

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»

Институт физической культуры и спорта

Кафедра «Адаптивная физическая культура»

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

«Физическая реабилитация»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: «Влияние соревновательной деятельности на психофизические
способности детей 11 – 13 лет с ЗПР»»

Студент	<u>Т.И. Старкова</u> (И.О. Фамилия)	<u>(личная подпись)</u>
Руководитель	<u>В.В. Горелик</u> (И.О. Фамилия)	<u>(личная подпись)</u>
Консультант	<u>Е.П. Семиглазова</u> (И.О. Фамилия)	<u>(личная подпись)</u>

Допустить к защите

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

« _____ » _____ 2016 г.

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
1.1. Классификация ЗПР и формы дизонтогенеза	7
1.2. Психофизические особенности детей подросткового возраста с ЗПР...	13
1.3. Особенности социализации детей с задержкой психического развития.	20
ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ..	32
2.1. Задачи исследования	32
2.2. Методы исследования.....	32
2.3. Организация исследования.....	35
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	37
3.1. Особенности самооценки подростков с задержкой психического развития.....	37
3.2. Результаты исследования	45
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	55
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	57

ВВЕДЕНИЕ

В условиях социально-экономических и политических преобразований современной России особое значение приобретают вопросы укрепления физического и духовного здоровья человека, формирования здорового образа жизни [52].

Рост инвалидности населения в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением транспортных потоков, возникновением военных конфликтов, ухудшением экологической обстановки и с другими причинами.

По данным, приведенным исследователями в научно-методической литературе отмечается тот факт, что общее число здоровых детей - снижается, а число детей с ЗПР, к сожалению, увеличивается. Этот факт определяет необходимость разработки и внедрения новых подходов для педагогической реабилитации детей подросткового возраста с задержанным психическим развитием [38].

По данным Департамента образования г.о. Тольятти, число учащихся среднего звена общеобразовательных школ (5 – 9 классы) с необходимостью в интегрированном обучении увеличилось с 2011 года по 2016 год с 314 человек до 445.

В настоящее время в коррекционных школах-интернатах существует огромное количество разнообразных методов воспитания и обучения детей с отклонениями в состоянии здоровья на современном этапе, но не все в полной мере отвечают требованиям, что приводит к недостаткам психофизического развития личности ребенка [16,32]. А значит социальная адаптация детей с задержкой психического развития (ЗПР) значительно ограничиваются. Имеющиеся различные виды депривации мешают процессу сформирования у детей с ЗПР навыка здорового образа жизни, а это ведет к ухудшению и без того низкого физического развития.

Укрепление здоровья, психомоторики, повышения уровня функциональных возможностей детей, обеспечение разностороннего

развития личности затруднена и связана социальной нестабильностью российского общества и недостаточностью разработанных методик в школьной педагогике, направленных на психологическую коррекцию детей с ЗПР.

Н.В. Афанасьев, Н.Л. Литош и другие авторы показывают, что в период с 2000 по 2005 годы число детей, которые обучаются в специальных (коррекционных) школах, выросло с 365,1 до 423,1 тысяч человек, дети с нарушенным и задержанным психическим развитием преобладают [2].

В городском округе Тольятти на сегодня располагаются несколько коррекционных заведений для детей с нарушенным и задержанным психическим развитием. На территории России функционирует в настоящее время 1905 специальных (коррекционных) школ.

«Подростковый возраст одной из самых сложных критических эпох в онтогенезе человека, характеризовал его как период, в котором равновесие, сложившееся в предшествующем детском возрасте, нарушено в связи с появлением мощного фактора полового созревания, а новое ещё не обретено. В этом определении акцентируются два момента, ключевые для понимания биологической стороны проблемы подростковых кризисов: роль процесса полового созревания и роль неустойчивости различных физиологических систем, в первую очередь нервной» - Л.С.Выготский.

Для развития личности ребенка с нарушенным и задержанным психическим развитием большое значение имеет организация процесса физического воспитания в коррекционных образовательных учреждениях. Многие авторы подчеркивают, что учебная нагрузка в течение недели не удовлетворяет потребности в двигательной активности детей с задержкой психического развития, а также не дает возможности для успешного решения задач физического воспитания.

Кроме того, при анализе специальной литературы мы обнаружили, что для детей подросткового возраста с ЗПР научно-обоснованных программ и технологий физического воспитания недостаточно, это затрудняет

осуществление комплексного коррекционно-педагогического воздействия на исследуемый нами контингент. Федеральные программы по физическому воспитанию для учащихся коррекционных школ не ориентированы на социализацию школьников средствами адаптивной физической культуры. Необходимо отметить, что движение, является естественной физиологической потребностью детей и оказывает стимулирующее воздействие на организм ребенка, а также предусматривает полноценное использование средств и методов адаптивной физической культуры для физического и психического здоровья, формирования здорового образа жизни и активной социализации подростков с ЗПР.

В связи с вышеизложенным, разработка и экспериментальное обоснование программы соревновательной деятельности для детей подросткового возраста с ЗПР, является актуальным направлением современной системы адаптивной физической культуры, для совершенствования процессов обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии с целью педагогической коррекции и успешной социализации.

Объект исследования - процесс адаптивной физической культуры школы-интерната № 3 г.о. Тольятти (VII-VIII вид) для детей 11-13 лет с ЗПР.

Предмет исследования – программа соревновательной деятельности, направленная на развитие психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР.

Гипотеза исследования заключается в предположении, что соревновательная деятельность может существенно улучшить физическую подготовленность, а также будет способствовать развитию личности и активной социализации детей 11 – 13 лет с ЗПР.

Цель настоящей работы состоит в том, чтобы экспериментально проверить эффективность соревновательной деятельности в развитии психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР.

Задачи:

1. Подобрать необходимые методики для определения уровня психофизических способностей подростков с ЗПР.
2. Разработать и внедрить программу соревновательной деятельности для детей 11-13 лет с ЗПР.
3. Оценить эффективность влияния программы соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей подростков с ЗПР.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Классификация ЗПР и формы дизонтогенеза

По данным исследований в контингент неуспевающих учащихся входят школьники, у которых наблюдается: педагогическая запущенность, задержка психического развития, не выраженные сенсорные, интеллектуальные, речевые нарушения, причины их возникновения - остаточные поражения центральной нервной системы, минимальные мозговые дисфункции [3,10,12,15,22,29,39,44,45,46 и др.]. Примерно 50 - 70 % от этого числа - дети с задержкой психического развития (ЗПР) [3,14,22,29,32,44,45,46 и др.].

Задержка психического развития отмечается как самая распространенная форма психической аномалии в детском возрасте. В основном ее можно диагностировать в старшем дошкольном или в младшем школьном возрасте, примерно в 7-10 лет.

Задержка психического развития в медицинской среде относится к одной из форм интеллектуальной недостаточности, при которой наблюдается замедленный темп психического развития, незрелость личности и негрубые нарушения познавательной деятельности. В отличие от умственной отсталости при ЗПР в условиях специального обучения имеется возможность компенсации дефекта и его обратимому развитию [42,45,49].

В настоящее время выделяют несколько классификаций форм интеллектуальной недостаточности. В исследованиях Г.Е. Сухаревой [206], выделяются «формы интеллектуальной недостаточности у детей с ЗПР:

1. Интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения.
2. Интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями.
3. Нарушения при различных формах инфантилизма.

4. Вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения, письма.

5. Функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекции и травм центральной нервной системы».

В основу этой классификации положен этиопатогенетический принцип [65].

В.В. Ковалев [2,55], основываясь патогенетическим принципом, и определил следующие формы интеллектуальной недостаточности:

1) Дизонтогенетическая форма, обусловленная механизмом задержанного или искаженного развития;

2) Энцефалопатическая форма, которая основывается на органическом повреждении мозговых механизмов в ранний период развития;

3) Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов, и обусловленная механизмами сенсорной депривации;

4) Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектом воспитания и информации с раннего возрастного периода.

В.В.Лебединский (1985) в своих работах определил классификацию нарушений психического развития, где ЗПР, наряду с недоразвитием, поврежденным развитием, дефицитарным развитием, искаженным развитием, дисгармоничным развитием, является одной из форм дизонтогенеза [34,33].

По мнению исследователей Т. А. Власовой, И. Ф. Марковской и др., причины задержанного психического развития можно разделить на биологические и социальные. К биологическим причинам относятся слабовыраженные или минимальные органические поражения головного мозга, которые обусловлены врожденными (т.е. возникать в первой половине беременности, а также при родовых травмах, асфиксиях плода), или приобретенными в постнатальном периоде жизни ребенка факторами. Кроме

того задержка психического развития может объясняться генетически обусловленной недостаточностью центральной нервной системы.

Церебральные органические повреждения могут стать следствием интоксикаций, инфекций, обменно-трофических расстройств, травм и т.д., которые приводят к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов. Вследствие которых, у детей наблюдается функциональная незрелость центральной нервной системы, а это будет проявляться как слабость процессов торможения и возбуждения, и как затруднения образования сложных условных связей. Дети с ЗПР характеризуются значительной неоднородностью нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности и ярко выраженной неравномерностью формирования психической деятельности [10,49].

К социальным факторам относятся проявления такого родительского поведения как неприятие своего ребенка, алкоголизм и наркомания, факторы неполной семьи и низкого образовательного уровня родителей, а также ранняя депривация основных потребностей ребенка, неблагоприятная экологическая обстановка. Необходимо отметить, что негативные социальные факторы могут усугублять отставание в развитии, но они не являются единственной или главной причиной ЗПР.

В классификации М.С.Певзнер и Т.А.Власовой (1984) выделены формы ЗПР, обусловленные:

1. Осложненным и неосложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, а также недоразвитие эмоционально-волевой сферы (психические и психофизические инфантилизмы);

2. Длительными астеническими и церебрастеническими состояниями, возникающими на ранних этапах жизни ребенка, [10,49].

К. С. Лебединской в 1980 г. была предложена классификация ЗПР, которая остается наиболее используемой среди авторов.

В соответствии с этой версией основные клинико-психологические формы ЗПР классифицируются по происхождению это церебрально-

органическое, конституциональное, соматогенное и психогенное. Каждая из них имеет свои особенности, динамику и прогноз в развитии ребенка.

К ЗПР конституционального происхождения относятся такие виды инфантилизма как истинный, гармонический или психофизический и психический.

Эта форма характеризуется структурой личности, с эмоционально-волевой сферой ранней ступени развития. То есть отмечается преобладание эмоциональной мотивацией поведения, повышенного фона настроения, незрелости личности в целом, легкой внушаемости, произвольности всех психических функций. Игровые интересы к начальной школе сохраняют большую значимость для детей. Кроме эмоционально-волевой незрелости отмечается инфантильный тип телосложения. Дети по своим психическим и физическим показателям соответствуют более раннему возрастному периоду развития. Причиной такого несоответствия являются генетические факторы. Часто возникновение ЗПР конституционального происхождения можно связать с негрубыми обменно-трофическими расстройствами. У детей с этой формой со временем отставание сглаживается и они практически не нуждаются в специализированной помощи, но рациональным будет начать обучение в школе старше 6-летнего возраста [33,34].

ЗПР соматогенного происхождения характеризуется стойкой соматической астенией и соматической инфантилизацией. Причиной возникновения является длительная соматическая недостаточность разного происхождения, например инфекции, проявления аллергии, заболевания внутренних органов и другое. ЗПР при этой форме в большей степени формируется вследствие стойкой астении, которая снижает общий и психический тонус. Не малое влияние оказывают социальные факторы, которые приводят к появлению различных форм невротических проявлений, например неуверенность, тревожность, боязнь, излишняя капризность, физическая неполноценность. Ограничения и запреты усугубляют состояние ребенка [33,34].

Задержка в психическом развитии психогенного происхождения происходит по причине неблагоприятных условий воспитания в асоциальной семье или воспитание в атмосфере гипер- или гипоопеки.

Неблагоприятные социальные условия, долго воздействующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, способствуют возникновению стойких отклонений в его нервно-психической сфере. Эта форма ЗПР во многом похожа на педагогическую запущенность, которой характерны ограниченные знания и умения ребенка по причине недостаточности интеллектуальной информации. ЗПР психогенного происхождения встречается при нарушенном развитии личности по типу психической неустойчивости, которое обусловлено гипо- и гиперопекой. В условиях гипоопеки (безнадзорности) не формируется произвольное поведение детей, познавательные интересы не активизируются. Гиперопека (чрезмерная, излишняя опека) приводит к возникновению отрицательных черт личности, например, несамостоятельность, безынициативность, безответственность [28,31].

Отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы, а также недостаточность знаний и бедность представлений. У детей с такой формой ЗПР не формируются способности к волевым усилиям, наблюдается отсутствие произвольной формы поведения. Все вышеперечисленные факторы приводят ребенка к тому, что он не способен приспособиться к жизни.

У детей, которые воспитываются в условиях грубости, жестокости, деспотичности, агрессивности развитие личности происходит по невротическому типу. Такая форма патологии чаще наблюдается у детей, воспитывающихся без семьи. Такие дети отличаются эмоциональной незрелостью, малой активностью, психической неустойчивостью в сочетании с задержанным формированием познавательной деятельности [44].

При ЗПР церебрально-органического происхождения, возникает в результате поражения мозга (ММД) занимает основное место в группе

задержки психического развития. У таких детей наблюдаются стойкие и выраженные нарушения в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности, сочетание черт незрелости и различной степени поврежденных психических функций [49].

Различают два варианта ЗПР церебрально-органического происхождения. *Первый* - характеризуется незрелостью эмоциональной сферы у детей отмечаются негрубые церебростенические и неврозоподобные расстройства, ММД [49].

При втором – наблюдаются признаки поврежденности, т.е. признаки неврозов, психопатий, также нейродинамические расстройства и дефицитарность корковых функций.

В 50-е годы 20-го века ряд исследователей (М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, В.В. Лебединский и др.) выявили из числа младших школьников неуспевающих в учебе детей, которых считали умственно отсталыми в виду их неуспеваемости и особенностей поведения. Исследования Т.А. Власовой и М.С. Певзнер в данной категории выявили следующие группы [10,49]:

В первую входят дети, у которых нарушен темп физического и умственного развития, они характеризовались как дети с психофизическим и психическим инфантилизмом. В этом случае задержка развития вызывается замедленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и связей с другими областями коры и подкорковых центров. У детей слабо развиваются физические качества, учебная деятельность, они быстро утомляемы, имеют низкую работоспособность.

Ко второй относятся дети, имеющие функциональные расстройства психической деятельности вследствие мозговых травм. Они характеризуются слабостью основных нервных процессов, глубоких нарушений познавательной деятельности не отмечено [10]. Таких учащихся авторы назвали дети с задержкой психического развития.

Таким образом, существуют различные версии основных клинико-психологических форм ЗПР. Авторы, проводившие исследования в этой области предлагают различные критерии для классифицирования, но наиболее используемой остается классификация задержки психического развития предложенная К. С. Лебединской в 1980 году. Она классифицировала формы по происхождению это церебрально-органическое, конституциональное, соматогенное и психогенное. Каждая из форм имеет свои особенности, динамику и прогноз в развитии ребенка[33,34].

1.2. Психофизические особенности детей подросткового возраста с ЗПР

Л.С.Выготский говорил: «Подростковый возраст одной из самых сложных критических эпох в онтогенезе человека, характеризовал его как период, в котором равновесие, сложившееся в предшествующем детском возрасте, нарушено в связи с появлением мощного фактора полового созревания, а новое ещё не обретоно. В этом определении акцентируются два момента, ключевые для понимания биологической стороны проблемы подростковых кризов: роль процесса полового созревания и роль неустойчивости различных физиологических систем, в первую очередь нервной» [11,с12].

В своих исследованиях авторы С.А. Дешле (1982), В.И. Лях (1997) и др., определяют благоприятным для развития силовых способностей человека - школьный период. Причем у мальчиков это приходится на возраст примерно с 13 до 18 лет, а у девочек - с 11 до 16 лет.

Силовые способности развиваются по повторными циклам, где чередуется ускорение и замедление в определенные периоды. У девочек отмечается динамика подъема с 8-ми – 9-ти лет и 11-ти – 13-ти, а периоды спада с 10-ти лет и в 14-15 лет. У мальчиков с 13 лет наблюдается, увеличение уровня силы и в этот период они превосходят девочек, максимум достигается к 17 годам. [13,19,36].

У мальчиков постепенное увеличение силовых показателей отмечается с 12 лет. Девочки достигают этого периода, в развитии силы, на 1-2 года позже. Наибольшие темпы развития силовых способностей наблюдаются в 10 и в 17 лет [13,19,36].

Быстрота характеризуется протеканием латентного периода двигательной реакции. До 9-11 лет время реакции уменьшается быстро, в последующие годы, особенно после 13-14 лет, - медленнее [13,19,36].

Возрастание быстроты в период с 8 до 9 лет выражен очень резко, а до 11 лет, после чего наблюдается остановка на этом же уровне и медленно увеличиваясь становится стабильной в 14-15 лет, рост можно наблюдать только с 15 до 17 лет .

Авторы А.П. Матвеев., А.М. Шлемин, СИ. Мануйлов, Л.В. Шукевич, считают 8-12 лет благоприятным периодом для развития быстроты. [19,28,61].

По мнению В.И. Ляха (1997) скоростные способности заканчивают развитие раньше, развития силы. [36].

У мальчиков с ЗПР в 11-12 лет наблюдались незначительные изменения в уровне проявления скоростных способностей.

Максимальный прирост в показателях прыжка в длину с места у девочек наблюдается к 10 годам, у мальчиков в 13-14 лет [28].

И.В. Азарова 12-15 лет определяет как сенситивный период для развития скоростно-силовых способностей.

Ряд авторов В.М. Зациорский, В.В. Кузнецов, В.И. Лях и другие отмечают период с 7 до 12 лет сенситивным для развития координационных способностей [13,19,31,36].

На основе полученных данных исследования заметным становится то, что уровень двигательной подготовленности детей с ЗПР значительно ниже, можно предположить, что значительные отклонения в двигательной подготовленности обусловлены ограниченной двигательной активностью и

необходима дополнительная, рациональная двигательная активность, соответствующая их возрасту и особенностям заболевания.

В.И. Лях (1987) - «Младший школьный возраст: в этот период у учащихся активно происходит процесс воспитания специфических координационных способностей, прежде всего способностей к кинестезическому дифференцированию, равновесию и ритму, а также выработке чувства пространства, времени, дозирования мышечных усилий, сенсомоторных реакций, формирование рече-мыслительных и интеллектуальных процессов, двигательной памяти и представления движений. Средний школьный возраст: дальнейшее развитие координационных способностей, особенно относящихся к спортивно-игровым двигательным действиям. Развивается способность к ритму, ориентированию в пространстве, равновесию и произвольному расслаблению мышц. Старший школьный возраст: способность связывать воедино целостные двигательные акты и преобразовывать уже выработанные формы действий, переключаясь от одних к другим требованиям соответственно меняющимся условиям». [16,19,36].

Авторы Е.М. Мастюкова, А.А. Дмитриев, И.Ю. Горская, Л.А.Суянгулова и другие в своих исследованиях отмечают, что детей с нарушениями интеллекта испытывают трудности при выполнении упражнений на координацию, а также обнаруживают снижение показателей при выполнении заданий на скоростные качества и на ловкость, нарушен ритм и дифференцирование силовых, временных и пространственных параметров движений. У детей с ЗПР имеют место ограничение функциональных возможностей ЦНС, имеются нарушения в работе анализаторов и отклонения в формировании механизмов координационных способностей [39].

Гибкость характеризуется подвижностью позвоночника, улучшается у мальчиков с 7 до 14 лет, а у девочек с 7 до 12 лет. [13,16,36].

К 10 годам у детей наблюдается повышение способности к повторному выполнению скоростной работы (неоднократный бег на короткие дистанции) и способности к выносливости (малоинтенсивная работа - медленный бег) в течение продолжительного времени. Способность к выполнению длительных нагрузок становится заметно выраженной в период полового созревания. В 13-14 лет значительно увеличивается скоростные качества и длительность их выполнения, новый же скачок роста работоспособности можно наблюдать в 15-18 лет.

В.И.Лях – «...наиболее ускоренными темпами у всех детей результаты данного качества улучшаются в возрасте от 7 до 10-11 лет. Различные показатели выносливости (общей, силовой, скоростной), хотя и меньшими темпами, у мальчиков продолжают увеличиваться в средних и старших классах. У девочек при переходе от среднего к старшему школьному возрасту рост различных показателей выносливости резко замедляется. Такие колебания обусловлены ростом неактивной массы тела в период полового созревания» [13,16,36].

Вышеприведенные данные исследований, показывают, что динамика онтогенетического развития физических качеств детей школьного возраста, протекает гетерохронно.

Кроме того, изменение двигательных качеств происходит и вследствие воздействия средств физического воспитания. А следовательно, физическая подготовленность детей школьного возраста, а также знание факторов влияния на ее развитие должны находиться в поле зрения педагога, для своевременного внесения корректив в педагогический процесс и, опираясь на вышеизложенное, управлять развитием физических качеств Т.Б. Филичева, А.А. Сахоненко [13,16,36].

Физическое воспитание для подростков, которые имеют отклонения в состоянии здоровья является эффективным средством реабилитации и социальной адаптации. Занятия адаптивной физической культурой играют

роль основной составляющей для улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и физической подготовленности, удовлетворения потребности в общении и самореализации. Помимо прямого двигательного эффекта, занятия физической культурой имеют большое социально-психологическое значение.

В подростковом возрасте можно наблюдать следующие особенности в поведении, которые проявляются в частой смене настроения, депрессии, неусидчивости, плохой концентрации внимания, раздражительности, импульсивности, тревоге, агрессии и проблемном поведении [3].

Это является следствием, повышения уровня гормонов, что может приводить к возбуждению или, наоборот, торможению нервных процессов. Это не являются определяющим фактором, по мнению ряда авторов: «...важное влияние на развитие подростка оказывает среда и, прежде всего, социальное окружение. Подростковый возраст – это пора важных изменений в личности ребенка, при нормальном онтогенезе этот период протекает проблематично во всех отношениях, при дизонтогенезе, в частности при ЗПР, возможны более серьезные нарушения, отклонения» [10].

У детей с ЗПР в подростковый период наблюдается недостаточность познавательной активности, а учитывая быструю утомляемость и истощаемость ребенка, может приводить к серьезному торможению их обучения и развития. Трудность усвоения учебного материала, во многом зависит от быстро наступающего утомления, это и приводит к снижению работоспособности.

Нервно-психические состояния детей и подростков с данной патологией характеризуются свойственными частыми переходами от активности к полной или частичной пассивности, сменами рабочего и нерабочего настроения. Кроме того, иногда сложные задания, большой объем работы и другие внешние факторы способны вывести детей из состояния равновесия и заставить нервничать, волноваться [57].

У подростков с задержанным развитием психики отмечаются срывы в поведении, после которых им трудно входить в рабочий режим на уроках, это проявляется в возможности ходить по классу, задать вопросы, которые не относятся к уроку или изучаемому материалу. Быстрое утомление приводит одних детей к вялости, пассивности; других - повышенной возбудимости, расторможенности, двигательному беспокойству. Для этих детей характерны обидчивость и вспыльчивость. Вывод их из такого состояния требует времени, применения особых методов, а также обладанием большого такта со стороны педагогов и других взрослых, которые окружают подростков с данной патологией развития.

Наиболее нарушенной оказывается эмоционально-личностная сфера и общие характеристики деятельности (познавательная активность, особенно спонтанная, целенаправленность, контроль, работоспособность), показатели мышления и памяти в сравнении с вышеперечисленным относительно высоки [62].

В своих работах Г.Е. Сухарева отмечает, что для детей и подростков с ЗПР характерна, недостаточно зрелая аффективно – волевая сфера. Анализ динамики развития личности, Г. Е. Сухаревой, показывает, что социальная адаптация детей с ЗПР, в большинстве зависит от влияния, которое оказывает окружающая среда, чем от самих подростков. «С одной стороны – они повышено – внушаемы и импульсивны, а с другой – полюс незрелости высших форм волевой деятельности, неспособность к выработке устойчивого социально – одобряемого жизненного стереотипа к преодолению трудностей, склонность идти по пути наименьшего сопротивления, невыработанность собственных запретов, подверженность отрицательным внешним влияниям» - Г.Е Сухарева. Эти критерии характерны для низкого уровня критичности, незрелости, неспособности к адекватной оценке ситуации, и как следствие отсутствие тревожности у детей с ЗПР. [65]

В своих работах автор, используя термин «психическая неустойчивость» применительно к нарушенному поведению у подростков,

понимает под этим отсутствие сформированности собственной линии поведения, а этому способствует повышенная внушаемость, склонность руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособность к волевым усилиям, систематической трудовой деятельности, стойким привязанностям, а также сексуальная незрелость личности, проявление слабости и неустойчивости морально нравственных установок. В своих исследованиях Г.Е. Сухарева, делает следующие выводы: для подростков с нарушениями аффективной сферы по типу психической неустойчивости характерны моральная незрелость, отсутствие чувства долга, ответственности, неспособность останавливать свои желания, сложность в подчинение школьной дисциплине, повышенная внушаемость и неправильные формы поведения с окружающими.

Следовательно, для подростков с ЗПР характерны нарушениям поведения по типу психической неустойчивости расторможенности влечений.

Подростки с такими видами нарушенного поведения отличаются эмоционально – волевой незрелостью, недостаточным чувством долга, недостаточной ответственностью, слабые волевые установки, выраженные интеллектуальные интересы, отсутствующее чувство дистанции, недоразвитые «ребяческие» выходки исправленным поведением [65].

Не глубокая эмоциональность часто способствует возникновению конфликтов, для разрешения которых наблюдается недостаток самоконтроля и самоанализа. Отмечается бездумность, легкомысленность в отношениях, при совершении отрицательных поступков, недооценка сложности ситуации. Подростки легко дают обещания и легко забывают об этом. Они практически не когда не переживают из-за неудач в учебе. Потребность в дворовых играх движениях и физической разрядке компенсирует слабость учебных интересов. У мальчиков часто отмечается раздражительность, у девочек - слезы. Обнаруживается склонность ко лжи, которая заменяет незрелость форм самоутверждения. Инфантильность, этой группы подростков

сопровождает двигательная расторможенность, назойливость, эйфорическое повышенное настроение, аффективные вспышки, сопровождающиеся с последующей головной болью, низкой работоспособностью, выраженной утомленностью [50].

Подростки отличаются завышенной самооценкой, низким уровнем тревожности, неадекватным уровнем притязаний - слабости реакции на неуспех, преувеличении удач.

И так, отсутствие учебной мотивации, непризнание авторитетов взрослых и сочетание с односторонней житейской зрелостью, соответственной переориентации интересов на образ жизни, адекватной старшему возрасту для этой группы подростков характерно. [6,50].

Однако анализ нарушений у подростков с ЗПР подтверждает мнение о роли благоприятных условий обучения и воспитания в профилактике декомпенсации поведения. В условиях специального обучения асинхрония развития, свойственная психическому инфантилизму, в значительной мере сглаживается за счет целенаправленного формирования как личностных свойств, так и навыков произвольной деятельности.

1.3. Особенности социализации детей с задержкой психического развития

Проблема социализации человека является объектом пристального изучения ученых и специалистов различных научных областей - психология, педагогика, социология, социальная психология и др.

Исследования группы авторов позволили разработать теоретические положения и обосновать различные социальные механизмы процесса социализации личности - как результат социально-экономических, моральных воздействий суженой перспективы будущего и воздействий внешней среды [8,13,16,41,42].

Социализацию необходимо рассматривать, как процесс, разрешающий противоречия между биологическим и социальным по средством преобразования биологического процесса [8,13,16,41,42].

Социализация человека, по мнению ряда авторов, имеет три уровня. Первый уровень социализации - «организм - окружающая среда», суть его в первоначальном приобщении человека к жизни в обществе, в социальной среде, как живого организма.

Второй уровень - «субъект - объект», когда происходит взаимодействие и познание предметного мира. Например, ребенок овладевает речью, как средством коммуникации, для дальнейшего приобщения к нормам и ценностям общества.

И третий уровень социализации - «личность - общество», усвоение системы отношений в обществе.

В современном мире определен высокий уровень требований к биологическим и социальным возможностям человека, обеспечение которых может осуществляться научно-методической системой формирования и сохранения психического и физического человека, несмотря на особенности развития и многообразные психофизические и функциональные нарушения.

В условиях социально-экономических и политических преобразований современной России особое значение приобретают вопросы укрепления физического и духовного здоровья человека, формирования здорового образа жизни [13,16,41,42].

Школьный период это одна из главных ступеней развития и становления личности учеников, потому что в эти годы строятся основы личности индивидуума, происходит закрепление и формирование всех составляющих компонентов характера, выстраивается отношение с обществом и отношение к себе лично. Каждую из поставленных выше задач решают все школьные дисциплины в комплексе, и физическая культура не является исключением. Физическое воспитание в исследованиях Крылова В.Е., Кабачкова В.А., и др. принято рассматривать как лидирующую деятельность в формировании значимых и социальных качеств, правил и убеждение. Так же систематические занятия спортом призваны укрепить здоровье, способствовать улучшению физической и умственной

работоспособности, оказывать положительное влияние на учебу школьника и его трудовую деятельность. Если рассматривать физическое воспитание с точки зрения психологии, то мнение психологов сходятся на том, что лучше всего развивает моральные и волевые качества именно занятие спортом и использование физических упражнений. Сегодня люди, профессионально связанные с областью теории и методики физической культуры и спорта, все больше уделяют внимание внедрению принципа гуманистической педагогики в процессе физического воспитания. Основное направление гуманизации физического воспитания это увеличение внимания к развитию личности исходя из его индивидуальных психофизических особенностей. [13,16,29,30].

Большое место в исследованиях этой проблемы отводится средствам адаптивной физической культуры, которые являются важнейшими факторами управления глубинными биологическими процессами организма человека, вообще и с отклонениями в состоянии здоровья в частности для укрепления их здоровья, расширения соматических и психических возможностей, подготовки к полноценной общественной жизни [71].

С. П. Евсеев указывает, что решающее значение для взаимодействия с окружающей природной и социальной средой имеют средства адаптивной физической культуры и двигательная активность школьников с ограниченными физическими и психическими отклонениями.

Адаптивная физическая культура играет важную роль в становлении морального сознания личности, а это путь к успешной социализации лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Кроме того, ребенку, имеющему отклонения в состоянии здоровья не возможно социально адаптироваться без взаимодействия, с наиболее близким социальным окружением [8,13,16,41,42].

Адаптивная физическая культура проявляет социализирующее значение через функции. Методы, формы, направления адаптивной физической культуры имеют интересный многообразный арсенал и носят

эмоциональный характер. Кроме того, выполнение различных физических упражнений, подвижные и спортивные игры требуют тесных совместных действий, это способствует развитию и приобретению множеству различных связей и двигательных умений, в этом процессе становится возможным проявление специфических форм личного и коллективного поведения детей с задержкой психического развития. Авторы считают: - «процесс непосредственной трансформации в двигательную социализацию таких детей происходит на основе формирования отношений и норм их поведения, связанных с проявлением определенной степени ответственности за выполняемые действия в игре, в движениях, в отношении себя и окружающих».

Это способствует формированию процесса социализации в двигательной сфере, а в дальнейшем активного вхождения в социальные человеческие контакты [8,13,16,41,42,49,50,56,64,74].

В настоящее время программа вспомогательных школ приоритетом образовательно-воспитательного процесса ставит практико-коррекционный подход в обучении, оздоровлении и воспитании детей с задержкой психического развития. А именно большое внимание уделяется следующим качествам и навыкам: формирование социально-бытовой адаптации, приобретение знаний и навыков использования санитарно-гигиенических правил личной гигиены, самообслуживания, трудовых умений и навыков, адекватного поведения в обществе. Все вышперечисленное успешно формирует и развивает адаптивная физическая культура, используя различные средства, формы, принципы, направления и виды.

Наряду с этими отклонениями для данной категории детей являются характерными следующие отклонения: слабое физическое развитие, низкий уровень двигательной подготовленности, особенно заметны нарушения моторики, которые возникают в сфере координационных способностей. Авторы Г.В. Чиркина, Е.М. Мастюкова, А.А. Дмитриев, Т.Б. Филичева, А.А. Сахоненко, и другие в своих работах отклонения в формировании

механизмов координационных проявлений детей с отклонениями в развитии, связывают с нарушениями в работе анализаторной системы, и как следствие у них возникают трудности при выполнении координационных движений, снижена скорость и ловкость при выполнении заданий, нарушен ритм движений и способность дифференцированию силовых, временных и пространственных параметров движений [13,16,36,39,41].

Школьная программа детей с ЗПР включает такие разделы как: общая физическая подготовка (ОФП), специальная физическая подготовка (СФП), спортивно-техническая и тактическая подготовка, теоретическая подготовка и воспитательные и образовательные мероприятия, а также обязательным является прохождение медицинского обследования в начале и в конце учебного года, принимаются переводные нормативы, кроме того учащиеся воспитанники участвуют в соревнованиях.

Во внеклассную жизнь воспитанников школ-интернатов включаются любимые занятия физической культурой и спортом: спортивные игры, туристические походы, подвижные игры, плавание и др. Вместе с этим они двигательны неловки, только в процессе обучения дети добиваются успеха. К участию в спортивных соревнованиях среди коррекционных школ и школ-интернатов, дети готовятся с большим желанием и ответственностью.

Физическое воспитание для подростков с ЗПР является эффективным средством реабилитации и социальной адаптации, фактором улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и физической подготовленности, а также удовлетворения потребности в общении и самореализации. Кроме положительного влияния двигательной активности, занятия физической культурой имеют большое социально-психологическое значение.

Большое значение для социализации имеет самооценка, особенно это важно для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. У детей в подростковом возрасте самооценка проходит сложный этап формирования, к тому же кризис этого возраста накладывает свои отпечатки, но при всей сложности этот процесс выглядит более гармоничным у детей нормально

развивающихся. У детей с задержкой психического развития этот процесс очень разбалансирован.

Самооценка как психическое образование относится к структурам самосознания личности [48,69,67,68]. Для понимания места самооценки в структуре самосознания определим место самосознания в психической организации человеческой личности.

В отечественной философской и психологической традиции самосознанию отводится место высшей формы сознания. Как и для сознания, для самосознания его сущностью, функцией является отражение окружающей реальности. Но если для сознания объектом отражения будет внешняя по отношению к человеку среда, то объект самосознания - сама личность, другими словами, в процессе самосознания личность познает сама себя (так называемый процесс «самопознания») [67].

Развитие самосознания не замкнуто внутри личности и ее образований, не оторванно от внешней среды. Осознание человеком самого себя происходит непосредственно, через осмысление результатов своей деятельности, особенностей отношений с социальным окружением, своего положения в различных социальных структурах и системе социальных отношений. Самосознание - продукт деятельности высших психических функций, выражение их состояний и свойств. Но как подчеркивают С.Л. Рубинштейн С. Н, А.Г. Спиркин [57] самосознание не является механической суммой индивидуально-психических свойств и психических функций. Самосознание – неотъемлемый структурный компонент человеческой личности. Оно находится в неразрывной связи с остальными структурами личности (целиком интегрировано) и не является «внешней» надстройкой над личностью, а заключено в неё. Поэтому самосознание не имеет самостоятельного пути развития, отдельного от общего развития личности.

В структуре самосознания И.И. Чеснокова выделяет с одной стороны, системы психических процессов, а с другой - системы статических

образований личности [13,16,36,39,41,48,69,67,68]. В системе психических процессов выделяются три аспекта:

- 1) «познавательный» (самопознание),
- 2) «эмоционально-ценностный» (переживание собственного отношения к себе),
- 3) «регулятивно действенный», «волевой» (регулирование собственного поведения).

Продуктом формирования «триединого» целого в виде системы психических процессов являются системы относительно стабильных личностных образований: целостное понимание личности о своем «Я» и самооценка [13,16,36,39,41,48,69,67,68]. К подобным выводам пришли зарубежные психологи и философы, исследовавшие проблемы самосознания и самооценки, как например У. Джеймс, З. Фрейд, Э. Эриксон [13,65].

В отечественных исследованиях по проблеме самооценки авторами используется термин самосознание, структурным элементом которого признается самооценка. Зарубежными авторами используются также термины: «Я-концепция», «Образ Я», «Эго».

Одним из первых исследовал проблемы самосознания (и самооценки) был У. Джеймс (конец XIX века). Главную ценность его работы составляет первая научная модель самооценки. У. Джеймс вывел оригинальную формулу самооценки которая выглядит так: «Самооценка = успех / притязания» [32,75].

Разработку идей продолжали У.Джеймса исследователи Ч.Кули [11,67] и Дж. Мид. Ими уделялось большое внимание процессу формирования личности в аспекте влияния и взаимодействия с социумом. Авторами влияние социума на развитие самосознания рассматривалось как процесс психического отражения (теория «зеркального Я»).

По мнению Ч. Кули [11, 67], действия людей и социальное давление оказывают взаимное модифицирующее влияние. Ч. Кули одним из первых в

западной психологии утвердил важность субъективной интерпретации «обратной связи» как главного источника представлений о собственном «Я».

В основе представлений Ч. Кули лежит экспериментальный факт, что при формировании и дальнейшем функционировании самооценки главным ориентиром является «Я» другого человека, представление другого человека о том, что о нем думают другие. Концепты «Я – как меня видят (оценивают) другие» и «Я – как я сам вижу (оцениваю) себя» весьма сходны по своему познанию. На основе проведенных исследований Ч. Кули была сформулирована теория «зеркального Я» [65, 67].

«Зеркальное - Я» появляется на основе ситуационного взаимодействия человека с различными первичными группами, где он сам и является их членом, за счет процессов взаимной интеграции человека и группы. Непосредственные отношения между членами группы и индивидом дают ему обратную связь для самооценки. Так вместе с усвоением ценностей, установок, ролей, т. е. на основе процесса социализации, методом проб и ошибок у индивида формируется представление о себе и оценка самого себя.

На базе идей Джеймса и «зеркальной» теории Ч. Кули создал свою теорию Дж. Мид [67]. По его мнению, становление человеческого Я, в том числе и самооценки как целостного психического явления, в сущности есть происходящие «внутри» индивида сознательные процессы, в рамках которых возникают и развиваются различные структуры Я.

Дж. Мид в своих трудах говорил, что усваивая культуру (как сложную совокупность символов, общих для всех человеческого общества знаний) человек научается предсказывать как поведение другого человека, и этот другой человек учится понимать и предсказывать наше собственное поведение. Данный процесс Дж. Мид обозначил термином «Ме» (мне, меня) - понимая под ним общую оценку индивида другими людьми, т. е. «обобщенным другим» [67].

Дж. Мид предполагал, что, «Ме» (мне, меня) образует усвоенные человеком установки (значения и ценности), а «I» («Я») – это то, как человек

в качестве субъекта психической деятельности спонтанно представляет, воспринимает и воспроизводит ту часть своего «Я», которая обозначается как «Мне, Меня». Совокупность «Я» и «Меня» образует личность, или интеграл Я (селф) (селф - сущность, облик, склад, совокупность свойств (*человека*)). Развитие личности (интеграл Я (селф)), по взглядам Дж. Мида, идет в ходе непрерывного и разнообразного взаимодействия индивида со средой [67].

Джон Мид утверждал, что «человек не «одиноким остров», изолированное существо, на него во многом воздействует общество», которое обуславливает создание и формирование «Я – концепции». Дж. Мид большое значение придавал игре в детском возрасте. Постепенные изменения в характере, форме игры, сопровождающиеся развитием образного мышления, речевой деятельности, соответственно формируют «я - концепцию». Происходит постепенная интериоризация социальных санкций, требований, норм и моделей поведения, которые преобразуются в индивидуальные ценности и влияют на «Я - концепцию» [67].

Таким образом, самооценка является одним из важных факторов для развития психофизических способностей, так как она дает возможность через осознание своего «Я» взаимодействие с окружающей средой, а это особенно это важно для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Уровень самооценки и притязаний очень тесно связан с успешностью социализации детей с задержкой психического.

«Физическая культура и спорт являются эффективным механизмом для самореализации, самосовершенствования и самовоспитания человека, для его самовыражения и развития. В процессе занятий физическими упражнениями и спортом возможно не только воспитание новых качеств личности, но и перевоспитание уже имеющихся отрицательной направленности». (П.А. Рожков).

В.А. Кабачков, В.А. Куренцов, М.Н. Жуков и другие указывают на то, что процесс занятий физическими упражнениями и спортом оказывает положительное влияние на воспитание положительных качеств личности, и,

что очень важно, перевоспитание уже имеющих отрицательных. В процессе занятий физическими упражнениями и спортом в замену отрицательным качествам представляется возможным вкладываться в положительные такие как физическая работоспособность, волевая стойкость и положительная целеустремлённость, выдержка и самообладание, решительность и смелость, настойчивость и упорство, инициативность и самостоятельность, мужество и трудолюбие, уверенность в своих силах, волю к победе другие. [25].

Воспитание в физической направленности детей с отклонением в состоянии здоровья является очень эффективным средством реабилитации и социальной адаптации. Для таких школьников деятельность физической культуры улучшает самочувствие, повышает уровень здоровья, а также физическую подготовку, удовлетворяет в потребности самореализации и общения. Физическая культура имеет прямой двигательный эффект, а также не малое социальное и психологическое значение.

В России дети, которые имеют нарушение интеллекта размещены во вспомогательных школах-интернатах. Безынициативность, равнодушие, социальный инфантилизм – это все развивается вследствие изоляции таких детей от здоровых им сверстников.

Вводятся все различные спортивные элементы, которые физически и психически соответствуют детям, а так же множество внеклассных мероприятий. В жизни человека с ограниченными возможностями здоровья спорт выступает универсальной формой самосовершенствования, самовыражения, самоутверждения, так как вся спортивная деятельность направлена на преодоление самого себя [67].

В «Основных положениях Российской концепции физкультурно-оздоровительной реабилитации детей с отклонениями в развитии» (1999) подчеркивается необходимость разработки методических рекомендаций по форме и режимам занятий, указывается на необходимость научного

обоснования программ подготовки детей с нарушением интеллекта по наиболее доступным двигательным действиям в массовых видах спорта [67].

И.С. Кон, М. Кле, Н.И. Гуткина, А.Фрейд, И.Ю. Кулагина писали, что переходный период от детства к взрослости - это подростковый период, охватывающий возраста с 11-12 до 14-15 лет, примерно совпадает с обучением школьников с 5-го по 8-ой классы средней школы. Молодой организм всестороннее формируется на данном этапе, развивается физически, умственно, нравственно, социально.

Часто этот период называется трудным и критическим [28] Начало перестройки организма связана с активизацией деятельности гипофиза, гормоны которого стимулируют рост тканей и функционирование других желез. Характер подросткового возраста - бурный подъем энергии и повышенная чувствительность к патогенным воздействиям, объясняется это функциональной связью между эндокринной системой и нервной. Поэтому причинами эндокринных нарушений и функциональных расстройств нервной системы следует считать умственное и физическое переутомление, длительное нервное напряжение, аффекты и сильно отрицательно окрашенные эмоциональные переживания.

Неуравновешенность подростков, их раздражительность, двигательная активность, периодическая вялость, апатия, все это зачастую основа перестройки нейрогуморальных соотношений. У школьниц такие состояния нередко наблюдается незадолго до начала или же во время менструального цикла. Сдвиг в физическом развитии подростка и половое созревание - это источник нового чувства собственной взрослости.

В подростковом возрасте важным становится общение, быть принятым, признанным, уважаемым товарищами.

Занятия физическими упражнениями влияют на снижение уровня агрессивности, тревожности; разрешение конфликтных ситуаций; самореализацию; самовыражение подростков и пр.

А значит, занятия физической культурой и спортом способствуют росту, развитию и психических особенностей детей в этом периоде.

Дети, растущие в условиях школы-интерната, слабо осваивают навыки продуктивного общения. Их взаимодействия отличаются поверхностностью, нервозностью и поспешностью - одновременно домогаются внимания и отторгают его, переходят на агрессию или пассивное отчуждение.

Проявляется агрессивность, стремление обвинить окружающих, неумение и нежелание признать свою вину, т.е., доминирование защитных форм поведения в конфликтных ситуациях и неспособность продуктивного, конструктивного решения конфликта [45].

Итак, у подростков с ЗПР отмечается более высокий уровень агрессивности, это замечается по шкалам: негативизма, раздражения, обиды, чувства вины. У детей с ЗПР неуравновешенная психическая система, в подростковый период, под влиянием неустойчивого гормонального фона, приводит к высокой раздражительности подростков, наблюдается неспособность контролировать своё поведение и реагировать спокойно на стрессовые факторы.

Подростки с ЗПР более уязвимы, именно поэтому они вынуждены защищаться, прибегают к агрессии, как к наиболее простому и часто используемому подростками способу отстаивания своих интересов, своего мнения. Таким образом, высокую агрессивность у подростков с ЗПР можно объяснить как защитную реакцию на любой угрожающий фактор или фрустрацию.

Несмотря на общую эмоциональную незрелость подростки с ЗПР, в процессе совместного обучения учатся сочувствовать и понимать проблемы друг друга. Это связано, с тем, что дети с ЗПР воспринимают себя как отдельную группу, к которой они принадлежат, и которая для них является референтной.

ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Задачи исследования

Для реализации поставленной в бакалаврской работе цели, необходимо решение следующих задач:

1. Подобрать необходимые методики исследования психофизических способностей подростков с ЗПР.
2. Разработать и внедрить программу соревновательной деятельности для детей 11-13 лет с ЗПР.
3. Оценить эффективность влияния программы соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей подростков с ЗПР.

2.2. Методы исследования

Для решения поставленных в работе задач нами были использованы следующие методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Тестирование.
3. Анкетирование (опрос подростков и их родственников, педагогов).
4. Педагогическое наблюдение.
5. Педагогический эксперимент.
6. Метод математической статистики.

1. Анализ научно-методической литературы.

Нами было проанализировано 75 литературных источников (учебники, монографии, диссертации, авторефераты, учебные пособия, методические рекомендации, материалы научных конференций, журнальные и газетные статьи и другие). Изучаемые источники раскрывали информацию о значении и ведущих направлений адаптивной физической культуры, основным направлением которой является формирование двигательной активности, как биологического, психического и социального факторов воздействия на организм и личность человека, физиологических механизмах развития физических качеств (гибкости, силы, быстроты, выносливости) и о

психологических особенностях данного контингента, а также о содержании соревновательной деятельности.

2. Анкетирование (опрос подростков и их родственников, педагогов).

Анкетирование (опрос) подростков и их родственников, педагогов проводилось для получения более полной картины о проведении эксперимента, а также о его результатах. Для исследования психических способностей оценивался уровень самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубенштейна. Для контроля достоверности проведенного тестирования самооценки и уровня притязаний была разработана авторская анкета для педагогов, которая включала 4 вопроса шкалы: командная работа, соблюдение правил, соблюдение инструкций, проявление агрессии. Это позволило нам увидеть более полную картину при изучении подростков с задержкой психического развития.

3. Тестирование.

Тестирование проводилось для оценки влияния соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей детей подросткового возраста с ЗПР.

Для определения физической подготовленности были использованы тесты: *бег 60 метров (сек.), метание малого мяча (метры), прыжок в длину с места (см).*

1. Скоростная способность оценивалась с помощью теста Бег 60 метров (секунды).

Схема тестирования: И.п. – положение низкого старта. По команде «Марш» включается секундомер. Участник начинает бег по дистанции. При пересечении финишной отметки грудью секундомер останавливается, результат заносится в протокол.

2. Скоростно-силовая способность оценивалась при помощи теста: «Прыжок в длину с места» (сантиметры)

Схема тестирования: Участник принимает исходное положение: ноги на ширине плеч, ступни параллельно, носки ног перед линией отталкивания.

Одновременным толчком двух ног выполняется прыжок вперед. Мах руками допускается.

Измерение производится по перпендикулярной прямой от места отталкивания любой ногой до ближайшего следа, оставленного любой частью тела участника.

Участнику предоставляются две попытки. В зачет идет лучший результат.

Попытка не засчитывается, если были допущены следующие ошибки: заступ за линию отталкивания или касание ее, отталкивание выполнено с предварительного подскока и если отталкивание выполнено ногами поочередно.

3. Координационная способность оценивалась тестом: метание малого мяча (метры)

Схема тестирования: Ограждается коридор необходимой длины шириной 15 м. Метание может выполняться с разбега или с места.

Для выполнения теста допускаются любые способы держания мяча и техника метания мяча (из-за спины через плечо и с места).

Метание с разбега может выполняться с 4-5 бросковых шагов или 6-8 шагов до линии метания.

Участникам даётся 3 попытки, лучшая заносится в протокол.

Попытка не засчитывается, если были допущены следующие ошибки: заступ за линию метания или мяч выходит за границы 15-метрового коридора.

4. Педагогическое наблюдение.

Педагогическое наблюдение проводилось с целью получения более полного представления об особенностях организации соревновательной деятельности, качества участия подростков в соревнованиях различной направленности, а также о его результатах состоянии личности детей с задержкой психического развития. Они включали наблюдения за

двигательной активностью, учебно-познавательной, коммуникативной, интегративной, соревновательной деятельностью испытуемых.

5. Педагогический эксперимент.

Педагогический эксперимент был проведен для проверки выдвинутой гипотезы. Цель работы: изучение влияния соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР.

В процессе эксперимента проводился сбор и анализ материала, касающийся особенностей соревновательной деятельности детей в возрасте 11 – 13 лет с задержкой психического развития, ее организационных основ и форм, средств, возможностей их применения с учетом индивидуальных особенностей исследуемого контингента.

6. Методы математической статистики.

Методы математической статистики использовались для обработки результатов контрольного тестирования. С помощью компьютерной программы STAT находили следующие величины: M – среднее арифметическое; m – ошибка среднего арифметического; Оценка достоверности различий изучаемых показателей осуществлялась по t - критерию Стьюдента. Результаты обработки материала заносили протоколы.

2.3. Организация исследования

Исследование проводилось в три этапа на базе школы-интерната № 3 (VII-VIII вид) городского округа Тольятти.

На *1-ом этапе* в сентябре – октябре 2014 года были изучены литературные источники по выбранной теме, определен контингент контрольной и экспериментальной групп, рассмотрены вопросы показания и противопоказания для занятий адаптивным спортом с учетом сопутствующих заболеваний, проведено анкетирование испытуемых, их родственников и педагогов, определены уровни физической подготовленности. Для исследования психических способностей оценивался уровень самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубенштейна,

физическая подготовленность оценивалась по следующим тестам: *Бег 60 метров (сек.), метание малого мяча (метры), прыжок в длину с места (см).*

В педагогическом эксперименте приняли участие **30** человек, которые являлись учащимися 5 – 7 классов (11 – 13 лет).

Контрольная группа - **15** человек: **9** мальчиков и **6** девочек, экспериментальная группа - 15 человек: **8** мальчиков и **7** девочек.

На *2-ом этапе* была разработана и внедрена программа соревнований по различным видам спорта. Соревнования проводились два года, в периоды с сентября 2014г. - май 2015 года и с сентября 2015г. - май 2016 года. В программу соревнований были включены следующие виды: Настольный теннис, шашки, дартс, пионербол, лыжные гонки, мини-гольф, спортивные эстафеты, легкая атлетика, мини-футбол, спортивное ориентирование.

Контрольная группа принимала участие в соревнованиях произвольно, по желанию (ребята принимали участие в качестве запасных).

На *3-ем этапе* проводится повторное анкетирование испытуемых и их родственников, повторное тестирование для определения физической подготовленности, сравнение результатов состязаний. Проводится математическая обработка результатов. Выясняли эффективность влияния программы соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР. Делали выводы и непосредственно оформляли научную работу. Проводилась математическая обработка результатов.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Особенности самооценки подростков с задержкой психического развития

Для детей и подростков с ЗПР требуется особый подход, так как эти дети нуждаются в коррекционном обучении, и сочетать его необходимо с мероприятиями, направленными на коррекцию и преодоление имеющихся нарушений: двигательных, речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, а также нарушений общения, недостаточности высших психических функций.

В специальных школах проводится огромная коррекционная работа, которая обогащает этих детей всевозможными знаниями об окружающем мире, развивает у них наблюдательность и дает опыт практического обобщения, формирует умение самостоятельно осваивать знания и пользоваться ими. В учебной деятельности подростков с ЗПР наблюдается неорганизованность, импульсивность, низкая продуктивность. Кроме того отмечается не достаточный навык и умение планировать свои действия, их контролировать, отмечается недостаточность руководства при достижении конечной цели, не закончив одно задание «перескакивание» на другое и т.д. Это является существенным фактором, в следствии которого дети с ЗПР значительно отстают в обучении и развитии. Коррекционная работа продолжается как во время учебы, так и во внеурочное время. Это необходимо для преодоления и профилактики негативных проявлений в развитии. Комплексный подход включает в себя такие мероприятия как: лечебная и лечебно-профилактическая работа, укрепление физического здоровья, коррекционная направленность учебно-воспитательного процесса, индивидуально-групповая коррекционная работа (логопедия, лечебно-физкультурная коррекция, зрительно-пространственная координация, психокоррекция и т.п.[13,16].

Лучшему развитию ребенка с ЗПР будут способствовать целенаправленные физические упражнения, а точнее использование их в

сенситивные периоды развития физических качеств, а также с позиций педагогических и медико-социальных. Если «пропустить» сенситивный период, то последствия этого обычно необратимы. Упущенное время и возможности не удается реализовать и в дальнейшем [65,49].

В теории Л.С. Выготского отмечается, что возрастной период от 10 до 12 лет является сензитивным в становлении самооценки. Автором Г.А. Цукерман указывается на то, что особая проблемность данного возраста, заключается в сочетании двух переходов: социально-образовательного - из начальной школы в среднюю и перехода из младшего школьного возраста в подростковый. Кроме того в этом возрасте встречаются еще и два кризиса образовательного и возрастного, что и определяет своеобразие его характеристик [7]

В работах Н.А. Жулидова, И.В. Коротенко, О.В. Заширинская и других отмечено сниженная критичность к себе, появления неадекватной, чаще завышенной самооценки, а в подростковом возрасте - неустойчивая, незрелая, некритичная самооценка и недостаточный уровень осознания своего «Я», это ведет к повышенной внушаемости, несамостоятельности, неустойчивости поведения детей с ЗПР [32,34,41].

При проведении процедуры принятия правил, они были положительно восприняты испытуемыми. Сами правила, формулировки не вызывали у подростков экспериментальной группы отрицательных реакций. Но в ходе дальнейшей работы нами было установлено, что требования, предъявляемые в правилах к испытуемым, для них являются формальными. Это, по-нашему мнению, объясняется особенностями структуры дефекта подростков. Подростки с ЗПР с трудом контролируют свои эмоциональные реакции и поведение, особенно в незнакомой обстановке, условиях работы, которые для них являются сильно фрустрирующими. [67]

Данные трудности в обучении испытуемых правилам групповой работы свидетельствуют о низком уровне самоконтроля и регуляции

поведения, а, следовательно, и оценочной деятельности. По этому работе с правилами уделялось такое внимание.

Направления коррекционно-воспитательной работы, связанные с формированием интер – и интраперсональных оценок и оценочной деятельности не проводились напрямую. Данные направления на подготовительном этапе были вспомогательными.

Навыки интер – и интраперсональной оценочной деятельности в целом «косвенно отрабатывались в рамках всех проводимых занятий и связанных с закреплением правил групповой работы, и формированию навыков сотрудничества, принятия окружающих, развитию чувств доверия, сплоченности и взаимоуважения» [67].

На качество и уровень интраперсональных оценок опосредованно влияют используемые в ходе занятий упражнения по развитию навыков внутригрупповой рефлексии, обсуждения, а также упражнения, направленные на релаксацию. Эти виды деятельности требовали концентрации на своем внутреннем состоянии, его оценки, формулировки.

В тоже время мы отметили определенные тенденции в распределении подростков по уровню сформированности «реальной» самооценки. Уменьшение числа подростков со значительно высокой «реальной» самооценкой до нуля и увеличение числа подростков с умеренно высокой «реальной» самооценкой.

Данные позволяют нам говорить о наличии тенденций к изменению. Эти тенденции были почти идентичны тем, что обнаружены в «реальной» самооценки испытуемых ЭГ группы. Незначительное увеличение числа подростков (в отличие от результатов исследования «реальной» самооценки) обнаружено в области среднего уровня адекватности. [67]

Данные представленные свидетельствуют о полной идентичности результатов в обоих исследуемых показателях эмоционально-оценочных компонентов самооценки между собой.

В области завышенных значений отмечалось снижение числа подростков до нуля. В области умеренно высоких значений – повышение числа испытуемых. В области средних значений – число подростков повысилось более чем вдвое. Повышение числа подростков, чьи эмоционально-оценочные компоненты самооценки находились в области низких значений, не было существенным.

По результатами математической обработки данных было выявлено следующее: для «идеальной» самооценки и по критерию нормализованности сравнение результатов эксперимента показало наличие статистически значимых различий.

Обнаруженные расхождения в результатах формирования самооценки, по-нашему мнению, объясняются особенностями структуры дефекта подростков каждой из групп. Вторую экспериментальную группу составляли умственно отсталые подростки, которые по классификации М.С. Певзнер относились к неосложненной группе. Вследствие чего подростки изначально обладали более сформированными рационально-оценочными компонентами самооценки по критерию адекватности по сравнению с подростками первой экспериментальной группы (по классификации М.С. Певзнер, относящиеся к группе умственно отсталых с нарушениями координации основных нервных процессов) [49, 67]. Что подтверждается результатами констатирующего эксперимента. Такие особенности структуры дефекта позволили нам в ходе формирующего эксперимента больший акцент сделать на работе по формированию эмоционально-оценочных компонентов самооценки в экспериментальной группе.

Результаты контрольного эксперимента по рационально-оценочным и эмоционально-оценочным компонентам самооценки контрольной группы дали картину распределения, совершенно отличную от предыдущих двух групп.

Данные свидетельствуют о том, что изменения в «реальной» самооценке после формирующего эксперимента произошли в областях

умеренно высокой и завышенной самооценки: в первом случае число подростков снизилось до нуля, в другом повысилось примерно вдвое. При этом статистически значимых различий обнаружено не было. Результаты математической статистики свидетельствовали, что отмеченные нами изменения могут быть отнесены к области тенденции, а для окончательных выводов о сформированности рационально-оценочных компонентов самооценки в контрольной группе необходимо получить результаты исследования самооценки по критерию адекватности.

Результаты изучения рационально-оценочных компонентов самооценки в контрольной группе по критерию адекватности, свидетельствуют об отсутствии значимых изменений вышеуказанных компонентов самооценки.

Результаты изучения «идеальной» самооценки и критерия нормализованности в контрольной группе показало отсутствие значимых различий. Это так же, как и результаты по рационально-оценочным компонентам самооценки свидетельствует о неустойчивости эмоционально-оценочных компонентов самооценки подростков контрольной группы, хотя и меньшей в сравнении с данными исследования рационально-оценочных компонентов самооценки [49, 67].

Таким образом, для ребенка с ЗПР самооценка играет важную роль в регуляции поведения, учебной деятельности, в оценке своих способностей, личностных качеств, отношений с окружающими, также она во многом определяет успешность социальной интеграции.

Для контроля достоверности проведенного тестирования самооценки и уровня притязаний была разработана авторская анкета для педагогов, которая включала 4 вопроса шкалы: командная работа, соблюдение правил, соблюдение инструкций, проявление агрессии. Это позволило нам увидеть более полную картину при изучении подростков с задержкой психического развития. Кроме того проводилась беседа с подростками.

Педагоги в анкетах указывали и такие данные как:

- Анкетные данные (дата рождения, возраст на момент обследования).
- Сведения о выраженности и характере нарушений психических функций, сопутствующие заболевания.
- Ступени социализации (рассматривали как степень участия в соревнованиях (регулярно, эпизодически и др.).

Этот метод позволил получить более полную информацию об исследуемых подростках и адекватно изучить особенности их самооценки.

В процессе исследования особенностей самооценки подростков с ЗПР целенаправленное наблюдение как в условиях повседневных занятий, так и во время соревнований, общения и совместной деятельности с одноклассниками.

Беседа применялась с целью выяснить субъективную оценку, представление о себе и своем окружении, круг интересов и проводилась с каждым подростком индивидуально. Вначале устанавливался контакт с подростком. Экспериментатор объяснял цель проводимого обследования, создавая обстановку доверия и безопасности. Беседа носила произвольный характер, протокол составлялся после визита подростка.

Опрос значимых взрослых проводился в основном среди персонала, закрепленного за классом, группой в которых учится подросток (учителя, воспитатели, классные руководители, психологи). Это было вызвано тем, что подростки обучаются в системе интернатных учреждений, где доступ родителей или лиц, их замещающих, ограничен, что не дало нам возможности их опросить.

В ходе опроса взрослых уточнялась информация, полученная другими методами (качество учебной деятельности подростков, характер межличностных контактов, особенности взаимодействия со сверстниками, взрослыми).

Для подтверждения выдвинутой гипотезы, по-нашему мнению, наиболее соответствующей была выбрана методика изучения самооценки и притязаний Дембо-Рубинштейн.

Единицами измерения самооценки выбраны биполярные показатели: высокая - низкая, адекватная - неадекватная, дифференцированная – слабодифференцированная, устойчивая – неустойчивая. В целом, развитие самооценки связано с формированием дифференцированных, обобщенных знаний о себе, с расширением её содержания, снижением конфликтности, повышением устойчивости, адекватности, сбалансированным соотношением её компонентов.

В результате удалось наблюдать следующее. Личностная самооценка детей 11-13 лет с ЗПР имеет специфические особенности становления, это выражается нарушениями темпа и качества развития показателей: высоты, адекватности, устойчивости, дифференцированности.

У подростков с ЗПР, личностная самооценка проявляется менее дифференцированно, а также наблюдается неадекватный (повышенному или пониженному) уровень самооценивания.

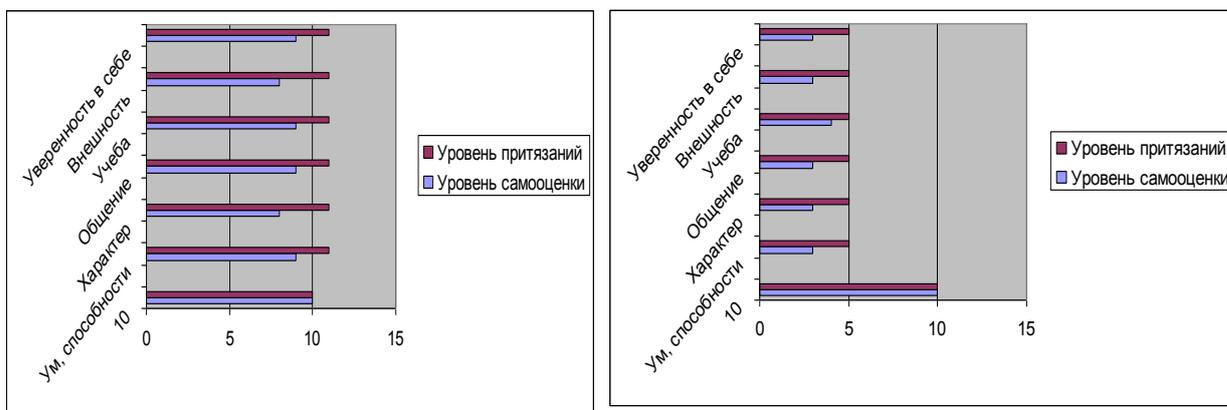


Рис. 1. Уровни общей самооценки и уровня притязаний по результатам методики Дембо-Рубинштейн КГ и ЭГ до педагогического эксперимента

У детей 11-13 лет с ЗПР преобладают повышенные самооценки по многим шкалам. Можно наблюдать слабую дифференциацию. Кроме того как в контрольной, так и в экспериментальной группах можно было наблюдать и варианты и заниженных результатов по методике определения самооценки и притязаний по Дембо – Рубинштейн, но дифференциация всегда слабая. Эти результаты позволяют утверждать, что дети с ЗПР

однородно оценивают себя, что свидетельствует о недостаточном понимании себя и низком уровне рефлексии. Результаты приведены на рисунке 1.

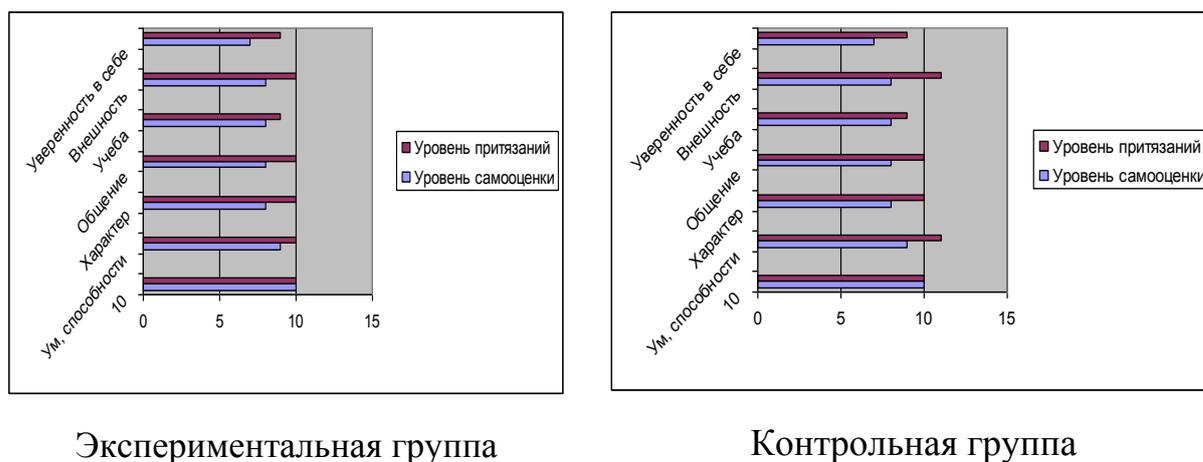


Рис. 2. Уровень самооценки и уровень притязаний экспериментальной группы (ЭГ) по результатам методики Дембо-Рубинштейн после педагогического эксперимента

При задержке психического развития у детей 11-13 лет динамика развития самооценки явно ниже, кроме того отличается малой степенью адекватности. После педагогического эксперимента в экспериментальной группе произошли некоторые изменения, например практически ушли показатели, которые превышают уровень «100 мм», в контрольной группе таких показателей больше, но более адекватной ее сложно назвать. Результаты приведены на рисунке 2.

Для определения чистоты эксперимента введенное нами экспертное заключение показало следующее.

В экспериментальной группе педагогами отмечено изменение показателей по всем параметрам (командная работа, соблюдение правил, соблюдение инструкций, проявление агрессии).

Показатель «командная работа» увеличился в 2 раза, «соблюдение правил» в 2 раза, «соблюдение инструкций» в 3 раза, а показатель «проявление агрессии» снизился в 1,5 раза. Результаты приведены на рисунке 3.

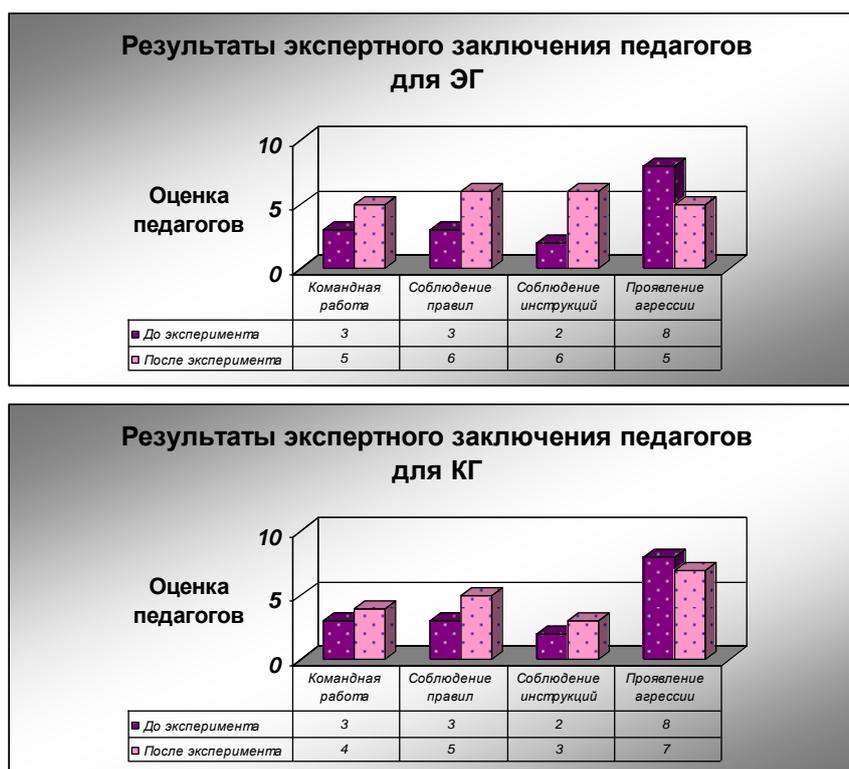


Рис. 3. Результаты экспертного заключения педагогов для ЭГ и КГ

Таким образом, личностная самооценка детей 11-13 лет с ЗПР имеет специфические особенности становления, это выражается нарушениями темпа и качества развития показателей: высоты, адекватности, устойчивости, дифференцированности. В подростковом возрасте в личностной самооценке наблюдается очень маленький показатель дифференцированности, а также наблюдается неадекватный (повышенному или пониженному) уровень самооценивания.

Тем не менее, педагоги отмечают изменения в поведении тех детей, которые активно участвуют в соревновательной деятельности, они больше соблюдают правила и лучше следуют инструкциям, а также у них наблюдается снижение уровня агрессии, вследствие проживания сильных эмоций в ходе соревновательной борьбы.

3.2. Результаты исследования

Анализ доступных исследовательских работ позволил сделать заключение, что в теории и методике адаптивной физической культуры в

условиях школы-интерната дифференцированный подход к подросткам с ЗПР малоизучен.

Л.С.Выготский (1984), называл «подростковый возраст одной из самых сложных критических эпох в онтогенезе человека, характеризуются повышением уровня гормонов, а это в свою очередь приводит к возбуждению или, наоборот, торможению нервных процессов. Как следствие, у подростка возможны следующие проявления в поведении: частая смена настроения, депрессия, неусидчивость, плохая концентрация внимания, раздражительность, импульсивность, тревога, агрессия и проблемное поведения» [11]. «Подростковый возраст – это пора важных изменений в личности ребенка, при нормальном онтогенезе этот период протекает проблематично во всех отношениях, при ЗПР, возможны более серьезные нарушения, отклонения» [56].

Г.Е. Сухарева считает, что «для детей и подростков с ЗПР характерна, главным образом, недостаточная зрелость аффективно – волевой сферы. Анализируя динамику развития неустойчивых личностей, что их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих».

Исследования многих специалистов называют физические упражнения - действенным средством адаптации инвалидов к обществу. Одним из эффективных средств является привлечение инвалидов на специально организованные занятия доступными им видами спорта [8,13,16,41,42].

Организация соревнований выстроена последовательно: начало соревнований, требование соблюдения правил, в соревновательной борьбе присутствует четкость в оценке результатов (судейство), подведение итогов, завершение соревнований – награждение. Таким образом, окружающая среда, создает атмосферу борьбы и поддержки (болельщиков, педагогов и самих участников соревнований), что по нашему мнению способствует улучшению социальной адаптации.

В настоящее время существует много научных работ, в которых говорится о методиках коррекции ЗПР на ранних этапах развития ребенка (дошкольный возраст и начальные классы) и проблема работы с детьми в подростковый период недостаточно исследована, в этой связи наша работа является актуальной.

Целью нашей работы являлось изучение влияния соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР.

Мы предполагали, что соревновательная деятельность способствует улучшению развития физических, психических и личностных качеств и ведет к успешной социализации и интеграции детей 11-13 лет с ЗПР.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы были поставлены следующие **задачи**:

1. Подобрать необходимые методики исследования психофизических способностей подростков с ЗПР.
2. Разработать и внедрить программу соревновательной деятельности для детей 11-13 лет с ЗПР.
3. Оценить эффективность влияния программы соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей подростков с ЗПР.

Объектом исследования являлся педагогический процесс адаптивной физической культуры школы-интерната № 3 (VII-VIII вид) у детей 11-13 лет.

Предметом исследования являлась программа соревновательной деятельности для детей 11-13 лет с ЗПР, направленная на развитие психофизических способностей.

Исследование проводилось на базе школы-интерната № 3 (VII-VIII вид), с учащимися 5 – 7 классов, в три этапа:

На *1-ом этапе* в сентябре 2014 года были изучены литературные источники по выбранной теме, определён контингент контрольной и экспериментальной групп, рассмотрены вопросы показания и противопоказания для занятий адаптивным спортом с учетом сопутствующих заболеваний,

проведено анкетирование испытуемых, их родственников и педагогов, определены уровни физической подготовленности. Для исследования психических способностей оценивался уровень самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубенштейна, физическая подготовленность оценивалась по следующим тестам: *Бег 60 метров (сек.), метание малого мяча (метры), прыжок в длину с места (см).*

В педагогическом эксперименте приняли участие **30** человек. Контрольная группа - **15** человек: **9** мальчиков и **6** девочек, экспериментальная группа - **15** человек: **8** мальчиков и **7** девочек.

Таблица 1.

Сравнительная таблица участия
в Спартакиаде детей с ограниченными возможностями здоровья
за 3 года

Вид спорта	Количество школ-участников		Количество детей-участников		Количество команд-участников	
	2013-2014	2015-2016	2013-2014	2015-2016	2013-2014	2015-2016
Настольный теннис	6	8	40	46	10	12
Дартс	7	11	72	160	12	16
Шашки	8	9	58	70	13	14
Пионербол	6	9	51	54	6	9
Спортивные эстафеты	7	8	74	90	7	9
Плавание	4	3	41	19	7	3
Мини-футбол	8	9	102	120	13	15
Л/атлетическое троеборье	7	5	74	61	7	6
Спортивное ориентирование	6	8	88	93	11	13
Легкая атлетика	9	9	82	82	14	14
Мини-гольф	7	11	53	96	12	16
Лыжные гонки	6	8	63	55	9	10
Атлетическое троеборье	5	5	25	30	5	5
Волейбол	6	5	49	40	6	5
Баскетбол*	-	3	-	22	-	3
Всего:	9	11	872	1038	9	10

На 2-ом этапе была разработана и внедрена программа соревнований по различным видам спорта. Соревнования проводились три года, в периоды с сентября 2014г. - май 2015 года и с сентября 2015г. - май 2016 года. В программу соревнований были включены следующие виды: Настольный теннис, шашки, дартс, пионербол, лыжные гонки, мини-гольф,

спортивные эстафеты, легкая атлетика, мини-футбол, спортивное ориентирование. Программа соревнований представлена в таблице 1.

Контрольная группа принимала участие в соревнованиях произвольно, по желанию (ребята принимали участие в качестве запасных).

В таблице 2 приведены результаты соревновательной деятельности по учебным годам с 2013/14 по 2015/16 возрастная категория 11-13 лет. Мы видим следующее.

Таблица 2

Результаты «Спартакиады детей с ограниченными возможностями здоровья»

Школа – интернат № 3 (1 и 2 корпус)

(2002 – 2005 год рождения)

Учебный год	Корпус	Очки	Занятое место
2013/2014	Инт. 3/1	17	4
	Инт.3/2	30	6
2014/2015	Инт. 3/1	19	3 м.
	Инт.3/2	20	4 м.
2015/2016	Инт. 3/1	24	4
	Инт.3/2	21	3

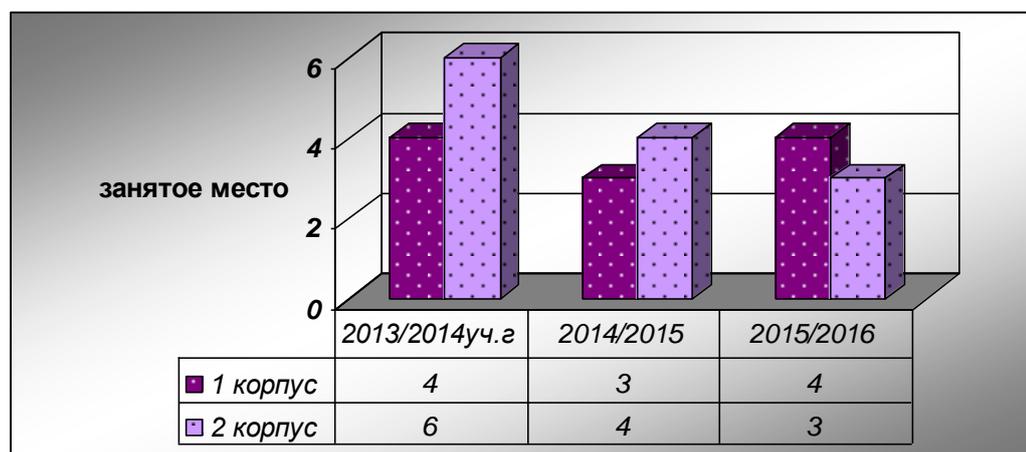


Рис.4. Изменение показателей соревновательной деятельности за 3 года (кол-во набранных очков) в экспериментальной группе

В 2013/14 учебном году 1 корпус занял 4 место из 10 команд, 2 корпус занял 6 место; в 2014/15 учебном году 1 корпус занял 3 место из 9 команд, 2 корпус занял 4 место; в 2015/16 учебном году 1 корпус занял 4

место из 11 команд, 2 корпус занял 3 место. Школа – интернат № 3 имеет два корпуса, в 1 корпусе обучаются дети (7 вида) с легкой степенью ЗПР, во 2 более тяжелая форма. В этом учебном году дети с более тяжелой формой опередили по очкам и занятому месту детей с более легкой патологией. Данные представлены на рисунке 4.

Уровень развития физической подготовленности определялся следующими тестами: *Бег 60 метров (сек.), метание малого мяча (метры), прыжок в длину с места (см).* Выглядел следующим образом.

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей физической подготовленности детей 11 -13 лет с ЗПР экспериментальной группы (ЭГ) и контрольной группы (КГ) до педагогического эксперимента

№ п/п	Показатели	показатели	КГ	ЭГ	Единицы измерения
1.	Тест Бег 60 метров, сек.	М	12,1	11,98	0,48
		<i>m</i>	0,51	0,48	
2.	Тест метание малого мяча, м.	М	17,13	18,83	1,7
		<i>m</i>	1,1	1,43	
3.	Прыжок в длину, см.	М	182	180	2
		<i>m</i>	9,51	12,22	

Примечание: М – среднее арифметическое; *m* – ошибка среднего арифметического;

* - достоверность различия ($p < 0,05$) внутри группы; ° - достоверность различия ($p < 0,05$) между ЭГ и КГ

На 3-ем этапе проводится повторное анкетирование испытуемых и педагогов, а также тестирование для определения физической подготовленности, сравнение результатов состязаний. Проводится математическая обработка результатов. Определена эффективность влияния соревновательной деятельности на развитие психофизических способностей детей 11-13 лет с ЗПР.

Тестирование физических качеств до педагогического эксперимента выглядело следующим образом.

Скоростные способности определяли тестом «бег 60 метров». До педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 12,1 секунды, а в экспериментальной группе составил 11,98 секунды.

Координационные способности у детей – 11-13 лет с ЗПР определяли с помощью теста «метание малого мяча». До педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 17,13 метра, а в экспериментальной группе составил 18,83 метра.

Скоростно-силовые способности определяли тестом «прыжок в длину с места». До педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 182 сантиметра, а в экспериментальной группе составил 180 сантиметров.

Результаты исследования представлены в таблице 5.

Эти результаты показывают, что дети 11 – 13 лет с ЗПР имеют более низкий уровень развития скоростных качеств. Эти результаты достоверны ($p < 0,05$).

После проведенного эксперимента были получены результаты, которые приведены в таблицах 6 и 7 и на рисунках 1,2,3,4. В них можно увидеть следующее.

В конце 2015/2016 учебного года (в конце педагогического эксперимента) в группах наблюдалось достоверное повышение уровня физической подготовленности, что и зафиксировали при выполнении тестов.

Скоростные способности, определяемые тестом «бег 60 метров» после педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 10,57 секунды, а в экспериментальной группе составил 10,09 секунды.

Координационные способности у детей – 11-13 лет с ЗПР определяли с помощью теста «метание малого мяча». После педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 29,83 метра, а в экспериментальной группе составил 39,34 метра.

Скоростно-силовые способности определяли тестом «прыжок в длину с места». После педагогического эксперимента средний показатель в контрольной группе составил 191 сантиметр, а в экспериментальной группе составил 210 сантиметров.

Анализируя результаты исследования физических способностей испытуемых можно говорить, что все показатели детей ЭГ, участников эксперимента значительно превышают соответствующие показатели КГ, различия в группах являются достоверными ($p < 0,05$).

Уровень развития физической подготовленности по тесту *Бег 60 метров* изменился в КГ увеличение составило 14% в ЭГ результат улучшился на 19%, в *метание малого мяча* КГ улучшила свои показатели на 41%, ЭГ на 65%; в тесте *прыжок в длину с места* в КГ увеличение результатов составило 5%, а в ЭГ на 17%. Результаты приведены в таблицах 6 и 7, а также на рисунках 5,6,7.

Таблица 6

Сравнительная характеристика показателей физической подготовленности детей 11 -13 лет с ЗПР экспериментальной группы (ЭГ) и контрольной группы (КГ) после педагогического эксперимента

№ п/п	Показатели	показатели	КГ	ЭГ	Единицы измерения
1.	Тест Бег 60 метров, сек.	М	10,57 ^{°*}	10,09 ^{°*}	0,48
		<i>m</i>	0,21	0,18	
2.	Тест метание малого мяча, м.	М	29,83 ^{°*}	39,34 ^{°*}	10,6
		<i>m</i>	2,92	2,5	
3.	Прыжок в длину, см.	М	191 ^{°*}	210 ^{°*}	19
		<i>m</i>	12,5	11,11	

Примечание: М – среднее арифметическое; *m* – ошибка среднего арифметического; * - достоверность различия ($p < 0,05$) внутри группы; ° - достоверность различия ($p < 0,05$) между ЭГ и КГ

Сравнительная характеристика показателей физической
подготовленности инвалидов с поражением опорно-двигательного
аппарата экспериментальной группы (ЭГ) и контрольной группы (КГ) до и
после педагогического эксперимента

№ п/п	Показатели	группа	показатели	До эксп.	После эксп.	Темп прироста	
						Ед	%
1.	Тест Бег 60 метров, сек.	ЭГ	М	11,98	10,09 ^{°*}	1,89	19
			<i>m</i>	0,65	0,18		
		КГ	М	12,1	10,57 ^{°*}	1,53	14
			<i>m</i>	0,58	0,21		
2.	Прыжок в длину, см.	ЭГ	М	180	210 ^{°*}	30	17
			<i>m</i>	12,22	11,11		
		КГ	М	182	191	9	5
			<i>m</i>	9,51	12,5		
3.	Тест метание малого мяча, м.	ЭГ	М	23,83	39,34 ^{°*}	15,51	65
			<i>m</i>	1,1	2,5		
		КГ	М	21,13	29,83 ^{°*}	8,7	41
			<i>m</i>	1,43	2,92		

Примечание: М – среднее арифметическое; *m* – ошибка среднего арифметического;

*- достоверность различия ($p < 0,05$) внутри группы; ° - достоверность различия ($p < 0,05$) между ЭГ и КГ

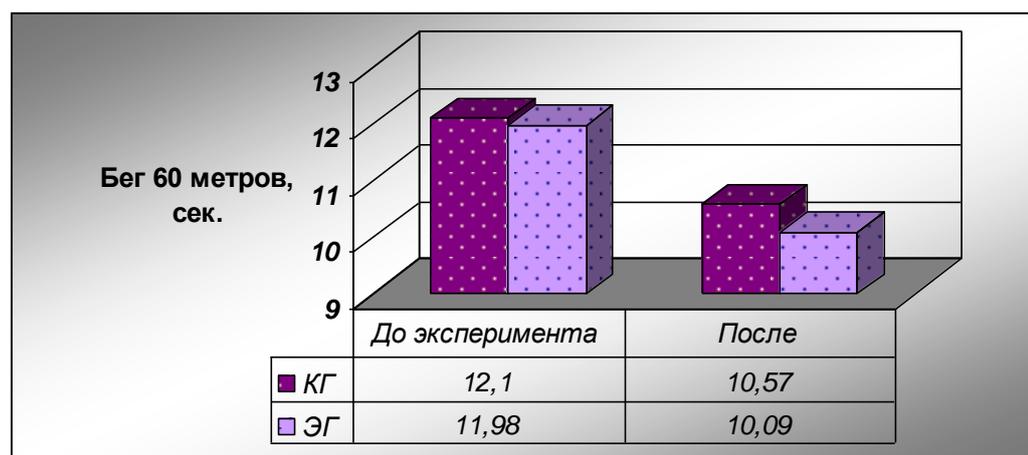


Рис.5. Изменение показателей по тесту «Бег 60 метров» (секунды)
до и после эксперимента в ЭГ и КГ

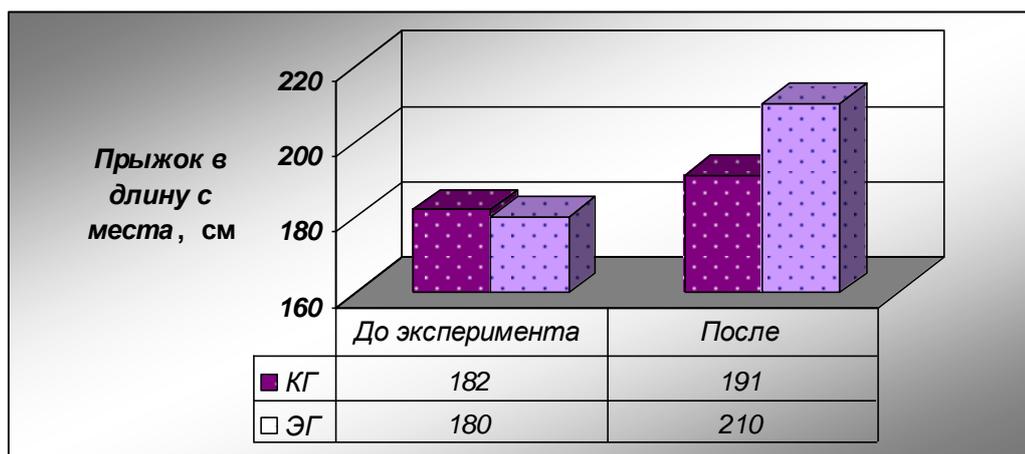


Рис.6. Изменение показателей по тесту «Прыжок в длину с места» (см) до и после эксперимента в ЭГ и КГ

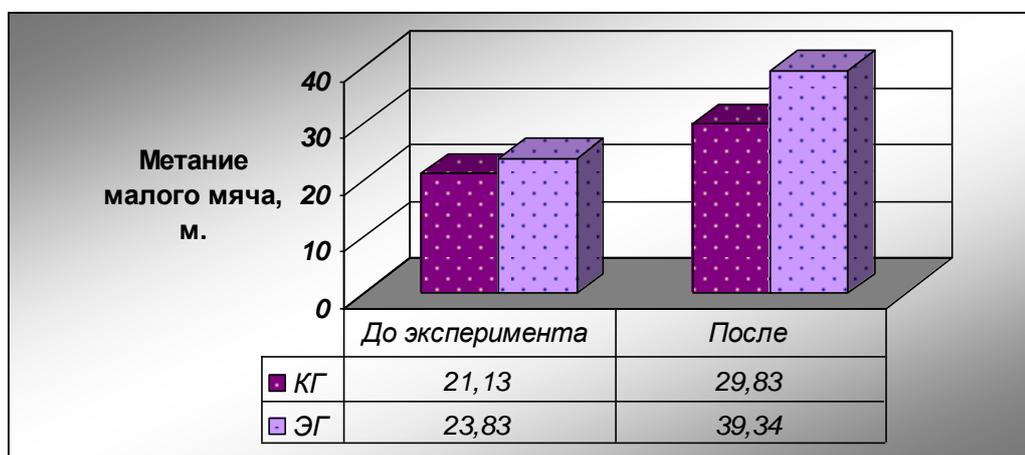


Рис.7. Изменение показателей по тесту «Метание малого мяча», (м) до и после эксперимента в ЭГ и КГ

Сравнение средних показателей между экспериментальной и контрольной группой после педагогического эксперимента выявило достоверность различий $p < 0,05$ в пользу экспериментальной группы практически по всем тестам.

Таким образом, гипотеза исследования, соревновательная деятельность может существенно улучшить физическую подготовленность, а также будет способствовать развитию личности и активной социализации детей 11 – 13 лет с ЗПР, подтверждена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении можем отметить, что результаты проведенного педагогического эксперимента привели к следующим выводам:

1. При анализе литературных источников по проблеме задержки психического развития у подростков, рассмотрены понятия дизонтогенеза и задержки психического развития, особенности подростков с ЗПР, а также средства и методы адаптивной физической культуры, используемые в работе с данным контингентом.

2. Исследование по методике Дембо – Рубинштейн, которая наиболее подходит для определения уровня самооценки и притязаний у детей 11 – 13 лет с ЗПР, показала, в результате соревновательной деятельности уровень самооценки и притязаний остается не адекватным (завышенным или заниженным), не дифференцированным.

3. Программа соревнований для детей 11-13 лет с ЗПР включала следующие виды состязаний: настольный теннис, шашки, дартс, пионербол, лыжные гонки, мини-гольф, спортивные эстафеты, легкая атлетика, мини-футбол, спортивное ориентирование. В результате участия в соревнованиях команда школы-интерната перемещалась с 4 и 6 места на 3 и 4, причем в 2015/2016 3 место занял корпус 2, в котором обучаются дети с более тяжелой патологией.

4. Программа соревновательной деятельности для детей 11 – 13 лет с ЗПР оказала положительное влияние на развитие физических способностей. Уровень развития физической подготовленности по тесту *Бег 60 метров* в КГ увеличился на 14% в ЭГ - 19%, *метание малого мяча* КГ улучшила результаты на 41%, ЭГ на 65%; в тесте *прыжок в длину с места* в КГ увеличение результатов составило 5%, в ЭГ - 17%. Все показатели достоверны $p < 0,05$.

5. В результате участия в программе соревнований в ЭГ в 2 раза улучшилась «командная работа», «соблюдение правил», в 3 раза увеличился

показатель «соблюдение инструкций», а «проявление агрессии» снизилось в 1,5 раза. В КГ изменения по всем показателям незначительное.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей /Под ред. К.С.Лебединской. - М., 1982.
2. Автор Двойка [Электронный ресурс]/ Автор- Электрон. текстовые данные.- М.: Прогресс-Традиция, 2014.
3. Аржанова Е.В., Мухина Т.К. Из опыта работы психолога с «трудными» подростками в классах педагогической поддержки. Дефектология.-1995.-№ 2.
4. Брызгунов И.А., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. М. 2003.
5. Бабкина Н.В. Формирование саморегуляции познавательной деятельности детей с ЗПР в различных условиях обучения. Дефектология .- 2003 . № 6.
6. Брайтфельд В.Н. Формирование мотивации учебной деятельности младших подростков с ЗПР. – Дефектология. - № 3. – 2000.
7. Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. – М. Владос. 2001.
8. Воедилов Д.В. НЛП по-русски [Электронный ресурс]/ Воедилов Д.В.- Электрон. текстовые данные.- Саратов: Вузовское образование, 2013.- 196 с.
9. Винник М.О. Задержка психического развития у детей. Методологические принципы и технологии диагностической и коррекционной работы. Ростов на Дону. 2007 г.
10. Власова Т.А., Певзнер М.С., О детях с отклонениями в развитии.М.1985 г.
11. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. - М., 1983. - Т. 5.
12. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. - М. Академический проект. 2000.
13. Максимихина Е. В. Влияние дифференцированного подхода на занятиях по физической культуре и спорту на коррекцию психофизического состояния детей с девиантным поведением : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 Ярославль, 2006 175 с. РГБ ОД, 61:06-13/2565
14. Дети с задержкой психического развития /Под ред. Т.А.Власовой, В.И.Лубовского, Н.А.Цыпиной. – М. Педагогика 1984.

15. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: пособие для учителей и специалистов коррекционно-развивающего обучения. / Под ред. С.Г. Шевченко. – М. АРКТИ, 2001.
16. Долгачева А.В., Оздоровительно-развивающая методик а физического воспитания детей 12-13 лет с задержкой психического развития в коррекционных школах-интернатах, Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук Смоленск 2007
21. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Содержание раздела «Здоровье» программ коррекционно-развивающего обучения дошкольников с ЗПР.- Воспитание и обучение детей с нарушениями развития.- 2002.- № 5.
22. Заваденко Н.Н и др. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. Дефектология.-2003.- № 6.
23. Захарова Н. В, Спортивная подготовка в гимнастическом многоборье учащихся с нарушением интеллекта в условиях специализированных образовательных учреждений Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата педагогических наук, Малаховка, 2005, Библиотека авторефератов и диссертаций по педагогике <http://nauka-pedagogika.com>
24. Захарова А.В. Психология формирования самооценки. - Минск, 1993.
25. Иванов Е.С., Борисова Ю.В. Соотношение прошлого и будущего в психологической автобиографии подростков-сирот с ЗПР.- Дефектология.- 2005 .- № 2.
26. Князева Т.Н. Психология развития. Краткий курс [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Князева Т.Н., Батюта М.Б.- Электрон. текстовые данные.- Саратов: Вузовское образование, 2013.- 144 с.
27. Козлов В.В. Гендерная психология [Электронный ресурс]/ Козлов В.В., Шухова Н.А.- Электрон. текстовые данные.- Саратов: Вузовское образование, 2014.- 177 с.
28. Кон И.С. Психология юношеского возраста. - М., Просвещение, 1989.

29. Крылов А.А. Практикум по общей и экспериментальной психологии. – Л.: Издательство Ленинградского Университета, 1987. – 256с.
30. Кулагина И.Ю., Пускаева Т.Д. Познавательная деятельность и ее детерминанты при задержке психического развития. – Дефектология. - № 1. – 1989.
31. Кузнецова Л.В., Айзенберг Б.И. Разные формы психологической помощи в школе-интернате для детей с задержкой психического развития. Дефектология. 1990.- № 2.
32. Лалаева Р.И. и др. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. М. Владос. 2003 г.
33. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
34. Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере: Клинико-психологическая характеристика “трудных” подростков/ Науч. - исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1988. – 168 с.: ил.
35. Липкина А.И. Самооценка школьника. – М.: Знание, 1976. – 64с.
36. Лях В.И., Физическая культура. 1-11 классы : учеб. для общеобразоват. учреж дений/В. И. Лях, А. А. Зданевич ; под ред. В. И. Ляха. - 7-е изд. - М .: Просвещение, 2012. - 237 с .
37. Мамайчук И.И. и др. Нейропсихологическая диагностика задержки психического развития у детей младшего школьного возраста.// Дефектология № 6. 2002.
38. Марковская И.Ф., Екжанова Е.А. Развитие тонкой моторики рук у детей с задержкой психического развития.// Дефектология.-1988.- № 4.
39. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Воспитание в семье ребенка с нарушением внимания и гиперактивным поведением. – Воспитание и обучение детей с нарушением развития. - № 2. – 2002.
40. Московкина А.Г., Анисимова И.В. Как помочь ребенку с нарушением внимания. – Дефектология. - № 1. – 2000.

41. Мудрик А.В. Роль социального окружения в формировании личности подростка. - М., Знание, 1979.
42. Мухаметзянова Ф.Г., Лыдокова Г.М., Панфилов А.Н., Закирова Л.М., Чернова О.В., Яхина З.Ш., Миннахметова А.З. Социальная психология/ Учебно-методическое пособие. - Елабуга, 2003.-90 с
43. Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе. – М. Владос. 2001.
44. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития. М. Владос. 2003.
45. Николаенко Я.Н. Коррекция агрессивного поведения у детей и подростков [Электронный ресурс]: учебное пособие для педагогов, психологов, дефектологов/ Николаенко Я.Н., Колосова Т.А.- Электрон. текстовые данные.- СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2013.- 88 с.
46. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. / Под ред. Б.П.Пузанова. – М. Академия. 2000.
47. Обучение детей с задержкой психического развития в подготовительном классе. Редакторы-составители В.Ф.Мачихина, Н.А. Ципина – М. Просвещение. 1987.
48. Павлий Т.Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с ЗПР. – Дефектология. - № 4. – 2000.
49. Певзнер М.С. Отбор детей с временной задержкой темпа психического развития и стойкими церебральными состояниями в специальные школы. Дефектология.-2003.-№ 6.
50. Першина Л.А. Возрастная психология [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов/ Першина Л.А.- Электрон. текстовые данные.- М.: Академический Проект, Альма Матер, 2015.- 256 с.
51. Пожар Л. С. Психология аномальных детей и подростков - патопсихология. - М., 1996.

52. Проценко Л.М. Социально-психологические инициативы подростков (Программа «Будущие лидеры России» - ВДЦ «Орленок», август № 1999.) // Развитие личности. - 1999. - № 2. - с. 4 - 9.
53. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. - Питер. 2002.
54. Психокоррекция и развивающая работа с детьми. / Под ред. И.В.Дубровиной. – М. Академия. 2001.
55. Резепов И.Ш. Шпаргалки. Общая психология [Электронный ресурс]/ Резепов И.Ш., Гаврилова А.С.- Электрон. текстовые данные.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2015.- 122 с.
56. Реут, М. Н. Развитие службы ранней помощи проблемным детям / М. Н. Реут // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2005. - № 6. - С. 3-10.
57. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В 2 т. - М.: Педагогика, 1989, 703 с.
58. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. М.2002.
59. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Методические рекомендации по использованию диагностического комплекта «Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возрастов». М. Аркти. 2003 г.
60. Семаго Н.Я., Семаго М.М Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.Аркти. 2003 г.
61. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. М.: СФЕРО, 2003
62. Специальная психология: учеб. пособие для вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; под ред. В. И. Лубовского. - Москва : Академия, 2003. - 461 с.
63. Специальная психология: учеб. пособие для пед. вузов / В. И. Лубовский [и др.] ; под ред. В. И. Лубовского . - 2-е изд., испр. - Москва : Academia, 2005. - 461 с.

64. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов на Дону: Феникс, 1997. – 214с.
65. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). -М.: Медицина, 1965. -337с.
66. Талызина Н.Ф. и др. Природа индивидуальных различий. М., 1991.
67. Удодов А. Г. Коррекционно-воспитательная работа по формированию самооценки умственно отсталых подростков.: дисс. к.п.н.: 13.00.03 / Удодов А.Г.; [Место защиты: Московский педагогический государственный университет. Официальный адрес www.mpgu.edu].- Москва, 2014.- 164 с
68. Ульенкова У.В., Кисова В.В. Экспериментальное изучение формирования саморегуляции в структуре общей способности к учению у шестилетних детей с ЗПР. – Дефектология. - № 1. – 2001.
69. Ульенкова У.В., Л.С.Выготский и концептуальная модель коррекционно-педагогической помощи детям с ЗПР. – Дефектология. - № 4. – 1997.
70. Ульенкова У.В., Князева Т.Н. Изучение самостоятельности мышления младших школьников с ЗПР.- Дефектология.-2005 .- № 2.
71. Фридман Л.И., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. - М.: Просвещение, 1991.- 161с.
72. Фоминова А.Н. Педагогическая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Фоминова А.Н., Шабанова Т.Л.- Электрон. текстовые данные.- Саратов: Вузовское образование, 2014.- 333 с.
73. Шевченко С.Г., Бабкина Н.В., Вильшанская А.Д. Дети с ЗПР. Коррекционные занятия в общеобразовательной школе. Москва. 2005.
74. Шамарина Е.В. Обучение детей с ЗПР: организация индивидуальных и групповых занятий в классе коррекционно-развивающего обучения. М. 2007.
75. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. / Лебединский В. В. – М., 1990г.