



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**Содержание коррекционной работы по развитию двигательной
активности у детей дошкольного возраста с ДЦП**

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы бакалавриата
«Дошкольная дефектология»
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:
66,95% авторского текста

Работа рекомендована к защите
« 3 » сентябрь 2024 г.
И.о. директора института
А.П. Сибиркина Сибиркина А.Р.

Выполнила:
Студентка группы ЗФ-409-102-3-1
Волкова Наталья Сергеевна

Научный руководитель:
к.п.н, доцент кафедры СПиПМ
Васильева Виктория Сергеевна

Челябинск
2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	5
1.1 Понятие «двигательная активность» в современной литературе.....	5
1.2 Развитие двигательной активности в дошкольном возрасте.....	10
Выводы по 1 главе.....	15
ГЛАВА 2 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	17
2.1 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с детским церебральным параличом.....	17
2.2 Своеобразие двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом	25
Выводы по 2 главе.....	30
ГЛАВА 3 ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	32
3.1 Методика изучения двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.....	32
3.2 Состояние двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.....	35
3.3 Коррекционная работа по развитию двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.....	37
Выводы по 3 главе.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	49

ВВЕДЕНИЕ

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность, затрудняющие развитие самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания, ставят больного ребенка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружения взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает становление мотивационной сферы. Кроме того, при ДЦП имеют место нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, связанные с ранним органическим поражением головного мозга.

Детский церебральный паралич тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в различных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте.

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

Современная статистика насчитывает около 4000 детей, страдающих детским церебральным параличом. У детей с ДЦП на всех возрастных этапах отмечается снижение двигательной активности, наименее развиты у детей координационные способности, ловкость, сила, согласованность движений, поэтому для них крайне важны физические упражнения, формирующие основные двигательные умения и навыки. Физические упражнения позволяют расширить двигательный опыт и приобрести навыки группового и командного взаимодействия. Также способствует развитию мотивационной и психической сферы, успешной социальной интеграции.

По мнению В. А. Ивановой, времени выделяемого государственными образовательными стандартами на занятия адаптивного физического

воспитания не хватает, чтобы обеспечить достаточную физическую подготовленность детей, необходимый уровень их здоровья, коррекцию и компенсацию основного дефекта. В связи с этим данная работа актуальна, так как необходим поиск дополнительных средств, которые будут способствовать развитию двигательной активности детей с ДЦП.

Исходя из вышесказанного, тема нашего исследования «Содержание коррекционной работы по развитию двигательной активности у детей дошкольного возраста с ДЦП».

Цель исследования: теоретически изучить литературные источники по проблеме исследования и практически доказать возможность развития двигательной активности у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Объект исследования: коррекционная работа по развитию двигательной активности у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Предмет исследования: особенности двигательной активности у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Задачи в соответствии с целью исследования:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования.
2. Изучить особенности двигательной активности у дошкольников с ДЦП.
3. Отобрать комплекс физических упражнений для коррекции нарушений двигательной активности у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Методы исследования: анализ психолого-педагогической и специальной литературы, диагностические мероприятия по обследованию и выявлению проблем двигательной активности у дошкольников с ДЦП, обработка и интерпретация результатов.

Базой для проведения исследования служила МБДОУ «ДС № 301 г. Челябинска». В нем приняло участие 5 детей в возрасте 6 лет.

Структура работы: работа состоит из введения, трёх глав, выводов по главам, заключения, списка использованных источников и приложения.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1 Понятие «двигательная активность» в современной литературе

Двигательная деятельность – это основа индивидуального развития и жизнеобеспечения организма ребенка (Д.В.Хухлаева).

Она подчинена основному закону здоровья: приобретаем, расходуя, сформулированному И. А. Аршавским. Теория индивидуального развития ребенка основана на энергетическом правиле двигательной активности. Согласно этой теории, особенности энергетики на уровне целостного организма и его клеточных элементов находятся в прямой зависимости от характера функционирования скелетных мышц в разные возрастные периоды. Двигательная активность является фактором функциональной индукции воспитательных процессов (анаболизма – генерация клеток и синтез белков и гормонов, благодаря которым происходит рост мышечных волокон).

Особенность последних заключается не просто в восстановлении исходного состояния в связи с имевшей место очередной деятельностью развивающегося организма, а в обязательном избыточном восстановлении, т.е. необходимо постоянно обогащать наследственно predetermined энергетический фонд. Благодаря двигательной активности ребенок обеспечивает себе физиологически полноценное индивидуальное развитие (Л.П. Матвеева).

Двигательная деятельность состоит из движений. Формирование двигательного навыка проходит три стадии. Эти физиологические закономерности представлены в такой последовательности: первая стадия – иррадиация – распространение процесса возбуждения или торможения в ЦНС; вторая – специализация и третья – стабилизация условно-рефлекторного акта.

Первая стадия формирования двигательного навыка – короткая по времени. Она направлена на создание первоначального умения. Для нее характерно широкое иррадиирование процесса возбуждения и недостаточное внутреннее торможение при ознакомлении ребенка с новым движением. Знакомясь с ним, ребенок испытывает неуверенность, у него появляются лишние движения, неточность их воспроизведения в пространстве и во времени, напряженность мускулатуры.

Вторая стадия – более продолжительна по времени. Она характеризуется многократной повторяемостью движения, в результате чего правильность разучиваемого движения постепенно улучшается. Происходит уточнение отдельных двигательных рефлексов и всей системы в целом. Она способствует развитию внутренних дифференцированных торможений, ограничивающих распространение процессов возбуждения. На этой стадии ребенок проявляет большую осознанность задач и своих собственных действий.

Образование двигательных навыков на этой стадии происходит волнообразно. Ребенок то легко, свободно выполняет двигательное действие, то, по прошествии времени, как будто впервые выполняет его. Постепенно происходит уточнение и совершенствование двигательных умений. Вырабатывается условно – рефлекторная реакция, выработанная путём многократных повторений – динамический стереотип.

Третья стадия – стабилизация навыка, уточнение динамического стереотипа. Ребенок овладевает навыком. Его движения становятся экономичными, свободными, точными и раскованными. Ребенок осознает двигательную задачу, творчески использует движение в игровой и жизненной ситуации. Он варьирует движение, переносит его в новые ситуации. Сформированный навык может служить предпосылкой для переноса его в похожее движение, является предпосылкой для освоения нового, более сложного навыками. Такой перенос определяется как положительный.

В отдельных случаях возможен отрицательный перенос (или интерференция навыков, т.е. их взаимовлияние), не способствующий овладению двигательным действием. Причинами интерференции навыков может быть прочность ранее образовавшихся временных связей и сохранение в новых действиях некоторых общих компонентов старых, мешающих различению своеобразия каждого из них.

На процесс овладения сложными двигательными актами могут оказать влияние врожденные автоматизмы. Так, врожденная перекрестная координация составляет основу лазания, ходьбы, бега. (Степанкова Э.Я.).

Двигательная активность – кинетический фактор, который во многом определяет развитие организма и нервной системы наряду с генетическим фактором и влиянием сенсорной информации. Полноценное физическое развитие, формирование правильной осанки, двигательных качеств, оптимального двигательного стереотипа через развивающее движение неразрывно связано с последовательной организацией нервной системы, ее чувствительных и двигательных центров, анализаторов (Бернштейн Н.А.).

Под двигательной активностью понимается суммарное количество двигательных действий, выполняемых человеком в процессе повседневной жизни. В теории и методике физического воспитания выделяют регламентированную, частично регламентированную и нерегламентированную двигательную активность. Регламентированная двигательная активность представляет собой суммарный объем специально избираемых и направленно воздействующих на организм дошкольников физических упражнений и двигательных действий. Частично-регламентированная двигательная активность – это объем двигательных действий, возникающих по ходу решения двигательных задач. Нерегламентированная двигательная активность включает объем спонтанно выполняемых двигательных действий (например, в быту) (Снигур М.Е.).

Старший дошкольный возраст является наиболее важным периодом

для формирования двигательной активности. Дети 5-7 лет обладают богатым творческим воображением и стремятся удовлетворить свою биологическую потребность в движениях. Это позволяет им овладеть сложным программным материалом по развитию движений (Рунова М.).

Многочисленные исследования показывают, что уровень развития двигательных качеств детей в настоящее время находится на невысоком уровне, который не может быть удовлетворен современным требованиям, предъявляемым к физическому воспитанию в дошкольном учреждении. В связи с этим, сегодня остается актуальной проблема развития двигательной активности.

Правильное решение этой проблемы заключается не только в проведении занятий по физической культуре, но и в активном использовании физических упражнений.

Целесообразно осуществлять непрерывное развитие тех или иных двигательных качеств у детей в те возрастные периоды, когда наблюдается их наиболее интенсивный рост. Также, не нужно забывать о том, что нереализованные в определенном возрасте двигательные возможности организма в дальнейшем трудно поддаются значительным изменениям [9].

К моменту поступления в школу у детей должны быть сформированы основные двигательные навыки в беге, ходьбе, прыжках, лазании, метании, некоторых видах спортивных упражнений и игр. Недостаточное развитие одного из двигательных качеств ребенка снижает его способность к усвоению новых двигательных действий, а также его двигательную активность. В связи с этим возникает необходимость обучения основным видам движений и развития двигательных качеств и способностей детей не только на занятиях по физической культуре, но и в остальное время.

Обучение детей двигательным навыкам в ходьбе, беге, тесно связаны с развитием у них быстроты, силы, выносливости, так как при выполнении любого упражнения в той или иной мере проявляются все основные

двигательные качества [7].

У старших дошкольников можно выделить такие отличительные черты, как познавательная активность, интерес ко всему новому, высокая эмоциональность. Поэтому во время двигательных упражнений должна быть четкая дисциплина, основанная на точном соблюдении заданий, команд, указаний воспитателя. Но в то же время детям нужно представлять определенную свободу и самостоятельность действий, стимулирующих их инициативу и творчество.

Еще одной существенной положительной чертой двигательной деятельности является повышение эмоционального тонуса. Во время занятий по физическому воспитанию у детей поднимается настроение, появляется чувство радости, удовольствия. Двигательные упражнения при правильном психолого-педагогическом подходе являются мощным оптимизирующим фактором, а также средством всестороннего гармоничного развития ребенка [14].

Поэтому необходимо уже в данном возрасте уделять огромное внимание развитию двигательных качеств у детей. Всесторонняя физическая подготовка дошкольника должна предполагать достижение оптимального уровня и гармоничного развития силы, быстроты, выносливости, ловкости.

Итак, движение есть естественная потребность организма человека. Оно формирует структуру и функции человеческого организма, стимулирует обмен веществ и энергии в организме, улучшает деятельность сердца и дыхания, а также функции некоторых других органов, играющих важную роль в приспособлении человека к постоянно изменяющимся условиям внешней среды. Большая подвижность детей и подростков оказывает благоприятное воздействие на их головной мозг, способствуя развитию умственной деятельности. Двигательная активность, регулярные занятия физической культурой и спортом обязательное условие здорового образа жизни. Именно поэтому эта тема является актуальной и на

сегодняшний день.

1.2 Развитие двигательной активности в дошкольном возрасте

В настоящее время человек в повседневной и трудовой деятельности использует все менее свои двигательные возможности и способности. Доля мышечных усилий в энергетическом балансе человечества сократилась за сто лет с 94 до 1% в настоящее время. Влиянию гипокинезии (комплекс расстройств, включающий снижение двигательной активности и замедленность движений) подвержены и дети дошкольного возраста. Кроме комфортных условий цивилизации, на них влияет еще и интенсификация учебного процесса в детском саду, сложившийся образ жизни в семье и другие факторы. Решение проблем рационального двигательного режима в детских садах становится важным гигиеническо-медицинским и одновременно социально-экономическим вопросом. Особое значение данное положение приобретает в воспитании детей старшего дошкольного возраста в связи с увеличением удельного веса умственной нагрузки в режиме дня старшей и подготовительной групп детского сада.

Необходимым условием рекреации детей после напряженной умственной нагрузки на занятиях является рационально организованная двигательная деятельность. Амплитуда колебаний двигательной деятельности в каждом возрастном периоде обуславливается многочисленными социальными, природными, климато-метеорологическими и биологическими факторами. Кроме того, подвижность детей индивидуально различна. Большое влияние на них оказывают условия жизни и воспитания.

Социальные факторы могут подавлять естественную биологическую потребность в движениях, вызывая состояние моторного голодания, вредного для организма. Неблагоприятное влияние недостатка двигательной деятельности может особенно остро проявиться в период

роста и созревания детского организма. Последствия дефицита двигательной деятельности у детей дошкольного возраста могут иметь длительный латентный период и проявиться только в зрелом возрасте, оказывая отрицательное влияние на работоспособность и состояние здоровья взрослого. Это может быть незаметно для родителей, педагогов и самого ребенка. Продолжающийся недостаток двигательной деятельности может постепенно вызвать серьезные отклонения в жизнедеятельности организма. Существует мнение, что увеличение заболеваний сердечно - сосудистой системы в известной степени связано с гиподинамией, встречающейся у большей части современных людей.

Двигательная деятельность детей в значительной степени зависит от режима детского сада, обучения и воспитания детей. Широкое использование комплекса физических упражнений способствует удовлетворению потребности детей в движении, укреплению их здоровья и повышению работоспособности.

В. А. Шишкина [19] в своих работах выделила: гигиенические факторы, естественные силы природы, физические упражнения. Кроме того, на физическое воспитание детей влияют движения, входящие в различные виды деятельности (труд, лепка, рисование, конструирование, игра на музыкальных инструментах, процессы одевания, умывания и др.).

Каждая из трех перечисленных групп, как отмечает В. А. Шишкина [19], обладает специфическими возможностями воздействия на организм занимающихся, объединяет по этому признаку определенное количество типичных средств. Разнообразие средств создает, с одной стороны, большие затруднения при выборе наиболее эффективного из них, а с другой стороны – широкие возможности при решении любых педагогических задач.

По мнению В. А. Шишкиной, все многообразие факторов может быть сгруппировано следующим образом [19]:

Личностные характеристики педагога и детей являются важнейшими

факторами.

Научные факторы характеризуют меру познания человеком закономерностей физического воспитания. Чем глубже разработаны педагогические, физиологические особенности физических упражнений, тем эффективнее их можно использовать для решения педагогических задач.

Методические факторы объединяют обширную группу требований, подлежащих реализации при использовании физических упражнений.

Метеорологические факторы (температура воздуха, влажность и пр.) составляют ту группу факторов, познав закономерности, воздействия которых можно определить оптимальные условия для достижения наибольшего эффекта от физических упражнений.

Материальные факторы (спортивные сооружения, инвентарь, одежда и пр.) в большей мере влияют на решение спортивных задач, в меньшей мере – общеобразовательных и оздоровительных.

Психогигиенические факторы включают общий режим занятий, труда, сна и отдыха, питание, гигиену одежды, обуви, физкультурного оборудования, инвентаря и т.д. Они повышают эффективность воздействия физических упражнений на организм детей. Например, занятия физическими упражнениями лучше содействуют развитию костной и мышечной системы при условии правильного и полноценного питания, которое, в свою очередь, положительно влияет на деятельность желудочно-кишечного тракта, и обеспечивает своевременную доставку другим органам и системам питательных веществ; нормальный сон обеспечивает отдых и повышает работоспособность нервной системы ребенка; правильное освещение предупреждает возникновение заболеваний глаз (близорукость и др.) и создает более благоприятные условия для ориентировки ребенка в пространстве.

Выполнение требований личной и общественной гигиены вызывает у детей положительные эмоции и создает наиболее благоприятные условия

для освоения физических упражнений.

К эколого-природным факторам относится среда обитания человека (солнце, воздух, земля и вода) как источник его здоровья, физического и двигательного развития, которые усиливают положительное влияние физических упражнений на организм, повышают работоспособность органов и систем и могут щедро одарить ребенка здоровьем, если научить его с благодарностью принимать этот дар:

- больше времени проводить в естественной среде, т.е. на воздухе;
- чаще соприкасаться с природой – ступать босыми ногами на землю, подставлять под лучи жаркого солнца и свежего ветра свое тело, использовать любую возможность побродить по воде;
- знать и выполнять специальные упражнения, развивающие зрение, слух, обоняние и осязание;
- больше двигаться, используя все разнообразие движений в естественной природной среде.

Однако нельзя забывать и об экологии. Поэтому, прежде чем организовывать, какое-либо физкультурно-оздоровительное мероприятие, следует убедиться, что с точки зрения экологии все в порядке.

Физические упражнения – специально разработанные движения для рук, ног, туловища, шеи и других частей тела, которые могут выполняться с разным мышечным напряжением, разной скоростью, амплитудой, в разном ритме и темпе. Они развивают двигательные, психические качества ребенка, подготавливают его к овладению сложными действиями, развивают силу мышц, быстроту мышечных сокращений, подвижность суставов, формируют правильную осанку.

Физические упражнения имеют ряд особенностей: они точно дозируются, могут применяться в разнообразных вариантах и комбинациях. Это обеспечивает избирательный характер воздействия на отдельные группы мышц и на определенные системы организма. Они играют важную роль в развитии и оздоровлении всего организма,

содействуют развитию и укреплению крупных мышечных групп – плечевого пояса, туловища, ног, подвижности суставов, нормализации процесса напряжения и расслабления мышц.

Задачей этих упражнений является формирование правильной осанки, укрепление всего опорно-двигательного аппарата и улучшение кровообращения, дыхания, обменных процессов, деятельности нервной системы.

Физические упражнения активизируют работу высших моторных центров, управляющих движениями; содействуют проявлению физических качеств – быстроты, ловкости, относительной силы, выносливости, гибкости; вызывают положительно-эмоциональное состояние.

Двигательная деятельность оказывает влияние и на формирование психофизиологического статуса ребенка. Существует прямая зависимость между уровнем физической подготовленности и психическим развитием ребенка. Дети, имеющие большой объем двигательной активности в режиме дня характеризуются средним и высоким уровнем физического развития, адекватными показателями состояния ЦНС, экономичной работой сердечнососудистой и дыхательной систем, повышенной иммунной устойчивостью, низкой заболеваемостью простудными заболеваниями.

Итак, в старшем дошкольном возрасте на фоне общего физического развития улучшается подвижность, уравновешенность, устойчивость нервных процессов, накапливается резерв здоровья: снижается частота заболеваний, они протекают сравнительно легко, чаще всего без осложнений. Амплитуда колебаний двигательной деятельности в каждом возрастном периоде обуславливается многочисленными социальными, природными, климато-метеорологическими и биологическими факторами (воздействие организмов друг на друга) . Кроме того, подвижность детей индивидуально различна. Большое влияние на них оказывают условия жизни и воспитания. Двигательная деятельность детей в значительной

степени зависит от режима детского сада, обучения и воспитания детей.

Выводы по 1 главе

В настоящее время внимание педагогов, психологов, физиологов привлечено к дошкольному возрасту, поскольку практический опыт и многочисленные научные исследования свидетельствуют о существовании в данном периоде онтогенеза человека больших, зачастую неиспользуемых психофизиологических резервов развития ребенка.

Для развития двигательной деятельности детей дошкольного возраста используются различные средства, знание средств физического воспитания и их характеристик позволяет педагогу в соответствии с поставленными педагогическими задачами использовать все виды средств, отбирать наиболее эффективные физические упражнения, разрабатывать новые комплексы. Для современной системы физического воспитания характерна комплексность в применении средств. Основным средством являются физические упражнения, вспомогательными – естественные силы природы и гигиенические факторы.

Двигательная деятельность – это основа индивидуального развития и жизнеобеспечения организма ребенка [16]. Она подчинена основному закону здоровья: приобретаем, расходуя, сформулированному И. А. Аршавским. Теория индивидуального развития ребенка основана на энергетическом правиле двигательной активности. Согласно этой теории, особенности энергетики на уровне целостного организма и его клеточных элементов находятся в прямой зависимости от характера функционирования скелетных мышц в разные возрастные периоды. Двигательная активность является фактором функциональной индукции воспитательных процессов (анаболизма).

Двигательная деятельность – деятельность, характеризующая активность двигательного аппарата ребенка.

В старшем дошкольном возрасте на фоне общего физического

развития улучшается подвижность, уравновешенность, устойчивость нервных процессов, накапливается резерв здоровья: снижается частота заболеваний, они протекают сравнительно легко, чаще всего без осложнений. Амплитуда колебаний двигательной деятельности в каждом возрастном периоде обуславливается многочисленными социальными, природными, климато-метеорологическими и биологическими факторами. Кроме того, подвижность детей индивидуально различна. Большое влияние на них оказывают условия жизни и воспитания. Двигательная деятельность детей в волейболе особенно важно обеспечить сознательное их усвоение. Понимание детьми смысла движений ускоряет процесс формирования двигательных навыков, а также, что особенно важно, способствует умению в последующих играх самостоятельно значительной степени зависит от режима детского сада, обучения и воспитания детей.

При обучении упражнениям с элементами подбирать эффективные действия и целесообразно их применять. Сознательное отношение к действиям с мячом возникает у детей только при условии, если воспитатель разъясняет их значение в различных ситуациях применения, объясняет, почему именно так они должны выполняться. Ребенок должен знать, почему в той или иной игровой обстановке более целесообразно применять те или иные действия, выполнять их определенным способом.

ГЛАВА 2 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с детским церебральным параличом

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Мышечный тонус условно называют рефлексом на проприоцепцию, ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса – спастичность. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложненных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется центральным параличом, а ограничение объема движений – центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

3. Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища.

Тремор - дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальценосовая проба по выявлению тремора).

4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.

5. Нарушение ощущений движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему

информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. При всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений.

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Синкинезии – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

8. Наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются нерезко в первые

месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка так называемых установочных рефлексов. При нормальном ходе развития к 3 месяцам жизни позотонические рефлексы уже не проявляются.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций. У детей с церебральным параличом проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. Развитие моторики при ДЦП чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет и более, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5-8-месячного здорового младенца.

Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер.

Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений

играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

- затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;

- нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены.

Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на

ранних этапах его развития, причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических проявлений - замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других - в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 80%.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

2.2 Своеобразие двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом

Основной задачей физического воспитания при ДЦП является укрепление общего здоровья ребенка. Наибольшее значение в этом имеет соблюдение режима, нормализация жизненно важных функций организма

– питания и сна, закаливание, способствующее повышению устойчивое к простудным заболеваниям и нормализации в работе различных органов и систем организма. Очень важно соблюдать общий двигательный режим. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 мин оставаться в одной и той же позе. Для каждого ребенка индивидуально подбираются наиболее адекватные позы для кормления, одевания, купания, игры. Эти позы меняются по мере развития двигательных возможностей ребенка.

Особое значение имеет ранняя, с первых дней жизни, стимуляция развития основных двигательных навыков. Чем раньше будет начата работа, тем значительно будут исправлены имеющиеся двигательные нарушения. Развитие движений представляет большие сложности при ДЦП, особенно в раннем и младшем дошкольном возрасте, когда ребенок еще не осознает своего дефекта и не стремится к его активному преодолению.

Целью физического воспитания является развитие двигательных функций ребенка и коррекция их нарушений. Физическое воспитание детей с ДЦП имеет свою специфику. Цели и задачи такие же, как и для здоровых детей, а методы и приемы имеют свою специфику.

Большое значение в физическом воспитании детей с ДЦП имеют упражнения, направленные на развитие специфических манипуляций, специальные упражнения по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы. Кроме лечебной гимнастики, для подготовки ребенка к самостоятельному передвижению широко используются различные виды массажа.

Это связано с тем, что при ДЦП у детей наблюдаются патологические изменения мышечного тонуса, из-за чего многие статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Для каждого ребенка подбирается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры и массажа в

зависимости от формы заболевания и возраста.

При лечебно-педагогической работе необходимо учитывать функциональные этапы становления моторики кисти и пальцев рук: развитие опорной функции на раскрытые кисти, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук тесно связано с формированием общей моторики. На всех этапах жизни ребенка движения рук играют важную роль в становлении реакций выпрямления и равновесия. Руки принимают участие в поддержании позы на животе, а также в изменении позы (в поворотах со спины на живот и наоборот, в возможности садиться, вставать). Способность к захвату предметов, манипуляциям и предметным действиям оказывает влияние на правильное восприятие окружающего мира и развитие познавательной деятельности. Тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук. Таким образом, тренировка функциональных возможностей кистей и пальцев рук улучшает не только общую моторику ребенка, но и развитие психики и речи. В свою очередь, формирование движений кисти тесно связано с созреванием двигательного анализатора, развитием зрительного восприятия, различных видов чувствительности, гнозиса, праксиса, пространственной ориентации, координации движений.

Функцию хватания начинают тренировать с периода новорожденности. Сначала ребенку вкладывают в руку игрушки, помогают поднести их ко рту. Предметы, вкладываемые в руку ребенка, должны быть различными по форме, величине, фактуре. Это приучает узнавать их на ощупь. Нужно следить за тем, чтобы ребенок схватывал предмет не мизинцем и безымянным пальцем, а большим, указательным и средним пальцами. При ДЦП затруднен не только захват предмета, но и

его высвобождение (отпускание). Разжимание кисти облегчается потряхиванием ее в сторону мизинца, поворотом руки ладонью вверх, а также проведением рукой по шероховатой поверхности, песку. Далее ребенка обучают перекладыванию предмета из одной руки в другую. Для стимуляции изолированных движений указательного пальца используют следующие упражнения: надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук предметы, выключатели, клавиши фортепиано, пластилин; рисование фигур на песке, вращение диска телефона, нанесение отпечатков пальца на бумагу. Для тренировки противопоставления и отведения – приведения большого пальца используют следующие упражнения: сдавливание мягких звучащих игрушек указательным и большим пальцами, раздвигание ножниц или надетой на два пальца мягкой резинки, рукопожатие, игры с куклами, надевающимися на пальцы.

Задачей лечебной гимнастики является торможение патологической тонической рефлекторной активности, нормализация на этой основе мышечного тонуса и облегчение произвольных движений, тренировка последовательного развития возрастных двигательных навыков.

В комплекс лечебной гимнастики необходимо включать пассивные движения, направленные на тренировку отдельных элементов целостного двигательного акта. Пассивные движения показаны детям раннего возраста, у которых произвольная двигательная активность еще недостаточно развита, а также детям дошкольного возраста с ограниченным объемом движений вследствие выраженного нарушения мышечного тонуса, контрактур. Пассивная гимнастика способствует выработке кинестетических и зрительных ощущений схемы движения, тормозит содружественные реакции, предупреждает развитие контрактур и деформаций, стимулирует выработку изолированных движений. Пассивные упражнения следует повторять многократно, фиксируя внимание ребенка на их выполнении. Как только ребенок способен совершить хотя бы часть движения, переходят к пассивно-активной

гимнастике.

Как можно раньше нужно добиваться включения ребенка в активное поддержание позы и выполнение произвольных движений. Нужно подключить к коррекционной работе один из наиболее мощных механизмов компенсации – мотивацию к деятельности, заинтересованность, личную активность ребенка в овладении моторикой. При этом следует избегать чрезмерных усилий ребенка, что приводит обычно к нарастанию мышечного тонуса. Особое внимание в занятиях ЛФК уделяется тем двигательным навыкам, которые больше всего необходимы в жизни, и прежде всего - обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность и самообслуживание. Тренируемые навыки и умения целесообразно постоянно адаптировать к повседневной жизни ребенка. Для этого во время занятий и особенно дома нужно отрабатывать «функциональные ситуации»-раздевание, одевание, умывание, кормление.

При стимуляции двигательных функций надо обязательно учитывать возраст ребенка, уровень его интеллектуального развития, его интересы, особенности поведения. Большинство упражнений лучше всего предлагать в виде увлекательных для ребенка игр, побуждая его к подсознательному выполнению желаемых активных движений. При развитии двигательных функций важное значение имеет использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (проведение упражнений перед зеркалом), тактильных (применение различных приемов массажа; ходьба босиком по песку и камешкам; щеточный массаж), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами), температурных (локальное использование льда, упражнения в воде с изменением ее температуры). При выполнении движений широко используются также звуковые и речевые стимулы. Многие упражнения, особенно при наличии насильственных движений, полезно проводить под музыку.

Вспомогательными средствами, повышающими эффективность избирательного воздействия в решении задач лечебной физкультуры, являются укладки и фиксации, как средства лечения положением. Укладки и фиксации (положения) имеют большое значение для формирования нормальной схемы тела и движений. При любой укладке на определенный срок, систематически повторяемый, становятся все более привычными и приданная поза, и движения, тренируемые в этой позе.

Таким образом, нормализуются обратная связь и ее воздействие на центральные механизмы. Сохранение в течение определенного времени данной позы является эффективным средством профилактики или коррекции порочных положений. При ДЦП применяются не только укладки, как позы всего тела, но и фиксации частей тела тугорами в положении лежа, а также фиксация больного при различных способах сидения и стояния. Все разновидности укладок и фиксаций частей тела используются как исходные положения при выполнении больными физических упражнений, а также для отдыха и фиксации достигнутого.

При выборе поз основной направленностью является обеспечение условий для снятия гипертонуса определенных групп мышц, торможения гиперкинезов, выключения действия патологических синергии и содружественных движений, обуславливающих сохранность порочных поз и движений.

Выводы по 2 главе

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по

городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же, как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических функций.

ГЛАВА 3 ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

3.1 Методика изучения двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом

Проанализировав теоретические основы, мы приступили к экспериментальной работе.

В ходе работы принимали участие дети старшей группы в количестве - 5 человек.

В ходе экспериментальной работы с детьми соблюдались некоторые условия для получения достоверных результатов:

- установление эмоционального контакта и взаимопонимания между исследователем и ребёнком. Для налаживания такого контакта, обследование проводилось в знакомой ребёнку обстановке.

- создавались условия, при которых ребенок не испытывал отрицательных эмоций (страх, неуверенность) от общения с малознакомым человеком.

- учитывалось, что отсутствие интереса и мотивации к заданию может свести все усилия экспериментатора на «нет».

Во время обследования экспериментатор вел протокол и фиксировал: предлагаемые задания и уровень их выполнения; оказываемую ребёнку помощь.

С целью выявления уровня развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста, была проведена диагностика.

В основу диагностики был предложен тест «Основные двигательные навыки». Разработал тест Петер Лаутеслагер для измерения уровня двигательного развития ребенка с ДЦП.

Используемый тест разделен на 7 групп показателей, в зависимости от того, какие мышцы задействованы в формировании и сложности

выполнения движения.

Каждый из разделов теста разбит на стадии и уровни развития навыка, то есть в рамках каждого навыка выведена последовательность двигательных изменений, четко отражающая возрастающий уровень постурального контроля.

Каждая группа состоит из двигательных действий, которые показывают сформированность различных навыков. Двигательные действия ранжируются от простого к сложному, и оцениваются в баллах от 0 до 3.

Таблица 1– Характеристика уровня развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДПЦ

Диагностическое задание	Критерии оценки
1. Показатели наличия тонических рефлексов	Высокий уровень – 3 балла. В положении лежа на животе ребенок лежит, разогнув руки и ноги, может манипулировать предметами, находящимися перед ним. Средний уровень – 2 балла. В положении лежа на спине ребенок поворачивает голову в сторону, при этом захватывает игрушку, находящуюся сбоку от него, подносит к себе. Низкий уровень – 1 балл. В положении лежа на спине поднятие и опускание головы, верхние и нижние конечности лежат вдоль туловища прямые.
2. Двигательные навыки нижних конечностей	Высокий уровень – 3 балла. В положении стоя у опоры перекаты стоп с пятки на носок Средний уровень – 2 балла. В положении лежа на животе поднимает поочередно ноги, согнутые в коленных суставах Низкий уровень – 1 балл. Движения производит с поддержкой взрослого. В положении лежа на спине поднимает согнутые в коленном суставе ноги вместе, обнимает руками в области коленного сустава

Продолжение таблицы 1

<p>3. Ползание</p>	<p>Высокий уровень – 3 балла. Ходьба на коленях с опорой прямых рук кистями на пол с поочередной сменой рук и ног Средний уровень – 2 балла. Из положения лежа на животе с опорой прямых рук на кисти, подъем таза вверх и назад и сгибание ног в коленных суставах (угол сгиба коленных суставов 90 градусов) Низкий уровень – 1 балл. Сгибание/разгибание рук в локтевых суставах в положении лежа на животе с продвижением вперед (например, на гимнастической скамье).</p>
<p>4. Двигательные навыки верхних конечностей.</p>	<p>Высокий уровень – 3 балла. Захватывает мелкие предметы (монеты, бусины), удерживает их, перемещает, отпускает. Средний уровень – 2 балла. Бросает (катает), ловит мяч. Соединяет кисти рук, ладони вместе, скрещивая пальцы Низкий уровень – 1 балл. Пальцы рук согнуть в кулак и разогнуть. Поднимает, опускает прямые руки</p>
<p>5. Положение сидя</p>	<p>Высокий уровень – 3 балла. Положение сидя на табурете без спинки, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу. Средний уровень – 2 балла. В положении сидя на стуле со спинкой за столом, производит манипуляции с предметами, расположенными на столе Низкий уровень – 1 балл. Положение сидя на стуле со спинкой и подлокотниками за столом, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу</p>
<p>6. Ходьба.</p>	<p>Высокий уровень – 3 балла. Положение стоя на стопах без опоры Средний уровень – 2 балла. Ходьба с опорой рук на фитбол, канаты. Низкий уровень – 1 балл. Положение стоя на стопах у опоры (руки держатся за устойчивую опору - лестницу, брусья).</p>

Продолжение таблицы 1

7. Передвижение в пространстве.	<p>Высокий уровень – 3 балла. Подъем и спуск по лестнице, держась одной рукой за поручень, 10 ступеней</p> <p>Средний уровень – 2 балла. Подъем и спуск с платформы (вперед/назад, вправо/влево), высота 15-20 см</p> <p>Низкий уровень – 1 балл. Лазанье по вертикальной гимнастической лестнице.</p>
---------------------------------	---

При анализе результатов исследования все дети были разделены на 3 группы по уровню развития двигательной активности:

- высокий уровень – 15 - 21 баллов;
- средний уровень – 8 - 14 балла;
- низкий уровень – 0 - 7 балла.

Таким образом, с помощью диагностики можно выявить уровень развития двигательной активности детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

3.2 Состояние двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом

После проведения диагностики, мы приступили к подсчету полученных результатов, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты диагностики развития двигательной активности детей старшего дошкольного возраста с ДЦП

Имя ребенка	Вид задания							Средний балл, уровень
	1	2	3	4	5	6	7	
Ребенок 1	1	1	1	1	1	1	1	7 (низкий)
Ребенок 2	1	1	1	1	1	1	1	7 (низкий)
Ребенок 3	1	1	1	1	1	1	1	7 (низкий)
Ребенок 4	2	2	1	2	2	2	2	13 (средний)
Ребенок 5	1	1	1	1	1	1	1	7 (низкий)

Таким образом, по итогам диагностики мы выявили, что с низким уровнем развития четыре ребенка.

Выполняя задания, дети данной группы с помощью взрослого в положении лежа поднимали и опускали голову, верхние и нижние конечности лежали вдоль туловища, прямые.

Следующее задание осуществлялось с поддержкой взрослого. Дети находились на спине в положении лежа и поднимали согнутые в коленном суставе ноги вместе, обнимая руками в области коленного сустава.

Дети сгибали и разгибали руки в локтевых суставах в положении лежа на животе с продвижением вперед, используя при этом гимнастическую скамью.

Выполняя четвертое задание, дети сгибали пальцы рук в кулак и разгибали обратно. Также им удавалось поднимать и опускать прямые руки.

Выполняя следующее задание, дети принимали положение сидя на стуле со спинкой и подлокотниками за столом, ноги согнуты в коленных суставах (угол сгиба 90 градусов), стопы горизонтально прилегают к полу.

Дети смогли принять положение стоя на стопах у опоры, но руками держались за устойчивую опору – лестницу, брусья. Дети смогли осуществить лазанье по вертикальной гимнастической лестнице.

Со средним уровнем развития выявлен один ребенок.

Ребенок, лежа на спине поворачивал голову в сторону, при этом захватывал игрушку, находящуюся сбоку от него, подносил к себе.

Следующее задание ребенок выполнял находясь в положении лежа на животе поднимал поочередно ноги, согнутые в коленных суставах.

Ребенок, лежа на животе опирался на прямых руках и поднимал таз вверх. Ребенок бросал и ловил мяч, соединяя кисти рук, ладони вместе, скрещивая пальцы.

Ребенок, сидя на стуле со спинкой за столом производил манипуляции с предметами, расположенными на столе. Ходьбу осуществлял с опорой рук на фитбол, канаты. Совершал подъем и спуск с платформы вперед назад.

Детей с высоким уровнем развития двигательной активности не выявлено.

Графические данные результатов диагностики представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Результаты диагностики

Таким образом, исходя из полученных результатов проведенной работы по развитию двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП, можно сделать вывод о том, что в группе преобладает низкий уровень – это говорит о том, что детям необходима помощь взрослого.

Таким образом, на основе исследований нами был разработан комплекс физических упражнений, направленный на повышение уровня развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП посредством физических упражнений.

3.3 Коррекционная работа по развитию двигательной активности у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом

После изучения результатов диагностики нами был разработан

комплекс физических упражнений, направленный на повышения уровня развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП. При организации упражнений нами учитывались индивидуальные особенности детей. Детей пассивных, медлительных больше подбадривали, активизировали.

В таблице 3 представлен комплекс физических упражнений по развитию двигательной активности в старшей группе.

Таблица 3 – Комплекс физических упражнений, направленный развитие двигательной активности детей старшего дошкольного возраста с ДЦП

Название	Содержание
Упражнения на гимнастическом мяче Используются мячи больших и маленьких размеров. Эти упражнения позволяют детям с ДЦП развивать навыки пространственной ориентировки, понимания строения своего тела и балансирования	1. Поставьте ребенка спиной к мячу, усадите по центру. Придерживая руками, покачивайте его, стимулируйте развитие навыков равновесия. Если состояние ребенка позволяет, он может выполнять это упражнение самостоятельно. Сидя на мяче и раскинув руки в стороны, он должен пытаться удерживать равновесие.
	2. Лежа животом на мяче, опираясь руками в пол, ребенок катается взад-вперед, передвигаясь на руках. Если состояние ребенка не позволяет, взрослый придерживает его за бедра и осторожно качает мяч, наблюдая за ответной реакцией
	3. Детям с большой спастикой полезно следующее упражнение: ребенок лежит на мяче, взрослый осторожно покачивает мяч, внимательно наблюдая за реакцией ребенка, чтобы вовремя прервать упражнение
	3. Лежа животом на мяче, опираясь в пол ногами и перебирая ими, выполнять круговые вращения в одну сторону
	4. Сидя верхом на мяче, ребенок качается из стороны в сторону, поочередно опираясь на правую или левую ногу
	5. Лежа на мяче боком, с помощью взрослого, кататься вперед-назад, перебирая рукой по полу
	6. Упражнение выполняется с помощью взрослого: лечь на мяч спиной, выполнять подтягивания корпуса за руки.
7. Встать перед мячом, одну ногу положить на него и выполнять последовательные движения вперед-назад. Упражнение позволяет разрабатывать вестибулярный аппарат.	
Упражнения для стимулирования двигательного аппарата	1. Сесть на пятки. Встаньте перед ребенком, его руки положите на плечи, зафиксируйте ребенка в тазовой области, постепенно стимулируйте вставание на колени

Продолжение таблицы 3

	<p>2. Ребенок должен встать на колени. Поддерживайте его под мышки, начните передвигать в разные стороны, чтобы он учился без чьей-либо помощи переносить массу тела на одну ногу. Другую ногу он должен самостоятельно отрывать от опорной точки и разводить руки в стороны</p>
	<p>3. Ребенок должен сесть на стул. Встаньте к нему лицом. Своими ногами зафиксируйте его ноги к полу, возьмите за руки. Руки тяните вперед и вверх, чтобы он учился вставать без помощи посторонних</p>
	<p>4. Ребенок должен встать так, чтобы одна нога была размещена впереди другой. Поочередно подталкивайте пациента в спину, потом в грудь. Это научит его сохранять равновесие</p>
	<p>5. Ребенок должен встать. Возьмите его за одну руку, начинайте тянуть и толкать в разные стороны, чтобы он сам сделал шаг</p>
	<p>6. лечь на спину. Он должен надавливать стопами на прочную поверхность. Это упражнение развивает опороспособность</p>
<p>Упражнения для развития движений в суставах</p>	<p>1. Ребенок должен лечь на спину. Одну его ногу требуется держать в положении разгиба, вторую начать медленно сгибать в коленном суставе. Если имеется возможность, бедро нужно прислонить к животу, затем отвести его</p>
	<p>2. Ребенок ложится на бок, начинает медленно отводить бедро, при этом колено ноги находится в согнутом состоянии</p>
	<p>3. Ребенок ложится на живот, на край стола, чтобы обе ноги свешивались с него. Необходимо медленно разогнуть конечности</p>
	<p>4. Ребенок лежит на спине, затем начинает сгибать коленку, после чего максимально её разгибает</p>
	<p>5. Больной ложится на живот, под грудную клетку ему нужно положить валик. Необходимо приподнять ребенка за вытянутые руки, произвести пружинящие движения легкими рывками. Это упражнение позволит укрепить верхнюю часть туловища</p>
	<p>6. Ребенок ложится на спину. Его руку необходимо сгибать так, чтобы лицо пациента было повернуто в эту сторону. Затем проводится сгибание руки при положении головы ребенка в другую сторону.</p>
<p>Упражнения для укрепления мышц живота</p>	<p>Ребенок садится на колени к взрослому. Его спинку необходимо прижать к груди взрослого, затем провести наклон вместе с ним. Это требуется, чтобы малыш ощущал уверенность. Далее зафиксируйте ножки и тазобедренную область малыша, чтобы он смог подниматься самостоятельно. Если подъем затруднен, взрослый оказывает ему помощь</p>

Продолжение таблицы 3

	<p>Ребенок ложится на спину, прижимает обе руки к туловищу. С помощью маховых движений он совершает попытку перевернуться на живот и затем обратно. Главное – запрещается помогать руками</p>
	<p>Ребенок ложится на спину, затем начинает делать вдохи и выдохи, втягивая живот на выдохе</p>
<p>Упражнения для растяжки</p>	<p>Ребенок садится на пол и вытягивает перед собой ноги, чтобы тело было расположено под прямым углом. Пациент вытягивает руки перед собой, делает вдох. На выдохе старается согнуть тело, чтобы удалось ладонями достать до пальцев ноги. Можно помочь ребенку и наклонить туловище еще больше, чтобы его лоб также коснулся ног.</p> <p>1. Ребенок ложится на живот, руки должны быть расположены вдоль туловища. Пациент опирается на ладони, затем медленно приподнимает грудную клетку. При этом необходимо следить, чтобы его голова была запрокинута назад, дыхание медленное.</p> <p>2. Принять исходное положение – лечь на спину, ноги соединить вместе. Приподнять выпрямленные ноги над головой, колени запрещается сгибать, руки должны лежать на полу. Постараться дотронуться пальчиками пола над головой.</p> <p>3. Сидя на полу, нужно согнуть правую ногу, чтобы пятка дотрагивалась до левого бедра. Левую стопу необходимо расположить с правой стороны противоположного колена, перевести правую руку вокруг левой коленки, удерживать с ее помощью левую стопу.</p>
<p>Упражнения для расслабления</p>	<p>Для расслабления верхних конечностей требуется лечь на голову, руку и ногу с одной стороны зафиксировать с использованием мешочков с песком. Свободную руку требуется согнуть в колене, предплечье фиксируется инструктором (мамой). Инструктор (мама) удерживает руку пациента до ослабления тонуса мышц, затем потряхивает кисть, чередует пассивные движения (сгибание, вращение, отведение и др.).</p> <p>Для расслабления нижних конечностей требуется лечь на голову, зафиксировать руки, ноги должны касаться живота. Мама удерживает голени, осуществляет движение отведения в тазобедренном суставе. После этого, зафиксировав одну ногу, производит движения по кругу с разгибанием ноги. Затем это же упражнение необходимо осуществить для второй ноги</p>

Продолжение таблицы 3

Упражнения для корректировки дыхания	Осуществляйте вдох на счет, поднимая руки вверх, затем также на счет делайте выдох и опускайте руки. Выдох рекомендуется делать, опустив голову в ванну с водой
Упражнения, направленные на коррекцию дыхания (перед выполнением этих занятий требуется лечь на спину).	Научите произносить звуки (а, о, э и т.д.) с разной громкостью, играйте на губной гармошке, пойте
	Осуществляйте вдох на счет, поднимая руки вверх, затем также на счет делайте выдох и опускайте руки.

Таким образом, нами велась работа по развитию двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП.

Все упражнения проводили в знакомой для детей обстановке. Создавались условия для физических упражнений, в которых бы дети не испытывали отрицательные эмоции, чувствовали себя комфортно.

В Приложении 1 представлены рекомендации для родителей по физическому воспитанию дошкольников дома.

С родителями проработаны все вопросы, проводились беседы как индивидуальные, так и коллективные. Если возникали дополнительные вопросы по физическому развитию мы с удовольствием повышали компетентность родителей в данном вопросе.

Выводы по 3 главе

На этапе экспериментальной работы экспериментальным фактором явилось комплексное использование подвижных игр, основных движений, содействующих активизации биологических механизмов, ответственных за проявление абсолютной силы и скоростно-силовых качеств.

Низкие показатели уровня развития двигательной активности у детей с ДЦП подвели нас к выводу о том, что в дошкольном учреждении, на базе которого проводилось исследование, работа по развития данного качества недостаточно планомерна и систематична. Поэтому нами была спланирована определенная система работы по развитию двигательной активности детей старшего дошкольного возраста с ДЦП посредством

включения в физические упражнения. Так же нами продуманы формы работы с детьми, и родителями.

Таким образом, реализация эксперимента, использование отобранных физических упражнений значительно расширяет двигательный опыт, эффективнее формирование двигательных умений у детей старшего дошкольного возраста, повышает уровень физической подготовленности. Правильный подбор различных по характеру физических упражнений, их рациональное сочетание во многом определил эффективность физкультурно-оздоровительной работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В выпускной квалификационной работе можно сделать вывод о том, что поставленные нами цели во введении, достигнуты.

Достижение целей обеспечено через решение теоретических задач, раскрывающих психолого-педагогическую, методическую литературу по проблеме развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Выдающийся педагог В. А. Сухомлинский подчеркивал, что от здоровья, жизнерадостности детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы. Поэтому крайне важно правильно организовать деятельность детей по развитию двигательных умений, по развитию физических качеств именно в детстве, что позволит организму накопить силы и обеспечит в дальнейшем полноценное физическое развитие.

Эффективность занятий по физической культуре в дошкольном учреждении во многом определяется пониманием их значимости, которая состоит в том, чтобы удовлетворить естественную биологическую потребность ребенка в движении; обеспечить развитие и тренировку всех систем и функций организма ребенка, через социально организованную для данного возраста двигательную активность и физические нагрузки; сформировать навыки в разных видах движений.

Нами была проведена диагностика уровня развития двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП. Низкие показатели уровня развития говорит о том, что с детьми велась недостаточная работа. Мы внедрили и апробировали комплекс физических упражнений для повышения уровня развития двигательной активности. Проводилась работа с родителями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агаджанян Н. А. Нормальная физиология : учебник для вузов. // Н. А. Агаджанян, В. М. Смирнов – Изд.Мед.информ. агентство. – 2007– 512 с.
2. Астрахан Д. Х. Трудности развития детей: виды, характеристика. Коррекционные подходы: учебное пос. – Иркутск, 2021. –135 с.
3. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи : учебное пособие / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В.Тимонина. – Киев, 2018. – 328 с.
4. Беляева Т. С. Коррекционные упражнения, используемые во время физкультурной паузы на занятиях со школьниками, больными ДЦП // Дефектология № 2, 2010. 24-35 с.
5. Бизюк А. П. Основы нейропсихологии : учебное пособие / А. П. Бизюк. – Санкт-Петербург: Речь, 2015 – 292 с.
6. Бортфельд С. А. ЛФК и массаж при ДЦП : методические рекомендации / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева - Л., 1986. - 176 с.
7. Велитченко В. К. Физкультура для ослабленных детей : методическое пособие для дошкольных, общеобразовательных и дополнительных образовательных учреждений / В. К. Велитченко. – Москва : Терра-Спорт, 2020. – 165 с.
8. Возрастная и педагогическая психология:Хрестоматия/Сост. И.В. Дубровина,А.М. Прихожан,В.В. Зацепин.–Москва : Академия,2015. - 368 с.
9. Восстановление и лечение детей с поражениями ЦНС и опорно-двигательного аппарата. Под / ред. И. В. Добряков, Т. Г. Щедрина. Санкт-Петербург : Издат. Дом СПбМАПО, 2014. – 317с.
10. Гамезо М. В. Возрастная и педагогическая психология. // М.В. Гамезо. Е. А. Петрова. Л. М. Орлова. – Москва : Педагогическое общество России. - 2023. - 528 с.
11. Гончарова М. Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата : /. М. Н. Гончарова, А. В. Гринина, И .И. Мирзоева. – Л. «Медицина», 1974. - 245 с.

12. Грец И. А. Теоретические основы физического воспитания детей дошкольного, школьного возраста и студенческой молодежи: Учебное пособие. / И. А. Грец. – Смоленск, 2003. - 65 с.

13. Гросс Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: книга / Н. А. Гросс. – Москва, 2020. – 224 с.

14. Гусейнова А. А. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями / А. А. Гусейнова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – № 1. – 2004. - 51–54 с.

15. Давыдов В. Ю. Влияние физических упражнений различной направленности на организм детей дошкольного возраста / Физическое воспитание дошкольников : Сб. науч. Тр. Обл. науч.-практ. Семинара по физ. Восп. Детей дошк. Учреждений / В. Ю. Давыдов. – Волгоград, 2014.13-28 с.

16. Дегтярев И. П. Физическое развитие: учебное пособие для студентов / И. П. Дегтярев. – Киев, 2017 — 23-48 с.

17. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник / С. П. Евсеева. – Москва : «Издательство Спорт», 2016. 154-155 с.

18. Ефименко Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом : методические рекомендации / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев. – Москва : «Советский спорт», 2017. – 137 с.

19. Жуков М. Н. Подвижные игры: учебник для студ. Пед. Вузов / М. Н. Жуков. – Москва : Академия, 2018. – 160 с.

20. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом : методические рекомендации / Ю. Я. Яковлева – Санкт-Петербург : Питер, 2015. – 285 с.

21. Кожухова, Н. Н. Методика физического воспитания и развития

ребёнка: учебное пособие для студ. Заведений / Н. Н. Кожухова, Л. А. Рыжкова, М. Борисова / под ред. С. А. Козловой. – Москва : Издательский центр «Академия», 2018. – 352 с.

22. Кулеш Н. С. Современный подход к восстановительному лечению детского церебрального паралича // Коррекционная педагогика. – 2014. – № 1. – 6-11 с.

23. 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. – Москва, Академия, 2011. – 121 с.

24. Лечебная физическая культура : справочник / В. А. Епифанов, Д. М. Аронов, Н.А. Белая. – Изд. 2-е, испр. и доп. – Москва : Медицина, 2014. – 587 с.

25. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура для детей с нарушениями в развитии : учебное пособие для среднего профессионального образования / Н. Л. Литош – Москва : Издательство Юрайт, 2024. - 140 с.

26. Макович З. Х. Основные принципы лечебной физкультуры при детском церебральном параличе : книга / З. Х. Макович, Р. К. Дементьева. – Москва, 2021. - 100 с.

27. Макович З. Х. Двигательные расстройства при церебральных параличах у детей и методика лечебной гимнастики : методическое пособие / З. Х. Макович, М. С. Жуховицкий, Р. К. Дементьева. – Москва : «Советская Россия», 1969.– 238 с.

28. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом : учебно-методическое пособие / Е. М. Мастюкова. – Москва : Медицина, 2019.– 132 с.

29. Организация и содержание воспитательной работы в школах – интернатах для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича : сб. прг. Власов, Имполитова - Москва : 2017. – 239 с.

30. Пануш В. Г. Адаптивная физическая культура как коррекционно-педагогическое направление в системе психолого-педагогической работы при ДЦП / Пануш В.Г. // Открытый мир : Науч.-практ. семинар по адапт. двигат. активности. - М., б. г. - 73-77 с.

31. Погадаев Г. И. «Физкульт - Ура!» Физическая культура дошкольников : Пособие для родителей и воспитателей / Г. И. Погадаев. – Москва : Школьная Пресса, 2018. – 96 с.

32. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии / Под ред. Л. В. Шапковой. – Санкт-Петербург : Детство-пресс, 2011. – 158 с.

33. Реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры. // Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Под ред. Н.А.Гросс. – Москва : Советский спорт, 2020. – 224 с.

34. Рунова М. А. Формирование оптимальной двигательной активности : Дошкольное воспитание / М. А. Рунова. – 2016. – № 6. – 19 с.

35. Савельева Н. Ю. Организация оздоровительной работы в ДОУ : учебное пособие для педагогов / Н. Ю. Савельева. – Ростов – на – Дону: Феникс, 2015. 24 с.

36. Самсонова Л. Н. Особенности комплексной коррекции нарушенной функции рук у учащихся с ДЦП // Дефектология № 4, 2004. – 32-56 с.

37. Семенова К. А. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. / К. А. Семёнова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин. – Москва : Просвещение, 2005. – 320 с.

38. Семенова К. А.,. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных ДЦП / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова. – Ташкент, Медицина, 2019. – 175 с.

39. Тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. – Минск, 2007. - 15-21 с.

40. Физическая реабилитация : Учебник / Под ред. С. Н. Попова. Ростов - на - Дону: Феникс, 2015. – 603 с.
41. Физическое воспитание детей и подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья : Методические рекомендации. Мн.,2005. - 39 с.
42. Частные методики адаптивной физической культуры : Учебное пособие / Под общ. ред. проф. Шапковой Л. В. - Москва : Советский спорт. 2017. – 92-159 с.
43. Шамарин Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. / Т. Г. Шамарин, Г. И. Белова.– Калуга, 2016. – 312 с.
44. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры : Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапова, под ред. С.П. Евсеева. – Москва: Сов. спорт., 2001. - 152 с.
45. Шипицина Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук. - Санкт-Петербург, 2001. – 237 с.

Режим дня дошкольника

Приучая детей к определенному режиму, к выполнению гигиенических требований, мы создаем у них полезные для организма навыки и тем самым сохраняем их здоровье. Твердый режим дня, установленный в соответствии с возрастными особенностями детей, — одно из существенных условий нормального физического развития ребенка.



Основное требование к режиму — это точность во времени и правильное чередование, смена одних видов деятельности другими. Должно быть установлено время, когда ребенок ложится спать, встает, ест, гуляет, выполняет несложные, посильные для него обязанности. Время это необходимо точно соблюдать.



Сон. Только во время сна ребенок получает полный отдых. Сон должен быть достаточно продолжительным: дети 3—4 лет спят 14 часов в сутки, 5—6 лет — 13 часов, 7—8 лет — 12 часов. Из этого времени необходимо, особенно для младших детей, выделить часа полтора для дневного сна. Дети должны ложиться не позднее 8—9 часов вечера.

Питание. Дети получают питание 4—5 раз в день. Первая еда дается через полчаса, во всяком случае не позднее чем через час после пробуждения ребенка, а последняя — часа за полтора до сна. Между приемами пищи должны быть установлены промежутки в 3—4 часа, их надо строго соблюдать. Наиболее сытная еда дается в обед, менее сытная — на ужин.



Прогулки. Как бы точно ни соблюдалось время сна и еды, режим нельзя признать правильным, если в нем не предусмотрено время для прогулки. Чем больше времени дети проводят на открытом воздухе, тем они здоровее.

Физическое воспитание ребенка в семье



Долг родителей — укрепить здоровье ребенка в данный момент и обеспечить благоприятное развитие детского организма в будущем. Нормальное развитие и состояние здоровья обеспечивается созданием оптимальных условий, то есть организацией правильного режима.

В физическом воспитании детей дошкольного возраста используются *физические упражнения* (ходьба, бег, упражнения в равновесии, метание, лазание, подвижные игры), *спортивные упражнения*, *гигиенические факторы* (режим дня, питание, сон и т. п.), *естественные силы природы* (солнце, воздух и вода).



Физические упражнения

Задания и объяснения должны быть ясными и четкими, давать их надо бодрым голосом" и тут же показывать все движения.

Упражнения должны быть интересные, в них следует использовать хорошо запоминающиеся образные сравнения, например: «птичка», «кошка», «паровоз».

Основной принцип, которого должны придерживаться родители, занимаясь физическими упражнениями с малышами, — изображать все в виде игры. Веселый тон, шутка, смех, активное участие взрослого всегда увлекают ребенка.

Количество повторений движений для дошкольников обычно колеблется от 2—3 до 10.

После наиболее трудных упражнений необходимо давать кратковременные паузы отдыха (30—60 с).

Средние значения показателей двигательной активности детей за полный день - **объем 17 000 движений**; интенсивность 55-65 движений в минуту



Физические упражнения только тогда приносят пользу, когда ими занимаются систематически. Родители обязаны ежедневно находить время для занятий физическими упражнениями со своими детьми и тщательно следить за их здоровьем, обращая внимание на внешний вид, настроение и самочувствие ребенка.



Игры с ребенком летом.

Физическое воспитание.

Теплая летняя погода - отличный повод поиграть с ребенком. А задумывались ли вы, что самые обыкновенные летние игры - например, догонялки, прыгание на скакалке - помогают развивать полезные физические навыки, такие как зрительно-моторная координация, крупная и мелкая моторика?



Катание на велосипеде

Катание на двух- или трехколесном велосипеде развивают крупную моторику и зрительно-моторную координацию.



Кроме того, это веселое и подвижное занятие.

Если ребенок не умеет кататься на велосипеде, то сначала убедитесь, что велосипед ему подходит по возрасту и размеру. Обязательно наденьте на ребенка защиту и расскажите об основных правилах безопасности.

Рисование мелками

Рисовать вдвойне веселее на улице.

Берите набор мелков и отправляйтесь рисовать на асфальте. Это могут быть как обычные картинки, так и классики или другие разметки для игр.

