

опорных и регулируемых элементов и воздействия на двигательный центр головного мозга с целью восстановления его нарушенных функций.

Таблица – Результаты исследования экспериментальной и контрольной групп до и после эксперимента ($X \pm S_x$)

Тесты	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Достоверность между группами
Индекс Хаузера, балл	5,23±0,81 4,35±0,63 – 10,7% $p \leq 0,05$	5,25±0,91 4,26±0,73 – 14,6% $p \geq 0,05$	$\geq 0,05$ $\geq 0,05$
3-метровый тест, сек	21,91±3,13 18,31±2,71 – 16,1% $p \leq 0,05$	21,45±3,83 15,42±3,91 – 28,7% $p \leq 0,05$	$\geq 0,05$ $\leq 0,05$
Проба Ромберга, сек	14,02±1,34 18,82±5,41 20,5% $p \leq 0,05$	13,93±1,62 21,23±4,82 48% $p \leq 0,05$	$\geq 0,05$ $p \leq 0,05$

Заключение. Введение в методику, формирования навыка ходьбы у детей с диагнозом детский церебральный паралич спастической формы I–II степени, занятия с использованием лечебного костюма «Адели» приводит к разрушению сложившихся патологических синергий и становлению новых нормализованных рефлекторных связей, что и оказывает соответствующее лечебное воздействие на структуры центральной нервной системы, контролирующие движения и речь.

Список литературы

1. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич / М.Н. Никитина. – М.: Медицина, 2000. – 297 с.
2. Нэнси, Р.Ф. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / Р.Ф. Нэнси. – Теревинф, 2009. – 219 с.
3. Перхурова, И.С. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов. – М.: Медицина, 1997. – 242 с.
4. Потапчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук. – М.: Медицина, 2003. – 316 с.
5. Публикация // Эффективность применения костюма «Адели» при лечении ДЦП [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: <http://www.adeli-suit.com/ru/bibliografija-spravocchnaja-informatsija/uncategorised/article07-lr>. – Дата доступа: 16.02.2016.
6. Рогов, А.В. Способы реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А.В. Рогов // Детская и подростковая реабилитация. – М.: Медицина, 2008 – С. 47–49.
7. Семенова, К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей / под ред. Н.М. Маджидов. – М.: Медицина, – 1998. – 487 с.
8. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова. – М.: Медицина, 2000. – 197 с.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ КРЕАТИВНЫХ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРАКТИК

*Т.Л. Поконова, В.Г. Калюжин
Минск, БГУФК*

Некоторые исследователи не без оснований полагают, что моторное недоразвитие сужает возможности взаимодействия ребенка с окружающим миром, обедняя запас знаний о нем. Редуцируется также круг эмоциональных стимулов, воздействующих на ребенка благодаря его двигательной активности. Возможно, именно двигательная недостаточность является причиной отставания в умственном развитии и прежде всего в формировании наглядно-действенного мышления [4].

В литературе хорошо изучена общая моторика, но плохо раскрыты вопросы по развитию мелкой моторики, недостаточно научной литературы по развитию мелкой моторики у детей с интеллектуальным нарушением, недостаточно конкретных программ для использования, а детей с интеллектуальными нарушениями все больше. Данное противоречие и составляет научную проблему избранного исследования, а именно разработка специально подобранных комплексов упражнений для коррекции мелкой моторики у детей с нарушением интеллекта.

Разработка тонких, точных движений необходима ребенку не только для того, чтобы уверенно управлять своим телом; мелкая моторика пальцев развивает мозг, его способность контролировать, анализировать, повелевать. Систематические упражнения по тренировке движений пальцев являются мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга [2].

Адаптивная физическая культура занимает одно из ведущих мест в подготовке детей и подростков с нарушениями интеллекта к самостоятельной жизни, способствуют коррекции психофизического развития и являются важным средством их успешной социальной адаптации и интеграции.

Методика АФК имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы ребенка. В последние годы в теории и методике адаптивной физической культуры выделилось такое направление как креативные телесно-ориентированные практики. Под ними понимаются виды адаптивной физической культуры, способные удовлетворить потребность лиц с отклонениями в состоянии здоровья в творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ, другие средства искусства за счёт освоения ими телесно-ориентированных техник сказкотерапии, игротерапии; формо-коррекционной ритмопластики и других направлений [1].

Креативные телесно-ориентированные практики – вид АФК, основной целью которого является приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений («зажимов», комплексов) и, в перспективе включение их в профессионально-трудовую деятельность [3].

Актуальность использования таких занятий обусловлена тем, что при всех формах умственной отсталости степень компенсации и возможности развития значительно возрастают при своевременно начатых и правильно организованных лечебно-коррекционных мероприятиях.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния разработанной коррекционно-развивающей программы по адаптивной физической культуре, направленной на развитие координационных способностей с помощью креативных телесно-ориентированных практик.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Вспомогательная школа-интернат № 10» » расположенная по адресу: г. Минск, ул. Кабушкина, 90. Школа является учреждением специального образования, реализующим образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Результаты и их обсуждение. Для решения поставленной цели нами был проведен педагогический эксперимент, в котором приняли участие две группы: экспериментальная группа (ЭГ) и контрольная группа (КГ). Всего в исследовании приняло участие 14 детей (12 мальчиков и 2 девочки) 10–13 лет с диагнозом «умственная отсталость» легкой степени тяжести. КГ составили 7 детей, ЭГ составили 7 детей. Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития и степени умственной отсталости.

Занятия физической культурой у детей КГ проводились согласно стандартной программе вспомогательной школы-интернат два раза в неделю, длительность занятия – 45 мин. ЭГ в дополнение к стандартной программе школы-интернат занималась поразработанной нами КРП направленной на развитие координационных способностей в виде дополнительных занятий. Занятия проводились во внеурочное время, длительность – 20 мин.

Для оценки уровня развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью здоровых детей были использованы 3 группы тестов:

- Тесты для определения уровня развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука».
- Тесты для определения уровня развития точной дифференцировки движений пальцев рук.
- Тесты для определения уровня развития статистического равновесия.
- Тесты для определения уровня развития динамического равновесия.

Установлено, что уровень развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью был явно ниже, чем у здоровых детей.

Анализ итоговой эффективности уровня развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью показал статистически достоверное улучшение показателей кон-

трольных тестов в экспериментальной группе после занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе, по сравнению с контрольной группой детей, занимавшихся по стандартной программе школы-интернат.

Заключение. По полученным в ходе исследования результатам можно сделать следующие выводы:

1. В результате проведенных исследований установлено, что уровень развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью ниже, чем у их здоровых сверстников.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по развитию координационных способностей с элементами креативных телесно-ориентированных практик.

3. В результате применения предложенной нами коррекционно-развивающей программы в экспериментальной группе статистически достоверно улучшились показатели развития координационных способностей на 9-17%, что позволяет рекомендовать данную программу для использования у детей с умственной отсталостью на занятиях по адаптивной физической культуре.

Список литературы

1. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2000. – 204 с.
2. Конишина, Е.В. Развитие мелкой моторики у детей дошкольного возраста средствами театральной деятельности / Е.В. Конишина [Электронный ресурс]. – М., 2014. – Режим доступа: <http://www.detsadclub.ru/13-vospitatelu/proektnay-deyatelnost/2577>. – Дата доступа: 14.04.2016.
3. Полякова, Т.Д. Адаптивная физическая культура: учеб.-метод. пособие / Т.Д. Полякова. – Минск: БГУФК, 2010. – 170 с.
4. Шипицина, Л.М. Специальная психология / Л.М. Шипицина. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ СВЯЗНОГО РЕЧЕВОГО ВЫСКАЗЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Ж.П. Чобот

Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

Одна из наиболее важных проблем современной школы – воспитание речевой культуры учащихся, качественное повышение уровня владения языком.

Особое значение приобретает развитие связной речи, которая в школе является не только специальным объектом обучения, но и основным средством учебной деятельности. Адекватное восприятие и воспроизведение текстовых учебных материалов, умение давать развернутые ответы на вопросы, самостоятельно излагать свои суждения – все эти и другие учебные действия требуют достаточного уровня развития связной (диалогической и монологической) речи.

Характеристика связной речи и её особенностей представлена в современной лингвистической, психолингвистической и специальной методической литературе. Исследователи Л.А. Пенъевская, Т.А. Ладыженская и др. отмечают, что элементы монологической речи появляются в высказываниях нормально развивающихся детей уже в 2–3 года. С 4 лет детям становятся доступны такие виды монологической речи, как описание и повествование. С 5–6 лет ребенок начинает интенсивно овладевать монологической речью, так как к этому времени завершается процесс фонематического развития речи и дети в основном усваивают морфологический и синтаксический строй языка. Однако полноценное овладение детьми монологической речи возможно только в условиях целенаправленного обучения. К необходимым условиям успешного овладения монологической речью относится формирование специальных мотивов, потребности в употреблении монологических высказываний; сформированности различных видов контроля и самоконтроля, усвоение соответствующих средств построения развернутого сообщения [1].

Приведенные положения особенно значимы для коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, имеющими общее недоразвитие речи (ОНР). В теории и практике логопедии под общим недоразвитием речи понимается такая форма речевой патологии, при которой нарушается формирование каждого из компонентов речевой системы: словарного запаса, грамматического строя, звукопроизношения. При этом отмечается нарушение формирования как смысловой, так и произносительной сторон речи. В целом для детей с ОНР типично позднее появление экспрессивной речи, резко ограниченный словарь, выраженный аграмматизм, специфические нарушения слоговой структуры слов [2].