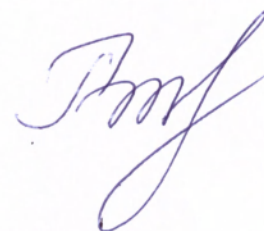


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»**

На правах рукописи



Ржевский Эдуард Юрьевич

**МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

5.8.6. Оздоровительная и адаптивная физическая культура

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель –
доктор педагогических наук, доцент,
Максимова Светлана Юрьевна

Волгоград – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	14
1.1 Методологические основы инклюзивного образования в дошкольном обучении и воспитании	14
1.2 Современные представления о физическом воспитании детей дошкольного возраста	30
1.3 Специфика развития детей с детским церебральным параличом.....	40
1.4 Индивидуально-дифференцированный подход, как основа образования детей с ограниченными возможностями здоровья.....	49
Заключение по первой главе	55
ГЛАВА 2 МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	58
2.1 Методы исследования.....	58
2.2 Организация исследования.....	64
ГЛАВА 3 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП И ИХ ПОЛНОЦЕННО РАЗВИВАЮЩИХСЯ СВЕРСТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	66
3.1 Оценка специфики образовательных запросов детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников.....	66
3.1.1 Оценка особенностей состояния здоровья детей 6-7 лет	66
3.1.2 Оценка сформированности нервно-мышечного аппарата у детей 6-7 лет с ДЦП.....	68

3.1.3	Оценка особенностей морфофункциональных возможностей организма детей 6-7 лет.....	70
3.1.4	Оценка особенностей физической подготовленности детей 6-7 лет.....	73
3.2	Оценка готовности детей 6-7 лет с ДЦП освоить программу физического воспитания ДООУ	76
3.3	Оценка педагогической целесообразности коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников.....	78
3.3.1	Изучение влияния коллективной двигательной деятельности на психологическое состояние детей 6-7 лет.....	78
3.3.2	Оценка развивающего потенциала коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет.....	81
	Заключение по третьей главе	83
ГЛАВА 4	СОДЕРЖАНИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ	
	ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ФИЗИЧЕСКОГО	
	ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО	
	ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО	
	ОБРАЗОВАНИЯ.....	85
4.1	Содержание методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования	85
4.1.1	Направленность экспериментальной методики.....	85
4.1.2	Средства педагогического воздействия.....	87
4.1.3	Методы педагогического воздействия.....	90
4.1.4	Педагогическое взаимодействие, как важное условие реализации физического воспитания в рамках инклюзивного образования.....	92

4.1.5	Формы организации педагогического процесса.....	98
4.2	Экспериментальное обоснование эффективности методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.....	101
4.2.1	Анализ состояния здоровья детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента.....	102
4.2.2	Анализ сформированности нервно-мышечного аппарата у детей 6-7 лет с ДЦП в ходе педагогического эксперимента.....	105
4.2.3	Анализ морфофункционального развития детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента.....	111
4.2.4	Анализ физической подготовленности детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента.....	115
	Заключение по четвертой главе	119
	ВЫВОДЫ	122
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	125
	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	128
	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	130
ПРИЛОЖЕНИЕ А	Показатели состояния здоровья, морфофункционального развития и физической подготовленности дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента.....	157
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	Конспект непосредственно организованной двигательной деятельности для детей со спастической формой ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет. Комплексы физических упражнений индивидуальных коррекционных занятий для детей с ДЦП.....	160
ПРИЛОЖЕНИЕ В	Коммуникативно-личностный опросник для родителей, воспитателей и родственников ребенка. Социометрическая матрица	166
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	Акты внедрения.....	169

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Инклюзия, как тенденция мировых изменений, является инновационной формой развития современной системы образования. Инклюзивное образование направлено на предоставление равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия их особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей [169].

В рамках инклюзии дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) получают возможность обучаться вместе с их полноценно развивающимися сверстниками, с самых ранних лет чувствовать себя частью общества и в полной мере реализовывать свои способности [3; 17; 48; 63; 91; 139; 140; 178; 204; 214; 224].

Актуальными данные образовательные условия являются для детей с детским церебральным параличом (ДЦП) [4]. Данное заболевание возникает вследствие поражения центральной нервной системы и проявляется в психомоторных нарушениях двигательной, интеллектуальной и речевой сфер.

Специалисты в области специальной педагогики Л.М. Шипицына и Н.М. Назарова отмечают, что при спастической диплегии двигательные нарушения могут быть незначительными, а интеллект сохранным [111; 193]. Для детей данной нозологической подгруппы инклюзивное образование является ведущей образовательной потребностью [124].

Процессы гуманизации современного общества, направленные на развитие потенциала инклюзивного образования, находят свое отражение в ряде международных правовых актов и резолюций, в том числе в документах ООН, подписанных Российской Федерацией.

ЮНЕСКО считает развитие инклюзивного образования ключевым фактором помощи всем тем, кто исключен из образовательной системы, обеспечивающим равный доступ каждого к образовательному процессу. Детский фонд ЮНИСЕФ оказывает активное содействие программе по обеспечению социализации детей с ОВЗ в России [122].

В Стратегии развития физической культуры и спорта в России на период до 2030 года указана необходимость создания для всех категорий и групп населения равных условий для занятий физической культурой и спортом, в том числе для лиц с ограниченными возможностями здоровья [132].

Однако усиление государственной политики в отношении детей с ОВЗ и проведение целого ряда социально-педагогических мер не способствует в полном объеме принятию особых детей как полноправных членов общества.

На данный момент вопрос внедрения системы инклюзивного образования в массовые образовательные учреждения, в том числе в систему физического воспитания детей в нашей стране решен пока не в полной мере. Вместе с тем, инклюзивное обучение и воспитание сегодня успешно практикуется в США, Канаде и странах Европы [7].

Научная оценка отечественной системы инклюзивного образования свидетельствует о ее большом значении в области физической культуры и спорта. Накоплен немалый опыт в проведении физкультурных и рекреационных занятий, организации физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий [4; 77; 91; 120; 152; 172; 173; 174].

Концепция инклюзивного образования предусматривает не только активное включение детей с ОВЗ в образовательный процесс стандартного учреждения, но и совершенствование самой системы образования, разработку инновационных педагогических технологий и совершенствование методик педагогического воздействия [9; 17].

Все это, в свою очередь, порождает **противоречия** на социальном, методическом и практическом уровне:

- между запросами общества в реализации полноценного физкультурного образования в условиях инклюзии детей дошкольного возраста с ОВЗ и неготовностью педагогической практики к осуществлению данного процесса;
- между высоким потенциалом инклюзивного образования детей с ОВЗ и его низкой оценкой в системе физического воспитания;

– между значительным объемом накопленного опыта реализации инклюзивного образования и отсутствием методического обоснования данного процесса в области физического воспитания детей дошкольного возраста;

– между потребностью педагогической практики в научно-обоснованных алгоритмах осуществления физического воспитания дошкольников в условиях инклюзивного образования и отсутствием таковых в этой области.

Степень научной разработанности проблемы. На сегодняшний момент в современной педагогической практике выявлены организационно-педагогические условия обучения детей с ОВЗ средствами инклюзивного образования (Н.П. Артюшенко, 2010; А.Я. Чигрина, 2011; Л.Е. Олтаржевская, 2012; Н.А. Медова, 2013; А.В. Бахарев, 2018), накоплен обширный фактологический материал, научно обосновывающий формирование готовности педагогов к работе в условиях инклюзивного образования (О.С. Кузьмина, 2015; И.В. Возняк, 2017; Е.В. Кетриш, 2018). Однако на сегодняшний день научных исследований, обосновывающих эффективность физического воспитания детей с ОВЗ и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования недостаточно (А.В. Аксенов, 2011). Данный факт послужил основанием для разработки экспериментальной методики.

В связи с этим, **научная задача** исследования заключается в необходимости разработки и научного обоснования теоретических и методических основ физического воспитания детей дошкольного возраста в условия инклюзивного образования.

Какие специальные педагогические условия необходимы для организации физического воспитания дошкольников в рамках инклюзивного образования? Какие специфические средства и методы можно использовать для повышения его эффективности? Эти и другие вопросы требуют безотлагательного целостного научного решения.

Объект исследования – процесс физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.

Предмет исследования – средства, методы и формы организации физического воспитания детей старшего дошкольного возраста со спастической диплегией и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования.

Цель исследования – разработать методику физического воспитания детей старшего дошкольного возраста со спастической диплегией и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования и экспериментально обосновать эффективность ее применения в педагогической практике.

Гипотеза исследования: методика физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования будет педагогически целесообразной и эффективной, если:

- построить ее с учетом образовательных запросов и сохранных образовательных возможностей детей со спастической диплегией;
- направить ее на обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий физического воспитания как для детей со спастической диплегией, так и для их полноценно развивающихся сверстников в рамках единого педагогического процесса;
- использовать средства специально организованной игровой двигательной деятельности через педагогическое взаимодействие как воспитанников со спастической диплегией, так и нормотипичных детей;
- использовать корригирующие, развивающие, оздоровительные физические упражнения на основе индивидуального и дифференцированного подходов для всех участников образовательного процесса;
- осуществлять реализацию педагогического процесса через общегрупповые физкультурные занятия развивающего и корригирующего характера для всех воспитанников и индивидуальные корригирующие занятия для детей со спастической диплегией.

В соответствии с целью и гипотезой были поставлены следующие **задачи исследования**:

1. Выявить предпосылки к необходимости и возможности организации физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.

2. Разработать методику физического воспитания детей старшего дошкольного возраста со спастической диплегией и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования.

3. Обосновать эффективность разработанной методики в практике физического воспитания детей старшего дошкольного возраста.

Для решения вышеуказанных задач использовали следующие **методы исследования**: анализ научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, педагогическое тестирование, медико-биологические методы, оценка эффективности педагогического процесса, педагогический эксперимент, методы математической статистики.

Научная новизна результатов исследования:

– обоснована необходимость учета специфических образовательных запросов и сохранных возможностей детей со спастической диплегией и обеспечения равных воспитательных и специальных образовательных условий для них и их полноценно развивающихся сверстников в инклюзивном физическом воспитании;

– разработана методика физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования, обеспечивающая равные воспитательные и специальные образовательные условия для дошкольников со спастической диплегией и нормотипичных детей;

– получены новые объективные данные о состоянии здоровья, морфофункциональном развитии и физической подготовленности детей старшего дошкольного возраста со спастической диплегией и их полноценно

развивающихся сверстников, доказывающие эффективность педагогического воздействия экспериментальной методики.

Теоретическая значимость результатов исследования заключается в дополнении основ теории и методики физического воспитания детей дошкольного возраста и адаптивной физической культуры положениями и выводами диссертации, в которых:

– раскрыты теоретико-методологические, организационные, содержательные и методические особенности физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования;

– конкретизированы структура, содержание и реализация основных компонентов авторской методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования;

– углублено понимание необходимости обеспечения равных воспитательных и специальных образовательных условий физического воспитания для детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования;

– объяснена целесообразность реализации педагогического процесса через общегрупповые и индивидуальные формы организации занятий с участниками образовательной деятельности.

Практическая значимость исследования состоит в том, что его основные результаты уже внедрены в практику работы дошкольных образовательных учреждений МОУ «Детский сад № 178 Краснооктябрьского района Волгограда», МОУ «Детский сад № 220 Тракторозаводского района Волгограда», МОУ «Детский сад № 13 Кировского района Волгограда», что подтверждается актами внедрения.

Применение разработанной методики способствует повышению общего уровня состояния здоровья, показателей морфофункционального развития и физической подготовленности, сформированности мышечного тонуса, а также повышению эффективности физического воспитания детей 6-7 лет в условиях

инклюзивного образования. Результаты исследования могут быть использованы в практике работы дошкольных образовательных учреждений, в процессе обучения студентов вузов, на курсах повышения квалификации и профессиональной переподготовки воспитателей и инструкторов по физической культуре.

Теоретико-методологическую базу исследования составляют:

- ключевые положения инклюзивного образования (А.В. Аксенов, С.В. Алехина, G. Bunch, D. Mitchell);
- фундаментальные концепции теории и методики физической культуры (Ю.Ф. Курамшин, Л.П. Матвеев);
- основополагающие идеи теории и методики дошкольного физического воспитания (Л.Д. Глазырина, С.Ю. Максимова, Н.В. Седых, Н.А. Фомина, Ю.К. Чернышенко, В.Н. Шебеко);
- концептуальные основы теории и методики адаптивной физической культуры (А.А. Дмитриев, С.П. Евсеев, Е.В. Клочкова, Л.А. Парфенова, А.А. Потапчук, Л.Н. Ростомашвили, Л.В. Шапкова, А.П. Шкляренко);
- ведущие теоретические положения специальной педагогики и психологии (Т.А. Власова, Л.С. Выготский, К.С. Лебединская, А.Р. Лурия, Е.М. Мастюкова, Н.М. Назарова, Л.М. Шипицына).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Ключевыми предпосылками организации физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования являются:
 - теоретико-методологическое обоснование данного педагогического процесса;
 - специфические образовательные запросы детей со спастической диплегией, вытекающие из характеристик их заболеваемости, сформированности мышечного тонуса, морфофункционального развития и физической подготовленности;
 - образовательные возможности детей со спастической диплегией, проявляющиеся в сохранном интеллекте, самостоятельности выполнения основных видов движений;

– готовность нормотипичных детей воспринимать своих сверстников с ДЦП как полноценных участников образовательного процесса.

2. Особенности авторской методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования заключаются в:

– обеспечении равных воспитательных условий для всех участников образовательного процесса через средства специально организованной игровой двигательной деятельности, педагогическое взаимодействие;

– обеспечении специальных образовательных условий для дошкольников со спастической диплегией и нормотипичных детей через дифференцирование физических упражнений корригирующей, развивающей и оздоровительной направленности;

– реализации педагогического процесса через общегрупповые и индивидуальные формы организации занятий с участниками образовательной деятельности.

3. Применение экспериментальной методики способствует повышению общего уровня здоровья детей 6-7 лет, показателей их морфофункционального развития и физической подготовленности, сформированности мышечного тонуса, а также профилактике имеющихся нарушений ОДА.

Степень достоверности и апробация результатов исследования обеспечена надежной и непротиворечивой методологической базой, логикой изложения научного исследования, репрезентативностью представленной выборки, корректной математико-статистической обработкой результатов собственных исследований, адекватной интерпретацией полученных в ходе экспериментов результатов.

Основные положения и результаты исследования представлены на международных (Волгоград, 2006; Смоленск, 2019; Воронеж, 2020), Всероссийских с международным участием (Волгоград, 2008, 2018, 2019, 2020; Москва 2021) научно-практических и научно-методических конференциях, на

заседаниях кафедры теории и методики физического воспитания ФГБОУ ВО «Волгоградская государственная академия физической культуры».

Результаты исследования представлены в 14 научных публикациях, из которых 3 статьи опубликованы в рецензируемых научных изданиях.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, четырех глав, выводов, заключения, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Содержание работы изложено на 171 странице, содержит 11 таблиц и 13 рисунков. Список литературы включает 225 источников, из них – 22 зарубежные.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1.1 Методологические основы инклюзивного образования в дошкольном обучении и воспитании

В России в последнее десятилетие значительно увеличилось количество детей с ограниченными возможностями здоровья. В нашей стране по данным Росстата более 2 млн. детей относятся к данной категории (8% всей детской популяции). При этом наблюдается ежегодное увеличение численности детей с ОВЗ.

В нашей стране новая образовательная система для детей с ограниченными возможностями здоровья начала формироваться в 90-е гг. прошлого века. В результате вхождения России в мировое информационное и образовательное пространство в области специального образования стали происходить существенные изменения.

Данная тенденция обусловлена новым отношением к детям с ОВЗ со стороны государства, обновлением категориального аппарата в соответствии с международной практикой, а также изменением концептуальных основ специального образования и появлением новых типов образовательных учреждений [109].

Права детей с ОВЗ регулируются Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом «Об образовании» и «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», международными конвенциями и соглашениями [168; 169].

Конвенцию ООН «О правах инвалидов» Россия подписала в 2008 году. В статье двадцать четвертой Конвенции говорится том, что в целях реализации права на образование государства-участники на всех уровнях должны обеспечить доступность образования и обучения в течение всей жизни человека.

Необходимость обучения детей с ОВЗ по адаптированным образовательным программам, разработанным с учетом их психофизических возможностей, предусмотрена Приказом Министерства образования и науки России от 30 августа 2013 года [128]. Реализация данных программ предусматривает подбор педагогических методов и приемов, позволяющих дать новые знания и умения, закрепить имеющиеся навыки в рамках возможностей ребенка, а также создать позитивное отношение и интерес к образовательной деятельности.

Главной задачей системы образования для детей с ОВЗ является максимально возможная их социализация, состоящая из тех социальных процессов, благодаря которым ребенок приобретает определенную систему знаний, норм и ценностей, позволяющих ему быть полноценным членом общества [191].

С позиций гуманизма цель специального образования исходит из намерения сделать полноценным и достойным существование человека с ограниченными возможностями здоровья, а достигнуть этой цели невозможно без включения этого человека в социальные отношения [109].

Однако обучение и воспитание детей с ОВЗ в современных специализированных учреждениях не позволяет успешно решать проблемы их всесторонней социализации. В данных условиях дети лишены нормального развития, не осваивают нормы поведения в разных жизненных ситуациях, отказываются идти на контакт со сверстниками и взрослыми людьми.

В свое время известный отечественный ученый в области психологии и педагогики Л.С. Выготский призывал к необходимости создания системы обучения, в которой бы органически состыковывалось специальное обучение с обучением детей, не имеющих нарушений в развитии.

По его мнению, существующее специальное образование замыкает слабовидящего, слабослышащего или умственно отсталого ребенка в узкий круг социума и создает вокруг него замкнутый мир, в котором все привязано к дефекту ребенка и фокусирует его внимание на своем недостатке, не адаптируя его к реальной жизни [30].

В связи с этим, Л.С. Выготский считал, что основной задачей воспитания ребенка с нарушением развития является его активная интеграция в общество и создание условий компенсирующих его недостатки с учетом биологических и социальных факторов. Он полагал, что основной точкой переосмысления специального образования должны служить ориентиры на полноценно развивающихся детей с подчинением специального обучения и воспитания общему образовательному процессу [29].

Л.С. Выготский одним из первых обосновал концепцию интегрированного обучения, которая впоследствии была реализована в педагогической практике Западной Европы и США.

Интеграция человека с особыми образовательными потребностями в социум заключается в предоставлении ему равных прав и возможностей в условиях, компенсирующих ему нарушения в развитии во всех аспектах социальной жизни, включая и образование [111].

В России нашли распространение две основные модели педагогической интеграции: интернальная и экстернальная [94; 190]. Интернальная интеграция – это интеграция внутри системы специального образования, когда дети с различными видами нарушений здоровья обслуживаются одним составом специалистов. Экстернальная интеграция – это взаимодействие специального и массового образования. В данном случае предоставляется возможность для совместной деятельности массового и специального учреждения или их слияние.

В педагогической практике различают физическую, функциональную и социальную формы интеграции [98; 192]. Интеграция детей, по мнению А.А. Дмитриева, взаимообусловлена внешними и внутренними показателями. К внешним показателям относятся условия необходимые для полноценного обучения и развития ребенка, а внутренние характеризуют уровень психофизического и речевого развития детей [51].

Проблемы интеграции детей с ОВЗ в общество обусловлены имеющимися у них нарушениями в развитии, а также недостаточным совершенством самой

системы социальных отношений, которая оказывается недоступной для данных детей в силу определенной жесткости требований к ним [191].

Принятие интеграции является долгим процессом воспитания общества, при котором основополагающим моментом должна стать убежденность всех членов социума в том, что люди с ОВЗ не приспособляются к правилам общества, а включаются в его жизнь на своих собственных условиях [111].

Однако целью интеграционных программ является «нормализация» или помощь детям в том, чтобы вписаться в уже существующую модель обучения и воспитания [210]. Со временем «нормализация» стала представляться не вполне совершенной концепцией, предполагающей, что именно ребенок должен быть готов для принятия его обществом. Напротив, концепция «включения» дает право каждому на его индивидуальность [9].

Постепенно от идеи интеграции стали переходить к идее инклюзии. Многие специалисты считают эти понятия синонимами. Однако, в «инклюзии» главным фактором является приспособление среды к ребенку, тогда как в «интеграции» акцент делается на приспособлении ребенка к среде [172].

В Российское образовательное пространство, согласно принятому 29 декабря 2012 года Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации», введено понятие «инклюзивное образование», означающее обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей [169].

Идеи инклюзии находят свое отображение в Национальной доктрине образования до 2025 года, где указана необходимость обеспечения доступности образования для всех детей с включением коррекционно-педагогической помощи детям с особыми образовательными потребностями [157].

Инклюзивное образование рассматривается как системный подход в организации деятельности общеобразовательной системы, касающийся всех участников педагогического процесса: детей, родителей, учителей и других специалистов [124]. Инклюзия в наибольшей степени отражает новый взгляд не

только на образование, но и на место человека в обществе и представляет собой полное включение детей с различными возможностями во все аспекты социальной среды [73; 95; 115; 141; 142; 154; 178].

Международный эксперт в области инклюзивного образования, доктор Дэвид Митчелл считает включающее образование шагом на пути создания нового общества, которое позволяет всем, независимо от индивидуальных способностей, наличия или отсутствия нарушений развития, полноценно участвовать в общественной жизни [213].

Инклюзивный подход предполагает предоставление образовательных услуг в соответствии с различными потребностями детей через их полноценное участие в педагогическом процессе и устранение сегрегации и дискриминации в образовании [208; 218].

Интенсивное внедрение инклюзивного образования обеспечивается соответствующими научными концепциями, различными методологическими подходами и обоснованными философскими позициями.

Инклюзия, как форма философии, формирует свою собственную шкалу ценностей, при которой каждый человек, независимо от способностей и возможностей, имеет право на достойное образование с приемлемым уровнем знаний, на самовыражение, общение, дружбу и поддержку.

Задачи философии направлены на разработку мировоззренческого фундамента инклюзивного образования, как новой социокультурной реальности, и выработку методологических основ познания закономерностей внедрения и развития инклюзивных процессов.

Аксиологические позиции некоторых современных философских направлений помогают анализировать проблемы ценностного отношения к самому феномену инклюзивного образования и человека с ограниченными возможностями в данных условиях.

Исследование философских проблем инклюзии не может обойти вниманием вопросы норм и правил человеческого поведения, обязанностей людей по

отношению друг к другу, проблему формирования инклюзивной образовательной среды под влиянием гуманистической этики [62].

Теоретико-философские основы инклюзии позволяют сформулировать методологические принципы развития инклюзивного образования:

- научность (разработка теоретико-методологических основ);
- системность (обеспечение равного доступа к образованию детей с особыми образовательными потребностями, а также преемственности между уровнями образования);

- вариативность, коррекционная направленность (организация коррекционно-развивающей работы в комплексе с личностно-ориентированным образовательным процессом);

- социальная ответственность семьи (воспитание и обучение ребенка, активное участие в учебно-реабилитационном процессе);

- гуманизация (осуществление индивидуального, дифференцированного, гуманистического подходов).

Целью концепции инклюзивного образования является создание условий для совершенствования системы образования и социальной реабилитации детей с особыми образовательными потребностями посредством внедрения инновационных технологий, а также формирование новой философии общества относительно позитивного отношения к детям, имеющим отклонения в развитии [122].

Концептуальная идея инклюзивного образования состоит в том, что оно является процессом развития общего образования, направленного на реализацию гуманистического принципа доступности образования для всех, в том числе и для детей с особыми потребностями [3; 8; 15; 16; 40; 89; 91; 96; 97; 200; 215].

Концепция инклюзивного образования предусматривает не только активное включение детей с ОВЗ в образовательный процесс стандартного учреждения, но и совершенствование самой системы образования, основной целью которой

является обеспечение прав каждого ребенка на получение качественного образования вместе с другими детьми [9].

Инклюзивное образование, опирающееся на концептуальные основы, закономерности и принципы общей педагогики, наряду с общеизвестными дидактическими принципами, по мнению Д.З. Ахметовой, З.Г. Нигматова, Т.А. Челноковой, Г.В. Юсуповой, подчиняется следующим специфическим принципам:

- ценность человека зависит не только от его способностей и достижений;
- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- все люди нуждаются в поддержке и дружбе;
- подлинное и качественное образование можно осуществлять только в контексте реальных взаимоотношений;
- для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- разнообразие усиливает все стороны жизни человека;
- каждый человек способен чувствовать и думать [122].

Немаловажно, что инклюзивное образование не должно исключать традиционные формы эффективной помощи детям с ОВЗ, так как подлинная инклюзия должна сближать общую и специальную образовательные системы, не делая границ между ними [61; 153].

Опираясь на основополагающие закономерности, методологические и концептуальные основы инклюзивного образования, педагогический процесс обучения и воспитания в условиях инклюзии имеет свои специфические подходы, методы, средства, приемы их исполнения и формы организации.

В условиях инклюзивного образования выбирают методы обучения и воспитания с учетом особенностей детей с ограниченными возможностями и структуры их дефекта. В обучении данных детей Г.В. Фадина предлагает использовать следующие методы:

- 1) моторной коррекции (релаксации, паралингвистические, телесно-ориентировочные);
- 2) сенсомоторные (слухового и зрительного восприятия учебного материала, наглядные, практические);
- 3) когнитивные (методы организации психических процессов, вербально-логические, репродуктивные, исследовательские) [167].

Внедрение данных методов в инклюзивном образовании предполагает их рациональное соотношение с методами обучения обычных детей. Например, присутствие в группе детей с нарушением сенсомоторного восприятия предполагает применение педагогом практических и наглядных методов, формирующих сенсомоторную основу для перехода к вербальным и интеллектуальным действиям.

В инклюзивном образовании выбор средств так же, как и выбор методов во многом зависит от особенностей детей с ОВЗ. В организации обучения необходимы специальные учебники для слабовидящих детей, технические приспособления для детей с отклонениями в развитии.

Также важным средством обучения выступает благоприятный микроклимат в коллективе. Не менее значимым средством достижения целей инклюзивного образования может стать формирование толерантности и гуманных отношений между обучающимися детьми.

Инклюзивное обучение предполагает создание специальных условий, обеспечивающих его эффективность: организацию групп с малым количеством детей; достаточное наличие педагогических кадров со специальным образованием; разработку комплекса индивидуальных программ; использование инновационных методов обучения и воспитания.

Следует отметить, что эффективность инклюзии в значительной мере обусловлена организационными формами учебно-воспитательного процесса. В группе должно быть не более пятнадцати человек, из них детей с тяжелыми нарушениями здоровья – не более трех, с менее тяжелыми отклонениями – не более пяти.

Комплектация групп должна происходить в зависимости от однородности заболеваний, детей с неоднородными отклонениями в развитии может быть не более двух. Специалист, сопровождающий ребенка, должен иметь специализацию, соответствующую его заболеванию.

Важной частью содержательного компонента педагогического процесса инклюзивного образования является разработка индивидуальных планов для детей с ОВЗ с учетом организации:

- индивидуального режима обучения (снижение объема заданий, возможность дополнительного отдыха);
- обучения в зависимости от индивидуальных особенностей детей (использование учебников для специальных школ);
- коррекционно-развивающих занятий с психологом, логопедом, дефектологом и другими узкими специалистами.

Концепция инклюзивного образования предполагает организацию коррекционно-развивающего педагогического процесса с командной работой координатора, педагога общего образования, специального педагога, социального работника и родителя [122].

Одной из важнейших форм такой командной работы является предложенный Ю.К. Бабанским психолого-педагогический консилиум, целью которого является обеспечение качественного образования для всех путем разработки комплексов индивидуальных программ и принятия соответствующих организационных мер [13].

Особенностью инклюзивной образовательной среды является необходимость целенаправленной организации процесса осознания детьми как здоровыми, так и с ОВЗ огромного разнообразия личностей вокруг них и привитие уважительного отношения к ним.

В современных образовательных условиях особенно актуальна задача стимулирования процесса самовоспитания педагогом. В развитии мотивационной сферы личности у детей с ОВЗ необходимо учитывать специфику их физического

и психического состояния, максимально индивидуализируя процесс педагогического участия.

Важнейшей целью в работе с детьми с особыми образовательными потребностями выступает педагогическая поддержка процесса их социализации, а также преодоление негативных социальных феноменов (ксенофобии, зависимого поведения, агрессивности) [122].

Создание единой воспитательно-образовательной среды для детей с различными физическими и умственными возможностями способствует укреплению их физического и психического здоровья, позволяет им стать полноправными участниками педагогического процесса, реализовать свои способности, развить уверенность и самостоятельность, стать в дальнейшем полноценным членом общества.

В настоящее время в России по Федеральному государственному образовательному стандарту инклюзивное образование в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ) является обязательной частью системы обучения и воспитания детей, направленное на обеспечение детей с ОВЗ компетенциями, необходимыми для их успешной социализации и адаптации в современном обществе [127].

Программы инклюзивного образования в ДОУ по Федеральному государственному образовательному стандарту от рождения до школы могут отличаться в зависимости от конкретного учреждения, однако все они в обязательном порядке соответствуют основным принципам организации инклюзивного образования, на которых построена эта система.

В рамках инклюзивного образования одним из основных принципов его организации является индивидуальный подход, который предполагает выбор форм, методов, средств обучения и воспитания детей с учетом индивидуальных образовательных потребностей каждого из них.

Важным условием успешности инклюзивного образования является обеспечение условий для самостоятельной активности ребенка. Реализация этого

принципа решает задачу формирования социально активной личности, которая является субъектом своего развития и социально значимой деятельности.

Одним из основополагающих принципов инклюзивного обучения и воспитания является активное включение в образовательный процесс абсолютно всех детей, без исключения, что предполагает создание условий для понимания и принятия ими друг друга с целью достижения эффективного взаимодействия на гуманистической основе.

В условиях инклюзивного образования разнообразие индивидуальных характеристик детей требует комплексного, междисциплинарного подхода к определению и разработке методов, средств воспитания и обучения.

Вариативность в организации педагогического процесса предполагает использование разнообразных методов и средств обучения, как по общей, так и специальной педагогике, развивающих и дидактических пособий, вариативной методической базы.

Принцип активного взаимодействия с семьей позволяет организовать плодотворные совместные действия с родителями ребенка и обеспечить его поддержкой и вниманием.

Принцип динамического развития образовательной модели ДОО предусматривает такую его модель, которая может изменяться, включая новые структурные подразделения, специалистов, организационные формы, развивающие методы и средства.

Инклюзивное обучение и воспитание за рубежом было введено в 70-х годах прошлого века и на сегодняшний день широко и успешно практикуется в США, Канаде и странах Европы.

Зарубежная практика инклюзивного образования убеждает в том, что если обучение и воспитание станут наиболее эффективными в результате внедрения инклюзивного образования, тогда выиграют все дети, а не только дети с особыми образовательными потребностями [207; 212; 216; 219; 221; 223].

Исследования зарубежных авторов доказывают, что инклюзия не может быть адаптирована в среде, где дети с ОВЗ в полной мере или частично

изолированы в обучении и воспитании от своих полноценно развивающихся сверстников. Также специалистами подчеркнута, что включение детей даже с тяжелыми и множественными нарушениями развития может быть наиболее эффективным, если в образовательной среде практикуется культура общих ценностей и активное сознательное стремление к усовершенствованию практики обучения и воспитания [217].

По мнению некоторых зарубежных авторов, преимущества инклюзии для детей не всегда очевидны [206; 209; 225]. Однако явное преимущество инклюзии для детей с ОВЗ выделяют Н. Copel, J. Laura, M. Babette, Z. Judi, G. McGregor, T. Vogelsberg: дети демонстрируют достаточно высокие показатели социального взаимодействия, склонны к большей социальной компетенции и навыкам коммуникации; дети обучаются по программам с более высоким стандартом, нежели в сегрегационных образовательных учреждениях [211; 222].

Стоит заметить, что инклюзивное образование в России является не самым популярным методом обучения и воспитания, который используют лишь в отдельных образовательных учреждениях. Проблема инклюзивного образования является дискуссионной в профессиональных и родительских сообществах, так как инклюзия имеет свои положительные и отрицательные стороны.

Положительным является тот факт, что дети с особыми образовательными потребностями не будут изолированы от общества, но стоит заметить, что в современных массовых образовательных учреждениях возможности совместного обучения и воспитания весьма ограничены.

Готова ли общеобразовательная система принять детей с проблемами в развитии? Готов ли педагог оказать специальную психолого-педагогическую помощь? Как психологически совместить разные группы детей? Эти и другие проблемы требуют внимательного изучения и взвешенного решения [109].

Как указывает В.А. Сластенин, проблема развития личности в специальных условиях является одной из ключевых проблем педагогики. В связи с этим, необходимо исследование, описание и проектирование условий, в которых будут

снижены барьеры развития личности особых детей, имеющих различные нарушения психофизического развития [149].

Одним из барьеров инклюзии является отсутствие государственных образовательных стандартов, которые должны представлять собой нормативные документы, определяемые психофизическими недостатками обучающегося и направленные на создание более эффективных условий обучения и воспитания, предусматривая лечебно-профилактическую и оздоровительную работу, коррекцию недостатков развития.

Важным барьером выступает проблема границ инклюзии, заключающаяся в целесообразности включения всех умственно отсталых детей с грубо выраженной интеллектуальной недостаточностью, осложненной моторными и поведенческими нарушениями в стандартный образовательный процесс. Отсутствие педагогов, способных эффективно работать с детьми в условиях инклюзии, одна из серьезных проблем инклюзивного образования [64].

Необходимо отметить, что в теории и практике педагогики инклюзивное образование уже имеет определенное научное обоснование. Учеными-практиками обоснованы его организационные, содержательные и методические аспекты.

Так, в диссертационном исследовании А.Я. Чигриной проведено научное обоснование инклюзивного образования детей с тяжелыми физическими нарушениями. Концептуальной основой исследовательских изысканий стала идея о том, что педагогический процесс должен обеспечивать социализацию детей, то есть дети с тяжелыми физическими нарушениями должны иметь право выбора места получения образования, и это право должно быть закреплено в системе Федерального законодательства [184].

В исследованиях Н.П. Артюшенко разработаны методы и организационные формы обучения, способствующие формированию инклюзивной культуры практически у всех участников образовательного процесса, выявлены организационно-педагогические условия обучения детей с ОВЗ средствами инклюзивного образования [12].

В диссертационной работе Н.А. Медовой разработана модель инклюзивного образования в рамках муниципальной образовательной системы, определены условия реализации модели с целевым, управленческим, организационно-содержательным и результативно-критериальным компонентами [103].

Свой подход к подготовке педагогов к работе в условиях инклюзивного образования имеет О.С. Кузьмина. Ведущая идея ее исследования заключается в том, что подготовка педагогов должна быть направлена на развитие их высокопрофессиональной компетентности, как способности решать задачи в области инклюзии и включать содержательный и организационный компоненты [80].

Тенденции развития инклюзивного образования за рубежом отображены в научно-исследовательской работе Н.Г. Сигал. В ее работе выявлены общие варианты реализации инклюзивного образования в практике зарубежных школ и определены возможности их использования с учетом специфики отечественной системы образования [145].

Сравнительный анализ инклюзивного образования в странах запада и России в своей диссертационной работе проводит Ю.В. Мельник. По ее мнению, возможен оптимальный перенос наиболее лучших образцов тактик инклюзивного обучения и воспитания в педагогическое русло иной культуры с выделением общего и особенного в методологии и организации инклюзии [104].

Вектор научного исследования направлен на развитие адаптивно-воспитательной среды в инклюзивном образовании у Л.Е. Олтаржевской. Автор утверждает, что одной из необходимых образовательно-воспитательных систем является адаптивно-воспитательная среда, состоящая из взаимосвязанной совокупности целенаправленно организованных компонентов, обеспечивающих функционирование педагогического процесса на основе здоровьесбережения учащихся [116].

Адаптивное физическое воспитание лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе инклюзивного средне-профессионального образования научно обосновано в работе А.Ю. Коновалова [77].

В современной педагогической науке в многочисленных исследованиях в области инклюзивного образования рассматривают различные способы и формы организации физического воспитания детей.

По мнению С.О. Филипповой, Т.И. Рогачевой, необходимо привлекать детей дошкольного возраста с ОВЗ, их полноценно развивающихся сверстников, родителей, а также педагогов для исключения конфликтных и травмирующих ситуаций в обществе к различным инклюзивным мероприятиям, в том числе в области физической культуры и спорта [174].

В научных изысканиях Ю.В. Филиппова, А.Е. Митина определен круг мероприятий, которые целесообразно проводить с детьми школьного возраста с целью формирования у них установок на инклюзивное взаимодействие. К таким видам деятельности, по их мнению, относятся: обучение различным физическим упражнениям, используемым в адаптивном спорте; организация совместных физкультурно-спортивных мероприятий с образовательными, спортивными и реабилитационными учреждениями, которые посещают дети с ОВЗ [173].

Специалисты в области инклюзии А.Ю. Филиппов, А.И. Бураншеева считают, что для ребенка детский коллектив становится главным фактором его социализации. Если дети вследствие своего дефекта не могут войти по-настоящему в коллектив своих сверстников, то у них рождается неуверенность в себе, усиливаются тревога и чувство неполноценности [172].

Вместе с тем, расширение доступа к физкультурно-оздоровительным мероприятиям во взаимодействии с дошкольниками, не имеющими отклонений в развитии, является одним из решений проблемы реализации потребности детей с ОВЗ быть признанными группой их сверстников.

Свой взгляд на проблему инклюзии имеют В.П. Соломин, Е.А. Митин, Т.В. Соловьев. По их мнению, барьерная среда при организации инклюзивного физического воспитания очень велика и наиболее целесообразными и доступными в рамках инклюзии являются рекреационные виды занятий физическими упражнениями [152].

Не вызывает сомнений, что инклюзивная физическая рекреация направлена на формирование толерантности, терпимости друг к другу как детей, не имеющих отклонений в развитии, так и детей с ОВЗ, а также развитие внешних социальных контактов, благодаря общению во время занятий физическими упражнениями с целью активного отдыха. При этом включение особых детей в систему таких занятий обходит стороной идею целесообразности организации занятий физической культурой в условиях инклюзии.

Такого же мнения придерживается автор методики физического воспитания детей младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образования А.В. Аксенов. Он считает, что физическое воспитание в условиях инклюзии имеет свои специальные задачи, касающиеся как детей с ОВЗ, так и их полноценно развивающихся сверстников и не может быть заменено инклюзивной физической рекреацией, направленной на смену видов деятельности и развлечение [3].

В рамках методики автора основной формой организации педагогического процесса являются уроки физической культуры, где совместно обучаются и воспитываются учащиеся с ДЦП с сохранным интеллектом и их полноценно развивающиеся сверстники. Физкультурные занятия являются комплексными, включающими общеразвивающие, коррекционные, прикладные упражнения, игры и эстафеты.

Однако стоит заметить, что к настоящему моменту научных изысканий в области физического воспитания в условиях инклюзивного образования, посвященных детям дошкольного возраста немного, хотя неоднократно подчеркивалась актуальность развития инклюзии в данном возрасте.

Несмотря на положительный опыт использования инклюзивной физической рекреации, различных инклюзивных мероприятий в области физической культуры и спорта, обучения и воспитания детей в рамках начальной школы, у педагогической практики недостаточно знаний о том, как организовать процесс физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзии.

Проблема совместного обучения и воспитания детей с ОВЗ и их полноценно развивающихся сверстников в условиях ДОО в нашей стране изучена пока не в

полной мере. В связи с этим, поиск новых форм, средств и методов, направленных на повышение эффективности физического воспитания дошкольников в рамках инклюзивного образования, является особенно актуальным, несмотря на все трудности социальной и психологической адаптации воспитанников, преодоления барьерной среды и устоявшихся стереотипов со стороны общества.

1.2 Современные представления о физическом воспитании детей дошкольного возраста

Физическое воспитание, как средство гармоничного развития, занимает особое место в жизни ребенка дошкольного возраста. Состояние здоровья детей, физическое и функциональное развитие, общая работоспособность во многом зависят от того, насколько успешно решаются вопросы физического воспитания в детском возрасте [187].

Ведущие положения теории и методики физического воспитания детей дошкольного возраста были обоснованы В.В. Кенеман, Д.В. Хухлаевой, Э.С. Вильчковским, Т.И. Осокиной еще в конце прошлого века [25; 67; 117]. Однако его определенные аспекты являются предметом изучения и в современной педагогической практике [74; 81; 82; 156; 175; 179; 194].

Опираясь на закономерности, методологические и концептуальные основы дошкольного образования, педагогический процесс физического воспитания в ДОО характеризуется единством целей и задач, средств и методов, принципов и форм организации данного процесса, нацеленных на физическое и личностное развитие детей.

Специфическая цель физического воспитания направлена на воспитание здорового, всесторонне развитого ребенка, владеющего доступными его возрасту двигательными умениями и знаниями о физической культуре.

Цель определяет оздоровительные, образовательные и воспитательные задачи, которые конкретизируются с учетом возрастных особенностей развития

ребенка. Процесс физического воспитания строится таким образом, чтобы решались одновременно все группы задач [36].

Учитывая специфику дошкольного возраста, оздоровительные задачи нацелены на укрепление здоровья детей, их всестороннее физическое развитие, совершенствование функциональных возможностей организма, повышение активности и общей работоспособности, укрепление опорно-двигательного аппарата, формирование правильной осанки, укрепление мышц стопы и голени, гармоничное развитие всех мышечных групп [19].

Образовательные задачи предусматривают развитие физических качеств и освоение специфических знаний, формирование двигательных умений. Ребенок должен уметь выполнять различные виды движений: ходить, бегать, прыгать, ловить, метать, лазать.

Развитие основных физических качеств – одна из наиболее важных сторон физического воспитания дошкольников. Уровень здоровья и физической подготовленности детей определяется тем, как развиты у них сила, ловкость, быстрота и выносливость [194]. Сформированные умения способствуют эффективности двигательной деятельности детей. Знания о физкультуре, правилах сохранения и укрепления здоровья, физических упражнениях и способах их применения формируют у дошкольников правильное отношение к своему здоровью [114].

Воспитательные задачи направлены на разностороннее развитие детей, умение оценивать собственные действия, воспитание положительного отношения к занятиям физической культурой и к здоровому образу жизни, развитие волевых и нравственных качеств, творческих способностей ребенка. В физическом воспитании выделяют комплекс средств: физические упражнения, выступающие в форме целостного двигательного режима; гигиенические факторы; природные факторы; технические средства.

Физические упражнения являются специфическим средством и наиболее полно удовлетворяют потребность в двигательной активности, обеспечивают

разностороннее развитие ребенка. Физические упражнения представлены гимнастикой, подвижными играми и элементами спортивных игр.

Гимнастика направлена на укрепление здоровья и закаливание организма ребенка, повышение общей физической подготовленности и состоит из основных видов движений, общеразвивающих и строевых упражнений.

Основными видами движений являются жизненно необходимые движения, которыми пользуется ребенок: ходьба, бег, прыжки, метание. Общеразвивающие упражнения способствуют оздоровлению организма, формированию правильной осанки, укреплению опорно-двигательного и нервно-мышечного аппарата, развитию двигательных способностей. Строевые упражнения способствуют развитию согласованности действий и умению ориентироваться в пространстве [187].

Подвижная игра, являясь эмоционально окрашенной, сознательно-активной деятельностью детей, характеризуется решением двигательных задач и выполнением игровых правил. В подвижных играх заложены большие возможности личностного развития ребенка, способности к самовыражению, творчеству, самоутверждению [176].

Основу спортивных игр составляют естественные виды движений и их сочетание (баскетбол, футбол, хоккей), которые содействуют развитию основных групп мышц и повышают общую физическую подготовленность организма.

Физические упражнения, выступая в форме целостного двигательного режима детей, обеспечивают наиболее оптимальное решение задач физического воспитания. Двигательный режим разрабатывается с учетом возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей и физического развития ребенка.

Гигиенические факторы, способствующие повышению эффективности воздействия физических упражнений на организм ребенка, включают общий режим нагрузки, отдыха, питания, гигиену одежды, физкультурного оборудования и помещения. Естественные силы природы используются не только как факторы, усиливающие эффект воздействия физических упражнений, но и как самостоятельные средства оздоровления и закаливания организма [82].

Технические средства (мини-батут, велотренажер) придают занятиям более эмоциональный и привлекательный характер и обеспечивают выполнение спортивных упражнений с заданными усилиями и структурой движений.

Методы физического воспитания (наглядные, вербальные, практические) направлены на обучение двигательным действиям и развитие физических качеств. Все методы находятся в тесной взаимосвязи и обеспечивают эффективность физического воспитания детей [175].

Среди наглядных методов ведущим является показ упражнений, который достаточно часто сочетается с объяснением. Для полного представления о двигательном действии используют наглядные пособия (рисунки, слайды). Зрительные ориентиры (предметы, игрушки, разметка пола) помогают детям овладевать наиболее трудными элементами движений.

Вербальные методы (объяснение, рассказ, беседа, оценка) активизируют мыслительную деятельность ребенка, помогают раскрыть сущность упражнения, пробуждают интерес к занятиям физической культурой, играют ориентирующую и стимулирующую роль у детей, позволяют определить качество выполнения упражнений.

Практические методы (строго регламентированного упражнения, игровой, соревновательный), как правило, применяют для мышечно-двигательных представлений о физических упражнениях и для развития основных физических качеств. При освоении новых видов движений применяют метод практического выполнения упражнения в целостной и расчленено-конструктивной форме.

Упражнения в игровой форме, проводимые с использованием тех или иных методических особенностей игры, применяют в процессе обучения движениям для улучшения эмоционального фона и поддержания интереса детей к занятиям. Соревновательный метод применяют при проведении эстафет на физкультурных занятиях.

Формы занятий упражнениями являются комплексом оздоровительно-образовательных и воспитательных мероприятий, основу которых составляет двигательная деятельность детей [156].

Физкультурное занятие (сюжетное, игровое, тематическое), как основная форма организации двигательной деятельности, проводится 3 раза в неделю продолжительностью 25-30 минут и состоит из подготовительной, основной и заключительной части. Решая частные задачи, каждая из частей способствует эффективному достижению конечного результата занятия в целом.

Эффективность обучения физическим упражнениям детей обеспечивается с помощью различных способов их организации. В зависимости от того, какие задания выполняют воспитанники, используют фронтальный, групповой, поточный или индивидуальный способ организации.

Утренняя гимнастика направлена на активизацию деятельности организма и поднятие эмоционального тонуса ребенка. Ее средствами выступают физические упражнения под музыкальное сопровождение. Проводится утренняя гимнастика ежедневно в течение 10-15 минут.

Физкультминутку используют для предотвращения умственного утомления воспитанников, она улучшает восприятие учебного материала на занятиях малоподвижного характера. Роль физкультминутки может выполнять подвижная игра, пальчиковая или дыхательная гимнастика.

Подвижные игры и физические упражнения на прогулке с разнообразным двигательным содержанием являются дополнительной формой физического воспитания и имеют продолжительность 10-15 минут. Данная форма организации повышает двигательную активность дошкольников.

К формам активного отдыха относятся физкультурные праздники. Их проводят 1 раз в сезон продолжительностью от 30 до 60 минут. Такие праздники усиливают положительные эмоции детей, развивают и совершенствуют их двигательные способности, оказывают общеукрепляющее и оздоровительное воздействие на организм.

Домашние задания дифференцированного характера применяют для детей с учетом состояния их здоровья и уровня двигательного развития. Это могут быть упражнения лечебной гимнастики, комплексы корригирующих упражнений для

профилактики плоскостопия, формирования осанки, укрепления мышц стопы и голени [76].

Эффективность физического воспитания детей обеспечивается принципами, лежащими в его основе, которые определяют краеугольные позиции и подходы в организации педагогической деятельности. Их разделяют на общедидактические и принципы, выражающие специфические закономерности занятий физическими упражнениями [101].

Физическое воспитание детей дошкольного возраста является предметом изучения многих педагогов-исследователей. В современной практике научно обоснованы методические приемы реализации педагогического процесса, его организационные и содержательные компоненты. Широкий анализ научных разработок позволил выявить многоаспектность решаемых проблем в данной области.

В научной работе Н.А. Фоминой разработана система сюжетно-ролевой ритмической гимнастики, которая раскрывает новые формы организации образовательного процесса в ДОУ и обеспечивает интеграцию двигательной и познавательной деятельности в физическом воспитании дошкольников [177].

В исследованиях В.Н. Шебеко представлена научная разработка педагогических основ формирования личности ребенка средствами физической культуры, раскрыто содержание средств и методов формирования физической культуры личности детей с учетом признания наличия у них внутреннего потенциала саморазвития [188].

В трудах М.В. Сидоровой, Т.А. Швалевой, Н.В. Минникаевой, Ю.Н. Ермакова, Д.В. Решетова, Е.Н. Тоцкой, А.Н. Гросс, Н.Н. Назаренко, Г.М. Популо подчеркнута большая роль игры для формирования социальной активности личности детей, развития их коммуникативных способностей, стимулирования психофизического развития [41; 59; 106; 134; 146; 161; 186].

Немалый научный вклад в решение проблемы формирования здорового образа жизни у детей 4-6 лет представлен в диссертационной работе Н.В. Седых. Особенностью концепции ее педагогической системы является рациональное

применение в физическом воспитании дошкольников технологий построения функционального профиля адаптивного биоуправления [138].

Проблему оптимизации здоровья и физического развития дошкольников в современных социально-экономических условиях развития общества затрагивают педагоги-исследователи Л.Г. Гаврилова, О.А. Сабуркина, В.А. Овчаров, А.А. Цетиев, М.А. Исакова, Л.Д. Калашникова. По их мнению, одним из факторов, позволяющих нейтрализовать процессы, способствующие разрушению здоровья дошкольников, является их двигательная деятельность, а ведущей целью является воспитание нравственно и духовно зрелого, здорового и физически крепкого человека [31; 180].

Научные разработки О.О. Шумской, Е.О. Шкляр, С.К. Гамидовой свидетельствуют об эффективном воздействии сезонно ориентированных средств двигательной активности, элементов самомассажа и закаливания, дыхательной гимнастики на уровень двигательных способностей детей, их функциональных возможностей и состояние здоровья в целом [33; 195; 202].

В научной работе О.С. Трофимова, А.Е. Ряхина, В.В. Фоменко представлена методика формирования интереса к занятиям физической культурой у детей 6-7 лет на основе использования средств фитнеса, позволяющих значительно повысить показатели их физической подготовленности [162].

Вектор научной деятельности Ю.А. Аксеновой, Л.С. Чемпаловой направлен на развитие познавательной активности у детей дошкольного возраста с помощью комплекса средств физической культуры. В их работе определены методические условия повышения эффективности учебно-воспитательного процесса [5].

В рамках исследования И.И. Гайдалиной выявлены условия повышения уровня физической культуры у детей дошкольного возраста, базирующиеся на содержательно-технологических основах интенсификации процесса совместной с родителями физкультурно-спортивной деятельности [32].

Научные работы Ю.К. Чернышенко позволили определить взаимосвязь базовых составляющих собственно-биологического компонента личностной физической культуры и выявить предпосылки разработки педагогической модели

формирования спортивной культуры детей старшего дошкольного возраста [182; 183].

В научных изысканиях А.Ю. Пахомовой, В.А. Баландина, Ю.К. Чернышенко определены педагогические условия, способствующие приросту балльных оценок показателей специфических координационных способностей у дошкольников 7 лет в годичном учебно-воспитательном цикле [121].

Научный труд М.Г. Ситкиной, Т.М. Булковой, О.А. Комачевой посвящен определению прироста физической подготовленности детей 4-7 лет в процессе обучения в ДОУ, в котором выявлена положительная динамика по всем показателям, полученная в основном за счет целенаправленной системы физического воспитания и естественного роста [148].

В авторской методике Д.М. Правдова определены педагогические условия, обеспечивающие повышение физической подготовленности и развитие целевой точности движений у детей дошкольного возраста [126].

Г.Н. Голубева предлагает свою педагогическую трехуровневую технологию реализации системы формирования активного двигательного режима, которая дифференцируется в зависимости от периода адаптации и уровня двигательной активности у детей до 6 лет [37].

Исследования И.А. Криволапчук, М.Б. Черновой, А.А. Герасимовой, М.М. Герасимова показали, что изменения физического состояния дошкольников во многом обусловлены адаптацией к систематическим занятиям физическими упражнениями с высокой интенсивностью нагрузки, проявляющиеся в снижении острой заболеваемости и повышении физической работоспособности детей [79].

В работе А.В. Бултуковой выявлены особенности динамики показателей физической подготовленности и психических процессов детей 4-6 лет, являющиеся объективной основой планирования психофизического развития дошкольников в группах разного возраста [22].

Вектор научного познания Е.А. Ветошкиной направлен на повышение уровня физического состояния детей 5-7 лет на основе преимущественного

развития выносливости. Применение ее методики оказывает положительное влияние на морфофункциональные показатели, физическую подготовленность и состояние здоровья дошкольников [24].

В работе Г.Н. Лиджиевой сформулированы методические рекомендации по организации образовательной деятельности педагогов ДОУ для освоения детьми интеллектуальных ценностей физической культуры на основе интеграции физкультурных знаний в основных видах их образовательной деятельности [88].

Е.В. Горина в рамках своей оздоровительной методики выявила психолого-педагогические, организационно-методические, физиологические предпосылки к интеграции средств ритмической гимнастики и дыхательной гимнастики по методу А.Н. Стрельниковой [39].

В исследованиях С.П. Рябикина выявлено положительное влияние комплексного использования упражнений гимнастики хатха-йоги на состояние опорно-двигательного аппарата и осанки, физическое и функциональное развитие у дошкольников 4-7 лет [136].

Физкультурным образованием детей с ограниченными возможностями здоровья занимается адаптивное физическое воспитание. Здесь уже имеются некоторые теоретические разработки, обосновывающие наиболее рациональные пути реабилитации и адаптации детей с ОВЗ [47; 52; 54; 55; 56; 57; 65; 107; 118; 119; 181, 196, 197, 198]. В области дошкольного адаптивного физического воспитания имеются ряд работ, где вектор научного познания направлен на решение проблем детей с ОВЗ.

Свой научный подход к педагогическому процессу детей дошкольного возраста с ЗПР найден в системе адаптивного физического воспитания С.Ю. Максимовой, на основе музыкально-двигательной деятельности осуществляется положительное воздействие на психофизическое и интеллектуальное развитие ребенка [93].

В научной работе С.Ю. Максимовой, Д.С. Федоровой дана оценка уровню сформированности выносливости в психофизическом статусе детей дошкольного

возраста с ЗПР, подчеркнута необходимость целенаправленного развития общей выносливости у детей данной категории [92].

В своей диссертационной работе М.В. Кошелева разработала методику с использованием средств и методов музыкально-двигательной подготовки для формирования ритмичности в процессе адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста с ЗПР [78].

В научной работе О.М. Федоровской для детей с ОВЗ на основе применения дифференцированного подхода для внедрения программы оздоровительной физической культуры в ДООУ компенсирующего вида разработаны оздоровительные формы занятий, способствующие реабилитации и повышению уровня физической подготовленности дошкольников [170].

В ходе исследований Т.А. Гутерман усовершенствованы методические, организационные подходы к решению задач оздоровительной физической культуры, предполагающие учет признаков нарушений осанки у дошкольников с использованием средств специальной гимнастики, коррекционной аквааэробики и лечебно-оздоровительного массажа [49].

В работе Е.В. Андреевой, О.Ю. Савельевой, В.Ю. Карпова обоснована целесообразность применения индивидуального подхода в образовательном процессе детей дошкольного возраста, имеющих нарушения зрения, посредством использования подвижных игр и игровых заданий прикладной направленности [10].

В методиках О.В. Горбуновой и Н.В. Надёжиной разработаны основные формы проведения занятий с детьми-логопатами, а также научно обоснована эффективность использования средств оздоровительной аэробики, способствующих повышению координационных способностей у дошкольников с общим недоразвитием речи [38; 108].

Е.Г. Камышниковой разработана оригинальная технология построения занятий гимнастикой, обеспечивающая коррекцию физического состояния дошкольников 5-6 лет с общим недоразвитием речи и облегчающая их обучение навыкам основных видов движений [66].

Педагог-исследователь Е.Ю. Смирнова разработала методику применения средств ритмической гимнастики для коррекции моторной функции в системе физкультурных занятий с детьми дошкольного возраста с нарушением речи и выявила особенности их физического и психомоторного развития [151].

В работе С.В. Лепешкиной разработана программа физического воспитания дошкольников с речевыми нарушениями, учитывающая особенности проявлений их психофизической сферы при обучении двигательным действиям [87].

В научных изысканиях Л.П. Салтымаковой доказано, что при развитии статического и динамического равновесия у детей 5-7 лет с ОНР наибольший эффект дает выполнение упражнений на неустойчивой опоре при сопряженном развитии скоростно-силовых качеств [137].

Е.П. Прописнова утверждает, что использование в физическом воспитании дошкольников с ОНР интегрированной системы воздействия сюжетно-ролевой логоритмической гимнастики может повысить эффективность процесса формирования психической и речевой функции, а также способствовать коррекции двигательных качеств воспитанников [130].

1.3 Специфика развития детей с детским церебральным параличом

Термин «ограничение возможностей» означает недостаток физической или психической сферы человека. В специальной педагогике выделяют следующие категории детей с ОВЗ: с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (НОДА) и эмоционально-волевой сферы; глухие и слабослышащие; незрячие и слабовидящие; с нарушением интеллекта; с тяжелыми нарушениями речи; с задержкой психического развития; сложными недостатками развития.

Обобщенная классификация группирует указанные выше категории нарушений в соответствии с их локализацией в определенной системе организма: телесные нарушения (ОДА, хронические заболевания); сенсорные нарушения (слух, зрение); нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, двигательные, психические и речевые нарушения) [99].

Дети с НОДА долгое время являются объектом пристального внимания специальных педагогов и психологов. Для детей данной категории созданы специальные образовательные учреждения для их воспитания, обучения и реабилитации с учетом специфики заболевания [14; 26; 28; 85; 86; 90; 100; 105; 125; 129; 133; 135].

Проблема профилактики и реабилитации детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата с каждым годом становится все более актуальной. Основными задачами системы специального образования являются социальная адаптация детей в общество и включение их в общественную деятельность [4].

Реабилитация детей с НОДА является психолого-педагогической, медицинской и социальной задачей, при этом необходимо не только восстановить нарушенные двигательные функции и улучшить функциональное состояние, но и максимально адаптировать ребенка к окружающей среде [42; 43; 44; 45; 70; 72; 164].

Разработать педагогические технологии для работы с детьми, имеющими нарушения функций ОДА, в рамках инклюзивного образования возможно только на основе знаний специфики нарушений, а также понимания компенсаторных возможностей, на которые необходимо опираться при обучении и воспитании [61].

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Среди детей с нарушениями ОДА условно выделяют четыре группы.

К первой группе относятся дети, у которых нарушения обусловлены органическими поражениями нервной системы: головного мозга (ДЦП, опухоли, травмы); проводящих путей (параличи, парезы); спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы). Во вторую группу входят дети, имеющие сочетанные поражения нервной системы и ОДА вследствие родовых травм. К третьей группе относятся дети, имеющие врожденные нарушения ОДА при сохранном интеллекте (врожденный вывих бедра; деформации стоп; лордозы, кифозы, сколиозы; аномалии развития пальцев кисти) и приобретенные заболевания

скелета (остеомиелит, хондродистрофия, рахит). В четвертой группе объединены дети с НОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными атрофиями (миопатия Дюшенна).

Во многих случаях у детей наблюдается сочетание выраженных нарушений опорно-двигательного аппарата с отклонениями в развитии центральной нервной системы. При всем разнообразии заболеваний и повреждений ОДА у большинства детей ведущим является нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности:

- при тяжелой степени двигательных нарушений дети не овладевают навыками ходьбы, манипулятивной деятельности и самообслуживания;

- при средней степени дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно и с помощью специальных ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции;

- при легкой степени двигательного дефекта дети ходят самостоятельно, у них сформированы навыки самообслуживания и развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться нарушения походки, насильственные движения и патологические позы.

Большинство детей с НОДА составляют дети с церебральным параличом. При ДЦП страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь. Двигательные нарушения часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем.

Следует заметить, что в отличие от других нозологических подгрупп детей с НОДА, не имеющих явно выраженных отклонений в развитии познавательной деятельности, дети с ДЦП, как правило, требуют специального обучения и воспитания [111].

ДЦП рассматривают как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в перинатальном периоде или в периоде незавершенного

процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную структуру неврологических и психических расстройств.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Двигательные дефекты обусловлены нарушением мышечного тонуса: спастичностью, ригидностью, гипотонией, дистонией. В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное (центральный паралич) или частичное отсутствие (центральный парез) тех или иных движений.

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора. При нарушении равновесия и координации движений наблюдается туловищная атаксия. Также может быть нарушена проприоцептивная регуляция движений по причине снижения мышечно-суставного чувства.

Выраженность патологических тонических рефлексов препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые в свою очередь служат основой для развития произвольных двигательных навыков и умений [193].

В нашей стране на данный момент практикуется классификация ДЦП по К.А. Семеновой, учитывающая проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания (двигательные, речевые, психические), в которой выделяют пять форм ДЦП [144].

Спастическая диплегия является наиболее легкой степенью заболевания, при котором поражаются руки и ноги, но нижние конечности поражаются в большей степени. При своевременной психолого-педагогической работе и комплексном лечении большая часть детей со спастической формой ДЦП осваивает навыки ходьбы, у них развивается речь и познавательные функции, многие из них способны к обучению и воспитанию по общеобразовательным программам.

Для детей с диагнозом спастическая диплегия наиболее характерен астенодинамический синдром, при котором мыслительные процессы резко замедлены, ребенок малоактивен при выполнении задания и требует постоянной стимуляции для его завершения.

Ходьба детей со спастической диплегией характеризуется тем, что они не могут автоматически переносить вес тела с одной ноги на другую, так как вес тела сосредоточивается в основном на внутренней стороне стопы. При этом ребенку не хватает равновесия и наружной ротации стопы, при ходьбе он как бы «падает» с одной ноги на другую.

Для сохранения равновесия он формирует своеобразный порочный вариант ходьбы, использует движения рук, компенсаторные движения головы, верхней части туловища, что демонстрирует сложный механизм формирования двигательного акта при церебральном параличе [155].

Двойная гемиплегия характеризует психическое развитие детей обычно на уровне умственной отсталости в умеренной или тяжелой степени при отсутствии речи. Гемипаретическая форма характеризуется односторонним поражением руки и ноги. При данной форме ДЦП обычно тяжелее поражается верхняя конечность.

Гиперкинетическая форма обусловлена насильственными движениями, мышечной ригидностью шеи, туловища, ног. Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется парезами, низким тонусом мышц при наличии патологических тонических рефлексов, нарушением координации движений, равновесия [144].

Необходимо отметить, что для детей с ДЦП свойственно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего поражения головного мозга с различными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют условия воспитания и обучения, а также ограничения социальных контактов [110].

Уже в работах начала XX века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с ДЦП. М.Я. Брейтман первым акцентировал

внимание на том, что при данном заболевании наряду с двигательной сферой страдает интеллект и речь [21]. Во второй половине XX века появилась работа Р.Я. Абрамовича-Лехтмана, посвященная изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом [2].

Созревание психической деятельности у детей с ДЦП существенно задерживается, при этом выявляются нарушения психики в познавательной и интеллектуальной деятельности. По состоянию интеллекта дети представляют неоднородную группу, одни имеют близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у многих имеет место олигофрения.

Для детей с ДЦП также характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, проявляющиеся в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности и заторможенности, застенчивости, робости. Нарушения поведения могут проявляться в виде агрессии по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

Своеобразная структура личности – характерная черта для детей с ДЦП, интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе и самостоятельности, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Значительное место в сложной структуре нарушений у детей с ДЦП занимают речевые расстройства: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи. Неоднородность двигательных нарушений обуславливает разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы ДЦП характерны специфические нарушения речи, затрудняющие общение детей и отрицательно сказывающиеся на их общем развитии.

Психические и речевые расстройства при ДЦП, как и двигательные дефекты, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться различное их сочетание. При грубых двигательных дефектах психические расстройства могут быть минимальными, а при легких – наблюдаются грубые психические и речевые расстройства [110; 111; 193].

Следует отметить, что проблемы физической реабилитации детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата имеют определенные научные обоснования в трудах зарубежных и отечественных ученых.

По мнению немецкого педагога-дефектолога Михаэля Шоо, для специального образования важен характер влияния нарушений двигательных функций, органического дефекта на психомоторное, эмоциональное, социально-коммуникативное и когнитивное развитие, при этом необходимо учитывать характер их взаимоотношений [199].

Данное влияние может проявляться в отсутствии положительных результатов в работе с дидактическим материалом, нарушении функций речи и письма, выпадении функциональных компонентов поведения, нарушении чувства собственной значимости и мотивации, отклонении в построении речи и ориентации в пространстве.

Специалист в области коррекционной педагогики К. Fischer, отмечает негативное влияние нарушений двигательных функций на развитие организма в целом. Ввиду этого физическое воспитание он считает ведущим фактором развития детей с НОДА, которое осуществляется терапевтами, педагогами и специалистами других смежных областей наук средствами лечебной гимнастики, эрготерапии, мотопедии [205]. При этом дети с НОДА, по его мнению, имеют право на то, чтобы быть не такими как все, и противостояние отдельной личности общественному сознанию понимается как жизненно важный и длительный процесс, а целью педагогической работы не является адаптация к нормам и стандартам, существующим для детей без отклонений в развитии.

Методика Гленна Домана помогает восстановлению детей с ДЦП через использование внешних раздражителей, задействовав резервные клетки мозга. С целью фокусировки внимания ребенку демонстрируются карточки с изображениями больших ярко-красных точек [163].

В статье В.В. Анцыперова и Н.Л. Горячевой доказано, что повышение вестибулярной устойчивости у детей с ДЦП может достигаться за счет

применения средств малой акробатики и прыжков на батуте, способствующих адаптационным процессам и активизации двигательной активности [11].

Исследователь Т.Е. Сими́на экспериментальным путем доказала, что применение ее авторской методики при обучении плаванию детей с ДЦП в возрасте 5-6 лет способствовало повышению их физической подготовленности, снижению уровня утомляемости за счет использования всех элементов плавания, целенаправленного применения дыхательных упражнений и заданий в игровой форме [147].

Исследованиями О.В. Този́ка доказана эффективность комплексного применения утренней гимнастики, элементов ЛФК и эрготерапии для физической реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП разных нозологических подгрупп и повышения уровня их двигательных способностей [160].

Ведущим специалистом в области физической реабилитации детей с ДЦП С.А. Дробышевой наряду с актуальностью инклюзивного образования в рамках школьного обучения подчеркивается значимость гидрореабилитации для повышения функций дыхательной системы с использованием специальных упражнений по системе А.С. Стрельниковой и тренажерных устройств [53].

Научная работа О.В. Евстигнеевой расширяет возможности использования средств физической культуры и легкой атлетики для повышения физической работоспособности и уровня координационных способностей у детей и подростков с ДЦП легкой степени [58].

В своей работе О.Г. Шаталова выявила, что формированию двигательных навыков у детей 9-12 лет с последствиями ДЦП способствуют корригирующие упражнения на основе использования наиболее выгодных положений в зависимости от их нозологических форм [185].

Исследование И.Г. Ларионовой посвящено проблеме адаптации детей с двигательными нарушениями в социальную среду. В ее научной работе определено влияние нарушенных двигательных способностей при ДЦП на познавательные процессы детей 10-13 лет и доказано, что взаимодействие

мыслительных и двигательных способностей в наибольшей степени определяет успешность познавательного уровня развития психики [83].

На основе исследований, проведенных И.Ю. Беркутовой, выявлены особенности двигательного, функционального и физического развития у детей дошкольного возраста в зависимости от характера патологии. Ее методика способствует повышению эффективности развития двигательных навыков у детей с нарушениями ОДА с учетом индивидуальных психофизических особенностей и функциональных возможностей ребёнка [18].

Н.Л. Климон утверждает, что формирование социально-бытовых навыков у детей с НОДА осуществляется эффективнее, если в процессе коррекционно-развивающей работы использовать систему игр на основе развития ручной моторики с учетом двигательных нарушений, возраста ребенка и индивидуальных психофизиологических особенностей [71].

Свой научный подход к профилактике и коррекции нарушений в состоянии ОДА у детей нашел Г.А. Нарский. Он предложил для повышения эффективности реабилитации дошкольников применять систему, в основе которой алгоритм с использованием четырех модулей: анализ, коррекция, контроль и профилактика [112].

В исследовательских изысканиях И.П. Эммануилиди разработана методика занятий адаптивной физической культурой с детьми школьного возраста, имеющими нарушения осанки. По мнению автора, коррекция нарушений будет наиболее результативной, если в работе применять реабилитационный комплекс физических упражнений для профилактики и коррекции сколиоза, лордоза и кифоза [203].

В своей диссертационной работе А.М. Семенов предлагает применение физических упражнений для развития силовой выносливости «мышечного корсета», а также оздоровительного плавания, оказывающих положительное воздействие на факторы, приводящие к функциональным нарушениям осанки у детей 7-9 лет [143].

Свою оздоровительную технологию при нарушении осанки у детей 7-8 лет предложил Гасеми Бехнам. Автором предложены специальные упражнения для укрепления мышечного корсета, позволяющие значительно улучшить осанку детей, благодаря нормализации тонуса расслабленных мышц спины и брюшного пресса [34].

Оздоровление детей младшего школьного возраста с нарушениями ОДА позвоночного отдела Р.Ф. Валеев предлагает осуществлять с помощью средств ЛФК и оздоровительного плавания, способствующих увеличению силы мышц туловища и коррекции искривлений позвоночника [23].

Для профилактики деформации свода стопы у детей С.В. Шеренда в своем научном исследовании рекомендует использовать физические упражнения в сочетании с самомассажем мышц нижних конечностей, что позволяет укрепить мышечно-связочный аппарат стопы и голеностопного сустава, ускорить восстановление мышц после физической нагрузки [189].

1.4 Индивидуально-дифференцированный подход как основа образования детей с ограниченными возможностями здоровья

Для реализации потенциальных возможностей воспитанников необходима индивидуализация обучения и воспитания, которая учитывает индивидуальные особенности, специфику характера и интеллекта ребенка, уровень познавательной мотивации.

Индивидуализация направлена на преодоление несогласованности между уровнем образовательной деятельности и реальными возможностями каждого ребенка и предполагает дифференциацию учебного материала и заданий по уровню объема и трудности.

Индивидуализация процесса обучения позволяет повысить его продуктивность, которая зависит во многом от интенсивности обеспечения обратной связи. Однако при единых государственных стандартах образования и большой комплектации групп осуществлять ее в образовательной деятельности

постоянно весьма проблематично. В связи с этим, легче реализуемой и наиболее доступной является дифференциация обучения.

Дифференциация обучения является формой организации образовательной деятельности, при которой дети распределяются по группам в соответствии с их индивидуальными способностями и потенциальными возможностями. Индивидуализация обучения представляет собой предельный уровень дифференциации, при котором учитываются особенности личности каждого воспитанника [158].

Проблема дифференциации обучения была определена уже в конце XIX века, а в начале XX века были обоснованы общие психологические подходы к дифференциации образования В. Штерном и Э. Клапаредом, что в дальнейшем послужило предпосылкой к разработке различных способов организации образовательной системы [69; 201].

В зарубежной педагогической практике были реализованы различные виды дифференциации обучения, которые в последующем времени нашли место применения и в российской образовательной системе. Одним из таких видов является дифференциация по способностям учащихся, предусматривающая распределение их на несколько групп с учетом успеваемости в предыдущем классе по специальной балльной системе.

Другой вид представлен дифференциацией по уровню интеллекта, основанный на тестировании детей с момента поступления в школу по специальным интеллектуальным текстам с последующим распределением их на группы способных, средних и неспособных учеников. Все учащиеся изучают одни и те же предметы, но разные по уровню и содержанию.

В образовательной системе различают «внешнюю» и «внутреннюю» формы дифференциации. Внешняя форма, базируемая на профильном обучении, осуществляется в различных образовательных учреждениях с углубленным изучением тех или иных предметов [158].

По мнению И.Э Унт, внешняя дифференциация учитывает особенности детей посредством их объединения в группы и затрагивает саму структуру

обучения. Внутренняя дифференциация подразумевает использование на занятиях одной группы различных педагогических средств и методов, обеспечивающих оптимальное развитие их индивидуальных способностей, а также удовлетворение познавательных потребностей и интересов каждого ребенка. Распределение по группам может основываться на психофизиологических особенностях детей.

В психолого-педагогической практике находят применение такие формы внутренней дифференциации, как дифференцированные задания, дозирование помощи педагога, групповая работа с детьми по модели полного усвоения знаний [165].

По мнению зарубежного ученого в сфере педагогической помощи детям с трудностями в обучении К. Гилленбранда, дифференциация процесса обучения для различных подгрупп должна учитывать специфические условия обучения и возможности учащихся. Дифференциация осуществляется по разным критериям, ведущими, например, могут быть способности к обучению, имеющиеся знания или социальные навыки [35].

Внешняя и внутренняя дифференциация педагогического процесса, по мнению специалиста коррекционной педагогики Н. Glöckel, обеспечивается благодаря учебно-организационным мерам, проводящимся с целью «различного обращения с учащимися в учебном или воспитательном плане» при разных образовательных условиях [220].

Дети с нарушениями функций ОДА в учебных группах представлены весьма гетерогенно. Понятие «гетерогенность», по мнению педагога-практика в области специального образования Михаэля Шоо, в этом случае используется, как критерий при формировании групп детей данной нозологии [199].

Автор говорит о том, что проблема организации занятий физическими упражнениями для детей с различными двигательными нарушениями находит решение во внутренней и внешней дифференциации, создании функциональных групп, объединении в одну группу детей со схожими двигательными возможностями.

В теории и практике физического воспитания детей методические аспекты дифференцированного подхода стали рассматривать в контексте повышения эффективности физкультурно-спортивной деятельности, а также в плане совершенствования урочной системы.

Дифференциация представляет собой учет показателей развития, обуславливающих эффект результата педагогического воздействия. Таковыми могут быть в физическом воспитании состояние здоровья детей, уровень их физической подготовленности, работа функциональных систем организма, черты характера и волевые проявления.

Физическое воспитание на основе применения дифференцированного подхода определяется факторами количественного характера: учет комплекса однородных или различных особенностей; учет какой-либо одной особенности доминирующего характера. По качественным критериям необходимо учитывать факторы, от которых больше всего зависит эффект воздействия, и факторы, вариабельность которых в отношении средних показателей детей одного возраста особенно велика.

В научном пространстве теории и методики физического воспитания подрастающего поколения уже имеется немалое количество работ, раскрывающих алгоритм построения их физкультурного образования на основе индивидуально-дифференцированного подхода.

Программа физического воспитания детей дошкольного возраста на основе дифференцированного подхода, разработанная Ю.А. Смирновым, обеспечивает комплексное решение образовательных задач, формируя у детей целостное представление о физической культуре и ее потенциальных возможностях для улучшения состояния здоровья и физической подготовленности [150].

Свой подход к дифференцированию физической подготовки детей 4-6 лет нашел автор О.В. Ивасева. Ее методика основана на учете половозрастных особенностей и детализации внутренних границ сенситивных периодов развития физических качеств дошкольников в годичном цикле [60].

Дифференциация средств и методов с учетом физической подготовленности детей представлена в научной работе С.Г. Абольяниной. В основе дифференциации – использование индивидуальных и групповых прогнозных моделей развития физических качеств ребенка с учетом индивидуальных особенностей [1].

В своей научно-исследовательской работе Н.Д. Дарданова утверждает, что индивидуализация процесса физической подготовки детей 5-7 лет к школе, основанная на применении дополнительных занятий с учетом соматического типа и варианта биологического развития, позволяет качественно улучшить физическую подготовленность дошкольников [50].

Н.В. Попкова считает, что процесс физического воспитания детей сможет протекать с наибольшей эффективностью, если в образовательном процессе ДОО будет реализована методика физического воспитания старших дошкольников с учетом индивидуально-типологических особенностей, что позволит значительно повысить их физическую подготовленность и уровень здоровья [123].

Использование элементов спортивной акробатики в практике физического воспитания детей с учетом их индивидуально-типологических особенностей, по мнению Е.А. Козина, сможет повысить эффективность педагогического процесса и окажет положительное влияние на динамику двигательной подготовленности, физического развития и показатели здоровья дошкольников [75].

В своей диссертационной работе А.М. Пятахин доказывает, что если учащихся, имеющих разные уровни физической подготовленности, разделить на группы слабых и сильных, дифференцировать содержание учебной программы, методы и критерии оценки, то это позволит оптимизировать процесс физического воспитания и обеспечит сохранение их здоровья [131].

Внедрение методики А.Н. Аксеновой в вариативный компонент уроков физической культуры позволит эффективно осуществлять индивидуализацию и дифференциацию учебного процесса, способствовать значительному повышению уровня физической подготовленности и сохранения здоровья школьников с различным соматотипом [6].

Программа физического воспитания младших школьников, по мнению М.Н. Тюнайтис, будет эффективной, если в ее основу заложить дифференцированный подход, который учитывает физкультурно-спортивный интерес, уровень здоровья, показатели физической подготовленности, а также формирование познавательной деятельности занимающихся [159].

В своих изысканиях А.Н. Борцова доказывает эффективность технологии дифференцированного физического воспитания школьниц, основанной на учете особенностей интегральных показателей физического состояния различных конституциональных типов и биологической зрелости, с разделением их на типоспецифические группы [20].

Методику дифференцированной физической подготовки детей среднего школьного возраста разработала Е.И. Лебедева. Автор считает, что определение оптимальных параметров физической нагрузки при развитии физических качеств и классификация групп основных двигательных заданий для типоспецифического контингента занимающихся по зонам относительной мощности позволит оптимизировать процесс из физического воспитания [84].

Анализ научно-методической литературы не показал глубокой научной обоснованности индивидуально-дифференцированного обучения детей с ОВЗ. Нам удалось найти лишь работы О.С. Филимоновой, Н.В. Губаревой, А.В. Аксенова.

В работе О.С. Филимоновой указан тот факт, что среди дошкольников наиболее распространенными являются функциональные нарушения ОДА. Автор утверждает, что физическое воспитание с преимущественным использованием фитнеса, базирующееся на индивидуальном подходе, позволит более эффективно воздействовать на уровень физической и функциональной подготовленности детей, а также состояние ОДА [171].

По мнению Н.В. Губаревой, дифференцированный подход в процессе коррекции и развития координационных способностей у школьников 8-13 лет с различной степенью нарушения слуха позволит эффективно корригировать их

двигательные нарушения и оптимизировать процесс физического воспитания в специальных образовательных учреждениях [46].

В рамках авторской методики А.В. Аксенова основной формой организации педагогического процесса для детей с ДЦП являются физкультурные занятия урочной формы. В процессе занятий с детьми, имеющими разные возможности, применяется метод дифференцированного подхода, способствующий повышению эффективности процесса физического воспитания [3].

Заключение по первой главе

Анализ данных научно-методической литературы позволил выявить проблему исследования, которая заключается в необходимости разработки и научного обоснования теоретических и методических основ физического воспитания детей дошкольного возраста в условия инклюзивного образования.

В ходе обобщения научных работ отечественных и зарубежных авторов сделано предположение о том, что физическое воспитание детей в рамках инклюзивного образования, направленное на обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий и подчиненное дифференцированному подходу, может быть наиболее эффективной формой организации их совместной непосредственно организованной двигательной деятельности.

Инклюзивное образование является ключевым фактором организации педагогического процесса, при котором все дети, независимо от их физических, психических и интеллектуальных особенностей, включены в систему образования с учетом их возможностей и особых образовательных потребностей.

Опираясь на закономерности, методологические и концептуальные основы общей педагогики, процесс обучения и воспитания в условиях инклюзии имеет свои специфические подходы, методы, средства, приемы их исполнения и формы организации.

В настоящее время в нашей стране по Федеральному государственному образовательному стандарту инклюзивное образование в ДОУ является

обязательной частью системы обучения и воспитания детей и направлено на обеспечение детей с ОВЗ компетенциями, необходимыми им для успешной социализации и адаптации в современном обществе.

Одним из направлений дошкольного образования является физическое воспитание детей. Его структура и содержание характеризуются единством целей, задач, средств, методов и форм организации педагогического процесса, нацеленных на физическое и личностное развитие воспитанников.

Специфическая цель физического воспитания направлена на воспитание здорового, физически развитого ребенка, владеющего доступными его возрасту двигательными умениями и навыками, знаниями о физической культуре.

Физкультурное образование детей с ОВЗ осуществляют в рамках адаптивного физического воспитания. Одну из нозологических подгрупп дошкольников с ОВЗ составляют дети с ДЦП. Основными характерными чертами их дизонтогенеза являются двигательные нарушения и отклонения в развитии центральной нервной системы.

При ДЦП страдают самые важные для ребенка функции: движение, психика и речь. Двигательные нарушения часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем.

Данные нарушения проявляются в низких темпах обучения и воспитания, а также социальной активности детей изучаемой нозологической подгруппы. Все это предопределяет необходимость организации специальных педагогических условий физического воспитания для детей в рамках инклюзивного образования.

В теории и практике физического воспитания детей методические аспекты дифференцированного подхода стали рассматривать в контексте повышения эффективности физкультурно-спортивной деятельности, а также в плане совершенствования урочной системы.

Дифференциация представляет собой учет таких показателей развития ребенка, которые обуславливают эффект результата педагогического воздействия. Таковыми могут быть в физическом воспитании состояние здоровья детей,

уровень их физической подготовленности, работа основных функциональных систем, черты характера и волевые проявления.

Индивидуально-дифференцированный подход, как основа инклюзивного образования, предполагает создание функциональных групп, т.е. объединение в одну группу детей со схожими двигательными возможностями для организации физического воспитания дошкольников в рамках инклюзии.

В теории и методике физического воспитания подрастающего поколения уже имеется немало количество работ, раскрывающих алгоритм построения физкультурного образования на основе индивидуально-дифференцированного подхода. При этом анализ научно-методической литературы не показал глубокой научной обоснованности индивидуально-дифференцированного обучения детей с ОВЗ.

На данный момент педагогическая практика уже имеет некоторые научно-исследовательские разработки в области инклюзивного образования. Однако научных изысканий в сфере физического воспитания детей дошкольного возраста недостаточно, в то время как специалистами неоднократно подчеркивалась актуальность развития инклюзии в данном возрасте.

Вследствие этого, поиск новых форм, средств и методов, направленных на повышение эффективности физического воспитания дошкольников в рамках инклюзии, является особенно актуальным, несмотря на все трудности, связанные социальной и психологической адаптацией детей, с преодолением барьерной среды и устоявшихся стереотипов со стороны общества.

ГЛАВА 2 МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Методы исследования

Выбор методов научной деятельности осуществляли в соответствии с задачами и общими требованиями к педагогическим исследованиям. Для решения поставленных задач использовали такие методы как:

1. Анализ и обобщение данных научно-методической литературы.
2. Анализ медицинских карт и результатов психолого-медико-педагогического консилиума.
3. Педагогическое наблюдение.
4. Медико-биологические методы.
5. Педагогическое тестирование.
6. Оценка эффективности педагогического процесса.
7. Педагогический эксперимент.
8. Методы математической статистики.

Анализ и обобщение данных научно-методической литературы. С целью выявления теоретических предпосылок к необходимости и возможности организации физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования изучали научные работы отечественных и зарубежных специалистов по следующим вопросам:

- методологические основы инклюзивного образования в дошкольном обучении и воспитании;
- современные представления о физическом воспитании детей дошкольного возраста;
- специфика развития детей с детским церебральным параличом;
- индивидуально-дифференцированный подход, как основа образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ медицинских карт и результатов психолого-медико-педагогического консилиума проводили с целью получения данных, характеризующих состояние здоровья воспитанников. Выявляли динамику заболеваемости простудного характера в течение года посредством определения индекса здоровья детей - отношения числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему списочному составу группы детей. К ни разу не болевшим детям относили лишь тех, в истории болезни которых за прошедший календарный год отсутствовали данные о заболеваниях, связанных со снижением неспецифической резистентности организма.

Данные психолого-медико-педагогического консилиума раскрывали психолого-педагогические характеристики детей со спастической диплегией и позволяли сделать заключение об их готовности осваивать программу физического воспитания ДОУ.

Педагогические наблюдения. Визуальное наблюдение осуществляли в ДОУ в течение всего исследовательского периода с целью получения оценочной информации о влиянии экспериментальной методики на общий уровень здоровья, морфофункциональное развитие и физическую подготовленность детей. Результаты, полученные в ходе педагогических наблюдений, позволили корректировать содержание педагогических воздействий и более эффективно решать задачи исследования.

Медико-биологические методы. *Антропометрию* использовали для выявления уровня физического развития дошкольников и формирования однородных групп при проведении педагогического эксперимента. Тестирование осуществляли по общепринятой методике:

– длина тела, в положении «стоя», лопатки прижаты к стене (измеряли при помощи специальной ленты-ростомера с точностью до 0,5 см в первой половине дня, в одно и то же время);

– масса тела (определяли взвешиванием на медицинских весах в первой половине дня с точностью до 100 г);

– окружность грудной клетки (определяли в положении «стоя» руки опущены вдоль туловища при помощи сантиметровой ленты, накладываемой горизонтально на грудную клетку сзади под нижними углами лопаток, спереди на уровне сосков);

– экскурсия грудной клетки (рассчитывали разницей между показателями окружности грудной клетки в покое и на вдохе).

Метод *спирометрии* применяли при измерении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) тремя пробами, повторяющимися через 0,5-1 минуту. Перед началом измерения испытуемые делали максимальный плавный вдох, а затем, зажав нос, плавно равномерно выдыхали в сухой спирометр в течении 5-7 секунд. При повторении двух максимальных величин измерение ЖЕЛ заканчивали. Полученную таким образом величину, называемую фактической, фиксировали в протоколе, вносили лучший результат.

Метод *пульсометрии* применяли для фиксирования частоты сердечных сокращений. Перед тестированием испытуемые отдыхали в состоянии покоя в течение 4-5 минут. Методом пальпации на лучевой артерии шесть раз в течение 10 секунд подсчитывали частоту сердечных сокращений. Наилучший показатель ЧСС за 10 секунд умножали на 6 и заносили в протокол.

Пробу Штанге применяли для измерения максимального времени задержки дыхания после максимально глубокого вдоха. Испытуемые поочередно выполняли глубокий выдох, затем максимальный вдох. Затем выполняли задержку дыхания при плотно зажатом носе и рте. Регистрировали время задержки дыхания после вдоха.

Пробу Генчи применяли для регистрирования времени задержки дыхания после максимально глубокого выдоха. Испытуемые поочередно выполняли глубокий вдох, затем максимальный выдох. Затем выполняли задержку дыхания при плотно зажатом носе и рте. Регистрировали время задержки дыхания после выдоха.

Орто статическую пробу применяли для фиксирования разницы в показателях ЧСС лежа в покое и после подъема испытуемого в вертикальное

положение. Исследуемые занимали положение лежа и отдыхали в течение 5 минут, затем у них измеряли ЧСС. После этого исследуемые медленно вставали и у них снова измеряли пульс. Учитывали разницу между полученными результатами.

Проба Мартинэ. После отдыха у испытуемых считали пульс в положении стоя за 10 секунд. После 20 глубоких приседаний (выбрасывая руки вперед, корпус прямой) в медленном темпе за 30 секунд у испытуемых определяли пульс. Оценку результатов проводили по данным учащения пульса, учитывали показатели частоты сердечных сокращений в покое и после нагрузки. Превышение исходного уровня оценивали следующим образом: 25% – отлично; 25-50% – хорошо; 51-75% – удовлетворительно; более 75% – неудовлетворительно.

Кистевую динамометрию применяли для оценки силы мышц кисти рук. Испытуемые максимально сжимали детский кистевой динамометр ведущей рукой, которая была вытянута в сторону и поднята до уровня плеч. Измерение проводили 2-3 раза и фиксировали лучший результат в килограммах.

Метод *миотонометрии* применяли для определения функционального напряжения мышц по измерению их плотности с помощью миотонометра. Сформированность тонуса мышечных групп характеризуется показателями их произвольного расслабления и напряжения, а также амплитуды произвольного тонуса.

Педагогическое тестирование. Контрольные испытания уровня физической подготовленности детей старшего дошкольного возраста проводили с помощью специфических тестов, характеризующих различные стороны их физического состояния, в соответствии с общепринятыми методическими рекомендациями дошкольного физического воспитания:

- бег 30 метров (фиксировали время преодоления дистанции);
- бег 300 метров (фиксировали время преодоления дистанции);

- прыжки в длину с места (выполняли в специально оборудованном месте, учитывали лучший результат из трех попыток);
- метание теннисного мяча вдаль (осуществляли сильнейшей рукой, учитывали лучший результат из трех попыток);
- челночный бег 3x10 метров (фиксировали время преодоления дистанции);
- поднятие и опускание корпуса из положения, лежа на спине при закрепленных ногах (учитывали максимальное количество подъемов туловища до вертикали за 30 с);
- поднятие и опускание корпуса из положения, лежа на животе при закрепленных ногах (учитывали максимальное количество подъемов туловища до положения не ниже 45 градусов за 30 с).

Оценка эффективности педагогического процесса. Для определения величины моторной плотности из состава группы выбирали ребенка, за которым вели наблюдение в течение всего занятия. Наблюдатель держал в руке секундомер и включал его в момент начала любых двигательных действий ребенка. По окончании выполнения упражнения наблюдатель выключал секундомер на время отдыха до начала следующего упражнения. Таким образом, с помощью секундомера суммировали время выполнения физических упражнений, не учитывая время отдыха.

Психологическое тестирование детей проводили с помощью специальной социометрической методики посредством игры «Секрет», в которой каждому ребенку по секрету от других предлагали по собственному выбору подарить предложенные картинки трем детям группы. При этом подсчитывали число общих и взаимных выборов, количество детей попавших в благоприятные и неблагоприятные статусные группы, определяли уровень благополучия взаимоотношений в группе, индекс изолированности, коэффициент взаимности и удовлетворенности взаимоотношениями.

Методика «Каков ребенок во взаимоотношениях с окружающими людьми?». По данному опроснику для родителей, воспитателей и родственников

ребенка осуществляли по десятибалльной системе экспертное оценивание межличностных отношений, коммуникативных качеств: доброта, внимательность, правдивость, жизнерадостность, ответственность, вежливость, общительность, щедрость, отзывчивость, справедливость.

Педагогический эксперимент. Для доказательства рабочей гипотезы проводили педагогический эксперимент в соответствии с общепринятыми требованиями в два этапа: констатирующий и формирующий.

Целью предварительного эксперимента являлось обоснование необходимости и возможности организации физического воспитания детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования, в котором принимали участие 50 дошкольников 6-7 лет дошкольных образовательных учреждений МОУ «Детский сад № 178 Краснооктябрьского района Волгограда», МОУ «Детский сад № 220 Тракторозаводского района Волгограда», МОУ «Детский сад № 13 Кировского района Волгограда».

Основываясь на результатах и выводах констатирующего эксперимента, мы определили цель формирующего эксперимента, которая заключалась в выявлении эффективности применения разработанной методики при проведении общегрупповых физкультурных занятий для детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.

В основном педагогическом эксперименте принимали участие две группы детей 6-7 лет – контрольная и экспериментальная. Группы комплектовали из детей со спастической формой ДЦП легкой степени с сохранным интеллектом в количестве 5 человек и нормотипичных детей численностью 20 человек. Испытуемые в группах имели примерно одинаковый уровень физического развития.

На данном этапе осуществляли обработку экспериментальных данных с помощью анализа показателей состояния здоровья, морфофункционального развития и физической подготовленности детей старшего дошкольного возраста, а также сформированности мышечного тонуса у детей с ДЦП на начало и окончание исследования в контрольной и экспериментальной группах.

Опытно-экспериментальной базой исследования являлись дошкольные образовательные учреждения МОУ «Детский сад № 220 Тракторозаводского района Волгограда», МОУ «Детский сад № 13 Кировского района Волгограда». Ввиду того, что в дошкольных образовательных учреждениях педагогическая деятельность предъявляет единые требования к мальчикам и девочкам, разделения по половому признаку в предварительном и основном педагогическом эксперименте не проводили.

Методы математической статистики. Для выявления закономерностей педагогического процесса физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования, обеспечения достоверности и обоснованности выводов исследования проводили статистическую обработку данных, полученных на различных этапах научного исследования.

Для последующего анализа экспериментальных данных вычисляли следующие характеристики: среднее выборочное, ошибку среднего выборочного.

Проверку достоверности различий между изучаемыми показателями осуществляли при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни. Существенной считали достоверность различий при уровне значимости $\alpha = 0,05$, что является достаточным для педагогических исследований в области физической культуры и спорта.

2.2 Организация исследования

Исследование проводили в три этапа с 2016 по 2019 г. Задачи каждого этапа исследования были подчинены общей цели исследования.

На первом этапе (2016–2017 годы): изучали состояние исследуемой проблемы в науке и практике физического воспитания дошкольников в рамках инклюзивного образования посредством анализа отечественной и зарубежной научно-методической литературы, проводили поисковые эксперименты.

В условиях предварительного эксперимента проводили оценку специфики образовательных запросов, а также оценку педагогической целесообразности

коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников. Подбирали средства и методы педагогического воздействия для детей со спастической формой ДЦП легкой степени с сохранным интеллектом в зависимости от специфики имеющихся у них нарушений.

На втором этапе (2017–2018 годы) проводили основной педагогический эксперимент, направленный на апробацию разработанной методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования и выявление эффективности ее применения в педагогической практике. Программа экспериментального года была рассчитана на девять месяцев (сентябрь – май).

На третьем обобщающем этапе (2018–2019 годы) осуществляли систематизацию, статистическую обработку и логический анализ полученных в процессе опытно-экспериментальной работы научных данных. В результате логической интерпретации достоверных результатов сформулировали выводы исследования и дали эффективные практические рекомендации. В заключительной стадии данного этапа провели оформление диссертационной работы.

ГЛАВА 3 Обоснование необходимости и возможности организации физического воспитания детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования

Для обоснования необходимости и возможности организации физического воспитания детей 6-7 лет в условиях инклюзивного образования провели оценку специфики образовательных запросов воспитанников с ДЦП, оценку их готовности освоить программу физического воспитания ДООУ и педагогической целесообразности коллективной двигательной деятельности с нормотипичными детьми.

При оценке специфики образовательных запросов задействовали детей в возрасте 6-7 лет общей численностью 50 человек, из них 25 воспитанников имели спастическую форму ДЦП легкой степени и сохранный интеллект. Оценка педагогической целесообразности предусматривала коллективную двигательную деятельность 25 воспитанников, из которых 5 детей имели спастическую форму ДЦП.

3.1 Оценка специфики образовательных запросов детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников

С целью оценки специфики образовательных запросов детей 6-7 лет изучали особенности их физического развития и физической подготовленности по показателям состояния здоровья, сформированности нервно-мышечного аппарата, морфофункциональных возможностей и развития физических качеств.

3.1.1 Оценка особенностей состояния здоровья детей 6-7 лет

В ходе эксперимента провели оценку особенностей состояния здоровья у детей 6-7 лет. Полученные результаты подвергли анализу, который осуществляли путем просмотра медицинских карт у воспитанников. В результате получили

данные количества случаев заболеваний простудного характера в течение года, представленные на Рисунке 1.

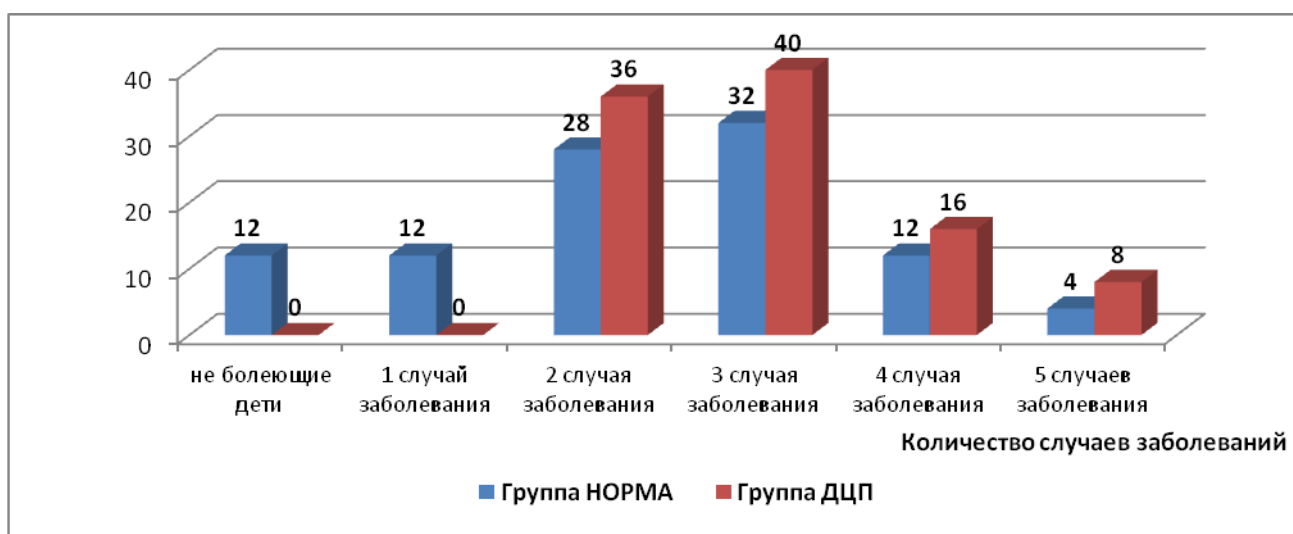


Рисунок 1 – Количество случаев заболеваний у детей 6-7 лет в течение года, %

Обобщая полученные данные, мы выявили, что 24 % детей, не имеющих отклонений в развитии, не болели или имели 1 случай заболевания. Среди детей с ДЦП такие случаи не отмечены.

Детей, входящих в группу «риска», которые болели в течение года 2 раза, с ДЦП выявлено 36 %, их полноценно развивающихся сверстников – 28 %. Часто болеющие дети (от трех до пяти раз в течение года) с ДЦП составили 64 %, нормотипичные дети – 48 %.

В исследуемых группах детей выявили доминирующее преобладание острых респираторно-инфекционных заболеваний на фоне общего снижения защитных свойств их организма. Продолжительность болезни составляла от 7 до 12 дней, осложнений не отмечено. Характерными симптомами являлись высокая температура тела (38°C), насморк, кашель.

В ходе констатирующего эксперимента установили, что показатель индекса здоровья, выраженный процентным отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству у воспитанников с ДЦП был

минимальным, а у дошкольников, не имеющих отклонений в развитии, индекс здоровья соответствовал 12 %.

Таким образом, мы выявили более высокую динамику заболеваемости простудного характера в течение года у детей с ДЦП, нежели у воспитанников массовых детских садов. Вероятно, данный факт является следствием отклонений в физическом развитии у детей и неэффективности традиционной системы физического воспитания для них.

3.1.2 Оценка сформированности нервно-мышечного аппарата у детей 6-7 лет с ДЦП

На основе данных диагностики произвольного расслабления мышц (ПРМ), произвольного напряжения мышц (ПНМ) и амплитуды их произвольного тонуса (АПТМ), параметры которых характеризуют сформированность тонуса мышц, мы выявили дисгармоничное развитие правых и левых мышечных групп у детей 6-7 лет со спастической формой ДЦП (Таблица 1).

В результате анализа показателей ПРМ и ПНМ правой и левой дельтовидной мышцы отмечены их статистически достоверные различия ($p < 0,05$): показатели ПРМ и ПНМ правой дельтовидной мышцы составили 96,57 и 137,64 усл. ед., левой мышцы – 92,39 и 134,29 усл. ед. соответственно. По показателям АПТМ правой и левой дельтовидной мышцы, которые составили 42,27 и 41,64 усл. ед., также отмечены статистически достоверные различия ($p < 0,05$).

Выявлены достоверно значимые различия в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой широчайшей мышцы спины ($p < 0,05$): показатели ПРМ и ПНМ правой широчайшей мышцы спины составили 125,48 и 138,44 усл. ед., левой мышцы – 122,98 и 136,05 усл. ед. соответственно. Показатели АПТМ правой и левой широчайшей мышцы спины составили 12,83 и 13,36 усл. ед, различия достоверны при уровне значимости $p = 0,05$.

Таблица 1 – Показатели сформированности мышечного тонуса у детей 6-7 лет с ДЦП

Характеристики состояния мышечных групп	U	P
<i>Дельтовидная мышца</i>		
произвольное расслабление правой и левой мышцы	89	<0,05
произвольное напряжение правой и левой мышцы	127	<0,05
амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	10	<0,05
<i>Широчайшая мышца спины</i>		
произвольное расслабление правой и левой мышцы	159	<0,05
произвольное напряжение правой и левой мышцы	190	<0,05
амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	41	<0,05
<i>Прямая мышца живота</i>		
произвольное расслабление правой и левой мышцы	169	<0,05
произвольное напряжение правой и левой мышцы	182	<0,05
амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	145	<0,05
<i>Четырехглавая мышца бедра</i>		
произвольное расслабление правой и левой мышцы	176	<0,05
произвольное напряжение правой и левой мышцы	180	<0,05
амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	307	>0,05
<i>Икроножная мышца</i>		
произвольное расслабление правой и левой мышцы	184	<0,05
произвольное напряжение правой и левой мышцы	182	<0,05
амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	294	>0,05

Примечание: n=25; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U кр. ≤ 227 при P<0,05.

В результате диагностики правой и левой прямой мышцы живота было зафиксировано их дисгармоничное развитие. Показатели ПРМ и ПНМ правой прямой мышцы живота составили 90,24 и 108,55 усл. ед, левой мышцы – 88,35 и 106,34 усл. ед. соответственно (достоверно значимые различия при $p=0,05$). Показатели АПТМ правой и левой прямой мышцы живота составили 18,01 и 18,24 усл. ед. (существенные различия при $p=0,05$).

Статистически достоверная разница показателей ПРМ и ПНМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра ($p<0,05$) свидетельствует о недостаточном уровне сформированности их мышечного тонуса. Показатели ПРМ и ПНМ правой четырехглавой мышцы бедра составили 118,47 и 128,23 усл. ед., левой – 120,65 и 130,57 усл. ед. Показатели АПТМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра составили 9,9 и 10,01 усл. ед. (различия не достоверны).

Дисгармоничность в развитии правой и левой икроножной мышцы зафиксирована в показателях их ПРМ и ПНМ. Отмечены статистически достоверно значимые различия ($p < 0,05$) параметров ПРМ и ПНМ правой и левой икроножной мышцы: параметры ПРМ и ПНМ правой икроножной мышцы составили 104,57 и 131,55 усл. ед., левой мышцы – 106,45 и 133,49 усл. ед. Показатели АПТМ правой и левой икроножной мышцы составили 27,1 и 26,99 усл. ед., разница которых не была статистически достоверно значима ($p > 0,05$).

Таким образом, анализ данных позволил выявить статистически достоверно значимые различия в показателях произвольного расслабления и напряжения, амплитуды произвольного тонуса правых и левых групп мышц ($p < 0,05$), что, в свою очередь, свидетельствует о недостаточном уровне сформированности мышечного тонуса у детей с ДЦП.

Следует отметить, что у детей со спастической формой ДЦП присутствуют как двигательные нарушения, так и нарушения опорно-двигательного аппарата. Вероятно, данный факт является следствием несформированности мышечного тонуса и дисгармоничности в развитии правых и левых мышечных групп у детей изучаемой нозологической подгруппы.

3.1.3 Оценка особенностей морфофункциональных возможностей организма детей 6-7 лет

В дальнейшем целенаправленность нашего исследования предполагала оценку особенностей морфофункционального развития детей 6-7 лет с ДЦП и нормотипичных детей. При исследовании показателей физического развития воспитанников полученные данные подвергли сравнительной оценке, результаты которой представлены в Таблице 2.

Исследуя антропометрические характеристики дошкольников, мы выявили, что различия в показателях длины и массы тела у детей с ДЦП и нормотипичных детей не были статистически достоверно значимыми ($p > 0,05$). По нашим данным у детей с ДЦП показатель длины тела составил 117,32 см, массы тела – 19,14 кг. У

нормотипичных детей показатель длины тела составил 118,14 см, массы тела – 20,11 кг.

Параметры окружности грудной клетки (ОГК) и экскурсии грудной клетки (ЭГК), позволяющие оценить развитие дыхательной системы у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей, имели статистически достоверные различия ($p < 0,05$). У детей с ДЦП показатель ОГК составил 56,21 см, ЭГК – 3,44 см, у их полноценно развивающихся сверстников показатель ОГК составил 61,21 см, ЭГК – 3,83 см.

Таблица 2 – Показатели физического развития детей 6-7 лет

Показатели физического развития	Группа	Статистические показатели		U	P
		\bar{x}	m		
Длина тела (см)	ДЦП	117,32	0,51	255	>0,05
	НОРМА	118,14	0,49		
Масса тела (кг)	ДЦП	19,14	0,51	244	>0,05
	НОРМА	20,11	0,52		
Окружность грудной клетки (см)	ДЦП	56,21	0,63	86	<0,05
	НОРМА	61,21	0,62		
Экскурсия грудной клетки (см)	ДЦП	3,44	0,05	91	<0,05
	НОРМА	3,83	0,06		

Примечание: n=25; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U кр. ≤ 227 при $P < 0,05$.

Таким образом, антропометрические данные показателей окружности и экскурсии грудной клетки детей 6-7 лет с ДЦП находятся ниже их возрастной нормы, что свидетельствует о том, что они отстают от своих полноценно развивающихся сверстников по данным показателям.

В ходе оценки функционального развития, представленной в Таблице 3, мы выявили, что показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), характеризующие возможности дыхательной системы, у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей имели достоверно значимые различия ($p < 0,05$).

Жизненная емкость легких у детей с ДЦП составила 1152,55 мл, у их полноценно развивающихся сверстников среднестатистические показатели ЖЕЛ соответствовали 1202,94 мл.

Таблица 3 – Показатели функционального развития детей 6-7 лет

Функциональные показатели	Группа	Статистические показатели		U	P
		X	m		
ЖЕЛ (мл)	ДЦП	1152,55	4,95	49	<0,05
	НОРМА	1202,94	4,89		
Проба Штанге (с)	ДЦП	12,51	0,28	14	<0,05
	НОРМА	16,51	0,29		
Проба Генчи (с)	ДЦП	7,51	0,31	54	<0,05
	НОРМА	10,49	0,29		
ЧСС в покое (уд/мин)	ДЦП	88,24	0,45	96	<0,05
	НОРМА	84,36	0,57		
Ортостатическая проба (уд/мин)	ДЦП	19,68	0,49	51	<0,05
	НОРМА	14,16	0,58		
Проба Мартинэ (баллы)	ДЦП	2,88	0,17	199	<0,05
	НОРМА	3,56	0,15		
Кистевая динамометрия ведущей руки (кг)	ДЦП	7,46	0,28	52	<0,05
	НОРМА	10,45	0,26		

Примечание: n=25; ЖЕЛ – жизненная емкость легких; ЧСС – частота сердечных сокращений; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U кр. ≤ 227 при P<0,05.

По нашим данным, показатели пробы Штанге и пробы Генчи, позволяющие судить о кислородном обеспечении организма детей с задержкой дыхания после вдоха и выдоха, у детей с ДЦП и нормотипичных детей имели достоверно значимые различия ($p<0,05$).

Сравнительная оценка выявила, что показатель пробы Штанге у детей с ДЦП составил 12,51 с, у детей массовых детских садов – 16,51 с. Показатель задержки дыхания на выдохе у детей с ДЦП составил 7,51 с, у детей, не имеющих отклонений в развитии – 10,49 с.

Функциональная диагностика сердечнососудистой системы выявила, что показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей имели достоверно значимые различия ($p<0,05$). По нашим данным, у детей с ДЦП показатели ЧСС в покое составили 88,24 уд/мин, у нормотипичных детей – 84,36 уд/мин.

Для определения функциональных возможностей сердечнососудистой системы и показателей общей выносливости детского организма мы провели исследования с помощью пробы Мартинэ, характеризующей динамику ЧСС после нагрузки.

По нашим данным, изменения показателей ЧСС после нагрузки у дошкольников с ДЦП были намного выше, чем у нормотипичных детей, что отразилось на достоверном межгрупповом различии результатов ($p < 0,05$). У детей с ДЦП показатели в данном тесте соответствовали 2,88 баллам, у нормотипичных детей – 3,56 баллам, что свидетельствует о более высоком уровне адаптации их сердечнососудистой системы к физическим нагрузкам.

Определение динамики ЧСС после изменения положения тела ребенка проводили с помощью ортостатической пробы. Мы выявили, что под влиянием ортостатической нагрузки показатели в среднем по группе у детей с ДЦП составили 19,68 уд/мин., а у их полноценно развивающихся сверстников – 14,16 уд/мин. (различия достоверны при уровне значимости $p = 0,05$).

По данным исследования, показатели кистевой динамометрии ведущей руки, характеризующие деятельность нервно-мышечного аппарата, у дошкольников с ДЦП составили 7,46 кг, у детей, не имеющих отклонений в развитии – 10,45 кг (результаты достоверно отличаются при уровне значимости $p = 0,05$).

Анализируя полученные эмпирические данные, можно констатировать, что результаты детей с ДЦП имеют статистически достоверно значимые различия с показателями нормотипичных детей в тестах ЖЕЛ, проба Штанге, проба Генчи, ЧСС в покое, ортостатическая проба, проба Мартинэ ($p < 0,05$).

Таким образом, характеристики функционального развития, полученные при оценке деятельности кардиореспираторной системы, детей 6-7 лет с ДЦП находятся ниже их возрастной нормы, что свидетельствует о том, что они отстают от своих полноценно развивающихся сверстников по указанным показателям.

Показатели кистевой динамометрии, характеризующие состояние нервно-мышечной функциональной системы, позволили выявить, что сила мышц кисти рук у детей с ДЦП значительно ниже ($p < 0,05$), чем у нормотипичных детей.

3.1.4 Оценка особенностей физической подготовленности детей 6-7 лет

Оценку особенностей физической подготовленности дошкольников старшей возрастной группы с ДЦП и детей, не имеющих отклонений в развитии,

проводили на завершающем этапе исследования. Двигательные возможности воспитанников оценивали по параметрам, характеризующим развитие основных физических качеств детей. Данные, полученные в ходе сравнительной оценки физической подготовленности, представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Показатели физической подготовленности детей 6-7 лет

Тестовые показатели	Группа	Статистические показатели		U	P
		\bar{x}	m		
Бег 30 м, (с)	ДЦП	10,53	0,31	53	<0,05
	НОРМА	7,51	0,29		
Бег 3x10 м, (с)	ДЦП	17,13	0,49	55	<0,05
	НОРМА	12,17	0,51		
Бег 300 м, (с)	ДЦП	-	-	-	-
	НОРМА	112,25	0,52		
Прыжки в длину с места, (см)	ДЦП	53,16	0,49	7	<0,05
	НОРМА	104,14	0,51		
Метание теннисного мяча вдаль ведущей рукой (м)	ДЦП	5,49	0,29	113	<0,05
	НОРМА	7,48	0,31		
Поднимание и опускание корпуса, лежа на животе, (кол-во раз за 30 с)	ДЦП	11,52	0,38	25	<0,05
	НОРМА	15,56	0,32		
Поднимание и опускание корпуса, лежа на спине, (кол-во раз за 30 с)	ДЦП	9,16	0,58	53	<0,05
	НОРМА	14,12	0,39		

Примечание: n=25; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U кр. ≤ 227 при P<0,05.

Тест «бег на 30 м» наиболее полно характеризует скоростные способности дошкольников в локомоциях бегового характера. По данным эксперимента, в этом тесте среднегрупповой показатель скоростных способностей у детей с ДЦП составил 10,53 с, у детей массовых детских садов результаты составили 7,51 с (различия статистически достоверны при уровне значимости $p=0,05$).

В тесте «бег 3x10м», позволяющем оценить уровень развития скоростных возможностей в беговых локомоциях, требующих проявления координационных способностей, среднестатистические показатели у детей с ДЦП составили 17,13 с, у их полноценно развивающихся сверстников – 12,17 с, которые имели статистически достоверно значимые различия ($p<0,05$).

По результатам в беге на 300 м оценивали уровень развития общей выносливости у дошкольников. Специфика двигательных возможностей у детей с ДЦП не позволила им выполнить данный тест. По нашим данным, показатели общей выносливости у воспитанников, не имеющих отклонений в развитии, соответствовали 112,25 с.

Скоростно-силовые способности детей оценивали по показателям тестов «прыжки в длину с места» и «метание теннисного мяча». Мы выявили, что результаты, полученные в данных тестах, у детей с ДЦП имеют статистически достоверно значимые различия с показателями нормотипичных детей ($p < 0,05$).

В прыжках в длину с места у детей с ДЦП показатели составили 53,16 см, у нормотипичных детей результат соответствовал 104,14 см. В метании мяча вдаль, где требуется комплексное проявление скоростно-силовых качеств в сочетании с координационными способностями, у детей с ДЦП результат составил 5,49 м, у воспитанников массовых детских садов показатели соответствовали 7,48 м.

Для определения силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса детей мы применяли тесты «поднимание и опускание корпуса из положения, лежа на спине и лежа на животе». Оценка физической подготовленности в данных тестах выявила, что результаты у дошкольников с ДЦП имеют статистически достоверно значимые различия с показателями нормотипичных детей ($p < 0,05$).

У детей с ДЦП в тесте «поднимание и опускание корпуса из положения, лежа на животе» в среднем по группе показатели составили 11,52 раза, из положения, лежа на спине – 9,16 раза. У дошкольников, не имеющих отклонений в развитии, показатели силовой выносливости мышц спины составили 15,56 раза, показатели силовой выносливости мышц живота – 14,12 раза.

Таким образом, оценка особенностей физической подготовленности детей 6-7 лет свидетельствует о том, что дошкольники с ДЦП существенно отстают от своих полноценно развивающихся сверстников по показателям скоростных, координационных, скоростно-силовых способностей, общей выносливости, силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса ($p < 0,05$), которые находятся ниже их возрастной нормы.

3.2 Оценка готовности детей 6-7 лет с ДЦП освоить программу физического воспитания ДОУ

Оценку готовности детей старшего дошкольного возраста со спастической формой ДЦП освоить программу физического воспитания ДОУ осуществляли в рамках констатирующего эксперимента.

Наличие диагноза спастической диплегии не предусматривает разработки индивидуальных образовательных маршрутов для детей данной нозологической подгруппы. Воспитанники допускаются к физкультурным занятиям с согласия их родителей и после заключений ПМПК.

На основе анализа медицинских карт и заключений ПМПК был сделан вывод о том, что дети с ДЦП готовы осваивать программу физического воспитания ДОУ, так как имеют сохранный интеллект. Легкая степень двигательных нарушений позволяет им самостоятельно выполнять основные виды движений, а их психолого-педагогические характеристики не противоречат предъявляемым нормам.

Несмотря на некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется нарушением координации движений, снижением скорости и ловкости их выполнения, навыки самообслуживания у детей с ДЦП соответствуют их возрасту.

Дошкольники 6-7 лет могут пользоваться туалетными принадлежностями, умываться, мыть руки, одеваться, раздеваться, обуваться, застегивать, завязывать и развязывать шнурки, могут самостоятельно есть, пить, пользоваться ложкой, вилкой, умеют убирать постель.

У детей с ДЦП достаточный уровень эмоционально-волевой регуляции и самоконтроля: эмоциональные реакции воспитанников адекватны, они активны в различных видах деятельности, общительны, доброжелательны по отношению к родным и сверстникам, инициативны, уравновешены, умеют поддержать игру, и имеют представления об отдельных правилах культуры поведения.

Внимание, память, воображение и восприятие у детей сформированы в достаточной мере, фонетический строй речи, временные и пространственные представления находятся в пределах нормы, словарь в пределах обихода, имеются представления об окружающем мире, развита познавательная активность.

Несмотря на констатацию инвалидности, для детей данной категории коллективная двигательная деятельность целесообразна и закономерна, так как ее направленность соответствует психолого-педагогическим условиям, которые ставит ФГОС ДО (п. 3.2.1.):

- поддержка педагогами положительного, доброжелательного отношения детей друг к другу и взаимодействия детей в разных видах деятельности;
- использование в образовательной деятельности форм и методов работы с детьми, соответствующих их возрастным и индивидуальным особенностям;
- уважение взрослых к человеческому достоинству детей, формирование и поддержка их положительной самооценки, уверенности в собственных возможностях и способностях;
- построение образовательной деятельности на основе взаимодействия взрослых с детьми, ориентированного на интересы и возможности каждого ребенка и учитывающего социальную ситуацию его развития;
- поддержка инициативы и самостоятельности детей в специфических для них видах деятельности.

Данные условия обеспечивают детям успешное усвоение образовательной программы и комфортное пребывание в ДОУ, гарантируют укрепление их физического и психического здоровья.

Немаловажным является тот факт, что в педагогической практике ДОУ уже имеется опыт, когда дети с ограниченными возможностями здоровья осваивают образовательную программу физического воспитания вместе с нормотипичными детьми в условиях психологического комфорта для всех воспитанников.

3.3 Оценка педагогической целесообразности коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников

В процессе экспериментальной работы мы провели исследования, целью которых являлась оценка педагогической целесообразности коллективной двигательной деятельности дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей.

В частности, нас интересовало влияние общегрупповых физкультурных занятий на психологическое состояние детей 6-7 лет, в связи с чем, мы оценивали уровень развития их коммуникативных качеств и уровень взаимоотношений воспитанников в группе.

Также экспериментальным путем мы оценивали развивающий потенциал коллективной двигательной деятельности детей. В качестве основных критериев оценки выступали параметры физиологической реакции на физическую нагрузку, показатели общей и моторной плотности физкультурного занятия.

3.3.1 Изучение влияния коллективной двигательной деятельности на психологическое состояние детей 6-7 лет

Оценку уровня развития межличностных отношений и коммуникативных качеств детей в группе проводили с помощью коммуникативно-личностного опросника для родителей, воспитателей и родственников ребенка Р.С. Немова «Каков ребенок во взаимоотношениях с окружающими людьми?» [113].

Применение данной методики показало, что в процессе общегруппового физкультурного занятия такие коммуникативные качества и виды отношений ребенка, как доброта, внимательность, правдивость, вежливость, общительность, щедрость, отзывчивость, справедливость, жизнерадостность и ответственность находятся у детей с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет на высоком уровне (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Показатели психологического состояния детей с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет, %

Положительные проявления доброты отмечены у 93 % детей, вежливости – у 80 %, щедрости – у 63 %. Высокий уровень развития внимательности зафиксирован у 47 % детей, общительности – у 73 %, отзывчивости – у 87 %. Достаточно правдивы для положительных взаимоотношений в группе 63 % дошкольников, справедливы – 50 %, жизнерадостны – 83 %, ответственные – 73 %.

Общая сумма баллов, набранных детьми по всем десяти коммуникативным качествам личности, колеблется от 6 до 10 баллов, из них 6 баллов – у 13,3 % детей, 7 баллов – у 16,7 %, 8 баллов – у 23,3 %, 9 баллов – у 40 %, 10 баллов – у 6,7 %. Средний балл по группе составил 8 баллов.

Изучение и оценку взаимоотношений между детьми дошкольного возраста со спастической формой ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в группе проводили с помощью специальной социометрической методики Г.А. Урунтаевой [166].

Исследование с воспитанниками проводил воспитатель или методист с помощью игры «Секрет», в ходе которой каждому ребенку «по секрету» от других предлагали подарить три красочные сюжетные картинки трем детям группы, результаты фиксировали в социометрической матрице (Приложение В).

После выбора каждого ребенка подсчитывали число общих и взаимных выборов, количество детей благоприятных и неблагоприятных статусных групп, определяли общий уровень благополучия взаимоотношений в группе, индекс изолированности, коэффициент взаимности и коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями.

Анализ результатов нашего исследования, представленных в Таблице 5, показал, что уровень благополучия взаимоотношений в группе соответствует высокому, «индекс изолированности», отражающий процентное соотношение детей относящихся к статусной категории «непринятых» к общему их количеству, не превышает 3 %, что соответствует статусу благополучной группы.

Коэффициент взаимности, определяющий эмоциональное благополучие детей в системе личных взаимоотношений, составил 29 %, что соответствует среднему уровню взаимности.

Коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями, определяющийся процентным соотношением числа воспитанников, имеющих взаимные выборы, к общему их количеству в группе составил 87 %.

Таблица 5 – Оценка уровня психологического комфорта взаимоотношений между детьми 6-7 лет в группе

Статусные категории		УБВ	КВ	КУ
Популярные	20 %	60 % Высокий уровень	29 % Средний уровень	87 % Высокий уровень
Предпочитаемые	40 %			
Принятые	37 %			
Непринятые (индекс изолированности)	3 %			

Примечание: n=25; УБВ – уровень благополучия взаимоотношений; КВ – коэффициент взаимности; КУ – коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями.

Таким образом, интерпретация результатов нашего исследования позволила определить, что при коллективной двигательной деятельности психологическое состояние детей комфортное, а эмоциональные проявления положительные, что подтверждается высоким уровнем развития коммуникативных качеств, высоким уровнем благополучия взаимоотношений и удовлетворенности

взаимоотношениями в группе, средним уровнем взаимности. Данные научные факты свидетельствуют о готовности нормотипичных детей воспринимать своих сверстников с ДЦП как полноценных участников образовательного процесса,

3.3.2 Оценка развивающего потенциала коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет

Оценку развивающего потенциала коллективной двигательной деятельности проводили посредством определения параметров физиологической реакции на нагрузку. Показателем эффективности воздействия физической нагрузки является повышение ЧСС у детей от исходного уровня.

При правильном распределении нагрузки пульс должен повышаться в подготовительной части занятия на 10-25 %, при выполнении общеразвивающих упражнений и основных видов движений на 25-50 %, в игровой деятельности на 60-90 %. В заключительной части занятия ЧСС должна увеличиваться на 15-20% и спустя 3-4 минуты возвращаться к исходному уровню. Для обеспечения развивающего эффекта средний уровень ЧСС у детей дошкольного возраста должен быть 140-150 уд/мин.

По нашим данным, при проведении физкультурного занятия параметры физиологической реакции детей со спастической формой ДЦП и нормотипичных детей на нагрузку соответствуют рекомендуемым для этого возраста нормам, кривая физиологической нагрузки представлена на Рисунке 3.

Анализ данных, представленных на рисунке, позволяет констатировать тот факт, что физическая нагрузка коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет имеет волнообразный характер. В самом начале во вводной части виден ее подъем до 105 уд/мин., наблюдаются колебания при выполнении ОРУ и основных видов движений до 120-130 уд/мин. и высокий подъем до 150 уд/мин. при проведении игровой двигательной деятельности в основной части занятия. В заключительной части ЧСС снижается до 110 уд/мин. с постепенным опусканием «волны» до исходного уровня.

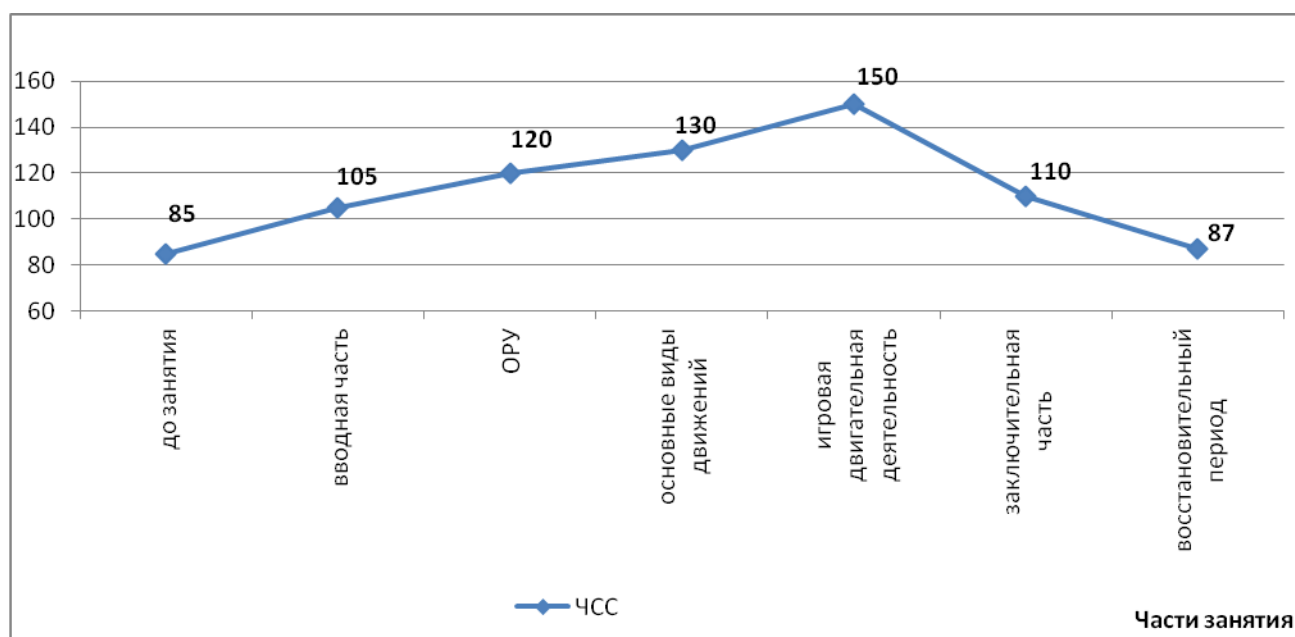


Рисунок 3 – Физиологическая кривая нагрузки физкультурного занятия детей с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет

Определение общей и моторной плотности проводили на завершающем этапе, оценивая развивающий потенциал коллективной двигательной деятельности. Общая плотность физкультурного занятия у детей дошкольного возраста в среднем должна составлять 80-90 %, а моторная 70-80 %.

По нашим данным, результаты проведенного хронометража общегруппового физкультурного занятия выявили, что общая плотность находится в пределах 87 %, а моторная плотность составила 77 %, что соответствует общепринятым нормам.

В целом можно сделать вывод о том, что коллективная двигательная деятельность для детей 6-7 лет с ДЦП и нормотипичных детей допустима, так как соответствует всем необходимым требованиям, предъявляемым к организации физкультурных занятий: комфортное психологическое состояние, положительные эмоциональные проявления детей; параметры физиологической реакции детей на нагрузку, соответствующие их возрастным нормам; рациональное построение занятия, способствующее решению развивающих задач и не препятствующее полноценной двигательной деятельности.

Заключение по третьей главе

При обосновании необходимости и возможности организации физического воспитания детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования мы выявили следующие экспериментально обоснованные факты.

1. Оценка специфики образовательных запросов детей 6-7 лет позволила выявить особенности физического развития и физической подготовленности воспитанников с диагнозом ДЦП, которые проявляются в:

– низком уровне состояния здоровья: высокая динамика заболеваемости простудного характера в течение года при минимальном показателе индекса здоровья, определяемом отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству;

– двигательных нарушениях у детей с ДЦП, в дисгармоничном развитии правых и левых мышечных групп и недостаточном уровне сформированности их мышечного тонуса ($p < 0,05$);

– отставании дошкольников с ДЦП от нормотипичных детей по показателям морфофункционального развития: ОГК и ЭГК, ЖЕЛ, пробы Штанге, пробы Генчи, ортостатической пробы, пробы Мартинэ, ЧСС в покое ($p < 0,05$), характеризующих деятельность кардиореспираторной системы;

– низких показателях силы мышц кисти рук ($p < 0,05$), характеризующих состояние нервно-мышечного аппарата у детей с ДЦП;

– отставании детей с ДЦП 6-7 лет от своих полноценно развивающихся сверстников по показателям физической подготовленности: скоростных качеств, двигательной координации, общей выносливости, скоростно-силовых качеств, силы мышц спины и брюшного пресса ($p < 0,05$).

2. Оценка готовности детей 6-7 лет с ДЦП освоить программу физического воспитания ДОУ показала, что: воспитанники имеют сохранный интеллект; легкая степень двигательных нарушений позволяет им самостоятельно выполнять

основные виды движений; психолого-педагогические характеристики детей находятся в пределах предъявляемых норм; направленность педагогического процесса соответствует психолого-педагогическим условиям, которые ставит ФГОС ДО.

3. Оценка педагогической целесообразности коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет позволила выявить наличие возможности организации физического воспитания детей в условиях инклюзивного образования, готовности нормотипичных детей воспринимать своих сверстников с ДЦП как полноценных участников образовательного процесса, обоснованием для этого являются:

– комфортное психологическое состояние и положительные эмоциональные проявления детей, выраженные в высоком уровне коммуникативных качеств и межличностных отношений, в высоком уровне благополучия взаимоотношений и удовлетворенности взаимоотношениями в группе, в среднем уровне взаимности;

– параметры физиологической реакции детей на нагрузку, соответствующие их возрастным нормам, рациональное построение занятия, способствующее решению развивающих задач и не препятствующее полноценной двигательной деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что, несмотря на выявленные отклонения в физическом развитии, образовательные возможности детей с ДЦП позволяют освоить программу физического воспитания ДОУ, так как они имеют сохранный интеллект, а легкая степень двигательных нарушений позволяет им самостоятельно выполнять основные виды движений.

При этом коллективная двигательная деятельность детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников педагогически целесообразна, так как соответствует всем необходимым требованиям, предъявляемым к ее организации.

Вместе с тем выявленные специфические образовательные запросы детей с ДЦП обосновывают необходимость организации специальных педагогических условий физического воспитания для детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования.

ГЛАВА 4 СОДЕРЖАНИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

4.1 Содержание методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования

Исходя из теоретических позиций физического воспитания Л.П. Матвеева, целостность методики основана на взаимосвязи ее основных структурных компонентов – цели, задач, средств, методов, форм, принципов педагогического воздействия, а также контроля его результативности [102].

4.1.1 Направленность экспериментальной методики

Результаты констатирующего эксперимента позволили выявить, что дети с ДЦП имеют специфические образовательные запросы. Данный факт послужил обоснованием необходимости организации специальных педагогических условий физического воспитания для детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования.

Полученные результаты позволили нам разработать экспериментальную методику (Рисунок 4). Ключевой идеей ее организации и осуществления является обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий физического воспитания как для детей с ДЦП, так и нормотипичных детей 6-7 лет в рамках единого педагогического процесса.

Данные требования реализуются на основе дифференцированного подхода, который позволяет корректно выбрать средства и методы педагогического воздействия, а также эффективно организовать образовательную деятельность.



Рисунок 4 – Структура экспериментальной методики

Ведущим компонентом методики является педагогическое взаимодействие между педагогом и воспитанником, подчиненное основным целям образования и направленное на освоение детьми двигательного опыта, культурных ценностей физического воспитания.

Цель экспериментальной методики – гармоничное развитие личности ребенка и ее самореализация на основе оптимального физического развития, укрепления здоровья и профилактики имеющихся нарушений ОДА. Поставленную цель конкретизировали в следующих *задачах*:

1. Способствовать укреплению здоровья детей, профилактике имеющихся нарушений ОДА.
2. Способствовать формированию двигательной базы детей.
3. Развивать основные физические качества ребенка (сила, выносливость, быстрота, координационные способности).
4. Повышать функциональные возможности организма ребенка.

Исходя из цели и задач методики, были определены средства, методы и формы педагогического воздействия.

4.1.2 Средства педагогического воздействия

В процессе физического воспитания детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в рамках единого педагогического процесса мы применяли общепедагогические и специфические средства воздействия, также средства специально организованной игровой двигательной деятельности, представленные на Рисунке 5.

В качестве средств общей педагогики использовали вербальные и наглядные (рассказ, показ, наглядное моделирование), которые имеют большое значение для мотивации выполнения предстоящей двигательной деятельности у дошкольников старшей возрастной группы.



Рисунок 5 – Средства экспериментальной методики

Для равномерного развития физических качеств и наработки двигательной базы детей применяли подвижные игры, основные виды движений (бег, ходьба, прыжки, метание мяча, ползание и лазанье) и элементы различных видов спорта (гимнастика, легкая атлетика, волейбол).

Наиболее значимыми средствами для обеспечения равных воспитательных условий как для дошкольников с ДЦП, так и для нормотипичных детей являются средства специально организованной игровой двигательной деятельности: игровой сюжет, распределение по ролям, игровое действие.

Средства методики дыхательная гимнастика, корригирующая гимнастика и лечебная физическая культура направлены на укрепление здоровья детей, профилактику имеющихся нарушений ОДА.

Дыхательная гимнастика укрепляет дыхательную мускулатуру, повышает резервные возможности дыхательной системы. Она направлена на повышение резистентности организма детей к простудным заболеваниям.

Корригирующая гимнастика оказывает профилактическое воздействие на ослабленные мышечные группы, специально подобранные упражнения силового характера укрепляют мышцы спины и брюшного пресса, бедра, свода стопы и голени. Корригирующие упражнения преимущественно использовали для детей нормотипичных с целью профилактики нарушения осанки и плоскостопия.

Лечебная физическая культура способствует коррекции нарушений осанки и активизации ослабленных групп мышц. С помощью упражнений симметричной гимнастики, разновидности ЛФК укрепляются расслабленные и растягиваются спастичные группы мышц, происходит выравнивание мышечного тонуса спины и брюшного пресса. Элементы ЛФК применяли преимущественно для детей со спастической формой ДЦП.

При проведении физкультурных занятий использовали оздоровительные силы природы в сочетании с двигательными действиями при упорядоченном воздействии солнечных лучей, воздуха и воды на организм дошкольников.

Также учитывали гигиенические факторы, направленные на оптимизацию условий жизни и соблюдение специальных норм и требований, предъявляемых к занятиям физическими упражнениями.

4.1.3 Методы педагогического воздействия

Важным элементом методики физического воспитания детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования являются методы организации и осуществления их двигательной деятельности.

Мы применяли как общедидактические, так и специфические методы педагогического воздействия, представленные на Рисунке 6. Каждый из методов позволил акцентировано решать отдельные задачи педагогического процесса.

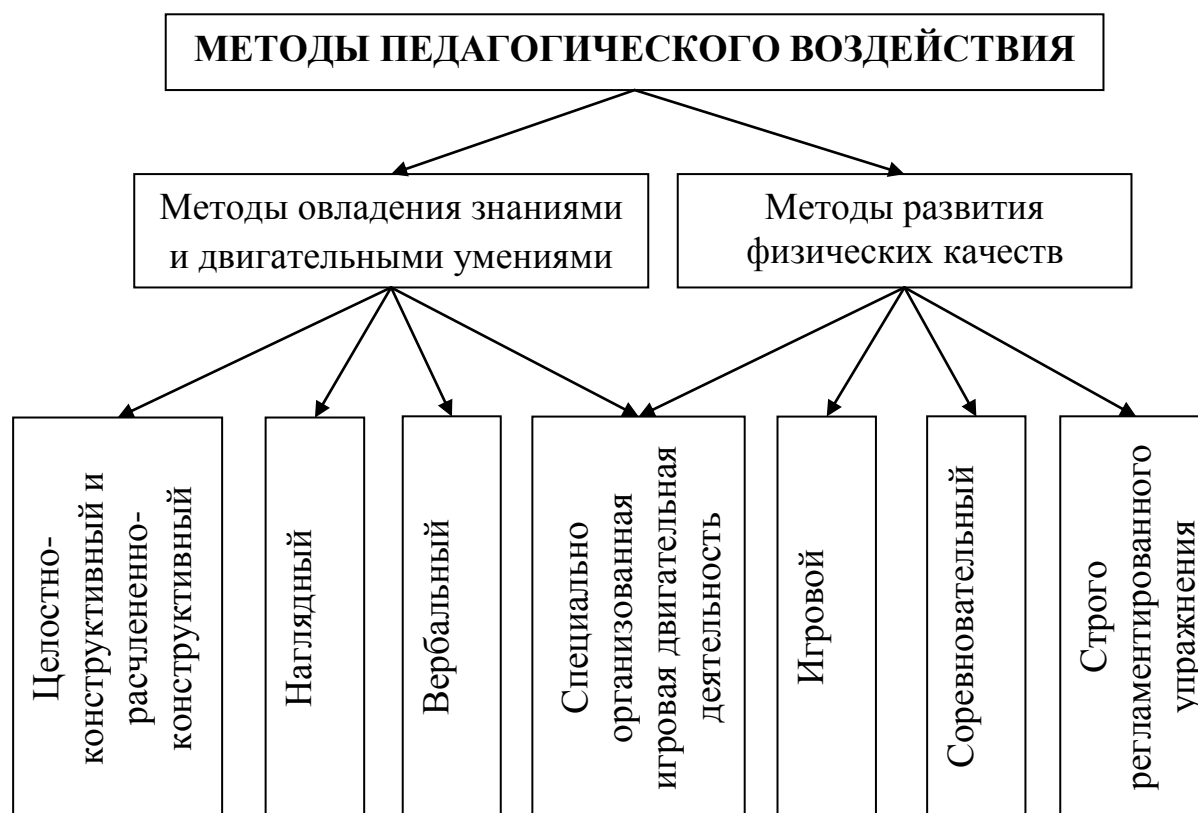


Рисунок 6 – Методы экспериментальной методики

Для формирования знаний использовали методы вербального (рассказ, описание) и наглядного воздействия (показ упражнения, наглядные пособия). Обучение двигательным действиям осуществляли с помощью словесного и наглядного метода, а также практического выполнения упражнения (расчлененно-конструктивный и целостно-конструктивный способ).

Целенаправленное развитие основных физических качеств дошкольников обеспечивали с помощью применения специфических методов педагогического воздействия: строго регламентированного упражнения (повторный, переменный, интервальный), игровой, соревновательный.

Для развития силы мы использовали метод повторных, динамических и изометрических усилий. Скоростные способности развивали посредством повторного, соревновательного и игрового метода. Для эффективного развития общей выносливости и координационных способностей целесообразно применять повторный, переменный, интервальный, игровой и соревновательный методы

Отображение функциональности педагогического процесса в соответствии с методическими требованиями, предъявляемыми к физическому воспитанию в условиях инклюзивного образования, представлены на Рисунке 7.

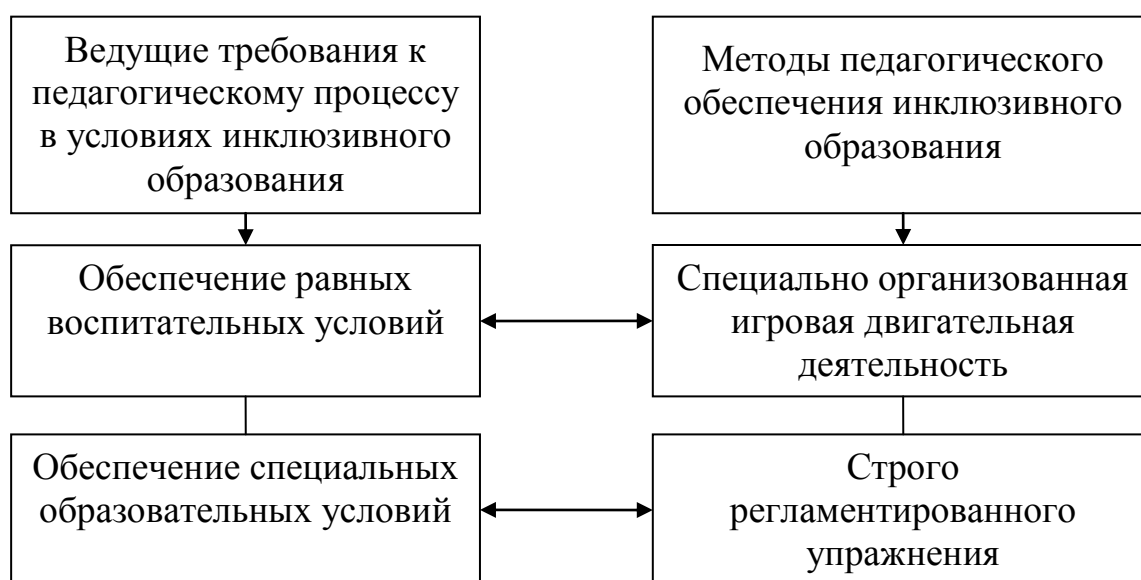


Рисунок 7 – Специфическая направленность ведущих методов экспериментальной методики

В качестве ведущего метода, обеспечивающего равные воспитательные условия физического воспитания детей в рамках единого педагогического процесса, мы применяли метод специально организованной двигательной деятельности, характеризующийся сюжетно-ролевой основой.

В роли ведущего метода, обеспечивающего специальные образовательные условия для дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей, мы использовали метод строго регламентированного упражнения. Применение данного метода позволило дозировать физическую нагрузку по объему и интенсивности, а двигательное действие варьировать по амплитуде.

Рациональное сочетание повторного, переменного и интервального метода с методом специально организованной игровой двигательной деятельности позволило сделать физкультурные занятия доступными и интересными как для дошкольников с ДЦП, так и для нормотипичных детей.

4.1.4 Педагогическое взаимодействие, как важное условие реализации физического воспитания в рамках инклюзивного образования

Педагогический процесс физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования строится в рамках педагогических взаимодействий и взаимоотношений участников образовательного процесса.

Различают следующие виды педагогических взаимодействий и отношений: педагогические (педагога воспитанника), взаимные (воспитанника с взрослыми и сверстниками), предметные (воспитанника с предметами культуры).

Главным компонентом педагогического процесса является взаимодействие педагога и детей 6-7 лет, имеющее своей конечной целью освоение детьми двигательного опыта и культурных ценностей физического воспитания.

Успешное освоение опыта происходит в специально организованных условиях при наличии разнообразных педагогических средств. Таким образом,

содержание образования (опыт, базовая культура) и средства являются еще двумя немаловажными компонентами педагогического процесса. Основные варианты педагогического взаимодействия в условиях инклюзивного образования представлены на Рисунке 8.

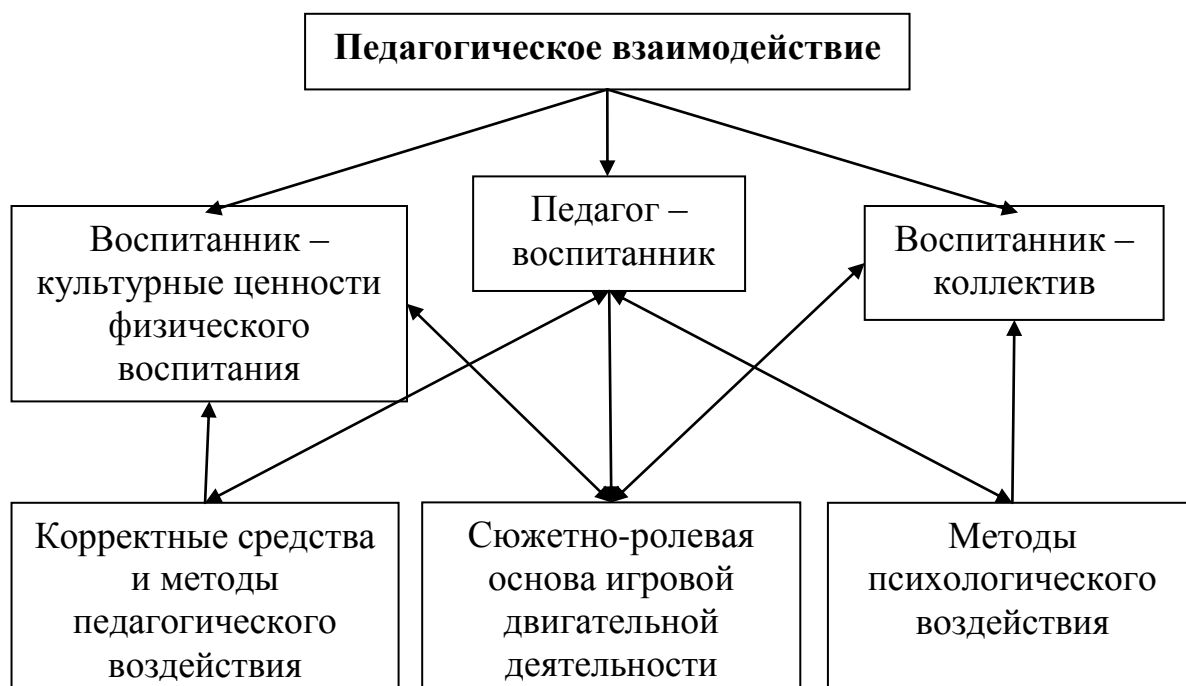


Рисунок 8 – Основные варианты педагогического взаимодействия в рамках инклюзивного образования

Педагогическое взаимодействие между детьми в рамках общегруппового физкультурного занятия, построенного на основе сюжетно-ролевой игры в условиях инклюзивного образования, имеет свою специфику (Рисунок 9). Оно осуществляется на основе положительного примера для детей со спастической диплегией, корректного перестроения в ходе совместной двигательной деятельности, коллективного выполнения упражнений в парах и помощи детей друг другу.



Рисунок 9 – Специфика осуществления педагогического взаимодействия между детьми 6-7 лет с ДЦП и нормотипичными детьми в ходе коллективной двигательной деятельности

Компоненты педагогического взаимодействия детей старшего дошкольного возраста с ДЦП и нормотипичных детей в ходе коллективной двигательной деятельности представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Компоненты педагогического взаимодействия между детьми 6-7 лет с ДЦП и нормотипичными детьми в ходе коллективной двигательной деятельности

Положительный пример	Коллективное выполнение упражнений в парах	Помощь детей друг другу	Корректное перестроение
Качественный показ двигательного действия	Прыжки из обруча в обруч	Поддержка и страховка при выполнении физических упражнений	Перестроение для выполнения физических упражнений
Проявление нравственных и волевых качеств	Ходьба по ребристым дорожкам	Подача инвентаря при выполнении физических упражнений	Перестроение для передвижения по малому и большому кругу
Демонстрация правильного поведения	Ходьба по мягким модулям	Психологическая поддержка	–

При педагогическом взаимодействии детей положительный пример для дошкольников с ДЦП достигается через качественный показ двигательного действия и демонстрацию правильного поведения нормотипичными детьми, проявление нравственных и волевых качеств.

Коллективное выполнение упражнений в парах (прыжки из обруча в обруч, ходьба по ребристым дорожкам, ходьба по мягким модулям) предусматривает такое педагогическое взаимодействие воспитанников, которое направлено на помощь детей друг другу: поддержка и страховка, подача инвентаря, психологическая поддержка.

Корректное перестроение в ходе совместной двигательной деятельности воспитанников предусматривает следующие компоненты их педагогического взаимодействия: перестроение детей для передвижения по малому и большому кругу, перестроение для выполнения физических упражнений.

Взаимодействие детей старшего дошкольного возраста направлено на решение задач воспитательного и развивающего характера. Использование специально организованной игровой двигательной деятельности и подвижных игр обеспечивает не исключение детей с ДЦП из образовательного процесса, а создает равные воспитательные условия для дошкольников в рамках инклюзивного образования. Алгоритм, обеспечивающий данные воспитательные условия, представлен на Рисунке 10.



Рисунок 10 – Алгоритм обеспечения равных воспитательных условий физического воспитания детей в рамках инклюзивного образования при организации физкультурных занятий

В рамках нашей методики игровая двигательная деятельность построена на сюжетной основе, где для каждого ребенка подбирается свое ролевое игровое задание. Педагог организует и контролирует выполнение взаимодействий, а воспитанник находится в условиях, когда результат его деятельности зависит от коллективных проявлений и совместных усилий.

Содержание игровой деятельности основано на сочетании двигательного и сюжетного компонентов. Сюжетный компонент отражает содержание сказки или истории. Структурной единицей двигательного компонента являются физические упражнения. Ролевые игровые задания и физические упражнения подбираются в соответствии с сюжетом.

Организация подвижных игр с элементами основных видов движений и различных видов спорта является неотъемлемой частью обеспечения равных воспитательных условий физического воспитания как для дошкольников с ДЦП, так и для нормотипичных детей в рамках единого педагогического процесса.

Специально организованная двигательная деятельность и подвижные игры обеспечивают условия педагогического взаимодействия, при которых все дети могут чувствовать себя полноценными участниками образовательного процесса. В данных условиях у детей воспитываются нравственные и волевые качества: организованность, ответственность, настойчивость, сознательная нравственность, доброжелательность, взаимовыручка и взаимоуважение.

Для успешного усвоения детьми 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающимися сверстниками культурных ценностей физического воспитания педагогом подбираются корректные средства и методы. Создание комфортных условий для общения детей обеспечивается специальными методическими приемами, позволяющими в ходе двигательной деятельности оказывать воздействие на сглаживание их негативного поведения.

Одним из таких приемов является метод конгруэнтной коммуникации, направленный на повышение достоинства и самоуважения ребенка, создания благожелательной атмосферы общения между педагогом и детьми, детей между

собой, поощрением их успехов, максимальной помощью в преодолении их индивидуальных проблем, корректным и терпеливым отношением к ним.

Метод статусной терапии применяется для социального утверждения, поддержки и общественного одобрения ребенка сверстниками и взрослыми. При этом создаются предпосылки для изменения его статуса. Робкого и стеснительного ребенка определяют на ведущую роль, а эмоционального и высокомерного выводят на роль, требующую уравновешенности и скромности.

С помощью метода поведенческого тренинга обеспечивается воспитание у детей адекватных форм поведения в проблемных ситуациях посредством демонстрации им социально верных норм и правил поведения, что позволяет им понять и обрести необходимые формы культурного и социального поведения.

Данные виды педагогического взаимодействия обеспечивают воспитание и обучение детей в целях разностороннего развития их личности, а также задают ориентиры для выбора средств, методов и форм организации педагогического процесса в условиях инклюзивного образования.

4.1.5. Формы организации педагогического процесса

Физическое воспитание детей 6-7 лет в рамках единого педагогического процесса, направленное на решение задач развивающего, обучающего и воспитательного характера, осуществляли в основной, малой и дополнительной форме организации педагогического процесса.

Основной формой организации двигательной деятельности дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей является общегрупповое физкультурное занятие, построенное на основе сюжетно-ролевой игры, алгоритм которого имеет свою специфику (Рисунок 11). Периодичность проведения занятия составляет три раза в неделю продолжительностью 25-30 минут. Его структура соответствует общепринятой, занятие состоит из подготовительной, основной и заключительной части.

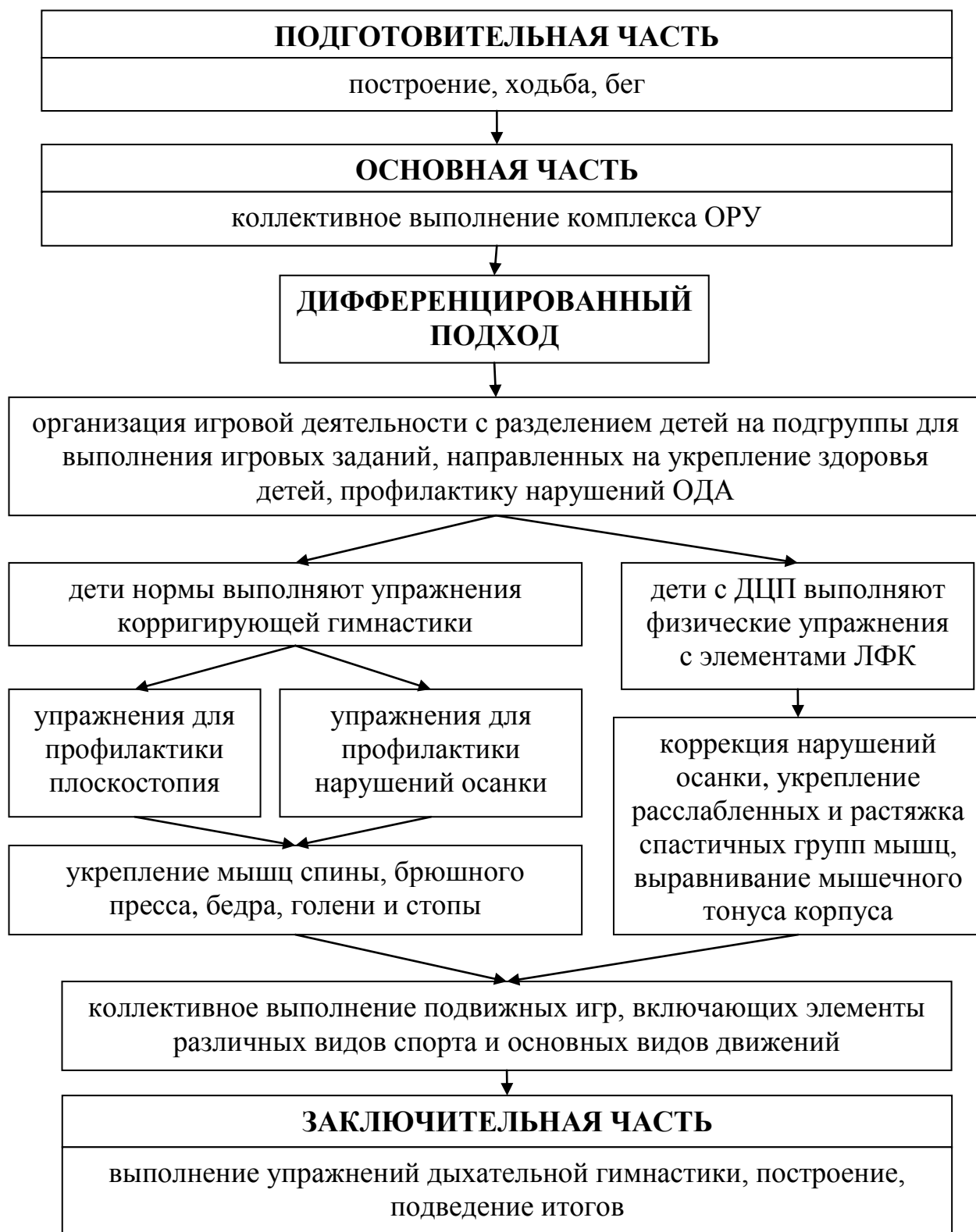


Рисунок 11 – Алгоритм организации физкультурного занятия, обеспечивающий специальные образовательные условия для всех участников образовательного процесса

Подготовительная часть направлена на подготовку организма к основным видам двигательной деятельности, повышение эмоционального состояния детей и активизацию их внимания. Вводная часть начинается с построения, затем выполняются ходьба, бег. Ее длительность варьируется от 10 до 15 % общего времени.

Основная часть направлена на решение воспитательных задач, развитие физических качеств и формирование двигательной базы детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников, профилактику имеющихся нарушений ОДА. В ее содержание включены упражнения общеразвивающего, обучающего и коррекционного характера воздействия.

Вначале дети коллективно выполняют комплекс ОРУ, включающий элементы гимнастических упражнений. На следующем этапе занятия организуют игровую двигательную деятельность. После объяснения сюжета предстоящей игры детей делят на подгруппы для выполнения ролевых игровых заданий.

Нормотипичные дети выполняют ролевые игровые задания с элементами корригирующей гимнастики, оказывающие профилактическое воздействие на ослабленные мышечные группы, способствующие укреплению мышц спины и брюшного пресса, бедра, стопы и голени.

Воспитанники со спастической формой ДЦП выполняют ролевые игровые задания с элементами лечебной физической культуры, включающие упражнения симметричной гимнастики, которые способствуют коррекции нарушений осанки, укреплению расслабленных и растяжке спастичных групп мышц, выравниванию мышечного тонуса спины и брюшного пресса.

Проведение подвижных игр для дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей с элементами различных видов спорта и основных видов движений – завершающий этап основной части физкультурного занятия, длительность которой составляет от 75 до 80 % общего времени.

Заключительная часть физкультурного занятия решает задачи снижения двигательной активности и выведения функционального состояния организма детей на привычный уровень посредством применения упражнений дыхательной

гимнастики, которые оказывают развивающий и оздоровительный эффект. Физкультурное занятие заканчивают построением и подведением итогов, продолжительность заключительной части составляет примерно 10 % общего времени.

Важной формой организации физического воспитания детей 6-7 лет с ДЦП являются индивидуальные корригирующие занятия, в рамках которых проводят комплексы корригирующих физических упражнений и дыхательную гимнастику, направленные на укрепление их здоровья, укрепление и развитие мышц спины и брюшного пресса, мышц бедра, свода стопы и голени.

Также здесь находят применение элементы лечебной физической культуры, способствующие коррекции нарушений осанки, укреплению расслабленных и растяжке спастичных групп мышц. Периодичность проведения индивидуальных физкультурных занятий составляет два раза в неделю продолжительностью 25-30 минут.

Индивидуальные домашние задания (дополнительные формы организации педагогического процесса) решают задачи оздоровительного, профилактического и корригирующего характера для детей с ДЦП.

4.2. Экспериментальное обоснование эффективности методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования

С целью доказательства эффективности методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования мы провели педагогический эксперимент, в котором принимали участие две группы детей 6-7 лет – контрольная и экспериментальная.

Группы комплектовали из детей со спастической формой ДЦП легкой степени с сохранным интеллектом в количестве 5 человек и их полноценно развивающихся сверстников численностью 20 человек. Нормотипичные дети и

дошкольники с ДЦП в обеих группах имели примерно одинаковый уровень здоровья, физической и функциональной подготовленности.

Процесс физического воспитания в контрольной группе осуществляли по программе В.Н. Шебеко [187], а в экспериментальной группе педагогический процесс организовали на основе разработанной методики.

В ходе педагогического эксперимента анализировали состояние здоровья, морфофункциональное развитие и физическую подготовленность детей с ДЦП и дошкольников, не имеющих отклонений в развитии, проводили анализ сформированности нервно-мышечного аппарата у детей с ДЦП, на основании чего сделали аналитические заключения.

4.2.1 Анализ состояния здоровья детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента

В числе первоочередных задач для подтверждения эффективности экспериментальной методики и ее развивающего потенциала в ходе основного педагогического эксперимента провели оценку состояния здоровья у детей 6-7 лет, полученные результаты подвергли сравнительному анализу.

Сравнительный анализ осуществляли путем просмотра медицинских карт у детей старшего дошкольного возраста экспериментальной и контрольной групп, в результате чего были получены данные о количестве случаев заболеваний простудного характера в ходе эксперимента.

На начало исследования уровень здоровья у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей в экспериментальной и контрольной группах был примерно одинаковым, но при этом количество случаев заболеваний простудного характера в течение года у детей с ДЦП было значительно выше (Приложение А).

Следует указать на то факт, что перед экспериментом среди детей с ДЦП ни в экспериментальной, ни в контрольной группах не было не болеющих или имеющих один случай заболевания. Среди нормотипичных детей с такими

показателями отмечено по 20 % испытуемых в экспериментальной и контрольной группах.

Дошкольников с ДЦП, входящих в группу риска, которые болели в течение года два раза, оказалось по 40 % в экспериментальной и контрольной группах, с указанными показателями количества заболеваний у нормотипичных детей – соответственно 35 % и 30 % испытуемых.

Отмечено, что часто болеющих (от трех до пяти раз в течение года) в экспериментальной группе оказалось 60 % детей с ДЦП и 45 % нормотипичных, в то время как в контрольной группе – 60 % и 50 % соответственно.

На начало эксперимента показатель индекса здоровья, выраженный отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству в экспериментальной и контрольной группах у воспитанников массовых детских садов составлял 10%. Среди дошкольников с ДЦП не было отмечено ни разу не болевших в течение года.

В пользу развивающего потенциала авторской методики свидетельствуют результаты состояния здоровья детей старшего дошкольного возраста экспериментальной группы, полученные в ходе основного педагогического эксперимента (Рисунки 12, 13).

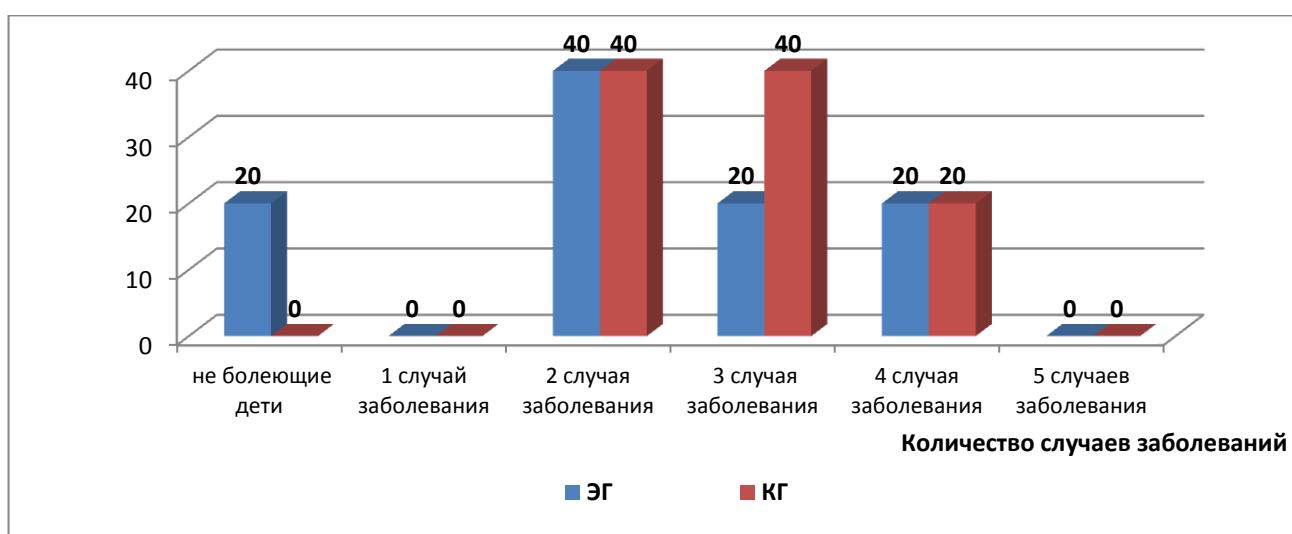


Рисунок 12 – Количество случаев заболевания у детей с ДЦП 6-7 лет в экспериментальной и контрольной группах в ходе эксперимента, %

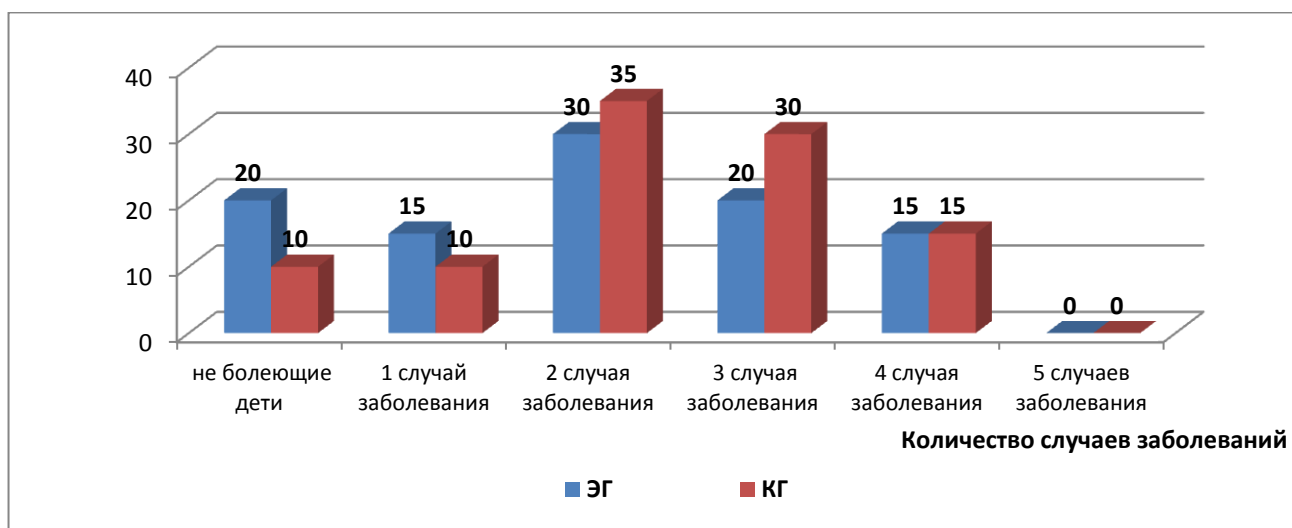


Рисунок 13 – Количество случаев заболевания у нормотипичных детей 6-7 лет в экспериментальной и контрольной группах в ходе эксперимента, %

Мы выявили, что количество детей с ДЦП, не болеющих или имеющих один случай заболевания, в экспериментальной группе составило 20 %, нормотипичных детей – 35 %. В контрольной группе детей с ДЦП, не болеющих или имеющих один случай заболевания, не отмечено, в то время как среди нормотипичных детей – 20 %.

Данные нашего исследования показали, что детей с ДЦП, входящих в группу «риска», которые болели в течение года два раза, оказалось по 40 % в экспериментальной и контрольной группах, нормотипичных детей – 30 % и 35 % соответственно.

Анализ результатов выявил, что в экспериментальной группе часто болеющих (от трех до пяти раз в течение года) детей с ДЦП – 40 %, полноценно развивающихся сверстников – 35 %. В контрольной группе часто болеющих детей с ДЦП – 60 %, а нормотипичных детей – 45 %.

По завершению исследования показатель индекса здоровья, выраженный отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству у детей экспериментальной группы составил 20 %. В контрольной

группе у дошкольников с ДЦП показатель индекса здоровья равен 0 %, а у нормотипичных детей составил 10 %.

Таким образом, данные анализа состояния здоровья детей 6-7 лет позволили выявить, что уровень здоровья у дошкольников экспериментальной группы к завершению исследования значительно повысился, а у детей контрольной группы остался на прежнем уровне.

Количество заболеваний значительно снизилось у детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников экспериментальной группы, в которой целенаправленно проводили работу по разработанной нами методике, что позволяет говорить об эффективности физического воспитания дошкольников в рамках единого педагогического процесса, нацеленного на укрепление их здоровья и профилактику простудных заболеваний.

4.2.2 Анализ сформированности нервно-мышечного аппарата у детей 6-7 лет с ДЦП в ходе педагогического эксперимента

В результате проведения исследования нами были проанализированы показатели сформированности мышечного тонуса у детей с ДЦП. На начало педагогического эксперимента интерпретация показателей произвольного расслабления мышц (ПРМ), произвольного напряжения мышц (ПНМ) и амплитуды произвольного тонуса мышц (АПТМ) правых и левых групп мышц позволила выявить их дисгармоничное развитие (Таблицы 7, 8).

В экспериментальной группе показатели ПРМ и ПНМ правой и левой дельтовидной мышцы имели статистически достоверно значимые различия ($p < 0,05$), при этом показатели ПРМ и ПНМ правой дельтовидной мышцы составили 95,63 и 137,86 усл. ед., левой мышцы – 91,42 и 134,11 усл. ед.

Таблица 7 – Показатели сформированности мышечного тонуса у детей с ДЦП 6-7 лет в экспериментальной группе в ходе педагогического эксперимента

Характеристики состояния мышечных групп			U	P
Дельтовидная мышца	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	1	<0,05
		после	6	>0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	6	>0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	7	>0,05
		после	6	>0,05
Широчайшая мышца спины	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	6	>0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	7	>0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	10	>0,05
Прямая мышца живота	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	7	>0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	6	>0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	1	<0,05
		после	1	<0,05
Четырехглавая мышца бедра	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	5	>0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	6	>0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	12	>0,05
		после	12	>0,05
Икроножная мышца	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	9	>0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	5	>0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	7	>0,05
		после	9	>0,05

Примечание: n=5; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U_{кр.} = 4 при P<0,05.

Таблица 8 – Показатели сформированности мышечного тонуса у детей с ДЦП 6-7 лет в контрольной группе в ходе педагогического эксперимента

Характеристики состояния мышечных групп			U	P
<i>1</i>			2	3
Дельтовидная мышца	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	4	<0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	3	<0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	12	>0,05
		после	9	>0,05

Продолжение таблицы 8

1		2	3	
Широчайшая мышца спины	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	4	<0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	4	<0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	10	>0,05
Прямая мышца живота	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	4	<0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	4	<0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	8	>0,05
Четырехглавая мышца бедра	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	3	<0,05
		после	4	<0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	4	<0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	12	>0,05
		после	12	>0,05
Икроножная мышца	произвольное расслабление правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	4	<0,05
	произвольное напряжение правой и левой мышцы	до	2	<0,05
		после	4	<0,05
	амплитуда произвольного тонуса правой и левой мышцы	до	7	>0,05
		после	8	>0,05

Примечание: n=5; P – уровень значимости; U – значение критерия Манна-Уитни; U_{кр.} = 4 при P<0,05.

На начало исследования в контрольной группе различия в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой дельтовидной мышцы были статистически достоверны ($p<0,05$). При этом результаты ПРМ и ПНМ правой дельтовидной мышцы составили 96,53 и 138,59 усл. ед., левой мышцы – 92,58 и 134,82 усл. ед.

Выявлены статистически достоверно значимые различия в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой широчайшей мышцы спины ($p<0,05$) у детей экспериментальной группы. По нашим данным показатели ПРМ и ПНМ правой широчайшей мышцы спины составили 125,54 и 137,93 усл. ед., левой мышцы – 121,22 и 134,26 усл. ед.

Аналогичная ситуация в контрольной группе – показатели ПРМ и ПНМ правой и левой широчайшей мышцы спины имели статистически достоверно значимые различия ($p<0,05$), при этом показатели ПРМ и ПНМ правой

широчайшей мышцы спины составили 126,52 и 139,02 усл. ед., левой мышцы – 122,2 и 135,41 усл. ед.

В результате диагностики правой и левой прямой мышцы живота у детей экспериментальной группы было зафиксировано их дисгармоничное развитие. Показатели ПРМ и ПНМ правой прямой мышцы живота составили 90,16 и 108,23 усл. ед, левой мышцы – 85,12 и 104,73 усл. ед, которые имели достоверно значимые различия ($p < 0,05$).

Выявлены также статистически достоверно значимые различия в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой прямой мышцы живота ($p < 0,05$) у детей контрольной группы. По нашим данным показатели ПРМ и ПНМ правой прямой мышцы живота составили 91,12 и 109,18 усл. ед., левой мышцы – 86,16 и 105,73 усл. ед.

Статистически достоверная разница показателей ПРМ и ПНМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра ($p > 0,05$) у детей экспериментальной группы свидетельствует о недостаточном уровне сформированности их мышечного тонуса. Параметры ПРМ и ПНМ правой четырехглавой мышцы бедра составили 117,41 и 126,95 усл. ед., левой – 121,09 и 130,97 усл. ед.

В контрольной группе разница в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра была также статистически достоверно значима ($p < 0,05$). При этом результаты ПРМ и ПНМ правой четырехглавой мышцы бедра составили 118,39 и 128,04 усл. ед., левой мышцы – 122,09 и 131,94 усл. ед.

Неравномерность в развитии правой и левой икроножной мышцы у детей экспериментальной группы зафиксирована в показателях их ПРМ и ПНМ, которые имели статистически достоверно значимые различия ($p < 0,05$). Параметры ПРМ и ПНМ правой икроножной мышцы составили 103,32 и 127,78 усл. ед., левой мышцы – 107,18 и 132,47 усл. ед.

Аналогичная ситуация в контрольной группе, показатели ПРМ и ПНМ правой и левой икроножной мышцы были статистически достоверны при уровне значимости $p = 0,05$, показатели ПРМ и ПНМ правой икроножной мышцы составили 104,19 и 128,83 усл. ед., левой мышцы – 108,23 и 133,48 усл. ед.

К концу исследования зафиксировано значительное выравнивание в развитии правых и левых мышечных групп у детей экспериментальной группы. Показатели ПРМ и ПНМ правой и левой дельтовидной мышцы не имели статистически достоверно значимых различий ($p>0,05$), результаты ПРМ и ПНМ правой дельтовидной мышцы составили 104,45 и 145,94 усл. ед., левой мышцы – 102,73 и 143,47 усл. ед.

По нашим данным разница в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой широчайшей мышцы спины не была статистически достоверно значима ($p>0,05$), при этом показатели ПРМ и ПНМ правой широчайшей мышцы спины составили 136,56 и 147,25 усл. ед., левой мышцы – 134,14 и 144,48 усл. ед.

В результате диагностики правой и левой прямой мышцы живота по показателям ПРМ и ПНМ было выявлено значительное выравнивание в их развитии. Показатели ПРМ и ПНМ правой прямой мышцы живота составили 100,17 и 116,87 усл. ед, левой мышцы – 98,41 и 114,43 усл. ед., различия которых не были достоверно значимыми ($p>0,05$).

По данным исследования разница в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра не была статистически достоверно значима ($p>0,05$), при этом результаты ПРМ и ПНМ правой четырехглавой мышцы бедра составили 127,11 и 135,79 усл. ед., левой мышцы – 129,68 и 138,31 усл. ед.

Значительное выравнивание зафиксировано в развитии правых и левых икроножных мышц у детей экспериментальной группы, при этом разница их показателей не была статистически достоверно значима ($p>0,05$), а результаты ПРМ и ПНМ правой икроножной мышцы соответствовали 113,82 и 138,52 усл. ед., левой мышцы – 115,4 и 140,73 усл. ед.

Вместе с тем в контрольной группе сформированность мышечного тонуса к завершению эксперимента изменилась незначительно. Разница в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой дельтовидной мышцы была статистически достоверна при уровне значимости $p=0,05$, результаты ПРМ и ПНМ правой дельтовидной мышцы составили 103,24 и 143,23 усл. ед., левой мышцы – 100,78 и 140,52 усл. ед.

По нашим данным показатели ПРМ и ПНМ правой и левой широчайшей мышцы спины имели статистически достоверно значимые различия ($p < 0,05$), при этом показатели ПРМ и ПНМ правой широчайшей мышцы спины составили 135,31 и 144,34 усл. ед., левой мышцы – 132,02 и 141,03 усл. ед.

В результате диагностики правой и левой прямой мышцы живота у детей контрольной группы зафиксировано их дисгармоничное развитие. Показатели ПРМ и ПНМ правой прямой мышцы живота составили 99,14 и 113,93 усл. ед., левой мышцы – 96,35 и 111,33 усл. ед., которые имели достоверно значимые различия ($p < 0,05$).

Выявлены также статистически достоверно значимые различия в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой четырехглавой мышцы бедра ($p < 0,05$). По экспериментальным данным показатели ПРМ и ПНМ правой четырехглавой мышцы бедра составили 127,62 и 132,69 усл. ед., левой мышцы – 130,79 и 135,29 усл. ед.

Аналогичная ситуация выявлена в показателях ПРМ и ПНМ правой и левой икроножной мышцы, разница которых была статистически достоверна при уровне значимости $p = 0,05$, показатели ПРМ и ПНМ правой икроножной мышцы составили 111,76 и 135,48 усл. ед., левой мышцы – 114,39 и 137,62 усл. ед.

Необходимо отметить, что показатели амплитуды произвольного тонуса мышц правой и левой дельтовидной мышцы, широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, четырехглавой мышцы бедра и икроножной мышцы у детей с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах на начало исследования и после его завершения имели разноплановый характер изменения.

Таким образом, анализ сформированности нервно-мышечного аппарата выявил значительное выравнивание в развитии правой и левой дельтовидной мышцы, широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, четырехглавой мышцы бедра и икроножной мышцы у детей со спастической формой ДЦП экспериментальной группы ($p > 0,05$), что позволяет говорить о положительной динамике сформированности их мышечного тонуса.

4.2.3. Анализ морфофункционального развития детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента

На следующем этапе эксперимента нами были проанализированы показатели морфофункционального развития детей 6-7 лет. Для подтверждения эффективности экспериментальной методики мы провели до и после эксперимента морфофункциональное обследование дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей экспериментальной и контрольной групп.

В начале исследования уровень морфофункционального развития детей старшего дошкольного возраста в исследуемых группах был статистически равнозначным ($p > 0,05$). В пользу развивающего потенциала авторской методики свидетельствуют результаты статистической проверки межгрупповых оценок после завершения эксперимента.

Показатели морфофункционального развития детей экспериментальной группы стали достоверно выше показателей контрольной группы в шести из одиннадцати параметров ($p < 0,05$). Общая направленность изменений анализируемых показателей представлена в Приложении А.

По нашим данным (Таблица 9), достаточно равномерно увеличились показатели длины и массы тела, как в экспериментальной, так и в контрольной группе, а результаты статистической проверки межгрупповых оценок показали, что различия в параметрах физического развития у детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников не являлись достоверно значимыми ($p > 0,05$).

Анализ физического развития выявил, что к завершению педагогического исследования в экспериментальной и в контрольной группах у детей с ДЦП показатели длины тела составили 119,66 и 119,38 см, массы тела – 21,68 и 21,52 кг, у нормотипичных детей показатели длины тела составили 120,11 и 119,98 см, массы тела – 21,88 и 21,86 кг соответственно.

Таблица 9 – Показатели физического развития детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента, $\bar{x} \pm m$

Показатели физического развития		ЭГ	КГ	ЭГН	КГН
Длина тела (см)	до	117,42±1,43	117,48±1,44	117,82±0,56	118,03±0,57
	U ₁	12		186	
	после	119,66±1,29	119,38±1,48	120,11±0,55	119,98±0,58
	U ₂	12		191	
Масса тела (кг)	до	19,54±1,48	19,76±1,35	19,71±0,56	19,92±0,55
	U ₁	11		185	
	после	21,68±1,4	21,52±1,39	21,88±0,54	21,86±0,56
	U ₂	12		199	
Окружность грудной клетки (см)	до	56,38 ±1,42	56,84±1,44	61,69±0,62	61,91±0,61
	U ₁	10		189	
	после	61,52±1,34	57,32±1,47	66,81±0,64	63,05±0,63
	U ₂	4*		76**	
Экскурсия грудной клетки (см)	до	3,32±0,09	3,34±0,1	3,69±0,08	3,85±0,06
	U ₁	12		184	
	после	3,72±0,11	3,42±0,13	4,24±0,05	3,86±0,07
	U ₂	3*		70**	

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа детей с ДЦП (n=5); КГ – контрольная группа детей с ДЦП (n=5); ЭГН – экспериментальная группа детей нормы (n=20); КГН – контрольная группа детей нормы (n=20); U₁ – значение критерия Манна-Уитни между группами перед началом эксперимента; U₂ – значение критерия Манна-Уитни между группами после окончания эксперимента; * – существенные различия при P<0,05 (U кр. = 4); ** – существенные различия при P<0,05 (U кр. =138).

Важными функциональными показателями дыхательной системы являются окружность грудной клетки (ОГК) и экскурсия грудной клетки (ЭГК). Исходя из полученных данных, в экспериментальной группе параметры ОГК и ЭГК у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей имели статистически достоверно значимые различия с результатами контрольной группы (p<0,05).

К концу основного педагогического эксперимента в экспериментальной и контрольной группах у детей с ДЦП показатели ОГК в среднем по группе составили 61,52 и 57,32 см, ЭГК – 3,72 и 3,42 см, у нормотипичных детей показатели ОГК составили 66,81 и 63,05 см, ЭГК – 4,24 и 3,86 см соответственно.

По данным исследования (Таблица 10) показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), характеризующие потенциальные возможности дыхательной системы, у детей с ДЦП и нормотипичных детей в экспериментальной группе были статистически достоверны с результатами контрольной группы (p<0,05).

Таблица 10 – Показатели функционального развития у детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента, $\bar{x} \pm m$

Показатели функционального развития		ЭГ	КГ	ЭГН	КГН
ЖЕЛ (мл)	до	1139,26±15,02	1146,96±14,38	1208,47±6,23	1215,58±6,11
	U ₁	10		172	
	после	1209,5±14,97	1163,8±13,31	1279,05±6,27	1236,95±6,01
	U ₂	3*		92**	
Проба Штанге (с)	до	12,48±0,72	12,75±0,69	16,46±0,35	16,58±0,34
	U ₁	9		188	
	после	14,62±0,61	12,87±0,67	19,58±0,33	16,71±0,36
	U ₂	4*		38**	
Проба Генчи (с)	до	7,5±0,69	7,53±0,68	10,47±0,33	10,63±0,35
	U ₁	10		184	
	после	9,04±0,48	7,67±0,7	13,52±0,34	10,84±0,36
	U ₂	4*		47**	
ЧСС в покое (уд/мин)	до	88,8±1,28	88,4±1,36	84,9±0,71	84,7±0,69
	U ₁	11		193	
	после	86,4±1,21	88,2±1,37	82,8±0,71	84,4±0,73
	U ₂	8		139	
Ортостатическая проба (уд/мин)	до	19,6±0,51	19,2±0,8	14,4±0,54	14,3±0,56
	U ₁	11		194	
	после	17±0,84	19,4±0,81	12,1±0,52	14±0,49
	U ₂	4*		110**	
Проба Мартинэ (баллы)	до	2,6±0,24	2,8±0,37	3,75±0,14	3,8±0,16
	U ₁	12		191	
	после	3,4±0,35	2,8±0,38	4,4±0,17	3,85±0,21
	U ₂	7		133**	
Кистевая динамометрия ведущей руки (кг)	до	7,3±0,69	7,72±0,67	10,35±0,32	10,47±0,35
	U ₁	10		184	
	после	8,72±0,55	7,84±0,68	12,87±0,33	11,23±0,31
	U ₂	6		89**	

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа детей с ДЦП (n=5); КГ – контрольная группа детей с ДЦП (n=5); ЭГН – экспериментальная группа детей нормы (n=20); КГН – контрольная группа детей нормы (n=20); U₁ – значение критерия Манна-Уитни между группами перед началом эксперимента; U₂ – значение критерия Манна-Уитни между группами после окончания эксперимента; * – существенные различия при P<0,05 (U кр. = 4); ** – существенные различия при P<0,05 (U кр. =138).

У дошкольников с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах показатели ЖЕЛ соответствовали 1209,5 и 1163,8 мл, у нормотипичных детей среднестатистические показатели составили 1279,05 и 1236,95 мл.

По нашим данным, показатели пробы Штанге, позволяющие судить о кислородном обеспечении организма детей с задержкой дыхания после вдоха, в экспериментальной группе у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей имели статистически достоверно значимые различия с результатами контрольной группы ($p < 0,05$).

Показатели пробы Штанге у детей с ДЦП к завершению педагогического исследования в экспериментальной и контрольной группах составили 14,62 и 12,87 с, у нормотипичных детей – 19,58 и 16,71 с соответственно.

Анализ результатов пробы Генчи, позволяющих судить о кислородном обеспечении организма детей с задержкой дыхания после выдоха, выявил, что показатели дошкольников с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах составили 9,04 и 7,67 с и их различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

У нормотипичных детей показатели в данном тесте в экспериментальной и контрольной группах к концу основного педагогического эксперимента составили 13,52 и 10,84 с (достоверные различия при уровне значимости $p = 0,05$).

Анализ показателей ЧСС в состоянии покоя у детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников показал, что их различия к завершению основного педагогического эксперимента в экспериментальной и контрольной группах недостоверны ($p > 0,05$). В экспериментальной и контрольной группах у дошкольников с ДЦП показатели, характеризующие производительность сердца, составили 86,4 и 88,2 уд/мин, у нормотипичных детей – 82,8 и 84,4 уд/мин соответственно.

Эмпирические данные ортостатической пробы свидетельствуют о том, что в экспериментальной группе у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей показатели имеют статистически достоверно значимые различия с результатами контрольной группы ($p < 0,05$).

В экспериментальной и контрольной группах показатели ортостатической пробы, характеризующей динамику ЧСС после изменения положения тела ребенка, к завершению исследования у детей с ДЦП составили 17 и 19,4 с, у их полноценно развивающихся сверстников – 12,1 и 14 с соответственно.

Исследования функциональных возможностей сердечнососудистой системы с помощью пробы Мартинэ, характеризующей динамику ЧСС после физической нагрузки, выявили, что показатели в экспериментальной группе у нормотипичных детей имели статистически достоверно значимые различия с результатами детей контрольной группы ($p < 0,05$), в то время как межгрупповые различия данных показателей детей с ДЦП недостоверны ($p > 0,05$).

У детей с ДЦП экспериментальной и контрольной групп параметры, характеризующие функциональные возможности сердечнососудистой системы и работоспособность организма, составили 3,4 и 2,8 балла, у нормотипичных детей – 4,4 и 3,85 балла соответственно.

По нашим данным, показатели кистевой динамометрии, характеризующие деятельность нервно-мышечного аппарата, у детей с ДЦП экспериментальной группы не имели существенных отличий от результатов контрольной группы ($p > 0,05$), у нормотипичных детей различия по этим показателям существенны ($p < 0,05$).

Параметры силы мышц кисти рук к завершению эксперимента у детей с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах составили 8,72 и 7,84 кг, у нормотипичных детей – 12,87 и 11,23 кг соответственно.

Таким образом, в ходе анализа морфофункционального развития выявлено, что к завершению исследования у детей экспериментальной группы по сравнению с контрольной значительно улучшились параметры ОГК, ЭГК, ЖЕЛ, пробы Штанге, пробы Генчи, ортостатической пробы ($p < 0,05$), что свидетельствует о значительном повышении уровня их морфофункциональных возможностей.

4.2.4 Анализ физической подготовленности детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента

Анализ показателей физической подготовленности детей 6-7 лет проводили на завершающем этапе исследования. Для выявления развивающего потенциала апробируемого педагогического воздействия мы провели до и после эксперимента

диагностику физической подготовленности детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников экспериментальной и контрольной групп.

Если достоверных отличий показателей физической подготовленности обеих групп на начало исследования не было отмечено ($p > 0,05$), то после эксперимента различия по шести из семи показателей у детей экспериментальной группы стали достоверно лучше, чем у детей контрольной группы ($p < 0,05$). Полученные эмпирические данные представлены в Таблице 11, относительный показатель прироста параметров физической подготовленности детей представлен в Приложении А.

По нашим данным, в экспериментальной и контрольной группах у детей с ДЦП показатели в тесте «бег на 30 м» составили 8,48 и 10,17 с и имели статистически достоверно значимые различия ($p < 0,05$). У нормотипичных детей в экспериментальной и контрольной группах результаты в тесте, наиболее полно характеризующем скоростные способности в локомоциях бегового характера, составили 6,31 и 7,23 с (достоверные различия при уровне значимости $p = 0,05$).

Данные нашего исследования показали, что в экспериментальной группе у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей показатели в тесте «бег 3x10 м» имели достоверно значимые различия с результатами контрольной группы ($p < 0,05$).

В экспериментальной и контрольной группах у дошкольников с ДЦП среднестатистические показатели в тесте, характеризующем скоростные способности в условиях, требующих координации движений, составили 15,19 и 17,19 с, у нормотипичных детей – 10,03 и 11,84 с соответственно.

Специфика двигательных возможностей у детей с ДЦП экспериментальной и контрольной групп не позволила им выполнить тест «бег 300 м». Показатели общей выносливости у нормотипичных детей в экспериментальной группе составили 108,67 с, в контрольной группе – 111,89 с (различия достоверны при уровне значимости $p = 0,05$).

Таблица 11 – Показатели физической подготовленности у детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента, $\bar{x} \pm m$

Показатели физической подготовленности		ЭГ	КГ	ЭГН	КГН
Бег 30 м (с)	до	10,52±0,71	10,3±0,72	7,63±0,33	7,44±0,35
	U ₁	10		179	
	после	8,48±0,52	10,17±0,73	6,31±0,34	7,23±0,32
	U ₂	3*		103**	
Бег 3x10 м (с)	до	17,62±0,67	17,41±0,68	12,38±0,75	12,19±0,47
	U ₁	11		186	
	после	15,19±0,66	17,19±0,7	10,03±0,46	11,84±0,45
	U ₂	3*		105**	
Бег 300 м (с)	до	-	-	113,06±0,65	112,77±0,63
	U ₁	-		182	
	после	-	-	108,67±0,61	111,89±0,59
	U ₂	-		82**	
Прыжки в длину с места (см)	до	53,42±0,76	53,72±0,74	104,73±0,64	105,07±0,67
	U ₁	11		183	
	после	56,5±0,69	54,3±0,65	109,85±0,62	107,02±0,63
	U ₂	3*		98**	
Метание теннисного мяча вдаль ведущей рукой (м)	до	5,24±0,69	5,76±0,73	7,39±0,33	7,58±0,35
	U ₁	10		180	
	после	7,26±0,5	5,92±0,72	9,44±0,34	8,02±0,36
	U ₂	4*		103**	
Поднимание корпуса, лежа на животе (кол-во раз за 30с)	до	11,4±0,51	11,6±0,75	15,5±0,43	15,6±0,45
	U ₁	11		196	
	после	13,4±0,4	11,6±0,41	19,55±0,26	16,75±0,44
	U ₂	3*		47**	
Поднимание корпуса, лежа на спине (кол-во раз за 30с)	до	9,2±0,58	9,8±0,8	14,1±0,56	14,25±0,54
	U ₁	10		192	
	после	11,6±0,51	9,8±0,58	17,3±0,49	15,25±0,53
	U ₂	4*		110**	

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа детей с ДЦП (n=5); КГ – контрольная группа детей с ДЦП (n=5); ЭГН – экспериментальная группа детей нормы (n=20); КГН – контрольная группа детей нормы (n=20); U₁ – значение критерия Манна-Уитни между группами перед началом эксперимента; U₂ – значение критерия Манна-Уитни между группами после окончания эксперимента; * – существенные различия при P<0,05 (U кр. =4); ** – существенные различия при P<0,05 (U кр. =138).

В ходе эксперимента выявлено, что у дошкольников экспериментальной группы показатели в тесте «прыжки в длину с места» имели статистически достоверно значимые различия с результатами контрольной группы (p<0,05).

У детей с ДЦП в экспериментальной и контрольной группах силовые показатели скоростного характера составили 56,5 и 54,3 см, у их полноценно развивающихся сверстников – 109,85 и 107,02 см соответственно.

По нашим данным, у детей с ДЦП экспериментальной и контрольной групп результаты в тесте «метание теннисного мяча» составили 7,26 и 5,92 м, разница в показателях была статистически достоверна при уровне значимости $p=0,05$.

У нормотипичных детей в экспериментальной и контрольной группах показатели в тесте, характеризующем проявление скоростно-силовых качеств в сочетании с координационными способностями, составили 9,44 и 8,02 м (различия существенны при уровне значимости $p=0,05$).

В экспериментальной группе у детей с ДЦП и нормотипичных детей показатели в тесте «поднимание и опускание корпуса, лежа на животе» статистически достоверно лучше ($p<0,05$), чем результаты контрольной группы. У дошкольников с ДЦП экспериментальной и контрольной групп показатели силы мышц спины составили 13,4 и 11,6 раза, у их полноценно развивающихся сверстников – 19,55 и 16,75 раза соответственно.

Данные нашего исследования выявили, что в экспериментальной группе у дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей среднестатистические показатели в тесте «поднимание и опускание корпуса, лежа на спине» имели статистически значимые различия с результатами контрольной группы ($p<0,05$).

У детей с ДЦП экспериментальной и контрольной групп показатели силы мышц брюшного пресса к завершению основного педагогического эксперимента составили 11,6 и 9,8 раза, у детей, не имеющих отклонений в развитии – 17,3 и 15,25 раза соответственно.

Таким образом, анализ физической подготовленности детей 6-7 лет выявил, что результаты экспериментальной группы, в которой целенаправленно проводили работу на основе разработанной нами методики, стали статистически достоверно выше показателей контрольной группы ($p<0,05$).

Дошкольники с ДЦП и нормотипичные дети экспериментальной группы к концу основного педагогического эксперимента превосходили своих сверстников

контрольной группы по показателям развития скоростных и координационных способностей, скоростно-силовых качеств, силы мышц спины и брюшного пресса.

Заключение по четвертой главе

1. Ключевой идеей организации авторской методики является обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий физического воспитания для детей 6-7 лет в рамках инклюзивного образования. Данные требования реализуются на основе дифференцированного подхода, позволяющего корректно выбрать средства и методы педагогического воздействия, учитывая индивидуальные оздоровительные и образовательные запросы как детей с ДЦП, так и нормотипичных в рамках единого педагогического процесса.

Для равномерного развития физических качеств и наработки двигательной базы детей следует применять подвижные игры, основные виды движений и элементы различных видов спорта. Наиболее значимыми средствами, обеспечивающими равные воспитательные условия, являются средства специально организованной игровой двигательной деятельности.

Средства экспериментальной методики (корректирующая и дыхательная гимнастика, лечебная физическая культура) направлены на укрепление здоровья детей, профилактику имеющихся нарушений ОДА. В качестве средств общей педагогики следует использовать вербальные и наглядные.

Развитие основных физических качеств детей обеспечивали применением таких специфических методов педагогического воздействия, как метод строго регламентированного упражнения, игровой, соревновательный. Для овладения знаниями и двигательными умениями использовали методы вербального и наглядного воздействия, а также метод практического выполнения упражнения.

Ведущим компонентом методики является педагогическое взаимодействие между педагогом и детьми 6-7 лет, воспитанниками с ДЦП и нормотипичными детьми, направленное на присвоение детьми двигательного опыта и воспитание у них нравственных и волевых качеств. Педагогическое взаимодействие

осуществляется на основе положительного примера для детей со спастической диплегией, корректного перестроения в ходе совместной двигательной деятельности, коллективного выполнения упражнений в парах и помощи детей друг другу.

Обеспечение равных воспитательных условий достигается через специально организованную игровую двигательную деятельность для воспитанников с ДЦП и нормотипичных детей. Подвижные игры также являются неотъемлемой частью обеспечения равных воспитательных условий физического воспитания дошкольников в рамках инклюзивного образования.

Специально организованная двигательная деятельность и подвижные игры обеспечивают такие условия педагогического взаимодействия, при которых все дети чувствуют себя полноценными участниками образовательного процесса, при этом у дошкольников воспитываются как нравственные, так и волевые качества: организованность, ответственность, настойчивость, сознательная нравственность, доброжелательность, взаимовыручка и взаимоуважение.

Специальные образовательные условия для детей с ДЦП и нормотипичных детей обеспечиваются через распределение воспитанников по ходу двигательной игры на подгруппы с дифференциацией физических упражнений корригирующей, развивающей и оздоровительной направленности.

Педагогический процесс реализуется через общегрупповую игровую двигательную деятельность с сюжетно-ролевой игровой основой развивающего, оздоровительного и корригирующего характера для детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников и индивидуальные корригирующие занятия для детей с ДЦП.

2. Результаты, полученные в ходе апробации разработанного нововведения, позволили выявить развивающий потенциал апробируемого педагогического воздействия экспериментальной методики. К окончанию исследовательского периода воспитанники с ДЦП и нормотипичные дети экспериментальной группы, по сравнению с контрольной группой, демонстрировали высокие темпы прироста по показателям:

– состояния здоровья: значительное повышение общего уровня здоровья, увеличение показателя индекса здоровья, выраженного процентным отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству до 20 %;

– сформированности мышечного тонуса у детей со спастической формой ДЦП: значительное выравнивание произвольного расслабления и напряжения правой и левой дельтовидной мышцы, широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, четырехглавой мышцы бедра и икроножной мышцы ($p > 0,05$);

– морфофункционального развития: ОГК, ЭГК, ЖЕЛ, пробы Штанге, пробы Генчи, ортостатической пробы ($p < 0,05$);

– физической подготовленности: скоростных способностей, двигательной координации, скоростно-силовых качеств, силы мышц спины и брюшного пресса ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ показателей состояния здоровья, сформированности мышечного тонуса, морфофункционального развития и физической подготовленности детей 6-7 лет позволил сделать вывод о том, что к завершению исследования результаты экспериментальной группы стали значительно выше показателей контрольной группы, что является достаточно значимой доказательной базой эффективности методики физического воспитания детей 6-7 лет с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников в условиях инклюзивного образования.

ВЫВОДЫ

1. Предпосылками к необходимости и возможности организации физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования являются:

– теоретико-методологическая разработанность инклюзивного образования в современной педагогической практике;

– специфические образовательные запросы детей с ДЦП, проявляющиеся в низком уровне их состояния здоровья, в двигательных нарушениях, дисгармоничном развитии произвольного расслабления и напряжения правых и левых мышечных групп и недостаточном уровне сформированности их мышечного тонуса ($p < 0,05$), а также в отставании детей с ДЦП от их полноценно развивающихся сверстников по показателям, характеризующим деятельность кардиореспираторной системы, нервно-мышечного аппарата, параметрам физической подготовленности ($p < 0,05$);

– образовательные возможности детей с ДЦП, проявляющиеся в сохранным интеллекте, самостоятельности выполнения основных видов движений;

– готовность нормотипичных детей воспринимать своих сверстников с ДЦП как полноценных участников образовательного процесса, что подтверждается комфортным психологическим состоянием и положительными эмоциональными проявлениями в рамках коллективной двигательной деятельности детей 6-7 лет, выраженными в высоком уровне их коммуникативных качеств, высоком уровне благополучия взаимоотношений (60%) и удовлетворенности взаимоотношениями в группе (87%).

2. Разработанная методика физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования направлена на обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий как для детей с ДЦП, так и для их полноценно развивающихся сверстников. К ее особенностям относятся:

- организация специального педагогического взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса через специальные игровые коллективные двигательные занятия;

- использование средств физической культуры корригирующего, развивающего, оздоровительного характера воздействия через индивидуальный и дифференцированный подходы для воспитанников с ДЦП и нормотипичных детей в рамках единого педагогического процесса;

- организация общегрупповой игровой двигательной деятельности оздоровительного, развивающего, и корригирующего характера для детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников и индивидуальных корригирующих занятий для детей с ДЦП.

3. Ключевой особенностью авторской методики физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования является использование физических упражнений, в том числе корригирующей и дыхательной гимнастики, направленных на улучшение показателей здоровья и профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата занимающихся, в качестве ведущих средства специально организованной игровой двигательной деятельности (игровой сюжет, распределение по ролям, игровое действие).

4. Авторская методика физического воспитания детей 6-7 лет в условиях инклюзивного образования является эффективной, так как обеспечила более высокий прирост результатов у воспитанников с ДЦП и нормотипичных детей в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой по показателям:

- состояния здоровья: значительное повышение общего уровня здоровья, увеличение показателя индекса здоровья, выраженного процентным отношением числа детей, ни разу не болевших в течение года, к общему их количеству до 20 %;

- сформированности мышечного тонуса у детей со спастической формой ДЦП: значительное выравнивание произвольного расслабления и напряжения правой и левой дельтовидной мышцы, широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, четырехглавой мышцы бедра и икроножной мышцы ($p > 0,05$).

5. Статистический анализ показателей морфофункционального развития и физической подготовленности позволил констатировать более высокий прирост результатов у воспитанников с ДЦП и нормотипичных детей экспериментальной группы, по сравнению с контрольной группой, и достоверно значимые различия ($p < 0,05$) по параметрам:

- ОГК (с 56,38 и 61,69 см до эксперимента до 61,52 и 66,81 см после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- ЭГК (с 3,32 и 3,69 см до эксперимента до 3,72 и 4,24 см после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- ЖЕЛ (с 1139,26 и 1208,47 мл до эксперимента до 1209,5 и 1279,05 мл после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- проба Штанге (с 12,48 и 16,46 с. до эксперимента до 14,62 и 19,58 с. после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- проба Генчи (с 7,5 и 10,47 с. до эксперимента до 9,04 и 13,52 с. после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- ортостатическая проба (с 19,6 и 14,4 уд/мин до эксперимента до 17 и 12,1 уд/мин после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- бег 30 м (с 10,52 и 7,63 с. до эксперимента до 8,48 и 6,31 с. после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- бег 3x10 м (с 17,62 и 12,38 с. до эксперимента до 15,19 и 10,03 с. после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- прыжки в длину с места (с 53,42 и 104,73 см до эксперимента до 56,5 и 109,85 см после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- метание теннисного мяча (с 5,24 и 7,39 м до эксперимента до 7,26 и 9,44 м после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- поднимание корпуса, лежа на животе (с 11,4 и 15,5 раза до эксперимента до 13,4 и 19,55 раза после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей);

- поднимание корпуса, лежа на спине (с 9,2 и 14,1 раза до эксперимента до 11,6 и 17,3 раза после эксперимента у детей с ДЦП и нормотипичных детей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема научного обоснования наиболее эффективных путей физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования является особо актуальной. Анализ данных научно-методической литературы позволил выявить негативную тенденцию к увеличению числа детей с ОВЗ в России за последние годы.

Одну из нозологических подгрупп дошкольников с ОВЗ составляют дети со спастической формой ДЦП. Многогранность проявлений этого заболевания предусматривает сохранный интеллект детей и незначительные двигательные нарушения. Для воспитанников данной категории инклюзивное образование является ведущей образовательной потребностью.

Концептуальная идея инклюзивного образования состоит в том, что оно является процессом развития общего образования, предусматривая реализацию гуманистического принципа доступности образования для всех, в том числе и для детей с особыми потребностями.

В настоящее время в России инклюзивное образование в ДОУ является обязательной частью системы обучения и воспитания. Одним из направлений дошкольного образования является физическое воспитание, направленное на всестороннее и гармоничное развитие личности ребенка.

Однако, на сегодняшний день у педагогической практики недостаточно научных знаний о том, какие специальные педагогические условия необходимы для организации физического воспитания детей дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования, какие средства и методы можно использовать для удовлетворения специфических образовательных запросов у детей с ДЦП.

Проведенные научные исследования дают основания полагать, что его результаты в значительной степени решают выявленную проблему. Полученные научные знания раскрывают и обосновывают инновационные пути обеспечения равных образовательных возможностей для физического воспитания детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников.

Подтверждена гипотеза исследования, выраженная в предположении о том, что методика физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования будет иметь высокую результативность функционирования, если она направлена на обеспечение равных воспитательных и специальных образовательных условий как для детей с ДЦП, так и для их полноценно развивающихся сверстников в рамках единого педагогического процесса.

Ведущим компонентом методики является педагогическое взаимодействие между педагогом и детьми 6-7 лет, между воспитанниками с ДЦП и нормотипичными детьми, способствующее присвоению детьми двигательного опыта и воспитанию у них нравственных и волевых качеств.

При организации физического воспитания детей 6-7 лет используются средства специально организованной игровой двигательной деятельности, а также средства физической культуры развивающего и оздоровительного характера воздействия через индивидуальный и дифференцированный подходы для воспитанников с ДЦП и нормотипичных детей.

Реализация педагогического процесса осуществляется через общегрупповые физкультурные занятия развивающего и корригирующего характера для детей с ДЦП и их полноценно развивающихся сверстников и индивидуальные корригирующие занятия для детей с ДЦП.

Научные знания, полученные в результате проведенной исследовательской работы, обосновывают новые подходы к решению проблемы организации физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.

Результативность авторской методики подтверждена серией экспериментов с привлечением к исследованиям 100 детей в возрасте 6-7 лет, в том числе дошкольников со спастической формой ДЦП.

К окончанию исследования воспитанники с ДЦП и нормотипичные дети экспериментальной группы, по сравнению с контрольной группой, демонстрировали высокие темпы прироста показателей общего уровня здоровья,

сформированности мышечного тонуса, морфофункционального развития и физической подготовленности.

Разработанная и научно обоснованная в диссертации методика физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования соответствует целостности педагогического процесса физического воспитания, ее организационный, содержательный и методический компоненты не противоречат друг другу, а логически и взаимно дополняют.

На основании вышесказанного можно утверждать, что авторская методика восполнила пробелы теоретического и практического характера. С одной стороны, она раскрывает условия организации наиболее эффективного педагогического процесса для дошкольников других нозологических групп с аналогичными специфическими образовательными запросами. С другой стороны, на основе накопленного опыта обосновывает наиболее эффективные пути физического воспитания детей старшего дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования, доказывая тем самым его более высокую результативность на практическом уровне.

Результаты исследования позволили выявить тот факт, что проблема, конкретизированная целью, задачами и предметом исследования, в значительной степени решена. Вместе с тем, результаты научной деятельности обозначили новые перспективы продолжения исследования в начатом направлении, в частности, связанном с обоснованием наиболее эффективных путей физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования других нозологических групп.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты исследования позволяют предложить ряд рекомендаций для практики физического воспитания детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.

1. При проведении общегрупповых физкультурных занятий на основе сюжетно-ролевой игры для равномерного развития основных физических качеств и наработки двигательной базы детей следует использовать подвижные игры, основные виды движений и элементы различных видов спорта с применением специфических методов строго регламентированного упражнения, игрового и соревновательного.

Для развития силы необходимо использовать метод повторных, динамических, изометрических усилий, с целью развития скоростных качеств использовать повторный, соревновательный и игровой методы. Для эффективного развития общей выносливости и координационных способностей целесообразно применять повторный, переменный, интервальный, игровой и соревновательный методы.

При проведении общегрупповых физкультурных занятий и индивидуальных корректирующих занятий для укрепления здоровья, профилактики имеющихся нарушений необходимо использовать упражнения дыхательной и корректирующей гимнастики, элементы лечебной физической культуры с учетом индивидуальных особенностей психофизического развития воспитанников.

Равные воспитательные условия для детей с ДЦП и нормотипичных детей должны быть обеспечены средствами специально организованной игровой двигательной деятельности и подвижными играми с элементами различных видов спорта. Непосредственно организованную игровую двигательную деятельность осуществлять фронтальным, групповым и индивидуальным способом.

Для обеспечения специальных образовательных условий, доступности и предотвращения переутомления педагог должен осуществлять индивидуальный и дифференцированный подход к дозированию физической нагрузки. Посредством

применения метода строго регламентированного упражнения двигательная деятельность варьируется по объему и интенсивности, а двигательное действие по амплитуде. При дифференциации физической нагрузки необходимо учитывать длительность однократного выполнения упражнения, интенсивность нагрузки, интервалы отдыха между повторениями.

Для создания комфортных условий общения детей в ходе двигательной деятельности к методам физического воспитания необходимо добавить методы психологического воздействия: конгруэнтной коммуникации, статусной терапии, поведенческого тренинга, оказывающие воздействие на сглаживание негативного поведения воспитанников.

2. Общегрупповое физкультурное занятие для детей 6-7 лет следует проводить три раза в неделю продолжительностью 25-30 минут. Занятие целесообразно разделять на подготовительную, основную и заключительную части, методически связанные между собой. В основной части после объяснения сюжета предстоящей игры воспитанников необходимо делить на подгруппы для выполнения ролевых игровых заданий.

Нормотипичным детям предлагать ролевые игровые задания с элементами корригирующей гимнастики, укрепляющие мышцы спины и брюшного пресса, свода стопы, голени и бедра. Воспитанникам с ДЦП в своей подгруппе – игровые задания с элементами ЛФК, способствующие коррекции нарушений осанки, укреплению расслабленных и растяжке спастичных групп мышц, выравниванию мышечного тонуса корпуса.

При проведении общегрупповых физкультурных занятий группу формировать численностью не более 25 человек, из них детей со спастической формой ДЦП легкой степени с сохранным интеллектом должно быть не более 5 человек. Педагогу необходимо работать в тесном контакте с медицинскими работниками, учитывать индивидуальные особенности воспитанников и противопоказания для детей с ДЦП по использованию средств и методов их физического воспитания в условиях инклюзивного образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абольянина, С.Г. Дифференцированная технология физического воспитания детей с различным уровнем физической подготовленности: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Абольянина Светлана Геннадьевна. – Хабаровск, 2009. – 24 с.
2. Абрамович-Лехтман, Р.Я. Об особенностях нервно-психического развития детей / Р.Я. Абрамович-Лехтман // Тезисы докладов научно-практической конференции по вопросам учебно-воспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – Л., 1965.
3. Аксенов, А.В. Повышение эффективности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Аксенов Андрей Владимирович. – Санкт-Петербург, 2011. – 25 с.
4. Аксенов, А.В. Инклюзивное физическое воспитание в начальной школе: учеб. пособие / А.В. Аксенов. – Москва: ООО «ГИД «Арис», 2013. – 116 с.
5. Аксенова, Ю.А. Развитие познавательной активности детей дошкольного возраста средствами физической культуры / Ю.А. Аксенова, Л.С. Чемпалова // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 11 (153). – С. 10-15.
6. Аксенова, А.Н. Дифференцированный подход в совершенствовании двигательных качеств у школьниц с различным соматотипом: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Аксенова Анна Николаевна. – Омск, 2006. – 24 с.
7. Алехина, С.В. Инклюзивный подход в образовании в контексте проектной инициативы «Наша новая школа» / С.В. Алехина, В.К. Зарецкий // Психолого-педагогическое обеспечение Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа»: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 14-16 ноября, 2010 г.). – МГППУ, 2010. – С. 104-116.

8. Алехина, С.В. Образование в Москве. Инклюзивное образование / С.В. Алехина // Сборник методических публикаций. – Вып. 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – С. 6-12.

9. Алехина, С.В. Инклюзивное образование: история и современность: учебно-методическое пособие / С. В. Алехина. – М.: Педагогический университет «Первое сентября», 2013. – 33 с.

10. Андреева, Е.В. Физическая реабилитация дошкольников, имеющих патологию зрения средствами прикладного плавания / Е.В. Андреева [и др.] // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 9 (151). – С. 9-13.

11. Анцыперов, В.А. Повышение вестибулярной устойчивости у детей с ДЦП на занятиях физической культурой / В.А. Анцыперов, Н.Л. Горячева / Социальная адаптация и когнитивное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры: материалы региональной научно-практической конференции с Всероссийским участием (Волгоград, 20-21 ноября 2019 года). – ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград, 2019. – С. 75-79.

12. Артюшенко, Н. П. Организационно-педагогические условия обучения детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Артюшенко Наталья Петровна. – Томск, 2010. – 23 с.

13. Бабанский, Ю.К. Избранные педагогические произведения / Ю.К.Бабанский. – М., 1961.

14. Бакуленко, И.Н. Авторская программа по физической культуре для учащихся с заболеванием опорно-двигательного аппарата 1-12 класса / И.Н. Бакуленко, Е.А. Гончарова; С.-Петербур. науч.-исследоват. ин-т физ. культуры. – СПб.: б.и., 2008. – 84 с.

15. Банч, Г. Включающее образование. Как добиться успеха? (Основные стратегические подходы к работе в интегративном классе) / Гэри Банч; пер. с англ. Н. Грозной и М. Шихиревой. – М: РООИ «Перспектива», ООО «Издательство МБА», 2008. – 88 с.

16. Банч, Г. Влияние специального и инклюзивного образования на установки сверстников / Г. Банч, Э. Валео // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6. – № 1. – С. 23-52.

17. Бахарев, А.В. Развитие инклюзивных практик в истории современного российского образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Бахарев Алексей Викторович. – Москва, 2018. – 23 с.

18. Беркутова, И.Ю. Развитие двигательных возможностей у детей-инвалидов 4-7 лет с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Беркутова Ирина Юрьевна. – Москва, 2008. – 24 с.

19. Богина, Т.Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях: метод. Пособие / Т.Л. Богина. – М.: Мозаика-Синтез, 2005. – 109 с.

20. Борцова, А.Н. Дифференцированное физическое воспитание школьников на основе учета особенностей интегральных показателей их физического состояния: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Борцова Анна Николаевна. – Волгоград, 2006. – 24 с.

21. Брейтман, М.Л. О клинической картине детского головного-мозгового паралича / М.Л. Брейтман. – СПб., 1902.

22. Бултукова, А.В. Организация и содержание физического воспитания детей 4-6 лет в разновозрастных группах: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Бултукова Анна Владимировна. – Краснодар, 2006. – 187 с.

23. Валеев, Р.Ф. Оздоровление детей 7-9 лет с отклонениями в состоянии позвоночного отдела опорно-двигательного аппарата средствами лечебной физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Валеев Ренат Фоатович. – Москва, 2003. – 23 с.

24. Ветошкина, Е.А. Повышение уровня физического состояния детей 5-7 лет в условиях дошкольного образовательного учреждения на основе преимущественного развития выносливости: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Ветошкина Елена Александровна. – Хабаровск, 2006. – 186 с.

25. Вильчковский, Э.С. Развитие двигательной функции у детей / Э.С. Вильчковский. – Киев: «Здоровье», 1983. – 205 с.
26. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1973. – 140 с.
27. Возняк, И.В. Формирование готовности педагогов к инклюзивному образованию детей в системе повышения квалификации: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Возняк Ирина Владимировна. – Белгород, 2017. – 225 с.
28. Выготский, Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1991. – 479 с.
29. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4 / Л.С. Выготский; гл. ред. А.В. Запорожец. М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
30. Выготский, Л.С. Принципы воспитания физически дефективных детей / Л.С. Выготский. – Собр. Соч. В 6 т. – М., 1983. – Т.5.
31. Гаврилова, Л.Г. Взаимосвязь морфофункциональных показателей детей 4-6 лет, принимающих активное участие в подвижных играх с элементами гимнастики / Л.Г. Гаврилова, О.А. Сабуркина, В.А. Овчаров // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 4 (158). – С. 56-60.
32. Гайдадина, И.И. Повышение уровня физической культуры детей 5-6 лет на основе интенсификации совместной с родителями физкультурно-спортивной деятельности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Гайдадина Ирина Ивановна. – Краснодар, 2010. – 217 с.
33. Гамидова, С.К. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий с детьми 5-6 лет II-ой группы здоровья с применением тренажеров: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Гамидова Светлана Константиновна. – Смоленск, 2012. – 19 с.
34. Гасеми Бехнам. Оздоровительная технология при нарушении осанки у детей 7-8 лет: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04; 14.00.51 / Гасеми Бехнам. – Москва, 2004. – 25 с.

35. Гилленбранд К. Коррекционная педагогика: обучение трудных школьников: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / К. Гилленбранд. – 2-е изд., стер. – Москва: «Академия», 2007. – 240 с.

36. Глазырина, Л.Д. Физическая культура – дошкольникам: Программа и программные требования / Л.Д. Глазырина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 144 с.

37. Голубева, Г.Н. Формирование активного двигательного режима ребенка (до 6 лет) средствами физического воспитания в основные периоды адаптации к условиям среды: дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 / Голубева Галина Николаевна. - Малаховка, 2008. – 294 с.

38. Горбунова, О.В. Развитие координационных способностей у детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями средствами оздоровительной аэробики: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Горбунова Ольга Васильевна. – Хабаровск, 2008. – 181 с.

39. Горина, Е.В. Физкультурно-оздоровительная методика музыкально-ритмической дыхательной гимнастики для детей дошкольного возраста: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Горина Елена Владимировна. – Москва, 2006. – 223 с.

40. Грозная, Н.С. Включающее образование. История и зарубежный опыт / Н.С. Грозная // Вопросы образования. – 2006. – № 2. – С. 90.

41. Гросс, А.Н. Подвижные игры как средство формирования двигательных способностей детей старшего дошкольного возраста / А.Н. Гросс, Н.Н. Назаренко, Г.М. Популо // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 9 (151). – С. 61-65.

42. Гросс, Н.А. Пути решения проблем реабилитации детей с двигательными нарушениями средствами физической культуры / Н.А. Гросс [и др.] // Вестник спортивной науки. – 2018. – № 5. – С. 58-64.

43. Гросс, Н.А. Развитие двигательных возможностей детей-инвалидов средствами активных реабилитационных мероприятий / Н.А. Гросс [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 2020. – № 8. – С. 41-43.

44. Гросс, Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. – М.: Советский спорт, 2005. – 235 с.

45. Гросс, Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н.А. Гросс. – Москва: «Советский спорт», 2000. – 224 с.

46. Губарева, Н.В. Дифференцированный подход в процессе коррекции и развитии координационных способностей у школьников с различной степенью нарушения слуха: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Губарева Наталья Владимировна. – Омск, 2009. – 24 с.

47. Гудков, Ю.Э. Занятия физическими упражнениями в условиях формирующей физкультурно-оздоровительной среды / Ю.Э. Гудков // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 4 (44). – С. 38-44.

48. Гусева, Т.Н. Инклюзивное образование как путь развития германизации общества / Т.Н. Гусева // Инклюзивное образование: сборник трудов. – Вып. 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – С. 3-6.

49. Гутерман, Т.А. Дифференцированная коррекция нарушений осанки у детей 6-7 лет средствами оздоровительной физической культуры: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Гутерман Татьяна Александровна. – Краснодар, 2005. – 174 с.

50. Дарданова, Н.А. Индивидуализация процесса физической подготовки детей 5-7 лет к школе на основе учета соматических типов и вариантов биологического развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Дарданова Наталья Александровна. – Смоленск, 2011. – 22 с.

51. Дмитриев, А.А. Интегрированное обучение детей с особыми образовательными потребностями: за и против: учебно-методическое пособие для студ. психолого-педагогических специальностей / А.А. Дмитриев. – Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2006. – 95 с.

52. Драндров, Г.Л. Формирование позитивной Я-концепции у подростков с ограниченными возможностями здоровья в процессе занятия спортом / Г.Л. Драндров, Д.Н. Сюкиев. – Чебоксары: Чуваш. гос. пед. ун-т, 2019. – 171 с.

53. Дробышева, С.А. Методическое обеспечение занятий гидрореабилитацией школьников с ДЦП в современных условиях совершенствования специального (коррекционного) образования / С.А. Дробышева, М.Ю. Ушакова, К.В. Пугач // Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста: теория, практика и перспективы: материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции (Волгоград, 26-27 апреля 2018 г.), ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград 2018. – С. 24-27.

54. Евсеев, С.П. Инновационные технологии адаптивной физической культуры, физической культуры и спорта в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учебное пособие / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. СПб.: Галлея принт, 2011. – 256 с.

55. Евсеев, С.П. Подходы к определению процентов гандикапа в адаптивном спорте / С.П. Евсеев // Адаптивная физическая культура. – 2008. – № 2 (34). – С. 31-34.

56. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник: в 2 т. Т. 2: Содержание и методика адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общ. ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2009. – 448 с.

57. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С.П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. – 616 с.

58. Евстигнеева, О.В. Влияние физических упражнений на функциональное состояние и работоспособность детей и подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.03.01 / Евстигнеева Ольга Валерьевна. – Ульяновск, 2012. – 23 с.

59. Ермакова, Ю.Н. Методика физкультурных занятий с детьми 5-7 лет на основе использования элементов игры в футбол: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Ермакова Юлия Николаевна. – Шуя, 2010. – 182 с

60. Ивасёва, О.В. Дифференцированная физическая подготовка детей 4-6 лет: автореф. дис....канд. пед. наук: 13.00.04 / Ивасева Ольга Владимировна. – Краснодар, 2006. – 24 с.

61. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: Методическое пособие / под ред. М.С. Старовойтовой. – Москва: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2011. – 167 с.

62. Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: материалы международной научно-практической конференции (Москва, 20-22 июня 2011 г.) / Моск. гор. психол.-пед. ун-т; редкол.: С.В. Алехина и др. – М.: МГППУ, 2011. – 244 с.

63. Инклюзивное образование: преемственность инклюзивной культуры и практики: материалы IV Международной научно-практической конференции / гл. ред. С.В. Алехина (Москва, 21-23 июня 2017 г.). – М.: МГППУ, 2017. – 512 с.

64. Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: материалы международной конференции (Санкт-Петербург, 19-20 июня 2008 г.) – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – 215 с.

65. Исаков, Э.В. Развитие адаптивного спорта: организация, экономика и управление: практикум / Э.В. Исаков. – М.: Изд. Пиар-Агентство «М-ОСТ», 2010. – 199 с.

66. Камышникова, Е.Г. Технология построения занятий основной гимнастикой с дошкольниками 5-6 лет с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Камышникова Екатерина Георгиевна. – Малаховка, 2007. – 246 с.

67. Кенеман, А.В. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста / А.В. Кенеман, Д.В. Хухлаева. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 1978. – 234 с.

68. Кетриш, Е.В. Готовность педагога к работе в условиях инклюзивного образования: монография / Е.В. Кетриш. – Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2018. – 120 с.

69. Клапаред, Э. Как определять умственные способности школьников. – М., 1927.

70. Клендар, В.А. Изменения функционального состояния у детей с детским церебральным параличом при выполнении движений циклического характера / В.А. Клендар, Н.А. Гросс, А.Н. Корженевский // Человек. Спорт. Медицина. – 2019. – № 3(19). – С. 112-118.

71. Климон, Н.Л. Формирование социально-бытовых навыков у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата средствами игры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Климон Наталья Леонидовна. – Санкт-Петербург, 2012. – 24 с.

72. Ключкова, Е. В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Е.В. Ключкова. – 2-е изд. – Москва: Теревинф, 2016. – 284 с.

73. Ковалев, Е.В. Инклюзивное образование / Е.В. Ковалев, М.С. Староверова. – Вып. 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – 272 с.

74. Кожухова, Н.Н. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста: Схемы и таблицы / Н.Н. Кожухова, Л.А. Рыжкова, М.М. Борисова. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – 192 с.

75. Козин, Е.А. Дифференцированная методика физического воспитания старших дошкольников различных соматотипов на основе применения средств спортивной акробатики: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Козин Евгений Александрович. – Хабаровск, 2008. – 24с.

76. Козырева, О.В. Лечебная физкультура для дошкольников (при нарушениях опорно-двигательного аппарата): Пособие для инструкторов лечеб. физкультуры, воспитателей и родителей / О.В. Козырева. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 2005. – 112 с.

77. Коновалов, А.Ю. Адаптивное физическое воспитание лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе регионального инклюзивного

средне-профессионального образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Коновалов Алексей Юрьевич. – Тамбов, 2019. – 24 с.

78. Кошелева, М.В. Формирование ритмичности двигательных действий в процессе адаптивного физического воспитания детей 6-7 лет с задержкой психического развития: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Кошелева Мария Викторовна. – Волгоград: ВГАФК, 2012. – 25 с.

79. Криволапчук, И.А. Влияние фактора «интенсивность нагрузки» на различные аспекты физического состояния детей 5-6 лет / И.А. Криволапчук [и др.] // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 8 (162). – С. 105-109.

80. Кузьмина, О.С. Подготовка педагогов к работе в условиях инклюзивного образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Кузьмина Ольга Сергеевна. – Омск, 2015. – 23 с.

81. Курамшин, Ю.Ф. Теория и методика физической культуры: Учебник / под ред. проф. Ю.Ф. Курамшина. – М.: Советский спорт, 2010. – 320 с.

82. Курьсь, В.Н. Образование детей дошкольного возраста в области физической культуры. Теоретический аспект: монография / В.Н. Курьсь, Л.Н. Сляднева, В.Г. Шиянова. – Ставрополь: Ставрополье, 2006. – 224 с.

83. Ларионова, И.Г. Особенности познавательной сферы детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.07 / Ларионова Ирина Георгиевна. – Москва, 2001. – 18 с.

84. Лебедева, Е.И. Дифференцированная физическая подготовка мальчиков среднего школьного возраста на уроках физической культуры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Лебедева Елена Ивановна. – Волгоград, 2004. – 24 с.

85. Лебединская, К.С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте / К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. – М., 2011. – 304 с.

86. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 186 с.

87. Лепешкина С.В. Особенности физического воспитания 5-6 летних детей с логопедическими нарушениями: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Лепешкина Светлана Викторовна. – Малаховка, 2003. – 171 с.

88. Лиджиева, Г.Н. Содержание и организация процесса освоения детьми 3-6 лет интеллектуальных ценностей физической культуры: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Лиджиева Галина Николаевна. – Краснодар, 2005. – 177 с.

89. Лошакова, И.И. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов / И.И. Лошакова, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов, 2002. – С. 15-21.

90. Лурия, А.Р. Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / А.Р. Лурия. – Т.2. – М.: 1958.

91. Максимова С.Ю. Организация непосредственно организованной двигательной деятельности старших дошкольников в рамках инклюзивного образования / С.Ю. Максимова, З.С. Цыпенко / Социальная адаптация и когнитивное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры: материалы региональной научно-практической конференции с Всероссийским участием (Волгоград, 20-21 ноября 2019 г.), ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград 2019. – С. 197-202.

92. Максимова, С.Ю. Оценка значения сформированности выносливости в психофизическом статусе детей 5-6 лет с задержкой психического развития / С.Ю. Максимова, Д.С. Федорова // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 1 (143). – С. 115-117.

93. Максимова, С.Ю. Система адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста с задержкой психического развития на основе музыкально-двигательной деятельности: автореф. дис... докт. пед. наук: 13.00.04 / С.Ю. Максимова. – Волгоград, 2014. – 46 с.

94. Малофеев, Н.Н. Базовые модели интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2008. – № 1. – С. 71-78.

95. Малофеев, Н.Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики / Н.Н. Малофеев // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – № 6. – С. 3-9.

96. Малофеев, Н.Н. Многие дети-инвалиды могут учиться в обычных школах / Н. Н. Малофеев // Аутизм и нарушения развития. – 2010. – №4. – С. 10-12.

97. Малофеев, Н.Н. Право на образование, или зачем нужна инклюзия / Н.Н. Малофеев // Учительская газета. – 2010. – 31 августа (№ 35).

98. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом / Н.Н. Малофеев. – М.: б.и., 1997. – 246 с.

99. Мардахаев, Л.В. Специальная педагогика: учебник для бакалавров / Л.В. Мардахаев [и др.]; под ред. Л.В. Мардахаева, Е.А. Орловой. – М.: Издательство Юрайт, 2015. – 447 с.

100. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика / Е.М. Мастюкова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

101. Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры. Введение в предмет: Учебник для высших специальных физкультурных заведений / Л.П. Матвеев. – М., 2004. – 160 с.

102. Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры: Учебник для институтов физической культуры. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 543 с.

103. Медова, Н.А. Модель инклюзивного образования в условиях муниципальной образовательной системы: автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Медова Наталия Анатольевна. – Томск, 2013. – 23 с.

104. Мельник, Ю.В. Сравнительный анализ общего инклюзивного образования в странах запада (Канада, США, Великобритания) и России: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Мельник Юлия Владимировна. – Пятигорск, 2012. – 22 с.

105. Методы и формы работы с детьми, имеющими отклонения в развитии и ограниченные возможности здоровья: монография / Л.Н. Ростомашвили [и др.]; под общ. ред. Н.В. Лалетина. Красноярск: Центр информации, 2011. – 136 с.

106. Минникаева, Н.В. Игровая деятельность в двигательном режиме дня старших дошкольников как средство формирования физической культуры личности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Минникаева Наталья Викторовна. – Омск, 2009. – 177 с.

107. Моисеева, И.В. Адаптивная физическая культура в системе массового обучения / И.В. Моисеева // Адаптивная физическая культура. – 2009. – №4(40). – С. 30.

108. Надёжина, Н.В. Методика совершенствования координационных способностей у детей 5-6 лет с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Надежина Наталья Викторовна. – Волгоград, 2007. – 196 с.

109. Назарова, Н.М. Интегративное (инклюзивное) образование: генезис и проблемы внедрения // Коррекционная педагогика. – 2010. – № 4 (40). – С. 23-25.

110. Назарова, Н.М. Специальная педагогика: в 3 т.: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Назаровой. – Т.3: Педагогические системы специального образования / Н.М. Назарова [и др.]. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.

111. Назарова, Н.М. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И.Аксенова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. – 10-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 400 с.

112. Нарский, Г.И. Система профилактики и коррекции отклонений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного и школьного возраста средствами физического воспитания: автореф. дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 / Нарский Геннадий Иванович. – Москва, 2003. – 42 с.

113. Немов, Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Р.С. Немов. – В 3 кн. – 4-е изд. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 640 с.

114. Овечкина, Т.А. Организация физкультурно-оздоровительной работы с детьми в ДОУ / Т.А. Овечкина, С.О. Филиппова, Т.В. Волосникова // Дошкольная педагогика. – 2006. – № 5 (32). – С. 8-14.

115. Овчинникова, Т.С. Подготовка будущих педагогов к обучению и воспитанию дошкольников в условиях инклюзивного обучения // Высшее

образование XXI века: материалы международной научно-практической конференции / под общ. ред. проф. В.Н. Скворцова. – СПб. 2010. – С. 190-193.

116. Олтаржевская, Л.Е. Развитие адаптивно-воспитательной среды в инклюзивном образовательном учреждении: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Олтаржевская Любовь Евгеньевна. – Москва, 2012. – 23 с.

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

118. Паралимпийское плавание спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата: Учебно-методическое пособие / Д.Ф. Мосунов, Ю.А. Назаренко; С.-Петербург. гос. ун-т физ. культуры им. П.Ф. Лесгафта. – СПб.: б.и., 2008. – 83 с.

119. Парфенова Л.А. Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением интеллекта на основе программы «Молодые атлеты» / Л.А. Парфенова, А.Р. Ахмеров, С.М. Хасанова // Теория и практика физической культуры. – 2021. – № 2. – С. 64.

120. Парфенова, Л.А. Инклюзивные технологии физкультурно-спортивной деятельности учащихся с интеллектуальными нарушениями / Л.А. Парфенова, Е.А. Герасимов // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 1. – С. 13.

121. Пахомова, А.Ю. Темпы прироста показателей специфических координационных способностей детей 7 лет / А.Ю. Пахомова, В.А. Баландин, Ю.К. Чернышенко // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 2 (144). – С. 181-187.

122. Педагогика и психология инклюзивного образования: Учебное пособие / Д.З. Ахметова [и др.]. – Казань, 2013. – 204 с.

123. Попкова, Н.В. Индивидуализация процесса физического воспитания детей старшего дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Попкова Наталья Владимировна. – Челябинск, 2010. – 23 с.

124. Попова, Е.В. Педагогика и психология инклюзивного образования: учебно-практическое пособие / Е.В. Попова. – Челябинск, 2016. – 149 с.

125. Потапчук, А.А. Физкультурно-оздоровительные технологии при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей: Методическое пособие / А.А. Потапчук, Е.В. Ключкова, Т.Г. Щедрина; под общ. ред. А.А. Потапчук; С. Петерб. гос. акад. физ. культуры им. П.Ф. Лесгафта. – СПб.: б.и., 2004. – 148 с.

126. Правдов, Д.М. Формирование двигательных действий на основе использования упражнений с целевой точностью у детей дошкольного возраста: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Правдов Дмитрий Михайлович. – Шуя, 2009. – 193 с.

127. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 № 1155 (ред. от 21.01.2019) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154637/1ad1a834f2604827f926f8d5c5e7251c500a26cd/ (дата обращения 16 ноября 2020 г.).

128. Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 № 1015 (ред. от 10.06.2019) «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_152890/ (дата обращения 16 ноября 2020 г.).

129. Приходько, О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие / О.Г. Приходько. – СПб. 2006.

130. Прописнова, Е.П. Методика сюжетно-ролевой логоритмической гимнастики для дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Прописнова Елена Павловна. – Волгоград, 2003. – 179 с.

131. Пятахин, А.М. Повышение оздоровительной направленности физического воспитания младших школьников на основе дифференцированного подхода: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Пятахин Анатолий Михайлович. – Малаховка, 2009. – 25 с.

132. Распоряжение Правительства РФ от 24.11.2020 № 3081-р «Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minsport.gov.ru/2020/docs/new%20files/Проект%20стратегии%202030/Распоряжение,стратегия.pdf> (дата обращения: 04.02.2021).

133. Рачицкая, А.И. Комплексование компонентов адаптивной физической культуры в условиях коррекционного образовательного учреждения VI вида / А.И. Рачицкая, А.А. Потапчук // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 3 (43). – С. 32-33.

134. Решетов, Д.В. Методика использования подвижных игр в физическом воспитании старших дошкольников с акцентом на формирование социальной активности: автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Решетов Денис Владимирович. – Волгоград: ВГАФК, 2010. – 25 с.

135. Ростомашвили, Л.Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития: Учебное пособие / Л.Н. Ростомашвили. – М.: Советский спорт, 2009. – 120 с.

136. Рябинин С.П. Особенности методики использования гимнастики хатха-йога в физическом воспитании дошкольников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / С.П. Рябинин. – Красноярск, 2005. – 165 с.

137. Салтымакова, Л.П. Нетрадиционные средства в развитии статического и динамического равновесия у дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Салтымакова Людмила Петровна. – Омск, 2005. – 134 с.

138. Седых, Н.В. Педагогическая система формирования основ здорового образа жизни детей в дошкольных образовательных учреждениях: автореф. дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 / Седых Нина Викторовна. – Волгоград, 2006. – 43 с.

139. Семаго, Н.Я. Инклюзивное образование / Н.Я Семаго // Инклюзивное образование: сборник трудов. – Вып. 1. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – С. 18-25.

140. Семаго, Н.Я. Инклюзия как новая образовательная философия и практика / Н.Я. Семаго // Аутизм и нарушения развития. – 2010. – № 4. – С. 1-9.

141. Семаго, Н.Я. Роль школьного психолога на начальных этапах организации инклюзивного образования в школе / Н.Я. Семаго // Пути развития инклюзивного образования в Центральном округе: сборник статей / под общ. ред. Н.Я. Семаго. – М., 2009. – С. 51-56.

142. Семаго, Н.Я. Система обучения и повышения квалификации специалистов образовательных учреждений, реализующих инклюзивное образование / Н.Я. Семаго // Приложение к журналу «Стремление к Инклюзивной Жизни». – 2009. – № 3. – С. 10-12.

143. Семенов, А.М. Медико-биологическое обоснование применения средств оздоровительной физической культуры при профилактике функциональных нарушений осанки и сколиоза у детей 7-9 лет, проживающих в экологически неблагоприятных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51 / Семенов Алексей Михайлович. – Москва, 2005. – 22 с.

144. Семенова, К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей / К.А. Семенова, Н.М. Махмудова; под ред. Н.М. Маджидова. – Ташкент: Медицина, 1979. – 488 с.

145. Сигал, Н.Г. Современное состояние и тенденции развития инклюзивного образования за рубежом: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Сигал Наталья Германовна. – Казань, 2016. – 23 с.

146. Сидорова, М.В. Развитие двигательных способностей детей старшего дошкольного возраста в процессе моделирования игровой деятельности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Сидорова Марина Викторовна. – Тула, 2006. – 131 с.

147. Сими́на, Т.Е. Формирование двигательных навыков у детей с детским церебральным параличом при обучении плаванию / Т.Е. Сими́на / Социальная адаптация и когнитивное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры: материалы региональной

научно-практической конференции с Всероссийским участием (Волгоград, 20-21 ноября 2019 г.), ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград 2019. – С. 136-139.

148. Ситкина, М.Г. Динамика физической подготовленности детей 4-7 лет в условиях дошкольного образовательного учреждения / М.Г. Ситкина, Т.М. Булкова, О.А. Комачева // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 5 (147). – С. 151-153.

149. Сластенин, В.А. Педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов; под ред. В.А. Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 576 с.

150. Смирнов, Ю.А. Физическое воспитание детей дошкольного возраста: дифференцированный подход: учебно-методическое пособие для студентов очного обучения по направлению подготовки 03.21.00. «Физическая культура» / Ю.А. Смирнов. – Волгоград: ВГАФК, 2012. – 96 с.

151. Смирнова, Е.Ю. Развитие моторной сферы детей дошкольного возраста с нарушением речевой функции средствами коррекционно-развивающей физической культуры: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Смирнова Елена Юрьевна. – Москва, 2005. – 165 с.

152. Соломин В.П. Инклюзивная физическая рекреация в формировании толерантности здоровых школьников к сверстникам-инвалидам / В.П. Соломин [и др.] / Современные проблемы физической культуры и спорта: материалы международной научно-практической конференции. – СПб. 2008. – Т. 1. – С. 214-217.

153. Соломин, В.П. Применение специалистами по физической культуре гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования / В.П. Соломин, А.Е. Митин // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 4 (44). – С. 15-17.

154. Соломин, В.П. Гуманитарные технологии как инновация в образовании / В.П. Соломин // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 4. – С. 132-136.

155. Специальная психология: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский [и др.]; под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.

156. Степаненкова, Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Э.Я. Степаненкова. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 368 с.

157. Сунцова, А.С. Теории и технологии инклюзивного образования: учебное пособие / А.С. Сунцова. – Ижевск, 2013. – 110 с.

158. Теория обучения: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / И.П. Андриади [и др.]; под ред. И.П. Андриади. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 336 с.

159. Тиюнайтис, М.Н. Физическое воспитание учащихся младших классов на основе дифференцированного подхода: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Тиюнайтис Мария Николаевна. – Волгоград, 2010. – 25 с.

160. Тозик, О.В. Физическая реабилитация при детском церебральном параличе у детей дошкольного возраста / О.В. Тозик, А.О. Лапицкий / Социальная адаптация и когнитивное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры: материалы региональной научно-практической конференции с Всероссийским участием (Волгоград, 20-21 ноября 2019 г.), ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград 2019. – С. 146-154.

161. Тоцкая, Е.Н. Направленное воздействие подвижных игр на развитие коммуникативных способностей детей старшего дошкольного возраста: автореф. дисс... канд. пед. наук: 13.00.04 / Тоцкая Елена Николаевна. – Волгоград, 2011. – 24 с.

162. Трофимова, О.С. Формирование интереса к занятиям физической культурой детей 6-7 лет с использованием средств фитнеса / О.С. Трофимова, А.Е. Ряхин, В.В. Фоменко // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 8 (162). – С. 186-190.

163. Трунов, А. Лечение ДЦП: революционный метод реабилитации Гленна Домана / А. Трунов. – 2-е изд. – Москва: Амрита-Русь, 2015. – 204 с.
164. Тучков, В.Е. Результаты стабилотрии при применении войта-терапии у детей с ДЦП / В.Е. Тучков, Д.А. Киселев // В мире научных открытий. – 2018. – № 4(10). – С. 134-144.
165. Унт, И.Э. Индивидуализация и дифференциация обучения / А. Трунов. – М. Педагогика, 1990. – 192 с.
166. Урунтаева, Г.А. Практикум по психологии дошкольника: Учебное пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Г.А. Урунтаева. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 368 с.
167. Фаина, Г.В. Специальная дошкольная педагогика: Учебно-методическое пособие для студентов педагогических факультетов / Г.В. Фаина. – Балашов: Изд-во «Николаев», 2004. – 80 с.
168. Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения 16 ноября 2020 г.).
169. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/77308190/> (дата обращения 16 октября 2019 г.).
170. Федоровская, О.М. Оздоровительная физическая культура в дошкольных образовательных учреждениях разного вида: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Федоровская Ольга Михайловна. – Москва, 2007. – 150 с.
171. Филимонова, О.С. Организация и содержание физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с различным состоянием опорно-двигательного аппарата на основе средств фитнеса: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Филимонова Оксана Сергеевна. – Краснодар, 2008. – 24 с.
172. Филиппов, А.Ю. Включение детей с поражением опорно-двигательного аппарата в физкультурно-массовую работу дошкольного учреждения / А.Ю. Филиппов [и др.] // Инклюзия в физической культуре и

спорте: материалы научно-практической конференции. – СПб: Изд-во РГПУ им. Герцена, 2015. – С. 170-175.

173. Филиппов, Ю.В. Паралимпийское образование как средство формирования у школьников представлений об инклюзии / Ю.В. Филиппов, А.Ю. Филиппов, А.Е. Митин // Инновационные технологии в системе подготовки спортсменов-паралимпийцев: материалы научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 10-11 декабря 2015 г.). – СПб., 2015.

174. Филиппова, С.О. Проблема формирования у дошкольников и их родителей установок на принятие инклюзивной модели общества на основе усвоения ценностей Паралимпийского спорта / С.О. Филиппова, А.Е. Митин, Т.И. Рогачева // Проблемы и перспективы развития физкультурного образования: материалы научно-практической конференции. – СПб: Балтик-пресс, 2013. – С. 48-52.

175. Филиппова, С.О. Теория и методика физической культуры дошкольников: Учебное пособие для студентов академий университетов, институтов физической культуры и факультетов физической культуры педагогических ВУЗов / С.О. Филиппова, Г. Пономарева. – СПб.: Детство-Пресс, 2008. – 656 с.

176. Финогенова, Н.В. Подвижные игры в коррекции агрессивного поведения детей дошкольного возраста / Н.В. Финогенова // Современные проблемы физического воспитания детей дошкольного и школьного возраста: перспективы и пути решения»: материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции (Волгоград, 15-16 октября 2015 г.). – Волгоград: ФГБОУ ВПО «ВГАФК», 2012. – С. 90-92.

177. Фомина, Н.А. Физическое воспитание детей дошкольного возраста на основе системы сюжетно-ролевой ритмической гимнастики: автореф. дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 / Фомина Наталия Александровна. – Майкоп, 2004. – 50 с.

178. Хаустова, Е.Г. Стратегия развития инклюзивного образования в России / Е.Г. Хаустова [и др.] / Социальная адаптация и когнитивное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической

культуры: материалы региональной научно-практической конференции с Всероссийским участием (Волгоград, 20-21 ноября 2019 г.), ФГБОУ ВО «ВГАФК». – Волгоград 2019. – С. 227-231.

179. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

180. Цетиев, А.А. Основные задачи процесса физического воспитания в формировании двигательных умений и навыков детей раннего дошкольного возраста / А.А. Цетиев, М.А. Исакова, Л.Д. Калашникова // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 6 (160). – С. 275-278.

181. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

182. Чернышенко, Ю.К. Взаимосвязь базовых составляющих собственно-биологического компонента личностной физической культуры детей 6-7 лет / Ю.К. Чернышенко [и др.] // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2020. – №10 (188). – С. 413-418.

183. Чернышенко, Ю.К. Предпосылки разработки педагогической модели формирования спортивной культуры детей 6-7 лет / Ю.К. Чернышенко [и др.] // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2019. – №9 (175). – С. 174-178.

184. Чигрина, А.Я. Инклюзивное образование детей-инвалидов с тяжелыми физическими нарушениями как фактор их социальной интеграции: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.04 / Чигрина Анна Яковлевна. – Нижний Новгород, 2011. – 23 с.

185. Шаталова, О.Е. Формирование двигательных навыков у детей 9-12 лет с нарушением функций опорно-двигательного аппарата средствами корригирующих упражнений: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Шаталова Ольга Евгеньевна. – Москва, 2006. – 23 с.

186. Швалева, Т.А. Комплексное использование игры в физическом воспитании старших дошкольников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Швалева Тамара Алексеевна. – Красноярск, 2006. – 179 с.

187. Шебеко, В.Н. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста. Учебное пособие / В.Н. Шебеко. – 3-е изд., испр. Минск: Вышэйшая школа, 2015. – 287 с.

188. Шебеко, В.Н. Формирование личности ребенка дошкольного возраста средствами физической культуры: дис. ... докт. пед. наук: 13.00.02 / Шебеко Валентина Николаевна. – Москва, 2011. – 319 с.

189. Шеренда, С.В. Профилактика деформаций сводов стопы у детей 11-12 лет с использованием средств физического воспитания: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Шеренда Сергей Владимирович. – Москва, 2000. – 24 с.

190. Шипицына, Л.М. Актуальные проблемы интегрированного обучения / Л.М. Шипицына // Современные тенденции развития специального образования в России. – М.: Права человека, 2001. – С. 57-58.

191. Шипицына, Л.М. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.М. Шипицына // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 2. – С. 7-9.

192. Шипицына, Л.М. Многоликая интеграция / Л.М. Шипицына // Дефектология. – 2002. – №4. – С. 19.

193. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

194. Шишкина, В.А. Двигательное развитие дошкольника: пособие для педагогов учреждений дошкольного образования / В.А. Шишкина. – Мозырь: Белый Ветер, 2014. – 133 с.

195. Шкляр, Е.О. Формирование потребности в занятиях физической культурой у детей старшего дошкольного возраста: диссертация ... кандидата

педагогических наук: 13.00.04 / Шкляр Екатерина Олеговна. – Москва, 2011. – 158 с.

196. Шкляренко, А.П. Новые подходы в устранении синдрома "идиопатическая ходьба на носках" у детей дошкольного возраста средствами физической культуры / А.П. Шкляренко, Т.Г. Коваленко, Д.А. Ульянов // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2020. – № 5. – С. 29-31.

197. Шкляренко, А.П. Обоснование использования средств физической культуры в профилактических и реабилитационных мероприятиях при сколиотической болезни у детей и подростков / А.П. Шкляренко, Т.Г. Коваленко, Д.А. Ульянов // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 8. – С. 53-56.

198. Шкляренко, А.П. Функциональные показатели эффективности занятий адаптивной физической культуры при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков / А.П. Шкляренко, Т.Г. Коваленко, Д.А. Ульянов // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2021. – № 4. – С. 61-63.

199. Шоо, М. Спортивные и подвижные игры для детей и подростков с нарушением опорно-двигательного аппарата: Учебное пособие для студ. дефектол. фак. пед. вузов / М. Шоо; пер. с нем. Н.А. Горловой, науч. ред. Н.М. Назарова. – М.: Академия, 2003. – 110 с.

200. Шпицберг, И.Л. Система непрерывного сопровождения людей, имеющих особенности развития в ментальной сфере / И.Л. Шпицберг // Комплексная система межведомственного, междисциплинарного долгосрочного сопровождения человека с ментальными особенностями: сборник трудов. – Москва, 2018. – С 7-30.

201. Штерн, В. Психология раннего детства до шестилетнего возраста / В. Штерн. – Пг., 1922.

202. Шумская, О.О. Методика физического воспитания детей 4-7 лет на основе использования сезонно ориентированных средств двигательной

активности и закаливания: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Шумская Ольга Олеговна. – Хабаровск, 2008. – 192 с.

203. Эммануилиди, И.П. Методика занятия адаптивной физической культурой с детьми 7-8 лет, имеющими нарушения осанки: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Эммануилиди Игорь Петрович. – Волгоград, 2008. – 25 с.

204. Bunch, G. 10 keypointsof successfulinclusion / G. Bunch // *Autism and Developmental Disorders*. 2010. – № 3. – S. 50-67.

205. Fischer, K. Psychomotorik: Bewegungshandeln als Entwicklungshandeln / K. Fischer // *Sportpädagogik* 20. – 1996. – Heft 5. – S. 26-36.

206. Fuchs, D. Counterpoint: Special education, inefficient? Immoral? / Fuchs D. & Fuchs L.S. // *Gifted Children*. 1995. – V. 61. – P. 303-306.

207. Jones, K. Overcoming learning and behaviour difficulties: Partnership with pupils / Jones K. and Charlton T. – London: Routledge, 1996. – 90 p.

208. Lewis, I. «Enabling Education», Educational Support and Inclusion School of Education / I. Lewis // *The university of Manchester*. – 2004. – №8.

209. Lieberman, L. Preservation of special education for those who need it // *Controversial issues confronting special education: Divergent perspectives* / Stainback W. & Stainback S. (eds.). – Boston: Allyn and Bacon, 1995. – P. 16-27.

210. Loreman, T.J. Inclusive Education. Supporting diversity in the classroom / Loreman T.J., Deppeler J.M. & Harvey D.H. 2nd edition. – Routledge, United Kingdom, 2010. – 95 p.

211. McGregor, G. Inclusive Schooling Practices: Pedagogical and Research Foundations / G. McGregor, T. Vogelsberg. – Baltimore: Paul H Brookes, 1998. – 125 p.

212. Mirza, H.S. Race, gender and educational desire Text. / H.S. Mirza Equality, participation and inclusion 1: Diverse perspectives (2 nd Ed.); in Rix J. [et. al] (Eds.). – London and New York: Routledge and Open University Press, 2010. – P. 38-53.

213. Mitchell, D. Contextualizing inclusive education / David Mitchell. – London, 2005. – 292 p.

214. Mitchell, D. Effective educational technology for special and inclusive education. The 1 chapter / David Mitchell. – London, 2008. – 21 p.

215. Mitchell, D. What Really works in Special and Inclusive Education (Using evidence-based teaching strategies) / David Mitchell. – London and New York: Published by Routledge, Taylor&FrancisGroup, 2008. – 198 p.

216. Moore, M. Including parents with disabled children Text. / M. Moore // Teaching and Learning in diverse and inclusive classrooms: Key issues for new teachers; in Richards, Armstrong F. (Eds.) – London and New York, 2011. – P. 133-144.

217. Muller-Kollenberg, H. Integrative education in Germany: the arguments "for" and "cons" / H. Muller-Kollenberg // Journal of psychosocial and correctional and rehabilitation work. 2001. – № 1. – P. 50-60.

218. Myakshin, N.V. Inclusive education in England / N.V. Myakshin // Protect me. – 2009. – №4. – P. 12.

219. Peterson, M.J. Inclusive teaching: The journey towards Effective and schools for all learners (2 nd Ed.) / M.J. Peterson, M.H. Hittle. – Boston, MA: Pearson Education, Inc. – 2010. – 507 p.

220. Prange, Klaus: Hans Glöckel: Vom Unterricht. Lehrbuch der Allgemeinen Didaktik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. [Rezension] – In: Zeitschrift für Pädagogik 37, (1991) 2, – S. 319-322.

221. Salend, S.J. Creating inclusive classrooms: Effective and reflective practices (7 nd Ed.) Text. / S.J. Salend. – Columbus, OH: Prentice Hall, 2010. – 489 p.

222. Successful long-term inclusion strategies / Copel Harriet, Laura Jeffers, Babette Moeller, Judy Zorfass // CDSS Quarterly. – 1996. – V. 9, N 4. – P. 4-5.

223. Topping, K. Peer assisted learning / K. Topping, S. Ehly. Mahwah // Lawrence Erlbaum Associates. – 1998. – 95 p.

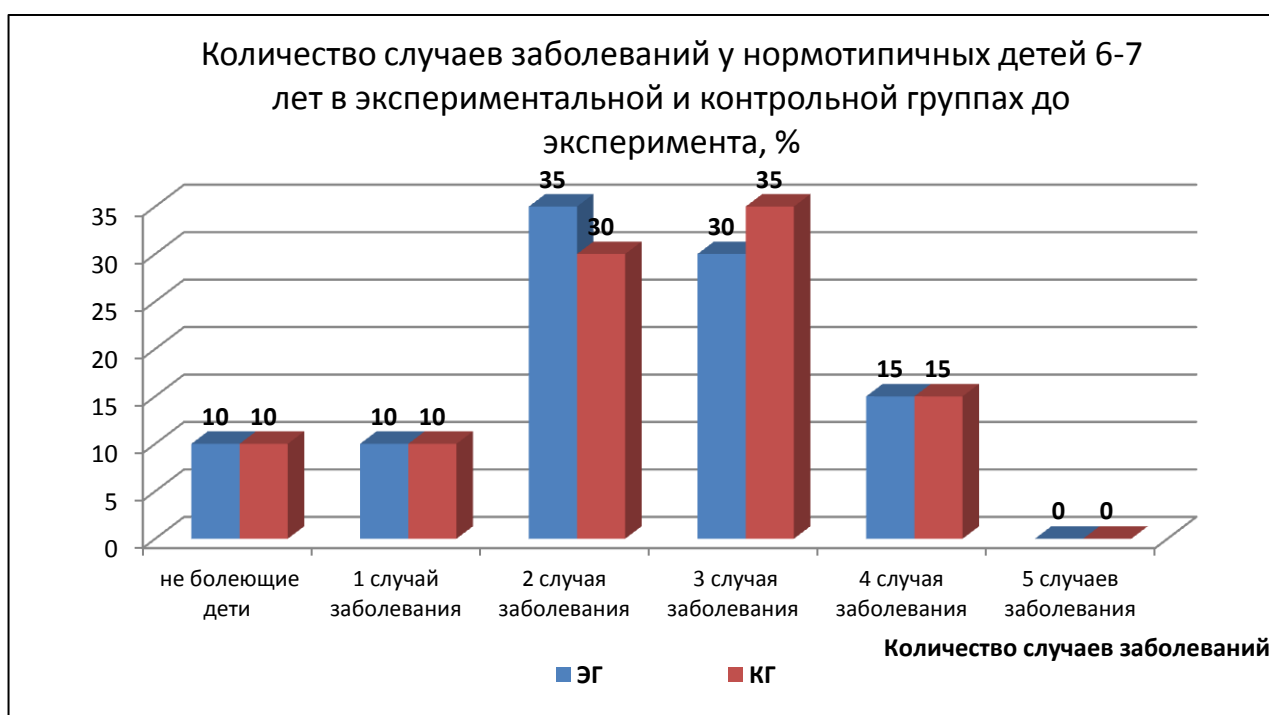
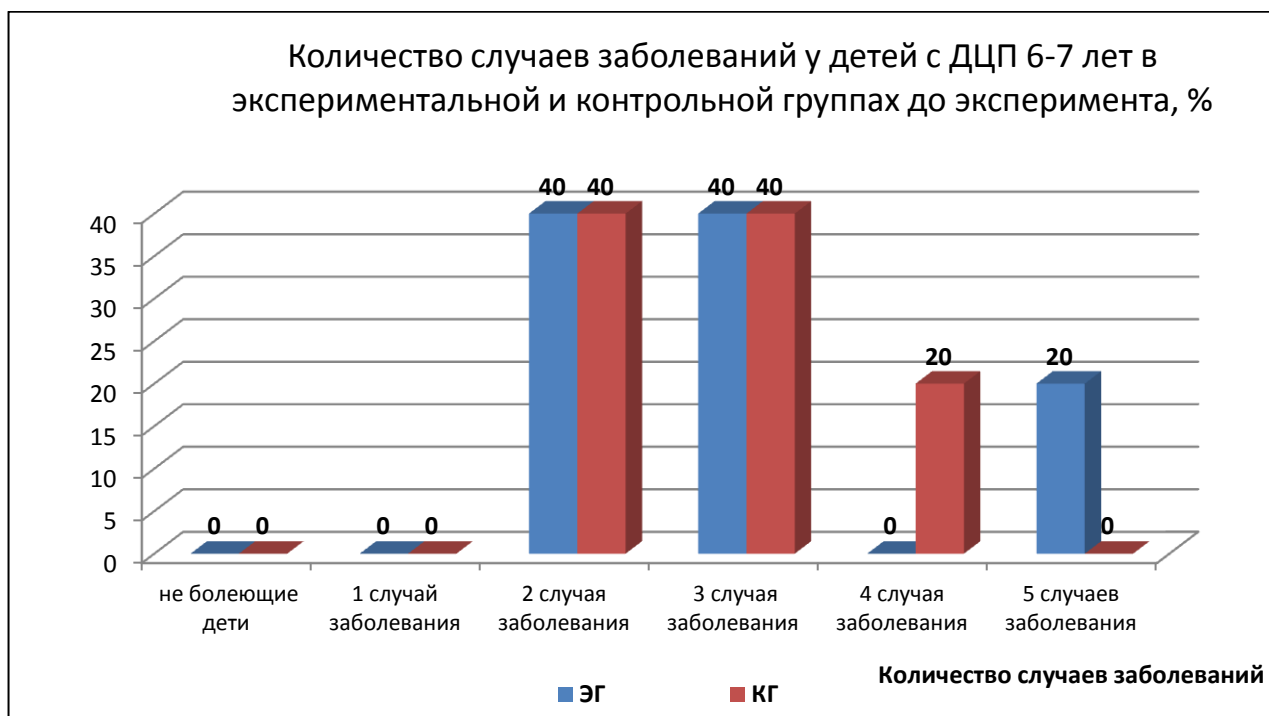
224. Wachtel, H. Inclusive education for children with developmental problems as the actual direction of educational policy and training in Germany / H. Wachtel, // Social Pedagogy. – 2009. – № 1. – S. 24.

225. Wilson, B.A. Inclusion / Barbara A. Wilson // Empirical guidelines and unanswered questions on training in mental retardation and developmental disabilities. – 1999. – V. 34. – P. 119-133.

Приложение А

Показатели состояния здоровья, морфофункционального развития и физической подготовленности дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента

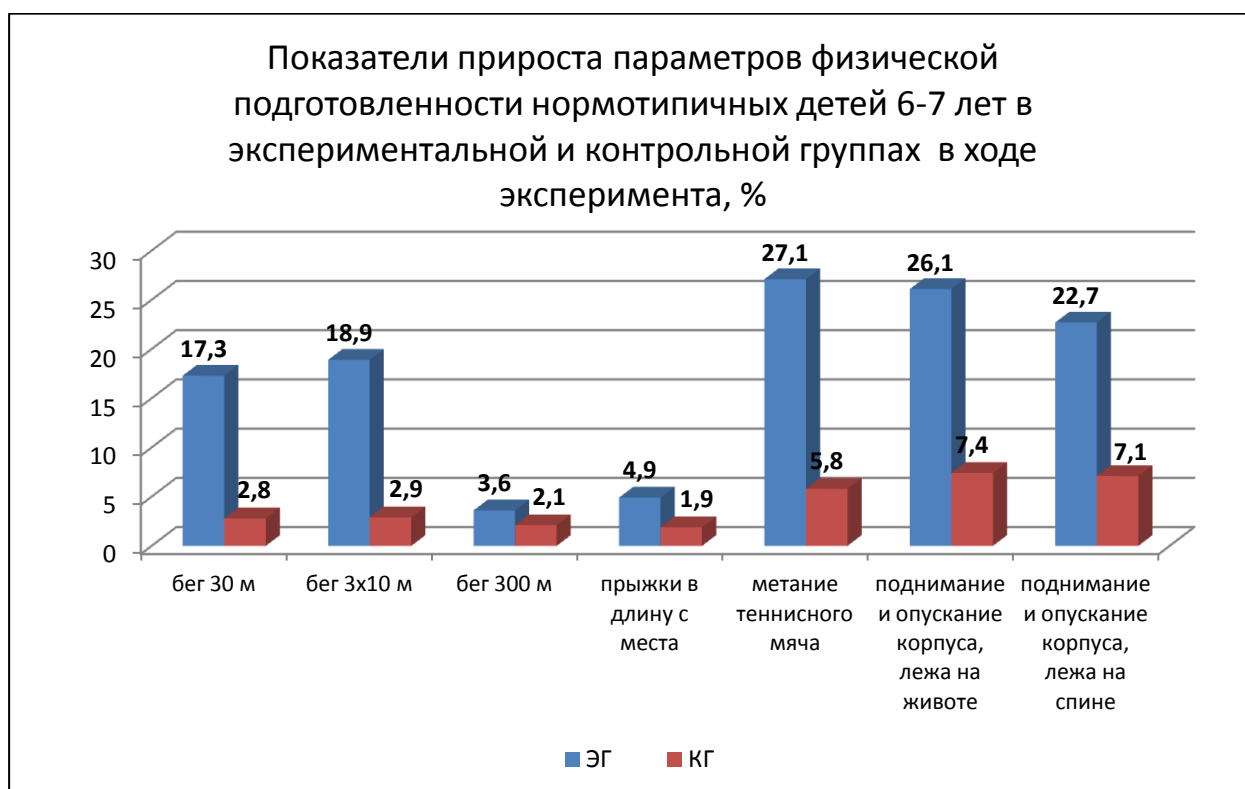
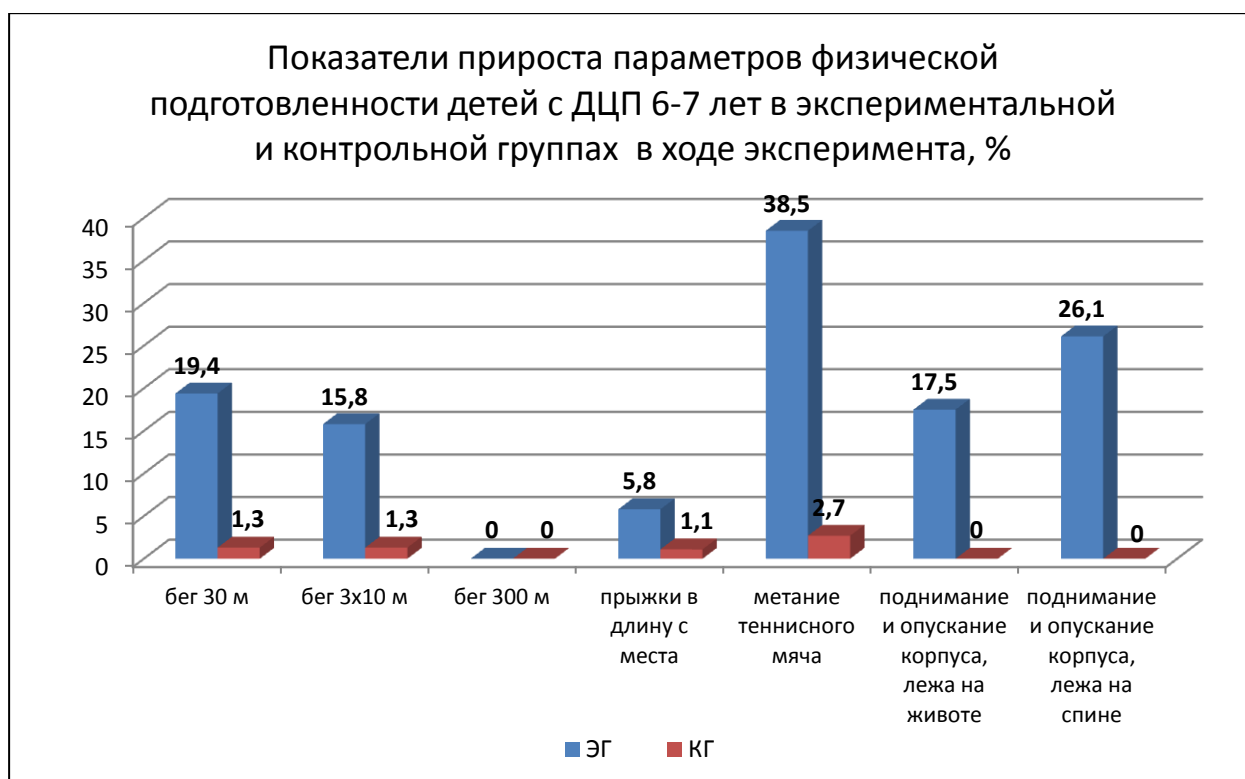
Показатели состояния здоровья дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет до эксперимента



Результаты анализа морфофункционального развития дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента



Результаты анализа физической подготовленности дошкольников с ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет в ходе педагогического эксперимента



Приложение Б

Конспект непосредственно организованной двигательной деятельности для детей со спастической формой ДЦП и нормотипичных детей 6-7 лет в рамках инклюзивного образования «Морское путешествие Айболита»

Задачи:

1. Овладение знаниями, обучение умению выполнять основные виды движений.
2. Развивать силу мышц корпуса, бедра, голени и стопы, общую выносливость, скоростные и скоростно-силовые способности, двигательную координацию.
3. Способствовать укреплению здоровья, профилактике имеющихся нарушений ОДА, укреплению и выравниванию мышечного тонуса корпуса и ног.
4. Воспитывать у детей нравственные и волевые качества.

Содержание	Дозировка	ОМУ
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ		
1. Построение, приветствие, сообщение сюжета игры « Морское путешествие Айболита ».	1 мин.	В одну шеренгу.
2. Ходьба по кругу: - на носках, руки вверх; - на пятках, руки за головой; - с подниманием и опусканием рук.	2 мин.	Спину держать прямо. Дыхание не задерживать.
3. Бег по кругу: - обычный; - приставными шагами правым и левым боком, руки на поясе; - с захлестом голени.	2 мин	Дети нормы выполняют бег по большому периметру, в среднем темпе, дети с ДЦП – по малому периметру, в медленном темпе.
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ		
1. ОРУ «Дружные моряки»		
1) И.п. – руки на пояс. 1-2 – наклон головы вправо; 3-4 – наклон головы влево.	1 мин.	Темп медленный, без резких движений.
2) И.п. – руки на пояс. 1 – правую руку в сторону; 2 – левую руку в сторону; 3 – правую на пояс; 4 – левую на пояс.	1 мин.	Темп выполнения средний. Дети с ДЦП выполняют упражнение со страховкой.

1	2	3
3) И.п. – руки на пояс. 1-2 – наклон вправо, левую руку поднять вверх-вправо; 3-4 – то же в другую сторону.	1 мин.	
4) И.п. – стойка ноги врозь, руки на пояс. 1-2 – наклон вниз, коснуться руками пола; 3-4 – вернуться в И.п.	1 мин.	Наклоны делать до ощущения натяжения в связках.
2. Путешествие Айболита и его команды.		
<i>Выполнение корригирующих упражнений для детей нормы:</i>		
1) прыжки из обруча в обруч, руки на пояс;	2 мин.	Дети нормы делятся на 2 команды, по сигналу команды меняются местами.
2) И.п. – стоя на четвереньках. 1-2 – поднять одновременно правую руку и левую ногу; 3-4 – поднять одновременно левую руку и правую ногу;	2 мин.	Следить за опорой кисти на всю ладонь, смотреть вперед, руки и ноги прямые.
3) И.п. – лежа на животе, руки за головой. 1-2 – поднять туловище, зафиксировать положение на 2-3 секунды; 3-4 – вернуться в И.п.;	2 мин.	Локти максимально развести в стороны.
4) И.п. – лежа на спине. 1-16 – упражнение велосипед.	2 мин.	Ноги от пола фиксировать не выше 30 градусов.
<i>Коррекционные упражнения с элементами ЛФК для детей с ДЦП:</i>		
1) И.п. – О.С. 1-2 – поднять руки вверх, правую ногу назад на носок; 3-4 – то же с другой ноги;	2 мин.	Дети с ДЦП выполняют упражнения со страховкой.
2) И.п. – лежа на животе, руки вытянуты вперед, ноги натянуты. 1-2 – прогнувшись, поднять руки и ноги вверх;	2 мин.	Задержать положение на 2-3 секунды.
3-4 – вернуться в И.п.;	2 мин.	

Продолжение приложения Б

1	2	3
3) И.п. – лежа на животе, руки вытянуты вперед, ноги натянуты. 1-2 – выполнить боковой перекал вправо; 3-4 – выполнить боковой перекал влево; 4) И.п. – лежа на спине, руки вдоль туловища. 1-2 – сгибание ног к животу одновременно; 3-4 – вернуться в И.п.	2 мин. 2 мин.	При выполнении упражнения руки и ноги держать прямыми. Следить за опорой ног на всю стопу, темп медленный без резких движений.
3. Таинственный остров. <i>Перемещения таинственного острова:</i> 1) прыжки из обруча в обруч; 2) ходьба по мягким модулям; 3) ходьба по ребристым дорожкам 4. Коллективное выполнение подвижных игр, включающих элементы различных видов спорта и основных видов движений ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ 1.Выполнение упражнений дыхательной гимнастики. И.п. – О.С. 1-2 – руки через стороны вверх-глубокий вдох; 3-4 – руки вниз-выдох. Построение, подведение итогов.	5 мин. 5 мин. 3 мин	Дети парами выполняют задания. Нормотипичные дети помогают детям с ДЦП. Педагог акцентирует внимание детей на доброжелательности, взаимовыручке, отзывчивости, взаимоуважении. Дыхательные упражнения сочетать с движениями тела и конечностей. Постепенно увеличивать глубину вдоха, продолжительность выдоха. Вдох - через нос, выдох - через рот.

Комплекс физических упражнений № 1 индивидуальных коррекционных занятий для детей с ДЦП (спастическая диплегия)

Задачи:

1. Укрепление мышц спины, шеи, плечевого пояса.
2. Развитие гибкости, координации движений.
3. Укрепление дыхательных мышц.
4. Профилактика и коррекция нарушений осанки, снятие спастичности мышц.
 1. И.П. – стоя. Выполнять движения головой в разных направлениях. Следить, чтобы не было сопутствующих движений рук, ног, туловища.
 2. И.П. – стоя, расставить ноги, ступни параллельно друг другу, руками держаться за опору. Наклон вперед, вернуться в и.п.
 3. И.П. – стоя. Дыхательные упражнения под контролем рук, одну руку положить на грудь, другую на живот. Вдох через нос с одновременным поднятием рук, выдох с одновременным опусканием рук, 3-4 раза.
 4. И.П. – лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища. Повороты верхнего плечевого пояса и головы в правую (левую) сторону, с возвращением в и.п. Ноги и таз неподвижны. Избегать кругового поворота всего туловища.
 5. И.П. – лежа на спине, ноги вытянуть, руки вдоль туловища. Повернуться на бок, ноги подтянуть, руки согнуть, голову опустить на руки, принять и.п. Повторить упражнение на другом боку.
 6. И.П. – лежа на спине, руки подняты вверх лежат на полу. Повороты со спины на живот и обратно.
 7. И.п. – лежа на спине, дыхательные упражнения под контролем рук, одну руку положить на грудь, другую на живот, вдох через нос (10-15 секунд).
 8. И.П. – лежа на животе, руки выпрямлены и вытянуты вперед. По команде наклонить и поднять голову. Инструктор корригирует ассиметричные движения головы, сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах, поднимание таза, приведение бедер.
 9. И.П. – лежа на животе, руки согнуть в локтях, прижать к туловищу. Приподнять голову, выпрямить руки вперед, в стороны, согнуть в локтях и прижать к плечам.
 10. И.П. – лежа на животе, руки согнуть в локтях, прижать к туловищу. Поднять руки вверх, разгибая плечевой пояс и спину, удерживая голову в правильном положении. Инструктор помогает в выполнении упражнений, поддерживая за локтевые суставы, корригирует положение головы и ног.
 11. И.П. – сидя на полу, упор сзади, ноги вытянуты. Подтянуть правую (левую) ногу к себе, обхватить колено руками, выпрямить ногу, вернуться в и.п. Вторая нога при необходимости фиксируется.
 12. И.П. – сидя на полу, упор сзади, ноги вытянуты. Подтянуть ноги к себе, сложиться «калачиком», вернуться в и.п. Возможна помощь инструктора.

Комплекс физических упражнений № 2 индивидуальных коррекционных занятий для детей с ДЦП (спастическая диплегия)

Задачи:

1. Укрепление мышц плечевого пояса, бедра, голени, стопы.
2. Развитие координации движений.
3. Укрепление дыхательных мышц.
4. Профилактика плоскостопия.

1. И.П. – стоя, ноги врозь. Руки вдоль туловища. Поднять руки вперед-вверх, потянуться, посмотреть на руки, принять и.п. Избегать запрокидывания головы назад, сгибания рук в локтевых суставах, сжимания большого пальца и поворотов тыльной поверхности кистей рук вовнутрь.

2. И.П. – стоя ноги вместе, руки опустить вниз. Сделать шаг вперед, приставить ногу. Следить за опорой ноги на всю стопу.

3. И.П. – стоя у опоры, ступни параллельны друг другу, одна рука на поясе, вторая на опоре. Поочередно поднимать правую и левую ноги, согнутые в коленях.

4. И.П. – стоя, держась за опору. Приседания. Следить за положением головы по средней линии, опорой ноги на всю стопу, избегать сгибания спины.

5. И.П. – лежа на спине, руки вытянуть вдоль туловища. Поочередно сгибать и разгибать ноги. Следить за опорой ноги на всю стопу, не приведением бедер. Стремиться к последовательным и ритмичным движениям.

6. И.П. – лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища. Одновременно и поочередно поднимать выпрямленные ноги. Следить, чтобы не закидывалась назад голова, под нее можно положить небольшой валик. Избегать приведений и сгибание бедер.

7. И.П. – лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища. Поочередно сгибать и разгибать ноги без опоры на стопы (имитация велосипедных движений). Избегать приведения бедер, следить за ритмичностью движений.

8. И.П. – сидя на полу, упор сзади, ноги вытянуты вперед. Согнуть ноги, выпрямить. Избегать приведения бедер, поворота стоп вовнутрь, сгибания колен, откидывания головы назад. Следить за опорой на разогнутые кисти.

9. И.П. – сидя на полу, упор сзади, ноги вытянуты вперед. Приподнять правую (левую) ногу, положить ее на левую (правую). Поменять положение ног несколько раз.

10. И.П. – сидя на полу, ноги вытянуты вперед, руки на животе. Вдох в живот 1-3, выдох 1-4.

11. И.П. – сидя на полу, ноги вытянуты вперед, руки на груди. Вдох в грудь с разведением ребер 1-3, выдох 1-4.

12. И.П. – сидя на полу, ноги вытянуты вперед, руки под ключицами. Вдох в грудь с разведением ребер 1-3, выдох 1-4.

Комплекс физических упражнений № 3 индивидуальных коррекционных занятий для детей с ДЦП (спастическая диплегия)

Задачи:

1. Укрепление мышц плечевого пояса, спины, голени, стопы.
 2. Развитие координации движений.
 3. Укрепление дыхательных мышц.
 4. Профилактика нарушений осанки и плоскостопия.
1. И.П. – стоя, ноги врозь. Вытянуть руки вперед, помахать кистями, опустить руки. Избегать приведения большого пальца.
 2. И.П. – стоя, ноги врозь, руки вдоль туловища, кисти свисают. Поднять руки в стороны, помахать ими вверх-вниз, вернуться в и. п.
 3. И.П. – стоя, ноги врозь, руки вдоль туловища, кисти свисают. Непрерывным потряхиванием предплечий расслаблять кисти рук. Возможна помощь инструктора.
 4. И.П. – стоя. Дыхательные упражнения под контролем рук, одну руку положить на грудь, другую на живот. Вдох через нос с одновременным поднятием рук, выдох с одновременным опусканием рук, 3-4 раза.
 5. И.П. – на четвереньках. Вытянуть вперед правую руку (левую), посмотреть на нее, вернуться в и.п. Следить за опорой кисти на всю ладонь, пальцы разогнуты, избегать приведения коленей.
 6. И.П. – лежа на спине, руки отвести в стороны, ладонями вверх. Поднять прямые руки вперед, сделать хлопок, развести руки в стороны, опустить на пол. Избегать приведения и сгибания ног, откидывания головы назад.
 7. И.П. – лежа на спине. Присесть, вернуться в и.п. Оказывается помощь инструктора в виде поддержки за руки, иногда необходимо придерживать колени или стопы.
 8. И.П. – лежа на спине, вытянуть руки вдоль туловища, с прямыми ногами, разведенными на расстоянии до 10 см. Выполнять сгибание и разгибание стоп. Для его выполнения требуется помощь инструктора.
 9. И.п. – лежа на спине, дыхательные упражнения под контролем рук, одну руку положить на грудь, другую на живот, вдох через нос (10-15 секунд).
 10. И.П. – сидя на стуле. Вытянуть руки вперед, убрать их за спину. Избегать при вытягивании рук поворота ладоней вниз, при убирании рук за спину – наклона головы и сгибания спины, а так же сгибания и приведения ног.
 11. И.П. – сидя на стуле. Выпрямить спину, поднять руки в стороны ладонями вверх, пальцы вытянуть. Вернуться в и.п. Избегать сгибания спины, поднимания рук ладонями вниз, сжимания пальцев в кулак.
 12. И.П. – сидя на стуле. Несколько развести ноги, стопы параллельны друг другу на полу. Ребенок поочередно поднимает и опускает переднюю часть стопы, опираясь на пятку.

Приложение В

Коммуникативно-личностный опросник, социометрическая матрица

Коммуникативно-личностный опросник для родителей, воспитателей и родственников ребенка

Вопрос	Варианты ответов			
	Да	Нет	Когда как	Не знаю
1. Добрый ли Ваш ребенок?				
2. Внимательный ли Ваш ребенок?				
3. Правдивый ли Ваш ребенок				
4. Вежливый ли Ваш ребенок?				
5. Общительный ли Ваш ребенок?				
6. Щедрый ли Ваш ребенок?				
7. Отзывчивый ли Ваш ребенок?				
8. Справедливый ли Ваш ребенок?				
9. Жизнерадостный ли Ваш ребенок?				
10. Ответственный ли Ваш ребенок?				

Примечание: ответ «Да» – 1 балл; ответ «Когда как» – 0,5 балла; ответ «Не знаю» – 0,5 балла; ответ «Нет» – 0 баллов.

Выводы об уровне развития межличностных отношений и коммуникативных качеств: **10 баллов – очень высокий; 8-9 баллов – высокий; 4-7 баллов – средний; 2-3 балла – низкий; 0-1 балл – очень низкий.**

Социометрическая матрица

№	Ф. И. ребенка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	Арзамасцева М.	-	-	-	+	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-
2	Горохов И.	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Кузнецов Д.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Горовенко В.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	В
5	Сладков В.	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Абдуллаев М.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
7	Голованова В.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Ливенцева Д.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-
9	Савченко А.	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
10	Ковалева В.	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В
11	Подгорнов Е.	+	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	Шарапутин Я.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
13	Шарапова У.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
14	Токма В.	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	Селиванов М.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
16	Соколовская В.	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+
17	Раян М.	-	-	-	-	-	-	В	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-

Продолжение приложения В

№	Ф. И. ребенка	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
18	Подберезская О.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-
19	Погосян В.	+	-	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
20	Ляхова В.	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
21	Луцик М.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
22	Иванисенко А.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
23	Журавлева В.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
24	Дмитриев Н.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Глоденко Д.	-	+	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
26	ОлейничукУ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+
27	Воронцов А.	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
28	Булгаков А.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Беломытцева В.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	Белозеров Т.	-	-	-	В	-	-	-	-	-	В	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Сумма выборов		6	4	2	3	2	3	2	3	4	1	6	0	6	3	1	6	3	2	3	1	1	3	1	3	6	1	3	1	3	7
Сумма взаимных выборов		2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2

Примечание: «+» – выбор; «в» – взаимный выбор. Статусное положение ребенка: **популярные** – 6 и более выборов; **предпочитаемые** – 3-5 выборов; **принятые** – 1-2 выбора; **непринятые** – 0 выборов.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующая МОУ «Детский сад № 220
Тракторозаводского района Волгограда»

Евсикова Н.Ю.



«05» апреля 2019 г.

АКТ

внедрения результатов научных исследований в практику

Мы, нижеподписавшиеся, заведующая МОУ «Детский сад № 220 Тракторозаводского района Волгограда» Евсикова Н.Ю., разработчик Ржевский Э.Ю., проректор по научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «ВГАФК», профессор Фомина Н.А. составили настоящий акт внедрения результатов научных исследований в коррекционно-педагогический процесс МОУ «Детский сад № 220 Тракторозаводского района Волгограда».

Автор научной разработки	Краткая характеристика научной разработки	Эффект от внедрения
Ржевский Эдуард Юрьевич	Физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования	Повышение эффективности процесса физического воспитания детей дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования

Заведующая МОУ «Детский сад № 220
Тракторозаводского района Волгограда»

Евсикова Н.Ю.

Разработчик, соискатель кафедры
ТиМФВ



Ржевский Э.Ю.

Проректор по НИР
ФГБОУ ВО «ВГАФК»

Фомина Н.А.

Контактная информация МОУ «Детский сад №220 Тракторозаводского района Волгограда»
Почтовый адрес: 400065, Волгоград, ул. Загорская 11 (Корпус1), ул. Загорская 9 (Корпус 2),
ул. Ополченская, 42 а (Корпус 3). Телефон: +7 (8442) 71-45-33. E-mail: dou220@volgadmin.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав. МОУ

«Детский сад №13 Кировского
района Волгограда»

В.П. Коробкова



« 10 » апреля 2019 г.

АКТ

внедрения результатов

научно-исследовательской работы в практику

Мы, ниже подписавшиеся, старший воспитатель МОУ «Детский сад №13 Кировского района Волгограда» Ковалева Т.И., с одной стороны, разработчик Ржевский Э.Ю. и проректор по научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «ВГАФК», профессор Фомина Н.А., с другой стороны, составили настоящий акт внедрения результатов научных исследований в коррекционно-педагогический процесс МОУ «Детский сад №13 Кировского района Волгограда».

Ф.И.О.	Содержание научной разработки	Эффект от внедрения
Ржевский Э.Ю.	Физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования	Повышение эффективности процесса физического воспитания детей дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования.

Старший воспитатель

МОУ «Детский сад №13
Кировского района Волгограда»

Разработчик, соискатель каф.
ТиМФВ

Проректор по НИР
ФГБОУ ВО «ВГАФК», профессор

Handwritten signature of T.I. Kovaleva in blue ink.

Ковалева Т.И.

Handwritten signature of E.Yu. Rjevskiy in blue ink.

Ржевский Э.Ю.

Handwritten signature of N.A. Fomina in blue ink.

Фомина Н.А.

Контактная информация МОУ «Детский сад №13 Кировского района Волгограда»
Почтовый адрес: 400067, город Волгоград, ул. им. Козака, 7 а
Телефон: +7 (8442) 44-48-97
E-mail: dou13@volgadmin.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующая МОУ «Детский сад № 178
Краснооктябрьского района Волгограда»

Анащенко С.А.



2019 г.

АКТ

внедрения результатов научных исследований в практику

Мы, нижеподписавшиеся, заведующая МОУ «Детский сад № 178 Краснооктябрьского района Волгограда» Анащенко С.А., разработчик Ржевский Э.Ю., проректор по научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «ВГАФК», профессор Фомина Н.А. составили настоящий акт внедрения результатов научных исследований в коррекционно-педагогический процесс МОУ «Детский сад № 178 Краснооктябрьского района Волгограда».

Автор научной разработки	Краткая характеристика научной разработки	Эффект от внедрения
Ржевский Эдуард Юрьевич	Физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования	Повышение эффективности процесса физического воспитания детей дошкольного возраста в рамках инклюзивного образования

Заведующая МОУ «Детский сад № 178
Краснооктябрьского района Волгограда»

Анащенко С.А.

Разработчик, соискатель кафедры
ТиМФВ

Ржевский Э.Ю.

Проректор по НИР
ФГБОУ ВО «ВГАФК»



Фомина Н.А.

Контактная информация МОУ «Детский сад №178 Краснооктябрьского района Волгограда»
Почтовый адрес: 400009, Волгоград, ул.Тарифная 11 а
Телефон: +7 (8442) 71-29-59
E-mail: dou178@volgadmin.ru