



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ  
МЕТОДИК

ТЕМА ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ:

«Реабилитационная карта как средство индивидуализации психолого – педагогического  
сопровождения учащихся 5 классов с детским церебральным параличом»

Выпускная квалификационная работа

По направлению подготовки 44.04.03

Специальное (дефектологическое) образование

Направленность (профиль) / магистерская программа:  
магистратура

Выполнила  
Студентка группы \_\_\_\_\_  
Нуждова Вероника Владимировна

Проверка на объем заимствований

81,52 % авторского текста

Работа рекоменд к защите

Рекомендован/не рекомендован

Научный руководитель:  
к.п.н., доцент

Дружинина Лилия Александровна

№ 3 от «12» 10 2023г.

зав.кафедрой \_\_\_\_\_

(название кафедры)

ФИО \_\_\_\_\_

Челябинск  
2023 год

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.....	7
1.1 Понятие детский церебральный паралич, причины, классификация...7	
1.2 Психолого-педагогическая характеристика учащихся 5 классов с детским церебральным параличом.....	13
1.3 Понятие индивидуализации в психолого-педагогической и специальной литературе.....	17
1.4 Использование индивидуальной программы реабилитации в коррекции двигательных нарушений (ИПР).....	24
Выводы по первой главе.....	31
ГЛАВА 2 Экспериментальная работа по развитию двигательной активности детей с детским церебральным параличом на занятиях плаванием.....	32
2.1 Изучение состояния двигательной активности учащегося с 5 класса с детским церебральным параличом.....	32
2.2 Разработка программы по плаванию с учетом показаний индивидуальной программы реабилитации учащегося 5 класса с детским церебральным параличом.....	36
Выводы по второй главе.....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	47

## ВВЕДЕНИЕ

На настоящий момент исследование детей с детским церебральным параличом (ДЦП) имеет важность, как в практическом, так и в теоретическом ключе. О детях с детским церебральным параличом в отечественной психологии накоплены интересные и исключительно ценные научные данные, однако в основном они имеют отношение к проблемам, связанным со структурой двигательного дефекта, с особенностями психического развития и с речевыми нарушениями.

По данным статистики министерства здравоохранения и социального развития на 2020 год в России количество детей с ДЦП в возрасте от 0 до 14 лет равно примерно 85000. На сегодняшний день отмечается рост численности детей с детскими церебральными параличами.

Важное социальное значение приобретают проблемы нарушения общения ребенка с детским церебральным параличом со сверстниками, сложности адаптации в современном обществе. Именно общение со сверстниками играет первостепенную роль для полноценного психического развития детей с ДЦП. Общение здорового ребенка со сверстниками и взрослыми периодически привлекало внимание исследователей, однако коммуникативные способности и их влияние на общее психическое развитие детей с ДЦП их интересовали в меньшей степени. [6]

Актуальность избранной темы объясняется тем, что в настоящее время возникает необходимость совершенствования организации психолого-педагогической помощи детям с нарушениями опорно-двигательного

аппарата, так как эта патология чрезвычайно распространена и имеет тенденцию к росту, особенно значительно увеличивается число больных детей детским церебральным параличом. Эти дети нуждаются в специальном подходе к обучению, им требуется щадящий режим, поддерживающая терапия, психологическая и коррекционно - педагогическая помощь. В целом по России лишь часть детей имеет возможность посещать учреждения, в которых оказывается вся необходимая психолого-педагогическая и медико - социальная помощь. Это связано не только с недостаточным количеством учреждений данного типа в стране, но и с отсутствием подготовленных специалистов. Современному педагогу необходимы знания анатомо-физиологических особенностей детей с ограниченными возможностями, так как эти дети могут обучаться в массовой школе. Эти знания помогут спланировать систему коррекционных мероприятий, направленных на адаптацию к социальным требованиям общества в условиях школьного учреждения.

**Объект:** психолого-педагогическое сопровождение детей с детским церебральным параличом.

**Предмет:** индивидуализация психолого-педагогического сопровождения ребенка с детским церебральным параличом в процессе занятий плаванием

**Цель данной работы:** теоретически изучить и практически доказать эффективность индивидуализации психолого-педагогического сопровождения ребенка с детским церебральным параличом.

**Задачи исследования:**

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по вопросу исследования.
2. Изучить состояние двигательной активности у учащегося 5 класса с детским церебральным параличом.
3. Разработать план мероприятий по коррекции двигательной активности учащегося 5 класса с детским церебральным параличом

посредством плавания с учетом индивидуальной программы реабилитации и проверить его эффективность.

**Методы исследования:**

1. Теоретический: анализ психолого-педагогической литературы по теме исследования, анализ медицинской и педагогической документации;

2. Эмпирические методы: наблюдение за процессом общения у детей с детским церебральным параличом, психолого-педагогический эксперимент;

3. Статистический метод: качественный и количественный анализ экспериментальных данных.

**Гипотеза исследования** – двигательная активность ребенка будет оптимизирована, если разработать программу занятий плаванием с использованием рекомендаций ИПР.

Теоретическая значимость: изучен, проанализирован и уточнен понятийный аппарат исследования, рассмотрена психолого-педагогическая характеристика учащихся 5 классов с детским церебральным параличом, изучена индивидуальная карта реабилитации.

Практическая значимость, разработанная программа занятий плаванием может быть использована инструкторами в работе с детьми с детским церебральным параличом.

**База исследования:** исследование проходило на базе «МБОУ Школа - интернат №4 г. Челябинска при бассейне «Юбилейный» ученица 5 класса с детским церебральным параличом.

**Структура работы:** работа состоит из введения, двух глав, заключения

## 1 ГЛАВА. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

### 1.1. Понятие детский церебральный паралич, причины, классификация.

Детский церебральный паралич - органическое поражение мозга, возникающее в период внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые - у 75% и психические у 50% детей.

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации) [ 6 ] .

Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости всех степеней тяжести. Кроме того,

нередко имеются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и пр.

Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности - от минимальных до максимальных.

По данным К.А. Семеновой (1999), заболеваемость ДЦП составляла в России в 1962 г. - 0,4 на 1000 детского населения, в 1972 г. - 1,72, в 1982 г. - 5,6, а в 1992 г. - 9 на 1000 чел. детского населения [60].

Детский церебральный паралич описан еще в трудах Гиппократ и К. Галена. Однако основоположником изучения проблемы церебральных параличей является английский хирург-ортопед Литтль (1862). В дальнейшем подробно описанную им спастическую диплегию стали называть болезнью Литтля.

В нашей стране пользуются классификацией К.А. Семеновой (1978); выделяются следующие формы:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гиперкинетическая форма;
- гемипаретическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия - самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки. Прогностически благоприятная форма в плане преодоления речевых и психических нарушений и менее благоприятная в двигательном отношении. 20% детей передвигаются самостоятельно, 50% - с помощью, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками.

Двойная гемиплегия - тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексy могут не развиваться вообще. Произвольная моторика резко нарушена, дети не сидят, не стоят, не

ходят, функция рук не развита. Речевые нарушения грубые, по принципу анартрии, в 90% случаев умственная отсталость, в 60% судороги, дети необучаемы [11].

Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Гиперкинетическая форма связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору). Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усиливаясь от волнения и утомления. Произвольные движения размахистые, дискоординированные, нарушен навык письма, речь. В 20-25% случаев поражен слух, в 10% возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов.

Гемипаретическая форма - поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем - правого).

Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный. Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений [10].

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% случаев отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести.

Более 400 факторов способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему, но особенно опасно это влияние до 3-4-го месяца беременности. Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, вызывая кислородное голодание плода - хроническую гипоксию. Развитие центральной нервной системы в условиях хронической гипоксии нарушено. Таково влияние внутриутробных факторов.



В родах причиной повреждения центральной нервной системы (ЦНС) является асфиксия и нарушение мозгового кровообращения. После родов причиной повреждения ЦНС является чаще всего нейроинфекция (менингит, энцефалит) и травмы головы. Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения.

Сопутствующие заболевания и вторичные нарушения:

1. Контрактуры и деформации - если у ребенка с ДЦП не формируются установочные рефлексы, то и не формируются шейный и поясничный лордозы, рано появляется чрезмерно выраженный кифоз в грудном отделе позвоночника, что способствует быстрому развитию кифосколиоза. При задержке формирования навыка стояния и ходьбы возникает дисбаланс мышц тазобедренного сустава, нарушается развитие крыши вертлужной впадины и головки бедра, что приводит к дисплазии тазобедренных суставов, подвывиху и вывиху бедер. Дисбаланс мышц голеностопного сустава приводит к эквиноварусной и эквиновальгусной деформации стоп [32].

2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. При ДЦП чрезмерно увеличивается продукция ликвора, нарушается всасывание в желудочках мозга, повышается внутричерепное давление, что в свою очередь сдавливает клетки и сосуды головного мозга. При этом возможны срыгивания, рвота, вялость, сонливость, апатия, выбухание большого родничка, повышение мышечного тонуса.

3. Судорожный синдром - сопровождается детским церебральным параличом и в ответ на экзогенные или эндогенные раздражители развиваются эпилептиформные пароксизмы. [59]

4. Нарушение вегетативной нервной системы – происходит в виде снижения аппетита, расстройства сна, беспокойства, периодического повышения температуры, жажды, запоров или поносов, повышенного потоотделения, нарушения иммунологической реактивности и др.

5. Нарушения слуха чаще возникают при гиперкинетических формах. Обычно нарушено восприятие высокого тона. Звуки, как «в», «к», «с», «ф», «м», ребенок просто может не употреблять в своей речи.

Недоразвит фонематический слух, возможное снижение остроты слуха. Любое нарушение слухового развития приводит к задержке речевого развития.

6. Нарушения зрения - при детском-церебральном параличе снижается острота зрения, нарушается зрение, может возникать аномалия рефракции, косоглазие, парез взора, изменяется глазное дно. [9]

7. Нарушения речи - при очаговом поражении головного мозга, замедляется темп его созревания, рассогласовании деятельности правого и левого полушария отмечаются разнообразные расстройства формирования речи.

При ДЦП происходит функция артикуляционного аппарата и прежде всего фонетическое произношение звуков - звуки произносятся искаженно либо заменяются близкими по артикуляции, что приводит к невнятности речи и ограничению общения со сверстниками и взрослыми. Речевыми затруднениями вторично приводят к нарушению анализа звукового состава слов. Дети не могут различить звуки на слух, повторить слоги, выделить звуки в словах.

Лексика у детей с ДЦП увеличивается медленно, не соответствует возрасту, очень сложно формируются абстрактные понятия, пространственно-временные отношения, построение предложений, восприятие формы и объема тела.

В связи с нарушениями лексики недостаточно развивается грамматический строй речи. Нарушение фонетика - фонематического развития ограничивает накопление грамматических средств.

Клинические проявления речевых нарушений при ДЦП:

- дизартрия - нарушение произношения звуков из-за патологической иннервации речевых мышц, поражения речедвигательных механизмов ЦНС;
- алалия - системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон (встречается как моторная алалия, так и сенсорная);
- дислексия, дисграфия - нарушения письменной речи вследствие дисфункции речевых зон;
- неврозоподобные нарушения речи, по типу заикания, вследствие нарушения речедвигательной функции;
- анартрия - отсутствие речи.

Нарушения речи нередко сочетаются с расстройствами дыхания и голосообразования. У детей с церебральными параличами преобладает учащенное, аритмичное, поверхностное дыхание. Часто нарушена координация между дыханием, фонацией и артикуляцией. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича, при этом произвольный контроль дыхания затруднен. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, губ, мягкого неба, гортани. При этом голос ребенка слабый, тихий, глухой, монотонный, эмоционально невыразительный. [50]

Дети с церебральными параличами с трудом читают и пишут. Дислексия и дисграфия обычно сочетаются с недоразвитием устной речи и бывают при различных формах дизартрии. Длительное время дети медленно читают по слогам, переставляют буквы, пропускают строчки. В письме искажается

графический образ букв, с трудом соединяются буквы в слова, а слова во фразы, встречается зеркальность письма.

Нарушение чтения и письма связано с оптико-гностическими расстройствами, спастичностью мышц кисти, глаз, сужением полей зрения, нарушением взаимодействия речеслуховой, речедвигательной и зрительно-моторной систем [51].

Нарушения речи происходят в форме псевдобульбарной, мозжечковой или экстрапирамидной дизартрии.

При псевдобульбарной дизартрии повышается тонус мышц языка, лица, шеи, нарушается голосообразование, дыхание, жевание.

Мозжечковая дизартрия приводит к гипотонии мышц языка, губ; при этом речь замедленная, толчкообразная, затухающая к концу фразы.

Экстрапирамидная дизартрия возникает при гиперкинетической форме детского центрального паралича. Гиперкинезы распространяются на мышцы языка, губ, диафрагму; при этом нарушается плавность и размеренность речи.

При детском церебральном параличе двигательные расстройства проявляются в патологическом перераспределении мышечного тонуса, снижении силы мышц, нарушении взаимодействия между мышцами-агонистами и синергистами. [10]

Таким образом, детский церебральный паралич это группа хронических двигательных нарушений, которые возникают в результате поражений или аномалий головного мозга, в перинатальном периоде.

## 1.2. Психолого – педагогическая характеристика учащихся 5 классов с детским церебральным параличом.

Помощь детям с проблемами в развитии оказывается в различных видах образовательных учреждений, которые рассчитаны на дифференцированное воспитание и обучение детей с отклонениями развития в зависимости от характера и степени выраженности нарушения, в соответствии первичными, вторичными отклонениями у детей одной категории.

В помощь детям с проблемами в развитии созданы коррекционные образовательные учреждения и могут создаваться группы компенсирующей направленности с учетом структуры нарушения детей в дошкольных образовательных учреждениях.

Основное предназначение школьного учреждения – обеспечение помощи семье в воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья, сохранение и укрепление здоровья детей, развитие их индивидуальных особенностей и осуществление необходимой коррекции нарушений развития. [43]

В коррекционных школах имеются группы компенсирующей направленности для детей со сложным дефектом. У детей данной категории ведущими являются двигательные расстройства (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций), которые могут иметь различную степень выраженности.

- при *тяжелой степени* двигательных нарушений дети не владеют навыками ходьбы они не могут самостоятельно обслуживать себя;

- при *средней (умеренно выраженной) степени* двигательных нарушений дети владеют ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.), т.е. самостоятельное передвижение детей затруднено. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивных функций рук;

- при *легкой степени* двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у них могут наблюдаться

неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики [44].

При детском церебральном параличе нарушения развития имеют сложную структуру, т.е. отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений. Степень тяжести психомоторных расстройств варьирует в большом диапазоне, при этом могут наблюдаться различные сочетания. По состоянию интеллекта дети с ДЦП представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, а у других наблюдается задержка психического развития, у части детей - умственная отсталость (различной степени тяжести). Школьники без отклонений в психическом развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности при ДЦП является задержка психического развития (ЗПР) органического генеза. ЗПР при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. При ранней, систематической, адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии [47].

Около 30 % ребят имеют проблемы со зрением. У них присутствует нарушение зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижается острота зрения, косоглазие.

У детей с ДЦП присутствует снижение слуха, при гиперкинетической форме. В этих случаях характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. Присутствуют нарушение звукопроизношения. Ребенок не слышащий звуков высокой частоты (к,с,ф,ш,в,т,п) затрудняется в произношении в разговорной речи заменяет другими звуками. У некоторых детей присутствует недоразвитие фонематического восприятия с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (ба-па, ва-фа). При таких случаях возникают трудности

в обучении чтению, письму. Под диктовку в письме делают ошибки. Плохая слуховая память и слуховое восприятие [69].

При ДЦП дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля. Движение рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. Ощупывание, манипулирование с предметами при ДЦП нарушено. У детей с церебральным параличом нарушено восприятие себя и окружающего мира.

Несформированность высших корковых функций является звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Плохо развита правая и левая сторона тела. Пространственные понятия усваиваются с трудом, затрудняются в понимании предлогов и наречий отражающие пространственные отношения.

При ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Очень тяжело переключаются на другие виды деятельности, занижена концентрация внимания [64].

Многие дети отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям.

При ДЦП дети без отклонений в психическом развитии встречаются относительно редко. Основное нарушение у этих ребят проявляется в задержке психического развития.

Задержка психического развития чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего развития. Хорошо усваивают новый материал. При хорошей работе дети догоняют сверстников в умственном развитии.

У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций носят тотальный характер. У них происходит недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактно - логического мышления и высших функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при атонически - астатической формы церебрального паралича [ 67].

У школьников с детским церебральным параличом имеются нарушения личностного развития. Нарушения связаны с действием некоторых факторов биологических, психологических, социальных. Проявляются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной является неправильное, изнеживающее воспитание ребенка и реакция на физический дефект. Интеллектуальное развитие у ребят

В рамках организации целостной системы комплексного сопровождения школьников, имеющих нарушения в развитии, в специализированных школах создан и функционирует психолого – медико-педагогический консилиум. Целью психолого-медико-педагогической работы является создание комплексной помощи детям с нарушением опорно-двигательного аппарата в освоении адаптированной основной образовательной программы школьного образования, коррекцию недостатков в психическом развитии воспитанников, способствующих успешной социальной адаптации и реабилитации и личностному росту детей в социуме.

Особое значение в организации деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в школах имеет документальное оформление результатов обследования развития школьника. Пакет документов, разработанный на основе анализа нормативно-правовой и методической литературы, позволяет не только координировать деятельность всех специалистов консилиума, но и отслеживать результаты коррекционной работы с детьми [ ].

С учетом необходимости реализации комплексного междисциплинарного подхода при коррекции нарушений развития у детей с двигательной, особенно тяжелой двигательной патологией психолого-педагогическая работа проводится на фоне восстановительного лечения (медикаментозных средств, массажа, ЛФК, физиотерапии). Проводятся психолого-медико-педагогические консилиумы, на которых процесс



реабилитации наиболее сложных детей докладывается и обсуждается всеми специалистами; коррекционно-развивающая работа строится с учетом особых образовательных потребностей детей с ДЦП и заключений психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) [56].

Таким образом при психолого – педагогической характеристики детей нужно учитывать их особенности развития и составлять индивидуальную программу развития.

### 1.3 Понятие индивидуализации в психолого-педагогической и специальной литературе.

В государственной программе Российской Федерации «Развитие образования» на 2013-2022 годы в качестве одной из ключевых задач называется необходимость формирования открытой информационно-образовательной среды начального общего, основного общего, среднего общего образования, в том числе для удовлетворения особых образовательных потребностей и реализации индивидуальных возможностей, обучающихся.

Понятие индивидуализации трактуется исследователями по-разному. Рассмотрим различные подходы к трактовке данного понятия. Во второй половине XX века в советской педагогике в условиях единого общего образования, общих задач и единых требований, в условиях доминирования коллективной учебной работы, под индивидуализацией обучения понимался индивидуальный подход как один из важнейших принципов обучения. (Е.С. Рабунский, А.А. Бударный, А.А. Кирсанов). Подход заключался в организации учебного процесса путем использования учителем методов и приёмов обучения с учетом индивидуальных особенностей учащихся. []

Г.К. Селевко определяет индивидуализацию, как организацию учебного процесса, при котором выбор способов, приемов, темпа обучения обуславливается индивидуальными особенностями учащихся, как различные

учебно-методические, психолого- педагогические и организационно-управленческие мероприятия, обеспечивающие индивидуальный подход. По мнению автора, «индивидуализация» является более узким понятием, чем «индивидуальный подход». [54]

А.А. Кирсанов в работе «Индивидуализация учебной деятельности как педагогическая проблема» указывает, что «индивидуализация обучения» более широкое понятие, чем «индивидуальный подход». Индивидуализация обучения, по мнению ученого, предусматривает и деятельность учителя, и деятельность учащихся, а также все этапы процесса обучения: подготовку учащихся к активному усвоению нового учебного материала, первичное восприятие и применение знаний на практике, домашнее задание.

И.Э. Унт в определении «индивидуализация» отражала особенности детей и охватывала формы и методы учета этих особенностей. Понятие «индивидуализация» - это учет в процессе обучения индивидуальных особенностей учащихся во всех формах и методах не смотря какие особенности и как они учитываются. []

Автор уточняет разницу между понятиями «индивидуальный подход» и «индивидуализация». В первом случае имеется ввиду принцип обучения, во втором — осуществление этого принципа, которое имеет свои формы и методы. Несмотря на некоторые отличия в трактовке понятия, возможности индивидуализации учебного процесса советскими авторами рассматривалась преимущественно в рамках коллективных форм классно-урочной системы через разнообразные формы и методы обучения [].

Под «индивидуализацией обучения» понимается необходимость иметь в виду, что речь идет не об абсолютной, а об относительной индивидуализации.

Учитываются индивидуальные особенности не каждого учащегося, а групп учащихся, имеющие сходные особенности или их комплексом важные с точки зрения обучения. Ведется учет состояний если это важно для данного

ученика например одаренность в какой либо области, расстройства здоровья. Индивидуализация реализуется в каком-либо виде учебной работы. Учитываются особенности учебной деятельности школьника. []

В педагогическом словаре под индивидуализацией понимается учет в процессе обучения индивидуальных особенностей учащихся во всех формах и методах, независимо от того какие особенности и в какой мере учитываются, а индивидуализация обучения в свою очередь трактуется как организация учебного процесса с учетом индивидуальных особенностей учащихся; позволяет создать оптимальные условия для реализации потенциальных возможностей каждого ученика. Индивидуализация обучения осуществляется в условиях коллективной учебной работы в рамках общих задач и содержания обучения []

Л.Л. Босова формулирует следующее обобщенное определение: «Индивидуализация образовательной деятельности учащихся или индивидуализация обучения (в самом широком смысле) – организация образовательной деятельности по образовательным программам общего и дополнительного образования с учетом индивидуальных особенностей обучающихся, позволяющая создать оптимальные условия для реализации потенциальных возможностей каждого из них, в том числе за счет формирования навыков самостоятельного управления своей образовательной траекторией».

И.А. Юрловская определяет индивидуализацию как ориентацию на индивидуально-психологические особенности ученика, выбор и применение соответствующих методов и приёмов, различных вариантов заданий, дозировка домашней работы

У К.И. Обуховского есть два условия индивидуализации обучения:

- учитель должен помогать ученикам на пути их собственного развития;

- учитель должен хорошо обладать структурированной системой целей, чтобы главная ценность деятельности направляла его поступок []

Н.Л. Древницкая выделяет комплекс педагогических условий индивидуализации обучения:

- процесс индивидуализации обучения учащихся в профильных классах обеспечивается комплексным диагностическим сопровождением;
- подготовка учителей к осуществлению индивидуализации обучения носит системный характер.
- групповые формы работ с учащимися профильных классов.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ДЦП включает в себя следующие направления деятельности:

#### Диагностическая работа

Специалист при проведении психолого-педагогического обследования для подбора методических приемов и адекватного анализа результатов обследования детей с детским церебральным параличом необходимо учитывать клинико-психолого-педагогические особенности и структуру нарушений у детей при разных формах церебрального паралича, описанных в трудах М.В.Ипполитовой, Н.В.Симоновой, И.И.Мамайчук, И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько, К.А.Семеновой, Е.М.Мастюковой. Обследование ребенка осуществляется по инициативе родителей (законных представителей) или сотрудников образовательной организации с согласия родителей (законных представителей) на основании договора между школой и родителями (законными представителями). Задачами диагностики детей с ДЦП являются выявление особенностей когнитивного развития, оценка потенциальных возможностей интеллектуального развития ребенка и определение основных направлений коррекционно-педагогической работы. []

При проведении психолого-педагогического изучения детей, страдающих церебральным параличом, учитель-дефектолог, педагог-психолог, воспитатель учитывают:

- соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов;
- возможности обучения ребенка, показателями которых являются темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое для этого;
- характер помощи взрослого и возможность ее использования;
- способность к самостоятельному выполнению заданий;
- отношение ребенка к заданию, его активность;
- возможность приспособиться к двигательному дефекту;
- использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов), а также собственно речи;
- устойчивость внимания.

При обследовании ребенка с ДЦП применимы все основные методы и принципы психологической диагностики, используемые в детской и специальной психологии, дефектологии. Однако эти методы адаптируются, используются с учетом структуры дефекта ребенка, имеющего выраженные нарушения опорно-двигательного аппарата.

Перед обследованием уточняется диагноз, т.е. определяется структура и степень выраженности нарушения в развитии ребенка. Затем проводится психолого-педагогическое обследование, (в которое входит заключение педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, воспитателя) позволяющее выявить актуальный уровень основных линий развития и потенциальные возможности ребенка к обучению. Результаты педагогической диагностики фиксируются в протоколах обследования педагога-психолога, учителя-дефектолога, в речевой карте, в индивидуальной программе развития ребенка и позволяют проследить индивидуальную динамику и перспективы развития ребенка, вносить коррективы в организацию процесса воспитания и обучения.

По данным обследования каждым специалистом составляется заключение, и разрабатываются рекомендации. []

На основании полученных данных (представление специалистов) составляются заключение консилиума и рекомендации по развитию и воспитанию ребенка с учетом его индивидуальных возможностей и особенностей.

Согласование деятельности различных специалистов по психолого-педагогической работе осуществляется в комплексе с лечебно-профилактическими мероприятиями. Эта схема включает в себя основные лечебно-профилактические мероприятия, как ежемесячно, так и текущие мероприятия в течение года.

Дети с проблемами проходят осмотр у врачей специалистов: невропатолога, фтизиатра, ортопеда, педиатра, детского психиатра, окулиста и, по назначению назначается соответствующее лечение, которое предполагает комплексный подход.

Коррекционно-развивающая работа:

Коррекционно – развивающую работу регулирует психолого-медико-педагогический консилиум, который определяет особенности развития каждого ребенка, необходимость в его психологическом, логопедическом сопровождении. Ребенок, испытывающий трудности в обучении, имеет возможность получить квалифицированную помощь специалистов: врач-педиатра, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагог-психолога, воспитателя, психоневролога, инструктора ЛФК, а в случае необходимости решается вопрос об определении ему адекватного образовательного маршрута. []

На ребенка со сложным дефектом оформляется *индивидуальная программа сопровождения*. Содержание образовательного процесса строится на основании определенного территориальной психолого – медико-педагогической комиссией образовательного маршрута. Исходным юридическим основанием для начала реабилитации является наличие индивидуальной программы реабилитации ребенка - инвалида, выдаваемая Федеральными государственными учреждениями медико-социальной

экспертизы. С учетом рекомендаций, изложенных в этом документе, в зависимости от нозологических показаний определяются пути полноценной реабилитации в разработанной индивидуальной программе сопровождения.

Главная цель составления индивидуальной программы сопровождения ДЦП представляет собой объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, которые возникают в результате поражений или аномалий головного мозга, возникающих в перинатальном периоде. Индивидуальная программа сопровождения представляет собой комплекс взаимосвязанных направлений работы с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, можно сказать, что индивидуализация предполагает разработку заданий различного уровня трудности и объема, учитываются индивидуальные особенности каждого учащегося []

#### 1.4 Использование индивидуальной программы реабилитации в коррекции двигательных нарушений (ИПР)

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (карта ИПР)- это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями, медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. В карту реабилитации включены все мероприятия, технические и иные средства реабилитации и реабилитационные услуги. []

Разработка карты состоит из следующих параметров.

1. Проведение реабилитационной экспертной диагностики.
2. Оценка реабилитационного потенциала.

Карта составляется в двух экземплярах: один выдается человеку с инвалидностью или законному представителю. После делается запись в журнале.

Формат карты реабилитации.

С 2005 года на всей территории РФ действует единая форма ИПР, которая была утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 29 ноября 2004 г. N 287 Карта ИПР подразделяется на несколько частей. Начинается она с подробных индивидуальных сведений об инвалиде.

Этот раздел, помимо анкетных данных, включает в себя сведения:

- об образовательном уровне (общем и профессиональном);
- о профессиях и специальностях, квалификации и выполняемой к моменту освидетельствования работе (если таковая есть или была);
- о группе инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности. На основании объективных данных делается экспертное заключение и формируется реабилитационная программа:

Карта реабилитации включает в себя разделы:

1. Медицинская реабилитация - Осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных, или нарушенных функций организма человека и включает:
  - восстановительную терапию;



- обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации;
- санаторно-курортное лечение неработающих инвалидов;

## 2. Социальная реабилитация

- информирование и консультирование по вопросам реабилитации,
- оказание юридической помощи;
- социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида;
- адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности;
- психологическая реабилитация;
- социокультурная реабилитация;
- реабилитация средствами физической культуры и спорта;

Психолого-педагогическая реабилитация (для детей до 18 лет), в которую входят рекомендации по дошкольному, основному, полному общему и профессиональному образованию, по коррекционной работе.

Данный раздел включает в себя следующие мероприятия и услуги:

- получение дошкольного воспитания и обучения. Вносится запись о конкретном типе (виде) дошкольного образовательного учреждения;
- получение общего образования. Указывается уровень (начальное, среднее), тип образовательного учреждения (обычное, общеобразовательное, специальная группа обычного общеобразовательного учреждения, специальное (коррекционное) общеобразовательное) и формы обучения;
- психолого-педагогическая коррекционная работа. Вносится запись о видах психолого-педагогической коррекции (коррекция речевых недостатков, эмоционально-волевых нарушений и др.);

- технические средства реабилитации для обучения. Указывается перечень технических средств реабилитации;
- социально-педагогический патронаж семьи, имеющей ребенка-инвалида

В карту реабилитации входит несколько разделов. Самый важный раздел это медицинский, психолого-педагогический, социально профессиональный. Каждый раздел состоит из двух частей. В первом разделе намечаются мероприятия, услуги и технические средства необходимые инвалиду. Вторая часть содержит сведения о формах реабилитации, о сроках выполнения программы и результатах проведенной реабилитации.

Карта реабилитации включает несколько разделов. Самыми важными являются разделы, включающие реабилитационные мероприятия по медицинской, социальной профессиональной и психолого-педагогической реабилитации. Каждый раздел состоит из двух частей. В первой намечаются мероприятия, услуги и технические средства, необходимые инвалиду для реабилитации. Вторая часть содержит сведения об исполнителях, формах реабилитации, о сроках выполнения программы и результатах проведенной реабилитации (либо причинах невыполнения программы).

Пунктом при заполнении карты реабилитации является выбор ее исполнителей. Исполнитель указывается в графе напротив каждого реабилитационного мероприятия. В связи с новой формой немного меняется порядок указания исполнителя того или иного реабилитационного мероприятия. Раньше исполнителя всегда указывало бюро Медико социальной экспертизы, сейчас Медико социальная экспертиза указывает лишь часть исполнителей, например, при обеспечении техническими средствами реабилитации исполнитель указывает исполнительный орган фонда социального страхования, также исполнителей некоторых мероприятий указывает местный орган социальной защиты. Законному

представителю следует помнить, что задачей реабилитации, в соответствии со ст.9 ФЗ "О социальной защите инвалидов", является устранение или возможно более полная компенсация ограничений жизнедеятельности, вызванных инвалидностью. Поэтому в качестве исполнителей следует выбирать те организации либо тех лиц, которые справятся с поставленной задачей наилучшим образом. Ими могут быть как государственные, так и негосударственные организации любых форм собственности.

1. Исполнители это государственные учреждения. Обычно органы Медико социальная экспертиза или другой орган, в качестве исполнителей ИПР предлагают одно или ряд конкретных государственных учреждений, которые, по их мнению, предоставляют необходимые услуги или средства реабилитации. Если вы считаете, что предложенные органами МСЭ организации могут исполнить ИПР на должном уровне, вы можете использовать предоставленную возможность. После прохождения курса реабилитации или предоставления технических средств организация - исполнитель ИПР делает отметку о выполнении мероприятий в карте ИПР. Услуги по ИПР предоставляются государственными учреждениями инвалиду бесплатно. Однако закон оставляет за вами право самим выбрать исполнителя ИПР вместо предложенного БМСЭ учреждения.

2. Исполнители ИПР – не конкретные организации, а учреждения определенного типа. Органы МСЭ или другие органы могут в качестве исполнителей назвать не конкретные организации, а организации определенного типа, решающие задачи обучения или социальной реабилитации в отношении инвалидов (например, «центр социального обслуживания»). На практике подобные организации далеко не всегда берутся за решение поставленных перед ними реабилитационных задач. Поэтому для начала можно (заказным письмом по почте) запросить потенциальных исполнителей о возможности получения услуг в рамках ИПР на их базе. Если назначенная исполнителем ИПР организация не в состоянии предоставить необходимые вам услуги, можно получить от неё отказ (желательно в

письменной форме). При этом вы имеете право в качестве исполнителя ИПР сразу выбрать и какую-либо иную организацию.

3. Самостоятельный выбор инвалидом исполнителя ИПР. Важно отметить, что отказ от организации, указанной в ИПР в качестве исполнителя, не является отказом от комплекса мероприятий, рекомендуемых индивидуальной программой реабилитации: согласно ст.11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» «инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации». Из этого следует, что инвалид (или его законный представитель) может выбрать исполнителя ИПР по своему усмотрению. Критерием выбора исполнителя мероприятий в рамках ИПР является возможность полноты реализации программы с его помощью. Исходя из этого, исполнителем ИПР может стать как государственная, так и негосударственная организация, способная наиболее успешно реализовать разработанную для вас органами МСЭ программу, вне зависимости от того, вписана ли она специалистами БМСЭ в карту ИПР. Органы МСЭ могут согласиться с вашими доводами, воспользоваться полученными рекомендациями независимых специалистов и внести предложенных вами исполнителей в карту ИПР. Однако на практике специалисты бюро МСЭ в ряде случаев не соглашаются возложить ответственность за исполнение ИПР на негосударственные организации. Вне зависимости от положительного решения органов МСЭ вы имеете право проходить рекомендованный ИПР курс реабилитации в том учреждении, которое подходит именно вам.

Выбор реабилитационных учреждений для реализации ИПР осуществляется:

- 1) с учетом территориальной близости реабилитационных услуг к потребителю;
- 2) гарантии высокого качества реабилитационных услуг;
- 3) обеспечения комплексности реабилитационных услуг, многообразия форм и методов реабилитации на основе системного подхода к их

реализации. В учреждениях, реализующих индивидуальные программы реабилитации инвалидов, выделяется специалист – организатор выполнения ИПР, который:

- ведет первичный прием инвалида;
- осуществляет контроль над выполнением реабилитационных мероприятий соответствующими специалистами;
- организует коллегиальное обсуждение эффективности реабилитационных мероприятий и необходимость ее корректировки. Органы социальной защиты населения выполняют как функции управления реабилитацией, так и функции исполнения ИПР инвалидов. Контроль над реализацией ИПР осуществляет бюро медико социальной экспертизы, утвердившее программу, и органы социальной защиты по месту жительства инвалида.

## ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

В результате анализа литературы по вопросам психолого-педагогического сопровождения были сделаны следующие выводы:

1. Детский церебральный паралич характеризуется следующими расстройствами: двигательными, психическими и речевыми, сенсомоторной чувствительностью.

2. Дети нуждаются в особом психолого – педагогическом сопровождении. Оно определяется как вид помощи ребенку в процессе обучения и воспитания. Сопровождение ребенка основано на индивидуальном подходе, что дает достаточно полное представление о нем и его особенностях. Индивидуальность направлена на создание благоприятных условий обучени, учитывающие индивидуальные особенности каждого ребенка.

3. В РФ придерживаются классификации Детского церебрального паралича по К.А. Семеновой которая выделяет формы: спастическая диплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, гимепаретическая форма и двойная гемиплегия. Тем не менее, в настоящее время, в литературе встречается понятие смешанной формы ДЦП.

В семьях, где есть дети с детским церебральным параличом во основном за них все делают и из-за этого у детей снижается самостоятельность, не формируются навыки самообслуживания и мелкой моторики.

## ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНАЛЬНАЯ РАБОА ПО РАЗВИИЮ ДВИГАЕЛЬНОЙ АКИВНОСИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1 Изучение состояния двигательной активности учащегося 5 класса с детским церебральным параличом.

Для изучения состояния двигательной активности мы провели беседу с родителями задав им вопросы:

1. Может ли ребенок сам переодеваться?
2. Может ли ребенок самостоятельно передвигаться?
3. Какая нужна помощь ребенку при занятиях?

Провели диагностику двигательной деятельности по методике «система классификации основных двигательных функций» (GMFCS) - это клиническая система классификаций, которая описывает общую двигательную функцию детей к самостоятельному движению. Методика была разработана в 1997 году Робертом Полезано. Эта система имеет 5 уровней:

1. уровень - ребенок имеет легкую степень детского церебрального паралича. Легко выполняет упражнения на крупную моторику, в том числе бег, прыжки страдает скорость, равновесие и координация.
2. уровень - дети испытывают сложности при передвижении.
3. уровень – ребенок передвигается с помощью вспомогательных средств.
4. уровень - на этом уровне ребенок может передвигаться с помощью инвалидного кресла. Сохраняют уровень функционирования.

5 уровень – самый тяжелый. Ребенок не может контролировать положение тела, движения ограничены.

Эта методика дает ориентир на развитие крупной моторики и потенциала детей.

Тестирование занимает от 30 до 45 минут. На выполнение заданий разрешается три попытки.

Мы наблюдали за ученицей 5 класса с формой детского церебрального паралича квадриплегия – это дисфункция или потеря двигательной или сенсорной функции в шейной области спинного мозга. Потеря двигательной функции может проявляться либо в виде слабости, либо в виде паралича приводящая к частичной потере функций рук, ног, туловища. Оценивали двигательные способности, с целью контроля за выполнением и ходом педагогического эксперимента.

Педагогический эксперимент – это исследовательский метод для выявления средств, форм и нового содержания обучения и тренировки.

На протяжении всего исследования испытуемая занималась по методике начального обучения плаванию 5 раз в неделю по 30 минут.

В процессе эксперимента в начале и конце были проведены контрольные тестирования. Были рассмотрены следующие показатели: показатель регулярности дыхания с выдохом в воду, лежания на спине, скольжение на спине, показатель длительности плавания на спине, для определения значимости данной методики.

По результатам тестирования ученица 5 класса имела нулевой уровень физической подготовленности.

Перед тем как приступить к обучению плаванию мы провели контроль физического состояния школьницы на суше и в воде: для этого мы использовали секундомер, тонометр, измеряли жизненную емкость легких.



Оценивали мышцы спины с помощью следующих упражнений:

1. И.П. лежа на животе, руки вытянуты вперед. Одной рукой фиксировали руки ребенка, другой – таз. Ребенок должен поднять голову и удерживать ее в этом положении до 5—10 секунд. Смогла выдержать по секундомеру 3 секунды
2. Силовая выносливость мышц спины определялась в исходном положении на животе, руки согнуты в локтевых суставах ладонями вниз, пальцы на уровне плечевых суставов. Осуществляется поднимание головы и плеч с отрывом рук от опоры и удержание этого положения в течении 10- 15 с. Смогла выдержать 5 секунд.
3. И.п. сидя с выпрямленной спиной нужно удержать мешочек с песком (50г) на голове. Длительность выполнения составляет не менее 1 мин. Это упражнение смогла осилить только в 20 секунд.

Оценку брюшного пресса мы проводили следующими упражнениями:

4. И.п. лежа на спине, ноги согнуты, стопы на опоре. Обследуемый фиксирует согнутые ноги ребенка, который без помощи рук садится, приближая голову и туловище к коленям. Фиксируется количество повторений движений.
5. И.п. лежа на спине, ноги согнуты в том же положении, туловище изогнуто вправо или влево. Обследуемый садится. Движения следует повторить 3—5 раз.

Для функциональной оценки возможностей верхних конечностей мы использовали интегративные тесты-контроль:

1. Сгибание и разгибание в лучезапястном суставе. Школьница, сидя на кресле, свешивает кисти рук с подлокотников и производит попеременное разгибание правой кисти, затем левой. Должно быть сделано 10 движений. У ребенка получается выполнить 5 движений.

Во время выполнении задания отмечается наличие компенсаторных движений.

2. Супинация – пронация предплечий. Выполняется 10 движений предплечьем за 40-50 с, что может рассматриваться как норма. Девочка смогла сделать только 5 движений за 40 секунд.

В воде мы смотрели, может ли школьница делать вдох и выдох, как она чувствует себя в воде.

1. На мелкой части смотрели, может ли девочка наклонить лицо к воде, но не опускать его в воду, она должна была сделать выдох таким образом, чтобы пошли волны, или давали ей легкий мячик чтобы она пыталась его сдвинуть с места дыханием. Это упражнение получилось ей выполнить не с первого раза.
2. Девочка делает вдох, погружает голову в воду так, чтобы рот находился под водой, а нос на поверхности. Просили ее сделать осторожный выдох ртом. Голову опустить с первого раза не удалось.
3. Скольжение на воде в этом упражнении смотрим, как девочка умеет держаться на воде в положении «на спине», поддерживая ее под лопатки, используя подручные средства в виде дощечки, которые улучшают контроль над положением головы. Скольжение проводится по направлению от центра к стене на мелководье.

У школьницы были выявлены слабые мышцы спины, рук и ног. Выполняла упражнения очень тяжело и медленно.

В воде первоначально боялась опускать лицо в воду, все тело было напряжено, упражнения выполняла с трудом в воде.

По результатам тестирования мы пришли к выводу, что девочка нуждается в помощи по активизации двигательной активности.

## 2.2 Разработка программы по плаванию с учетом реабилитационной карты учащегося 5 класса с детским церебральным параличом

Нами была разработана программа по плаванию, которая включала пояснительную записку, содержание и результаты.

Пояснительная записка:

Адаптированная дополнительная общеобразовательная программа

«Плавание детей с детским церебральным параличом» муниципального бюджетного учреждения «Спортивная школа по адаптивным видам спорта» г. Челябинска.

Цель - улучшить двигательную активность за счет обучения плаванию.

Задачи:

- укреплять здоровье ребенка за счет обучения плаванию;
- формировать интерес к плаванию;
- развивать двигательную активность;
- обеспечивать эмоциональное благополучие учащегося;

планируемые результаты улучшить двигательную активность, укрепить мышечный корсет и направленные на образовательные потребности ребенка в физическом совершенствовании.

Общеразвивающая программа разработана на основе следующих документов:

- Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

- Приказ Минспорта России от 27. 12.2013 г. № 1125 « Об утверждении особенностей организации и осуществления образовательной, тренировочной и методической деятельности в области физической культуры и спорта»

- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 4 июля 2014 г. № 41 « Об утверждении СанПин 2.4.4 3172-14 « Санитарно - эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей»

Занятие по плаванию состояло из вводной, основной и заключительной части.

На первом занятии у нас происходило знакомство с водой. Мы школьницу обучали спускаться в воду. Перед тем как ее обучить спускаться в воду мы ей одеваем пояс на поясницу, который ее будет держать, на поверхности и ей будет не так страшно плавать. Садим, ее на бортик бассейна и спускали ее ноги в воду, постепенно погружая стопы, голени и бедра. На суше помогал тренер придерживать за область грудной клетки, а в воде принимал помощник тренера. Удерживаем девочку вертикально спиной к себе покачивая ее из стороны в сторону, вперед-назад, вверх – вниз до уровня груди 3-4 раза для того чтобы расслабить мышцы. Инструктор переводит обучающуюся в горизонтальное положение на груди, размещая свою руку под грудью, а другой фиксирует поясницу. Школьницу просим вытянуть руки вперед, ноги назад и выполнять ногами движение «кроль» при этом голова в воду не погружается. На следующих занятиях просят после вдоха опускать лицо в воду и делать выдох в воду.

В основной части мы обучаем плавать «кролем на груди » с поддержкой. Мы поддерживаем за голову и ведем в медленном темпе по

кругу по прямой со сменой направления. В это время девочка выбирает удобный способ гребков руками и ногами.

Следующим упражнением мы учились выполнять звездочку. Просили девочку выпрямить ноги и руки и развести их в стороны расслабить мышцы при этом.

В заключительной части мы учимся лежа на груди и выполняем следующие упражнения на счет раз делали глубокий вдох, на два-четыре - выдох, дули на воду 3-4 раза. С 3-4-го занятия при выдохе лицо опускали в воду. Пытались рисовать рисунки на воде: выполняли движения расслабленными конечностями по поверхности воды.

Основными средствами обучения являлись следующие группы физических упражнений:

- общеразвивающие,
- специальные,
- имитационные упражнения на суше;
- игры и развлечения на воде.

Общеразвивающие упражнения определяют успешность обучения элементам плавания (координаций движений, выносливости, подвижности в суставах).

Выполнение общеразвивающих упражнений направлено на укрепление опорно-двигательного аппарата, воспитание правильной осанки. Имитация движений на суше способствует быстрому освоению простых способов плавания.

В подготовительных упражнениях для освоения с водой мы использовали следующие задачи:

- формировали комплекс рефлексов слуховых, зрительных дыхательных и вестибулярных.
- устранение страха перед водой.

-освоение рабочей позы пловца, отработка дыхания в воде.

Использовались следующие упражнения:

1. Ходьба по дну, держась за бортик бассейна.
2. Ходьба по дну в парах: перейти бассейн туда и обратно – сначала шагом, потом бегом.
3. Ходьба по дну бассейна без помощи рук с переходом на бег, со сменой направления движения.
4. Игра «Кто выше прыгнет из воды?» Присесть, оттолкнуться ногами и руками от воды и выпрыгнуть вверх.
5. Поочередные движения ногами (как удар в футболе), отталкивая воду подъемом стопы и передней поверхностью голени.
6. Бег вперед с помощью попеременных или одновременных гребковых движений руками.

7. То же вперед спиной.

8. Стоя на дне, шлепать по поверхности воды: кистями, сжатыми в кулаки; ладонями с широко расставленными пальцами; ладонями с плотно сжатыми пальцами.

9 «Полоскание белья». Стоя на дне, выполнять движения руками вправо влево, вперед-назад с изменением темпа движений.

10. «Пишем восьмерки». Стоя на дне, выполнять гребковые движения руками по криволинейным траекториям.

Погружение в воду с головой и ныряние под воду.

- обучение открыванию глаз и ориентировке в воде.

Во время упражнений нужно научиться не вытирать глаза руками.

11. Набрать воды в ладошки и умыться лицо.

12. Сделать вдох, задержать дыхание и погрузиться под воду, опустив лицо до уровня носа.

13. Сделать вдох, задержать дыхание и погрузиться под воду, опустив лицо до уровня глаз.

14 «Достань клад». Погрузившись в воду с головой, открыть глаза и найти игрушку (шапочку), брошенную на дно бассейна

15 «Сядь на дно». Сделать вдох, задержать дыхание и, погрузившись в воду, попытаться сесть на дно.

Всплыванию и лежанию на воде мы обучали с помощью следующих задач и упражнений:

- обучение открыванию глаз и ориентировке в воде.

- устранение страха перед погружением в воду.

1. Прямыми руками взяться за бортик, сделать вдох и опустить лицо в воду, лечь на воду.

2. «Поплавок». Сделать полный вдох, задержать дыхание и, медленно погрузившись под воду, принять положение плотной группировки (подбородок упирается в согнутые колени). В этом положении, сосчитав до десяти, всплыть на поверхность.

3. «Звездочка». Из положения «поплавок» развести ноги и руки в стороны (или, сделав вдох и опустив лицо в воду, лечь на воду, руки и ноги в стороны).

4. «Звездочка» в положении на груди: несколько раз свести и развести руки и ноги.

Следующим этапом обучения плаванию будет выдох в воду.

Задачами этого этапа заключаются в следующем:

- научиться задерживать дыхание на воде;

- освоение выдоха в воду.

- делать вдох – выдох с задержкой дыхания на воде;

1. Набрать в ладони воду и, сделав губы трубочкой, мощным выдохом сдуть воду.
2. Опустить губы к поверхности воды и выдуть на ней лунку (выдох, как дуют на горячий чай).
3. Сделать вдох, а затем, опустив губы в воду – выдох.
4. Сделать 20 выдохов в воду, поднимая и погружая лицо в воду.
5. Передвигаясь по дну, опустив лицо в воду, дышать, поворачивая голову для вдоха налево.

Отработка скольжения:

Задачи: обучение равновесию и обтекаемого положения тела;

Вытягивание вперед в направлении движения

Отработка дыхания.

1. Скольжение на груди: руки вытянуты вперед. Стоя на дне бассейна, поднять руки вверх; наклонившись вперед, сделать вдох, опустить лицо в воду и оттолкнуться ногами.
2. То же: правая рука впереди, левая вдоль туловища.
3. То же, поменяв положение рук.
4. То же, руки вдоль туловища.
5. Скольжение на левом боку: левая рука вытянута вперед, правая у бедра.
6. Скольжение на спине, руки вдоль туловища.
7. То же, правая рука впереди, левая вдоль туловища.
8. То же, поменяв положение рук.
9. То же, руки вытянуты вперед.
10. Скольжение с круговыми вращениями тела – «винт».



11. Скольжение на груди: руки вытянуты вперед; в середине скольжения сделать вдох – выдох, подняв голову вперед.

12. То же: правая рука впереди, левая вдоль туловища; в середине скольжения сделать выдох – вдох в левую сторону.

Выполнение этих упражнений позволяет ознакомиться с физическими свойствами воды. Упражнения эти выполняются на задержке дыхания, после вдоха. Внимание уделяется упражнениям на скольжение, которые помогают выравнять равновесие, улучшают обтекаемости тела при плавании. Гребковые упражнения руками и ногами вырабатывают чувство воды: опираться о воду, чувствовать ее ладонью, это нужно для постановки гребка. Так же учатся дышать и открывать глаза в воде, погружаться в воду с головой, вдохи в воду, скольжение.

Все игры и упражнения с погружением головы под воду сначала выполняются с задержкой дыхания на входе (рот плотно закрыт), а затем с выдохом в воду через рот.

Занятия должны проходить с нормальным самочувствием и положительным эмоциональным настроением.

Основным видом деятельности школьников является игра. Упражнение в обучении плавания можно придать игровую направленность. Игровая деятельность на воде заинтересовывает детей в обучении плаванию, формирует у детей познавательный интерес, характер, волю.

Для игр характерна: эмоциональность и соперничество, умение проявлять и принимать самостоятельные решения в игровых ситуациях.

Для коррекции мелкой моторики, координации движений применяются элементы спортивных игр (броски и ловля больших и малых мячей).

Таким образом: результаты полученные в ходе разработки программы по плаванию учащихся 5 классов с детским церебральным параличом с

учетом реабилитационной карты подтверждают свою эффективность использования занятий плаванием.

Нами проводились занятия под руководством тренера в течение 34 недель. У школьницы за этот период улучшились показатели регулярности дыхания с выдохом в воду, научилась лежать на спине в воде, плавать кролем и делать отталкивания от бортика. Выступила на первых соревнованиях.

Разработанная программа по плаванию приводит к положительной динамике по всем группам показателей.

Благодаря плаванию у девочки увеличилась мышечная сила, а так же объем движений в суставах.

Таким образом, после исследования улучшилось функциональное состояние опорно – двигательного - аппарата, следовательно, навыки самообслуживания, девочка стала более самостоятельная.

## **ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ**

Мы рассматривали двигательную активность школьницы 5 класса с детским церебральным параличом по методике «Система классификации основных двигательных функций (GMFCS)» Методика была разработана в 1997 году, Робертом Полезано.

В начале исследования мы провели тестирование, оно показало, что у девочки слабый мышечный корсет. На основании этого тестирования мы разработали программу по плаванию с учетом реабилитационной карты.

Мною проводились занятия под руководством тренера в течение 34 недель.

У школьницы за период исследования улучшилась динамика показателей регулярности дыхания с выдохом в воду, научилась лежать на спине в воде, плавать кролем и делать отталкивания от бортика. Выступила на первых соревнованиях.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, в результате реализации программы по плаванию с учетом реабилитационной карты мы сделали следующие выводы:

Изучив научно-методическую, педагогическую и специальную литературу по данной теме, мы пришли к выводу, что данная программа по плаванию с учетом реабилитационной карты актуальна.

Анализ литературных источников показал, что основными задачами было научить ребенка плавать, укрепить мышечный корсет. Организация и проведение занятий на укрепление мышц направлено на ослабление мышечного тонуса. Выполняя движения в воде мышцы должны обладать способностью к расслаблению, сокращению и растягиванию, а так же переключению из одного состояния в другое. Эта деятельность является исходным условием для нормальной работы мышц, и для координации ее взаимодействия с другими мышцами.

Разработанная программа по плаванию приводит к положительной динамике по всем группам показателей.

Благодаря плаванию у девочки увеличилась мышечная сила, а так же объем движений в суставах.

Таким образом, после исследования улучшилось функциональное состояние опорно – двигательного - аппарата, следовательно, навыки самообслуживания, девочка стала более самостоятельная.

Обучение плаванию носит комплексный характер. Во время занятий учитывается ряд факторов, которые влияют на величину нагрузки, следуя принципам постепенности и систематичности. Для эффективной работы необходим индивидуальный подход.

При проведении занятий необходимо чередовать нагрузку с отдыхом, это способствует улучшению нервных процессов и регулирование их центров.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамович-Лехтман, Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами / Р. Я. Абрамович- Лехтман, – М.: Новая наука, 2003. – 125с.
2. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.И. Акатов,– М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
3. Акош, К. Помощь детям с церебральным параличом - кондуктивная педагогика / К. Акош, – М., 1994.
4. Александровская, Э. М. Психологическое сопровождение школьников: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / Э. М. Александровская, –М.: Academia, 2002. - 208 с.
5. Анохин, П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин, – М.: Медицина, 1975. – 446с.
6. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом / Е. Ф. Архипова, – М.: Международная педагогическая академия, 2010. – 95с.
7. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро – патопсихологии / В.М. Астапов. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216с.
8. Бакшеев, М. Д. Применение упражнений специальной координационной направленности в процессе начального обучения плаванию детей-инвалидов (ДЦП) школьного возраста / М. Д. Бакшеев, – Уфа, 2016. – 95с.

9. Бальсевич, В. К. Физическая культура для всех и для каждого / В. К. Бальсевич. – Москва : Физкультура и спорт, 1988. – 89 с
10. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи /Л.О. Бадалян. – М., Новый мир, 2010. – 103с
11. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба. – М. : Академия, 2012. – 139 с.
12. Батаговская, Т. А. Основы лечебной физической культуры : учеб. метод. пособие / Т. А. Батаговская, Е. В. Быков, О. И. Коломиец. – Челябинск : Уральская академия, 2016. – 30 с.
13. Баранова, В. Плавание, как важнейшее средство оздоровления / В. Баранова. – Дошкольное воспитание, 2008. – 50с.
14. Безруких, Н.М. Возрастная физиология. Физиология развития ребенка / Н.М. Безруких, – М., Издательский центр «Академия», 2002. -273с.
15. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация / В.М. Боголюбов, – Москва: ИПК «Звезда» , 1998.– 454с
16. Бойко, Д.И. Общение детей с проблемами в развитии: коммуникативная дифференциация личности: Учебно-методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2005. – 275 с.
17. Булгакова, Н. Ж. Методика обучения технике плавания: метод / Н.Ж. Булгакова, –М.,Москва, 1980. – 40с.
18. Булгакова, Н.Ж. Плавание / Н.Ж. Булгакова, –М., АСТ: Астрель, 2005.-160с.
19. Булгакова, Н. Ж. Игры у воды, на воде, под водой / Н. Ж. Булгакова.– Москва: Физкультура и спорт, 2000. – 67 с.
20. Булгакова, Н. Ж. Познакомьтесь – плавание / Н. Ж. Булгакова. – Москва : АСТ, 2002. – 160 с.
21. Булыгина, О.Н. Оздоровление и реабилитация детей с нарушениями

- опорно-двигательного аппарата в условиях школы-интерната / О.Н. Булыгина, Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004 – № 4 – С.29-33.
- 22 . Васильев, В.С. Обучение детей плаванию /В.С. Васильев, -М., Физкультура и спорт, 1989. -96 с.
23. Вилюнас, В.К. Психология эмоций / В. К. Вилюнас, – СПб.: Питер, 2004. – 496 с.
24. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполипова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова и др. – М. : Академия, 2003. – 320 с.
25. Величковский, Б.М. Современная когнитивная психология: монография / Б.М. Величковский, – М.: МПИ, 2007. – 129 с.
26. Верхлин, В. Н. Комплекс упражнений для детей с ДЦП / В.Н. Верхлин, – Спб.: 2004.– 68-71с.
27. Власова, Т.А. Медико - социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие психофизического развития учащихся специальных школ / Т.А. Власова – М., 1999.
28. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. - СПб.: СОЮЗ, 1999 - 224 с.
29. Выготский, Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский, – М., Педагогика, 1999 – 536 с.
30. Волков, И. П. Методика обучения плаванию в условиях глубоководного бассейна / И.П. Волков, – М., Минск, 1988– 168с.
31. Гайдукевич, С. Е. Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособие для педагогов и родителей / С. Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан. – Минск : УО «БГПУ им. М. Танка», 2008. – 144 с.



32. Гончарова, М.Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата / М.Н. Гончарова, – Л.: Медицина, 1974. – 205 с.
33. Горбунов, В.В. Вода дарит здоровье/ В.В. Горбунов, – М., Сов. спорт, 1990.–32с.
34. Гордеев, Ю.А. Обучение плаванию младших школьников с учетом функциональной асимметрии / Ю.А. Гордеев, – М., СПб.,1994.-22с.
35. Гримак Л.П. Резервы человеческой семьи психики / Л.П. Гримак, – М.: МПИ, 2013. – 130 с.
36. Гросс, Н. А. Оптимизация физических нагрузок с учетом функционального состояния при двигательной реабилитации детей с нарушением ОДА : автореф. дис.канд. пед. наук / Гросс Н. А. – Москва, 1999. – 30 с.
37. Гриненко, М.Ф. Целебная сила движений /М.Ф. Гриненко, – М., Знание, 1991.-190 с.
38. Григорьев, Д.В. Дети с заболеванием ДЦП: особенности двигательного развития //Адаптивная физическая культура. 2000.-№3.-с.39- 41
39. Грызлова, Л.В. Физическое развитие детей младшего школьного возраста и профилактика нарушения осанки / Л.В. Грызлова, – В мире научных открытий. 2010. № 4. 86- 87с.
40. Гусейнова, А.А. Психолого-педагогическая характеристика школьников с тяжелыми двигательными нарушениями. / А. А. Гусейнова, – Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2004. –31 с.
41. Давыдов, В. Ю. Особенности методики начального обучения детей плаванию в условиях глубокого бассейна / В. Ю. Давыдов, – Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 1996 –42 с.

42. Данилова, Л. А. Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л. А. Данилова. – М. : Владос, 2012. – 540 с.
43. Дубровинская, Н.В. Психофизиология ребенка / Н.В. Дубровинская, – М., Владос, 2000. - 144 с.
44. Ерофеева, Н. И. Возрастная педагогика: учебник / Н. И. Ерофеева, – М.: Народное ситемы образование, 2012. – 374 с.
45. Ипполитова М.В. и др. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М.В. Ипполитова - М., 1980.
46. Исаев, Д.Н. Психическое недоразвитие у детей / Д.Н. Исаев, – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
47. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калижнюк, – М., 1990. – 272 с.
48. Карпенко, Е. Н. Плавание: игровой метод обучения / Е.Н. Карпенко, – М., Олимпия Пресс, 2006.-48с.
49. Каунсилмен, Д. Наука о плавании / Д. Каунсилмен, – М.: Физкультура и спорт, 1972. – 431с.
50. Козлов, С. Д. Психологическая диагностика уровней семьи развития детей: учебник / С. Д. Козлов, – М.: МПИУ, 2014. – 465 с
51. Кондратьева, С.В. Практическая психология: учебно-методическое пособие системы / С.В. Кондратьева, – Минск: «Университетское», 2011. – 212 с.
52. Крупнов, В. А. Обучение плаванию с использованием технических средств : метод. рекомендации / В. А. Крупнов. – Пенза, 1985. – 23с.
53. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство, 2003. 7с.

54. Маллер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: Практическое пособие / А.Р. Маллер, – М.: АРКТИ, 2000. – 124с.
55. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук, – СПб., Речь, 2004. – 400 с.
56. Петрунина, С. В. Адаптивные технологии в реабилитации: Методические рекомендации / С.В. Петрунина, - Пенза,2005 - 58 с.
57. Петрунина С. В. Психосоциальная адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья посредством индивидуальных занятий и оздоровительного плавания: учебно-методическое пособие / С.В. Петрунина, – Пенза, 2007. –54 с.
58. Ростомашвили, Л. Н. Адаптивная физическая культура в работе с лицами со сложными (комплексными) нарушениями развития / Л. Н. Ростомашвили, –Москва: Советский спорт, 2015. – 164с.
59. Семенова К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных с детским церебральным параличом. - Ташкент, 1979
60. Семенова, К.А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение): В сб. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича / К.А. Семенова, – Поппури, 2002 – 156 с.
61. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2000– 152 с.
62. Хольц, Р. Помощь детям с церебральным параличом. / Р. Хольц, – М.: Теревинф, 2007. – 336 с.
63. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2004. – 464 с.
- 64 Цукер, М.Б. Детские церебральные параличи, в кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8, М.: Новая наука, 2015, 233 с.

65. Шапкина, Л. В. Средства адаптивной физической культуры : метод. рек. / Л. В. Шапкина. – М. : Академия, 2001. – 152 с.
66. Шпак, С. Л. Индивидуальное обучение плаванию детей с последствиями детского церебрального паралича / С.Л. Шпак, – СПб.: 2006- 125с.
67. Щанкин, А. А. Особенности высшей нервной деятельности и психическое здоровье детей : учеб. пособие / А. А. Щанкин. – М. : МИГ, 2015. – 95 с.
68. Эриксон Э. Детство и общество / Э.Эриксон. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Речь, 2000. – 416 с.
69. Яковлева, М. Ю. Детский церебральный паралич / М. Ю. Яковлева // Междунар. неврологический журнал. – 2012. – № 5. – С. 10–15.
70. Федеральный государственный стандарт спортивной подготовки по виду спорта «Плавание». – Москва: Минспорт, 2013. – 34 с.