

вперед, «восьмерка», метание мячей, подбрасывание и ловля мяча, отбивание мяча от пола, прыжки спиной вперед, прыжки через скакалку, что доказывает благотворное влияние разработанной нами КРП на развитие физических качеств у детей с нарушением зрения.

Таблица – Сравнительная характеристика показателей пространственной ориентации детей экспериментальной группы до начала и после окончания проведения занятий по разработанной КРП

Тесты	До начала	После окончания	t <sub>факт.</sub>	t <sub>крит.</sub>	P
Челночный бег 3×10 м, с	16,90±0,37	15,30±0,45	2,56	2,18	<0,05
Кувьрки вперед, с	12,90±0,29	11,10±0,57	2,94	2,18	<0,05
«Восьмерка», с	8,70±0,61	7,10±0,20	2,30	2,18	<0,05
Метания мячей, раз	4,30±0,61	6,10±0,45	2,37	2,18	<0,05
Подбрасывание и ловля мяча, раз	7,00±0,71	9,00±0,33	2,55	2,18	<0,05
Отбивание мяча от пола, раз	8,00±0,88	10,60±0,69	2,36	2,18	<0,05
Прыжки спиной вперед, см	38,60±0,94	42,00±0,98	2,50	2,18	<0,05
Прыжки через скакалку, раз	8,90±0,93	12,00±0,94	2,34	2,18	<0,05

Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по адаптивной физической культуре с включением достаточного разнообразия и увеличения времени проведения эстафет и подвижных игр в основной части занятия, а также введение выполнения домашнего задания с родителями у детей с нарушением зрения. Данная программа была апробирована на детях экспериментальной группы, в то время как дети контрольной группы занимались по стандартной программе детского сада. В конце исследования были проведены контрольные тесты, а полученные результаты сравнены при помощи методов математической статистики.

Статистически доказана положительная динамика развития пространственной ориентации под влиянием разработанной нами коррекционно-развивающей программы с включением разнообразных эстафет и подвижных игр в основной части занятия, а также введение выполнения домашнего задания с родителями у детей с нарушением зрения. Это доказывает благоприятное воздействие коррекционно-развивающей программы на развитие пространственной ориентации у этих детей по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшихся по стандартной методике детского сада для детей с ослабленным зрением.

1. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения: Материалы Междун. научно-пед. конф. тифлопедагогов и незрячих учителей, посвященной 200-летию РГПУ им. А.И. Герцена. С.-Петербург, 28–30 октября 1996 / ред. Е.М. Папина. – М.: Логос, 1997. – 115 с.

2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учеб. пособие: в 2 т. / под ред. С.П. Евсеев. – М.: Советский спорт, 2005. – Т. 1. – 296 с.

3. Кульбуш, Е.А. Обучение пространственной ориентировке слепых младших школьников / Е.А. Кульбуш. – Л.: ЛГПИ, 1988. – 56 с.

4. Литош, Н.Л. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии / Н.Л. Литош. – М.: Советский спорт, 2002. – 140 с.

5. Методические указания по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушениями зрения / разр. А.Н. Маймулов. – Л., 1984. – 30 с.

6. Солнцева, Л.И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения / Л.И. Солнцева. – М.: Полиграф-Сервис, 1999. – 180 с.

7. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2004. – 464 с.

## **КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

***В.И. Приходько, канд. мед. наук, доцент, О.Н. Онищук,***

Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

Речь является наиболее совершенной формой общения и в то же время одной из сложнейших высших психических функций человека. Речевые нарушения ребенка даже при сохраненном интеллекте и слухе отрицательно сказываются на его социализации, сопровождаются, как правило, отставанием в психофизическом развитии. В настоящее время известны различные речевые расстройства, такие как дислалия, дизартрия, ала-

лия, ринолалия, заикание и т. д. Одной из наиболее распространенных классификаций в логопедии является психолого-педагогическая. Она направлена на детализацию видов и форм речевых расстройств, позволяет логопеду дифференцированно подходить к коррекционному процессу по их преодолению. Согласно этой классификации, выделяют две группы речевых дефектов: нарушения средств общения (фонетико-фонематические и общие недоразвития речи) и нарушения в применении средств общения (заикание и комбинированный дефект, при котором заикание сопровождается общим недоразвитием речи) [6]. Особенности этих групп обуславливают различные методики в подходах к построению логопедических занятий, выбор соответствующих средств коррекции, то есть логопеды при проведении коррекционных занятий ориентируются на характер речевого нарушения ребенка.

Средства адаптивной физической культуры (АФК) способствуют речевому развитию ребенка. Это связано с тем, что тренировка мелкой моторики рук активизирует двигательную зону коры головного мозга и стимулирует развитие рядом расположенного речевого центра [1]. Кроме того, занятия адаптивной физической культурой оказывают комплексное воздействие на психофизическое состояние ребенка, являются значимым компонентом коррекционной работы в целом. Однако если содержание логопедических занятий определяется в соответствии с группой речевого нарушения, то критерий для деления детей с такой патологией в сфере АФК до конца не ясен. Классификация речевых нарушений не дает разносторонней характеристики психофизических особенностей ребенка. Так, по мнению Т.В. Соловьевой, «один и тот же логопедический диагноз не всегда сопряжен с одними и теми же двигательными нарушениями у детей, а потому он не может являться основанием дифференциации и индивидуализации педагогического процесса по физической культуре» [5]. Речевые нарушения у детей отражаются на различных сторонах психомоторного развития, при этом физические упражнения могут оказывать комплексное влияние их формирование. Поэтому при проведении коррекционной работы на занятиях АФК особенно значение имеет всесторонняя оценка психомоторного состояния ребенка. Реабилитационный потенциал представляет собой интегральный показатель, включающий оценку психического, функционального, физического и моторного развития детей [2]. Вопрос о влиянии различных речевых нарушений у детей на уровень реабилитационного потенциала до настоящего времени не изучен.

В связи с вышеизложенным, поставлена *цель исследования* – выявить критерий дифференцирования физической нагрузки у дошкольников с различными нарушениями речи.

Для ее решения применялись следующие *методы исследования*: изучены показатели психического развития (когнитивные процессы: устойчивость и переключение внимания, уровень слухоречевой памяти, логичность мышления) и уровня тревожности; функционального состояния кардиореспираторной системы (частота сердечных сокращений (ЧСС), пульсовое давление (ПД) и частота дыханий (ЧД) в покое, результаты проб: ортостатической, Штанге); уровня развития двигательных способностей и навыков (скоростно-силовые качества, статическая и динамическая координация, гибкость, мелкая моторика рук); физического развития (антропометрические показатели: рост, масса тела, окружность грудной клетки, оценка гармоничности развития, вычисление индексов: степени, весо-ростового, Эрисмана).

Под наблюдением находилось 120 детей 4–6 лет с различными речевыми расстройствами, которые в соответствии с психолого-педагогической классификацией разделены на две группы (1 группа – 72 ребенка с нарушениями средств общения и 2 группа – 48 детей с нарушениями в применении средств общения). У всех дошкольников оценены показатели реабилитационного потенциала согласно разработанной пятибалльной шкале, составленной с учетом половозрастных особенностей [4].

Изучение структуры реабилитационного потенциала позволяет выявить отстающие показатели психофизического развития детей с речевыми нарушениями. В зависимости от этого осуществляется подбор средств АФК, направленных на комплексную коррекцию психофизического развития детей с речевыми нарушениями. Средняя балльная оценка различных составляющих реабилитационного потенциала детей с различными речевыми нарушениями представлена на рисунке. Значимых отличий его показателей между детьми группы 1 и группы 2 не установлено ( $p > 0,05$ ). Это свидетельствует о том, характер подбора средств физической культуры для детей с различными речевыми нарушениями будет примерно одинаков.

Различный уровень реабилитационного потенциала (средний суммарный балл) обуславливает разное дозирование физической нагрузки на занятиях АФК у детей с речевыми нарушениями. Средний уровень реабилитационного потенциала детей первой группы составил  $53,0 \pm 20,2$  балла, а второй –  $53,6 \pm 20,0$  баллов ( $p > 0,01$ ). Следовательно, объем и интенсивность нагрузки у детей как с нарушениями средств общения, так и с нарушениями в применении средств общения не должны отличаться. Дошкольников с различными речевыми расстройствами при дозировании физической нагрузки целесообразно разделять на группы в зависимости от уровня среднего балла реабилитационного потенциала [3].

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что подбор характера средств и определение объема и интенсивности нагрузки у дошкольников на занятиях адаптивной физической культурой не зависят от особенностей речевых нарушений, а должны определяться структурой и уровнем реабилитационного потенциала.

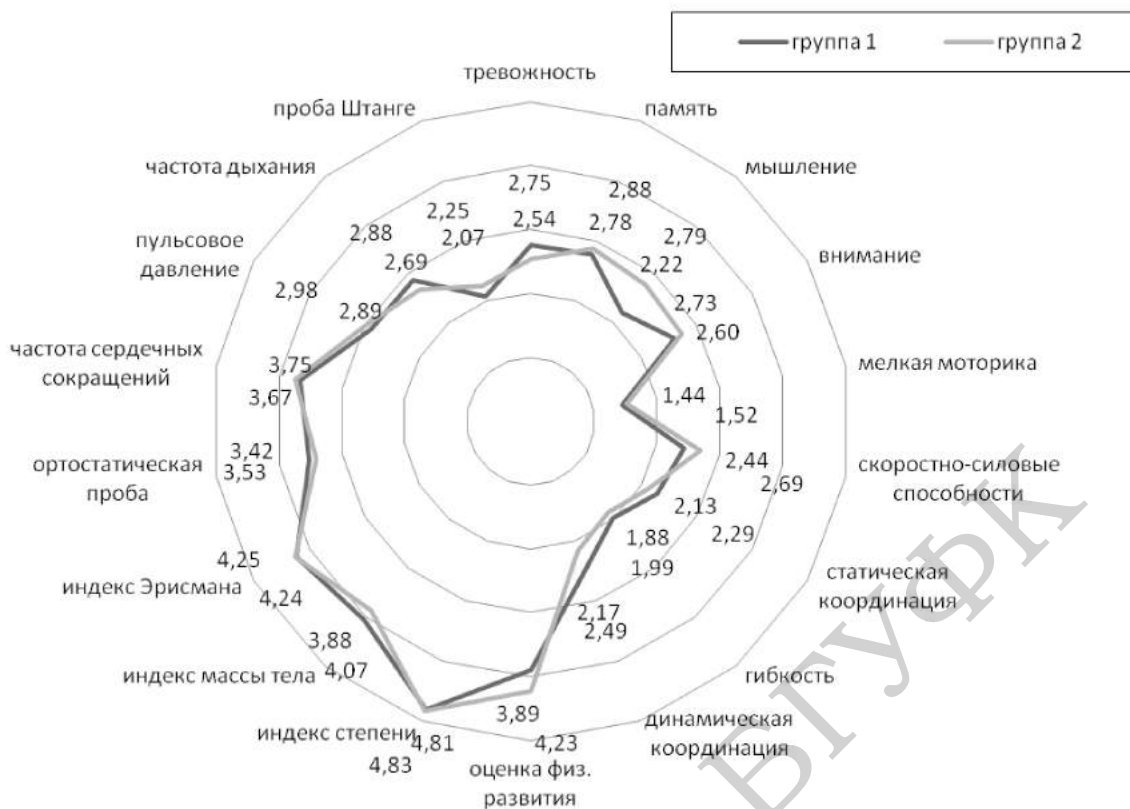


Рисунок – Средний балл показателей реабилитационного потенциала детей 4–6 лет с различными речевыми нарушениями

1. Кольцова, М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка / М.М. Кольцова. – М.: Педагогика, 1973. – 142 с.
2. Комплексная реабилитация детей-инвалидов в условиях детской больницы: метод. рекомендации для врачей реабилитологов / Т.С. Шуплецова. – Минск: Белорусское НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, 2003. – 81 с.
3. Приходько, В.И. Дозирование нагрузки на занятиях адаптивной физической культурой дошкольников с тяжелыми нарушениями речи на основе уровня реабилитационного потенциала / В.И. Приходько, О.Н. Онищук // Материалы научно-практической конференции «Современное состояние и пути развития системы повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров», г. Минск, 19 мая 2011 г. / редкол.: М.Е. Кобринский [и др.]. – Минск: БГУФК, 2011. – С. 258–261.
4. Приходько, В.И. Шкала оценки составляющих реабилитационного потенциала дошкольников с тяжелыми нарушениями речи / В.И. Приходько, О.Н. Онищук // Материалы второго научного конгресса «Проблемы физкультурного образования: содержание, направленность, методика, содержание», г. Калининград, 10–13 окт. 2011 г. / редкол.: В.К. Пельменов [и др.]. – Калининград: БФУ, 2011. – С. 357–360.
5. Соловьева, Т.В. Оздоровительно-коррекционная направленность занятий физическими упражнениями с дошкольниками, имеющими нарушения речи / Т.В. Соловьева // Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 3. – С. 57–59.
6. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / под общ. ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

## ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

*В.И. Приходько, канд. мед. наук, доцент, Е.М. Коледа,*  
Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни остеохондрозом болеют от 40 до 80 % жителей земного шара [2]. Более 80 % населения развитых стран страдает болями в спине, причем число таких больных в последние годы значительно увеличивается [4]. Заболевание проявляется чаще всего в тот возрастной период, когда человек самоувержден и активен в профессиональной деятельности. Это значимая