Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Средняя общеобразовательная школа №6»

Бавлинского муниципального района Республики Татарстан

**ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Маликова Ксения Викторовна (учитель физической культуры первой квалификационной категории)

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………2

ГЛАВА I.ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР……………………………………...5

1.1 Медико-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата………………………5

1.2 Особенности игровой и других видов деятельности дошкольников с нарушением опорно-двигательного аппарата…………………………………7

1.3 Особенности физического развития детей с нарушением опорно-двигательного аппарата…………………………………………………………13

1.4 Возможности коррекции двигательных нарушений при нарушении опорно-двигательного аппарата………………………………………………...15

1.5 Игра как средство коррекции двигательных нарушений дошкольников с нарушением опорно-двигательного аппарата………………18

ГЛАВА II.МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ……….23

2.1 Методы исследования………………………………………………..23

2.2 Организация исследования…………………………………………..25

ВЫВОДЫ………………………………………………………………….27

БИБЛИОГРАФИЯ……………………………………………………….28

ПРИЛОЖЕНИЕ…………………………………………………………...31

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время количество детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата значительно возросло. По некоторым данным, 6 детей на 1000.

Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата нуждаются в оказании специально организованной психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Чрезвычайно важна роль своевременной и качественной диагностики, профилактики и коррекции поведенческих, нервно-психических, двигательных и патохарактерологических расстройств для успешной социальной интеграции детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. В свою очередь, процесс социальной адаптации невозможен без достаточного уровня развития двигательных способностей ребенка.

**Объект исследования:** Физическое воспитание детей младшего школьного возраста с функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

**Предмет исследования:** Структура и содержание обучения подвижным играм с коррекционной направленностью детей младшего школьного возраста, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата.

**Гипотеза:** мы предполагаем, что при обучении подвижным играм детей младшего школьного возраста можно достигнуть эффективной коррекции имеющихся нарушений опорно-двигательного аппарата .

**Цель данной работы** изучение эффективности использования игровых приемов в коррекции двигательных нарушений у младшего дошкольников при различных формах нарушений функций опорно-двигательного аппарата.

Данная цель определяет постановку следующих **задач:**

1. Проанализировать особенности физического развития и двигательных функций у учащихся младших классов с нарушениями зрения;

2. Определить значение борьбы в физическом развитии младших  
Школьников с нарушениями зрения;

3. Описать организацию занятий по борьбе для детей с нарушениями  
зрения;

4. Выявить результаты использования организации занятий борьбы.  
Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования:**

1. Анализ литературных источников и обобщение передового практического опыта ведущих тренеров.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Тестирование
4. Педагогический эксперимент.
5. Методы математической статистики.

Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка, приложения.

**ГЛАВ I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

**1.1 Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

Основным клиническим симптомом нарушения функций опорно-двигательного аппарата является нарушение двигательной функции, связанной с задержкой развития или неправильным развитием статокинетических рефлексов, патологией мышечного тонуса, парезами. К двигательным расстройствам в большей части случаев присоединяются нарушения зрения и слуха (20-25%), речи и др. У некоторых детей могут наблюдаться сопутствующие синдромы: судорожный, мозжечковый, гипертензионный, гиперкинетический и иные. Такая сложная клиническая картина и вынужденная обездвиженность создает дефицитарный характер психического развития ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, что весьма отрицательно сказывается на его познавательной деятельности в целом. Наиболее распространенной формой нарушения психического развития при данном заболевании является задержка психического развития (50% всей популяции детей с ДЦП) и примерно 20-25% имеют умственную отсталость различной степени выраженности.

Следует отметить, что нарушение функций опорно-двигательного аппарата не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом при правильном лечении, реабилитации и коррекционно-педагогической работе состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, также как и двигательные имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний.

Двигательные нарушения у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата имеют различную степень выраженности.

Тяжелая. Дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Они не могут себя обслуживать.

Средняя. Дети овладевают ходьбой, но передвигаются с помощью ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.п.) Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.

Легкая. Дети ходят самостоятельно. Они могут себя обслуживать, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

При легкой и средней степени поражения (а таких детей более 70% среди всех, страдающих нарушениями функций опорно-двигательного аппарата) дети могут посещать коррекционно-образовательные детские учреждения. Наиболее тяжелые больные воспитываются и обучаются в специальных учреждениях интернатского типа для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Медицинской наукой накоплены огромные данные о причинах возникновения детского церебрального паралича. Многочисленные исследования свидетельствуют о нарушении развития плода под влиянием различных вредных факторов. В настоящее время доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Принято выделять: перинатальные, перинатальные и постнатальные неблагоприятные факторы, имеющие отношения к происхождению нарушений функций опорно-двигательного аппарата.

Перинатальные факторы.

конституция матери,

соматические, сердечно-сосудистые, эндокринные, инфекционные заболевания будущей матери (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус),

вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания);

физические травмы, ушибы плода;

осложнения предыдущей беременности;

физические факторы (перегревание или переохлаждение, действие вибрации, облучение);

некоторые лекарственные препараты;

несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови;

экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода, воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок, повышенный уровень радиации).

Все выше перечисленные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие нервной системы плода в этих условиях нарушается.

К факторам, нарушающим развитие плода также относят следующие: вес менее 1500 гр., микроцефалия, ненормальная позиция плода, малый вес плаценты, беременность сроком менее 37 недель, аномалия конечностей, генетические факторы.

**1.2 Особенности игровой и других видов деятельности дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.**

В дошкольном возрасте развиваются сразу несколько видов деятельности. Ведущим видом деятельности в этот период считается игровая деятельность, однако важное значение имеют также трудовая, учебная, изобразительная и другие виды деятельности. У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе и двигательных.

У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предметная деятельность, предшествующая игровой, формируется со значительным опозданием. Известно, что действия с предметами формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, нормально развивающийся ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда уже хорошо держит голову, сидит. По мере совершенствования действий с предметами у него развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предметов на ощупь. Все это имеет важное значение для развития познавательной деятельности ребенка. У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предметные действия затруднены вследствие сложной структуры двигательного дефекта. Это приводит к задержке формирования целостного представления о предмете, к недостаточному запасу знаний и представлений об окружающем мире. Для развития предметной деятельности важное значение имеет сформированность зрительно-моторной координации. Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата часто не могут следить глазами за движениями и действиями рук, что препятствует формированию предметной деятельности. Эти и некоторые другие особенности формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры.

Это касается не только сюжетно-ролевых игр, но и дидактических, подвижных, строительных, музыкальных и других видов игр. Однако полноценное освоение ребенком всего спектра игр является чрезвычайно важным условием для нормального развития личности, формирования познавательных психических процессов, коммуникативных навыков, развития других видов деятельности. Как показали исследования, по уровню сформированности игровой деятельности группа детей снарушениями функций опорно-двигательного аппарата не является однородной. По данным Г.Н. Малофеевой, среди больных с церебральными параличами есть группа детей (дети с лобно-подкорковыми нарушениями) с аномалиями в развитии поведения. Эмоциональное состояние этих детей выражается или в повышенной возбудимости, эйфории, хаотичности всей деятельности, импульсивности, или в подавленности настроения, аспонтанности, общей заторможенности. Даже в случаях более легкой, чем у многих, неврологической симптоматики, при относительно благоприятном фоне состояния двигательной сферы и речи, особенно ярко выступает глубокое нарушение поведения. Данная категория детей характеризуется отсутствием игрового процесса и предметной деятельности. Многие дети со спастическими параличами не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Иногда полностью отсутствует целенаправленная предметная деятельность, хотя в двигательном отношении больные могли бы свободно пользоваться руками и могли бы брать игрушки и манипулировать ими еще в раннем возрасте. Однако, по данным автора, к 8-11 годам многие из этих детей не умели играть даже в простейшие игры они, в лучшем случае, брали игрушку в руки, стучали ею по столу, по своей руке. Такая «игра» продолжалась по 25-30 мин с любым предметом. Свою «игру» дети никогда не сопровождали речью.

Динамику развития игровой деятельности у дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата изучала Н.В. Симонова. В ее исследовании состояние и динамика развития игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) оценивались по следующим параметрам: наличие мотива, замысла сюжета игры, создание игровой ситуации и принятие на себя роли, овладение приемами реализации игрового действия, планирование, регулирование и соподчинение действий по ходу игры. Результаты исследования показали следующее.

Игровая деятельность дошкольников снарушениями функций опорно-двигательного аппарата 4-5 лет (1-й год обучения) на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом».

Целенаправленное обучение игровой деятельности с показом игровых действий и ситуаций изменяет характер игры, приводит к формированию устойчивых групп играющих «рядом» либо к подгрупповым играм на основе индивидуальных и эмоционально-личностных предпочтений. Возникает эпизодическое общение между детьми в рамках игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, формируется и обогащается отобразительная игра, процессуальные действия, возникает использование предметов-заместителей. Под влиянием коррекционно-развивающей работы увеличивается продолжительность игры до 10-20 мин.

Таким образом, в результате обучения детей с ДЦП 4-5 лет игровой деятельности на первом году обучения отмечается динамика в развитии игры, проявляющаяся в развитии мотивационно-потребностных и операционных ее компонентов. Предметные действия приобретают характер отобразительных и даже ролевых игр.

Игровая деятельность детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата 5-6 лет (2-й год обучения) характеризуется становлением сюжетно-ролевой игры. Расширяется тематика игр, игра структурно обогащается, увеличивается ее продолжительность, совершенствуются игровые приемы, используются предметы-заместители, игра носит групповой характер (в игре участвуют 4-5 человек), возникает принятие на себя роли, ролевое общение в игре. Такие качественно-количественные положительные изменения в игровой деятельности возможны в основном за счет грамотного психолого-педагогического сопровождения детей и проведения коррекционно-развивающей работы с ними.

Игровая деятельность дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата 6-7 лет (3-й год обучения) характеризуется незначительными изменениями структурно-динамической стороны. Однако на этом этапе появляется формирование самостоятельных творческих коллективов, сворачивается направляющая, планирующая и контролирующая роль взрослого в игре. Если раньше он был инициатором игры, то теперь только содействует игре, наблюдает за процессом, советует и помогает. В игре в большей степени и более полно отражаются взаимоотношения людей, их ролевое взаимодействие. Замысел становится творческим, игра может включать в себя несколько компонентов и состоять из нескольких сюжетов, последовательно переходящих один в другой. Продолжительность игры достигает 35 мин и более.

Таким образом, изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой деятельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и ребенка без двигательной патологии нельзя отождествлять. У детей снарушениями функций опорно-двигательного аппарата обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравномерная сформированность отдельных структурных компонентов игры внутри одного игрового уровня. Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мотивации к игровой деятельности, снижение активности и самостоятельности в игре.

Уже в дошкольном возрасте можно начать формирование трудовых навыков и умений у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Организация трудовой деятельности дошкольников специфична. Она направлена не столько на получение конечного результата, сколько на совершение самого процесса. В дошкольном возрасте эта деятельность важна как средство разностороннего развития ребенка: обогащаются знания и представления ребенка об окружающем мире, о свойствах и качествах предметов, устанавливаются причинно-следственные связи и взаимоотношения, т.е. в рамках данного вида деятельности развиваются все познавательные психические процессы. Трудовая деятельность рассматривается как источник развития личности: она формирует волевые качества, мотивационно-потребностную сферу личности, такие черты характера, как трудолюбие, настойчивость, аккуратность и др. Труд является мощным источником нравственного развития. Трудовая деятельность обычно носит коллективный характер, и в ее процессе развиваются коммуникативные навыки детей, умение взаимодействовать, вырабатывать коллективное решение, распределять обязанности, совместно планировать деятельность.

Обычно выделяют следующие виды трудовой деятельности дошкольников: самообслуживание, хозяйственно-бытовой труд, труд в природе, ручной труд. В связи с двигательной патологией, имеющейся у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, особую актуальность в дошкольном возрасте приобретает освоение навыков самообслуживания. Формирование этих навыков у дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является частью подготовки их к школе и к самостоятельной жизни. Трудности развития этих навыков связаны с особенностями заболевания. У многих детей отмечается апраксия, т.е. неумение выполнять целенаправленные практические действия. Такие дети с особым трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок; они долго не могут научиться застилать кровать, затрудняются в письме, в конструировании из кубиков, палочек и т.д. Целенаправленные практические действия (праксис) развиваются в процессе манипулятивной деятельности, поэтому, когда родители, жалея ребенка, стараются все сделать за него, лишая его возможности овладеть практическим опытом, отмечается задержка в формировании праксиса — так называемая вторичная апраксия. Явления апраксии негативно влияют на становление не только навыков самообслуживания, но и на развитие различных видов деятельности.

Негативно на развитие различных видов деятельности влияет стиль воспитания ребенка по типу гиперопеки. В этих случаях у ребенка не формируется потребность в деятельности, в речевом общении, не развивается способность к волевому усилию, мотивационная сфера, складывается неадекватная самооценка. Данный стиль воспитания искусственно приводит к депривации в сфере деятельности.

Таким образом, основным условием развития предметной, игровой, трудовой, учебной и других видов деятельности у ребенка с ДЦП является проводимая с ним адекватная, грамотная, систематическая коррекционно-развивающая работа по формированию основных структурных компонентов каждого из видов деятельности.

Негативное влияние двигательного дефекта на психическое развитие ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата приводит к тому, что он развивается в условиях дизонтогенеза по дефицитарному типу. Однако чем раньше будет проведена диагностика двигательной патологии и психического развития ребенка, чем раньше будет начата комплексная психолого-педагогическая коррекционно-развивающая работа, тем меньше будет вероятность возникновения тяжелых вторичных отклонений в психическом развитии и тем благоприятнее будет прогноз по социальной реабилитации и адаптации.

**1.3 Особенности физического развития детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

В работе Е.М. Мастюковой, о нейроонтогенетическом подходе к структуре двигательного дефекта, отмечается, что целесообразно выделить два типа нарушения при этом заболевании. Первый тип связан с задержкой формирования тех или иных функций, например, отставание функций сидения, стояния, ходьбы, произвольного захватывания.

Второй тип отражает наличие примитивных форм двигательной активности, не характерных для данного возраста ребенка и поэтому патологических, например, сохранность хватательного рефлекса после 6-7 месяцев жизни, шагательный рефлекс после 4-6 недель жизни.

В старшем дошкольном возрасте дети предпочитают сидеть с полусогнутыми ногами, согнув спину, несколько наклонившись вперед, с опущенными разогнутыми руками.

При гиперкинетической форме влияние распространяется на разгибание мышц голеней, разгибанием мышц шеи и спины. Дети передвигаются вперед на прямых ногах, опираясь на передние отделы несколько повернутых вовнутрь стоп. Равновесие при ходьбе поддерживается боковыми качаниями туловища и некоординированными взмахами рук.

Данный вопрос освещен в методическом пособии под редакцией Шматко. Она указывает на то, что основным проявлением двигательных нарушений бывает неустойчивая ходьба, неумение самостоятельно спускаться и подниматься по лестнице без помощи взрослого дети затрудняются одеться, раздеться, зашнуровать ботинки, завязать бантик, застегнуть пуговицу и молнию.

У данной категории детей может быть поражена правая или левая рука, они не могут совершать действия больной рукой. Отмечается нарушение координации движения: ходят на широко расставленных ногах, походка их крайне неустойчива, а при испуге или волнении могут упасть. Навыки самообслуживания у них чаще всего недостаточно сформированы, предметно-практическая деятельность крайне ограничена, не готовы к овладению навыками рисования, письма. Иногда у детей отмечается повышенное слюноотделение. Эти дети быстро устают, особенно во время активных действий, и поэтому нуждаются в частых паузах.

У детей при удержании карандаша, руки наблюдается вялость пальцев или, наоборот, чрезмерное напряжение малая подвижность.

Дефекты моторики рук обнаруживаются в процессе формирования трудовых и бытовых навыков. На уроках труда такие дети без специальной коррекции затрудняются работать с пластилином: не могут его раскатать, разделить на части. Несформированность функций дифференциация захвата и удержания предмета, насильственные движения и невозможность соразмерить мышечные усилия с двигательной задачей мешают выполнению трудовых операций.

Особенности двигательных нарушений у детей с церебральным параличом проявляется при подвижных играх. Выполнение упражнений на занятиях физической культуры затруднено за счет того, что дети не могут воспроизвести правильно исходные положения, сохранить устойчивость в статической позе, выполнить упражнения с нужной амплитудой, осуществить движения слитно и в нужном темпе, согласовать движения рук, туловища и ног.

У дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата отмечаются трудности при упражнении с различными предметами: затруднен захват и удержание предметов различной формы. Нередко при выполнении упражнений у детей появляется нарушение дыхания: оно становится поверхностным, аритмичным.

**1.4 Возможности коррекции двигательных нарушений при нарушении функций опорно-двигательного аппарата**

После обследования ребенка МПК даются рекомендации по ортопедическому режиму. Дальнейшая работа осуществляется совместно с методистами ЛФК, учителями, воспитателями, логопедами. Такая комплексная работа помогает достичь наиболее положительного результата. Основными направлениями работы по коррекции двигательных нарушений являются формирование навыков самообследования, развитие практической деятельности и подготовка руки к письму. При этом важно помнить, что овладение двигательными навыками происходит поэтапно и требует большого времени.

Воспитание двигательных навыков у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата целесообразно проводить в ходе интересных и понятных для них игр.

Важной задачей является обучение ребенка самостоятельному приему пищи, различные действия во время одевания, развитию движений руки.

Как указывает К.А. Семенова, в своей работе, задачей ЛФК при лечении больного с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является воспитание необходимого двигательного стереотипа. Целью таких упражнений является коррекция вертикальной позы, обучение ходьбе в новых условиях.

Для воспитания чувства равновесия и координации движений больного намеренно пытаются вывести из положения равновесия с помощью различных мячей. Мяч кидают на разную высоту и в разных направлениях так, чтобы он ловил его справа, слева, на уровне груди или отставил ногу в сторону. Ходьбе обучают постепенно. Сначала, когда больной ходит с опорой на ходилку, следят за положением туловища. Больной не должен наклоняться вперед, в сторону, подтаскивать ноги.

При нарушениях функций опорно-двигательного аппарата необходимо длительное, планомерное и последовательное лечение: в клиниках, санаториях, курортах, интернатах, специализированных ДОУ. Решению этой задачи способствуют различные формы организации занятий физическими упражнениями.

С помощью разнообразных средств физического воспитания у детей формируется та основа естественных видов двигательных действий, которая затем помогает свободно управлять двигательными актами, входящими в игровые и трудовые операции. Общеразвивающие и коррегирующие упражнения и игры систематизированы по характеру основного воздействия на организм: дыхательные упражнения, упражнения по коррекции позо-тонических реакций. Позотонические реакции проявляются в закономерном изменении тонуса мышц, туловища и конечностей в зависимости от общей позы.

О возможностях восстановительного лечения нарушений функций опорно-двигательного аппарата изложено Т.Г. Шамариным и Т.И. Беловой. В литературе приводятся данные по исправлению двигательных нарушений у детей с ДЦП (Шамарин, Белова, Шматко, Беляева).

Авторы рекомендуют воспитание способности самостоятельно сидеть проводить с 5-6 месяцев жизни ребенка (то есть, придерживаясь последовательного развития функцией во временном измерении).

Приведем некоторый набор упражнений:

Ребенок лежит на мяче. Голова и туловище выдвигаются вперед за счет перекатывания мяча. Руками активно или активно-пассивно разогнутыми в локтевых суставах ребенок должен ладонями опереться о пол.

Положение "сидя". Туловище фиксировано в разгибательной позиции, голова выпрямлена. Левой рукой ребенок держится за перекладину, правой – активно или активно-пассивно дотягивается до нагрузки, находящейся спереди, сбоку или сверху от ребенка, берет и подносит к лицу.

Положение "сидя". Голова и туловище выпрямлены. Левой рукой ребенок держится за канат, правой активно или активно-пассивно дотягивается до игрушки, находящейся спереди, сбоку, вверху от ребенка, берет ее и подносит к лицу.

Авторами приводится еще ряд упражнений.

Для обучения письму большое значение имеет сгибание кисти и пальцев. Укладка в положении сидя, плечо свободно свисает вдоль туловища, предплечье согнуто под углом 90°, кисть фиксирована в сгибательной позиции, пальцы сжаты в кулак. После 2-3 минут укладки производят одновременное сгибание кисти и пальцев до первых признаков повышения мышечного тонуса.

**1.5 Игра как средство коррекции двигательных нарушений дошкольников с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

Подвижная игра - специфический вид двигательной деятельности. Она является сознательной деятельностью, направленной на достижение поставленной цели. Подвижные игры занимают ведущее место, как в физическом воспитании здорового ребенка, так и в процессе физической реабилитации больных и инвалидов, позволяя на высоком эмоциональном уровне эффективно решать лечебные и воспитательные задачи.

Подвижная игра как средство коррекции обладает целым рядом качеств, среди которых важнейшее место занимает высокая эмоциональность играющих. Эмоции в игре имеют сложный характер. Это и удовольствие от мышечной работы в игре, от чувства бодрости и энергии, от возможности дружеского общения в коллективной игре, от достижения поставленной в игре цели. Во время подвижной игры осуществляется комплексное воздействие на моторику и нервно-психическую сферу ребенка с детским церебральным параличом.

Подвижная игра относится к тем проявлениям игровой деятельности, в которых ярко выражена роль движений. Для подвижной игры характерны творческие активные двигательные действия, мотивированные ее сюжетом (темой, идеей). Эти действия частично ограничиваются правилами (общепринятыми, установленными руководителем или играющими). Они направляются на преодоление различных трудностей по пути к достижению поставленной цели (выиграть, овладеть определенными приемами) [Коротков, 1971; Страковская, 1978; Фонарев, 1969; Фонарев, Фонарева, 1981].

Преимущество подвижных игр перед строго дозированными упражнениями в том, что игра всегда связана с инициативой, фантазией, творчеством, протекает эмоционально, стимулирует двигательную активность. В игре используются естественные движения большей частью в развлекательной ненавязчивой форме [Гребешева и др., 1990].

Подвижные игры, как правило, не требуют от участников специальной подготовленности. Одни и те же подвижные игры могут проводиться в разнообразных условиях, с большим или меньшим числом участников, по различным правилам.

Важнейший результат игры - это радость и эмоциональный подъем. Именно благодаря этому замечательному свойству подвижные игры, особенно с элементами соревнования, больше, чем другие формы физического воспитания, адекватны потребностям организма в движении.

Для целенаправленной тренировки некоторых мышечных групп наряду с подвижными играми могут использоваться упражнения игрового характера, которые не имеют законченного сюжета, развития событий (например, эстафеты) [Семенова, 1988; Страковская, 1987; Фонарев, Фонарева, 1981].

В подвижных играх с элементами соревнования, как и в спорте, формируются выдержка, самообладание, правильное реагирование на неудачу.

Правильно организованные подвижные игры оказывают благоприятное влияние на развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки. Благодаря этому большое значение приобретают подвижные игры, вовлекающие в разнообразную, преимущественно динамическую работу, различные крупные и мелкие мышечные группы, игры, увеличивающие подвижность в суставах.

Подвижные игры активизируют деятельность сердца и легких, повышают их работоспособность, содействуют улучшению кровообращения и обмена веществ в организме.

Игры с активными, энергичными, многократно повторяющимися двигательными действиями, но не связанные с длительным односторонним силовым напряжением (особенно статическим), способствуют совершенствованию важнейших систем и функций организма. Именно поэтому в играх не должно быть чрезмерных мышечных напряжений и продолжительных задержек дыхания (натуживание). Важно, чтобы игры оказывали благоприятное влияние на нервную систему занимающихся. Это достигается путем оптимальных нагрузок на память и внимание играющих, а также такой организацией игр, которая вызывает у занимающихся положительные эмоции [Семенова, 1976; Страковская, 1978; Фонарев, Фонарева, 1981].

В литературе имеются многочисленные данные о положительном влиянии подвижных игр на организм здорового человека [см. например, Левченко, 1991]. Однако их воздействие на состояние больных детей, методика игр с такой категорией больных ДЦП, изучены недостаточно.

Некоторые авторы [Апарин, Платонова, 1983; Исанова, 1993; Лебединский, Спиваковская, 1973; Пилюгина, 1983; Полеся, Петренко, 1980; Страковская, 1994] отмечали успешное использование подвижных игр при отдельных заболеваниях, например, опорно-двигательного аппарата (травмы, нарушения осанки, сколиозы), при инфекционном полиартрите и ряда других заболеваний.

В зарубежной литературе имеются монографии [Austin, 1978; Steadward R.D., C. Walsh, 1986], разделы которых посвящены использованию подвижных игр при заболеваниях у детей, а также отдельные статьи [Decocg, 1974; Paul, 1987; The play of children..., 1981] по этому вопросу. В этих работах отмечается положительное лечебное действие игр на детей с нарушениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. На хорошую динамику состояния детей при церебральных параличах в результате использования подвижных игр указывают J. Beckwith и J.L. Frost [1985].

В последнее время в общем комплексе коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с детским церебральным параличом все большее внимание уделяют игровой деятельности, как элементу коррекции и социальной адаптации.

При проведении подвижных игр с дошкольниками с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата главная задача состоит в содействии вертикализации тела ребенка, его подвижности, совершенствование мелкой моторики рук. Важное условие решения этой задачи - расслабление спастически сокращенных мышц и укрепление ослабленных, растянутых мышц. Подвижные игры особенно важны и привлекательны для больных детей тем, что специально направленными упражнениями оказывают на их организм трофическое влияние, способствующее восстановлению иннервационных механизмов и предупреждению образования вторичных контрактур и деформаций, а при необходимости содействуют формированию компенсации, способствуют улучшению психомоторных показателей развития, улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного аппарата, коррекции нарушенной осанки.

Последующее усложнение игры (направленное на более совершенную технику движения, подвижность нервно-мышечного аппарата, высокую степень координации и мышечного напряжения) ведет к тому, что ребенок в силу большого эмоционального напряжения делает максимальное волевое движение, а отсюда - значительно большая возможность упрочения производимого движения и перехода его в полуавтоматизированное. Подобным же влиянием обладают и игры-эстафеты.

Сложная взаимосвязь между стремлением к выполнению условий той или иной игры, с которым связано чувство собственного успеха, самоутверждения в коллективе и напряженностью положительных эмоциональных реакций приводят к тому, что во время индивидуальных занятий физическими упражнениями и другими формами коррекции, ребенок с церебральным параличом работает с большей активностью над становлением движений.

Нередко под влиянием эмоционального фактора - стремления к успешному участию в игре - ребенок значительно более правильно производит то движение, выполнить которое или скорректировать движение, производившееся недостаточно правильно или же не в полном объеме, не удается ему во время индивидуальных занятий или в процессе других видов деятельности.

Изучив литературу по данной проблеме, приходим к выводу, что систематическое использование игровых методов при проведении ЛФК и других видов занятий позволяет добиться хороших результатов в улучшении двигательных навыков.

**ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1 Методы исследования**

**2.1.1 Анализ литературных источников**

Проблемам изучения, обучения, воспитания, лечения и комплексной реабилитации больных с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата разного возраста посвящены многочисленные работы клиницистов, педагогов, психологов (Л.О. Бадалян, Л.И. Виноградова, М.В. Ипполитова., Э.С. Калижнюк, И.И. Кириченко, К.А. Семенова, Т.И.Серганова, О.В. Степанченко, Л.М. Шипицына и др.). Анализ этих работ показал, что все авторы указывают на важную роль развития двигательных навыков в системе комплексной реабилитации этих детей особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте (3, 13, 22).

Профориентация и возможность трудовой деятельности при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата зависят от степени функциональных возможностей двигательного аппарата при условии сохранности интеллектуальной сферы. Имеющиеся в литературе материалы свидетельствуют о том, что в процессе роста, лечения, формирования двигательных навыков и развития зрительно-моторной координации, кинестетического гнозиса происходит созревание конечных звеньев двигательного анализатора. Проведение адекватных реабилитационных мероприятий на ранних этапах возрастного развития обуславливает снижение влияния патологических тонических рефлексов. Большое значение в комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом имеет раннее развитие трудовых навыков, что невозможно без достаточного уровня наглядных форм мышления и двигательных возможностей.

**2.1.2 Педагогическое наблюдение**

Педагогические наблюдения проводились в ходе занятий плаванием. Это позволило собрать первичную информацию о детях с нарушением опорно-двигательного аппарата.

**2.1.3 Тестирование физической подготовки**

Мы провели тестирование физической подготовки при помощи следующих упражнений: устойчивость тела, гибкость, мышечная сила, быстрота, ловкость.

**Устойчивость тела.**

Ребенок становится в основную стойку - стопы сдвинуты, глаза закрыты,  
руки вытянуты вперёд, пальцы разведены (усложнённый вариант - стопы  
находятся на одной линии, носок к пятке). Определяют время устойчивости и  
наличие дрожания кистей. У тренированных людей время устойчивости  
возрастает по мере улучшения функционального состояния нервно-  
мышечной системы.

**Гибкость.**

Подвижность позвоночника определяется при наклоне вперед без сгибания ног в коленных суставах, при этом измеряется расстояние между кончиками пальцев выпрямленных рук и опорной поверхностью.

**Мышечная сила.**

Выполняется подтягивание на перекладине без фиксации времени, а кто сколько может, (кол-во раз)

**Быстрота.**

Ребенок берет в левую руку монету и, разжав пальцы, уронить, стараясь поймать ее другой рукой, расположенной ниже первой на 30-40 см. Выполняется 5 попыток и оцениваться по количеству выполненного.

**Ловкость.**

Метание мяча в корзину или другие упражнения. Выполняется 5 попыток и оцениваться по количеству выполненного.

**2.1.4 Педагогический эксперимент**

Педагогический эксперимент. Сущность эксперимента заключается в следующем, провести тестирование физической подготовки и сравнить полученные результаты до и после эксперимента, детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

**2.2 Организация исследования**

Экспериментальной базой исследования являлась специальная (коррекционная) образовательная школа 3-4 вида для детей с отклонениями в развитии. В качестве испытуемых выступили дети 3 класса. Занятие плаванием проводилось с октября по декабрь 2011 года.

Исследования осуществлялось в несколько этапов.

*На первом этапе* выявлялась актуальность и уровень разработанности проблемы исследования путем изучения научно-методической литературы. Определены цель, предмет, основные задачи и методы исследования.

*На втором этапе* проводились измерения по выявлению исходных показателей физических показателей детей младшего школьного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата.

*На третьем этапе* был проведен формирующий педагогический эксперимент по диагностики физических показателей по завершению проведения системы занятий подвижными играми.

Анализ данной подготовки показывает, что нарушение опорно-двигательного аппарата у детей младшего школьного возраста негативно сказывается на двигательную подготовленность. Причиной этого является то, что учащиеся не могут правильно организовать свои двигательные возможности.

Проведение занятий подвижными играми способствовало тому, что у детей повысилась сила и скорость двигательных действий, изменился уровень общей выносливости и координационных способностей в лучшую сторону.

Исследование показало, что уровень физической подготовки детей стал более высоким (Таблица 4), а это дает предпосылки к эффективному использованию средств и методов физической культуры для целенаправленного воздействия на организм детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

выводы

В ходе работы были сделаны следующие выводы:

1. Анализируя особенности физического развития и двигательные функции у учащихся младших классов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, мы выявили, что физическое воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, является важной составной частью воспитания, так как оно направлено на всестороннее развитие детей, подготовку их к жизни и труду, формирование двигательных умений и навыков, достижение высокого уровня физической подготовленности, повышение работоспособности.
2. Под влиянием направленного физического воспитания и применения систематических занятий подвижными играми, мы определили, что происходит перестройка в двигательном анализаторе, улучшается мышечная работоспособность, нормализуется деятельность сердечнососудистой и дыхательной систем, улучшается функциональное состояние детей;
3. Таким образом, мы выявили результаты проведение систематических занятий подвижными играми, которое поспособствовало тому, что у детей повысилась сила и скорость двигательных действий, изменился уровень общей выносливости и координационных способностей в лучшую сторону.

БИБЛИОГРАФИЯ

1.         Астрахан Д.Х., Полякова С.Г. Клинико-психологический анализ готовности к школьному обучению детей, страдающих церебральными параличами / Вопросы диагностики и коррекции развития детей с ограниченными возможностями: сб. науч. тр. – Иркутск: ИГПУ,1997

2.         Астрахан Д.Х. раздел 7.1. Трудности развития детей: виды, характеристика,. Коррекционные подходы: учебное пос. – Иркутск 2001

3.         Бадалян Л.О. Детская невралгия – М.: Медицина, 1984.

4.         Барашнев Ю.И. Болезни нервной системы новорожденных детей. М., 1971, 199с.

5.         Бортфельд С.А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе. "Медицина", 1971, 247с.

6.         Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. ЛФК и массаж при ДЦП, - М.; Медицина, 1986.

7.         Ганзина Н.В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП / Ганзина Н.В, Губарева Т.И. // Спорт, духовные ценности, культура. - М., 1997. - Вып. 8. - С. 175-186.

8.         Глазырина Л.Д., Овсянкин В.А. Методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – М.: Владос, 1999. – 175 с.

9.         Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л. "Медицина", 1974, 207с.

10.      Гуровец Г.В. Реабилитация психомоторных нарушений на занятиях ЛФК // Дефектология № 1, 1999.

11.      Дети с отклонениями в развитии мет. пос. для педагогов, воспитателей / сост. Шматко Н.Д. – М.: Аквариум, 1997.

12.      Жуховицкий М.С., Айзиков Г.С., Трудотерапия в лечении детских церебральных параличей.- В кн.: Проблемы восстановления при паралитических заболеваниях у детей. М., 1964, с. 292-294.

13.      Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральными параличами в семье. М., 1993.

14.      Кенеман А.В., Хухлаева Д.В. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 1985. – 271 с.

15.      Клячкин Л.М., Виноградова М.Н. Физиотерапия. М., 1995.

16.      Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.

17.      Лопухина И.С. Логопедия – речь, ритм, движение: пособие для логопедов и родителей – С.Пб.; Дельта, 1997.

18.      Макович З.Х. Природа двигательных нарушений при детских церебральных параличах и некоторые особенности восстановительной терапии.- Материалы 10-й сессии Ин-та полиомиелита и энцифалита. М. 1964, с. 278-280.

19.      Макович З.Х., Дементьева Р.К. Основные принципы лечебной физкультуры при детском церебральном параличе.- В кн.: Детские церебральные параличи (Тр. конф., посвящ. дальнейшему улучшению помощи детям, страдающим церебр. параличами). М.,1971, с. 140-145.

20.      Макович З.Х., Жуховицкий М.С., Дементьева Р.К. Двигательные расстройства при церебральных параличах у детей и методика лечебной гимнастики. М., "Советская Россия", 1969, 42с.

21.      Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом – М.: Медицина, 1991.

22.      Мастюкова Е.М., Певзнер М.С., Пермякова В.А. Дети с нарушением умственного развития: учебное пособие вып. 1 – Иркутск 1992.

23.      Меженина Е.П. Церебральные спастические параличи и их лечение. Киев, "Здоровъя", 1966, 224с.

24.      Найдин В.А. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней: Справочник под редакцией Епифанова – М.: Медицина, 1987.

25.      Основы специальной психологии. / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М. 2003.

26.      Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата./ Под ред. Т.А. Власовой. М. 1985.

27.      Осокина Т.И. Физическая культура в детском саду. – М.: Просвещение, 1986. – 304 с.

28.      Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / Под ред. А.Н. Обросова, Т.В. Карачевцевой. М., 1987.

29.      Самсонова Л.Н. Особенности комплексной коррекции нарушенной функции рук у детей с ДЦП // Дефектология № 4, 1984

30.      Семенова К.А. ДЦП – М.:; Медицина, 1968.

31.      Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин Клиника и реабилитационная терапия ДЦП – М.; Медицина, 1972

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Таблица 3.

Показатели физической подготовленности младших школьников с нарушение опорно-двигательного аппарата перед проведением занятий по подвижным играм

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Устойчивость тела(сек.) | Гибкость | Мышечная сила | Быстрота (5 попыток) | Ловкость (5 попыток) |
| 1 | 12 | -1,5 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 12 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 11 | 0 | 2 | 3 | 2 |
| 4 | 11 | -3 | 1 | 3 | 3 |
| 5 | 10 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 6 | 10 | -0,5 | 1 | 2 | 1 |

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

Таблица 4.

Показатели физической подготовленности младших школьников с нарушение опорно-двигательного аппарата после проведением занятий по подвижным играм

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Устойчивость тела(сек.) | Гибкость | Мышечная сила | Быстрота (5 попыток) | Ловкость (5 попыток) |
| 1 | 14 | -1,5 | 3 | 3 | 3 |
| 2 | 15 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 3 | 13 | 1 | 3 | 4 | 3 |
| 4 | 15 | -3 | 2 | 3 | 3 |
| 5 | 14 | 1,5 | 2 | 3 | 2 |
| 6 | 12 | -0,5 | 2 | 3 | 2 |