

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: «Исследование влияния средств физического воспитания и
лечебной физической культуры на физическое состояние младших
школьников с ЗПР»

Студент	<u>Е.С. Худайбергенов</u>	<u> </u>
	(И.О. Фамилия)	(личная подпись)
Руководитель	<u>Б.А. Андрианов</u>	<u> </u>
	(И.О. Фамилия)	(личная подпись)
Консультант	<u>А.А. Подлубная</u>	<u> </u>
	(И.О. Фамилия)	(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой к.п.н., доцент А.А. Подлубная
« » 2016 г.

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	6
1.1. Анализ заболеваемости детей.....	6
1.2. Организация физической культуры для детей, обучающихся в начальных классах.....	14
1.3. Морфофункциональное развитие детей, обучающихся в начальных классах.....	18
ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	24
2.1. Задачи исследования.....	24
2.2. Методы исследования.....	24
2.3. Организация исследования.....	27
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	29
3.1. Обоснование средств физического воспитания и лечебной физической культуры для использования в педагогическом процессе физического воспитания детей с ЗПР (легкой степени), обучающихся в начальных классах.....	29
3.2. Влияние средств физического воспитания и лечебной физической культуры на физическое состояние детей с ЗПР (лёгкой степени), обучающихся в начальных классах.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Важнейшей задачей нашей страны является сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения.

По данным литературы, более 50% детей в возрасте 6-7 лет имеют от 1 и более заболеваний и отклонений, имеющих функциональный характер. Среди таких встречаются заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и других систем организма. Более 29% детей, обучающихся в начальной школе, имеют нарушения опорно-двигательного аппарата, у некоторых детей также наблюдаются невротические проявления [Новик Г.В., 1997; Солодков А.С., Есина Е.М., 1997; Кабачков В.А., 2004; Пузырь Ю.П., 2006].

Количество детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации, к сожалению, увеличивается. Они попадают в детские дома и школы-интернаты различного типа. Из-за тех или иных причин, у этих детей более ослаблено физическое и психическое здоровье при сравнении с детьми, живущих в благополучных семьях. К такой категории детей относятся такие, как: дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети родители у которых злоупотребляют алкогольные напитки; безнадзорные и другие.

А.П. Матвеев [2003] отмечает, что только «регулярные, интересные и организованные занятия физическими упражнениями способствуют наиболее эффективной формой оздоровления, формирования стремления к двигательной активности детей».

Ряд авторов обращают внимание на необходимость организовывать дополнительные физкультурно-оздоровительные занятия для детей, обучающихся в детских домах и школах-интернатах. Это связано с тем, что данная категория детей постоянно находится в данных учреждениях и поэтому есть все возможности об использовании доступных для детей разнообразных средств физической культуры в течение дня [Гусарова Г.И., Котельникова Г.П. и др., 2001; Шипицына Л.М., 2003].

В связи с тем, что среди воспитанников детских домов достаточно большое количество детей, имеющих задержку психического развития, важно подбирать для них такие средства физического воспитания и лечебной физической культуры, которые будут способствовать улучшению их физического состояния.

Объект исследования – педагогический процесс физического воспитания детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени) в условиях детского дома.

Предмет исследования – подобранные средства физического воспитания и лечебной физической культуры для детей, обучающихся в начальных классах с ЗПР (лёгкой степени) в условиях детского дома.

Гипотеза исследования - предполагается, что подобранные средства физического воспитания и лечебной физической культуры для детей, обучающихся в начальных классах с ЗПР (лёгкой степени) в условиях детского дома, будут способствовать совершенствованию учебного процесса по физической культуре, позволят улучшить уровень развития физических качеств и уменьшить количество простудных заболеваний в течении года у исследуемой категории детей.

Цель исследования – исследование влияния средств физического воспитания и лечебной физической культуры на физическое состояние школьников с ЗПР.

Задачи исследования.

1. Определить состояние уровня развития физических качеств и количество простудных заболеваний за год детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени) экспериментальной и контрольной группы.
2. Подобрать средства физического воспитания и лечебной физической культуры для детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени).
3. Выявить влияние средств физического воспитания и лечебной физической культуры на уровень развития физических качеств и количества простудных заболеваний за год детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени).

Практическая значимость исследования. Полученные результаты в процессе исследовательской работы, могут быть рекомендованы для использования в практической деятельности педагогами по физической культуре и адаптивной физической культуре при работе с детьми младшего школьного возраста с задержкой психического развития, которые попали в трудную жизненную ситуацию и обучаются в детском доме. Так как подобранные средства, способствуют улучшению развития двигательных качеств и повышают состояние здоровья.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

1.1. Анализ заболеваемости детей

Состояние здоровья детской части населения страны указывает на уровень политического и экономического благосостояния страны. Многие авторы дали развернутый анализ положения дел в данной сфере, в настоящее время наблюдается регресс состояния здоровья детей, а также их психическое и физическое развитие [Бальсевич В.К., 2009; Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005,2006; Доклад «Положение детей в Российской Федерации. Итоги социальной политики 1990-х годов и перспективы», 2003; Сидоров П.И., Ганжин В.Т., 1995]. Результаты исследований вызывают серьезную обеспокоенность, государства и общества: так как дети в будущем, это интеллектуальный и трудовой потенциал государства.

За последние 10 лет, несмотря на меры принимаемые в сфере совершенствования охраны здоровья и развития детей, ситуация не улучшилась. На это указывает, в первую очередь, рост заболеваемости среди детей всех возрастов. У новорожденных заболеваемость выросла с 2000 г. в 1,9 раза, также увеличиваются показатели врожденных аномалий, гемолитической болезни, синдром дыхательного расстройства, т.е. болезни у которых высок риск летального исхода.

Специалисты прогнозируют рост подверженности новых поколений патологическим поражениям. В течение 20 следующих лет процент новорожденных детей без патологий может снизиться в стране до 15-20%, сам уровень рождаемости при этом остается низким.

На 7% выросла общая заболеваемость детей 7-9 лет, как правило, за счет инфекционных болезней, болезней крови (на 18%), мочеполовой системы (на 15%), костно-мышечной системы (на 13%), органов дыхания (на 10%). Большую долю в структуре заболеваемости, как среди подростков, так и детей до 14 лет занимают болезни органов дыхания, заболевания нервной системы и органов чувств, болезни системы пищеварения, кожи и подкожной

клетчатки, а также всевозможные травмы.

Растет число инфекционных заболеваний у детей до 14 лет, особенно затрагивается категория детей от 0 до 6 лет [«Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006]. Заболеваемость гриппом выросла на 67%, а среди детей до 6 лет на 89%, в сравнении с 2000-2002 гг.

Формирование здорового ребенка происходит при совокупности социальных, экономических, природных, генетических и других факторов. Важную роль оказывают рациональное питание и двигательная активность.

Все большее значение уделяют вопросу изучения микроклимата и социального окружения, в которых происходит развитие и жизнь ребенка с рождения [«Дом детства - детский дом: Сб. материалов», 1997; Зотова О.И., Кряжева И.К., 1977]. В случае неблагоприятных социальных условий растущему организму ребенка предъявляются повышенные требования, которые способствуют развитию дезадаптивных реакций при поступлении в школу. Напряженная деятельность ВНС, обеспечивающей механизмы адаптации организма к условиям среды, имеет существенное значение в формировании здоровья детей [Л.М. Шипицына, 2003; Кащенко В.П., 1994; Кошелева Л.Н. и др., 2001; Прихожан А.М., 2000; Раттер Майкл, 1999].

В последние годы в России сильно увеличилось число детей оставшихся без попечения родителей, а также детей-сирот. К примеру, в 1998 году число таких детей составляло 620 тыс. человек, а в 2003 году их было уже 699,2 тыс. человек. Ежегодно увеличивается число детей, брошенных родителями, на 2005 год в РФ числится около 800 тысяч детей-сирот, подавляющая часть из которых это «социальные сироты», дети «отказники», или дети, родители которых лишены родительских прав [«Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006].

По признанию специалистов период поступления в школу это возраст со стремительным физическим и психическим развитием ребенка, возраст при котором формируются качества и свойства, которые делают его челове-

ком. Этот период обеспечивает общее развитие, служит фундаментом для приобретения в будущем множества специальных знаний и навыков, приобретения различных видов деятельности. Происходит формирование не только качеств и свойств психики, определяющих характер поведения ребенка, его отношение к окружающему ребенка миру, но и те, которые в полной мере получают развитие к концу данного возрастного периода. Свой вклад в развитие ребенка вносит каждый возрастной период, поскольку в определенное время создаются особо благоприятные условия для развития познавательной и мотивационной сфер, имеющих существенное значение в развитии будущей личности ребенка [Гужаловский А.А., 1984; Ерастова А.П., 1980; Колидзе Э.А., 1999; Обухова Л.Ф., 1996].

Критерии оценки состояния здоровья, предложенные С.М. Громбахом [1965] до сих пор не утратили своего значения. Согласно этим критериям необходимо иметь информацию об уровне и гармоничности физического и нервно-психического развития, о степени резистентности и сопротивляемости организма, о функциональном состоянии всех органов и систем, о наличии или отсутствии хронических заболеваний или врожденных пороков [Губа В.П., 1989, Дорохов Р.Н., 1995].

Согласно критериям С.М. Громбаха здоровье детей необходимо рассматривать как состояние жизнедеятельности соответствующее биологическому возрасту, гармоническое единство физических и нервно-психических характеристик, которые обусловлены генетическими и внешнесредовыми факторами. Следует также учитывать оценку качества формирования адапционно-приспособительных реакций в процессе роста.

Степень социальной адаптации также следует включать в показатели физического развития, помимо роста и развития ребенка. Способность находить контакт со сверстниками и взрослыми (социализация), а также восприятие и усваивание информации - важные факторы в формировании здорового ребенка [Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005].

Макро- и микролишния применяемые при «заботе» о ребенке, поме-

щение ребенка в неблагоприятные социальные условия тормозят его развитие способствуют возникновению у него ряда заболеваний [Ермолаев Ю.А., 1985; Шипицына Л.М., Иванов Е.С, Виноградова А.Д., 1997].

Задержка психического развития и умственная отсталость, вот наиболее часто встречающиеся формы аномального психического развития у детей [Боулби Джон., 2004; Вашкевич И.Н., 2000; Дубровина И.В., Рузская А.Г., 1990].

Образ жизни семьи и поведение родителей являются факторами, влияющими на состояние здоровья детей, в связи с охраной здоровья ребенка. Выявлено, что важное значение на восстановление и сохранение здоровья имеет степень медицинской активности, санитарной грамотности и культура [Алиева М.А., 2001; Андреева Г.М., 1996; Олиференко Л.Я. и др., 2002; Прихожан А.М., Толстых Н.Н.,1990].

В настоящее время данные об эффективности реабилитационных мероприятий среди школьников противоречивы и недостаточны [Матвеев А.П., 2003; Раттер Майкл, 1999]. Поэтому необходимо изучать данную проблему, как для установления истинного положения дел в плане готовности детей закрытых учреждений к различным формам обучения, так и для разработки наиболее эффективных программ коррекции психического здоровья таких детей.

Данные многочисленных исследований указывают на то, что развитие ребенка вне семьи идет по особому пути, и этот путь не должен интерпретироваться в виде простого отставания в психическом развитии. Это многоуровневое явление, которое отражает влияние неблагоприятных социально-психологических факторов, влияющее на раннее поражение ЦНС, а также на процесс развития в целом, физический рост, созревание ЦНС, формирование психики и т. д. [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; «Дом детства - детский дом: Сб. материалов», 1997; Кащенко В.П., 1994].

Сравнение оценки физического развития детей одного возраста из школ-интернатов и детей, проживающих с родителями показал, что среди де-

тей-сирот число проявлений общей задержки физического развития в 2,5-3,5 раза больше. Гармонично развиты физически только 53% детей. Домашние дети опережают воспитанников школ-интернатов по длине тела в среднем на 6 - 7 см. И по мере роста увеличивается отставание биологического возраста от паспортного.

Так, отставание мальчиков 7 лет от своих сверстников составляет 18,9 месяца, девочек - 14,3 месяца [Чернова Т.В., 1990]. Многие авторы указывают на задержку физического развития у 15% детей [Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Пятин В.Ф., 2001; Дом детства - детский дом: Сб. материалов., 1997; Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 1991]. Потапова Г.Н. [1994] считает, что воспитанники школ – интернатов отличаются от детей, которые посещают начальные классы. Это связано с тем, с возрастом у них не совершенствуется системная деятельность организма, а наблюдается истощение. В следствии этого нарушается приспособительная деятельность у детей, когда они поступают в школу – интернат. Они сложнее адаптируются к умственным и физическим нагрузкам, что сильно отражается при формировании функциональной готовности обучения в школе.

Подавляющая часть (60-70%) детей, воспитывающихся в школе - интернат, в возрасте 7 лет не показывают достаточного развития и уровня здоровья и не имеют достаточной функциональной подготовленности для обучения в школе. Получается, у большей части воспитанников школ-интернатов имеется большая задержка в нервно-психическом развитии за счет нарушения интеллектуальной, моторной, игровой деятельности [Г.П. Юрко и соавт., 2000]. И этим детям крайне сложно адаптироваться в дальнейшей самостоятельной жизни, что зачастую приводит к асоциальному образу жизни.

По данным комплексной оценки состояния здоровья детей воспитывающихся в школах - интернатах выявлено, что почти половина из них имеет III группу здоровья, то есть половина детей страдает хроническими болезнями. При этом первое место в структуре хронической заболеваемости занима-

ют нервно-психические болезни (от 34% до 77%) [Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Пятин В.Ф., 2001; Корчак Я., 1990; Ланда Б.Х., 2004; Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 1991]. Далее идут - патология опорно-двигательного аппарата (до 40%). Третье место занимают различные нарушения зрения и патологии ЛОР-органов (23-30%). Анализ обращений выявил высокий уровень заболеваемости воспитанников. С возрастом заболеваемость уменьшается, но отмечается относительный рост заболеваемости у девочек.

Однако среди воспитанников школ-интернатов отмечено некоторое снижение (43,6%) острых заболеваний. Что объясняется более высокой изолированностью детей и отсутствием условий для распространения инфекционных заболеваний воздушно-капельным путем.

Исследования показали, что большее количество детей, поступивших в школу-интернат из дома ребенка, уже имеют I и II группу здоровья, меньше детей имеют III и IV группу здоровья. При этом, наоборот, если дети поступили из семьи, то детей имеющих III и IV группу здоровья больше. Большое количество детей, которые поступили из семьи (в том числе неблагополучной) имеют психические расстройства.

Получается, что отрыв детей от семьи (даже неблагополучной) является чрезвычайно травмирующим фактором [Алиева М.А., 2001; Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; «Дом детства - детский дом: Сб. материалов», 1997; Ерастова А.П., 1980; Еремеева В.Д., Хризман Т.П., 2000; Кащенко В.П., 1994; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004], что в дальнейшем приводит к ухудшению здоровья. Поэтому необходима разработка реабилитационных мероприятий связанных с отрывом ребенка от семьи.

В последнее десятилетие неуклонно растет число хронически больных детей. Связано это с повышенной невротизацией детского населения. Повышенная тревожность у ребенка влечёт к появлению различным психосоматическим заболеваниям (40-60%), а также заболеваниям дыхательной системы, сердечнососудистой систем, желудочно-кишечного тракта, кожи и другим.

Загрязненный химическими выбросами воздух способствует нарушению кровообращения, снижению показателей физической подготовленности, нарушению развития опорно-двигательного аппарата, способствует ухудшению уровня интеллекта, вызывает «свинцовую» анемию, снижению физического развития [Ермолаев Ю.А., 2001; «Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006; Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 1990].

Умение правильно держать свое тело влияет не только на внешний вид человека, от осанки зависит состояние артериального давления. Нарушение осанки является следствием слабой физической формы организма, а также дефектов, происходящих в функциях костно-мышечного аппарата, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, нервной системы [Ермолаев Ю.А., 2001].

Осанкой принято называть привычное положение тела человека, позу при ходьбе, стоя, сидя, и выполнении другой деятельности [Годик М.А., 1988].

При правильной осанке голова чуть приподнята, плечи развернуты, лопатки не выступают, а линия живота не выходит за линию грудной клетки [Ермолаев Ю.А., 2001].

При обучении в нынешней школе возрастает доля статического напряжения тела. Работа за партой характеризуется длительным сохранением вынужденной позы, и не всегда парта соответствует габаритам ребенка, возникают нагрузки на мышцы ребенка и его опорно-двигательный аппарат, что впоследствии приводит к асимметричной постановке плеч [Кашуба В.А., 2003].

До 52% школьников имеют начальные формы сколиоза, изменения осанки функционального характера, асимметрию плеч, крыловидные лопатки, сутуловатость [Кашуба В.А., 2003].

Главными причинами ослабления в физическом развитии являются несбалансированное питание, недостаточная двигательная активность, а также

социально-экономические факторы.

Профилактические осмотры детей в различных регионах РФ выявляются 6 - 8% сколиозов, и нарушений осанки 65 - 80%. За последние годы регистрируется значительный рост уровня и тяжести данной патологии. Развитие сколиоза, происходит преимущественно во время роста скелета в 6-7 лет и в 12-15 лет. При этом у девочек сколиозы выявляют в 4-5 раз чаще, чем у мальчиков [Кашуба В.А., 2003].

Дорохов Р.Н., Кашуба В.А. полагают, что у физически ослабленных детей значительно больше возникают и развиваются нарушения костно-мышечного аппарата. Это происходит из-за более эластичного позвоночника и ослабленных, быстро утомляющихся мышц. В результате чего организм легко поддается на влияние отрицательных воздействий внешней среды. Правильную осанку необходимо формировать, она не возникает сама по себе. Систематические физические упражнения и перевоспитание – вот основные факторы в формировании правильной осанки. Необходимо уже с 1 класса обращать внимание детей на то, как они сидят, ходят, стоят, неправильное положение тела за партой, столом, при выполнении других действий переходят в трудно переучиваемые условные рефлексy. Возникает асимметрия туловища, и как следствие развивается сколиоз [Дорохов Р.Н., 1995, Кашуба В.А., 2003].

Свод стопы это не менее важный орган, оберегающий организм от грубых толчков и сотрясений при ходьбе и прыжках, благодаря упругим колебаниям свода.

Строение и функции детской стопы и стопы взрослого человека различаются. У ребенка скелет имеет скрытое строение в момент рождения, своды стоп покрыты жировыми отложениями со стороны подошвы. По мере взросления эти отложения уменьшаются, своды приобретают ярко выраженные очертания. Из-за большого количества хрящевой ткани скелет стопы у детей более мягок и податлив, связки и мышцы пока развиты слабо, амплитуда движений в сочленениях стопы больше, а деформация ее архитектоники лег-

че. Когда ребенок стоит то его стопа уплощается в два раза больше, по сравнению со стопой взрослого человека. Начиная с 6 лет ребенок при беге ставит стопу с носка формируя более правильные элементы ходьбы. После 7-8 лет повышается сила мышц и выносливость. И только к 10 годам строение стопы начинает приближаться к строению стопы взрослого.

Основная причина плоскостопия это хроническая перегрузка стоп. Многолетние исследования дают основание ученым считать плоскостопие социальным заболеванием, связанным с состоянием здоровья и нервной системы, уровнем физического развития а также других факторов внешней и внутренней среды.

И.П. Павлов считал, что механизм уплощения стопы это нарушение реакции нервной системы, рефлекторный процесс, ответ на раздражение проприорецепторов тканей стопы при физической нагрузке. Порог ответной реакции на нагрузку мышц, удерживающих своды стопы, у разных людей будет зависеть от уровня физической подготовленности ребенка, температуры окружающей среды и многих других факторов.

В 70-80% случаев у детей первого-второго года жизни наблюдается плоскостопие, однако к возрасту 8-12 лет уже встречается гораздо реже. Высота свода стопы увеличивается к 10 годам до уровня стопы взрослого человека. Таким образом, плоскостопие нужно рассматривать как патологию начиная с 10-го года жизни ребенка.

1.2. Организация физической культуры для детей, обучающихся в начальных классах

Физическая культура в современном обществе должна носить скорее оздоровительный характер. При выборе формы и методики оздоровления следует учитывать возраст, пол, индивидуальные особенности организма, учитывать специфику заболевания. В процессе управления массовой оздоровительной физической культурой необходимо четко и качественно контролировать состояние здоровья и процесс адаптации к физической нагрузке

[Антропова М. В., 1982; Корженевский А.Н., Квашук П.В., 1991; Матвеев А.П., 2003].

Одной из важнейших социальных задач общества является охрана здоровья детей. С.М. Громбах [1965] рекомендует свой подход в оценке уровня здоровья детей. При оценке здоровья он использует такие критерии, как есть ли в наличии заболевания; какой уровень физического и психического развития и насколько они гармонично взаимосвязаны; насколько происходит функционирование основных систем человеческого организма; какова степень сопротивления организма к различным неблагоприятным воздействиям.

В соответствии с этими критериями происходит разделение детей на пять групп:

1-я группа: здоровые дети, отклонения отсутствуют. Нет хронических заболеваний, острые заболевания случаются редко, дети гармонично развиты. Нет противопоказаний к занятиям физкультурой и спортом.

2-я группа: здоровые, присутствуют морфофункциональные отклонения или снижена сопротивляемость. Нет хронических заболеваний, но дети часто болеют острыми простудными или инфекционными заболеваниями. Эта категория детей может заниматься физкультурой в рамках школьной программы и сдавать нормативы при наличии разрешения врача. В случае проведения закаливающих процедур, соблюдения оптимального двигательного режима, правильно сбалансированного питания эти дети могут достигнуть уровня 1 группы.

В 3-ю и 4-ю группы входят дети, страдающие хроническими заболеваниями или с врожденными пороками развития в состоянии компенсации и субкомпенсации. Дети состоят на диспансерном учете, им необходимо обеспечить специальный режим. Дети 3-й группы должны заниматься по облегченной школьной программе. Детям 4-й группы необходимы занятия лечебной физкультурой.

В 5-ю группу входят дети-инвалиды или дети страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями. Эти дети, нуждаются в специальных детских

учреждениях.

Мероприятия, направленные на укрепление здоровья детей не должны проводиться без учета их возрастных и морфофункциональных особенностей.

По данным медицинской статистики и по наблюдениям врачей состояние здоровья детей является неблагоприятным или ухудшается.

Чаще всего у детей младшего школьного возраста изучают такие заболевания, которые связаны с органами дыхания, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы. Изучению подвергаются опорно-двигательный аппарат [«Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006; Олиференко Л.Я. и др., 2002; Соколов Е.В., 2000; Солодков А.С., Есина Е.М., 1998; Солодков А.С., Симоненко Н.П., Чусляева Е.Е., 1997; Шульга Т.И., Слот В., Спаниард Х., 2001].

Поэтому, необходимо больше внимания уделять профилактической, оздоровительной, коррекционной работе в адаптивной физической культуре. Оздоровление детей, с хроническими заболеваниями, нарушениями осанки или с особенностями психофизического развития, - задача, которая должна решаться при взаимодействии врачей, педагогов и родителей.

Существует множество методик оздоровления средствами физической культуры [Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004; Травин Ю.Г., 1981]. Дефекты осанки исправляются систематическими занятиями лечебной физической культурой согласно специально разработанным программам.

У часто болеющих детей основные физиологические системы организма корректируются средствами физической культуры [Травин Ю.Г., 1981].

По данным литературы физические упражнения благоприятно воздействует на дыхательную мускулатуру, и способствуют снижению количества заболеваний органов дыхания. Согласно исследованиям М.А. Новиковой, правильный подбор и систематическое выполнение упражнений в течение до полутора лет позволяет избавиться от хронических бронхитов без использо-

вания физиотерапевтических и лекарственных средств. По данным Е.В. Соколова, занятие физическими упражнениями снижает напряженность вентиляционной функции легких, повышает резерв дыхания не только в покое, но и при выполнении тестирующих нагрузок.

Сформировать двигательные навыки, подготовить организм к бытовым нагрузкам, повысить физическую и общую работоспособность у детей с особенностями психофизического развития, позволяют физические упражнения [«Положение детей в Российской Федерации. Итоги социальной политики 1990-х годов и перспективы», 2003].

Движение является важнейшим условием и средством всестороннего развития, в том числе и интеллектуального, об этом указывали выдающиеся педагоги. Ж.Ж. Руссо называл движение средством познания окружающего мира, именно движение помогает усвоить такие понятия, как пространство, время, форма. Малоподвижный образ жизни отрицательно сказывается на здоровье детей, снижает их умственную работоспособность и общее развитие.

Все оздоровительные методики основаны на понимании общебиологических закономерностей роста и развития организма.

Мощное оздоровительное воздействие на организм оказывают систематические физические нагрузки. Систематические занятия физической культурой расширяют функциональные резервы организма, что ведет к росту резервов здоровья. Дисфункции ростового периода сглаживаются рациональным двигательным режимом.

Двигательную активность можно рассматривать как наиболее универсальную форму проявления деятельности центральной нервной системы, одновременно она стимулирует различные системы организма [Гебель В., 2004; Губа В.П., 1989]. Не оправдало себя утверждение, о достижении оздоровительного эффекта в физическом воспитании с помощью только увеличения объема общей моторики на занятиях и других упражнениях, основанных на экстенсивном подходе.

1.3.Морфофункциональное развитие детей, обучающихся в начальных классах

Каждый возрастной этап является определенным периодом, и у каждого периода имеются свои характерные морфологические особенности, и знания о них позволяют оценить их эффективность для улучшения здоровья, развития физических качеств, обучения и выработке рациональной спортивной техники в области достижения высоких спортивных результатов [Корженевский А.Н., Квашук П.В.,1991; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004].

Тотальные размеры тела, такие как длина тела, вес, окружность грудной клетки являются основными морфологическими (соматометрическими) показателями. Эти показатели характеризуют рост и физическое развитие человека, и определяют их своеобразие индивидуальных различий людей [Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005; Шишкина В.А., Мащенко М.В., 1998].

В литературных источниках отмечается, что «физическое развитие это закономерный процесс изменения морфологических и функциональных особенностей организма, он тесно связан с возрастом и полом человека, зависит от состояния его здоровья, наследственных факторов, условий жизни и влиянием занятий определенных видов спорта» [Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Пятин В.Ф., 2001; Логвина Т.Ю., Овсянкин В.А., 2000].

Нельзя брать для характеристики физического развития школьника только один антропометрический показатель без связи с другими признаками. Полноценная картина появляется исключительно в комплексе, то есть необходимо рассматривать их взаимосвязано [Зотова О.И., Кряжева И.К., 1977; «Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006].

Длина тела это один из основных показателей не только процесса роста, но и показатель зрелости ребенка младшего школьного возраста. Этот

показатель на 77-98% определен генетически, в отличие от массы тела [Зотова О.И., Кряжева И.К., 1977].

У девочек с наибольшей интенсивностью происходит увеличение длины тела в периоды от 4 до 6,5 лет и с 8,5 до 12 лет, на возраст 11,5 лет приходится наибольшее увеличение длины тела и составляет более 7 см за год. После 12 лет происходит резкое снижение абсолютного роста тела за год, и после 16 лет практически останавливается. У мальчиков периоды максимальной интенсивности роста тела приходятся на возрасты 4-5,5 лет и 11-14 лет [Боулби Джон., 2004; Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005].

Масса тела (вес), так же является интегральным показателем, и получается из веса органов, принадлежащих к различным системам неодинаково реагирующим на различные тренировочные нагрузки, изменяя свое строение и массу. По данным ученых [Еремеева В.Д., Хризман Т.П., 2000; Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005], масса тела на 60% находится под влиянием генетических факторов, в отличие от роста на вес в большей степени влияют конкретные социально - экономические условия жизни. Поэтому масса тела может изменяться более широко.

Прибавки веса тела за год у детей это наиболее доступный контрольный показатель физического развития. Самый интенсивный прирост веса тела отмечен у девочек в период 10-11 лет, а у мальчиков 12-15 лет. Прибавка веса тела в период полового созревания достигает максимума как у девочек так и у мальчиков.

Дети с опережением сверстников в развитии вторичных половых признаков обладают меньшей величиной годовых прибавок соматометрических показателей, о чем показывают многие авторы [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; Губа В.П., Алпацкая Е.В., 2003; Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005]. Это, по данным работ [Боулби Джон, 2004; Ерастова А.П., 1980; Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005], связано с более ранним усиленным ростом тела в годы предшествующие половому созреванию. В настоящее время половое созревание у девочек начи-

нается в 9-11 лет, у мальчиков в 11-13 лет [«Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006].

Окружность грудной клетки растет постепенно. По результатам исследований [Еремеева В.Д., Хризман Т.П., 2000; Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005], абсолютная величина окружности у мальчиков всегда больше, чем у девочек, кроме детей 13-15 лет. Снижение роста окружности грудной клетки у девочек происходит в возрасте 13 лет, а у мальчиков в 15 лет [Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005].

Изучение возрастных особенностей двигательной функции, развитию физических качеств у юных спортсменов выполнено в большом количестве работ [Бальсевич В.К., 2009; Бутин И., 2002; Вашкевич И.Н., 2000; Годик М.А., 1988; Губа В.П., 1989; Губа В.П., Алпацкая Е.В., 2003; Гужаловский А.А., 1984; Ерастова А.П., 1980; Лях В.И., 2000; Матвеев А.П., 2003; Травин Ю.Г., 1981].

Двигательная функция есть совокупность физических качеств, двигательных навыков и умений детей, подростков и взрослых. Двигательная функция это сложное физиологическое явление, обеспечивающее противодействие условиям внешней среды [Бальсевич В.К., 2009; Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; Ермолаев Ю.А., 2001; Солодков А.С., Сологуб Е.Б., 2008].

Наиболее интенсивно совершенствуется двигательная функция занимающихся до 13-14 лет [Бальсевич В.К., 2009, «Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005», 2006; Губа В.П., Алпацкая Е.В., 2003, Логвина Т.Ю., Овсянкин В.А., 2000]. Двигательный анализатор детей развивается в соответствии с закономерностями возрастного развития, которые происходят на протяжении ряда лет. Наиболее активно двигательная функция детей и подростков развивается с 7 до 14 лет, достигая к 13-14 годам высокого уровня. В дальнейшем развитие функции двигательного анализатора происходит менее интенсивно. Таким образом, к 13-14 годам морфологическое и функциональное созревание двигательного

анализатора человека в целом завершается.

Дети 6-13 лет, которые занимаются спортом, интенсивнее развиваются. И благодаря функциональным перестройкам в этом возрасте создаются основы для развития двигательных качеств [Матвеев А.П., 2003].

Структурные основы развития физических качеств связаны с прогрессивными морфологическими и биохимическими изменениями в опорно-двигательном аппарате, в центральной и периферической нервной системе, во внутренних органах. Уровень развития физических качеств напрямую зависит от согласованности соматических и вегетативных функций [Бутин И., 2002; Губа В.П., Алпацкая Е.В., 2003; Ланда Б.Х., 2004; Лях В.И., 2000; Лях В.И., 1998; Матвеев А.П., 2003; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004; Травин Ю.Г., 1981].

Различные генетические факторы влияют на развитие физических качеств (одни больше, другие меньше) [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; Вашкевич И.Н., 2000]. Наиболее генетически зависимы такие качества как быстрота движений, мышечная сила и особенно выносливость.

Развитие физических качеств у детей младшего школьного возраста имеет свои возрастные особенности:

- физические качества развиваются не одновременно;
- годовые приросты различны в разные возрастные периоды, отличаясь также у мальчиков и девочек, отличаются относительные величины при сравнении прироста двигательных качеств;
- большинство показателей физических качеств различны по своему уровню [Бутин И., 2002; Губа В.П., Алпацкая Е.В., 2003; Ланда Б.Х., 2004; Лях В.И., 2000; Лях В.И., 1998; Матвеев А.П., 2003; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004; Травин Ю.Г., 1981].

Наиболее благоприятные предпосылки для развития быстроты движений имеются во младшем школьном возрасте. Это связано с высокой возбудимостью механизмов ЦНС, которые регулируют деятельность двигательного аппарата, большой подвижностью основных нервных процессов и высокой

интенсивностью обмена в детском организме [Ермолаев Ю.А., 2001; Ермолаев Ю.А., 1985; Солодков А.С., Сологуб Е.Б., 2008].

Быстрота движений определяется количеством движений, которые ребенок производит за единицу времени. Определяется она через три показателя: скорость одиночного движения, время двигательной реакции и частота движений. Скорость одиночного движения сильно увеличивается с 4-5 лет и достигает уровня взрослого к 13-14 годам. К 13-14 годам высокого уровня достигает и время простой двигательной реакции, обусловленное скоростью физиологических процессов в нервно - мышечном аппарате. Из-за того, что время простой реакции это наследственный параметр он слабо тренируется и уменьшение обычно не более 10-15%. Максимальная произвольная частота движений увеличивается от 7 до 13 лет, причем у девочек в 7-10 лет она ниже, чем у мальчиков [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; Бутин И., 2002; Матвеев А.П., 2003; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004; Травин Ю.Г., 1981].

Тренировка темпа движений в другие возрастные периоды не дает такого эффекта. Считается, что именно этот этап индивидуального развития лучше приспособлен для формирования частоты движений [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981; Бутин И., 2002; Матвеев А.П., 2003; Муравьев В.А., Назарова Н.Н., 2004; Травин Ю.Г., 1981].

При выполнении физического упражнения проявляется комплексная быстрота. Скорость выполнения целостных двигательных актов имеет наибольшее значение, в сравнении с элементарными формами проявления быстроты. Поэтому целостные двигательные акты используются в качестве контрольных упражнений для оценки уровня развития физических качеств у детей школьного возраста.

Младшие школьники наиболее приспособлены для развития гибкости. Особенности морфологического строения опорно-двигательного аппарата, высокоэластичные связки и мышцы, высокоподвижный позвоночный столб, все это способствует повышению эффективности специальных упражнений

для развития гибкости. В возрасте от 7 до 10 лет темпы развития гибкости наиболее высоки. Максимальные величины активной гибкости достигаются к 11-13 годам у девочек, и 13-15 лет у мальчиков [Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005; Ланда Б.Х., 2004].

Неравномерно происходит и развитие силы. В 8-11 лет происходит интенсивное нарастание силы, в 11-13 лет темпы прироста силы замедляются, связано это с периодом полового созревания. С 14-15 лет происходит второй всплеск роста силы, достигая к 18-20 летнему возрасту максимальных значений [Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В., 2005].

Развитие выносливости происходит с возрастом, причем это характерно как для статических усилий, так и для динамической работы. Так, у трехлетних детей время статического усилия мышц сгибателей пальцев составляет 36с, возрастая в 3-4 раза к 16-18 годам. Различные группы мышц увеличивают продолжительность усилия неодинаково, и неравномерно по годам [Матвеев А.П., 2003].

Возможность развития выносливости строго индивидуальна. Развитие выносливости необходимо начинать с 6-10 лет [Матвеев А.П., 2003]. Согласно научным исследованиям, интенсивный прирост выносливости к динамической работе происходит с 11-12 лет. Если принять за 100% объем динамической работы семилетних школьников, то в 10 лет он будет составлять 150%, а в 14-15 лет уже 400% [Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М., 1981].

Таким образом, актуальны дальнейшие исследования в этом направлении из-за малого числа исследований и отсутствия истинных данных по состоянию здоровья детей в зависимости от этапов предшествующего воспитания, причин поступления и других факторов.

ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Задачи исследования

На предварительном этапе исследованием были поставлены следующие задачи:

1. Определить состояние уровня развития физических качеств и количество простудных заболеваний за год детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени) экспериментальной и контрольной группы.
2. Подобрать средства физического воспитания и лечебной физической культуры для детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени).
3. Выявить влияние средств физического воспитания и лечебной физической культуры на уровень развития физических качеств и количества простудных заболеваний за год детей начальных классов с ЗПР (лёгкой степени).

2.2. Методы исследования

Для проведения исследовательской работы были подобраны следующие методы исследования:

1. Анализ научно-методической литературы.
2. Анализ медицинских карточек.
3. Педагогические наблюдения.
4. Тестирование двигательных качеств.
5. Педагогический эксперимент.
6. Методы математической статистики.

Анализ научно-методической литературы позволил увидеть проблемы в состоянии здоровья детей. При этом, дети находящиеся в стенах детских домов и школ-интернатов имеют низкое состояние здоровья: около половины имеют III группу здоровья. Многие из этих детей уже имеют хронические заболевания. На первом месте располагаются нервно-психические заболевания (в среднем около 50%); на втором месте находятся заболевания, связанные с опорно-двигательным аппаратом (около 30-40%); на третьем месте стоят заболевания, связанные с нарушением зрения и ЛОР-органов (около 25%).

С помощью литературы также были рассмотрены вопросы, касающиеся организации физической культуры для детей, обучающихся в начальных классах.

Анализ медицинских карточек проводился для изучения наличия тех или иных заболеваний у детей, обучающихся в начальных классах. Это было необходимо для того, чтобы подобрать детей с задержкой психического развития в экспериментальную и контрольную группу. Далее уже у тех детей, которые вошли в экспериментальную группу изучали, как часто они болели простудными заболеваниями в течение прошедшего года (до эксперимента) и в течение года во время проведения эксперимента.

Педагогические наблюдения проводились до педагогического эксперимента с целью изучения содержания педагогического процесса по физическому воспитанию детей, обучающихся в начальных классах государственного казенного учреждения Самарской области "Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей "Единство" (коррекционный) г.о. Тольятти ". Кроме того, уже во время проведения педагогического эксперимента, изучали восприятие детьми внедренных в учебно-педагогический процесс средств физического воспитания и лечебной физической культуры.

Тестирование физических качеств. Использовали, чтобы определить уровня развития физических качеств у детей экспериментальной и контрольной группы использовали тесты, рекомендуемые в литературе (В.И. Лях, 1998):

1. Тест **«Бег 30 м»** определяет уровень развития быстроты.

Результатом является время пробегания 30м отрезка. Задание выполняется со стартовой линии по командам: «на Старт!», «Внимание!», «Марш!». Результат фиксируется секундомером по пересечении финишной линии в секундах (с). Бег 30 м дети выполняли с высокого старта. Разрешалось выполнить при желании две попытки. Записывали в протокол лучший результат.

2. Тест **«Прыжок в длину с места»** определяет уровень развития скоростно-силового качества.

Из исходного положения стоя, стопы вместе или слегка врозь, носки стоп на одной линии, дети выполняли прыжок с места, как можно дальше. Разрешалось выполнить три попытки. Учитывали и записывали в протокол результат лучшей попытки. Для определения дальности прыжка использовали сантиметровую ленту.

3. Тест *«Подтягивание на перекладине из виса хватом сверху»* определяет уровень развития силы мышц верхних конечностей. Детям предлагалось выполнить одну попытку.

4. Тест *«Челночный бег 3х10м»* позволяет определить уровень развития координационных способностей.

Для проведения теста определяется десятиметровый отрезок. На линию старта кладутся два кубика. По команде «на Старт!» испытуемый подходит к линии старта, по команде «внимание!» наклоняется вперёд-вниз, по команде «Марш!» берёт один кубик и начинает бег. На отметке 10м он кладёт кубик на линию и возвращается к линии старта, берёт второй кубик и делает последний третий отрезок. Время останавливается, когда он кладёт второй кубик на отрезке 10м. Результат не считается, если учащийся не добегают до линий или бросает кубик. Результат фиксируется в секундах (с).

5. Тест *«бег 500 м»* использовали, чтобы определить уровень развития выносливости. Бег выполнялся на спортивном стадионе (250м – 1 круг) с линии старта. По предварительной команде дети принимали положение высокого старта и после команды «Марш!» бежали 2 круга. Время засекалось в секундах с помощью секундомера.

6. Тест *«Наклон вперед из положения сидя»* позволяет определить двигательное качество гибкость. При выполнении теста следить за испытуемым, чтобы он не сгибал колени и тянулся руками, как можно дальше вперёд. Между пятками испытуемый зажимает измерительную дощечку на делении «0». Если испытуемый не дотягивается до отметки «0», то результат у него будет отрицательный и записывается со знаком «-», если же он выполняет наклон дальше «0», то результат положительный и записывается без

знака «-». Результат записывается в сантиметрах (см). Измерение проводится по кончикам пальцев рук в фиксированном положении туловища (2-3с). Нельзя делать рывковых движений, сгибать ноги в коленных суставах.

Педагогический эксперимент. Педагогический эксперимент был направлен на экспериментальное обоснование использования подобранных средств физического воспитания и лечебной физической культуры для детей экспериментальной группы, имеющих задержку психического здоровья и обучающихся в начальных классах детского дома. В эксперименте приняли участие 22 мальчика с ЗПР (лёгкой степени).

Были сформированы две экспериментальные группы - контрольная и экспериментальная. В контрольную группу вошли воспитанники детского дома, физическое воспитание которых осуществлялось по стандартной программе. В экспериментальную группу вошли воспитанники детского дома, для которых подобрали такие средства физического воспитания, чтобы они были направленные на развитие двигательных качеств. Кроме того, они дополнительно занимались лечебной физической культурой.

Методы математической статистики. При подборе методов математической статистики использовали рекомендации, составленные в научно-методической литературе (Ю.Д. Железняк, П.К. Петров, 2008).

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

2.3. Организация исследования

Исследование, проводилось с апреля 2015 г. по май 2016 г. в три этапа в соответствии с поставленными задачами и осуществлялось на базе государственного казенного учреждения Самарской области "Центр помощи детям,

оставшимся без попечения родителей "Единство" (коррекционный) г.о. Тольятти ".

На первом этапе исследования (апрель – сентябрь 2015 г.) изучали и анализировали научно-методическую литературу, определяли с помощью медицинских карточек состояние здоровья и выявляли среди мальчиков начальных классов, имеющих задержку психического здоровья. С помощью педагогического наблюдения изучали содержание уроков физической культуры для данной категории детей. После чего, стали подбирать упражнения, которые способствовали бы лучшему развитию двигательных качеств и разрабатывали комплексы упражнений для дополнительных занятий лечебной физической культуры для детей с ЗПР (легкой степени) с учетом вторичных отклонений (нарушения осанки, плоскостопия, зрения и др.). Мальчиков в количестве 22 человек разделили на экспериментальную и контрольную группу (по 11 человек в каждой). До педагогического эксперимента провели тестирование двигательных качеств, чтобы убедиться, что детей разбили на две группы равноценно по уровню развития двигательных качеств.

На втором этапе исследования (сентябрь 2015г. - апрель 2016 г.) проводился педагогический эксперимент, чтобы проверить влияние подобранных средств физического воспитания и лечебной физической культуры на уровень развития двигательных качеств и количество простудных заболеваний детей ЭГ в течение года.

На третьем этапе (апрель – май 2016 г.) выполняли математическую обработку результатов, проводили сравнительную характеристику между экспериментальной и контрольной группой после проведения педагогического эксперимента, а также сравнивали показатели, как экспериментальной группы, так и контрольной группы до и после педагогического эксперимента. В заключении делали выводы, практические рекомендации, оформляли бакалаврскую работу.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Обоснование средств физического воспитания и лечебной физической культуры для использования в педагогическом процессе физического воспитания детей с ЗПР (легкой степени), обучающихся в начальных классах

Большую роль для достаточной двигательной активности ребенка в условиях внешней среды играют движения. И.А. Аршавский установил с помощью исследовательской работы «Энергетическое правило скелетных мышц». Это правило означало, что деятельность скелетной мускулатуры влияет на обмен веществ и деятельность внутренних органов (сердечно-сосудистую систему, дыхание и т.д.), обеспечивающих этот обмен. При выполнении мышечной работы происходят энергозатраты, которые, в свою очередь, влияют на стимуляцию процессов роста и развития тканей. Таким образом, работа скелетной мускулатуры способствует воспитанию и тренировке внутренних органов.

При недостаточной двигательной активности детей происходят нежелательные возрастные преобразования в сердечно-сосудистой деятельности, дыхательной деятельности и др.

Многими исследователями было установлено положительное влияние систематических занятий физическими упражнениями на все системы организма, особенно, на сердечно-сосудистую, дыхательную и другие системы.

Школьный возраст характеризуется интенсивным развитием организма школьника. Учащиеся сильно восприимчивы к различным, влияющим на них, факторов. Среди таких факторов могут быть как положительные факторы, так и отрицательные. Первые способствуют оздоровлению детей (занятия физической культурой и спортом), а вторые, наоборот, неблагоприятно влияют на их состояние здоровья (малоподвижный образ жизни).

В исследовательской работе предлагается использование подобранных средств физического воспитания и лечебной физической культуры в комплексном применении в процессе организации физкультурно-

оздоровительных мероприятий в центре помощи детям, оставшимся без попечения родителей, направленном на улучшение физического состояния детей с задержкой психического развития (легкой степени).

В процессе физического воспитания решаются задачи, способствующие укреплению психического здоровья детей; созданию условий, которые были бы приближены к домашним. Для данной категории детей главным образом необходимо создание таких специальных условий, чтобы они могли самостоятельно выполнять действия, направленные на достижение новых целей и задач, а главным образом на социализацию личности.

Для детей экспериментальной группы подобрали следующие средства физического воспитания и лечебной физической культуры:

- ✓ занятия адаптивной физической культурой (2 раза в неделю по расписанию);
- ✓ лечебная физическая культура (2 раза в неделю во второй половине дня);
- ✓ прогулки на свежем воздухе (каждый день);
- ✓ водные процедуры (каждый день);
- ✓ массаж (10 сеансов).

Все вышеперечисленные средства использовались комплексно. Они были направлены на улучшение физического состояния детей.

На уроках адаптивной физической культуры использовались различные основные средства, направленные на развитие двигательных качеств.

Для развития силовых способностей использовали следующие упражнения:

- общеразвивающие упражнения без предметов и с предметами;
- подтягивание на перекладине;
- сгибание и разгибание рук в упоре лёжа на скамейке;
- приседания на двух ногах и одной ноге (правой и левой);
- прыжки в длину с места;
- прыжки вверх с места;

- 5-6 прыжков с продвижением вперёд;
- лазанье по наклонной плоскости гимнастической скамейке;
- поднимание и опускание туловища из положения лёжа на спине, ноги согнуты в коленях (с помощью партнера, который удерживает ступни);
- из положения, лёжа на животе, руки вверх, одновременно приподнять руки и ноги, удерживать в положение «лодочка» до 10-15 секунд;
- и.п.- тоже, руки за голову, поднимание и опускание туловища (выполнять лёжа на полу и на скамейке с помощью партнера, удерживающего ноги);
- поочередное выполнение правой и левой ногой махов вперед, назад и в сторону;
- из исходного положения вис на шведской стенке поднимание и опускание согнутых ног;
- броски набивного мяча весом 1-2 кг;
- акробатические упражнения;
- подвижные игры: «Борьба за мяч»; «Альпинисты»; «Сильные и ловкие» и другие.

Для развития скоростно-силовых качеств использовали следующие упражнения:

- бег с захлестыванием голени и высоким подниманием бедра;
- выполнение высокого старта с пробеганием короткого отрезка до 10-15м по сигналу (свистку, команде, хлопку);
- прыжки на одной и двух ногах через скакалку от 20 секунд до 2 минут.
- прыжки на скамейку, горку матов и другую возвышенность;
- выпрыгивания вверх из исходного положения упор присев;
- метание теннисного мяча на дальность;
- упражнения с набивными мячами весом от 1 до 2 кг;
- Подвижные игры: «Бег за флажками», «Борьба за мяч», «Мяч ловцу», «Снайперы», «Бегущие пятнашки», «Мячом в цель», «Пятнашки», «Снайперы», «Живая цель», «Охотники и утки», «Перестрелка».

Для развития скоростных способностей использовали следующие упражнения:

- специально-беговые упражнения: бег с захлестыванием голени; бег с высоким подниманием бедра; бег прыжками; бег прыжками с выпрыгиванием вверх; прыжки на правой и левой ноге; бег под небольшой уклон; бег с ускорением и другие;
- бег на короткие дистанции 30м и 60м с высокого и низкого старта;
- эстафетный бег;
- бег с ускорением по сигналу;
- подвижные игры: «Два лагеря», «Мяч в центре», «Веревочка под ногами», «День и ночь», «Лыжники на местах», «Вызов номеров» и другие.

Для развития общей выносливости использовали следующие упражнения:

- равномерный бег от 2 до 5 минут;
- бег по стадиону и бег по пересеченной местности от 200-300 м до 2 км;
- прыжки на одной и двух ногах через скакалку от 1 минуты до 2-3 мин.
- прохождение дистанции на лыжах от 1 до 3 км.
- проплывание дистанции в 25 м бассейне 2-3 раза по 25м.
- подвижные игры с использованием полосы препятствия, а также игры, когда нужно догонять по очереди друг друга: например, игра «салки» и др.

Для развития координационных способностей использовали следующие упражнения:

- упражнения на равновесие (стойка на правой или левой ноге, руки в стороны или на пояс; ходьба по одной линии на полу, на гимнастической скамейке, простые упражнения на равновесие стоя на гимнастической скамейке и др.);
- общеразвивающие упражнения с разнонаправленными движениями рук;
- общеразвивающие упражнения: сочетание прыжков с одновременным движением рук;
- скрестный шаг в ходьбе и беге;

- броски мягкого мяча на точность в цель;
- броски мяча (теннисного, волейбольного и т.п.) в корзину на расстоянии от 3-5 метров (на точность попадания);
- сбивание кеглей на расстоянии 3-5 метров с помощью волейбольного и других мячей;
- подвижные игры: «охотники и утки», «вертуны», «ловкие руки», «вышибалы»;
- эстафеты с использованием разных мячей, скакалок, обручей, теннисных ракеток и другого инвентаря.

Для развития гибкости использовали такие упражнения, как:

- выпады правой и левой ногой;
- наклоны туловища вправо и влево, вперёд и назад;
- махи правой и левой ногой вперёд, назад, в стороны;
- упражнения на растяжку в положении сидя, лёжа (например: из исходного положения сед наклон вперёд, к правой и левой ноге и др.);
- другие упражнения.

Учитывая, что значительное количество детей с ЗПР лёгкой степени имеют нарушение осанки, плоскостопие, то их коррекции в процессе занятий лечебной физической культуры, также обращали внимание.

Комплекс упражнений, направленный на исправление сутулой осанки

1. И.п. - стойка ноги врозь в 40-50 см от стены. Опереться спиной на стену. 1-4 - Максимально выпрямить спину, прижать к стене лопатки, затылок и поясницу. 5-8 - И. п., расслабиться
2. И.п. - Лежа на спине, ноги согнуты, руки вверх. 1-4 – Напрячь мышцы, выпрямить спину. 5-8 - И. п. расслабиться.
3. И.п. - Лежа на спине, на гимнастической скамейке. 1-4 - Руки вверх, прогнуться, голову назад. 5-8 - И.п.
4. И.п. - Сидя, за спиной набивной мяч. 1-4-Лечь прогнувшись через мяч, не отрывая таз от пола, руки вверх. 5-8-И.п.
5. И.п. - Упор стоя на коленях. 1 -4 - Прогнуться, голову назад. 5-8 - И.п.

6. И.п. - Сидя на гимнастической скамейке, руки на пояс. 1-4 - Выпрямить ноги, отвести плечи назад, спину выпрямить. 5-8 - И.п.
7. И.п. - Стоя спиной к стене, касаясь ее затылком, лопатками, тазом, пятками. Сохранять и.п. в течение 30 секунд. Запомнить.
8. И.п. - О.С., спиной к стене в шаге от нее. 1 -4 - Руки вверх, прогнуться, опереться в стену. 5-8-И.п.
9. И.п. - Стойка ноги врозь, гимнастическая полка за плечами широким хватом. 1-2 - Поворот направо. 3-4- То же налево.
10. И.п. - стойка нога врозь, гимнастическая полка за плечами широким хватом. 1-2 - Наклон назад. 3-4 - И.п. 5-6 - Наклон вперед, прогнуться. 7-8- И.п.
11. И.п. - О.С., гимнастическая полка за спиной вертикально. Праваяверху, левая внизу. 1-4 - Прижать полку к позвоночнику. 5-8 - И.п.
12. И.п. - О.С. лицом к стене, упор. 1-4 - Согнуть руки, прогнуться. 5-8 -И.п.
13. И.п. - стойка ноги врозь лицом к гимнастической стенке, хват на уровне груди, руки вперед. 1-4 - Наклоны, прогнувшись. 5-8 - И.п.
14. И.п. - Вис спиной на гимнастической стенке. 1-2-Согнуть ноги, в коленях не отрывая спины от гимнастической стенки. 3-4 - И.п.
15. И.п. - Стоя спиной друг к другу, руки хватом в локтях. 1-8 -Присесть, опираясь на спину партнера. 9-16-И.п.
16. И.п. - Стоя спиной друг к другу, руки хватом в локтях. 1-4 - Партнер № 1 наклон, № 2 прогнуться. 5-8 - В другую сторону.

Комплекс упражнений, направленный на исправление лордотической осанки

1. И.п. - О.С. 1-2 - Согнуть правую ногу, захватив руками прижать к груди. 3-4 - И.п. 5-8 - То же с другой стороны
2. И.п. - упор сидя сзади. 1-2-ноги согнуть. 3-4-И.п.
3. И.п. - упор сидя сзади на гимнастической скамейке. 1-2-присед. 3-4 - И.п.
4. И.п. - упор стоя на коленях. 1-2 - Сесть на пятки не отрывая рук от пола. 3-4-и.п.

5. И.п. - О.С. 1-2 - Наклон, коснуться руками пола. 3-4-И.п.
6. И.п. - упор присев 1-2-Упор стоя 3-4-И.п.
7. И.п. - стойка ноги врозь, руки в стороны. 1-Наклон. 2-Поворот вправо. 3 - Поворот туловища влево. 4 - И.п.
8. И.п. - Стойка ноги врозь, руки за голову. 1-2- Наклон вправо. 3-4- То же влево.
9. И.п. - Лежа на спине. 1 - Подъем в сед. 2 - И.п. 3-4 - То же с другой ноги
10. И.п. - О.С., руки в стороны. 1-Мах правой вперед, хлопок под ногой; 2-и.п. 3-4 - То же с другой ноги.
11. И.п. - Лежа на спине, руки - за головой ноги поднять в угол. Окрестные движения ногами в течение 30 секунд.
12. И.п. - Упор лежа. 1-4 - Упор стоя прыжком. 5-8 - И.п. прыжком.
13. И.п. -Упор лежа. 1-2 - Согнуть руки, сгибая тазобедренный сустав. 3-4-И.п.
14. И.п. - О.С. 1 - Упор сидя. 2 - Упор сидя сзади, согнув ноги. 3-4 -Упор сидя сзади. 5-8-И.п.

Комплекс упражнений, направленный на исправление осанки с плоской спиной

1. И.п. - Ноги врозь, руки на пояс. 1-4 - Наклон назад, прогнуться 5-8-И.п.
2. И.п. - Стойка ноги врозь, руки на пояс. 1-2 - Наклон вправо, левая рука вверх. 3-4-И.п. 5-8 - То же в другую сторону
3. Сидя на гимнастической скамейке. 1-4 - Наклон вперед захватить руками голени грудью коснуться ног. 5-8 - И.п.
4. И.п. - Упор сидя сзади. 1-4 - Прогнуться, голову назад. 5-8-И.п.
5. И.п. - Сед ноги врозь, руки на пояс. 1-2 - Наклон вправо, левую руку за голову. 3-4 - То же в другую сторону
6. И.п. - Лежа на спине, ноги врозь, согнуть, руки за спиной. 1-4-. Прогнуться. 5-8 - И.п., расслабиться.
7. И.п. - Стойка ноги врозь, руки за спину, прогнуться. 1-2 - Присесть, группировка, голову на грудь. 3-4 - И.п.

8. И.п. - Лежа на животе, захватить руками голеностопные суставы. 1-4 - Прогнуться. 5-8 - И.п.
9. И.п. - Упор, стоя на коленях. 1 - Выгнуть спину, голову на грудь. 2 -И.п. 3 - Прогнуться, голову назад. 4 - И.п.
10. И.п. - Сед на пятках, руки за пятки. 1-4 - Встать на колени, прогнуться. 5-8 - И.п.
11. И.п. - Лежа на спине. 1-4 - Поднять ноги, коснуться пола за головой. 5-8- И.п.
12. И.п. - О.С. 1-2 - Мах правой ногой направо выпад вправо, наклон вперед. 3-4-И.п. 5-8 - То же в другую сторону.
13. И.п. - Упор лежа. 1 - Упор лежа на правой руке, поворот, левая рука в сторону. 2 - И.п. 3-4 - То же в другую сторону.
14. И.п. - Лежа на спине, ноги согнуты, руки за головой. 1-4 - Прогнуться до положения «мост». 5-8-И.п.

Большую роль в развитии двигательных качеств у детей с ЗПР лёгкой степени отводили использованию подвижных игр. Одним из важных методов при развитии двигательных способностей детей в нашей методике является игровой.

Шапкова Л.В. (2004) отмечает, что «подвижная игра не только противодействует гипокинезии, но и способствует восстановлению утраченного здоровья, укреплению всех функций организма, развитию физических способностей. В подвижных играх используются знакомые и доступные виды естественных движений: ходьба, бег, лазанье, перелазание, прыжки, упражнения с мячом, в них нет сложной техники и тактики, а правила всегда можно изменить соответственно физическим и интеллектуальным возможностям ребёнка. Желание играть – главный стимул, побуждающий ребёнка к игровой деятельности. Замечено, что во время игры дети охотно и с интересом выполняют то, что вне игры кажется неинтересным и трудным» [59].

В литературе также отмечается, что «игра является одним из тех видов детской деятельности, которую используют взрослые в целях воспитания

школьников, обучая их различным действиям с предметами, способам и средствам общения. В игре ребёнок развивается как личность, у него формируется те стороны психики, от которых в последствии будут зависеть успешность его учебной и трудовой деятельности, его отношения с людьми» [59].

Шапкова Л.В. (2004) также отмечает, что «в игре формируется такое качество личности ребёнка, как саморегуляция действий с учётом задач коллективной деятельности. Важнейшим достижением является приобретение чувства коллективизма. Оно не только характеризует нравственный облик ребенка, но и перестраивает существенным образом его интеллектуальную сферу, так как в коллективной игре происходит взаимодействие различных смыслов, развитие событийного содержания и достижение общей игровой цели».

Игру младший школьник воспринимает с радостным восторгом, положительными эмоциями, с удивлением, волнением, и т.д. Поэтому использование игровой деятельности важно как для развития и воспитания личности ребёнка, но также в целях профилактики и коррекции психического состояния детей.

Подвижные игры использовались в экспериментальной группе детей на занятиях по адаптивной физической культуре, на занятиях лечебной физической культуре, на прогулках на свежем воздухе.

3.2. Влияние средств физического воспитания и лечебной физической культуры на физическое состояние детей с ЗПР (лёгкой степени), обучающихся в начальных классах

В процессе педагогического исследования до и после проведения педагогического эксперимента изучали данные медицинских карточек детей экспериментальной и контрольной групп. Результаты представлены в таблице 1. Данные медицинских карточек позволили выявить частоту простудных заболеваний в течение года и продолжительность одного случая заболевания.

Справочные данные о заболеваемости детей, участвовавших в педагогическом эксперименте

Показатели		Частота простудных заболеваний в течение года (кол-во)				Продолжительность одного случая заболевания (дней)			
группы		До эксперимента		После эксперимента		До эксперимента		После эксперимента	
		М	σ	М	σ	М	σ	М	σ
Экспериментальная группа		6,8	0,59	3,4	0,63	19,3	0,79	10,7	0,75
Контрольная группа		6,3	0,62	5,6	0,54	20,1	0,82	17,1	0,77
Достоверность различий	t	0,35		3,06		0,81		3,04	
	P	>0,05		<0,05		>0,05		<0,05	

Примечание: t – критерий Стьюдента; М – среднее квадратическое отклонение; σ – среднее квадратическое отклонение

По таблице 1 видно, что до эксперимента данные частоты простудных заболеваний и продолжительности одного случая заболевания в течение года были практически одинаковы, как у детей экспериментальной группы, так и контрольной группы ($P > 0,05$). После педагогического эксперимента по этим же данным мы выявили достоверное различие ($P < 0,05$) в пользу детей экспериментальной группы. По данным частоты простудных заболеваний в течение года после педагогического эксперимента результаты ЭГ по сравнению с результатами КГ были лучше на 2,2 раза; по данным продолжительности одного случая заболевания, соответственно, на 6,4 дня.

В таблице 2 представлена динамика изменения показателей до и после педагогического эксперимента экспериментальных групп.

По таблице 2 мы выявили, что частота простудных заболеваний у детей экспериментальной группы достоверно снизилась ($P < 0,05$) на 3,4 количества, у детей КГ, соответственно, лишь на 0,7 количества заболеваний. Показатель продолжительность одного случая заболевания у ЭГ снизился на 10,7 количество дней, у КГ, соответственно, на 3 дня.

Динамика изменения заболеваемости
до и после педагогического эксперимента в ЭГ и КГ

Показатели		Частота простудных заболеваний в течение года (кол-во)		Изменение в ед.	Р- достоверность различия	Продолжительность одного случая заболевания (дней)		Изменение в ед.	Р- достоверность различия
		До	После			До	После		
ЭГ	М	6,8	3,4	3,4	<0,05	19,3	10,7	8,6	<0,05
	σ	0,59	0,63			0,79	0,75		
КГ	М	6,3	5,6	0,7	>0,05	20,1	17,1	3,0	<0,05
	σ	0,62	0,54			0,82	0,77		

Примечание: t – критерий Стьюдента; М – среднее квадратическое отклонение; σ – среднее квадратическое отклонение

Анализ состояния здоровья учащихся экспериментальной группы свидетельствует, что количество простудных заболеваний детей снизилась на 50% и составила 20%.

На основании вышеизложенного установлено, что методика физкультурно-оздоровительных мероприятий основанная на комплексном применении средств физического воспитания, лечебной физической культуры, социальной педагогики и психологии способствует улучшения состояния здоровья детей младшего школьного возраста и уменьшения количества простудных заболеваний.

В таблице 3 представлены результаты физической подготовленности учащихся контрольной и экспериментальной групп перед проведением педагогического эксперимента.

Сравнение показателей, характеризующих физическую подготовленность детей младшего школьного возраста ЭГ и КГ не выявил достоверного различия в пользу ни одной из групп. Это означает, что экспериментальная и контрольная группа на начало проведения педагогического эксперимента была равной по возрасту и физической подготовленности.

Таблица 3.

**Средние показатели физической подготовленности учащихся
контрольной и экспериментальной группы
до педагогического эксперимента**

№ п/п	Показатели	ЭГ		КГ		Разница в ед.	Р – до- стовер- ность разли- чия
		М	σ	М	σ		
1.	Бег 30 м, с	7,2	1,4	7,1	1,5	0,1	>0,05
2.	Бег 500 м, с	184,5	21,4	186,7	26,8	2,2	>0,05
3.	Подтягивание из виса, кол-во раз	-	-	-	-		
4.	Прыжок в длину с места, см	117,3	24,6	115,6	21,03	1,7	>0,05
5.	Челночный бег 3х10м, сек	15,21	0,54	15,06	0,34	0,15	>0,05
6.	Наклон вперёд из положе- ния сидя, см	-3,12	1,68	-2,64	1,45	0,48	>0,05

Примечание: М – среднее арифметическое; σ – среднее квадратическое отклонение

Таблица 4.

**Средние показатели физической подготовленности учащихся
контрольной и экспериментальной группы
после педагогического эксперимента**

№ п/п	Показатели	ЭГ		КГ		Разница в ед.	Р – до- стовер- ность разли- чия
		М	σ	М	σ		
1.	Бег 30 м, с	6,3	1,2	6,4	1,3	0,10	>0,05
2.	Бег 500 м, с	162,6	16,7	171,9	27,8	9,30	<0,05
3.	Подтягивание из виса, кол-во раз	3,01	1,02	2,01	0,98	1,00	>0,05
4.	Прыжок в длину с места, см	139,8	14,8	126,2	16,4	13,6	<0,05
5.	Челночный бег 3х10м, сек	14,01	0,57	14,57	0,61	0,56	<0,05
6.	Наклон вперёд из положе- ния сидя, см	3,41	2,03	0,22	1,99	3,19	<0,05

Примечание: М – среднее арифметическое; σ – среднее квадратическое отклонение

В таблице 4 представлены средние показатели физической подготовленности после проведения педагогического эксперимента. Достоверное различие ($P < 0,05$) в пользу ЭГ выявили по следующим тестам: бег 500 м; прыжок в длину с места; челночный бег 3х10м и наклон вперёд из положения сидя. По тестам бег 30 м; подтягивание из виса не выявили достоверного различия в пользу одной из групп. Однако лучше результаты были у детей экспериментальной группы.

В таблице 5 представлены изменения показателей физической подготовленности детей ЭГ и КГ до и после педагогического эксперимента.

Таблица 5.

**Изменение показателей физической подготовленности учащихся
экспериментальной группы до и после педагогического эксперимента**

№ п/п	Показатели	группы	До экспери- мента		После экспе- римента		Разница в ед.	Р – до- стовер- ность разли- чия
			М	σ	М	σ		
1.	Бег 30 м, с	ЭГ	7,2	1,4	6,3	1,2	0,9	<0,05
		КГ	7,1	1,5	6,4	1,3	0,7	<0,05
2.	Бег 500 м, с	ЭГ	184,5	10,4	162,6	11,7	21,9	<0,05
		КГ	186,7	10,8	171,9	11,8	14,8	<0,05
3.	Подтягивание из виса, кол-во раз	ЭГ	-	-	3,01	1,02	3,01	<0,05
		КГ	-	-	2,01	0,98	2,01	<0,05
4.	Прыжок в длину с места, см	ЭГ	117,3	24,6	139,8	14,8	22,5	<0,05
		КГ	115,6	21,03	126,2	16,4	10,6	<0,05
5.	Челночный бег 3х10м, сек	ЭГ	15,21	0,54	14,01	0,57	1,2	<0,05
		КГ	15,06	0,34	14,57	0,61	0,49	<0,05
6.	Наклон вперёд из положения сидя, см	ЭГ	-3,12	1,68	3,41	2,03	6,53	<0,05
		КГ	-2,64	1,45	0,22	1,99	2,86	<0,05

Примечание: М – среднее арифметическое; σ – среднее квадратическое отклонение

По данным таблицы 5 мы определили, что достоверный прирост показателей был и у экспериментальной группы и у контрольной группы. Однако наибольший прирост по всем показателям двигательных качеств больше у детей экспериментальной группы. По тесту «бег 30м» у ЭГ улучшение показателя было на 0,9с, у КГ, соответственно, на 0,7с.; по тесту «бег 500м» у ЭГ прирост составил 21,9с, у КГ – 14,8с; по тесту «подтягивание из виса» у ЭГ прирост был 3,01 раз, у КГ – 2,01 раз; по тесту «прыжок в длину с места» у ЭГ средний показатель улучшился на 22,5см, у КГ – на 10,6 см; по тесту «челночный бег 3х10м» результат оказался лучше у ЭГ на 1,2с, у КГ – на 0,49с; по тесту наклон вперед из положения сидя прирост у ЭГ составил 6,53см; у КГ, соответственно, 2,86 см.

Таким образом можно утверждать, что экспериментальная методика физической подготовленности оказала выраженный положительный эффект на уровень развития скоростных, скоростно-силовых, силовых, координационных способностей, а также гибкости и выносливости учащихся детского дома экспериментальной группы.

Разработанная методика комплексного применения средств физического воспитания, лечебной физической культуры в процессе организации физкультурно-оздоровительных занятий в детском доме направлена на коррекцию физического и психического развитие ребенка. Методика нацелена на формирование оптимальной осанки, рационального двигательного стереотипа и улучшение состояния здоровья.

На базе государственного казенного учреждения Самарской области "Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей "Единство" (коррекционный) г.о. Тольятти " были определены основные физкультурно-оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия по коррекции физического состояния детей младшего школьного возраста: занятия адаптивной физической культурой (2 раза в неделю по расписанию); лечебная физическая культура (2 раза в неделю во второй половине дня); прогулки на свежем воздухе (каждый день); водные процедуры (каждый день); массаж (10

сеансов). Кроме того, в стенах данного учреждения дети проходят курс физиотерапевтической профилактики, а также дыхательную гимнастику, точечный массаж.

Основными задачами физической реабилитации были: укрепление здоровья детей; создание условий, приближенных к домашним; создание специальных условий для самостоятельных действий детей; для достижения новых целей и задач, направленных на социализацию личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе экспериментального исследования была установлена эффективность методики комплексного применения физкультурно-оздоровительных мероприятий, а также созданы условия, приближенные к домашним для самостоятельной деятельности детей с целью достижения ими доступных целей и задач, направленных на социализацию личности.

В заключительной части работы мы подвели итоги и сформулировали следующие выводы:

1. После проведения педагогического эксперимента по данным частоты простудных заболеваний и продолжительности одного случая заболевания выявили достоверное различие ($P < 0,05$) в пользу детей экспериментальной группы. Средние показатели частоты простудных заболеваний в течение года у ЭГ по сравнению с результатами КГ были лучше на 2,2 раза; средние показатели продолжительности одного случая заболевания, соответственно, на 6,4 дня.

2. Достоверный прирост показателей был и у экспериментальной группы и у контрольной группы. Однако наибольший прирост по всем показателям двигательных качеств больше у детей экспериментальной группы. По тесту «бег 30м» у ЭГ улучшение показателя было на 0,9с, у КГ, соответственно, на 0,7с.; по тесту «бег 500м» у ЭГ прирост составил 21,9с, у КГ – 14,8с; по тесту «подтягивание из виса» у ЭГ прирост был 3,01 раз, у КГ – 2,01 раз; по тесту «прыжок в длину с места» у ЭГ средний показатель улучшился на 22,5см, у КГ – на 10,6 см; по тесту «челночный бег 3х10м» результат оказался лучше у ЭГ на 1,2с, у КГ – на 0,49с; по тесту наклон вперед из положения сидя прирост у ЭГ составил 6,53см; у КГ, соответственно, 2,86 см.

3. Экспериментальная методика физической подготовленности оказала выраженный положительный эффект на уровень развития скоростных, скоростно-силовых, силовых, координационных способностей, а также гибкости и выносливости учащихся детского дома экспериментальной группы.

4. Экспериментально установлена эффективность методики комплекс-

ного применения физкультурно-оздоровительных мероприятий на уменьшение простудных заболеваний и улучшение уровня физической подготовленности детей экспериментальной группы.

Учитывая положительный эффект от проведенного исследования хочется отметить, что для повышения физического состояния детей, обучающихся в начальных классах с ЗПР (лёгкой степени) в условиях детского дома рекомендуется включать комплекс физкультурно-оздоровительных мероприятий:

- ✓ занятия адаптивной физической культурой (2 раза в неделю по расписанию);
- ✓ лечебная физическая культура (2 раза в неделю во второй половине дня);
- ✓ прогулки на свежем воздухе (каждый день);
- ✓ водные процедуры (каждый день);
- ✓ массаж (10 сеансов).

На уроках адаптивной физической культуры предлагаем также использовать следующие основные средства, направленные на развитие двигательных качеств:

1) для развития силовых способностей использовали следующие упражнения: общеразвивающие упражнения без предметов и с предметами; подтягивание на перекладине; сгибание и разгибание рук в упоре лёжа на скамейке; приседания на двух ногах и одной ноге (правой и левой); прыжки в длину с места; прыжки вверх с места; 5-6 прыжков с продвижением вперед; лазанье по наклонной плоскости гимнастической скамейке; поднятие и опускание туловища из положения лёжа на спине, ноги согнуты в коленях (с помощью партнера, который удерживает ступни); из положения, лёжа на животе, руки вверх, одновременно приподнять руки и ноги, удерживать в положение «лодочка» до 10-15 секунд; и.п.- тоже, руки за голову, поднятие и опускание туловища (выполнять лёжа на полу и на скамейке с помощью партнера, удерживающего ноги); поочередное выполнение правой и левой ногой махов вперед, назад и в сторону; из исходного положения вис на швед-

ской стенке поднимание и опускание согнутых ног; броски набивного мяча весом 1-2 кг; акробатические упражнения; подвижные игры: «Борьба за мяч»; «Альпинисты»; «Сильные и ловкие» и другие;

2) для развития скоростно-силовых качеств использовали следующие упражнения: бег с захлестыванием голени и высоким подниманием бедра; выполнение высокого старта с пробеганием короткого отрезка до 10-15м по сигналу (свистку, команде, хлопку); прыжки на одной и двух ногах через скакалку от 20 секунд до 2 минут; прыжки на скамейку, горку матов и другую возвышенность; выпрыгивания вверх из исходного положения упор присев; метание теннисного мяча на дальность; упражнения с набивными мячами весом от 1 до 2 кг; подвижные игры: «Бег за флажками», «Борьба за мяч», «Мяч ловцу», «Снайперы», «Бегущие пятнашки», «Мячом в цель», «Пятнашки», «Снайперы», «Живая цель», «Охотники и утки», «Перестрелка»;

3) для развития скоростных способностей использовали следующие упражнения: специально-беговые упражнения: бег с захлестыванием голени; бег с высоким подниманием бедра; бег прыжками; бег прыжками с выпрыгиванием вверх; прыжки на правой и левой ноге; бег под небольшой уклон; бег с ускорением и другие; бег на короткие дистанции 30м и 60м с высокого и низкого старта; эстафетный бег; бег с ускорением по сигналу; подвижные игры: «Два лагеря», «Мяч в центре», «Веревочка под ногами», «День и ночь», «Лыжники на местах», «Вызов номеров» и другие;

4) для развития общей выносливости использовали следующие упражнения: равномерный бег от 2 до 5 минут; бег по стадиону и бег по пересеченной местности от 200-300 м до 2 км; прыжки на одной и двух ногах через скакалку от 1 минуты до 2-3 мин; прохождение дистанции на лыжах от 1 до 3 км; проплывание дистанции в 25 м бассейне 2-3 раза по 25м; подвижные игры с использованием полосы препятствия, а также игры, когда нужно догонять по очереди друг друга: например, игра «салки» и др.;

5) для развития координационных способностей использовали следующие упражнения: упражнения на равновесие (стойка на правой или левой ноге, руки в стороны или на пояс; ходьба по одной линии на полу, на гимнастической скамейке, простые упражнения на равновесие, стоя на гимнастической скамейке и др.); общеразвивающие упражнения с разнонаправленными движениями рук; общеразвивающие упражнения: сочетание прыжков с одновременным движением рук; скрестный шаг в ходьбе и беге; броски мягкого мяча на точность в цель; броски мяча (теннисного, волейбольного и т.п.) в корзину на расстоянии от 3-5 метров (на точность попадания); сбивание кеглей на расстоянии 3-5 метров с помощью волейбольного и других мячей; подвижные игры: «охотники и утки», «вертуны», «ловкие руки», «вышибалы»; эстафеты с использованием разных мячей, скакалок, обручей, теннисных ракеток и другого инвентаря;

6) для развития гибкости использовали такие упражнения, как: выпады правой и левой ногой; наклоны туловища вправо и влево, вперёд и назад; махи правой и левой ногой вперёд, назад, в стороны; упражнения на растяжку в положении сидя, лёжа (например: из исходного положения сед наклон вперёд к правой и левой ноге и др.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиева М.А. Я сам строю свою жизнь / М.А. Алиева, Т.В. Гришанович, Л.В.Лобанова, Н.Г. Травникова, Е.Г. Трошихина. - СПб: Речь, 2001.- 216с.
2. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений. - М.: Аспект Пресс, 1996. - 376с.
3. Антропова М. В. Гигиена детей и подростков. - М., 1982. - 335 с.
4. Бальсевич В.К. Очерки по возрастной кинезиологии человека / В.К. Бальсевич. – М.: Советский спорт, 2009. – 220с.
5. Бондаревский Е.Я., Мамаджанов Н.М. Исследование зависимости результатов физических упражнений от морфофункциональных особенностей детей школьного возраста // Теория и практика физической, культуры. - 1981. - № 10. - С. 36-38.
6. Боулби Джон. Создание и разрушение эмоциональных связей. - М.: Академический проект, 2004. - 232с.
7. Бутин И. Развитие физических способностей детей. 1-4 классы. - М.: Издательство Владос, 2002. - 74с.
8. Вашкевич И.Н. О влиянии двигательной активности на умственное развитие ребенка // Физическое воспитание в реабилитации детей дошкольного возраста с особенностями психофизического развития: Мат. межд. науч.-практ. конф. - Витебск, 2000. - С. 47-48.
9. Возрастная физиология: Учеб. пособие для студентов / Ю.А.Ермолаев. - М.: СпортАкадемПресс, 2001. - 444 с.
- 10.Гебель В. Ребенок: Медицинско-педагогический справочник: Детские болезни, условия здорового развития, здоровье через воспитание: Пер. с нем. / В. Гебель, М. Хлекер. -М.: Издательство Духовное познание, 2004.-306 с.
- 11.Годик М.А. Спортивная метрология. - М.:Физкультура и спорт,1988.-190с.
- 12.Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005. - М.,2006. - 158 с.
13. Громбах С.М. Режим дня школьника. - М. : Знание, 1965. - 40 с.

14. Губа В.П. Индивидуальные и групповые особенности моторики детей: Учебное пособие. - Смоленск, 1989. - 48 с.
15. Губа В.П., Алпацкая Е.В. Применение упражнений координационной направленности как метод физкультурно-оздоровительной работы с детьми, имеющие отклонения в развитии // Адаптивная физическая культура. - 2003. - № 2. - С.16
16. Гужаловский А.А. Проблема "критических" периодов онтогенеза и ее значение для теории и практики физического воспитания// Очерки по теории физической культуры. М.: ФиС, 1984. с.211-223
17. Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Пятин В.Ф. Руководство по медико-социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. - М.: Медицина, 2001. - 303с.
18. Дети социального риска и их воспитание / Под ред. ЛМ. Шипицыной. - СПб.: Речь, 2003. - 144с.
19. Дом детства - детский дом: Сб. материалов. - Новокузнецк, 1997. -С.34-38.
20. Дорохов Р.Н. Соматические типы и физические качества детей и подростков // Труды СГИФК. - Смоленск, 1995. - С. 197-201.
21. Дубровина И.В., Рузская А.Г. Психическое развитие воспитанников детского дома. - М.: Просвещение, 1990. - 236 с.
22. Ерастова А.П. Роль физического воспитания в подготовке детей к школе. - М., 1980. - 54 с.
23. Еремеева В.Д., Хризман Т.П. Мальчики и девочки - два разных мира: Нейропсихологи - учителям, воспитателям, родителям, школьным психологам. - СПб.: Турскарора, 2000. - 180 с, ил.
24. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. - М.: Просвещение, 1985.-302с.
25. Железняк Ю.Д., Петров П.К. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте: Учебное пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 272с.
26. Зотова О.И., Кряжева И.К. Методы исследования социально-психологических аспектов адаптации личности (Методология методы со-

- циальной психологии) / Под ред. Е.В.Шорохова. - М.: Наука, 1977. - 343-365 с.
- 27.Изаак С.И., Панасюк Т.В., Тамбовцева Р.В. Физическое развитие и биоэнергетика мышечной деятельности школьников. Монография. - Москва-Орел: Изд-во ОРАГС, 2005. - 224 с.
28. Кабачков В. А. Профессионально-прикладная физическая подготовка учащихся в средних ПТУ: методическое пособие.– М.: Академия, **2004**. – 147 с.
- 29.Кашуба В.А. Биомеханика осанки. - Киев: Олимпийская литература, 2003. - 280с.
- 30.Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. - М.: Просвещение, 1994. - 223с.
- 31.Колидзе Э.А. Психология двигательной деятельности ребенка. - Балашов: Изд-во БГПИ, 1999. - 171 с, ил.
- 32.Комплексное сопровождение детей-сирот: Мат. научн.-практ. конф. / Под ред. Л.М. Шипицыной. - СПб., 2003. - 93 с.
- 33.Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л.М. Шипицыной, Е.И. Казаковой. - СПб., 2000. - 108 с.
- 34.Корженевский А.Н., Квашук П.В Особенности адаптации детей к физическим нагрузкам // Теория и практика физической культуры. - 1991. -№5-6.- С. 19-24.
- 35.Корчак Я. Детский дом; уроки прошлого. - М. 1990. - С. 78-95.
- 36.Кошелева Л.Н. и др. В Семье и без семьи. - Сургут: Гради, 2001.- С.23-29.
- 37.Ланда Б.Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности: Учебное пособие. - М.: Советский спорт, 2004. - 192 с.
- 38.Логвина Т.Ю., Овсянкин В.А. Совершенствование функций основных физиологических систем организма у детей с психофизическими особенностями средствами физической культуры // Физическое воспитание в реабилитации детей дошкольного возраста с особенностями психофизическо-

- го развития: Мат. межд. науч.-практ. конф. - Витебск, 2000. -С. 7-10.
- 39.Лях В.И. Двигательные способности школьников: Основы теории и методики развития. - М.: Тера-Спорт, 2000. - 192 с.
- 40.Лях В.И. Тесты в физическом воспитании школьников: Пособие для учителя. – М.: ООО Фирма «Издательство АСТ», 1998. – 272с.
- 41.Матвеев А.П. Методика физического воспитания в начальной школе. - М.: Издательство Владос, 2003. - 254с.
- 42.Муравьев В.А., Назарова Н.Н. Воспитание физических качеств детей дошкольного и младшего школьного возраста: Методическое пособие. - М.: Издательство Айрис-Пресс, 2004. - 68 с.
43. Новик Г.В. Оздоровительные занятия для учащихся младшего школьного возраста с учетом особенностей физического развития: Автореф. дис. . канд. пед. наук. -М., 1997. 21 с.
- 44.Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 1996.-360с.
- 45.Олиференко Л.Я. и др. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. - М., 2002. - 256 с.
- 46.Положение детей в Российской Федерации. Итоги социальной политики 1990-х годов и перспективы. Доклад Всемирного Банка: Пер. с англ. - М.: Весь Мир, 2003. - 304с.
47. Потапова Г. Н. Социальная адаптация и состояние здоровья детей, воспитывающихся в детских домах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 1994. 24 с.
- 48.Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика.- М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. - 304с.
- 49.Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. - М; 1990. - 160 с.
- 50.Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Работа психолога в учреждения интернатного типа для детей, оставшихся без попечения родителей: Рабочая книга школьного психолога. - М.; Просвещение, 1991. - 374 с.

51. Пузырь Ю.П. Управление физическим воспитанием в образовательных учреждениях на основе мониторинга физического состояния: автореф. дис. ... канд. пед. наук. - М., 2006. - 23 с.
52. Раттер Майкл. Помощь трудным детям. - М., 1999. - 432 с.
53. Сидоров П.И., Ганжин В.Т. Общественное здоровье и социальные недуги. - Архангельск, 1995. - С. 37-48.
54. Соколов Е.В. Коррекция развития резервных возможностей системы дыхания у детей школьного возраста // Человек, здоровье, физическая культура и спорт в изменяющемся мире: Матер. X науч.-практ. конф. по проблемам физического воспитания учащихся. - Коломна, 2000. - С.25.
55. Солодков А.С., Есина Е.М. Функциональное развитие детей дошкольного возраста // Материалы итог. научн. конф. ин-та за 1997 г. - СПб.: ВИФК, 1998. - С. 142-143.
56. Солодков А.С., Симоненко Н.П., Чусляева Е.Е. Физиологическая характеристика урока физической культуры в школе: Учебн.-метод. пос. - СПб.: СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 1997. - 46 с.
57. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник. – Изд.3-е испр. и доп. – М.: Советский спорт, 2008. – 620с.
58. Травин Ю.Г. О развитии двигательных качеств у школьников // Физическая культура в школе. - 1981. - № 4. - С. 9-15
59. Чернова Татьяна Владимировна. Состояние здоровья детей 3-7 лет, воспитывающихся в дошкольных детских домах и пути его коррекции средствами физического воспитания : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.07.- Москва, 1990.- 23 с.
60. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Виноградова.А.Д. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. - СПб., 1997. - 160 с.
61. Шишкина В.А., Мащенко М.В. Какая физкультура нужна дошкольнику: Книга для воспитателей детского сада и родителей. - М.: Просвещение, 1998. - 80 с.
62. Шульга Т.И., Слот В., Спаниард Х. Методика работы с детьми «группы

риска». - М.: Просвещение, 2001. -128 с.

63. Юрко Г.П. Состояние здоровья детей и разработка оздоровительных мероприятий в дошкольных образовательных учреждениях / Г.П. Юрко, И.П. Лашнева, Н.О. Березина и др. // ГиС. 2000. - № 4. - С. 39-41.