# ВВЕДЕНИЕ……...……………………………………………………………….1

1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1История изучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)……………………………………………………………………………...2

1.2 Медико-биологические изучения детей с ОВЗ …………………………...3

1.3. Безопасная и оздоровительная деятельность детей с ОВЗ………….4

2. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Контингент исследуемых детей……………………………………………5

2.2 Методы исследования……………………………………………………….0

3.ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИК БЕЗПАСНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

3.1 Адаптированная образовательная программа по физической культуре для детей с ОВЗ ………………………………………………………………………6

3.2 Динамика и психолого-физиологического здоровья учащихся с ОВЗ, участвующих в программе ……..………………………………………..7

4.МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ С ЦЕЛЬЮ БЕЗОПАСНОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

4.1 Профилактика травматизма на уроках физической культуры…………..8

4.2 Самопомощь при ушибах и растяжении мышц…………………………..9

4.3 Рекомендации педагогу физической культуры по ведению занятий….11

4.4 Участие родителей в физкультурно-оздоровительном процессе………12

5.ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………13

6.БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК………………………………………..10

7.ПРИЛОЖЕНИЕ………………………..………………………………………..1

ВВЕДЕНИЕ.

 Основной тенденцией развития современного мирового образования является его всесторонняя и многоуровневая Гуманизация, ориентированная на человека и его потребности, а также на усвоение национальных и общечеловеческих ценностей, как основы интеллектуального и культурного развития личности.

Гуманизация современного образования выступает интегральной составляющей процессов трансформации российского общества. Она нацелена на решение широкого спектра задач, которые в своей совокупности, призваны обеспечить формирование личности, адекватной современному этапу развития цивилизации. Новые общественно-исторические условия, в которых происходит развитие российской государственности и построение гражданского общества, требуют переосмысления места и роли образования как сферы сохранения и воспроизводства национально-культурных ценностей.

**Актуальность:**  Сохранение и безопасное укрепление здоровья детей – одна из главных стратегических задач страны. Она регламентируется и обеспечивается такими нормативно-правовыми документами, как ФЗ РФ № 273 от 29.12.2012г. «Об образовании» (ст.51); ФЗ № 52 от 30.03.1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также Указ Президента России № 468 от 20.04.1993г. «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации»; Указ Президента Российской Федерации №942 от 14.09.1995г. «Об утверждении основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации» и др.

 В связи с этим, проблема сохранения здоровья и воспитания культуры безопасного образа жизни у детей является чрезвычайно важной.

 Результаты научных исследований Айзман Р.И, Лебедева А.В, Суботялов М.А. свидетельствует о том, что сложившаяся в предшествующие годы тенденция ухудшения состояния здоровья школьников приняла устойчивый характер.

 В современной жизни наблюдаются серьезные изменения в социальной сфере. Одним из главных ее ориентиров является состояние здоровья человека, а также спортивные достижения людей - основные показатели уровня жизнеспособности и цивилизованности страны. Уровень здоровья общества определяется по отношению в нем к детям, старикам и инвалидам.

Ни для кого не секрет, что в современном обществе уровень здоровья

детей снижается, болезни «помолодели», увеличивается процент детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

        Одним из приоритетных направлений государственной политики в России является создание безопасных условий для предоставления детям с ОВЗ и детям-инвалидам равного доступа к качественному образованию в общеобразовательных учреждениях с учетом особенностей их психофизического развития.

 Одной из причин этого является образ жизни, который ведут семьи, где сегодня воспитываются дети. Так называемые факторы риска можно обнаружить в большинстве семей: это и неправильное питание, употребление алкоголя, наркотиков, хронические инфекционные заболевания, малоподвижный образ жизни и т.д. Очень часто в семье присутствует не один, а сочетание нескольких факторов. У категории таких семей высокий риск рождаемости детей с психическими и физическими отклонениями.

 У детей и их родителей не сформировано ценностное отношение к своему здоровью, что объясняется недостаточной пропагандой педагогических и медицинских знаний о ЗОЖ.

 Сегодня перед системой общего образования стоит задача — обустройство новой практики работы с особыми детьми, которое позволит обеспечить доступность знаний в образовательном пространстве многим детям с особыми образовательными потребностями.

Обучающиеся с отклонениями от нормы развития, отличаются от здоровых школьников тем, что у них наряду с изменениями функционирования внутренних органов и самочувствия качественно меняется психическое состояние.

 **Гипотеза**: Одним из средств, улучшающих психическое и физическое здоровье детей с ОВЗ, является физические упражнения, которые направлены на оздоровление ослабленного организма ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

 Поэтому регулярные занятия для таких детей являются жизненно необходимыми. В сфере воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья имеется своя особая направленность: обеспечение духовного и физического развития, профессионально-прикладная подготовленность к труду, усвоение правил и норм безопасного поведения в различных условиях социума.

Безопасное исправление нарушений физического развития, моторики и расширение двигательных возможностей таких детей, являются главным условием подготовки его к жизни.

 **Объект:**формирование правил здорового образа жизни у школьников с ограниченными возможностями здоровья (задержка психического развития, умственная отсталость) в общеобразовательной школе.

 **Предмет:** технологии, направленные на улучшение психического и физического состояния ребенка, которые способствуют формированию здорового образа жизни у   школьников с ограниченными возможностями здоровья.

**Цель исследования**:  Изучить здоровьесберегающие технологии обучения школьников с ограниченными возможностями здоровья.

**Задачи:**

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по теме исследования.
2. Разработать и адаптировать программу по приобщению школьников с ОВЗ к здоровому образу жизни.
3. Сравнить психолого-физеологические качества здоровья учащихся с ОВЗ в начале и конце учебного года.
4. Разработать методические и практические рекомендации по приобщению школьников с ограниченными возможностями здоровья к здоровому и безопасному образу жизни.
5. Разработать рекомендации, направленные на безопасность физкультурно-оздоровительного процесса.

Глава 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.

**1.1История изучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).**

В середине XX века был задан отечественный ориентир в развитии инклюзивного процесса в образовании. Л.С. Выготский писал, что «глубоко антипедагогично правило, сообразно которому мы, в целях удобства, подбираем однородные коллективы аномальных детей. Делая это, мы идем не только против естественной тенденции в развитии таких детей, но, что гораздо более важно, мы лишаем аномального ребенка коллективного сотрудничества и общения с другими, стоящими выше него детьми, усугубляем, а не облегчаем ближайшую причину, обуславливающую недоразвитие его высших функций». Он считал, что «чрезвычайно важно с психологической точки зрения не замыкать аномальных детей в особые группы, но возможно шире практиковать их общение с остальными детьми» [17]. Выдающиеся ученые России создали условия для разработки общих концептуальных подходов и методологических основ работы с детьми, отмеченными аномалиями развития.

 В.М. Бехтерева, Л.С. Выгодского, Г.Я. Трошина [27], В.П. Кащенко [17]. В 1911 г. в своей работе «Охрана детского здоровья: к вопросу о воспитании детей дошкольного возраста» В.М. Бехтерев указывал на необходимость всестороннего изучения ребенка с первых дней его рождения. Это, по его мнению, должно лежать в основе воспитания: «Познать дитя в его первых движениях сердца, проявлениях ласки и привязанности к матери, к семье, в его порывах любви ко всему светлому, радостному, чтобы дать ему все, чего жаждет его младенческая душа – не значит ли это разрешить больные и самые жгучие вопросы нашего воспитания» [4]. Воспитание, понимавшееся в широком смысле слова, должно ставить своей целью полное и гармоничное развитие всех сил организма ребенка, – считал В.М. Бехтерев. При этом особо следует заботиться о развитии самостоятельности и самодеятельности ребенка. Средствами для изучения ребенка, как считают В.М. Бехтерев и М. Монтессори, служат наблюдение и опыт («Жди и наблюдай», – призывала М. Монтессори педагогов и воспитателей).

Просвещение таких детей является формальным и неформальным и проводится на основе образовательных организаций – центров, обеспечивающих максимальное воздействие на общественное сознание и рост профессиональной культуры лиц с особыми потребностями. Просвещение лиц с ограниченными возможностями здоровья неразрывно связано с политикой устойчивого развития и представлено разнообразными видами и подходами – от эмоционального, сенсорного восприятия окружающего мира до понимания социально- политической ответственности человека за его деятельность.

Историография инклюзивного образования, его методологические основы напрямую связаны с историей коррекционной педагогики. Истоки коррекционной педагогики как научной дисциплины и общественной практики берут начало в середине XIX века и связаны со становлением земского движения в России.

 В первой половине XIX в России существовали училища для глухонемых, слепых и стали появляться первые медико-педагогические учреждения для умственно отсталых. Однако в стране практически не велось научных исследований, посвящённых изучению природы отклонений в развитии детей, их физиологической, психологической, социальной сущности. Своеобразие развития детей с отклонениями развития приводило педагогов к пониманию необходимости привлечения знаний других наук о человеке и его деятельности, их интеграции для повышения качества образовательного процесса.

Как таковое зарождение коррекционной педагогики, указывает Х.С. Замский [12], в России связано с деятельностью выдающегося французского тифлопедагога В. Гаюи, прибывшего в С.-Петербург в сентябре 1806 г. по приглашению Александра I, в связи с чем 10 августа 1807 г. император подписал «Штаты института работающих слепых». В своих исследованиях В.А. Феоктистова отмечает: «Начало систематического обучения слепых в России и развитие отечествен- ной тифлопедагогики относится к концу 70-х гг. ХIХ века. Однако первый опыт обучения слепых детей возник ещё в начале ХIХ века» [29]. Инициаторами в оказании помощи слепым и покровителя- ми открывающихся учреждений для инвалидов по зрению были императоры, члены царской семьи, многие высокопоставленные лица, осуществляющие благотворительность.

В первой половине ХIХ века важные изменения произошли в обучении и воспитании глухонемых. В 1806 г. императрицей Марией Федоровной было открыто Санкт-Петербургское училище глухонемых. Руководил училищем Винцент-Ансельм Зыгмунт, ранее служивший наставником института глухонемых в Вене.

В 1810 г., по рекомендации директора Парижского института глухих аббата Сикара, в Россию был приглашен его ученик Жан Батист Жоффре, заведовавший начальной школой при Парижском институте глухих. Первое учебное заведение для детей с ограниченными возможностями здоровья в России – училище глухонемых – было создано по инициативе императрицы Марии Федоровны и позднее вошло в состав Мариинского ведомства, заложило основы современного факультета коррекционной педагогики РГПУ им. А.И. Герцена, указывается в работе «Петербургская школа.

Система образования в северной столице на рубеже XIX-XX веков» [34]. По этому поводу в лекции Н.Н. Лаговского , прочитанной в августе 1910 года на южнорусской областной сельскохозяйственной выставке в городе Екатеринославле, говорилось следующее: «Начало обучению глухонемых у нас положила императрица Мария Федоровна, супруга Императора Павла I, основав в конце 1806 года в Павловске Петербургской губернии на собственные средства «Опытное училище глухонемых». Оно существовало около четырёх лет, убедив власть в несомненной его пользе и необходимости таких заведений для России.[34]

В целях создания образца таких заведений в России было решено перевести данное училище в Петербург, расширив его и включив в число заведений, подведомственных Петербургскому опекунскому совету. В течение первых 80-ти лет введения обучения глухонемых в России преподавание в школах велось исключительно мимическим способом.

 При этом образование глухонемых в русских школах ставило данные заведения выше таковых на Западе, так как все без исключения школы глухонемых основную часть образовательного времени уделяли обучению своих питомцев какому-либо искусству, ремеслу или практическому пригодному в будущей жизни занятию (сельским хозяйством, садоводством, огородничеством) [34]. Основанием подобного рода постановки дела служило стремление деятелей на этом поприще выпустить своих питомцев в среду общества, в качестве равноправных членов его и в силу своего данного школой умственного развития, и в силу готовности к практической жизни, умелости честно зарабатывать хлеб себе и своим семействам без отягощения общества [7].

В 1810 г. училище, по решению Марии Федоровны, было передано в ведение Санкт-Петербургского Опекунского совета и перешло на казенное содержание. Позже были открыты другие образовательные учреждения. Так, в 1817 г. открыто Варшавское училище, в 1843 г. было открыто училище для глухонемых девочек в Одессе.

Появились первые труды по обучению и воспитанию глухонемых детей (работы В.И. Флери (1835) и Г.А. Гурцева (1838)). Характеризуя цели, которые преследовались обучением и воспитанием глухонемых в первой половине ХIХ в., А.И. Дьячков указывает на важную роль воспитания глухонемого ребёнка для участия в трудовой деятельности на основе развития его умственных и нравственных способностей [9].

Помимо государственных средств, на дело воспитания глухонемых детей поступали также значительные пожертвования от частных лиц, однако количество бесплатных мест оставалось крайне ограниченным. Несмотря на тенденцию увеличения числа учащихся в Петербургском училище, тысячи глухонемых детей, как отмечает А.Г. Басова, продолжали оставаться безграмотными. Образовательные учреждения для обучения умственно отсталых появились в России значительно позже других.

Как отмечает Х.С. Замский: «Первое в России учреждение для умственно отсталых детей было открыто в 1858 г. в городе Рига доктором Фридрихом Плятцем. Это было лечебно-педагогическое заведение для страдающих припадками, малоспособных, слабоумных и идиотов» [11].

В первой половине ХIХ века проблемы помощи умственно отсталым детям интересовали в основном только психиатров, поэтому, им оказывалась только медицинская помощь. Таким образом, в начале XIX века в России существовало не- большое число учреждений, которые занимались вопросами лечения, обучения и воспитания ограниченных детей. При этом большая часть, таких детей не была охвачена специальным обучением.

Уровень научных знаний в области изучения, воспитания и обучения названных категорий детей не позволяли говорить о наличии научно обоснованного подхода. Вместе с тем, постепенно систематизируются отдельные методы и приёмы коррекционного воздействия, особенно активно и плодотворно в области обучения и воспитания глухонемых детей.

Во второй половине ХIХ века произошли значительные изменения в воспитании и обучении этих категорий детей, что было связано с глубокими социально-экономическими изменениями в жизни страны – освобождением крестьян от крепостного рабства.

Существовавшая в то время система образования, ориентированная на воспитание и обучение небольшой части населения, уже не могла удовлетворять потребностям общества, поэтому возникла необходимость в реформе образования. Она привела к ряду положительных изменений в образовании, среди которых было развитие сети воскресных школ для взрослых, доступность образования для всех слоёв общества, попытка установления общественного контроля над образованием, разрешение органам местного самоуправления, общественным и частным лицам открывать новые начальные училища. Эти изменения коснулись воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии. Расширилось число таких учебных заведений, увеличился и контингент обучаемых. В обществе всё чаще стали подниматься вопросы об общественном воспитании детей с отклонениями в развитии.

Глубокую разработку проблема общественного воспитания и гуманизации образования получила в трудах К.Д. Ушинского, который способствовал развитию отечественного образования и педагогики как самостоятельной научной отрасли.

В одном из первых в России медико-педагогическом заведении для умственно отсталых детей, которое открыл в 1882 г. И.В. Малеревский, воспитательные влияния были направлены на адаптацию детей к будущей жизни посредством привития им трудовых умений.

В заведение принимались дети с разной степенью умственной отсталости: от самой тяжёлой до относительно лёгкой. Воспитанники в образовательном учреждении делились на старшую, среднюю и младшую группы, в каждой из которых находилось по 3-4 человека. Большое значение в образовательно-воспитательном процессе придавалось готовности детей с интеллектуальными нарушениями к самостоятельной жизни посредством трудовой деятельности в учреждениях для умственно отсталых детей, которая осуществлялась под руководством воспитателей.[10]

Вторая половина ХIХ века и начало ХХ века явились важным этапом в развитии обучения и воспитания названных категорий детей.

Как отмечает Н.Н. Малофеев, именно в этот период складываются национальные научные школы сурдо-, тифло- и олигофренопедагогики, начинают подниматься вопросы социальной адаптации и интеграции детей с отклонениями в развитии в общество посредством их воспитания. Именно в этот период в воспитании и обучении детей с отклонениями в развитии стало формироваться новое педагогическое направление, связанное с социализацией и адаптацией их в обществе [22].

Всё воспитание детей с отклонениями в развитии основывалось в России на государственной и общественной благотворительности. В то же время многочисленные исследования второй половины XIX века указывали на необходимость более активного участия общества в организации образования детей с нарушениями слуха и зрения (К.К. Грот, Г.Г. Дикгоф, А.И. Скребицкий).

К концу XIX в. в России изменилось отношение государства и общества к слепым. Набрала силу светская благотворительность, образование начало осознаваться как базовая общественная ценность, а обучение слепых стало пониматься как реализация всеобщего права на образование. В новых условиях Попечительство о слепых сумело открыть более двух десятков учебных заведений [34].

К 1913 г. по всей России, от Малороссии до Якутии, было открыто 15 отделений. Общее количество заведений для глухонемых подведомственных Попечительству превышало 50.

В своем исследовании А.И. Дьячков отмечает, что изменение отношения общества к образованию позволило улучшить состояние образования глухонемых. Он пишет: «Во второй половине XIX в. под воздействием изменившихся социально-экономических условий в России… произошли изменения в социальном составе учащихся училищ для глухонемых, для обучения в которых принимались дети ремесленников, крестьян и рабочих» [9].

Вместе с тем, необходимость общественного образования детей с умственной отсталостью заявляет о себе и становится в центре внимания немногочисленных медико-педагогических учреждений (Е.К. Грачёва, Е.Х. Малеревская, И.В. Малеревский).

Идея общественного образования детей с отклонениями получает значительное развитие в начале ХХ века. В трудах многих учёных отмечается невозможность решения проблем образования названных групп детей, без участия общества, при этом известный специалист в области изучения и воспитания умственно отсталых детей П.И. Ковалевский указывает на недостаточность помощи, оказываемой общественными учреждениями.

Организатор учреждений для детей с отклонениями в развитии В.П. Кащенко отмечает важность образования данных детей. По его мнению, они нуждаются в образовании даже больше, чем нормальные дети. «Дефективный ребёнок уже вследствие одного своего недоразвития должен быть опекаем и оберегаем также, если не больше, чем его счастливый товарищ; весьма важно для успеха дела, чтобы он находился в приспособленном для него заведении, где к его услугам специальные методы и специальный режим» [16].

Утвердившаяся в начале ХХ века мысль об общественном характере образования детей с отклонениями в развитии получила реализацию в обучении и воспитании разных категорий детей. Появилось значительное, по сравнению с прошлым, число учебных заведений для таких детей. В результате деятельности М.С. Морозова, М.П. По- стовской, Н.П. Постовского, Г.Я. Трошина и др., был организован новый социальный институт образования – вспомогательная школа и вспомогательный класс. Это позволило отстающим детям, обучавшимся в нормальных школах, получить адекватное образование.

Постепенно набирали силу общественные учебные заведения для глухонемых детей, в связи чем Н.Н. Малофеев пишет: «Признавая небольшие размеры и очевидную финансовую нужду многих частных учебных заведений, не стоит недооценивать темпы развития и расширения географии их сети в целом» [22].

Большинство организаторов и педагогов общественных заведений для детей с отклонениями в развитии, созданных во второй поло- вине XIX – начале ХХ веков, считали важнейшей составляющей воспитания детей подготовку их к жизни.

Анализ социально-исторического развития отношений общества к людям с ограниченными возможностями здоровья и окружающей социально-природной среды позволил выявить предпосылки, обеспечивающие развитие инклюзивного образования.

**1.2 Медико-биологические изучения детей с ОВЗ.**

В настоящее время ЗПР рассматривается как вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся практически все случаи замедленного психического развития, а также относительно стойкие состояния незрелости эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной недостаточности, но не достигающей умственной отсталости [2]. Для объединения детей данной категории в относительно однородные группы, как правило, используются классификацию К. С. Лебединской, в основе которой, лежит патогенетический принцип, предусматривающий клинико-психопатологический анализ структуры дефекта, и международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10), которая включает четыре основных формы: ЗПР конституционального происхождения, ЗПР соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР церебрально-органического происхождения.

Первый вариант обусловлен различными проявлениями инфантилизма, в некоторых случаях наследственно-обусловленного. Причиной второго являются длительные соматические заболевания, замедляющие темп умственного развития ребенка. Третий вариант чаще всего наблюдается у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной и социальной депривации, а четвертый связан с выраженным органическим поражением мозговых структур на ранних этапах онтогенеза [19].

Однако анализ литературных источников свидетельствует о том, что в происхождении всех форм задержек имеет место органический дефект, различающийся по степени выраженности его влияния на развитие психики ребенка. Современные исследования в области психофизиологии и нейропсихологии указывают на то, что первые три формы задержек обусловлены преимущественно функциональными отклонениями в развитии мозговых структур, а в происхождении ЗПР церебрально-органического генеза имеется более грубое повреждение мозговых структур и механизмов, обеспечивающих нормальное интеллектуальное и эмоционально-личностное развитие [8].

Вместе с тем в клинико-психологической картине детей с конституциональной формой ЗПР многие исследователи отмечают недостаточное развитие или замедление созревания лобных или лобно-диэнцефальных систем головного мозга. Замедленное, в сравнении с нормой, созревание функциональных ансамблей мозга, что может быть вызвано: нарушением питания, травмами мозга во время родов или в раннем возрасте, генетическими факторами.

Любой из указанных факторов или их сочетание может привести к замедлению темпа индивидуального развития. Таким образом, при данном варианте может диагностироваться легкая органическая недостаточность преимущественно подкорковых структур мозга.

У детей с соматогенной формой ЗПР основным этиопатогенетическим признаком, вызывающим задержку интеллектуального и эмоционального развития, считают явления астении. С точки зрения О. А. Дробинской, М. Н. Фишман, В. В. Николаевой, соматическая патология приводит к истощению организма, нарушает питание клеток головного мозга и обусловливает замедление темпа созревания и развития структурно-функциональных ансамблей мозга. Замедляется не только темп интеллектуального развития, но и созревание эмоционально-личностной сферы, что связано с нарушением обменных процессов в питании клеток головного мозга. Обнаруживаются дисфункции подкорковых структур головного мозга.

Исследования Ю. Ф. Антропова, Ю. С. Шевченко, В. А. Корнеевой подтверждают, что некоторые системные соматические отклонения (сердечные аритмии, неврозоподобный энурез, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, иммунодифицитарные процессы и др.) вызваны первичной дисфункцией подкорковых и стволовых структур головного мозга.

Происхождение психогенной формы ЗПР традиционно объясняют неблагоприятным влиянием социальной среды и условий воспитания ребенка. Однако и при данной форме задержки на современном этапе развития медицинской диагностики исследователи указывают, что недостатки воспитания и депривация лишь усугубляют дисфункции мозговых систем, обеспечивающих познавательную деятельность. Результаты обследования данной категории детей свидетельствуют о высокой частоте мозговых нарушений разной степени выраженности, в частности диагностируется замедление в созревании регуляторных структур ствола и коры головного мозга. Эти нарушения вызваны возможным неблагоприятным течением беременности (злоупотребление наркотиками, алкоголем), неблагоприятной наследственностью и т. д. Ранее считалось, что у детей с социально-педагогической запущенностью и депривацией могут возникать только функциональные изменения, но современные исследования показывают наличие у таких детей функционально-органических отклонений в развитии головного мозга [2].

Четвертая группа – это дети с ЗПР церебрально-огранического генеза. Данный вид задержки изучен подробнее и полнее всех указанных вариантов задержек как с медицинских, так и с психолого-педагогических позиций. Детальное и подробное изучение детей с ЗПР церебрально-органического происхождения обусловлено очевидной взаимосвязью между повреждением нервной системы и нарушениями интеллектуального развития, а также более грубыми нарушениями развития мозговых структур. Так, у детей с ЗПР церебрально-органического генеза регистрируются выраженные дисфункции головного мозга (недостаточность развития теменно-затылочных, височных, лобных и других зон мозга).

Данная категория детей разнообразна по психолого-педагогическим и клиническим характеристикам. В частности, дети различаются по уровню интеллектуального развития, по наличию или отсутствию сочетанной соматической или неврологической патологии. Несмотря на определенную условность, данная классификация хорошо себя зарекомендовала и широко используется, в первую очередь, педагогами специального образования и специалистами, участвующими в работе ПМПК.

В клинических определениях умственная отсталость рассматривается как органическое по своему происхождению психическое недоразвитие [4]. Клинико-психологическими характеристиками данного понятия стали тотальность психического недоразвития и его иерархичность [28].

Для тотальности характерна существенная несформированность всех психических процессов и  функций, включая структурную организацию психической сферы. В первую очередь, недостаточность распространяется на показатели когнитивного развития. При этом остальным компонентам психики (моторика, эмоциональная сфера, личностные особенности) также характерно недоразвитие [26].

При тотальной недостаточности психическое развитие не сможет приблизиться к  нормативным показателям [26]. Иерархичность недоразвития выражается в  том, что недостаточность гнозиса, праксиса, памяти, эмоций проявляется в  меньшей степени, чем недоразвитие мышления. Эта же закономерность распространяется и  на нейродинамические процессы, явления нарушения подвижности (инертность).

Для умственной отсталости в  большей степени характерно недоразвитие в  интеллектуально-речевой сфере и меньше — в сенсомоторной. Недоразвитие высших форм познавательной деятельности вторично задерживает развитие других психических функций. Поэтому степень их недоразвития большей частью соответствует тяжести снижения уровня интеллекта.

Недоразвитие высших форм мыслительной деятельности и речи стало генеральным признаком для описания закономерностей развития детей с диагнозом умственная отсталость. Появились данные о наличии ее неспецифических форм вследствие инфекционных и травматических заболеваний центральной нервной системы, возникших в раннем возрасте. Данное состояние трактовалось как недоразвитие эмоциональной и личностной сферы вследствие органического поражения головного мозга, которое может быть врожденным или возникнуть под влиянием внешних воздействий [25].

В работах Исаева Н.Д. умственная отсталость определяется как группа различных по этиологии и патогенезу болезненных состояний, объединенных общим признаком: все они представляют собой клинические проявления дизонтогений в результате органического поражения головного мозга [14].

При этом к умственной отсталости автор относит только те формы общего психического недоразвития, которые характеризуются преобладанием интеллектуальной патологии и отсутствием прогредиентности, т.е. отсутствием распада сформированной психосоматики.

Опираясь на работы по физиологии высшей нервной деятельности, В.И. Лубовский делает попытку уточнить современные представления об умственной отсталости [20]. Он понимает ее как вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы на разных этапах внутриутробного развития плода либо в ранний период жизни ребенка.

По мере развития специальной психологии постепенно утрачивается акцент на понимании умственной отсталости как болезни. Акцент начинает смещаться на рассмотрение возможностей человека в  социализации и  интеграции за счет приобретения умений вести самостоятельный образ жизни.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в качестве основных критериев умственной отсталости выступают:

1) тотальность психического недоразвития с преобладанием нарушения абстрактного мышления и недоразвитием эмоциональной сферы;

2) непрогредиентность — отсутствие распада психической сферы [30].

Отмеченные критерии характерны для типичных (неосложненных) форм умственной отсталости, но  не для всей совокупности состояний, относимых к  данной категории [37].

В настоящее время специалисты используют классификацию М. С. Певзнер, автором выделяются следующие формы умственной отсталости: неосложненная; осложненная нарушением нейродинамики (возбудимые и тормозимые); в сочетании с нарушениями различных анализаторов; с психопатоподобными формами поведения; с выраженной лобной недостаточностью [23].

Умственная отсталость рассматривается как совокупность этиологически разных синдромов врожденного или рано приобретенного, наследственного характера [14]. При этом симптоматика отличается стойкостью, непрогредиентностью и приводит к затруднениям социальной адаптации на фоне стойкой интеллектуальной недостаточности. Автор предлагает использовать термин «состояние общего психического недоразвития», так как он во многом отражает своеобразие гетерогенной группы различных синдромов.

Д. Н. Исаев выделил четыре формы умственной отсталости: астеническая, атоническая, и стеническая [15]. Каждая из них рассматривается с точки зрения проявления клинической симптоматики, психолого-педагогических особенностей работы с такими детьми и возможностей к социальной адаптации.

Понятие «умственно отсталый ребенок» охватывает весьма разнообразную по составу группу детей, которых объединяет наличие органического повреждения коры головного мозга. Морфологические изменения, хотя и с  неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции. Не исключены и такие случаи, когда диффузное поражение коры сочетается с отдельными, более выраженными локальными нарушениями, иногда включающими и  подкорковые системы. Все это обусловливает возникновение у  ребенка различных, с разной отчетливостью выраженных отклонений, обнаруживающихся во всех видах его психической деятельности, но особенно значительно — в познавательной [36].

Современные психолого-педагогические исследования детей и подростков с диагнозом «умственная отсталость» осуществляются с  учетом общих закономерностей отклоняющегося развития, сопровождающих любой тип дизонтогенеза [22, 28].

Так, для дизонтогенетических расстройств, возникающих преимущественно вследствие ранних органических повреждений или недоразвития различных структур головного мозга (к которым относят и  умственную отсталость), характерны следующие проявления:

1. задержка в созревании мозга, задержка разной степени выраженности в формировании молодых и  высоко дифференцированных мозговых структур (лобные отделы головного мозга, зоны, лежащие на пересечении теменно-височно-затылочных отделов);
2. недостаточность общей интегративной деятельности мозга; инертность психической деятельности;
3. нейродинамические нарушения, проявляющиеся в дисбалансе процессов возбуждения и торможения (слабость процессов возбуждения и торможения или преобладания одного из них);
4. нарушение функций активного внимания как базового условия эффективного включения в деятельность; непроградиентный характер течения; трудности (а иногда невозможность) усвоения общеобразовательных стандартов всех уровней образовательной системы [33].

Немецким исследователем О. Шпеком структурированы причины возникновения умственной отсталости с установлением клинических синдромов и психопатологических проявлений в соответствии с возрастными этапами их возникновения:

1)  перинатально возникающие формы (патология развития центральной нервной системы, генные мутации, синдромы нарушенного развития или отставания в развитии (ретардации), расстройства нервной системы, хромосомные аномалии, экзогенные перинатальные нарушения развития, вызванные вирусными инфекциями, церебральные функциональные нарушения и т. д.);

2) перинатальные осложнения (родовые травмы, энцефалопатия, недоношенность, заболевания головного мозга новорожденных, несовместимость группы крови);

3)  постнатальные повреждения (воспалительные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, опухоли и повреждения мозга) [32].

Умственную отсталость дифференцируют по степени снижения интеллекта, измеряемой тестом Д. Векслера в  условных единицах. Так, количество детей с  легкой степенью умственной отсталости составляют 75–80%. Их уровень интеллектуального развития (IQ) составляет 50–69 баллов. Такие дети способны обучаться по специальной, нецензовой программе, облегчающей усвоение основных школьных предметов.

В  дальнейшем они могут приобрести профессиональные навыки в  сфере практической деятельности, включающей неквалифицированный и ручной полуквалифицированный труд.

Индекс IQ в  качестве меры измерения интеллекта признается в  Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1992  г.), где умственная отсталость рассматривается как состояние неполноценного развития психики, для которого характерна недостаточность развития целого ряда мыслительных, речевых, моторных и эмоционально-личностных проявлений.

Интеллектуальная недостаточность может развиваться в  сочетании с  любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Следует подчеркнуть, что умственная отсталость всегда отличается несформированностью навыков адаптивного поведения и  ограниченностью коммуникативных навыков, выраженность которых зависит от степени снижения интеллектуальных показателей.

**1.3. Безопасная и оздоровительная деятельность детей с ОВЗ.**

Система современной школы определила для себя одним из приоритетных направлений пропаганду здорового образа жизни, укрепление здоровья обучающихся, формирование всесторонне развитого, образованного человека, способного легко адаптироваться к изменениям в социальной и экономической жизни, рационально организовывать свою деятельность, ответственно подходить к вопросам собственного здоровья и физического развития. Способствовать этому должно и развитие инклюзивной образовательной системы.

Вопрос здоровьесбережения отражен в нормативных документах, таких как Законе РФ «Об образовании», Федеральных государственные требованиях к структуре основной общеобразовательной программы, Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы и др. Организация целенаправленного процесса укрепления здоровья детей, обучение навыкам здорового образа жизни, формирование понятия о вредных привычках и факторах воздействия должно привести к умению вести здоровый образ жизни, способности оберегать здоровье окружающих людей и своё [5].

Следует отметить, что особое внимание к вопросам психического и психологического здоровья, которым много лет занимаются педагоги и психологи. Так, А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский, Н.Г. Гаранян, И.В. Давыдова, В.В. Дубровина, А.Н. Леонтьев, Г.Н. Никифоров, В.Э. Пахальян, Ж. Пиаже, С.Л. Рубинштейн, А.Б. Холмогорова, О.В Хухлаева, Д.Б. Эльконин и другие отмечали, что психическое здоровье человека напрямую зависит от специфики взаимодействия индивида с внешним миром.

Здоровье в разных аспектах – это важнейшая составляющая социальных ценностей современного общества. Вследствие этого, основной целью исследования становится определение направления развития и формирования здорового образа жизни. Особую актуальность получает содействие формированию здорового образа жизни для детей с ограниченными возможностями здоровья, так как у этой категория обучающихся проявляется постоянная надобность в здоровом образе жизни.

Для правильного формирования здорового образа жизни необходимо определить немаловажные цели.

Глобальная цель – обеспечить психическое и физическое здоровье детей в системе инклюзии;

Дидактическая цель – вооружить обучающихся разного возраста знаниями в области охраны здоровья с учетом возрастных особенностей ребенка, привить умения, навыки и привычки, которые позволят предотвратить детский травматизм, поспособствуют сохранению здоровья и трудоспособности.

Методическая цель – учащиеся должны овладеть знаниями в области личной гигиены, физиологических процессов деятельности человека, профилактики психосоматических заболеваний, различных инфекций, в том числе передаваемых половым путем, а также необходимыми знаниями о вреде психотропных веществ [3].

В раннем возрасте можно приучить детей знаниям, навыкам и привычкам, направленным на сохранение физического и психического здоровья. Сформированные навыки впоследствии превратятся в неотъемлемую составляющую общей культуры человека и проявят влияние на ход приобщения к здоровому образу жизни в целом. За физический потенциал человека ответственны в комплексе на родителей, так как именно в семье закладываются основы всестороннего воспитания, органы здравоохранения, школу, так как в школе под контролем педагогов формируется алгоритм ведения и построения здорового образа жизни, приобщения к физической культуре и спорту. Повышение эффективности педагогического воздействия по реализации поставленной задачи возможно при грамотно налаженном взаимодействии с родителями.

Существующая психолого‐педагогическая литература убедительно доказывает, что для предупреждения утраты знаний, умений и навыков у детей с нарушением интеллекта непременно должен быть социальный опыт их применения в реальной жизни. Исходя из этого, школа родители должны стать совместными участниками коррекционно‐воспитательного процесса, придерживаться единой системы требований, готовить ребенка к возможным трудностям, формировать представление о ситуациях, когда необходимо соблюдать меры предосторожности и безопасного поведения.

Закономерным является и необходимость формирования у детей с ограниченными возможностями умений и навыков сохранения и укрепления собственного здоровья.

Именно поэтому настоящее время в практику работы образовательных организаций разной направленности внедряются различные оздоровительные программы, способствующие формированию здорового образа жизни, развитию двигательной активности, коммуникативных навыков и оздоровлению организма обучающихся без ограничений и обучающихся с ограниченными возможностями.

В целях адекватной пропаганды здорового образа жизни дети с ограниченными возможностями здоровья должны быть обеспечены психолого‐медико‐социальным сопровождением, позволяющим вести систематическое наблюдение, реализовывать индивидуальные программы обучения и коррекции, активно работать со средой (социальным окружением), в которую интегрируется ребенок.

Подготовка к здоровому образу жизни ребенка должна стать одним их приоритетных направлений в деятельности образовательного учреждения. При этом

следует использовать все существующие возможности, такие как использование ароматерапии, функциональной музыки, психогимнастики, тренингов, занятий в комнате психологической разгрузки, проведение практических занятий с родителями.

Важное направление – развитие социальной компетентности и навыков комфортной коммуникации детей с ограниченными возможностями со сверстниками. Ведущая роль отводится поиску индивидуального подхода к ребенку с ограниченными возможностями. Особенно большое внимание необходимо уделять коррекции личности этих детей, так как частыми явлениями бывают их повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, быстрые вспышки гнева. Существенную помощь в преодолении подобных трудностей может оказать приобщение детей к различным видам физкультуры и спорта как к основным составляющим здорового образа жизни.

Многофункциональный характер данных компонентов проявляется в том, что физическая культура и спорт – это развитие физических, эстетических и нравственных качеств человеческой личности, организация общественно полезной деятельности, досуга населения, профилактика заболеваний, воспитание подрастающего поколения, физическая и психоэмоциональная рекреация и реабилитация, коммуникация и т. д.

Физическая культура и спорт – необходимые действенные факторы для реабилитации и социально‐бытовой адаптации человека с ограниченными возможностями [5].

Основной целью приобщения детей с ограниченными возможностями к занятиям физической культурой и спортом является восстановление утраченных контактов с окружающим миром, создание необходимых условий для налаживания коммуникаций с обществом, приобщением к общественно полезному труду, реабилитации собственного здоровья [6]. Кроме этого, физическая культура и спорт способствуют социальной интеграции детей с ОВЗ, их физической реабилитации, физическому и психическому совершенствованию.

 Таким образом, основными направлениями при организации данной работы следует признать:

− создание необходимых условий для комфортных занятий физической культурой и спортом на спортивных сооружениях и в местах массового отдыха для всех категорий обучающихся;

− открытие и популяризация спортивных школ в системе дополнительного образования для детей‐инвалидов, детей с отклонениями в физическом развитии;

− разработка и производство специализированного инвентаря и оборудования;

− специальные направления в подготовке тренеров, преподавателей и специалистов по адаптивной физической культуре;

− активная разработка и внедрение научно обоснованных специализированных методик и программ [24].

Целями занятия физической культурой являются:

− спорт как способ и средство самоутверждения, возможности проявить лидерские качества, стремлением к победе;

 − спортивные занятия как способ укрепления физического и психического здоровья, коррекции фигуры, улучшения самочувствие;

− занятия спортом как средством социальной и психологической адаптации, совместного времяпрепровождения людей со сходными интересами, преодоления неуверенности и стеснительности, демонстрации своих потенциальных возможностей, умения отстаивать свои права [8].

Еще раз подчеркнем, что активизация работы с детьми, имеющими ограниченные возможности, в области физической культуры и спорта, на наш взгляд, необходимо и самому обществу, так как содействует его гуманизации, изменению отношения к людям с ограниченными возможностями, имеет большое социальное значение.

Таким образом, детям с ограниченными возможностями психического, интеллектуального, физического здоровья необходимо помогать в формировании навыков безопасного здорового образа жизни, занятиями физической культурой и спортом.

Успешность взаимодействия и налаженное взаимопонимание педагогов и родителей, обучающихся является важным фактором эффективности деятельности по формированию здорового образа жизни и безопасного поведения детей с ОВЗ. В конечном итоге психолого‐педагогическое сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями при формировании здорового образа жизни приводит к сохранению и укреплению здоровья детей, защите их прав.

2. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

**2.1 Контингент исследуемых детей.**

Исходя из цели и задачи работы, проведено комплексное исследование изменений физических и психолого-педагогических особенностей детей с ОВЗ, занимающихся по адаптированной программе предмета «Физическая культура».

 В обследование приняли участие дети, обучающиеся в МКОУ Елбанской СОШ, в возрасте от 11-15 лет,

Испытуемые во время исследования не имели острых и обостренных хронических заболеваний.

Всё обследование проводилось в два этапа (начало и конец учебного года). Это нужно для того, что бы определить положительную или отрицательную динамику физического и психического состояния детей с ОВЗ, которые занимались по адаптированной программе. Занятия проводились два раза в неделю по 1 часу.

Обследуемые были разделены на две группы:

1. Дети с диагнозом задержка психического развития;
2. Дети с умственной отсталостью (умеренная форма).
	1. **Методы исследования.**

Нами были изучены психологические и физиологические показатели уровня здоровья учащихся с ОВЗ в начале и конце учебного года. Для того, чтобы отследить изменения в здоровье ребенка, мы использовали следующие стандартизированные методики:

1.Методика Ч.Д. Спилбергера выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована на русский язык Ю.Л.Ханиным). Тестирование по методике Спилбергера - Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

 Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обусловливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта, и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

2.Шкала самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубенштейн (модификация А.М. Прихожан). Данная методика основана на непосредственном оценивании (шкалировании) испытуемыми ряда личных качеств, таких как здоровье, способности, характер и т. д. При фронтальной работе необходимо проверить, как каждый испытуемый заполнил первую шкалу. Надо убедиться, правильно ли применяются предложенные значки, ответить на вопросы. Так как дети данной группы развития не всегда понимают самого вопроса.

3.Тест Кверга с помощью, которого мы определяем уровень физического здоровья учащихся. Тест предназначен для диагностики здоровья, поскольку он удобен для массового эксперимента.

Используется для оценки состояния тренированности и функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Тест состоит из четырех упражнений, следующих одно за другим без перерыва.

Используется для оценки состояния тренированности и функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Тест состоит из четырех упражнений, следующих одно за другим без перерыва:

1)30 приседаний за 30 секунд;

 2)Бег с максимальной скоростью не ниже 180 шагов в минуту- 30 секунд (Р1).

3)Бег на месте с частотой 150 шагов/мин.- 3 минуты (Р2).

4)Прыжки со скакалкой – 1 минута (Р3).

Пульс считается за 30 секунд сразу после всех упражнений (Р1), за 30 секунд через две минуты восстановления (Р2) и за 30 секунд через 4 минуты восстановления (Р3).

Рассчитывается индекс Кверга (ИК) по формуле:ИК=15000/Р1 + Р2 + Р3. Оценка теста: более 105-высокий уровень здоровья; от 80 до 100- средний уровень здоровья; меньше 80 – низкий уровень здоровья.

3.ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИК БЕЗПАСНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ.

**3.1 Адаптированная образовательная программа по физической культуре для детей с ОВЗ.**

Когда мы говорим о доступной среде жизнедеятельности для детей с ограниченными возможностями здоровья, то предполагаем, в том числе, доступность к духовной жизни и достижениям науки. В реализации образования очень важно, чтобы дети с ограниченными возможностями здоровья могли посещать учебные заведения, учреждения дополнительного образования, спортивные залы. В системе мер социальной защиты этих детей все большее значение приобретают активные формы. К ним относятся реабилитация и социальная адаптация средствами физической культуры и спорта. Среди основных целей и задач государственной политики в области реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта стоит создание условий для занятий безопасной физической культурой и спортом и формирования потребностей в этих занятиях.

Существует много проблем в образовании, с которыми сталкиваются дети-инвалиды и их родители.

*Цели и задачи программы:*

 Программа «Адаптивная физкультура» направлена на коррекцию физического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, безопасную реабилитацию двигательных функций организма.

 Цель программы***:*** развитие физических качеств и способностей, совершенствование функциональных возможностей организма, укрепление индивидуального здоровья.

 Задачи программы:

Образовательные задачи:

1. Освоение системы знаний, необходимой для сознательного освоения двигательных умений и навыков.

2. Формирование и развитие жизненно необходимых двигательных умений и навыков.

3.  Обучение технике правильного и безопасного выполнения физических упражнений.

4.  Формирование навыка ориентировки в схеме собственного тела, в пространстве.

Развивающие задачи:

1. Развитие двигательных качеств (быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, точности движений, мышечной силы, двигательной реакции).
2. Формирование и совершенствование двигательных навыков прикладного характера.
3. Развитие пространственно-временной дифференцировки.
4. Обогащение словарного запаса.

Оздоровительные и коррекционные задачи:

1.Укрепление и сохранение здоровья, закаливание организма учащихся.

2.Активизация защитных сил организма ребёнка.

3.Повышение физиологической активности органов и систем организма.

4.Укрепление и развитие сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

5.Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиозы,   плоскостопия).

6.Коррекция и компенсация нарушений психомоторики (преодоление страха, замкнутого пространства, высоты, нарушение координации движений, завышение или занижение самооценки).

7.Коррекция и развитие общей и мелкой моторики.

8.Обеспечение условий для профилактики возникновения вторичных отклонений в состоянии здоровья школьников.

Воспитательные задачи:

1.Воспитание в детях чувства внутренней свободы, уверенности в себе, своих силах и возможностях.

2.Воспитание нравственных и морально-волевых качеств и навыков осознанного отношения к самостоятельной деятельности, смелости, настойчивости.

3.Воспитание   устойчивого   интереса к занятиям физическими упражнениями.

4.Формирование у учащихся осознанного отношения к своему здоровью и мотивации к здоровому образу жизни.

*Формы и методы работы.*

К специфическим принципам работы по программе «Адаптивная физкультура» относятся:
1. Создание мотивации;
2. Согласованность активной работы и отдыха;
3. Непрерывность процесса;
4. Необходимость поощрения;
5. Социальная направленность занятий;
6. Активизации нарушенных функций;
7. Сотрудничество с родителями;
8. Воспитательная работа.
Средства, используемые при реализации программы:

1.физические упражнения;

2.корригирующие упражнения;

3.коррекционные подвижные игры, элементы спортивных игр;

4.материально-технические средства адаптивной физической культуры: спортивные тренажеры, спортивный инвентарь;

 5.наглядные средства обучения.

Способы организации детей на занятии – фронтальный, поточный, индивидуальный. На занятиях с детьми, имеющими диагноз ЗПР или умственная отсталость, используются все методы обучения, однако, учитывая особенности восприятия детьми с умственной отсталостью учебного материала, есть некоторые различия в приёмах. Они изменяются в зависимости от физических и умственных возможностей ребёнка, запаса знаний и умений, наличия предыдущего  зрительного и двигательного опыта, навыка пространственной ориентировки.

Остановимся на некоторых из них:

 Метод практических упражнений основан на двигательной деятельности воспитанников. Чтобы совершенствовать у детей с интеллектуальным нарушением определённые умения и навыки, необходимо многократное повторение изучаемых движений (больше, чем учащимся с ЗПР). Учитывая трудности восприятия учебного материала, ребёнок с интеллектуальным нарушением нуждается в особом подходе в процессе обучения: в подборе упражнений, которые вызывают доверие, ощущение безопасности, комфортности и надёжной страховки.

Необходимо выделить следующие направления использования метода практических упражнений:

* выполнение упражнения по частям, изучая каждую фазу движения отдельно, а затем объединяя их в целое;
* выполнение движения в облегчённых условиях;
* выполнение движения в усложнённых условиях (например, использование дополнительных отягощений -гантели 0,5кг, сужение площади опоры при передвижении и т.д.);
* использование сопротивлений (упражнения в парах, с резиновыми амортизаторами и т.д.),
* использование ориентиров при передвижении (звуковые, осязательные, обонятельные и др.),
* использование имитационных упражнений,
* подражательные упражнения,
* использование изученного движения в сочетании с другими действиями (например: ведение мяча в движении с последующим броском в цель и др.),
* изменение исходных положений для выполнения упражнения (например, сгибание и разгибание рук в упоре лёжа от гимнастической скамейки или от пола),
* изменение внешних условий выполнения упражнений (на повышенной опоре, на мяче и т.д.),
* изменение в процессе выполнения упражнений таких характеристик как темп, ритм, скорость, направление движения, амплитуда, траектория и т.д.,
* изменение эмоционального состояния (бег в эстафетах, в подвижных играх, выполнение упражнений с речитативами, различным музыкальным сопровождением и др.)

Метод дистанционного управления (относится к методу слова), он предполагает управление действиями ребёнка на расстоянии посредством команд;
 Метод наглядности занимает особое место, наглядность является одной из специфических особенностей использования методов обучения в процессе ознакомления с предметами и действиями.

Метод стимулирования двигательных действий.

Анализ и оценка выполнения движений способствует сознательному выполнению физических упражнений. Правильность выполнения оценивается путём наблюдения и указаний, анализа в процессе занятия.

 Начинать занятия можно с любого периода, учитывая индивидуальные особенности детей. Использовать программу адаптивной физической культуры можно и в других возрастных группах, меняя дозировку, нагрузку,  подбирая упражнения и игры с учетом психофизиологических особенностей детей.

*Планируемые результаты:*

Повышение реабилитационного потенциала через коррекцию физического развития.

Развитие и поддержание интереса занятиями адаптивной физкультурой как образа жизни. В ходе реализации программы оценивается уровень физического развития, развитие координации движений.

 Формами подведения итогов реализации программы являются:

1. включенное наблюдение, за обучающимися, в процессе занятий;
2. проверка выполнения отдельных упражнений;
3. выполнение установленных заданий.

Для более успешной и эффективной работы по программе устанавливаются связи с сотрудниками Центра и родителями. Программа «Адаптивная физкультура» включает методические рекомендации по ЛФК и разделы образовательной программы «Общая физическая подготовка», для детей с особыми образовательными потребностями.

К специфическим принципам работы по программе «Адаптивная физкультура» относятся:

 1. Создание мотивации;

2. Согласованность активной работы и отдыха;

3. Непрерывность процесса;

4. Необходимость поощрения;

5. Социальная направленность занятий;

6. Активизации нарушенных функций;

7. Сотрудничество с родителями;

 8. Воспитательная работа.

*Содержание программы*

*Раздел 1. Основы теоретических знаний.*

Среди теоретических знаний, предлагаемых в программе, можно выделить вопросы по истории физической культуры и спорта, личной гигиене, основам организации и проведения самостоятельных занятий физическими упражнениями. В свою очередь, материал по способам двигательной деятельности предусматривает обучение школьников элементарным умениям самостоятельно контролировать физическое развитие и физическую подготовленность, оказывать доврачебную помощь при легких травмах. Овладение этими умениями соотносится в программе с освоением школьниками соответствующего содержания практических и теоретических разделов. К формам организации занятий по физической культуре в начальной школе относятся разнообразные уроки физической культуры, физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня и самостоятельные занятия физическими упражнениями. Для более качественного освоения предметного содержания настоящей программы рекомендуется уроки физической культуры подразделять на три типа: с образовательно-познавательной, образовательно-предметной и образовательно-тренировочной направленностью.

*Раздел. 2. Профилактика заболеваний и травм рук.*

При утрате нижних конечностей или недостатке из работы, восполняя утрату подвижности и силы ног, компенсаторно развивается плечевой пояс. В то же время постоянная опора на руки предрасполагает к заболеваниям и травмам. Они вызываются в большинстве случаев мышечным перенапряжением, несбалансированностью движений разных групп мышц и потерей их эластичности. Как известно, любое движение в суставе обязано работе двух противодействующих групп мышц, называемых мышцами-антагонистами. Например, разгибание локтевого сустава требует одновременного сокращения трицепса и растяжения бицепса, а сгибание руки в локте — наоборот. Мышечная несбалансированность как раз и возникает, когда мышцы-антагонисты развиты не в равной степени. Это ставит под угрозу целостность суставов и усиливает риск получить другие травмы, в том числе растяжение сухожилий.

*Раздел 3. Дыхательные упражнения.*

Болезни органов дыхания относят к наиболее частой патологии. При этих заболеваниях не только развиваются соответствующие изменения в дыхательных путях и легочной ткани, но и существенным образом изменяется функция дыхания, а также наблюдаются нарушения деятельности других органов и систем. Всем известно, что важным средством тренировки дыхательного аппарата являются дыхательные упражнения. На своих уроках адаптивной физической культуры, чтобы достичь высокой эффективности и экономичности дыхательного аппарата при выполнении упражнений, я использую метод управления дыханием. Нужно, чтобы каждая фаза дыхания (вдох или выдох) строго соответствовала определенной фазе движения. Задача сложная, но необходимая.

 Под специальными навыками понимается:

1.умение управлять актами вдоха и выдоха по длительности и скорости их выполнения, т.е. произвольно удлинять или укорачивать, ускорять или замедлять вдох и выдох;

2.хорошее владение навыком прерывистого дыхания;

3.умение задерживать дыхание на определенное время;

4.умение воспроизводить заданную величину жизненной емкости легких, т. е. произвольно управлять объемом вдоха и выдоха;

5.владение навыками различных типов дыхания - грудным, брюшным или диафрагмальным и смешанным.

*Раздел 4. Упражнения на координацию*

Упражнения на координацию позволяют постепенно и всесторонне подойти к вопросу освоения пространства и умения координировать свои действия в этом пространстве. А тренировка сознания позволяет подготовить прочную базу для изучения более сложных комплексов и медитативных упражнений. Кроме общеоздоровительного эффекта, стимуляции деятельности нервной системы, сохранения гибкости суставов и укрепления мышц, упражнения на равновесие и координацию способствуют выработке устойчивости при опоре на малую площадь, что невозможно без внутреннего спокойствия и сосредоточенности.

*Раздел 5. Упражнения на мышцы брюшного пресса*

Сильные и хорошо развитые мышцы живота имеют не только эстетическое значение. Слабые и дряблые мускулы не выдерживают давления внутренних органов, особенно при натуживании, что приводит к нарушению осанки. На животе легко откладывается жир, усугубляя все негативные последствия, вызванные слабостью брюшной стенки. Тренированные же мышцы обеспечивают фиксацию внутренних органов, правильную осанку, красивый внешний вид, а также способствуют эффективному выполнению профессиональной деятельности, связанной с физическими нагрузками.

*Раздел 6. Упражнения на гибкость*

 «Запас гибкости» (а точнее сказать, «резервная растяжимость»), позволяет в пределах соблюдаемой амплитуды движения свести к минимуму сопротивление растягиваемых мышц, благодаря чему движения выполняются без излишнего напряжения, более экономично.

*Кроме того, резервная растяжимость служит гарантией против травм.*

Физиологическое значение упражнений на растягивание заключается в том, что при достижении и удержании определенной «растянутой» позы в мышцах активизируются процессы кровообращения и обмена веществ. Упражнения на подвижность в суставах позволяют сделать мышцы более эластичными и упругими (повысить «неметаболическую» силу), увеличивают мобильность суставов.

Это способствует повышению координации движений, увеличивает работоспособность мышц, улучшает переносимость нагрузок и обеспечивает, как уже говорилось выше, профилактику травматизма.

Поскольку при растягивающих упражнениях улучшается кровообращение мышц, данный вид упражнений является эффективным средством, ускоряющим процессы восстановления после объемных и скоростно-силовых нагрузок, за счет удаления из организма продуктов метаболического обмена (шлаков).

*Раздел 7. Элементы спортивных игр.*

Необходимо включать в разработку программы адаптивной физической культуры элементы спортивных игр.

Выполнение элементарных движений:

 -подачи и передачи мяча в волейболе;

- отбивание мяча кулаком, коленями, здоровой ногой в футболе

- метание мяча на дальность и меткость и др.

*Учебно-тематический план*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | темы | Количество часов по программе | Описание примерного содержания занятий | Дата проведения по плану | Дата проведения по факту |
| Теория | Практика |
| **Раздел 1. Введение** |
| 1 | 1.1.Техника Безопасности. Здоровый образ жизни. |  |  | Теоретические основыВ процессе уроков |  |  |
| **Раздел 2. Профилактика заболеваний и травм рук** |
| 2 | 2.1. Упражнения на расслабление мускулатуры плечевого пояса.2.2. Упражнения на тонизацию и активную работу плечевым поясом2.3. Упражнения на согласованность работы рук и ног.2.4. Силовые упражнения на мышцы плечевого пояса. | - | **30**5 5515 | Следить за тонусом мускулатуры.Упражнения с отягощениями. |  |  |
| 3 | Дыхательные упражнения. | **-** | **5** | Дыхательные упражнения и релаксация |  |  |
| 4 | Упражнения на координацию |  | **5** | Упражнения на равновесие и меткость |  |  |
| 5 | Упражнения на мышцы брюшного пресса |  | **10** | Выполнение упражнений на мышцы всех отделов брюшного пресса |  |  |
| 6 | Упражнения на гибкость |  | **8** | Выполнение различных упражнений на растяжение мышц и связок |  |  |
| 7 | Элементы спортивных игр - футбол;-волейбол. | **-** | **10**55 | Выполнение подачи и передачи мяча.Отбивание мяча руками, коленями, стопами |  |  |
| ВСЕГО **68 ч** |

**3.2Динамика психолого-физиологического здоровья учащихся с ОВЗ.**

Исходя из целей и задач выпускной квалификационной работы, нами было проведено комплексное исследование изменений показателей психа-физиологического уровня здоровья детей с ОВЗ, которые занимались по специальной адаптированной программе предмета «Физическая культура».

Одним из основных показателей здоровья ребенка является уровень его физического развития, который мы измерили с помощью теста Кверга.

Данный тест используется для оценки состояния тренированности и функционального состояния сердечно - сосудистой системы.

По результатам тестирования на начало учебного года дети, с диагнозом умственная отсталость, опережают в физическом развитии сверстников, имеющих диагноз задержка психического развития (рис.1).

Рисунок 1 - Уровни здоровья детей с ОВЗ на начало учебного года.

Но в конце учебного года нами повторно было проведено тестирование Кверга, где мы выявили незначительную положительную динамику в улучшении физического состояния детей с диагнозом ЗПР, но уровень здоровья детей с УО немного снизился, сказались недавно перенесенные простудные заболевания (рис. 2).

Рисунок 2 – Уровни здоровья детей с ОВЗ на конец учебного года.

Так же нами проведены измерения уровня психического здоровья учащихся с помощью двух методик: Методика Ч.Д. Спилбергерана выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована на русский язык Ю.Л.Ханиным) и шкала самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубенштейн (модификация А.М. Прихожан).

Рассмотрим уровни личностной и ситуативной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру. Данное обследование так же проводилось в два этапа: начало и конец учебного года (рис.3).

Рисунок 3 – Динамика уровней ситуативной и личностной тревожности у детей с ОВЗ на начало и конец учебного года.

Дети с диагнозом ЗПР можно отнести к категории высокотревожных, они склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Психологический тест выражает у испытуемых высокий показатель личностной тревожности, который дает основание предполагать у данной категории детей появления состояний тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки их компетенции и престижа.

 Учащимся с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательностью, категоричностью, высокой значимостью в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

 Для низко тревожных детей, а это учащиеся с диагнозом умственная отсталость напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обусловливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности детей с ЗПР каждая незначительная ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на него и выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями, которым так подвержены дети с ЗПР.

Следующая методика шкала самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубенштейн (модификация А.М. Прихожан).

Высокий уровень притязаний детей с ОВЗ (93-98) подтверждает нереалистичное, некритичное отношение к собственным возможностям (рис.4).

Рисунок 4 - Уровни притязаний детей с ОВЗ на начало и конец учебного года.

Так же завышенный уровень самооценки у детей с умственной отсталостью, который подтверждает личностную незрелость, неумение правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими, данный уровень самооценки детей с умственной отсталостью указывает на существенное искажение в формировании личности— «закрытости для опыта», нечувствительности к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих (рис.5).

Рисунок 5 - Уровни самооценки детей с ОВЗ на начало и конец учебного года.

Но низший уровень самооценки детей с задержкой психического развития свидетельствует о крайнем неблагополучии личности. За низкой самооценкой могут скрываться два совершенно разных психологических явления: подлинная неуверенность в себе и «защитная», когда декларирование (самому себе) собственного неумения, отсутствия способности и тому подобного позволяет не прилагать никаких усилий (рис.5).

4.МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ С ЦЕЛЬЮ БЕЗОПАСНОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.

**4.1Профилактика травматизма на уроках физической культуры.**

Профилактика детского травматизма – одна из важнейших задач современного общества. Работа по профилактике травматизма, заболеваний и несчастных случаев при занятиях физической культурой является одной из важнейших задач преподавателей, тренеров, администрации , медицинских работников. Однако не все и не всегда проводят эту работу регулярно и последовательно. Множество случаев нарушений организационного, методического, санитарно-гигиенического характера приводит к травмам.

*Причины травматизма.*

Причины методического характера:

Неправильные организация и методика проведения учебно-тренировочных занятий;

1. Выполнение сложных, незнакомых упражнений;
2. Занятие без разминки или недостаточной разминки;
3. Отсутствие сосредоточенности и внимания у занимающихся.
4. Причины организационного характера

Отсутствие должной квалификации у учителя;

1. Проведение занятия без преподавателя;
2. Нарушение правил содержания мест занятий и условий безопасности;
3. Неудовлетворительная воспитательная работа со спортсменами;
4. Нарушение правил врачебного контроля;
5. Неблагоприятные метеорологические условия.

**4.2Самопомощь при ушибах и растяжении мышц.**

Повреждения связок, входящих в состав укрепляющего аппарата суставов, могут быть неполными (надрывы) и полными (разрывы). Ь

Растяжение - это повреждение мышцы или сухожилия. Такие повреждения обычно излечиваются без хирургического вмешательства.

Повреждения связок обычно являются результатом резкого перекручивания. Повреждения мышц и сухожилий могут быть острыми (в результате сильного перенапряжения или перегрузок мышц) и хроническими (в результате повторяющихся перегрузок).

При разрывах и надрывах связок появляется локальная боль (усиливающаяся при движении), потеря мобильности (обычно развивается через несколько часов после повреждения) и кровоподтеки в результате истечения крови в окружающие ткани. Чаще всего страдает голеностопный сустав.

В острых случаях растяжение мышц или сухожилий вызывает резкую быстропроходящую боль (пострадавший может услышать характерный звук), быстро развивается отек.

Когда острая боль проходит, остается болезненность. Через несколько дней появляется кровоподтек. Хроническое перегружение мышц и сухожилий приводит к ограничению подвижности, воспалению, болезненности.

*Самопомощь:*

Повязка эластичным бинтом оказывает равномерное давление на ткани вокруг поврежденных связки, мышцы или сухожилия, способствует предотвращению опухания и обеспечивает поддержку. Ниже объясняется, как наложить эластичную повязку на голеностопный сустав. Так же можно бинтовать колени, запястья, локти и кисти рук..

*1 этап*: Одной рукой придержите свободный конец эластичного бинта между подъемом стопы и пальцами. Другой сделайте два витка вокруг стопы, постепенно перемещаясь вверх, по направлению к лодыжке. Следите, чтобы каждый виток бинта только частично покрывал предыдущий.

*2 этап*: После того как вы дважды обернули бинт вокруг стопы, возьмитесь одной рукой за пятку. Второй рукой сделайте виток вокруг ноги в виде восьмерки, оставив пятку свободной. Сделайте еще одну «восьмерку».

*3 этап*: Теперь делайте спиральные витки вокруг икры, постепенно перемещаясь к колену. Последующий слой бинта должен частично перекрывать предыдущий. Закончить повязку следует чуть ниже колена. Закрепите конец бинта металлическим зажимом или пластырем.

При повреждении связок назначают болеутоляющие и средства для снятия отечности, сустав иммобилизуют, чтобы ускорить заживление. Чтобы уменьшить отечность, суставу придают возвышенное положение (выше уровня сердца), в течение 12-48 ч регулярно прикладывают лед (упаковку с кусочками льда следует класть поверх полотенца, чтобы не обжечь ткани льдом).

Для иммобилизации сустава используют эластичный бинт или гипсовую повязку, в серьезных случаях это может быть шинная гипсовая повязка. В тяжелых случаях врач может назначить кодеин или другое болеутоляющее. Если поврежден голеностопный сустав, пострадавшему могут понадобиться костыли.

Повреждения мышц и сухожилий в острой фазе лечат болеутоляющими, холодом в течение первых 48 ч, затем прикладывают тепло. Если мышца разорвана полностью, может потребоваться хирургическое вмешательство. Хронические повреждения обычно не требуют лечения, но тепло, нестероидные противовоспалительные препараты и болеутоляющие, в состав которых входит мышечный релаксант, помогают снять дискомфорт.

В течение 48-72 ч после травмы обеспечьте поврежденному суставу возвышенное положение (на ночь подкладывайте под него подушку). В первые два дня через регулярные промежутки времени прикладывайте холод.

Если вам наложили эластичную повязку, заново бинтуя конечность, начинайте бинтовать ниже места повреждения, затем ведите бинт вверх, делая «восьмерки». При повреждении голеностопа начинайте бинтовать от пальцев и заканчивайте повязку на середине икры. Перед сном снимайте повязку. Если нога бледнеет, начинает болеть, немеет, ослабьте повязку.

Если боль не проходит или усиливается, обратитесь к врачу.

**4.3Рекомендации педагогу физической культуры по ведению занятий.**

В обеспечении мер по предупреждению травм должны участвовать руководители организаций, сами учащиеся, но основная роль отводится учителю физической культуры.

Преподаватель не допускает к занятиям лиц, не прошедших врачебного обследования в установленном порядке.

Перед началом всех занятий необходима беседа по профилактике травматизма.

При комплектовании групп, проведении занятий следует учитывать особое состояние здоровья, физическое здоровье и физическое развитие детей, приспособленность к нагрузкам, пол, возраст, весовые категории, не допускать к занятиям больных.

Особую ценность в предупреждении травм имеет педагогический контроль, позволяющий определять степень утомления занимающихся в процессе физкультурно-оздоровительного занятия.

Важно строгое соблюдение учителем методических указаний, определяющих содержание и порядок проведения занятий, нарушение которых может причинить вред здоровью учащихся.

Учитель перед каждым занятием проверяет место занятий и следит за тем, чтобы не было посторонних предметов, посторонних лиц, во время занятий следит за поддержанием нормальной температуры, обеспечением достаточного освещения и вентиляции, контролируют качество инвентаря и оборудования, проверяет защитные приспособления.

Проверяет соответствие спортивного костюма и обуви учеников.

Необходимо строгое выполнение принципов рациональной методики:

1. обучения занимающихся: постепенности в дозировании нагрузок,
2. последовательности в овладении двигательными навыками;
3. индивидуального подхода;
4. обязательного инструктажа и контроля за выполнением упражнений.

Нельзя разрешать учащемуся выполнять неподготовленные действия.

Перед основной частью занятия нужна достаточная разминка.

При выполнении ряда упражнений необходима страховка и знание элементов самостраховки.

Здоровье - залог того, что человек сможет быть полезным членом общества.

Несмотря на целый ряд мер, направленных на профилактику травматизма, несчастные случаи встречаются часто.

Строгая дисциплина на занятиях должна быть законом. Недопустимо выполнение физических упражнений учениками при отсутствии учителя, тренера-преподавателя.

Для сохранения здоровья, быстрого восстановления организма после перенесенной травмы большое значение имеет правильное и своевременное оказание первой доврачебной помощи. Каждый учитель, должен уметь определить характер травмы, знать ее признаки, а также хорошо владеть приемами оказания первой помощи.

**4.4.Участие родителей в физкультурно-оздоровительной деятельности.**

1. Поддерживайте интерес ребёнка к занятиям физической культурой, ни в коем случае не выказывайте своего пренебрежения к физическому развитию. Помните: семья во многом определяет поведение и установки ребёнка, в том числе его отношения к занятиям физкультурой. Пример взрослых чрезвычайно важен. Как вы относитесь к физической культуре, так будет относиться к ней и ваш ребёнок.
2. Высокая самооценка – один из мощных стимулов для ребёнка выполнять любую работу. Будь то домашнее задание или утренняя гимнастика. Всемерно поддерживайте в вашем ребёнке высокую самооценку – поощряйте любое его достижение, и в ответ вы получите ещё больше старания.
3. Наблюдайте за поведением и состоянием ребёнка во время занятий физическими упражнениями. Иногда родители не понимают, почему ребёнок капризничает и не выполняет их требований. Причиной может быть усталость скрытое желание и т.п. постарайтесь понять причину негативных реакций. В этом вам помогут глубокое знание особенностей своего ребёнка, его доверие, ощущения им своей значимости и значимости собственной личности.
4. Ни в коем случае не настаивайте на продолжении занятий, если по каким-то причинам ребёнок этого не хочет. Выясните причину отказа, устраните её и только после этого продолжайте занятия. Если этого не делать, то возникнет стойкое неприятие любых занятий физическими упражнениями.
5. Важно определить приоритеты вашего ребёнка в выборе физических упражнений. Практически всем детям нравятся подвижные игры, но бывают и исключения.
6. Не ругайте ребёнка за временные неудачи.
7. Не меняйте слишком часто комплекс упражнений. Если они нравятся ребёнку, пусть он выполняет их как можно дольше – в этом случае он не будет «хватать верхушки», а прочно усвоит тот или иной навык, движение.
8. Важно соблюдать культуру физических упражнений. Ни в коем случае не должно быть расхлябанности, небрежности, исполнения спустя рукава. Физкультура – дело серьёзное!
9. Не перегружайте ребёнка: что доступно взрослому, не всегда полезно малышу.

В процессе воспитания ребёнка вас должны сопровождать три незыблемых закона: понимание, любовь, терпение.

5.ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

1.Нами была изучена психолого-педагогическая литература по историографии инклюзивного образования, его методических основ, которые существовали на протяжении всей истории развития педагогики.

2.Была разработана адаптированная образовательная программа для детей с ограниченными возможностями здоровья по предмету «Физическая культура» по приобщению учащихся к здоровому образу жизни.

3.Проведена психо-физиологическая характеристика учащихся с диагнозами: умственная отсталость и задержка психического развития, которая показала, что уровень физического и психического развития у детей с УО и ЗПР различны.

4.Нами была апробирована адаптированная образовательная программа по физической культуре для детей с ограниченными возможностями здоровья, которая направлена на приобщение учащихся к здоровому образу жизни.

5. Разработаны рекомендации, направленные на безопасное проведение физкультурно-оздоровительного процесса.

6.БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.

1.Айзман Р.И., Айзман Н.И., Лебедев А.В., Рубанович В.Б Методики комплексной оценки здоровья учащихся общеобразовательных школ. – Новосибирск, 2010. – С. 124.

2.Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – Питер, 2008.

3.Башкирова М.М. Физическая активность и спорт среди инвалидов: реальность и перспективы.// Спорт для всех. –1999. – № 1-2. – С. 42-46.

4.Бехтерев В.М. Охрана детского здоровья: к вопросу о воспитании детей. – СПб.,1909. – С.18.

5.Вернер Д. Реабилитация инвалидов / под ред. Д. Вернер. – М., 1995. – С. 68.

6.Виноградов П.А. Основы физической культуры и здорового образа жизни / под ред. П.А. Виноградова, А.П. Душанин, В.И. Жолдак. – М., 1996. – С.

79-81.

7.Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М., 1999.

8. Дробинская А.О. Ребенок с задержкой психического развития. Память, чтобы помочь. / под ред. А.О. Дробинская. – М., 2005.

9.Дьячков А.И. Воспитание и обучение глухонемых детей: Историко-педагогическое исследование. – М., 1957. – С.128.

10.Замский Х.С., Кащенко В.П. // Дефектология. – 1970. – №5. – С.79.

11.Замский Х.С. История олигофренопедагогики. – М., 1980. – С.243.

12.Замский Х.С. Умственно отсталые дети. История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX в. – М., 1995.

13. Иванов Е.С., Исаев Д.Н. Клинические аспекты умственной отсталости // «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интелекта. 2-е изд., перераб. и доп./ под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб., 2005. – С. 14-54.

14. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: «Медицина», 1982 – С.224.

15. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: «Речь», 2003. – С. 391.

16.Кащенко В.П. Общество, школа и дефективные дети // Дефективные дети и школа: Сб. статей / под.ред В.П.Кащенко. – М., 1912. – С.6.

17.Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков. – М.: «Просвещение», 1994. – С. 223.

18. Коноплина Л.Л. Жить инвалидом, но не быть им / под. ред. Л.Л. Коноплина. – Екатеринбург, 2000. – С. 90.

19. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей / под. ред. В.В. Лебединский. – М., 2006.

20.Лубовский В.И. Психические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: «Педагогика», 1989. – С.104.

21. Малофеев Н.Н. Классы КРО и ККО: интегрированы подход к образованию детей с нарушениями в развитии и дифференцированный подход к образованию нормально развивающихся детей / под. ред. Н.Н. Малофеев. – М., 2001.

22.Малофеев Н.Н. Устроители школ для глухонемых обретают второе дыхание // Дефектология. – М., 2004. – №2. – С.62.

23. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб.: «Издательство С.-Петербург», 2000. – С.168.

24.Певзнер М.С. Дети- олтгофрены (изучение детей- олигофренов в процессе их воспитания и обучения). – М.: «Просвещение», 1959. – С. 486.

25.Рубцова Н.О. К проблеме формирования инфраструктуры системы физической культуры и спорта для инвалидов // Теория и практика физической культуры. – М.,1998. – №1. – С. 67-71.

26.Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М.: «Просвещение», 1986. – С. 192.

27.Семаго Н.М., Чиркова О.Ю. Типология отклоняющегося развития учащихся вспомогательной школы / под. ред. М.М. Семаго. Книга 2. – М.: «Генезис», 2011. – С.288.

28. Слободняк Н.П. Психологическая помощь школьникам с проблемами в обучении: практическое пособие. – М.: «Айрис-пресс», 2014. – С.256.

29. Сорокин В.Н. Теоретические основы психологии дизонтогенеза. – СПб.: «Издательство С-Петербург», 2000. – С.168.

30. Феоктистов В.А. Хрестоматия по истории тифлопедагогики. – М., 1981. –

С.6

31. Шиф Ж.И. Особенности умственного развития учащихся вспомогатльной школы / под. ред. Ж.И. Шиф, В.И. Лубовский, И.М. Соловьев и др. – М.: «Просвещение», 1965. – С.342.

32. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / пер. с нем. А.П. Голубева; науч. ред. Русского текста Н.М. Назарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С.423.

33.Основы специальной психологии / под.ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – С.480.

34. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / Айзман Р.И., Рубанович В.Б., Суботялов М.А. – Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2009. – С.214.

35.Петербургская школа. Система образования в северной столице на рубеже XIX-XX веков. – СПб.: «Лики России», 2012. – С.304.

36. Специальная психология / под. ред. В.И. Лубовского – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С. 464.

37. Учащиеся вспомогательной школы (клинико-психологическое изучение) / под. ред. М.С. Певзнер, К.С. Лебединской – М.: «Просвещение», 1979. – С.232.

7.ПРИЛОЖЕНИЕ.