игры у ребенка с задержкой психического развития развивают восприятие, мышление, внимание, воображение, память, моторику, речь, повышая умственную активность, а следовательно, познавательную деятельность в целом. Эффект этот достигается за счет полифункциональности подвижных игр, когда коррекция двигательных нарушений (пространственной ориентировки, точности, ритма, согласованности движений, равновесия и др.) инициирует активную деятельность мозга, сохраненных анализаторов, психических функций, вегетативных систем, обеспечивающих движение [1].

Особенно ярко эта взаимосвязь проявляется в реализации межпредметных связей. Когда целенаправленные двигательные действия, организованные в форме игровых композиций, эстафет, ролевых и имитационных игр, выполняемых под стихи, загадки, потешки, скороговорки, с решением простейших математических задач, облегчают

усвоение счета. Понятий о количестве, форме, величине, направлении, амплитуде; активизируют речевую деятельность, правильное звукопроизношение; обогащают словарный запас, развивают память, внимание, моторику мелких мышц рук детей с ЗПР [5].

Букирева Т.А. утверждает, что: «Дети с задержкой психического развития отстают в развитии духовных интересов, потребностей. Поэтому сама игровая деятельность, вызывающая у детей интерес и содержащая в себе необходимые компоненты развития личности, является средством духовного развития. В игре складываются отношения между детьми, вырабатываются привычки, правила поведения. Дети больше узнают друг друга, взаимодействуют между собой, познают нехитрые игровые ситуации, проявляют самостоятельность, подражают, радуются, фантазируют, т.е. в игре идет активное формирование личности, имеющее большое социальное значение. Нравственные привычки, сформированные в игре, закладывают характер, который в зрелом возрасте позволяет не только понять окружающий мир, но и найти в нем свое место. При подборе подвижных игр важно учитывать эмоциональное состояние, характер, поведение детей» [6].

Варенова Т.В. отмечает, что: «Состояние детей с задержкой психического развития нестабильно. Эмоциональное напряжение, усталость могут вызвать внутренний дискомфорт, который чаще выражается в нарушении поведения, капризах, ссорах. Иногда они могут вызвать обратные реакции: пассивность, нежелание вступать в контакт. Преодолевать эмоциональное напряжение можно с помощью подвижных игр. Таким образом, при подготовке к проведению подвижных игр педагог должен учитывать следующие моменты: - содержание игр (сюжет, правила, двигательные действия, физическая нагрузка) должно быть доступным и соответствовать возрасту, уровню интеллектуальных и двигательных возможностей, эмоциональному состоянию и личностным интересам детей» [7].

Жукова П.В и др отмечают, что «Подвижные игры предполагают варианты усложнения, но процесс насыщения моторными действиями должен осуществляться постепенно по мере овладения простыми формами движений; - содержание игр должно предусматривать комплексный характер воздействия- коррекцию двигательных нарушений, физических качеств, координационных способностей, укрепление и оздоровление всего организма в целом; - в процессе игры необходимо стимулировать познавательную деятельность, активизировать психические процессы, творчество и фантазию ребенка» [14].

Журбина О.А. отмечает, что: «Установлены специфические особенности игровой деятельности младших школьников с задержкой психического развития. В игре отчетливо проявляются недостатки психического развития ребенка (отвлекаемость, неустойчивость эмоций, нежелание осваивать новое, быстрая утомляемость), которые можно частично нивелировать методическими приемами: сменой подвижных игр по направленности, продолжительности, сложности, эмоциональной напряженности и др., позволяющими сосредоточить внимание детей на игре и поддерживать интерес» [15].

Кузьмичева Т.В. считает, что «Адекватными возрасту, особенностями психики, состоянию физической подготовленности являются 40–60 - минутные рекреативные занятия. В содержании которых входит от 10 до 20 подвижных игр продолжительностью от 1 до 3–5 мин. Методика рекреативных физкультурно-оздоровительных занятий, основанных на использовании коррекционно-развивающих подвижных игр, отобранных с учетом личностных интересов детей, позволила эмоционально разнообразить быт детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации, увеличить объем двигательной активности, расширить диапазон знаний, двигательных умений и физических способностей» [16].

Пирлик Г.П. отмечает, что: «Подвижные игры являются сильнейшим средством всестороннего развития и воспитания детей с задержкой

психического развития. Ребенок с задержкой психического развития любит играть и совершенно так же, как здоровый ребенок, может играть почти в любую игру, Игры должны быть адаптированы к особенностям таких детей. Важным условием организации игр детей с задержкой психического развития. является четкое взаимодействие педагогов, воспитателей и врачей» [22].

Халецкая О.В. считает, что: «С помощью данных медицинской диагностики детей следует установить, какие игры противопоказаны, а какие нет. Воспитателям и педагогам надо знать содержание игры и ее воздействие на функциональное состояние организма детей, учет отклонений в физическом развитии ребенка» [28].

Юркова И.А. утверждает, что: «Порой у дошкольников и младших школьников отсутствуют простейшие навыки ходьбы и бега, пространственной ориентировки и самообслуживания. В связи с этим для организации игровой деятельности необходимо учитывать наличие предыдущего двигательного опыта, уровень физической подготовленности, возрастные и индивидуальные возможности ребенка, наличие навыков пространственной ориентировку место и время проведения игры, интересы детей, а иногда и их настроение. Если есть необходимость «оживить» детей, заинтересовать игрой, выбирается увлекательная, знакомая детям игра, в которой все могут принять активное участие. И наоборот, если дети возбуждены игра должна быть малоподвижной, спокойной. Игра должна соответствовать возрасту детей, их физическому развитию и тем навыкам, которыми они владеют» [29].

1.3. Нарушение двигательных способностей детей с ЗПР

Виноградова С.И. отмечает, что: «В специальной литературе очень мало исследований специально посвященных описанию особенностей моторной сферы детей с ЗПР. Однако, недостатки двигательного развития детей с задержкой психического развития отмечались многими учеными. В первых исследованиях задержки психического развития, предпринятых в нашей стране в конце 50-х начале 60-х годов, были выделены различные формы психофизического и психического инфантилизма, а также цереброастенические состояния. В исследованиях, посвященных детям с цереброастеническими состояниями, среди прочих черт указывались такие особенности их поведения как излишняя подвижность, моторное беспокойство или вялость, пассивность. Двигательные способности обеспечивают эффективность выполнения двигательной деятельности и гарантируют её результат. Основные двигательные способности: силовые; скоростные; координационные; гибкость; выносливость» [9].

Веракса Н.Е. считает, что: «Особенности моторики при психофизическом инфантилизме описывались отдельно для каждого из двух выделенных вариантов. Первый вариант характеризовался незрелостью эмоционально-волевой сферы при относительной сохранности познавательной деятельности. Для этих детей характерно недоразвитие произвольных движений при определенной их скоординированности и целенаправленности, легкой переключаемости с одного движения на другое. Второй вариант психофизического инфантилизма отличался наличием некоторого недоразвития познавательной деятельности. У этой группы детей, в отличие от детей первой группы, были выявлены замедленность и недостаточная координированность движений, трудности переключения с одного движения на другое, недоразвитие произвольных движений. У детей обеих групп отмечалось отставание физического развития от возрастных норм» [8].

Лурия А.Р. утверждает, что: «В ряде последующих работ указывалось, что в поведении детей с нарушением темпа психофизического развития часто отмечаются повышенная двигательная активность, неусидчивость, расторможенность и только в отдельных случаях вялость и пассивность. При психофизическом инфантилизме легкость и пластичность движений сочетаются с недостаточной координированностью, преобладанием крупных движений над мелкими и точными. Слабость фронтальной моторики выявляется также в затрудненности усвоения новых двигательных формул, особенно связанных с мелкими точными движениями» [20].

Речицкая Е.Г. отмечает, что «Некоторые особенности моторики детей с задержкой психического развития были выявлены при изучении их в сравнении с детьми-олигофренами. С помощью двигательных заданий выявил у детей с задержкой развития меньшую вариативность динамики выполнения данных упражнений и ее улучшения с каждой новой попыткой выполнения. Он указывал, что моторная недостаточность, проявляющаяся при выполнении тестов на одновременность движений и разноименную координацию, отражает достоверные различия в двигательной сфере детей данных категорий. Автор отмечал, что ребенок с задержкой развития в отличие от ребенка-олигофрена имеет своеобразный двигательный облик, присущий нормально развивающимся детям на более раннем этапе развития; у него наблюдаются, с одной стороны, излишество движений, с другой - их богатство, непринужденность» [23].

Рубеншейн С.Л. в своих исследованиях отмечает, что: «Наряду с другими факторами изучал способность учащихся к конструктивной деятельности, определял усвоение детьми различных последовательно организованных рядов в моторной сфере. Указанным автором было выявлено, что примерно у 23% детей с цереброастенией наблюдается неловкость тонких произвольных моторных актов, при психофизическом инфантилизме это процентное соотношение ниже - примерно 8%. Все дети испытывали затруднения при выполнении заданий на динамический праксис,

отмечалось нарушение в воспроизведении и дифференцировке ритмов. Данные анамнезов показали, что у большинства детей темп раннего психомоторного развития был без выраженных нарушений, все дети с психофизическим инфантилизмом отставали в росте и весе от своих сверстников. Наблюдается запаздывание (по сравнению с нормой) становления произвольных двигательных и статических функций у детей с ЗПР. Отмечали наличие психомоторной расторможенности, относящейся к числу психических нарушений, усугубляющих их интеллектуальную недостаточность» [24].

В исследовании Шевченко С.В., утверждает, что: «Направленным детям с ЗПР на изучение особенностей высших корковых функций, типичных для различных клинических вариантов задержки психического развития, дается подробное описание характера выполнения детьми разного рода сенсомоторных заданий. С помощью нейропсихологических методик были исследованы особенности произвольных движений и действий младших школьников с ЗПР: динамический праксис (реципрокная координация, моторное воспроизведение ритмических структур), праксис позы, оральный праксис. Установлено, что у детей, в клинической картине которых доминировали явления психоорганического инфантилизма, выполнение элементарных двигательных актов сопровождается явлениями синкинезий, истощаемости (замедление темпа, нечеткость движений с последующей утратой двигательного стереотипа)» [26].

Шилова Н.Т. считает, что: «При данной патологии дети с ЗПР отстают от своих здоровых сверстников по психическим функциям и по показателям состояния здоровья. Само слово задержка означает временное отклонение от физически полноценных сверстников. Правильно предложенная коррекционно-оздоровительная работа быстрее восстановит организм детей с ЗПР и способствует восстановлению их организма. Для детей с ЗПР характерно нарушение опорно-двигательного аппарата, лордозы, сколиоза, кифозы. Все это связано отсутствием соответствующей двигательной

активности. И соответствующих коррекционных мероприятий для детей с ЗПР. После занятий организм детей, конечно, не сразу восстановится, нужно определенное время для полного восстановления. Чем сильнее дефект, тем больше требуется времени для восстановления физического здоровья ребенка с ЗПР» [27].

Власова Т.А. отмечает, что: «Изучение клинических проявлений задержки психического развития у детей шестилетнего возраста, отмечено, что среди особенностей их поведения повышенную двигательную активность и наличие стереотипных лишних движений. На уроках дети часто вставали, даже «ходили по классу, ерзали на сиденье, гримасничали, перебирали пальцы, болтали ногами, на переменах сустились, бегали». Отмечено различные особенности двигательной сферы детей с ЗПР различного генеза. Так, при задержке психического развития конституционального происхождения, инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. При соматогенной задержке, обусловленной длительными, нередко хроническими заболеваниями, в психофизическом статусе детей основную роль играет хроническая физическая и психическая астения. В случаях психогенного происхождения ЗПР особенности эмоционального склада и поведения детей также сказываются при формировании сферы движений» [10].

Волкова Г.А утверждает, что: «В первую очередь при необходимости целенаправленного двигательного акта. При задержке развития церебрально-органического генеза в негрубой форме могут наблюдаться некоторые виды моторного недоразвития, описанные авторами у детей с органическим поражением нервной системы. Среди черт, наиболее характерных для нарушенного развития двигательной сферы данной группы детей, В. В. Лебединский выделяет неловкость произвольных движений, синкинезии, бедность комбинаций движений, «слабую приспособленность к реальным

задачам», замедленную динамику моторного развития, недостаточность ритмичности, автоматизации движений и т.д» [11].

Лурия А.Р утверждает, что: «Нарушение деятельности мозга у детей с ЗПР приводит к отсутствию необходимых связей между отдельными участками мозга. Это приводит к сдвигам передачи сенсорной информации между отдельными участками мозга. В свою очередь это приводит к отсутствию сбалансированности в деятельности ЦНС. Если рассматривать моторные функции этой категории детей с ЗПР можно обратить внимание на отсутствие необходимой мелкой моторики рук. Это свидетельствует об отсутствии связей с речедвигательными функциями головного мозга. Для таких детей характерно нарушение физического развития, отставания в двигательной моторной деятельности» [20].

Эти дети отличаются гиперактивным поведением. Они постоянно, куда-то стремятся, проявляют неусидчивость, беспокойство. В учебе они также не могут систематически выполнять учебные задания. Такие дети с ЗПР плаксивы, с неустойчивой психикой. Им сложно находить общий язык со своими сверстниками. Для них характерно моторная нестабильность, они не могут выполнять мелкие моторные движения пальцев рук. Такие двигательные действия приводят их к раздражению, вспыльчивости, неусидчивости. Только особое отношение к таким детям с ЗПР, внимание, забота о них, приводит к желанию заниматься физкультурно-оздоровительной деятельностью и добиваться положительного результата коррекционной направленности [25].

Детям с ЗПР необходимо начинать заниматься как можно раньше, это позволит снизить неблагоприятные последствия такого заболевания как ЗПР. Для этих детей характерно нарушение двигательных функций, когнитивной сферы. Отсутствие необходимой сосредоточенности, внимания, усидчивости [2].

При данной патологии дети с ЗПР отстают от своих здоровых сверстников по психическим функциям и по показателям состояния

здоровья. Само слово задержка означает временное отклонение от физически полноценных сверстников. Правильно предложенная коррекционно-оздоровительная работа быстрее восстановит организм детей с ЗПР и приведет его к нормальным здоровым показателям. Для детей с ЗПР характерно нарушение опорно-двигательного аппарата, лордозы, сколиоза, кифозы. Все это связано отсутствием соответствующей двигательной активности. И соответствующих коррекционных мероприятий для детей с ЗПР. После занятий организм детей, конечно, не сразу восстановиться, нужно определенное время для полного восстановления. Чем сильнее дефект, тем больше требуется времени для восстановления физического здоровья ребенка с ЗПР [13],[25].

Для детей с ЗПР характерно, неустойчивое поведение, плаксивость, раздражительность, нерешительность, обидчивость. При этом они очень часто отвлекаются на посторонние предметы во время учебной деятельности. Работоспособность у них как при учебной деятельности в классе, так и на уроке физической культуры не высокая [7].

В исследованиях ученых неоднократно отмечалась, что необходимо уделять внимание для развития моторной функции детей с ЗПР. Необходимо начинать это делать уже с дошкольного возраста. На занятиях коррекционной направленности необходимо акцентировать внимание на развитие мелкой моторики рук. Выполняются различные лепки с пластилином, задание для пальцев кисти в произвольной форме и под контролем учителя. Детям с ЗПР необходимо укреплять здоровье, повышать иммунитет в процессе физкультурно-оздоровительных мероприятий. Подбирать соответствующую программу двигательной активности с учетом специфики отклонений и моторных функций [8].

Выводы по главе.

Занятия подвижными играми для детей с ЗПР способствуют укреплению и сохранению здоровья. Особое внимание отводится социализации подростков с ЗПР. Учебный процесс, направленный на улучшение двигательных способностей детей с ЗПР формируют характер, волю, стремление к достижению поставленных целей. Развитие двигательных способностей у детей с ЗПР будет способствовать лучшей адаптации в социуме и к физической нагрузке. Функциональное состояние организм детей с ЗПР становится более стабильным. Экономичнее функционирует сердечно-сосудистая система, дыхательная, мышечная система. В научно исследовательских работах важно акцентировать внимание на конкретно разработанные рекомендации с учетом специфики заболевания и отклонения в состоянии здоровья детей с ЗПР.

Глава 2 Методы и организация исследования

2.1 Методы исследования

Для достижения поставленных задач нами были выбраны следующие методы исследования:

- анализ литературных источников;
- педагогическое наблюдение;
- тестирование;
- педагогический эксперимент;
- методы математической статистики.

Анализ литературных источников осуществлялся на первом этапе исследования. Нами были рассмотрены причины возникновения ЗПР, роль подвижных игр для развития двигательных способностей. В исследуемой литературе нами было установлено, что для детей с ЗПР необходимо дифференцированно подбирать подвижные игры в учебном процессе.

В процессе педагогического наблюдения были определены индивидуальные особенности организма детей с ЗПР, подобраны подвижные игры для развития двигательных способностей для детей с ЗПР.

Тестирование

Для определения двигательных способностей в ЭГ и КГ мы подобрали следующие тесты:

- челночный бег 3*10 (м);
- 6 минутный бег (м);
- бег 30 м, (с);
- прыжок в длину с места, (см);
- гибкость из положения, стоя (см).

Педагогический эксперимент состоял в проведении тестирования двигательных способностей как в экспериментальной группе (ЭГ) так и в контрольной группе (КГ), детей с ЗПР 8-10 лет. В ЭГ участвовало в

эксперименте 8 детей с ЗПР мальчиков, в КГ также 8 детей с ЗПР также мальчиков. Участники эксперимента были подобраны с учетом возраста, пола, заболеваемости.

Методы математической статистики. Полученные данные исследования обрабатывали с применением компьютерной программы STATISTICA. Определяли среднее арифметическое (M), погрешность среднего арифметического ($\pm m$), достоверность различий с применением t -критерия Стьюдента, при $p < 0,05$.

2.2 Организация исследования

Исследование проводилось на базе ГБОУ школа-интернат № 5 ГО Тольятти и включало в себя три этапа.

Первый этап (январь 2024г) заключался в анализе литературных источников, подборе протоколов контрольных нормативов для проведения эксперимента. Подборе подвижных игр для детей с ЗПР. Также рассматривался анамнез детей с ЗПР, и выявлялись индивидуальные физические возможности занимающихся.

На втором этапе (февраль 2024г – апрель 2024г) проводился педагогический эксперимент. По предложенным тестам определялись показатели двигательных способностей на начальном и конечном этапах исследования, как в ЭГ так и КГ. Группы были подобраны с учетом возраста, пола занимающихся детей с ЗПР.

Третий этап (май 2024 год) включал в себя анализ полученных результатов, математическую обработку результатов, написание выводов.

Выводы по главе.

Анализ литературных источников позволил определить специфику занятий детей с ЗПР, определить наличие физических дефектов, физические возможности организма занимающихся данной нозологической группы. Для оценки двигательных способностей были подобраны соответствующие тесты для учебного процесса, при занятии подвижными играми. Были определены физические возможности детей с ЗПР и построена программа занятий в учебном процессе. Группы подбирались с учетом возраста, пола, степени заболеваемости и физических возможностей занимающихся. В исследовательских работах направленных на изучение детей с ЗПР акцентируется внимание на необходимости проводить с детьми коррекционно-оздоровительную работу. Для укрепления и сохранения здоровья детей с ЗПР. Уделяется вниманию, что дети с ЗПР имеют низкие моторные возможности, которые необходимо улучшать в процессе оздоровительных мероприятий.

Глава 3 Результаты исследования

3.1 Обоснование применения комплекса упражнений для развития двигательных способностей у детей с ЗПР 8-10 лет

Для ЭГ был подобран комплекс подвижных игр с определённой направленностью для развития двигательных способностей детей с ЗПР таблица 1.

Таблица 1 – Подвижные игры, подобранные для ЭГ детей с ЗПР для детей 8-10 лет

Значение развития двигательных способностей у детей с ЗПР	Пример проведения подвижной игры
Тренировки улучшают координацию движений, благодаря им ребенок совершенствует навык и постепенно переходит к более сложным упражнениям. Одной из задач подвижных игр можно считать постоянный переход от одного движения к другому, которого ранее не было, причем делать это следует быстро, без задержек	Подвижная игра «Найди мяч» Все играющие становятся в круг вплотную, лицом к центру, один – в центр. Играющие держат руки за спиной; один получает мяч, который нужно передавать за спинами. Задача центрального – угадать, в чьих руках мяч (он может попросить каждого вытянуть руки вперед). Смена центрального происходит с тем, у кого оказался мяч или кто его уронил
Выносливость у детей с ЗПР лучше всего развивается с помощью физических упражнений, имеющих сопряженный эффект. Это подвижные игры, беговые тренировки, плавание и др. Рациональнее использовать эти двигательные задания, например, в условиях многократного непрерывного повторения (задание выполняется без отдыха в течение длительного времени)	Подвижная игра «Два Мороза» На противоположной стороне площадки обозначены два дома, играющие располагаются в одном из них. Водящие – Мороз Красный нос и Мороз Синий нос – встают посередине площадки лицом к играющим и ведут диалог с играющими по заготовленным репликам. В диалоге Подвижная игра «Два Мороза» В диалоге водящих есть слово-сигнал для играющих, которое является для них сигналом для перебежания в другой дом. Задача водящих – догнать игрока и коснуться его – «заморозить». «Замороженные» останавливаются и до окончания перебежки стоят не двигаясь

Продолжение таблицы 1

Упражнения на совершенствование силы должны быть направлены на развитие всех групп мышц с уделением особого внимания мышцам-разгибателям. Методы развития силы у детей с ЗПР носят избирательный характер (учитываются возраст, пол и уже имеющиеся физические способности). Мышечную силу можно развивать посредством дополнительного инвентаря, используемого при физических упражнениях, например, весовых или лечебных мячей.	Подвижная игра «Огуречик, огуречик...» На одной стороне зала – воспитатель, на другой стороне – дети. Они приближаются к нему прыжками на двух ногах. У воспитателя есть заготовленная реплика, на каждое слово которой дети должны подпрыгнуть 2 раза. После реплики задача детей – перебежать за условную черту, разделяющую зал, задача педагога – успеть их поймать
В среднем, дети с задержкой психического развития уступают здоровым учащимся в гибкости на 5–10%. Причинами являются нарушения нервной регуляции тонуса мышц, функциональное состояние суставов. Для развития гибкости целесообразно использовать, например, динамически активные упражнения: пружинистые, маховые, прыжковые и др.	Подвижная игра «Перепрыгнем через ручеек» На площадке, где проводится игра, рисуется «ручеек», ширина «русла» которого увеличивается от одного конца к другому (от 10 до 40 см). Задача детей – перепрыгивать через ручеек начиная с узкого конца. Продолжительность игры – 5–6 минут

Для детей с ЗПР большое значение имеют подвижные игры, они в свою очередь позволяют улучшить им двигательные способности. Для игровой деятельности характерна непринужденность, быстрое переключение внимание с одного двигательного действия на другое. В этот момент они расслабляются, переключают внимание. Игра им становится интересна, она поглощает их внимание таблица 2.

Таблица 2 – Показатели двигательных способностей детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования

Тесты	ЭГ ($M \pm m$)	КГ ($M \pm m$)
Челночный бег 3*10 м (с)	11,9 $\pm$ 1,4	12 $\pm$ 1,5
6 минутный бег (м)	600 $\pm$ 13,7	595 $\pm$ 14,1
Бег 30 м, (с)	8,0 $\pm$ 2,3	8,1 $\pm$ 2,1

Продолжение таблицы 2

Тесты	ЭГ ($M \pm m$)	КГ ($M \pm m$)
Прыжок в длину с места, (см)	$90 \pm 1,4$	$89 \pm 1,6$
Гибкость из положения, стоя (см)	$-1 \pm 1,1$	$-1 \pm 1,3$
Примечания 1 М – средняя арифметическая. 2 m – ошибка среднего арифметического.		

В этой непринужденной атмосфере лучше развиваются двигательные способности детей ЗПР. На начальном этапе исследования как в ЭГ, так и в КГ показатели по предложенным тестам были примерно одинаковые.

Это подтверждает правильность подбора участников эксперимента, которые были подобраны с учетом возраста, пола, степени нарушений в отклонении состояния здоровья таблица 2. На начальном этапе исследования по тесту челночный бег 3×10 (м), установлено, что в обеих группах наблюдаются примерно одинаковые значения по прохождению данной дистанции рисунок 1. Это подтверждает правильность подбора группы исследуемых детей с ЗПР. Средние значения в ЭГ составляли $11,9 \pm 1,4$ секунды, в КГ $12 \pm 1,5$ секунды. Достоверных результатов не выявлено таблица 2. Результаты представлены на рисунке 1.

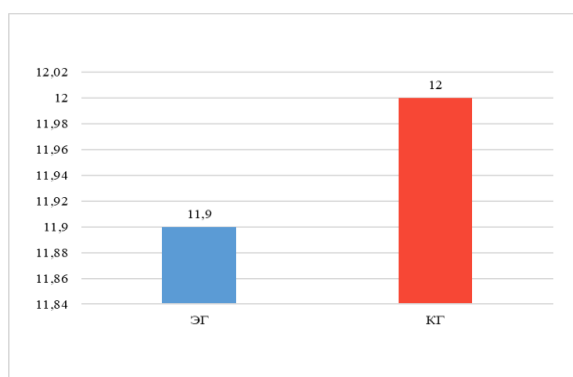


Рисунок 1 – Результаты теста челночный бег 3×10 (м) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования (с)

По тесту 6 минутный бег (м), установлено, что значения в обеих группах примерно одинаковые на начальном этапе исследования. Средние значения в ЭГ составляли $600 \pm 13,7$ (м), в КГ $595 \pm 14,1$ (м). При этом учитывались индивидуальные возможности детей с ЗПР. Достоверных результатов не выявлено таблица 2. Результаты представлены на рисунке 2.

Только особое отношение к таким детям с ЗПР, внимание, забота о них, приводит к желанию заниматься физкультурно-оздоровительной деятельностью и добиваться положительного результата коррекционной направленности. Помимо нарушений когнитивной сферы у детей с ЗПР наблюдается и отставание и в физическом развитии.

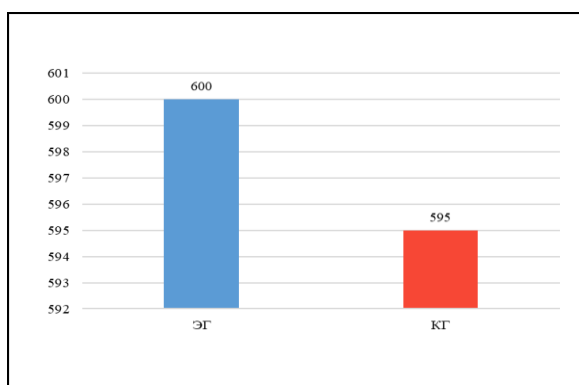


Рисунок 2 – Результаты теста 6 минутный бег (м) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования (мин)

В начале исследования установлено, по тесту бег 30 м, (с), что в обеих группах наблюдаются примерно одинаковые значения по прохождению данной дистанции. Средние значения в ЭГ составляли $8,0 \pm 2,3$ секунды, в КГ $8,1 \pm 2,1$ секунды.

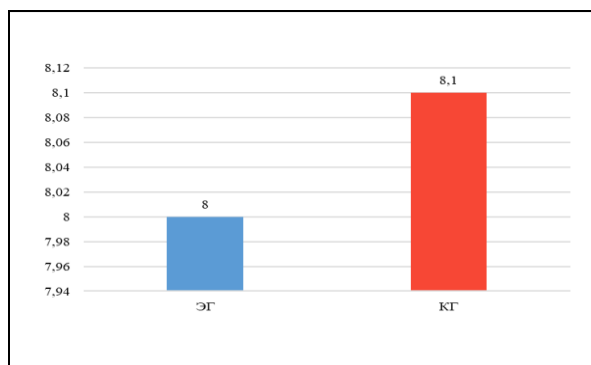


Рисунок 3 – Результаты теста бег 30 м, (с) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования

Достоверных результатов не выявлено таблица 2. Результаты представлены на рисунке 3. При подготовке детей с ЗПР применяли методические приемы обучения для лучшего освоения техники техники бега. Необходимо совершенствование двигательных функций детей с ЗПР, начиная с раннего возраста, поскольку дети, отличаются целым рядом особенностей.

Установлено, также по тесту прыжок в длину с места, (см), что средние значения в ЭГ составляли $90 \pm 1,4$ (см), в КГ $89 \pm 1,6$ (см). Результаты примерно одинаковые у детей с ЗПР на начальном этапе исследования как в ЭГ так и в КГ. Достоверных результатов не выявлено таблица 2. Результаты представлены на рисунке 4.

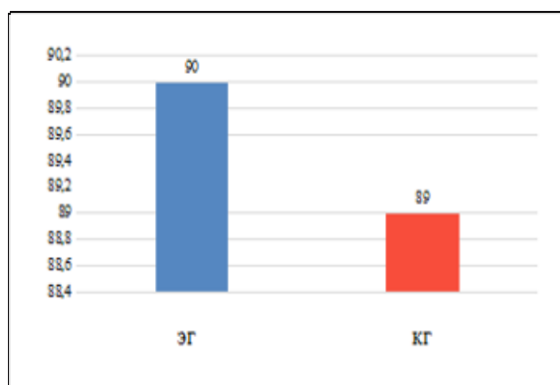


Рисунок 4 – Результаты теста прыжок в длину с места, (см) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования

В исследования установлено у детей с ЗПР в обеих группах наблюдаются примерно одинаковые значения по тесту на гибкость из положения, стоя (см) на начальном этапе исследования. Вовремя предложенная двигательная активность способствует улучшения физического состояния ребенка. Средние значения в ЭГ составляли - $1 \pm 1,1$ (см), в КГ - $1 \pm 1,3$ (см). Для оценки двигательных способностей были подобраны соответствующие тесты для учебного процесса, при занятии подвижными играми. Были определены физические возможности детей с ЗПР и построена программа занятий в учебном процессе. Результаты представлены на рисунке 5.

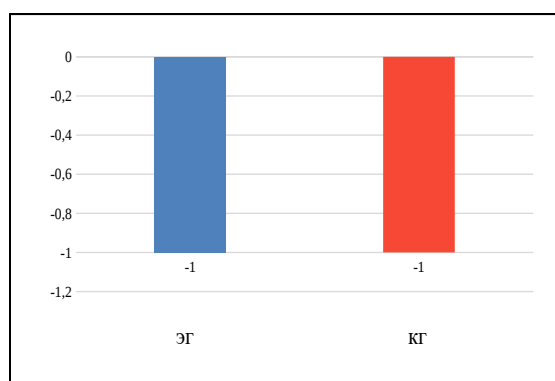


Рисунок 5 – Результаты теста гибкость из положения, стоя (см) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на начальном этапе исследования

3.2 Результаты исследования и их обсуждение

В процессе эксперимента в ЭГ детей с ЗПР 8-10 лет применялся составленный комплекс подвижных игр для развития двигательных способностей. Занятия в КГ, проходили по обычной учебной программе с применением также подвижных игр. В учебном процессе учитывались методические примы обучения подвижным играм с учетом специфики заболеваний и физических возможностей детей с ЗПР.

В конце исследования в учебном процессе по развитию двигательных способностей получены следующие результаты, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Показатели двигательных способностей детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования

Тесты	ЭГ ($M \pm m$)	КГ ($M \pm m$)
Челночный бег 3*10 м (с)	10,7 $\pm$ 0,7	12 $\pm$ 0,3*
6 минутный бег (м)	680 $\pm$ 10,4	610 $\pm$ 12,3*
Бег 30 м, (с)	7,2 $\pm$ 0,6	8 $\pm$ 0,4*
Прыжок в длину с места, (см)	96 $\pm$ 1,7	91 $\pm$ 1,6**
Гибкость из положения, стоя (см)	+3 $\pm$ 1,2	0 $\pm$ 1,3**
Примечания 1 М - средняя арифметическая. 2 m - ошибка среднего арифметического. 3 р - показатель достоверности, $p < 0,05^*$, $p < 0,05^{**}$.		

На конечном этапе исследования по тесту челночный бег 3*10 (м), установлено, что в обеих группах наблюдаются различные показатели рисунок 1. Средние значения в ЭГ составляли 10,7 $\pm$ 0,7 секунды , в КГ 12 $\pm$ 0,3 секунды. Установлено улучшение показателя по тесту челночный бег ЭГ в сравнении с КГ. Это подтверждает правильность подбора подвижных игр для детей с ЗПР в ЭГ. Выявлены достоверные результаты таблица 3. Результаты представлены на рисунке 6.

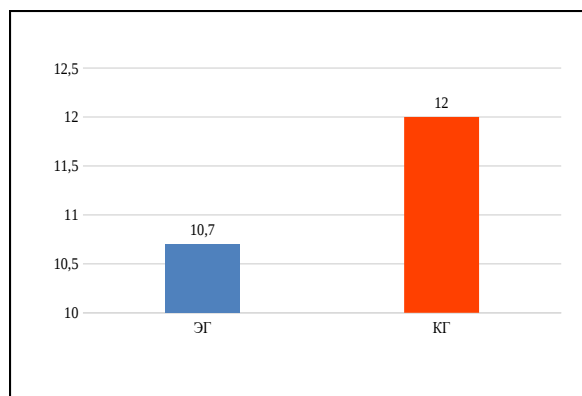


Рисунок 6 – Результаты теста челночный бег 3*10 (м) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования (с)

По тесту 6 минутный бег (м), в конце исследования установлено, что значения в обеих группах в ЭГ и КГ отличаются. Средние значения в ЭГ составляли $680 \pm 10,4$ (м), в КГ $610 \pm 12,3$ (м). Рисунок 7.

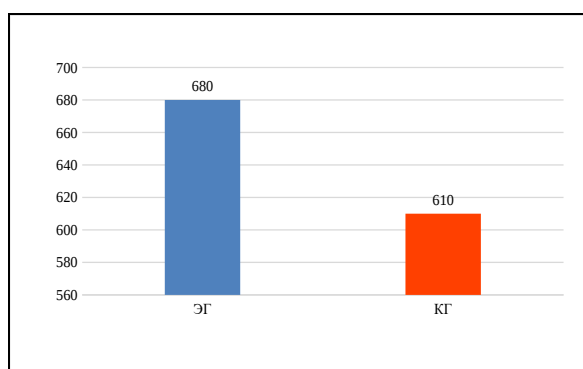


Рисунок 7 – Результаты теста 6 минутный бег (м) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования (мин)

Предложенные подвижные игры для детей с ЗПР в ЭГ дали положительный результат. Выявлены достоверные результаты таблица 3. Результаты представлены на рисунке 7.

В конце исследования установлено, по тесту бег 30 м, (с), что в обеих группах наблюдаются различные результаты. Средние значения в ЭГ составляли $7,2 \pm 0,63$ секунды, в КГ $8 \pm 0,4$ секунды. Наблюдается улучшение

времени пробегания теста бег 30 м, (с) в ЭГ в сравнение с КГ. Результаты достоверны таблица 3. Результаты представлены на рисунке 8.

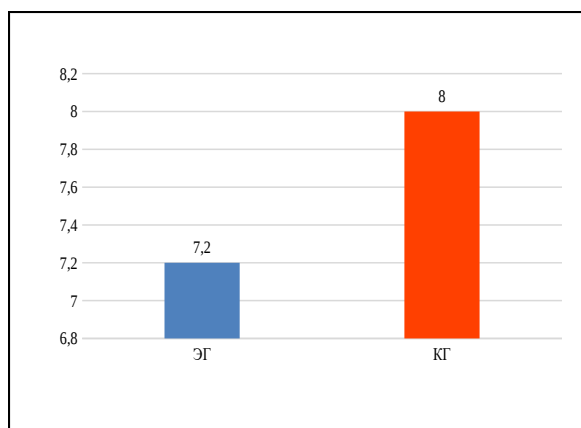


Рисунок 8 – Результаты теста бег 30 м, (с) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования

Установлено, по тесту прыжок в длину с места, (см), в ЭГ и КГ показатели отличаются. Наблюдается прирост значений в ЭГ по прыжкам в длину с места. Это подтверждает правильность подобранных подвижных игр для ЭГ. Средние значения в ЭГ составляли $96 \pm 1,7$ (см), в КГ $91 \pm 1,6$ (см). Результаты достоверны таблица 3. Результаты представлены на рисунке 9. Важно отметить, что дети с ЗПР имеют нарушение когнитивной деятельности. У них ослаблено внимание, сосредоточенность, усидчивость. Им сложнее приходится осваивать учебные предметы. Помимо этого они отстают от своих здоровых сверстников и по уровню физического развития, двигательной активности.

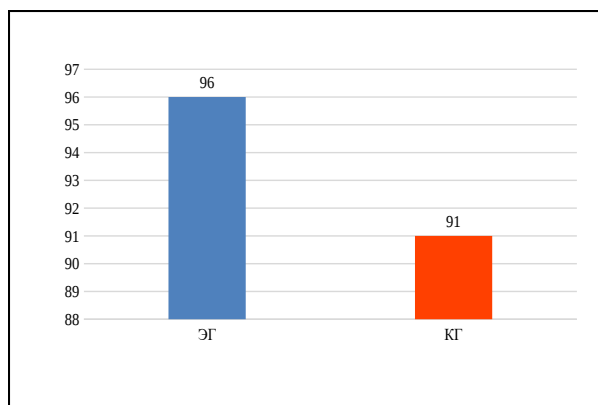


Рисунок 9 – Результаты теста прыжок в длину с места, (см) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования

В исследования установлено у детей с ЗПР в обеих группах на конечном этапе исследования результаты по тесту гибкость отличаются. Наблюдается улучшение показателя гибкость в ЭГ в отличие от КГ. Вовремя предложенная двигательная активность способствует улучшения двигательных способностей детей с ЗПР. Средние значения в ЭГ составляли $+3 \pm 1,1$ (см), в КГ были отрицательные значения стали $0 \pm 1,3$ (см). Результаты достоверны таблица 3. Результаты представлены на рисунке 10.

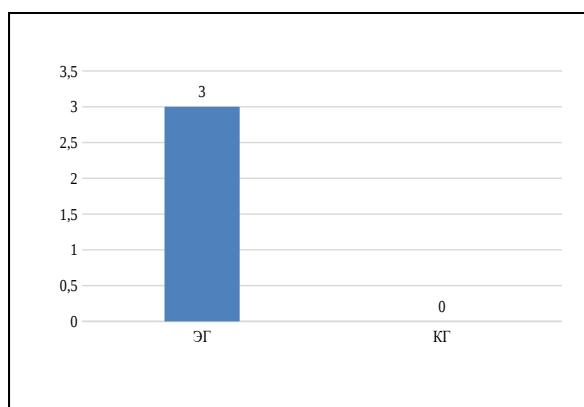


Рисунок 10 – Результаты теста гибкость из положения, стоя (см) детей с ЗПР в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования

Оценивая показатели двигательных способностей в конце исследования установлено, что они улучшаются в ЭГ в сравнение с КГ по

всем предложенным тестам рисунок 11. Это подтверждает правильность выбора комплекса подвижных игр для ЭГ. Дети с ЗПР стали лучше общаться между собой, у них появились личные интересы. Если рассматривать моторные функции этой категории детей с ЗПР можно обратить внимание на отсутствие необходимой мелкой моторики рук. Это свидетельствует об отсутствии связей с речедвигательными функциями головного мозга. Для таких детей характерно нарушение физического развития, отставания в двигательной моторной деятельности. Предложенные в исследовании подвижные игры позволяют сбалансировать деятельность ЦНС и улучшить двигательные способности детей с ЗПР рисунок 11.

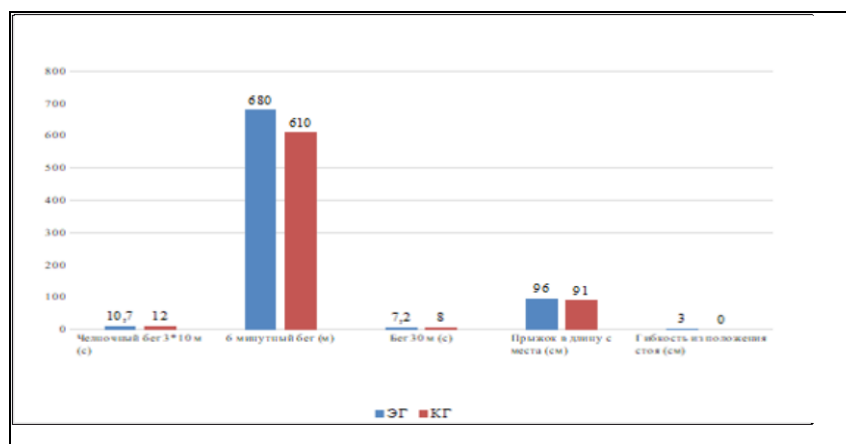


Рисунок 11 – Результаты тестирования двигательных способностей в ЭГ и КГ на конечном этапе исследования

Необходимо совершенствование двигательных функций детей с ЗПР, начиная с раннего возраста, поскольку дети, поступающие в специализированные группы детского сада, отличаются целым рядом особенностей. Как правило, это соматически ослабленные дети, отстающие не только в психическом, но и в физическом развитии. В анамнезе отмечается задержка в формировании статических и локомоторных функций, при обследовании выявляется несформированность всех компонентов двигательного статуса по отношению к возрастным возможностям.

Выводы по главе.

Учитель при организации подвижных игр должен придерживаться определенных методических правил специально соответствующих детям с ЗПР. Он должен подбирать соответствующую двигательную активность, содержание игр, чтобы оно было доступно для данной категории детей с ЗПР. Если необходимо по сюжету должен корректировать и правила проведения подвижных игр с данной нозологической группой. Важно, что бы сохранялся интерес у детей для проведения специализированных подвижных игр. На занятиях с детьми ЗПР необходимо использовать знания биологических и психологических закономерностей функционирования организма. Это позволит применять подвижные игры с учетом дифференцированных особенностей детей с ЗПР. В результате исследования, подобран комплекс подвижных игр для развития двигательных способностей детей с ЗПР.

В конце исследования установлено, что показатели двигательных способностей улучшаются в ЭГ по сравнению с КГ. Эти данные подтверждают правильность построения гипотезы исследования. Важно отметить, что дети с ЗПР стали лучше заниматься и на уроках физической культуры. Не допускается во время учебных занятий переутомление во время занятий подвижными играми, что позволяет укрепить и сохранить здоровье детей с ЗПР. Нарушение деятельности ЦНС у детей с ЗПР приводит к отсутствию необходимых связей между отдельными участками мозга. Если рассматривать моторные функции этой категории детей с ЗПР можно обратить внимание на отсутствие необходимой мелкой моторики рук. Это свидетельствует об отсутствии связей с речедвигательными функциями головного мозга. Для таких детей характерно нарушение физического развития, отставания в двигательной моторной деятельности. Предложенные в исследовании подвижные игры позволяют сбалансировать деятельность ЦНС и улучшить двигательные способности детей с ЗПР.

Заключение

В результате проведенного исследования были сформулированы выводы:

- в начале исследования нами было проведено тестирование двигательных способностей у детей с ЗПР в ЭГ и КГ группах. Также провели тестирование двигательных способностей у исследуемых групп. Достоверных различий в полученных результатах между группами также не было установлено;
- для занятий с ЭГ детей с ЗПР, мы выбрали комплекс подвижных игр, которые направлены на развитие двигательных способностей. Предложенные подвижные игры были включены в учебный процесс ЭГ по 2 раза в неделю, КГ занималась по учебной программе;
- в конце исследования нами было проведено тестирование двигательных способностей исследуемых групп. Полученные результаты показателей двигательных способностей в ЭГ значительно повысились, в КГ результат был незначительный. Анализ показателей ЭГ и КГ группы также выявил значительное улучшение в ЭГ, в КГ результаты значительно не изменились.

Следовательно, проведенное исследование доказывает эффективность применяемых комплексов упражнений, выдвинутая гипотеза подтверждена.

Подвижная игра имеет столь широкий диапазон воздействия на организм и личность, что создает неограниченные возможности влияния на все сферы жизнедеятельности детей и подростков с задержкой психического развития. Глубочайший смысл детских игр заключается в том, что они, функционально нагружая весь организм, все его ткани, органы и системы, структурно их создают, формируют и совершенствуют. При подборе подвижных игр важно учитывать эмоциональное состояние, характер, поведение детей.

Список используемой литературы

1. Арсентьева, В. П. Игра – ведущий вид деятельности в дошкольном детстве / В. П. Арсентьева. – Москва : ФОРУМ, 2009 – 144 с.
2. Бабкина, Н. В. Психологическое сопровождение ребенка с задержкой психического развития : монография / Н. В. Бабкина, И. А. Коробейников. – Москва : Наука, 2020 – 212 с.
3. Блинова, Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития / Л. Н. Блинова. – Москва : НЦ ЭНАС, 2003 – 136 с.
4. Бондаренко, А. К. Воспитание детей в игре: пособие для воспитателя детского сада / А. К. Бондаренко, А. И. Матусик. – Москва: Просвещение, 2005 – 218 с.
5. Борякова, Н. Ю. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание дошкольников с задержкой психического развития. Теория и практика: монография / Н. Ю. Борякова. – Ярославль: Канцлер, 2017 – 169 с.
6. Букирева, Т. А. Организация специальных условий обучения и воспитания детей с задержкой психического развития в условиях дошкольной образовательной организации / Т. А. Букирева, А. А. Костюк // Семнадцатые Кайгородовские чтения. Культура, наука, образование в информационном пространстве региона. – Вып. 17 – Краснодар : КГИК, 2017 – С. 106–108.
7. Варенова Т. В. Коррекция развития детей с особыми образовательными потребностями; Форум - Москва, 2012. - 272 с.
8. Веракса, Н. Е. Познавательное развитие в дошкольном детстве / Н. Е. Веракса, А. Н. Веракса. – Москва : Мозаика-Синтез, 2012 – 336 с.
9. Виноградова, С. И. Весь мир перед тобой : подготовка к школе детей с задержкой психического развития: методическое пособие / С. И. Виноградова, Ю. В. Хомякова. – Москва: Генезис, 2021 – 110 с.

10. Власова Т. А., Лебединская К. С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей //Дефектология. 1975. № 6 .- С. 8.
11. Волкова, Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно-методическое пособие / Г. А. Волкова. – Санкт-Петербург: детство-пресс, 2004 – 144 с.
12. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Санкт-Петербург: Питер, 2019 – 431 с.
13. Глухов, В. П. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии Учебное пособие / В.П. Глухов. - М.: Секачев В. Ю., 2017. - 256с.
14. Жукова П.В., Веряскин М.А., Красильникова Ю.С., Седов И.А. Подвижные игры как средство физического воспитания детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 2. ;
15. Журбина О. А. Дети с задержкой психического развития. Подготовка к школе / О.А. Журбина, Н.В. Краснощекова. - М.: Феникс, 2007. - 158 с
16. Кузьмичева, Т.В. О состоянии начального образования детей с задержкой психического развития на территории Мурманской области / Т.В. Кузьмичева // Дефектология. – 2012 – № 3 – С. 19–27.
17. Лебединская, К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: учебное пособие / К. С. Лебединская, В. В. Лебединский. – 9-е изд. – Москва : Академический Проект, 2020. – 303 с.
18. Лебединская К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте / К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. - М.: Академический Проект, Трикста, 2013. - 304 с.
19. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. - М.: Academia, 2013. - 144 с.

20. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. – Санкт-Петербург : Питер, 2019 – 767 с.
21. Певзнер, М. С. Об отборе детей с временной задержкой темпа психического развития и стойкими церебрастеническими состояниями в специальные классы или школы / М. С. Певзнер // Дефектология. – 2003 – № 6 – С. 3–12.
22. Пирлик, Г. П. Возрастная психология : развитие ребенка в деятельности / Г. П. Пирлик, А. М. Федосеева. – Москва : МПГУ, 2020 – 370 с.
23. Речицкая, Е. Г. Коррекционная работа по развитию познавательной сферы глухих обучающихся с задержкой психического развития (ЗПР) / Е. Г. Речицкая, Т. К. Гущина. – Москва : Владос, 2019 – 133 с.
24. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии: курс лекций / С. Л. Рубинштейн ; под ред. К. А. Альбухановой. – Москва : АСТ, 2020 – 959с.
25. Смирнов А. Г. Практикум по общей психологии : учебное пособие / А. Г. Смирнов. М.: Института психотерапии, 2001. С. 144-147.
26. Шевченко, С. В. Обучение детей с задержкой психического развития / С. В. Шевченко // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004 – № 1 – С. 3–9. 12. Шевченко С. Г. Новое в коррекционно-развивающем обучении детей с трудностями в обучении// Дефектология. 2001. № 4 С. 21.
27. Шилова, Н. Т. Развитие внимания у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР посредством коррекционно-развивающих игр и упражнений / Н. Т. Шилова // Молодой ученый. – 2016 – № 12.6. – С. 141–143.
28. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. 1998. №9. - С. 4-8.
29. Юркова И.А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Дети с временными задержками развития. - М.: Педагогика, 1971. - С.25 - 31.