

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗБРАННОЙ ТЕМЕ	6
1.1. Понятие, причины и формы заболевания ДЦП	6
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с заболеванием ДЦП.....	11
1.3. Методика обучения плаванию детей с заболеванием ДЦП.....	13
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	22
2.1. Организация исследования	22
2.2. Методы исследования.....	23
ГЛАВА 3. ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
ВЫВОДЫ.....	33
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	35
ИНТЕРНЕТ РЕСУРСЫ	38
Приложение 1	39
Приложение 2	42
Приложение 3	43
Приложение 4	44
Приложение 5	48

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России число детей с умственными и физическими ограничениями постоянно возрастает. Этому способствует ряд неблагоприятных социальных, экономических, экологических и других факторов. Проблема реабилитации таких детей, в том числе и средствами физического воспитания, достаточно актуальна. Для детей с ограничениями физического воспитания – не только средство укрепления здоровья, повышения двигательной подготовленности, но и мощный фактор коррекции и компенсации нарушенных функций. Характер нарушения функций организма при различных формах инвалидности или отклонений в развитии обуславливает соответствующие изменения в процессах адаптации к окружающей среде, снижая их уровень.

Известно, что занятие спортом способствует укреплению здоровья, формированию у инвалидов разнообразных двигательных компенсаций, становлению навыков самообслуживания, повышению их социального статуса (Л. И. Белоусов, 1976; В. П. Жиленкова, 1989, 1990; С. П. Евсеев, 1998; Л. В. Шапкова, 1999).

Среди различных видов спорта, применяемых с инвалидами, самым популярным является плавание. Это объясняется тем, что, во-первых, плавание является жизненно необходимым навыком, во-вторых, водная среда, явление гидроневесомости уравнивает инвалидов со здоровыми людьми и в-третьих плавание - эффективное средство физического развития и закаливания.

Постоянное умелое и комплексное, общение с водой, имеет важное значение, для гармоничного развития детей и подростков. Присутствие детей в плавательном бассейне при занятии плаванием приносят детям с ограниченными возможностями безудержный поток положительных эмоций - радость, счастье, развитие свободы и повышение двигательной активности.

Для реабилитации данной категории детей занятия спортом предполагают не только восстановление психических и физических функций,

но и их адаптацию к активной деятельности в обществе. Привлечение их к занятиям плаванием является наиболее целесообразным в силу специфических особенностей плавания и как вида физических упражнений и как вида спорта. При этом занятия плаванием для лиц с ограниченными возможностями здоровья имеют два основных направления:

1) обучение жизненно необходимому навыку с рекреационно-оздоровительной направленностью реализуется в процессе выполнения образовательных программ, внеклассных занятий в секциях по обучению плаванию;

2) отбор и подготовка перспективных пловцов для выступления на соревнованиях среди разных категорий инвалидов.

Актуальность исследования: обусловлена и тем, что для детей с заболеванием ДЦП плавание является не только средством укрепления здоровья, повышения двигательной подготовленности, но и мощным фактором коррекции и компенсации нарушенных функций.

Цель исследования: повышение эффективности обучения плаванию детей с заболеванием ДЦП, для достижения высокого уровня жизненного самообеспечения и социального развития.

Задачи исследования:

- Проанализировать современную научно-методическую литературу по проблеме исследования;
- Обосновать эффективность методики начального обучения плаванию на физическую подготовленность детей с заболеванием ДЦП;
- Выявить влияние водной среды на детей с заболеванием ДЦП.
- Сравнить как методика начального обучения влияет на физическую подготовку с различными формами заболевания.

Объект исследования: занятия плаванием детей с заболеванием ДЦП.

Предмет исследования: влияние занятий плаванием на физическую подготовленность детей с заболеванием ДЦП.

Гипотеза исследования: предполагается, что применяемая методика начального обучения плаванию к детям с заболеванием ДЦП способствует повышению их физической подготовленности и улучшают координационные способности.

Научная новизна исследования заключается в том, что сравнительно недавно стала, популяризирована гидрореабилитация в России.

Теоретическая значимость: состоит в том, что результаты исследования вносят новый вклад в теорию и методику обучения плаванию лиц с заболеванием ДЦП, расширяя представления об организации процесса адаптивного физического воспитания аномальных детей и подростков.

Практическая значимость работы состоит в разработке программы начального обучения основам техники спортивного плавания детей с заболеванием ДЦП, позволяющей сопряженно воздействовать на физическое развитие, развитие двигательных качеств и психомоторику данного контингента; а так же в разработке практических рекомендаций для специалистов по гидрореабилитации, преподавателей физической культуры специальных (коррекционных) школ VIII вида и тренеров, по организации и проведению занятий адаптивным плаванием в рамках внешкольной работы.

ГЛАВА 1. ОБЗОР НАУЧНО – МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗБРАННОЙ ТЕМЕ

1.1. Понятие, причины и формы ДЦП

Детский церебральный паралич— это заболевание, объединяющий группу хронических (не развивающих комплексов) двигательных нарушений, по отношению к поражениям или заболеванием головного мозга, возникающим в около родовом (перинатальном) периоде. Отмечается ложное прогрессирующее по мере роста ребёнка. Нарушение интеллекта наблюдается примерно у 30-50 % людей с ДЦП. Среди больных (со спастической квадриплегией) - затруднения в мышлении и умственной деятельности более видны, чем среди болеющих от других видов церебрального паралича. Повреждение головного мозга может повлиять также на познание родного языка и речи. ДЦП не является наследственным заболеванием. Но при этом видно, что некоторые (генетические) факторы участвуют в развитии заболевания (примерно в 15 % случаев). Так же определенную сложность представляет существование множества ДЦП-подобных заболеваний.

Причина любых церебральных параличей— заболевание в коре, подкорковых областях, в капсулах или стволе головного мозга. Заболеваемость рассматривается в размере 2 случаев на 1000 новорожденных. Отличие ДЦП от других параличей — во времени возникновения и связи с этим нарушением ослаблению рефлексов, характерных для новорождённых.

Термин «детский церебральный паралич» не следует путать с термином «детский паралич» — устаревшим названием последствий эпидемического полиомиелита.

Причины заболевания ДЦП.

Существует много возможных причин детского церебрального паралича, они могут оказывать влияние как и во время родов, так и во время беременности и в первые (около 4) недели жизни ребёнка.

Распространённость детского церебрального паралича среди новорождённых: 2 к 1000 новорожденным (у мальчиков чаще в 1,33 раза)

Недоношенность — это один из самых серьёзных факторов риска развития детского церебрального паралича, присутствующий практически в половине случаев развития ДЦП.

Основными причинами являются:

- нарушение развития головного мозга
- хроническая внутриутробная недостаточность кислорода плода, различного генеза
- гипоксически-ишемические поражения головного мозга
- внутриутробные инфекции, особенно вирусные (чаще герпес вирусные)
- несовместимость крови плода и матери и развитием гемолитической желтухи новорожденных
- травматические поражения головного мозга в интра- и постнатальном периоде
- инфекционное поражение головного мозга в постнатальном периоде
- токсические поражения головного мозга (отравления свинцом и др.)
- Ятрогенные причины

Несмотря на это, в каждом конкретном случае, не всегда возможно определить главную причину нарушения.

Профилактика детского церебрального паралича (ДЦП) заключается в своевременной терапии и профилактике вышеописанных основных причин. Важно раннее выявление, наблюдение за группами риска (наличие ожирения, хронических болезней, хронического пиелонефрита у женщины) и

адекватная терапия плацентарной недостаточности (с развитием или без развития гестоза) — как одной из самых частых причин, выбор надлежащего способа ведения родов.

Как проявляется заболевание ДЦП у детей?

Дети с заболеванием ДЦП в 50% случаях (в зависимости от формы заболевания) не способны свободно передвигаться и сами себя обслуживать! НЕ проявляют интереса к предметам, событиям и явлениям, которые их окружают, поскольку не нуждаются в потребности познания. Это приводит к тому, что с возрастом их жизненный опыт оказывается крайне бедным, то же самое можно сказать о словарном запасе. Кроме того, от своих сверстников такие дети отличаются слабой памятью и вниманием: им сложно (а порой вовсе невозможно) сосредоточить свое внимание, тяжело воспроизводить услышанный текст, поскольку многое для них непонятно в рассказе и не связано логически.

Мышление детей с ДЦП также имеет свои (специальные) особенности. Как известно, оно протекает в форме таких операций, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция. Но у детей данной категории все вышеперечисленные операции имеют своеобразные черты и сформированы недостаточно.

Что касается эмоций, то тут все зависит от (степени) умственной отсталости. Чем глубже она, тем слабее эмоции ребенка. Такие дети отличаются неглубокими переживаниями, (поверхностными эмоциями), а, в отдельных случаях, и вовсе их отсутствием. Такие дети могут быть пассивны и вялы, а могут, наоборот, проявлять повышенную возбудимость и даже агрессию. Иногда их эмоции могут быть абсолютно неадекватными.

Степени заболевания ДЦП

Неврологи выделяют три основные формы детского церебрального паралича:

Спастическая диплегия

Самая известная разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм). Нарушение мышечных функций с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование, изменений позвоночника и суставов. Преимущественно у детей диагностируется, родившихся недоношенными (последствия внутри желудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этом, в отличие от спастической квадриплегии, поражены больше задние и, реже, средние отделы белого вещества. При этой форме, как правило, наблюдается (тетраплегия), с мышечной спастикой больше преобладающей в ногах. Наиболее известные проявления — задержка речевого и психического развития и т. п. Частая патология встречается в черепных нервах: сходящееся косоглазие, нарушение зрительного нерва, нарушение слуха, (нарушение речи в виде задержки её развития) ослабленное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления). Прогноз возможностей двигательных менее положителен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее удобна в отношении социальной адаптации возможности. При нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук, степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых

Гемиплегическая форма

Когда тонус в разгибателях и сгибателях непрерывно меняется, из-за чего в туловище и конечностях появляются резкие произвольные движения, мешающие ребёнку сохранять равновесие и ходить.

Характеризуется односторонним (спастическим гемипарезом). Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врождённая церебральная патология; внутримозговое кровоизлияние или (ишемический) инфаркт в одном из

полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей.

Астеническо-астатическая форма

При этой форме заболевания, тонус всех групп мышц бывает понижен, что также мешает нормально двигаться и удерживать равновесие. Бывают случаи, когда астеническо-астатическая форма переходит в атетоническую. У множества детей с церебральным параличом наблюдаются нарушения речи, которые в большой степени затрудняют их контакт с родителями и другими детьми. Тяжелые, так называемые генерализованные формы детского церебрального паралича, когда поражаются руки и ноги, речь, а подчас и слух ребенка – приводят его к глубокой инвалидности. Детский церебральный паралич - это не прогрессирующее заболевание, однако оно может давать осложнения в виде форм параличей. По сути детский церебральный паралич - даже не болезнь, при котором нормальное развитие ребенка чрезвычайно затруднено, а состояние.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с заболеванием ДЦП

Психика детей болеющих ДЦП характеризуется следующими признаками.

1. Восприятие характеризуется замедленным объемом и темпом, поэтому освоение двигательных действий, формирование знаний требует больше времени. Проблема восприятия времени и пространства мешают ориентироваться в окружающем, улавливать внутренние взаимосвязи. Например, подводящие упражнения часто воспринимаются как самостоятельные, не имеющие логической связи с основным упражнением.

2. Речевая деятельность развита недостаточно, страдают все ее стороны: лексическая, грамматическая, фонетическая. Характерна задержка становления речи, понимания обращенной речи. К старшим классам словарный запас значительно увеличивается, однако сохраняется дефицит слов, определяющих внутренние свойства человека, а предложения оказываются очень простыми. Нарушение речи носит системный характер и распространяется на все ее функции -коммуникативную, познавательную, регулирующую. Причиной являются нарушения связи между первой и второй сигнальными системами. В результате отмечаются трудности звукобуквенного синтеза и анализа, понимания речи и восприятия, что снижает потребность в речевом общении. Р.И. Лалаева установила, что только 30% детей начальных классов с детским церебральным параличом имеют относительно высокий уровень развития речи, у остальных 70% отмечается постоянное нарушение речи различной степени тяжести.

3. Память характеризуется низким уровнем запоминания и слабым развитием, сохранения, воспроизведения. Особенно тяжело (осмысленное) запоминание. То, что сохраняется механической памятью, тоже быстро забывается. Это касается как слов, так и движения. Поэтому каждое физическое упражнение, речь, указание требуют многократного повторения, причем лучше запоминаются яркие, эмоциональные переживания, вызвавшие интерес. Требовать запомнить материал - малоэффективно.

4. Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностью его распределения, замедленностью переключения. Дети не могут долго сосредотачиваться на одном предмете, быстро отвлекаются. Это проявляется в том, что при возникновении любых трудностей они стараются переключаются на что-то другое или их избежать.

5. Особенно страдают волевые процессы. Дети крайне без инициативны, не могут самостоятельно руководить своей деятельностью. Им свойственны (непосредственные) импульсивные реакции на внешние впечатления, неумение противостоять воле другого человека.

6. Эмоциональная сфера также имеет ряд особенностей. Отмечается неустойчивость эмоций, недоразвитие, отсутствие оттенков переживаний, стереотипность реакций, слабость собственных намерений.

Всем детям свойственны нестабильность чувств, эмоциональная незрелость, трудности в понимании мимики и выразительных движений. Наблюдаются случаи то выраженного эмоционального спада, то повышенной возбудимости. У детей этой категории отмечается недоразвитие навыков игровой деятельности, они с удовольствием играют в известные, освоенные подвижные игры и с трудом осваивают новые.

При разнице психофизических характеристик, свойственных детям с разной степенью ДЦП, имеются и общие черты. Наиболее характерной из них является сниженная самооценка. Зависимость от родителей затрудняет формирование себя как личности, ответственной за свое поведение. Этому способствует низкий уровень навыков общения, пассивность, задержка

вербального развития, отсутствие инициативы, повышенная подчиняемость, агрессивность, деструктивное поведение.

1.3. Методика обучения плаванию детей с заболеванием ДЦП

При обучении плаванию данной категории лиц необходимо, прежде всего, учитывать психоэмоциональное состояние обучаемых, так как от этого зависит эффективность всего занятия. Освоение с водой у лиц с нарушением опорно-двигательной системы, оно достаточно сложное для занимающегося, должно осваиваться целостно-раздельным методом (освоение по отдельным фазам движения). Упражнения в воде и на суше сначала осваиваются совместно с тренером, который направляет движения занимающегося, помогает ему осваивать движения, начиная с контроля за положением головы. Необходимо повторять упражнения, которые разучивались в течение недели. При объяснении упражнения нужно фокусировать внимание на той части тела, которая в данный момент совершает действие. На занятиях должны широко использоваться звуковые и речевые сопровождения, так как слова, фразы, понятия нормализуют и улучшают психологическую деятельность обучающихся, улучшают процесс восприятия и понимания речи, обогащают словарь. Дети часто теряют интерес к выполнению упражнений, поэтому необходимо использовать игровой метод, а также фиксировать и оценивать уровень овладения занимающимися упражнениями по освоению с водой.

Все методы обучения применяются вместе (комплексно). Обучение спортивным способам и отдельным двигательным действиям происходит с применением целостно-раздельного метода обучения. Как на суше, так и в воде при обучении плаванию используется помощь партнера, направляющего движения пловца. При игровом методе обучения используются уже освоенные двигательные действия.

Необходимо оценивать любые, даже самые незначительные, продвижение занимающихся в двигательной подготовленности при выполнении отдельных упражнений.

В воде, на мелкой части:

а) изучаются подготовительные упражнения по освоению с водой: передвижения по дну бассейна в различных положениях и вариантах, т. е. движения вперед грудью (с опорой и без опоры), вперед спиной (с опорой и без опоры), без помощи рук, с помощью одновременных движений руками (с поддержкой и без), с помощью попеременных движений рук, выполняющих элементарные гребковые движения кистью рук, способствующих передвижению в воде;

б) приседания в воде по плечи (постепенно приседания довести до погружения в воду всей головы); приседания в воде с полным погружением тела и головы, выпрыгивания из воды (с опорой и без опоры);

в) открывание глаз в воде с целью определения своего положения по отношению продольной и перпендикулярной линии на дне бассейна;

г) обучение выдоху в воду:

- стоя в наклоне у бортика, с опорой рукой о борт, опустить подбородок и губы в воду – выполнить выдох – поднять подбородок выше уровня воды, выполнить короткий вдох и снова опустить в воду – выполнять сериями по 10-15 раз;

- то же, но после вдоха – приседания в воду с головой и выполнение выдоха.

д) всплывание:

- «Медуза» - стоя наклониться вниз к ногам, опустив лицо в воду, остаться в таком положении несколько секунд, на задержанном дыхании, сделать гипервентиляцию легких (5-6 глубоких дыхательных движений);

е) лежание:

- из положения «поплавок» всплыть на поверхность воды и, медленно разгибаясь, лечь на воду вытянувшись, лицо держать в воде на задержанном

дыхании; не нарушая равновесия, развести в стороны руки и ноги, свести в исходное положение;

ж) скольжение:

- стоя спиной к стенке бассейна, наклониться, вытянуть руки вперед, упереться ногой о бортик – оттолкнуться от нее, вытянуться и лечь грудью на воду – скользить по поверхности воды с опущенным лицом в воду, до полной остановки движения, с группироваться и встать на дно.

Чтобы осуществить правильный акт дыхания человеку необходимо сначала выполнить вдох, после чего задержать дыхание, опустить голову в воду, сделать выдох, поднять голову из воды и вновь сделать вдох. Если обычному ребенку достаточно несколько раз показать, и он уже имеет представление о выполнении данного упражнения, то для детей с заболеванием ДЦП процесс дыхания не только огромный фактор трудности, но и порой невероятный фактор страха, который не так-то просто преодолеть. На освоение каждой фазы может уйти по несколько месяцев. А изучение всего дыхательного цикла иногда растягивается на 2-3 года.

Упражнения, которые представлены далее, носят в основном игровой характер. Их можно выполнять с занимающимся еще до прихода его в бассейн, а также в процессе занятий. Они помогают ребенку получить образное представление о дыхании и более сознательно подойти к этому вопросу, способствуют формированию лексикона. Ребёнок обучается по определенной команде выполнять конкретное упражнение. Освоение упражнений подготовительного этапа значительно облегчает дальнейшее изучение правильного дыхания.

Упражнение 1

Просим сделать вдох, задержать дыхание и надуть щеки. Можно сопроводить это комментарием: «Надуй щечки, как у хомячка!». Сначала сами показываем ребенку, выразительно выполняем вдох, раздуваем щеки и звучно выдыхаем. Побуждаем ребенка выполнить действие фразой «А ты так

можешь?» Если у ребенка получается, то обязательно подкрепить успех похвалой.

Упражнение 2

Это упражнение выполняется в тесной взаимосвязи между педагогом и учеником. Ребенок выполняет вдох, надувает щеки, а преподаватель или родитель нажимает на щеки ребенка. Неожиданный выход воздуха доставляет ребенку массу приятных ощущений и создает представление о форсированном выдохе.

Обучение задержке дыхания на входе и снятие психологического дискомфорта и страха при погружении.

Упражнение 1

Преподаватель набирает в свою ладонь воды и поливает ребенка на затылок. Начинаем с двух трех раз в занятие. На последующем занятии прибавляем еще три пять раз. От занятия к занятию доводим до десяти раз.

Упражнение 2

Влажной ладонью протираем лицо и уши ребенка. Начинаем с одного раза. Через три занятия увеличиваем еще на один раз. Постепенно увеличиваем до десяти пятнадцати раз.

Упражнение 3

Поливаем ребенка из ладошки воду на макушку таким образом, чтобы вода стекала вниз, попадая на уши, и при этом не затрагивала лицо. Начинаем с двух трех раз, увеличиваем постепенно до десяти пятнадцати раз.

Упражнение 4

Поливаем воду ладошкой на макушку так, чтобы вода попадала на лицо. Начинаем с одного раза в занятие. Непосредственно перед обливанием произносим слово «Вдох» или «Ныряем». На втором занятии увеличиваем на

один два раза. На третьем выполняем четыре пять раз. Между обливаниями обязательно выдерживаем паузу в 15-20 секунд. Доводим до 20-30 раз. Если ребенок на каком-либо из этапов освоения данного упражнения выдает явную негативную реакцию, то желательно сделать перерыв в одно два занятия, после чего начать изучение с одного раза в занятие. После того как ребенок выдерживает 5-8 обливаний подряд, в качестве дополнительной нагрузки добавляем по 3-4 обливания в самом начале и самом конце урока.

Упражнение 5

Ребенок стоит на мелкой части бассейна спиной к тренеру, либо же тренер усаживает ребенка к себе на поднятое бедро. Тренер в свои ладони берет ладошки ребенка и, манипулируя его руками, моет лицо ребенка. Начинаем с 5-6 раз. Постепенно доводим до 10-15. Постепенно приучаем ребенка выполнять это упражнение самостоятельно.

Упражнение 6

В этом упражнении мы впервые сделаем попытку погрузиться в толщу воды. Сначала производим 2-3 обливания подряд в быстром темпе. Даем ребенку небольшую передышку, чтобы он успел взять вдох, а сами обхватываем своими руками туловище ребенка, произносим слово «Ныряем» и погружаем на доли секунды в толщу воды так, чтобы макушка оставалась на поверхности, а лицо было погружено. Подняв на поверхность, выполняем 1-2 не очень высоких подкидывания вверх, не вынимая полностью ребенка из воды, и далее стараемся переключить ребенка на другой вид деятельности. В этом уроке ни к обливаниям, ни к погружениям больше не возвращаемся. Делаем только один раз. На следующем занятии осторожно проводим контрольное обливание из ладошки и наблюдаем за реакцией ребенка. Если реакция положительная или безразличная, то выполняем весь предыдущий комплекс упражнений с 1-го по 5-е, но без погружения. По два-три повторения каждое упражнение. В третье занятие, от начала выполнения данного упражнения, выполняем также, одно погружение. Лучше всего его

выполнить в середине урока, а в конце осуществить обильное обливание без погружения.

Если все же ребенок на контрольное обливание выдает негативную реакцию, то правильнее всего будет «откатиться» до второго упражнения и в течение 3-6 занятий вновь выполнить упражнения 1-6, после чего осуществить вновь погружение исходя из рекомендаций описанных выше. Если на контрольном обливании реакция вновь негативная, то опять делаем «откат» и уже на протяжении 2-3 занятий интенсивно повторяем курс. Дальше, несмотря на реакцию ребенка, проводим одно погружение в занятие, и так на протяжении 3-4 занятий, после чего увеличиваем количество погружений до 2-5 в занятие. Варьировать нагрузку возможно также временем пребывания ребенка в толще воды.

Упражнение 7

Это упражнение, как правило, включается в процесс обучения на 3-7-е занятие от начала изучения упражнения номер 6. Ребенок располагается лицом к преподавателю. Тело ребенка погружено в воду до уровня плеч. Руки преподавателя удерживают ребенка за туловище в районе подмышек. Выполняем два три интенсивных подъема тела из воды до уровня пояса и погружения до подбородка, после чего резко погружаем ребенка в толщу воды с головой и тут же вынимаем его на поверхность. В первый раз осуществляем максимум 2 погружения. Желательно момент погружения обозначать командой голосом, либо речитативом типа: «Баба села на горох и сказала деду «Ох!»». На «Ох!» соответственно и погружаем. Постепенно доводим до 10-15 погружений подряд.

Упражнение 8

Данное упражнение похоже на предыдущее, только после погружения мы даем занимающемуся возможность самостоятельно выбраться на поверхность воды. Как только какая-либо часть тела ребенка показывается на поверхности воды, тут же подхватываем его. На первых порах после погружения придаем телу ребенка небольшое ускорение направленное вверх,

после чего отпускаем. Варьировать упражнение возможно частотой погружения в единицу времени, а также глубиной, на которую погружается ребенок. Доводим 5-10 выполнений подряд.

Упражнение 9

Держим ребенка-инвалида за туловище спиной к себе. Считаем: «Раз, два, три, ныряем!». Погружаем ребенка в толщу воды и придаем его телу ускорение вперед по направлению к бортику, разделительному шнуру или партнеру. Задача ребенка – проскользнуть на задержке дыхания и ухватиться за неподвижную опору. Варьировать упражнение возможно, изменяя дальность проплывания, силу ускорения тела ребенка, а так же изменением неподвижной опоры, и длительностью задержки дыхания. С последним надо быть весьма осторожным. Задержка не должна превышать 30 секунд. Бывают случаи, когда ребёнок, начав действие, продолжает выполнять его по инерции, и не может его приостановить, несмотря на негативные ощущения, вызываемые отсутствием кислорода. Из-за этого упражнение может вызвать сильный эмоциональный стресс, в лучшем случае.

Обучению дыхательному циклу вдох – задержка дыхания – выдох в воду.

Лучше всего создавать представление о дыхании уже с самого первого посещения ребенком бассейна. Личный пример обязательно сопровождаем эмоционально-смысловым комментарием. При этом в комментарии не должна проскальзывать мысль о том, что занимающемуся когда-либо это придется делать. Осознание необходимости выполнять конкретное действие может напугать ребенка, и он на следующих занятиях не войдет в воду. Так что первые 10-15 занятий никаких конкретных случаев связанных с дыханием в воде, если только ребенок сам не проявит инициативу к изучению. Лучше акцентировать внимание ребенка на эмоциональную сторону «вдоха – выдоха». «Посмотри на веселые пузырьки!» - обращается преподаватель к ученику и делает мощный вдох (можно его озвучить),

опускает голову в воду и делает выдох так, чтобы вода забурлила. При выдохе тренер может также издавать различные звуки или даже произносить слова. Необычное звучание пузырьков является дополнительным фактором к привлечению внимания ребенка и созданию положительной валентности к упражнению. После выполнения показа необходимо обязательно прокомментировать его эмоционально заряженной фразой типа «Ты видел эти волшебные пузырьки!», или что-нибудь в том же духе. Через некоторое количество занятий к комментарию добавляем фразу: «А ты так можешь?». Произносим только фразу и никаких иных побуждений. Если ребенок попытается самостоятельно повторить за взрослым, то обязательно его нужно похвалить за намерение, но все же попросить воздержаться пока от выполнения упражнения, если вы считаете, что навыков у него пока не достаточно для успешного выполнения. Лучше переключить стремление ребенка на упражнения, которые представлены ниже. Отрицательный опыт может стать впоследствии трудно преодолимым препятствием.

Упражнение 10

Ребенок находится на мелкой части бассейна. Наклоняет лицо к воде, но не опускает его в воду, выполняет выдох таким образом, чтобы пошли волны. Можно на воду положить легкую игрушку и, выполняя выдох, попытаться ее сдвинуть с места дыханием.

Упражнение 11

Ребенок делает вдох, погружает голову в воду так, чтобы рот находился под водой, а нос на поверхности. Просим ученика сделать осторожный выдох ртом.

Упражнение 12

Ребенок стоит на дне со стороны мелкой части бассейна. Складывает свои ладони «ковшом» в воде. Выполняет глубокий вдох и надувает щеки. Энергичным движением доносит воду до лица и делает выдох ртом в ладошки. Если для сознания ребенка это упражнение представляет трудности, то сначала преподаватель может сам выполнять манипуляции с

руками ребенка, стоя за спиной у ребенка или усаживая его на свое поднятое бедро. Руками складывает ладони ребенка «ковшом», командует «Вдох!» после чего энергично подносит руки ребенка к его лицу. При касании лица слегка надавливает на щеки ребенка, выполняется «Выдох!». Доводим выполнение упражнения до 20-ти раз.

Упражнение 13

Ребенок стоит на дне со стороны мелкой части. Зажимает своими пальцами крылья носа. Выполняет вдох, погружает лицо в воду, поднимается на поверхность, делает выдох ртом. При уверенном выполнении, упражнение усложняется, и выдох выполняется в воде. Доводим до 20-ти раз.

Упражнение 14

Ребенок стоит на мелкой части бассейна. Зажимает своими пальцами крылья носа. Погружает лицо в воду, открывает нос и делает непродолжительный выдох в воду носом, закрывает нос вновь, поднимается на поверхность.

Упражнение 15

Ребенок стоит на мелкой части бассейна. Из ладошек составляет «ковш» и опускает его на глубину 5-7 сантиметров от поверхности воды. Умывается, опуская лицо в ладони, и одновременно выполняем выдох ртом.

Упражнение 16

Стоя на мелкой части бассейна, ребенок выполняет вдох, опускает голову в воду и издает ртом рычащие звуки «Р-р-р-р-р!». После чего поднимает голову на поверхность. В качестве усложнения и варьирования ребенку можно предложить под водой произносить слова, и даже целые предложения.

Упражнение 17

Стоя на мелкой части бассейна, ребенок выполняет вдох ртом, погружает голову под воду и выполняет выдох последовательно ртом и

носом. Варьировать данное упражнение возможно, изменяя продолжительность задержки дыхания, выдоха и частоту дыхательных циклов.

В дальнейшем изучение дыхания производится в согласовании с движениями ног и рук - сначала у неподвижной опоры, потом с подвижной опорой и далее не используя поддерживающие средства.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования

Наше исследование проходило в несколько этапов:

I этап (март – апрель 2015г.) – обзор и анализ научно-методической литературы по избранной теме.

II этап (январь 2015г.) – для проведения данного исследования были сформированы 2 группы (испытуемая и контрольная) детей с заболеванием ДЦП (в исследовании принимали участие дети с **спастической(контрольная)** и **гемиплегической(экспериментальная)** формой заболевания) в количестве 10 человек в возрасте от 7 до 18 лет.

На протяжении всего эксперимента испытуемые занимались по методике начального обучения плаванию 3 раза в неделю по 30 минут в бассейне гимназии №2.

III этап (февраль 2015г. – февраль 2016г.) – в процессе исследования (в начале и конце эксперимента) были проведены контрольные испытания по оценочному листу (см. приложение 3), составленному сотрудниками ФОЦ «Движение плюс» следующих показателей: показатель регулярности дыхания с выдохом в воду, лежания на спине, скольжение на спине (м), показатель длительности плавания с работой ног на спине (м), для определения значимости данной методики.

IV этап (март 2016г.) – обработка полученных результатов данного исследования.

2.2. Методы исследования

В нашей работе используются следующие методы:

- 1. теоретический анализ литературных источников**
- 2. педагогическое наблюдение**
- 3. педагогический эксперимент**
- 4. тестирование**
- 5. метод математической статистики**

1. Теоретический анализ литературных источников применялся с целью изучения состояния проблемы исследования, формирование гипотезы, цели и задач работы. В ходе исследования нами были изучены источники, которые предоставлены в списке литературы.

Данный метод был использован для наиболее полного понимания сути исследования.

2. Педагогическое наблюдение

Педагогическое наблюдение – это непосредственное восприятие, познание педагогического процесса в естественных условиях.

Данный метод позволил нам получить первичную информацию о испытуемых.

3. Педагогический эксперимент

Для определения влияния плавания на физическую подготовленность детей заболеванием ДЦП были отобраны упражнения и разработан оценочный лист сотрудниками ФОЦ «Движение плюс» (см. Приложение 3):

4. Тестирование

Мы провели тестирование по следующим показателям:

- Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду
- Лежание на спине (с)

- Скольжение на спине (м)
- Проплывание отрезка на спине с работой ног (м)

Данные упражнения позволили выявить влияние плавания на физическую подготовленность детей с заболеванием ДЦП.

5. Метод математической статистики

Результаты контрольных испытаний подвергались математической обработке и заносились в таблицы 1, 2, 3 и 4 (см. приложения 4 и 5).

На начальном и этапе исследования и далее мы обработали свои показатели с помощью среднего арифметического балла, что видно на рис.1, 2, 3, 4, 5 и 6. После контрольных испытаний мы посчитали значимость применения методики начального обучения плаванию к детям с заболеванием ДЦП с помощью t-критерия Стьюдента.

ГЛАВА 3. ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Экспериментальная группа.

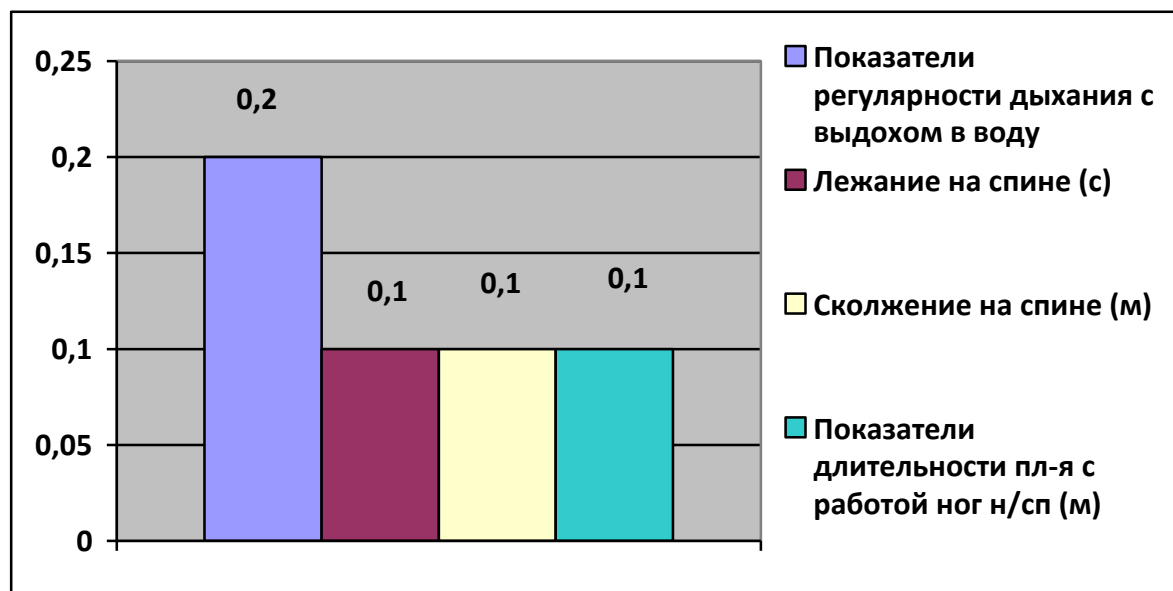


Рис.1 Показатели физической подготовленности экспериментальной группы на начальном этапе исследования (февраль 2015 г.)

По результатам первоначального тестирования на данных диаграмме видно, что практически все дети из экспериментальной группы имели нулевой уровень физической подготовленности.

Контрольная группа.

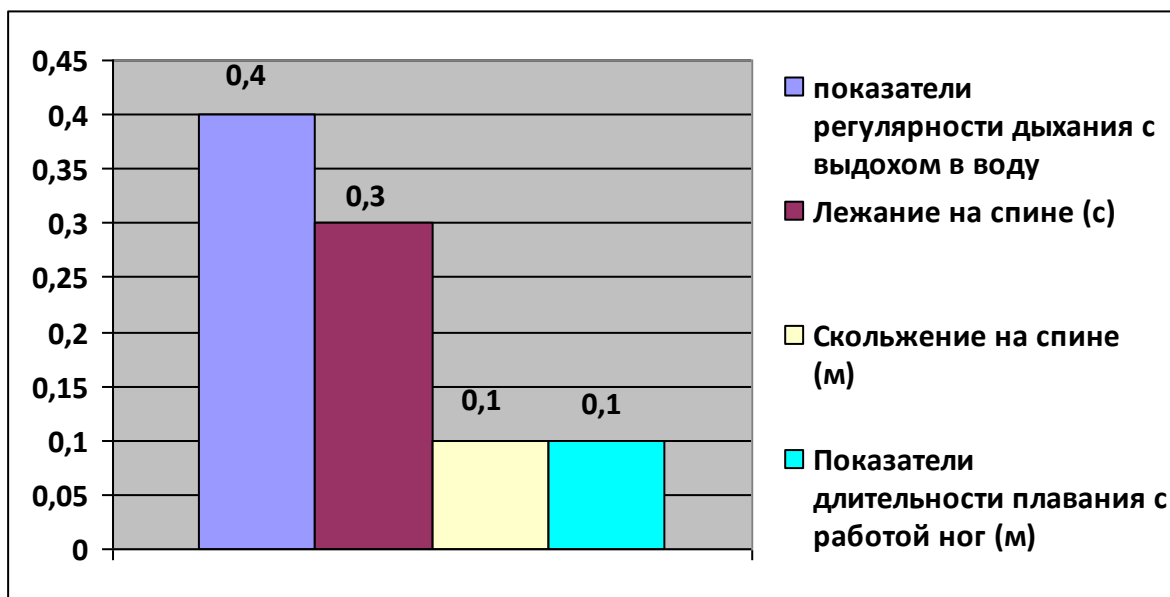


Рис.2 Показатели физической подготовленности контрольной группы на начальном этапе исследования (февраль 2015 г.)

По результатам первоначального тестирования на данных диаграмме видно, что дети из контрольной группы имеют незначительные показатели по регулярности дыхания с выдохом в воду, лежанием на спине и практически нулевые показатели по скольжению на спине, длительностью плавания с работой ног.

На данной диаграмме показаны две группы в сравнении на начальном этапе.

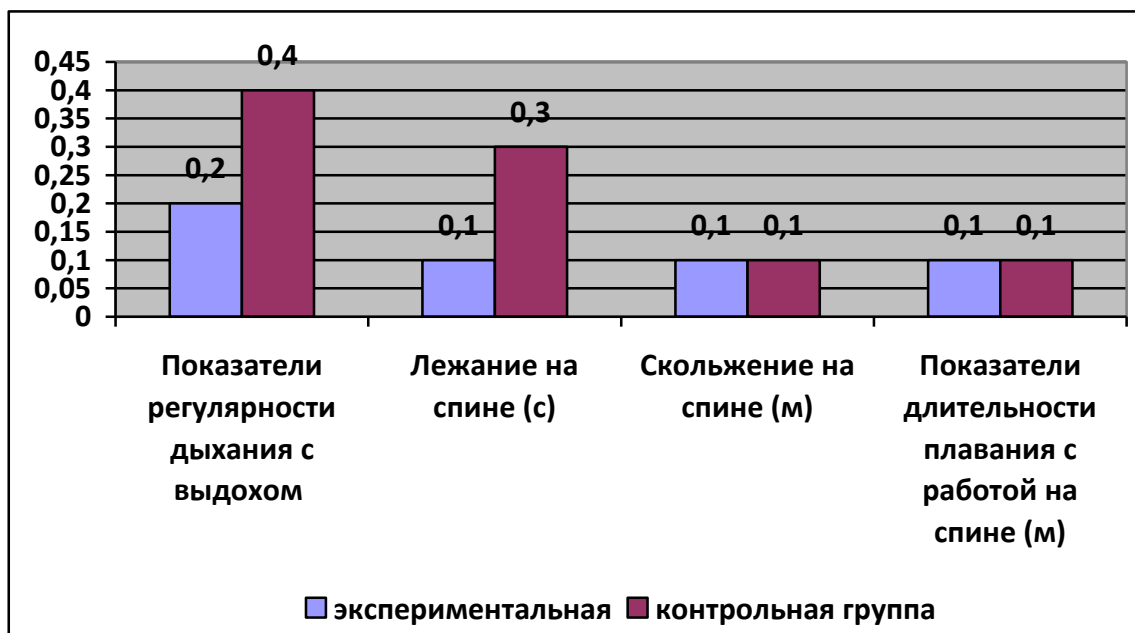


Рис.3 Динамика показателей физической подготовленности обеих групп в сравнении на начальном этапе (февраль 2015)

На данной диаграмме видно, что контрольная группа по сравнению с экспериментальной, на начальном этапе имеет лучшие показатели по регулярности дыхания с выдохом и лежанием на спине. Скольжение на спине и показатели длительности плавания с работой на спине имеют одинаковые показатели, этому способствует сложность выполнения данных упражнений.

Экспериментальная группа.

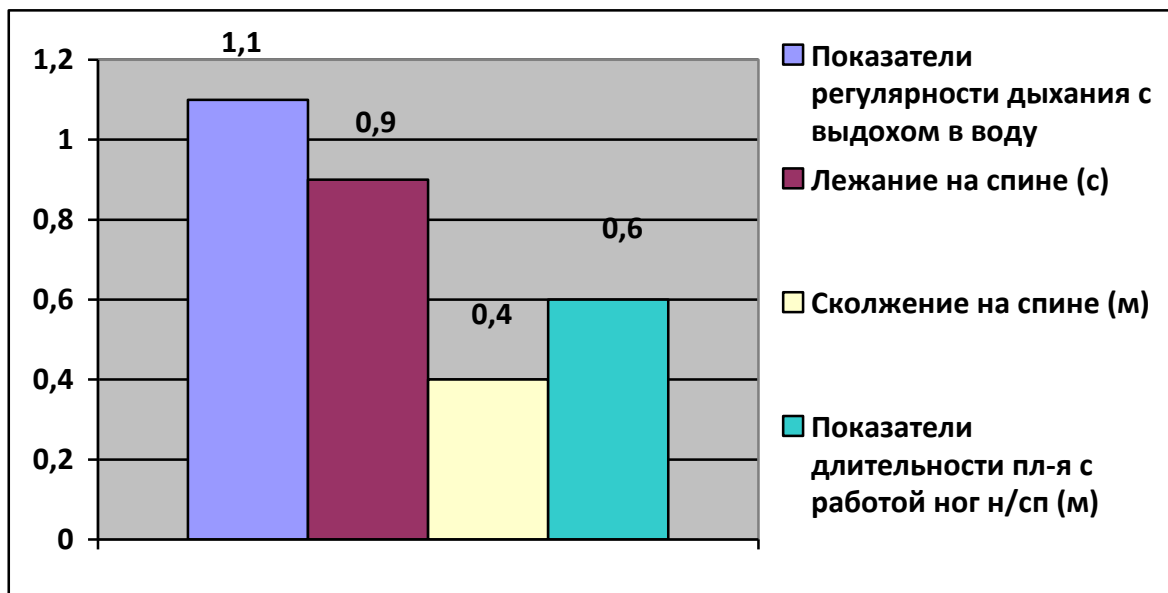


Рис.4 Показатели физической подготовленности экспериментальной группы на конечном этапе исследования (февраль 2016 г.)

После применения методики начального обучения плаванию мы провели второе тестирование, которое показало положительную динамику. Можно сказать, что у всех испытуемых экспериментальной группы заметны улучшения по показателям регулярности дыхания с выдохом в воду и лежанием на спине. И незначительные улучшения по скольжению на спине и длительности плавания с работой ног на спине.

Контрольная группа

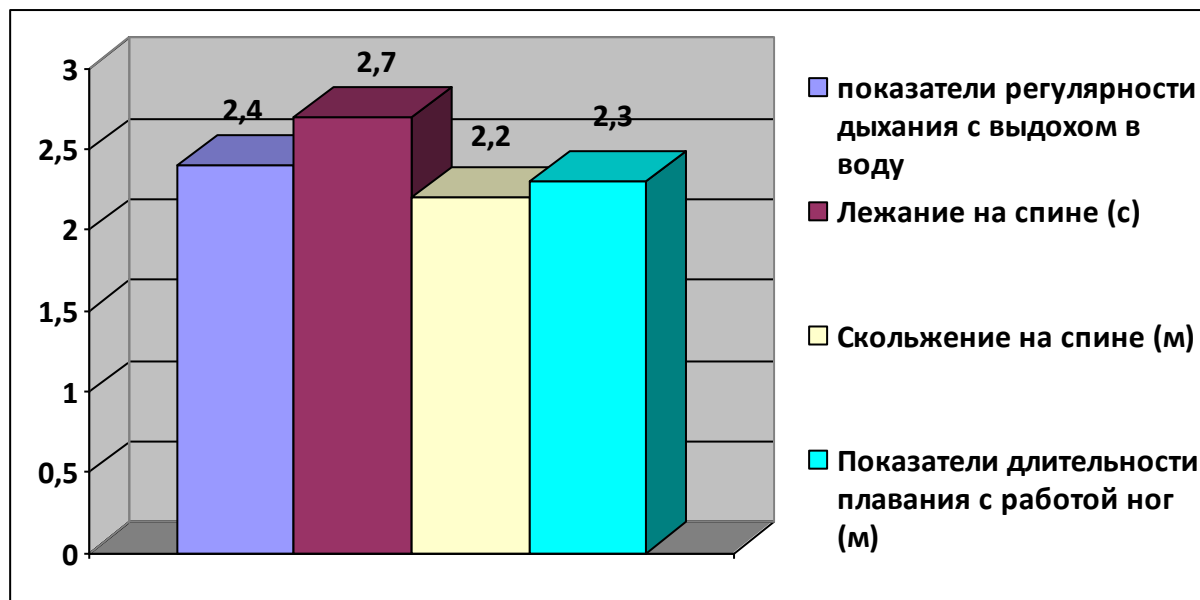


Рис.5 Показатели физической подготовленности контрольной группы на конечном этапе исследования (февраль 2016 г.)

После применения методики начального обучения плаванию мы провели второе тестирование у контрольной группы, которое показало положительную динамику у всех испытуемых. Заметны значительные улучшения по всем показателям, что мы и видим на данной диаграмме.

Две группы в сравнении после методики начального обучения.

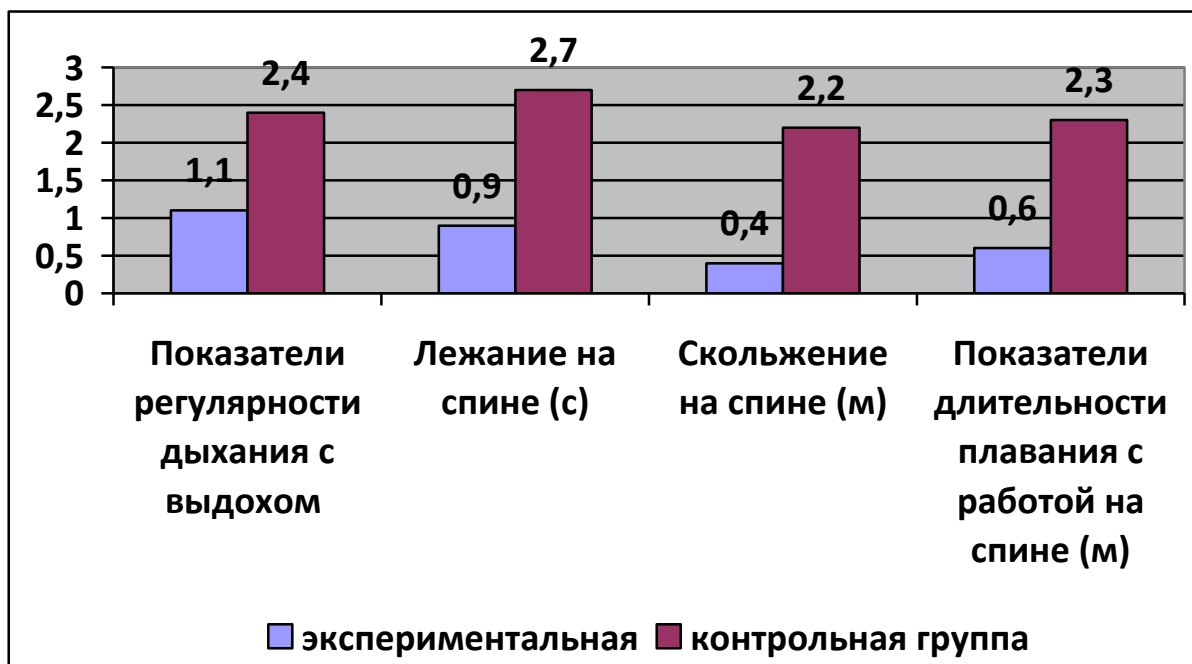


Рис.6 Динамика показателей физической подготовленности обеих групп в сравнении на конечном этапе (февраль 2016)

На данной диаграмме видно, что контрольная группа по сравнению с экспериментальной, на конечном этапе имеет гораздо лучший результат по всем показателям. У экспериментальной группы, так же видно улучшения, но они не такие значительные, как у контрольной. Этому способствует форма заболевания и она требует большего времени обучения.

Для определения значимости нашего исследования мы использовали такой метод математической статистики, как t-критерий Стьюдента (см. приложение 5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования в представленной работе, подтверждают выдвинутую нами гипотезу, что применение методики начального обучения плаванию к детям с заболеванием ДЦП способствует повышению их физической подготовленности и улучшают координационные способности. По данным математической статистики после применения методики начального обучения плаванию к детям с заболеванием ДЦП все показатели: показатель регулярности дыхания с выдохом в воду, лежания на спине (с), скольжение на спине (м), показатель длительности плавания с работой ног на спине (м), значительно выросли. Значительно улучшилась динамика передвижение, как в воде, так и на суше.

ВЫВОДЫ

1. На основании анализа научно-методической литературы можно сделать вывод, что занятия плаванием повышают возможности физического, двигательного и психомоторного развития детей с заболеванием ДЦП.

Основными причинами все еще недостаточного развития адаптивной физической культуры и спорта инвалидов в Российской Федерации являются:

- незрелость общественного мнения в необходимости создания для инвалидов условий «равной личности»;

- практическое отсутствие специализированных спортивных сооружений, оборудования и инвентаря, целевых решений в архитектурно-строительном комплексе,

- сложность перемещения по дорогам и в транспорте;

- острый недостаток профессиональных организаторов, методистов и тренеров со специальной подготовкой;

- недостаточное целевое финансирование;

- недостаточная мотивация у самих инвалидов к самосовершенствованию и самоутверждению, к воспитанию характера и самодисциплины.

2. Увеличение показателей физической подготовленности детей с заболеванием ДЦП показывает эффективность применения методики начального обучения плавания.

3. Плавание все больше входит в режим оздоровительной работы с детьми с заболеванием ДЦП. Этому способствуют уникальные свойства воды:

1. За счет подъемной силы воды разгружается опорно-двигательный аппарат (свойства невесомости).

2. Вода – прекрасное средство снижения возбудимости центральной нервной системы.

3. Вода – прекрасное гигиеническое средство для кожи.
4. Вода способствует закаливанию .
5. Вода способствует устранению у детей с ограниченными возможностями здоровья признаков гиподинамии.
6. Занятия плаванием развивают у занимающихся детей чувство прекрасного, смелости, уверенности в своих действиях и достижениях.

4. После применения методики начального обучения плавания мы видим, что наибольший прогресс в физической подготовки показывает контрольная группа! У испытуемой группы так же виден прогресс, но значительно меньше чем у контрольной. Этому способствует форма заболевания (наиболее тяжелая) и требует более продолжительной гидрореабилитации.

5. Выдвинутая нами гипотеза в начале исследования, подтверждает, что применяемая методика начального обучения плаванию к детям с заболеванием ДЦП способствует повышению их физической подготовленности и улучшает координационные способности.

Библиографический список

1. Алексеева О.И., Смирнов А.М. Теория и методика обучения плаванию студентов высших учебных заведений: Учебно-методическое пособие.— СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2009.— с.25
2. Астафьева Н. Г., Кобзев Ю. А., Храмов В. В. Оценка качества жизни лиц с физическими недостатками, занимающихся адаптивным спортом / Социология медицины. 2003. N 1. – С. 41-44.
3. Булгакова Н.Ж., С.Н. Морозов, О.И. Попов и др. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений; под ред. Н. Ж. Булгаковой. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 432 с.
4. Булгакова Н.Ж. Познакомьтесь — плавание—М.: ООО «Издательство АСТ»: ООО «Издательство Астрель», 2002. — 160с.
5. Григорьев Д.В. Дети с заболеванием ДЦП: особенности двигательного развития //Адаптивная физическая культура. 2000.-№3.-с.39-41.
6. Диагностика и коррекционная работа с умственно отсталыми детьми: Межвуз. сб. науч. тр.- Шадринск: Шадр. гос. пед. ин-т, 2000.- 167 с.
7. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: Пособие для учителей и специалистов коррекц.-развивающего обучения/ С.Г. Шевченко, Н.Н. Малофеев, А.О. Дробинская и др.- М.: Аркти, 2001.- 222 с.
8. Евсеев С. П., ред. Теория и организация адаптивной физической культуры. В 2 томах. Том 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. Серия: Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья. 2007 г. 125с.
9. Кардамонова Н.Н. Плавание: лечение и спорт. Серия «Панацея», Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 320с.

10. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство, 2003. 7с.
11. Лисовский В. А., Евсеев С. П. и др. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебн. пособие / Под ред. проф. С. П. Евсеева. – М.:Советский спорт, 2001. – 320 с.
12. Лоуренс Д. Акваэробика. Упражнения в воде / пер. с англ. А.Озерова. - М.: ФАИР- Пресс, 2000. - 256 с.
13. Маркова Л. С. Организация коррекционно-развивающего обучения дошкольников с задержкой психического развития: Практ. пособие/ Л.С. Маркова,- М.: Аркти, 2002,- 186 с.
14. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2000.152 с.
15. Мосунов Д. Ф., Садыкин В. Г. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребенка- инвалида. Учебно-методическое пособие. – М.: Советский спорт, 2002.- с. 152.
16. Мосунов Д. Ф. Гидрореабилитация / Адаптивная физическая культура,№ 3,4, 2000, с.36 - 38.
17. Непочатых М.Г., Богданова В.А., Лабзо К.С., Никитина И.Ю.,
18. Пермяков В. Е. Использование плавания для реабилитации детей младшего школьноговозраста с заболеванием ДЦП//Теория и практика плавания на пороге третьего тысячелетия: Всеросс. научно- практическая конференция,– СПб., 2001. – с.119 – 121
19. Перова В. Индивидуальная работа с детьми с заболеванием ДЦП :Темат. пл. курса "Развитие речи и культура общения": Из опыта шк.- интерната №3 Калининграда. / В. Перова // Сельская школа. -2001.-№4.-с. 76-82.
20. Петрунина С. В. Адаптивные технологии в реабилитации: Методические рекомендации,- Пенза,2005 - 58 с.

21. Петрунина С. В., Захарова Н. К., Фаюстова Т. Н. Психосоциальная адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья посредством индивидуальных занятий и оздоровительного плавания: учебно-методическое пособие – Пенза, 2007. –54 с.

22. Рубцова Н. О. Адаптированный спорт как средство социальной интеграции инвалидов / Рубцова Н.О., Ильин В. А. // Открытый мир: Науч. - практ. семинар по адапт. двигат. активности. – М., 2007 – С.88-91.

23. Семаго Н.Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития // Дефектология.-2000,-N1.-С. 66-75.

24. Стребелева Е.А. Варианты индивидуальной программы воспитания и коррекционно-развивающего обучения ребенка раннего возраста с психофизическими нарушениями/ Е.А. Стребелева, М.В. Браткова // Дефектология,- 2001,- N 1.- С. 80-86.

25. Талицкая О. В., Рубцова Н. О. Возможности коррекции дефектов психомоторного развития подростков с тяжелой умственной отсталостью средствами адаптивного плавания // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка,- №6.- 2006.- С. 40 – 43

26. Фотекова Т. А. Состояние и динамика высших психических функций у школьников с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития/ Т.А. Фотекова// Дефектология,- 2003.- N 1.- С. 23-33

27. Чирков А. Бег в воде // Физкультура и спорт, №6, 2005, с.3

28. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры [Текст] : учебник / под общ. ред. проф. - М. : Советский спорт, 2007. - 608 с.

29. Маркова Л. С. Организация коррекционно-развивающего обучения дошкольников с заболеванием ДЦП: Практик. пособие/ Л.С. Маркова,- М.: Аркти, 2002,- 186 с.

30. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2000.152 с.

Интернет ресурсы

1. http://bmsi.ru/issueview/f4a09441-78f0-4fb7-b2d3-bb730fe828a4/files/metod_inva.pdf
2. <http://www.dissercat.com/content/adaptivnaya-fizicheskaya-kultura-i-sport-sotsialnye-problemy-reabilitatsii>
3. <http://lib.sportedu.ru/GetText.idc?TxtID=1141>
4. http://alrosnou.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=15
5. <http://lects.ru/istandphil/node28.php>
6. <http://moscowstud.ru/prakticheskaya-chast-kursovoj-raboty/>

Приложение 1

Словарь

1. **Адаптивное плавание** – обучение плаванию людей с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды), совершенствование двигательных функций и плавательной подготовленности.

2. **Адаптивная физическая культура** (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и адаптивная физическая реабилитация) является областью социальной практики, позволяющей положительно решать задачи объединения инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья в общество.

3. **Спаستическая диплегия** - Самая известная разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм). Нарушение мышечных функций с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование, изменений позвоночника и суставов. Преимущественно у детей диагностируется, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этом, в отличие от спастической квадриплегии, поражены больше задние и, реже, средние отделы белого вещества. При этой форме, как правило, наблюдается (тетраплегия), с мышечной спастикой больше преобладающей в ногах. Наиболее известные проявления — задержка речевого и психического развития и т. п. Частая патология встречается в черепных нервах: сходящееся косоглазие, нарушение зрительного нерва, нарушение слуха, (нарушение речи в виде задержки её развития) ослабленное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления). Прогноз возможностей двигательных менее положителен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее удобна в отношении социальной адаптации возможности. При нормальном

умственном развитии и хорошем функционировании рук, степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых

4. **Гемиплегическая форма-** когда тонус в разгибателях и сгибателях непрерывно меняется, из-за чего в туловище и конечностях появляются резкие произвольные движения, мешающие ребенку сохранять равновесие и ходить.

Характеризуется односторонним (спастическим гемипарезом). Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врожденная церебральная патология; внутримозговое кровоизлияние или (ишемический) инфаркт в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей.

5. **Астеническо-астатическая форма-** При этой форме заболевания, тонус всех групп мышц бывает понижен, что также мешает нормально двигаться и удерживать равновесие. Бывают случаи, когда астеническо-астатическая форма переходит в атетоидную. У множества детей с церебральным параличом наблюдаются нарушения речи, которые в большой степени затрудняют их контакт с родителями и другими детьми. Тяжелые, так называемые генерализованные формы детского церебрального паралича, когда поражаются руки и ноги, речь, а подчас и слух ребенка – приводят его к глубокой инвалидности. Детский церебральный паралич - это не прогрессирующее заболевание, однако оно может давать осложнения в виде форм параличей. По сути детский церебральный паралич - даже не болезнь, при котором нормальное развитие ребенка чрезвычайно затруднено, а состояние.

6. **Гидрореабилитация** –медико-педагогическое (реабилитационное) направление, изучающее возможности индивидуального

развития и восстановления нарушенных функций организма в условиях водной среды и средствами водной среды.

7. **Задёржка психического развития** — нарушение нормального развития темпа психического, когда конкретные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для конкретного возраста. ЗПР, как психолого-педагогический диагноз ставится только в младшем школьном и дошкольном возрасте, если к концу этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о (конституциональном) инфантилизме или об умственной отсталости.

8. **Нарушение интеллекта** — это стабильное, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга. Именно эти признаки: стойкость, необратимость дефекта и его органическое происхождение должны в первую очередь учитываться при диагностике людей. Ведущим симптомом является также диффузное (количественное) поражение коры головного мозга. Но не исключаются и отдельные (локальные) поражения, что приводит к разным нарушениям в развитии психических, особенно высших познавательных, процессов (восприятия, памяти, словесно-логического мышления, речи и др.) и их эмоциональной сфере (повышенная возбудимость или, наоборот, инертность, вялость).

9. **Рекреативное плавание** — направлено на улучшение психоэмоционального и физического состояния людей.

Приложение 2

Список исследуемых детей

1 группа - Экспериментальная

№	Ф.И.	возраст	Диагноз
1	Бобкова Елизавета	9	ДЦП(гемип)
2	Мазырин Илья	12	ДЦП(гемип)
3	Кириллова Анна	9	ДЦП(гемип)
4	Кобякова Алла	9	ДЦП(гемип)
5	Якушкина Юлия	16	ДЦП(гемип)
6	Мархаганов Слава	12	ДЦП(гемип)
7	Матасова Анастасия	16	ДЦП(гемип)
8	Менаметов Энвер	10	ДЦП(гемип)
9	Зорин Ростислав	13	ДЦП(гемип)
10	Морозова Василина	17	ДЦП(гемип)

2 группа – Контрольная

№	Ф.И.	возраст	Диагноз
1	Нурбакова Диана	9	ДЦП
2	Осаргин Александр	9	ДЦП
3	Пашков александр	18	ДЦП
4	Петров Дмитрий	12	ДЦП
5	Пихтина Елена	16	ДЦП
6	Ракитских Данил	13	ДЦП
7	Светлакова Валерия	11	ДЦП
8	Стариков Кирилл	12	ДЦП
9	Старкова Елизавета	10	ДЦП
10	Харин Андрей	14	ДЦП

Приложение 3

Оценочный лист эффективности

№	Анализируемые показатели	Исходные данные
1	Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду	0 – не делает 1 – 10 раз 2 – 15 раз 3 – 20 и более
2	Лежание на спине (с)	0 – не выполняет 1 – с неподвижной опорой 2 – с подвижной опорой 3 – самостоятельно
3	Скольжение на спине (м)	0 - не выполняет 1 – скользит 3-6 м 2 - скользит 6-9 м 3 - скользит 9 и более м
4	Проплывание отрезка на спине с работой ног (м)	0 - не выполняет 1 – 3 м 2 - 6 м 3 - 12 и более м

Приложение 4

Таблица 1

Показатели физической подготовленности на начальном этапе исследования (февраль 2015 г.)

1 группа - Экспериментальная

Ф.И.	Диагноз	Анализируемые показатели				
		Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду	Лежание на спине	Скольжение на спине (м)	Показатели длительности плавания с работой ног на спине (м)	
1	Бобкова Елизавета	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
2	МазыринИлья	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
3	КирилловаАнна	ДЦП(гемип)	1	0	0	0
4	Кобякова Алла	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
5	ЯкушкинаЮлия	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
6	Мархаганов Слава	ДЦП(гемип)	0	1	0	0
7	Матасова Анастасия	ДЦП(гемип)	0	0	1	1
8	МенаметовЭнвер	ДЦП(гемип)	1	0	0	0
9	Зорин Ростислав	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
10	Морозова Василина	ДЦП(гемип)	0	0	0	0
Среднее арифметическое показателей			0.2	0.1	0.1	0.1

2 группа - Контрольная

Ф.И.	Диагноз	Анализируемые показатели				
		Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду	Лежание на спине	Скольжение на спине (м)	Показатели длительности плавания с работой ног на спине (м)	
1	Нурбакова Диана	ДЦП	0	0	0	0
2	Осаргин Александр	ДЦП	0	1	1	0
3	Пашков александр	ДЦП	1	0	0	0
4	Петров Дмитрий	ДЦП	0	0	0	0
5	Пихтина Елена	ДЦП	0	0	0	0
6	Ракитских Данил	ДЦП	2	2	0	1
7	Светлакова Валерия	ДЦП	0	0	0	0
8	Стариков Кирилл	ДЦП	0	0	0	0
9	Старкова Елизавета	ДЦП	1	0	0	0
10	Харин Андрей	ДЦП	0	0	0	0
Среднее арифметическое показателей			0.4	0.3	0.1	0.1

Исследование за 2016 год

Таблица 2

Показатели физической подготовленности на конечном этапе исследования (февраль 2016 г.)

1 группа - экспериментальная

Ф.И.	Диагноз	Анализируемые показатели				
		Показатели Регулярности дыхания с выдохом в воду	Лежание (с): на спине	Скольжение (м): на спине	Показатели длительности плавания с работой ног (м): на спине	
1	Бобкова Елизавета	ДЦП(гемип)	1	1	0	0
2	МазыринИлья	ДЦП(гемип)	1	0	1	1
3	КирилловаАнна	ДЦП(гемип)	1	1	0	1
4	Кобякова Алла	ДЦП(гемип)	1	1	0	0
5	ЯкушкинаЮлия	ДЦП(гемип)	0	1	0	1
6	Мархаганов Слава	ДЦП(гемип)	1	1	1	1
7	Матасова Анастасия	ДЦП(гемип)	2	1	0	0
8	МенаметовЭнвер	ДЦП(гемип)	2	1	1	0
9	Зорин Ростислав	ДЦП(гемип)	1	1	0	1
10	Морозова Василина	ДЦП(гемип)	1	1	1	1
Среднее арифметическое показателей (балл)			1.1	0.9	0.4	0.6

2 группа – Контрольная

Ф.И.	Диагноз	Анализируемые показатели				
		Показатели Регулярности дыхания с выдохом в воду	Лежание (с): на спине	Скольжение (м): на спине	Показатели длительности плавания с работой ног (м): на спине	
1	Нурбакова Диана	ДЦП	1	3	1	2
2	Осаргин Александр	ДЦП	2	2	2	2
3	Пашков александр	ДЦП	3	3	3	3
4	Петров Дмитрий	ДЦП	3	3	2	3
5	Пихтина Елена	ДЦП	2	2	3	2
6	Ракитских Данил	ДЦП	3	3	2	3
7	Светлакова Валерия	ДЦП	1	2	2	1
8	Стариков Кирилл	ДЦП	3	3	3	3
9	Старкова Елизавета	ДЦП	3	3	1	1
10	Харин Андрей	ДЦП	3	3	3	3
Среднее арифметическое показателей (балл)			2.4	2.7	2.2	2.3

Приложение 5

Таблица 3

Динамика показателей физической подготовленности

	Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду (кол-во раз)	Лежание (с): на спине	Скольжение (м): на спине	Показатели длительности плавания с работой ног (м): на спине
1 группа				
Среднее арифметическое до	0.2	0.1	0.1	0.1
Среднее арифметическое после	1.1	0.9	0.4	0.6
2 группа				
Среднее арифметическое до	0.4	0.3	0.1	0.1
Среднее арифметическое после	2.4	2.7	2.2	2.3

Таблица 4

**Показатели значимости применения методики
по t-критерию Стьюдента**

	Показатели регулярности дыхания с выдохом в воду (кол-во раз)	Лежание (с): на спине	Скольжение (м): на спине	Показатели длительности плавания с работой ног (м): на спине
1 группа				
t-критерий Стьюдента	t=3.6; p<0,05	t=3.5; p<0,05	t=3,5; p<0,0001	t=3.5; p<0,0001
2 группа				
t-критерий Стьюдента	t=9.22; p<0,001	t=9.12; p<0,0001	t=9.12; p<0,0001	t=9.12; p<0,0001