

DOI: 10.12731/2218-7405-2016-6-27-52

УДК 373.25

## **МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ**

*Силаева О.А.*

*В статье описана методика диагностики психофизического развития детей 5–6 лет с ограниченными возможностями интеллектуального развития в системе инклюзивного физического воспитания в дошкольной образовательной организации.*

*Объектом исследования выступили дети 5–6 лет с нарушениями интеллекта. Предметом исследования – инклюзивное физическое воспитание детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.*

*Методологическую основу составили подходы к организации физического воспитания детей дошкольного возраста, подходы к организации адаптивного физического воспитания детей с нарушениями интеллекта.*

*Методы исследования: педагогические контрольные испытания для определения уровня развития двигательных качеств детей с нарушениями интеллекта; психолого-педагогическое наблюдение для определения социальной адаптированности детей с нарушениями интеллекта.*

*Результаты работы: определены три показателя для диагностики психофизического развития: количество и тяжесть сопутствующих основному диагнозу соматических заболеваний и дефектов в развитии, включая уровень функционального состояния организма; уровень физической подготовленности; уровень социальной адаптированности.*

*Область применения: система дошкольного образования.*

*Ключевые слова: инклюзивное физическое воспитание; дошкольники; интеллектуальные нарушения; психофизическое развитие.*

## **METHODS OF DIAGNOSIS PSYCHOPHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN OF SENIOR PRESCHOOL AGE WITH DISABILITIES IN THE INCLUSIVE PHYSICAL EDUCATION**

*Silaeva O.A.*

*This article describes a method of diagnosis of the psychophysical development of children 5–6 years old with intellectual disabilities in a system of inclusive physical education in preschool educational organizations.*

*The object of the study were children 5–6 years old with intellectual disabilities. The subject of research – inclusive physical education of children of the senior preschool age with disabilities.*

*The methodological base are the approaches to the organization of physical training of children of preschool age, approaches to the organization of adaptive physical education of children with intellectual disabilities.*

*The results: three indicators for the diagnosis of psychophysical development are defined: the number and severity of related primary diagnosis of somatic diseases and defects in development, including the level of the functional state of the organism; level of physical fitness; the level of social adaptation.*

*Scope: pre-school education system.*

***Keywords:** inclusive physical education; children; intellectual disability; psychophysical development.*

Актуальный этап в развитии образования детей с ОВЗ ориентирован на стандартизацию всех системных процессов, обеспечивающих доступность и качество образовательных условий и услуг. В 2013 году утвержден Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, который гарантирует обе-

спечение вариативности и разнообразия содержания образовательных программ и организационных форм дошкольного образования с учетом образовательных потребностей, способностей и состояния здоровья детей. В Стандарте сформулированы требования к структуре образовательной программы дошкольного образования и ее объему. Одним из направлений программы является физическое развитие детей, которое включает приобретение опыта в двигательной деятельности, становление ценностей здорового образа жизни.

Долгое время вопрос по поводу программного обеспечения адаптивного физического воспитания в дошкольных образовательных организациях окончательно не был решен. Одни авторы указывали на то, что нужны отдельные программы по адаптивному физическому воспитанию детей с ОВЗ для каждого вида нозологии (как это имеет место в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях I–VIII видов). Другие авторы утверждают, что достаточно использовать имеющиеся программы физического воспитания для нормально развивающихся детей с учетом характера заболеваний детей с ОВЗ, показаний и противопоказаний к тем или иным двигательным нагрузкам и физическим упражнениям.

Согласно порядку организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования (утвержден приказом Минобрнауки РФ №1014 от 30.08.2013 г.) содержание дошкольного образования и условия организации обучения и воспитания детей с ОВЗ определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

На сегодняшний день в системе дошкольного образования, в отличие от специальных учреждений, отсутствуют специальные разработки, посвященные организации физического воспитания детей, посещающих детские сады общеразвивающего вида. В связи с этим необходим научный поиск и разработка средств, форм и методов организации и проведения занятий по физическому вос-

питанию с детьми, имеющими различные отклонения в состоянии здоровья, разный уровень психофункционального развития, сформированности двигательных навыков и умений. Развитие инклюзивного образования в области физического воспитания в дошкольных организациях является одним из важных направлений совершенствования всей системы образования дошкольников с ограниченными возможностями здоровья. В целом содержание инклюзивного физического воспитания детей дошкольного возраста может трактоваться на основе интеграции физического воспитания и адаптивного физического воспитания [2, 3, 5, 6, 7, 10, 11].

В теории и практике адаптивной физической культуры, физического воспитания детей дошкольного возраста накоплен определенный опыт, имеющий научную значимость для разработки новых направлений, в том числе физического воспитания детей дошкольного возраста с ОВЗ в условиях инклюзивной образовательной среды. Среди них можно выделить несколько научных направлений:

- модернизация программно-методического обеспечения для различных возрастных групп дошкольников (Е.А. Ивченко, О.В. Решетняк, И.И. Васянина, И.А. Коровина, М.А. Правдов);
- дифференцирование двигательных режимов детей с учетом особенностей их физического и психического статуса (Н.Г. Иванова, Т.А. Гутерман, С.Г. Абольянина, А.Б. Костенко, И.С. Мальцева);
- коррекция недостатков физического развития и нарушений моторики у детей с проблемами в развитии посредством физического воспитания (Ю.Л. Щербинина, О.В. Решетняк, Е.Ю. Овсянникова, Э.В. Плаксунова, Н.Л. Литош и др.);
- активизация оздоровительного компонента физического воспитания дошкольников с нарушениями интеллекта (А.В. Чеботарёв, М.Н. Жуков, В.В. Вдовина, Л.М. Бреженцева, Е.В. Строева, Е.П. Прописнова);
- использование занятий физической культурой как ресурса физического, психического развития и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями (С.П. Евсеев,

О.В. Морозова, А.С. Солодкова, Н.Л. Литош, С. Ньюмен, А.И. Погребной и др.).

- комплексное использование нетрадиционных средств и методов физического воспитания (Л.П. Салтыманова, Е.Ю. Смирнова, О.В. Мохова);
- интеграция технологий физической культуры и коррекционной педагогики (И.Н. Тимошина, И.В. Харитоновна, Л.В. Шапкова).

В соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования целевые ориентиры физического воспитания не подлежат непосредственной оценке в виде педагогической и/или психологической диагностики и не могут сравниваться с реальными достижениями детей. Вместе с тем для определения возможности ребенка с ОВЗ заниматься физической культурой вместе со сверстниками возрастной нормы, а также оценки эффективности программы физического воспитания в число компонентов системы физического воспитания детей с ОВЗ в инклюзивной образовательной среде дошкольной организации включается диагностика психофизического развития по показателям физической подготовленности, функционального состояния организма и социальной адаптированности детей с ОВЗ.

На основе анализа научно-методической литературы [1, 2, 9, 12, 15] нами определены три показателя, положенные в основу диагностики психофизического развития: количество и тяжесть сопутствующих основному диагнозу соматических заболеваний и дефектов в развитии, включая уровень функционального состояния организма; уровень физической подготовленности; уровень социальной адаптированности.

Данная методика использовалась для диагностики психофизического развития детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями интеллектуального развития. Следует отметить, что физическое развитие детей с интеллектуальными нарушениями как имеет свои особенности. Эти дети быстро утомляются, у них наблюдается мышечная напряженность, нарушение общей моторики, общая скованность и замедленность вы-

полнения движений, дискоординация, нарушение ориентировки в пространстве, нарушение осанки, плоскостопие, замедленность процесса освоения основных движений, отставание в показателях основных физических качеств, силы, ловкости, скорости. Нарушение интеллектуального развития параллельно приводит и к ярко выраженным изменениям основных показателей и психического развития ребенка. Патология в психической сфере, прежде всего, проявляется в отставании познавательных процессов: восприятия, внимания, памяти и мышления. Таким детям свойственны низкий уровень восприятия, слабая концентрация внимания. Данные особенности учитывались при разработке комплексной диагностики психофизического развития [2, 8, 15].

Проведённый анализ научно-методической литературы и обобщение опыта работы дошкольных образовательных организаций показал, что в практике физического воспитания широко используются контрольные упражнения и двигательные задания (тесты), по результатам которых оцениваются уровень развития физических качеств и двигательных навыков у детей 4–7 лет, не имеющих отклонения в развитии. При этом общепринятые стандарты не дают широких возможностей определить уровень физической подготовки дошкольников с отклонениями в развитии, т.к. уровни развития физических качеств детей с нарушениями интеллекта и детей без отклонений в развитии имеют достоверные отличия. Данное обстоятельство указывает на необходимость разработки и адаптации диагностических тестов и специальных шкал оценки уровня физической подготовленности ребенка с нарушениями интеллекта.

На основе анализа учебно-методической литературы, посвященной вопросам оценки физической подготовленности детей дошкольного возраста [4, 13, 14, 16], а также с учетом особенностей физического статуса и развития психофизических качеств детей с нарушениями интеллекта нами разработаны показатели их физической подготовленности, определяющие возможность физического воспитания в условиях инклюзивной среды дошкольной образовательной организации.

При оценке качества овладения детьми с нарушениями интеллекта основными двигательными действиями наблюдению подвергались такие основные движения, как бег, ходьба по гимнастической скамейке, ползание, прыжки в длину с места, прыжки в высоту с разбега, метание, бросок набивного мяча, прокатывание мяча в указанную цель, ловля мяча, проба Ромберга (таблица 1).

Таблица 1.

**Показатели физической подготовленности детей  
старшего дошкольного возраста с нарушениями интеллекта в системе  
инклюзивной физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольной  
образовательной организации**

<i>Критерии</i>	<i>Показатели</i>	<i>Минимальный норматив 5–6 лет</i>
Общая и скоростная выносливость	1. Бег на дистанцию 90 метров, с	35–28
Скоростно-силовые способности	2. Бег на дистанцию 30 метров, с	12–8
	3. Прыжок в длину с места, см	50–80
	4. Прыжок в высоту с разбега, см	20–30
	5. Метание мешочка с песком (вес 150 гр), м	2,5–5
Динамическое равновесие	6. Бросок набивного мяча (вес 1 кг), см	100–200
	7. Ходьба с сохранением равновесия по гимнастической скамейке (ширина 20 см, длина 3 м), с	12–6
Статическое равновесие	8. Приседание за 15 с, кол-во раз	8–11
	9. Проба Ромберга (простая), с	18–12
Ловкость и координация	10. Ползание в прямом направлении на четвереньках с опорой на колени и ладони, толкая перед собой головой мяч (расстояние 5 м), с	15–10
	11. Прокатывание мяча в указанную цель (кегли) (на расстоянии 4 м, 5 раз), кол-во попаданий	2–5
	12. Ловля мяча (с расстояния 2 м, 5 бросков), кол-во попаданий	2–5

*Скоростные способности* оценивались по результатам выполнения бега на 30 м с высокого старта. Задание проводилось на бе-

говой дорожке (длина 40 м, ширина 3,5 м). На дорожке отмечались линии старта и финиша. Тестирование проводили двое взрослых: один находился с флажком на линии старта, второй с секундомером – на линии финиша, за которой на расстоянии 5 м стоял яркий ориентир. Во время бега ребенка не торопили и не корректировали.

*Общая и скоростная выносливость* оценивалась по результатам выполнения бега на 90 м. Тест проводится с небольшой подгруппой (4–6 человек), сформированной с учетом уровня двигательной активности детей. Участвовали двое взрослых и медсестра, которая следила за самочувствием детей. Беговая дорожка была заранее размечена – отмечены линии старта, финиша и половина дистанции. Дорожка проходила вокруг здания детского сада. Бег продолжался до появления первых признаков усталости. Во время бега ребенка не торопили, и не корректировали.

*Динамическое равновесие* оценивалось по результатам двух тестов: 1. Ходьба с сохранением равновесия по гимнастической скамейке, шириной 20 см, длиной 3 м. 2. Приседания за 15 секунд. Данный тест использовался также для оценки *функционального состояния организма* – *Проба Руфье-Диксона* с целью решения вопроса о назначении индивидуальных физических нагрузок детям с нарушениями интеллекта. При проведении функциональной пробы у испытуемого, находящегося в положении лежа на спине в течение 5 минут, определялось число пульсаций за 15 секунд ( $P_1$ ); затем в течение 15 секунд испытуемый выполнял 10 приседаний (при необходимости при помощи инструктора ФК). После окончания нагрузки испытуемый ложился, и у него вновь подсчитывалось число пульсаций за первые 15 секунд ( $P_2$ ), а потом – за последние 15 секунд первой минуты периода восстановления ( $P_3$ ). Оценку работоспособности сердечнососудистой системы производили по формуле (1):

$$\text{Индекс Руфье-Диксона} = ((4 * P_2 - 70) + 4 * (P_3 - P_1)) / 10 \quad (1)$$

Результаты оценивались по величине индекса от 0,1 до 20. Менее 5 – хорошая работоспособность; 5,1–10 – средняя; 10,1–

15 – удовлетворительная; 15,1–20 – плохая (средняя сердечная недостаточность); 20 и выше (сильная сердечная недостаточность). Оценивалось также общее самочувствие испытуемых после выполнения теста.

*Статическое равновесие* оценивалось по результатам простой пробы Ромберга. Для этого испытуемому предлагалось встать с опорой на две ноги (пятки вместе, носки немного врозь), глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы несколько разведены – удерживать равновесие в течение максимального количества времени. Определялось время устойчивости в этой позе.

Скоростно-силовые способности оценивались по результатам четырех тестов. 1. Прыжок в длину с места толчком двух ног. Ребенок выполнял прыжок с интенсивными взмахом рук, отталкиваясь двумя ногами от размеченной линии отталкивания на максимальное для него расстояние и приземляясь на обе ноги. Засчитывается лучшая из трех попыток. 2. Бросок набивного мяча (1 кг) двумя руками из-за головы из исходного положения стоя. Испытание проводилось на ровной площадке длиной не менее 10 м. Допускалось движение вслед за произведенным броском. Делались 3 попытки. Засчитывался лучший результат. 3. Прыжок в высоту с разбега. Для выполнения теста устанавливались стойки для прыжков в высоту, на дорожке для разбега обозначалось место отталкивания. Первоначально высота устанавливалась 20 см. Высота увеличивалась постепенно (на 5 см). Каждому ребенку давалось три попытки подряд, засчитывался лучший результат. 4. Метание набивного мешочка весом 150 г. на дальность. Тест производился на асфальтовой дорожке, шириной 3 м и длиной 15–20 м. Предварительно дорожка размечалась (мелом) поперечными линиями через каждые 0,5 м. Ребенок производил три броска каждой рукой, замер осуществляется после каждого броска. Засчитывался лучший результат.

*Ловкость и координация* оценивалась с помощью трех тестов. 1. Ловля мяча с расстояния 2 м. Ребенок принимал исходное положение (ноги на ширине плеч) и двумя руками ловил мяч диаметром 15–20 см, брошенный инструктором. 2. Ползание в прямом

направлении на четвереньках с опорой на колени и ладони, толкая перед собой головой мяч, расстояние 5 м. 3. Прокатывание мяча в указанную цель (кегли) на расстоянии 4 м, 5 раз.

Определяя норматив выполнения тестов, мы исходили из положения о том, что темп развития основных физических способностей (силы, быстроты, выносливости, координации, равновесия) у дошкольников с нарушениями интеллекта ниже по сравнению с детьми возрастной нормы и в зависимости от тяжести нарушения в физической подготовленности они отстают на 1–3 года [15].

Показатели физической подготовленности детей с нарушениями интеллекта по итогам выполнения тестов оцениваются по пятибалльной шкале:

- 2 – не пытается выполнить тест;
- 1 – пытается, но не может выполнить тест;
- 0 – выполняет тест не верно (допускаются ошибки при выполнении основных элементов движения);
- 1 – выполняет тест верно (возможно с некоторыми ошибками), но не укладывается в минимальный норматив;
- 2 – выполняет тест (возможно с некоторыми ошибками), укладываясь в минимальный норматив.

Наряду с количественной оценкой проводился учет качества выполнения каждого движения:

- при беге обращалось внимание на положение головы и туловища, согласованность движений рук и ног, легкость бега, отрыв стоп от почвы и сохранение направления бега;
- при прыжке обращалось внимание на исходное положение, замах рук, толчок ног, сохранение равновесия при приземлении;
- при метании обращалось внимание на исходное положение, прицеливание, замах, бросок, его направление и сохранение равновесия туловища [1, 15, 9, 12].

Количественные и качественные результаты выполнения двигательных тестов позволили выделить три подгруппы детей старшего дошкольного возраста с нарушениями интеллекта (с синдромом Дауна, с легкой и умеренной умственной отсталостью):

- I подгруппа: *достаточный уровень физической подготовленности* (12–24 балла) – дети со средним и ниже среднего уровнями развития физических качеств при сохранной технике движений. Воспитаннику данной подгруппы рекомендуется осваивать адаптированную программу физического воспитания совместно со сверстниками – полная функциональная инклюзия с элементами индивидуальной коррекционной физкультурно-оздоровительной работы (при необходимости);
- II подгруппа: *низкий уровень физической подготовленности* (-11–11 баллов) – дети с низким уровнем развития физических качеств, нарушающие технику движений. Воспитаннику данной подгруппы рекомендуется осваивать адаптированную программу физического воспитания в рамках индивидуальной коррекционной физкультурно-оздоровительной работы с элементами функциональной инклюзии (участие в утренней гимнастике и спортивных праздниках, двигательная деятельность со сверстниками во время активного отдыха в режиме дня);
- III подгруппа: *неудовлетворительный уровень физической подготовленности* (-24 – -12 баллов) – дети с низким уровнем развития физических качеств, не выполняющие отдельные виды двигательных действий, доступные для детей возрастной нормы. Воспитаннику данной подгруппы рекомендуется осваивать адаптированную программу физического воспитания в рамках индивидуальной коррекционной физкультурно-оздоровительной работы с посещением спортивных праздников.

С помощью экспертного оценивания по результатам педагогического наблюдения определялся *уровень социальной адаптированности в группе сверстников*. На входном этапе экспертом выступает воспитатель, который оценивает *доверие, контактность, самостоятельность, эмоционально-волевые качества* воспитанника, проявляемые в повседневной познавательной-поведенческой

деятельности в группе. На выходном этапе экспертом выступает инструктор по физической культуре, который оценивает те же показатели адаптированности воспитанника применительно к занятиям по физической культуре (таблица 2).

Таблица 2.

**Показатели социально-психологической адаптированности детей  
старшего дошкольного возраста с нарушениями интеллекта в системе  
инклюзивной физкультурно-оздоровительной деятельности  
дошкольной образовательной организации**

<i>Показатели</i>	<i>Критерии оценки</i>
контактность	1. Легко идет на контакт с детьми во время подвижных игр
	2. Легко идет на контакт с детьми во время выполнения упражнений в парах
	3. Легко идет на контакт с инструктором ФК/воспитателем при выполнении упражнений
	4. Редко вступает в конфликты с другими детьми во время занятия
доверие	5. Отношения со сверстниками во время физкультурно-оздоровительных мероприятий дружественные
	6. Во время физкультурно-оздоровительных мероприятий предпочитает быть в кругу сверстников
	7. Чувствует себя свободно на занятиях по физической культуре
	8. Чувствует себя свободно во время массовых физкультурно-оздоровительных мероприятиях
самостоятельность	9. Умеет играть с мячом самостоятельно без указаний инструктора ФК/воспитателя
	10. Самостоятельно справляется с затруднениями
	11. Удерживает внимание во время занятия
	12. Соблюдает правила подвижных игр
эмоционально-волевые качества	13. Новые упражнения не вызывают большое волнение
	14. Общий эмоциональный фон поведения положительный
	15. Реакция на изменение привычной ситуации на занятии адекватная (тревожность отсутствует)
	16. Выполняет начатое упражнение до конца
	17. Адекватно реагирует на замечания инструктора ФК/воспитателя
	18. Адекватно относится к оценке инструктора ФК/воспитателя при выполнении упражнения

Показатели социально-психологической адаптированности дошкольников с ОВЗ в системе инклюзивной физкультурно-оздоровительной деятельности ДОО оцениваются по пятибалльной шкале:

- 2 – полностью не соответствует;
- 1 – скорее не соответствует, чем да;
- 0 – трудно сказать;
- 1 – скорее соответствует, чем нет;
- 2 – полностью соответствует.

Представленные показатели взаимообусловлены и функционируют в тесной взаимосвязи. Они позволяют определить уровень социально-психологической адаптированности детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ:

- *достаточный уровень адаптированности* (36–18 баллов) – у ребенка преобладает радостное или устойчиво-спокойное эмоциональное состояние при выполнении упражнений и во время массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий. Он активно контактирует с инструктором ФК, детьми, окружающими предметами, быстро адаптируется к новым условиям, самостоятелен;
- *низкий уровень адаптированности* (17 – -17 баллов) – эмоциональное состояние ребенка нестабильно: новый раздражитель влечет возврат к отрицательным эмоциональным реакциям. Однако при эмоциональной поддержке инструктора ФК или тренера-тьютора ребенок проявляет двигательную активность, легче адаптируется к новой ситуации и вступает в контакт со сверстниками при выполнении упражнений;
- *дезадаптация* (-18 – -36 баллов) – у ребенка преобладают аутичное поведение, агрессивно-разрушительные реакции, направленные на выход из ситуации (двигательный протест, агрессивные действия), не вступает в контакт со сверстниками при выполнении упражнений и во время массовых мероприятий, активное эмоциональное состояние (плач, крик), либо отсутствует двигательная активность, при выполнении

упражнений характерно пассивное подчинение, подавленность, напряженность.

Экспериментальная работа осуществлялась нами на базе муниципального дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №14 комбинированного вида» г. Шуя в период с 2013 по 2016 гг. Цель экспериментальной работы состояла в проверке эффективности разработанной системы физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивной образовательной среде с использованием методики диагностики психофизического развития. В целевую группу инклюзивного физического воспитания вошли дети 5–6 лет интеллектуальными нарушениями: дети с умственной отсталостью – 14 человек; дети с синдромом Дауна – 7. Также в экспериментальной работе приняли участие дети с задержкой психического развития или общим недоразвитием речи – 38 человек; дети без отклонений в развитии – 72 человека.

В сентябре 2014 года был выполнен констатирующий эксперимент (входная диагностика). Рассмотрим полученные результаты относительно каждого критерия диагностики.

1. *Уровень функционального состояния сердечнососудистой системы* (на основе пробы Рюффье-Диксона). По данному критерию 42% старших дошкольников с нарушениями интеллекта имели сердечную недостаточность, у 16% старших дошкольников с нарушениями интеллекта, выявлен низкий уровень функционального состояния сердечнососудистой системы; у 42% старших дошкольников с нарушениями интеллекта, выявлен средний уровень функционального состояния сердечнососудистой системы.
2. *Уровень физической подготовленности*. Достаточному уровню физической подготовленности соответствуют результаты 38% старших дошкольников с нарушениями интеллекта; низкому уровню – 38% старших дошкольников с нарушениями интеллекта; неудовлетворительному – 24% старших дошкольников с нарушениями интеллекта.

Качественный анализ выполнения контрольных упражнений детьми с нарушениями интеллекта позволил выявить многочисленные нарушения в технике движений.

Выполняя бег, дети недостаточно быстро выносили бедро маховой ноги, а толчковую ногу опускали на опору с пятки. Многие испытуемые не сохраняли прямолинейность и ритмичность бега.

В скоростно-силовых упражнениях (прыжки и метания) детям было сложно дозировать мышечные усилия.

При воспроизведении сложных ациклических движений у детей наблюдались нарушения практически во всех элементах техники. Так, при метании мешочка с песком вдаль дети неправильно выполняли замах и бросок; прыгая в длину с места, неверно принимали исходное положение, толчок осуществляли не двумя ногами, мах руками не был выражен; во время полета не наблюдалось характерных движений туловища, рук и ног; приземляясь, дети не сохраняли равновесие.

В прокатывании мяча в указанную цель у многих детей «выпадал» такой элемент движения, как прицел, или же он не несет функциональной нагрузки.

Сложность выполнения комплексного координационного упражнения (ползание в прямом направлении на четвереньках с опорой на колени и ладони, толкая перед собой головой мяч, ловля мяча, приседания) заключалась в невозможности его воспроизведения с первого раза после показа. После нескольких повторов правильного образца дети выполняли движение в замедленном темпе. При выполнении ходьбы по гимнастической скамье и приседании у детей наблюдалось нарушение координации, равновесия, появление непроизвольных содружественных движений (махи руками).

3. *Социально-психологическая адаптированность* старших дошкольников с нарушениями интеллекта ребенка к условиям инклюзивной образовательной среды. Достаточный уровень адаптированности был выявлен у 52% детей, низкий – у 19%, у 29% детей имеются выраженные признаки дезадаптации к условиям дошкольной организации общего типа.

В ходе экспериментальной деятельности и поиска новых форм работы с детьми, имеющими, ограниченные возможности здоровья были, найдены варианты интегрированной и дифференцированной организации физкультурной деятельности. Количественные и качественные результаты выполнения двигательных тестов, психолого-педагогического наблюдения позволили выделить три подгруппы детей старшего дошкольного возраста с нарушениями интеллекта, имеющих показания к различным формам инклюзивного физического воспитания в дошкольной образовательной организации (таблица 3).

По степени включения детей с ОВЗ в систему физического воспитания нами выделены следующие организационные формы:

- *«точечная инклюзия»* – ребенок с ОВЗ включается в систему физического воспитания, осваивая адаптированную программу физического воспитания индивидуально с элементами групповой работы в режимных моментах коррекционной и образовательной деятельности (активный отдых, физкультурно-оздоровительные праздники);
- *«частичная инклюзия»* – ребенок с ОВЗ включается в систему физического воспитания, осваивая адаптированную программу физического воспитания в ходе малогрупповой работы, с элементами групповой работы в режимных моментах коррекционной и образовательной деятельности (утренняя гимнастика, активный отдых, физкультурно-оздоровительные праздники);
- *«полная инклюзия»* – ребенок с ОВЗ включается в систему физического воспитания в режиме полного дня в своей возрастной группе (самостоятельно или с сопровождением), осваивая адаптированную программу физического воспитания совместно со сверстниками, что позволяет максимально обеспечить функциональную инклюзию.

Контрольная часть педагогического эксперимента проводилась в июне 2015 года. Использовались те же диагностические методики, что и в констатирующей части. Полученные данные обрабаты-

вались с помощью методов математической статистики – критерий знаков G. В качестве критерия эффективности экспериментальной работы были выбраны количество положительных сдвигов в развитии физических качеств и темпы прироста физических качеств, а также повышение социально-психологической адаптированности.

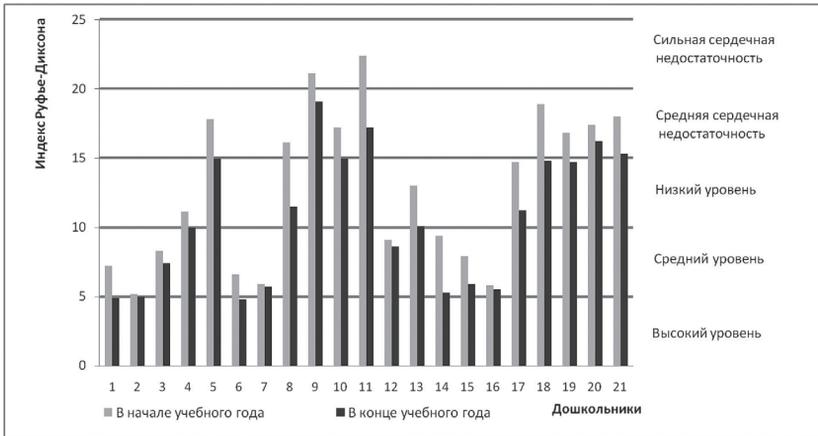
Таблица 3.

**Распределение детей старшего дошкольного возраста  
с нарушениями интеллекта по формам инклюзивного физического  
воспитания в дошкольной образовательной организации**

<i>Форма инклюзии</i>	<i>Обобщенная характеристика детей</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>
Полная функциональная инклюзия	Дети, не имеющие сопутствующие дефекты в развитии или имеющие гиперактивное расстройство с дефицитом внимания/аутичное поведение; хороший или средний уровень функционального состояния сердечнососудистой системы; достаточный или низкий уровень физической подготовленности, достаточный или низкий уровень социально-психологической адаптированности	6 (5 лет) 6 (6 лет)	57%
Частичная функциональная инклюзия	Дети, имеющие гиперактивное расстройство с дефицитом внимания/аутичное поведение; удовлетворительный уровень функционального состояния сердечнососудистой системы или среднюю сердечную недостаточность; низкий или неудовлетворительный уровень физической подготовленности, достаточный или низкий уровень социально-психологической адаптированности	2 (5 лет) 2 (6 лет)	19%
Точечная функциональная инклюзия	Дети, имеющие сопутствующие дефекты в развитии (соматические заболевания, сердечную недостаточность и пр.), неудовлетворительный уровень физической подготовленности; социально дезадаптированные	3 (5 лет) 2 (6 лет)	24%

Проведенный эксперимент показал, что имеется положительная динамика функционального состояния воспитанников. После проведенной работы функциональный показатель сердечносо-

судистой системы улучшился на достоверном уровне ( $p \leq 0,01$ ) (рис. 1). Это говорит о должной физиологической стоимости подобранных форм физического воспитания дошкольников с ОВЗ в условиях инклюзивной образовательной среды.



**Рис. 1.** Динамика функционального состояния организма дошкольников с ОВЗ в начале и в конце учебного года (на основе пробы Руфье-Диксона)

Сравнительный анализ показателей физической подготовленности дошкольников с ОВЗ в начале и в конце учебного года показал, что почти у всех воспитанников произошли положительные изменения по показателям физической подготовленности (таблица 4) ( $p \leq 0,01$ ).

*Таблица 4.*

**Расчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов уровня развития показателей физической подготовленности дошкольников с ОВЗ в начале и в конце учебного года (G-критерий знаков)**

Показатели	Сдвиги			$G_{эмп}$	$G_{кр}$ $p \leq 0,01$
	Положительные	Отрицательные	Нулевые		
1. Бег на дистанцию 90 метров	20	0	1	$0 \leq 4$	
2. Бег на дистанцию 30 метров	20	0	1	$0 \leq 4$	
3. Прыжок в длину с места	18	0	3	$0 \leq 3$	

Окончание табл. 1.

4. Прыжок в высоту с разбега	20	0	1	$0 \leq 4$
5. Метание мешочка с песком (вес 150 гр)	20	0	1	$0 \leq 4$
6. Бросок набивного мяча (вес 1 кг)	16	0	5	$0 \leq 2$
7. Ходьба с сохранением равновесия по гимнастической скамейке (ширина 20 см, длина 3 м)	19	0	2	$0 \leq 4$
8. Приседание за 15 с	18	0	4	$0 \leq 3$
9. Проба Ромберга (простая)	15	0	6	$0 \leq 2$
10. Ползание в прямом направлении толкая перед собой головой мяч (расстояние 5 м)	19	0	2	$0 \leq 4$
11. Прокатывание мяча в цель (на расстоянии 4 м, 5 раз)	16	0	5	$0 \leq 2$
12. Ловля мяча (с расстояния 2 м, 5 бросков)	17	0	4	$0 \leq 3$

В таблице 5 представлена динамика среднегрупповых показателей физической подготовленности дошкольников с ОВЗ в начале и в конце учебного года.

Таблица 5.

**Динамика среднегрупповых показателей  
физической подготовленности дошкольников с ОВЗ в начале  
и в конце учебного года (t-критерий Стьюдента)**

Показатели	До эксперимента $X_1 \pm m_1$	После эксперимента $X_2 \pm m_2$	t	p
1. Бег на дистанцию 90 метров	-0.238±0.299	1.095±0.299	10.328	<0,01
2. Бег на дистанцию 30 метров	-0.190±0.297	1.143±0.294	10.328	<0,01
3. Прыжок в длину с места	-0.238±0.299	0.952±0.206	6.544	<0,01
4. Прыжок в высоту с разбега	-0.429±0.270	1.095±0.234	8.376	<0,01
5. Метание мешочка с песком (вес 150 гр)	0.048±0.287	1.429±0.251	9.231	<0,01
6. Бросок набивного мяча (вес 1 кг)	0.143±0.294	1.190±0.208	6.331	<0,01
7. Ходьба с сохранением равновесия по гимнастической скамейке (ширина 20 см, длина 3 м)	-0.048±0.240	1.048±0.240	9.088	<0,01

8. Приседание за 15 с	0.000±0.274	0.810±0.219	7.074	<0,01
9. Проба Ромберга (простая)	-0.333±0.286	0.524±0.251	5.272	<0,01
10. Ползание в прямом направлении толкая перед собой головой мяч (расстояние 5 м)	-0.048±0.269	1.238±0.186	8.018	<0,01
11. Прокатывание мяча в цель (на расстоянии 4 м, 5 раз)	-0.095±0.264	1.000±0.173	5.191	<0,01
12. Ловля мяча (с расстояния 2 м, 5 бросков)	0.667±0.216	1.667±0.163	7.071	<0,01
$t_{кр.} = 2,845$ при $p \leq 0,01$				

Анализируя полученные сравнительные данные, мы выделили следующее: наиболее освоенными двигательными действиями у детей с нарушениями интеллекта являются бег на дистанцию 30 метров, ползание, ловля мяча, метание мешочка с песком, бросок набивного мяча. Хуже всего детьми были освоены такие основные двигательные действия, как приседание, прыжок в длину с места, статическое равновесие (проба Ромберга).

Таким образом, полученные результаты, характеризующие физическую подготовленность детей старшего дошкольного возраста с нарушениями интеллекта, полученные до и после проведения педагогического эксперимента имеют достоверно значимые различия ( $p < 0,01$ ), что указывает на эффективность проектирования и реализации методики физического воспитания в условиях инклюзивной образовательной среды.

С целью анализа процесса социальной адаптации дошкольников с ОВЗ в период инклюзивного физического воспитания в дошкольной образовательной организации общего типа нами проводилась диагностика уровня социальной адаптированности в группе сверстников с помощью экспертного оценивания по результатам психолого-педагогического наблюдения.

Проведенный эксперимент показал, что имеется положительная динамика социально-психологической адаптированности воспитанников с нарушениями интеллекта (таблица 6) ( $p \leq 0,01$ ).

Таблица 6.

**Расчет количества положительных, отрицательных  
и нулевых сдвигов уровня развития показателей социально-психологической  
адаптированности дошкольников с ОВЗ в начале и в конце учебного года  
(G-критерий знаков)**

Показатели	Сдвиги			G <sub>эмп</sub>	G <sub>кр</sub> p ≤ 0,01
	Положи- тельные	Отрица- тельные	Нуле- вые		
Контактность	18	0	3	0 ≤ 3	
Доверие	19	0	2	0 ≤ 4	
Самостоятельность	17	0	4	0 ≤ 3	
Эмоционально-волевые качества	16	0	5	0 ≤ 2	

Полученные результаты свидетельствуют о должной организации процесса физического воспитания дошкольников с ОВЗ в условиях инклюзивной образовательной среды, обеспечивающего комфортное взаимодействие детей с ОВЗ с детьми без отклонений в развитии. Эмоциональная поддержка инструктора ФК и тренера-тьютора, а также включение родителей/законных представителей способствовала вовлечению ребенка с ОВЗ в индивидуальную и групповую двигательную активность. По истечении адаптационного периода (1–2 месяца) у большинства детей преобладало радостное или устойчиво-спокойное эмоциональное состояние при выполнении упражнений и во время массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий. Проведенные совместно с воспитателем и психологом беседы с детьми без отклонений в развитии позволили сформировать у них адекватное восприятие детей с ограниченными возможностями здоровья, а также чувство ответственности за свои поступки в отношении сверстников с ОВЗ. Комфортное взаимодействие воспитанников на физкультурных занятиях способствовали формированию у детей с нарушениями интеллекта чувства социального доверия: доверия к сверстникам и доверия к инструктору ФК при выполнении двигательных действий, вызывающих у них трудности (в первую очередь координационные действия). Развитие двигательного опыта способствовали приучению детей к самостоятельности при выполнении физических упражнений.

Анализируя в целом результаты детей с нарушениями интеллекта в дошкольной образовательной организации общего типа, мы определили следующее: несмотря на то, что на начало года дети данного контингента имели показатели, не соответствующие нижней границе показателей возрастной нормы, к концу года результаты детей 5–6 лет имели положительную динамику, что позволит им в перспективе успешно осваивать программы физического воспитания совместно со сверстниками в подготовительных группах ДОО и в начальной школе соответственно.

Также качественным результатом проведенного нами педагогического эксперимента является то, что в процессе физического воспитания детей с ОВЗ в условиях инклюзивной образовательной среды, дети без подтвержденных диагнозами отклонений, но испытывающие трудности в освоении общей программы физического воспитания по инициативе родителей и на основании рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии были охвачены систематической коррекционно-развивающей деятельностью физкультурно-оздоровительной направленности.

### *Список литературы*

1. Евсеев С.В. Теория и организация адаптивной физической культуры. Учебное пособие. М.: Издательство «Спорт», 2016. 614 с.
2. Корнев А.В., Правдов М.А. Коррекция двигательных действий детей с умеренной умственной отсталостью: монография. Шуя: Изд-во ГОУ ВПО «ШГПУ», 2008. 95 с.
3. Максимова С.Ю. Система адаптивного физического воспитания детей дошкольного возраста с задержкой психического развития на основе музыкально-двигательной деятельности: Дис. ... докт. пед. наук. Волгоград, 2014. 452 с.
4. Ноткина Н.А., Казьмина Л.И., Бойнович Н.Н. Оценка физического и нервно-психического развития детей раннего и дошкольного возраста. СПб.: изд-во «Детство пресс», 2008. 32 с.
5. Овчинникова Т.С. Проблемы психофизического развития дошкольников специализированных детских садов при поступлении их в масшовую школу // Модернизация специального образования: проблемы

- коррекции, реабилитации, интеграции: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Ч. 2. СПб., 2003. С. 485–488.
6. Правдов Д.М., Ермакова Ю.Н., Матвеева Е.В. Методические особенности организации двигательной деятельности детей с умеренной умственной отсталостью в инклюзивных группах дошкольных учреждений // Научный поиск. 2013. №4. С. 74–77.
  7. Правдов Д.М., Корнев А.В. Инклюзивное физическое воспитание в дошкольных образовательных учреждениях // Научный поиск. 2013. №2.2. С. 27–29.
  8. Психолого-педагогическое сопровождение развития и коррекции психофункциональных и физических способностей в процессе социализации детей с интеллектуальной недостаточностью / Е.А. Шмелева, М.А. Правдов, П.А. Кисляков, А.В. Корнев // Теория и практика физической культуры. 2016. № 3. С. 41–43.
  9. Решетняк О.В. Программно-методическое обеспечение процесса физического воспитания детей 5-6 лет с задержкой психического развития: Дис. ... канд. пед. наук. Краснодар, 2004. 249 с.
  10. Силаева О.А. Принципы проектирования инклюзивной физкультурно-образовательной среды дошкольного образовательного учреждения // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2014. №4 (36). С. 14. URL: [http://journal-s.org/index.php/sisp/article/view/4201414/pdf\\_649](http://journal-s.org/index.php/sisp/article/view/4201414/pdf_649) (Дата обращения 17.02.2016)
  11. Силаева О.А. Физкультурная инклюзия как критерий качества дошкольного образования // Фундаментальные исследования. 2014. № 9-4. С. 863–867.
  12. Стеблей Т.В. Физическое воспитание детей 5–6 лет в условиях функциональной интеграции: на примере интеграции детей с задержкой психического развития: Дис. ... канд. пед. наук. Владивосток, 2008. 221 с.
  13. Тарасова Т.А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста. Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ. М., 2005. 55 с.
  14. Хрущев С.В. Оценка медицинской группы для занятий физической культурой учащихся с отклонениями в состоянии здоровья: Методические рекомендации. М., 2002. 35 с.

15. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие. М.: Советский спорт, 2004. 464 с.
16. Швалева Т.А., Матонина О.П. Единая диагностика физической подготовленности дошкольника (из опыта работы муниципальной экспериментальной площадки. Абакан, 2011. 110 с.

### References

1. Evseev S.V. *Teoriya i organizatsiya adaptivnoy fizicheskoy kul'tury. Uchebnoe posobie* [Theory and organization of adaptive physical culture]. Moscow: Izdatelstvo «Sport», 2016. 614 p.
2. Kornev A.V., Pravdov M.A. *Korreksiya dvigatel'nykh deystviy detey s umerennoy umstvennoy otstalost'yu: monografiya* [Correction of motor actions de children with moderate mental retardation]. Shuya: ShGPU, 2008. 95 p.
3. Maksimova S.Yu. *Sistema adaptivnogo fizicheskogo vospitaniya detey doskol'nogo vozrasta s zaderzhkoy psikhicheskogo razvitiya na osnove muzykal'no-dvigatel'noy deyatel'nosti* [Adaptive physical education de children of preschool age with mental retardation based on the musical-motor activity]: Dis. ... Doctor. ped. Sciences. Volgograd, 2014. 452 p.
4. Notkina N.A., Kaz'mina L.I., Boynovich N.N. *Otsenka fizicheskogo i nervno-psikhicheskogo razvitiya detey rannego i doskol'nogo vozrasta* [Evaluation of physical and neuropsychological development of infants and preschool children]. St. Petersburg: Detstvo press, 2008. 32 p.
5. Ovchinnikova T.S. *Modernizatsiya spetsial'nogo obrazovaniya: problemy korrektsii, reabilitatsii, integratsii: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf* [Collection of scientific papers and abstracts of the participants All-Russian]. V. 2. St. Petersburg, 2003. pp. 485-488.
6. Pravdov D.M., Ermakova Yu.N., Matveeva E.V. *Nauchnyy poisk* [Scientific Search]. 2013. no. 4, pp. 74–77.
7. Pravdov D.M., Kornev A.V. *Nauchnyy poisk* [Scientific Search]. 2013. no. 2.2, pp. 27–29.
8. Shmeleva E.A., Pravdov M.A., Kislyakov P.A., Kornev A.V. *Teoriya i praktika fizicheskoy kul'tury* [Theory and Practice of Physical Culture], 2016, no. 3, pp. 41–43.

9. Reshetnyak O.V. *Programmno-metodicheskoe obespechenie protsesa fizicheskogo vospitaniya detey 5-6 let s zaderzhkoy psikhicheskogo razvitiya* [Software-methodical maintenance of process-fical education of children 5–6 years old with mental retardation]: Dis. ... kand. ped. Sciences. Krasnodar, 2004. 249 p.
10. Silaeva O.A. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Modern Research of Social Problems]. 2014. no. 4 (36). p. 14. [http://journal-s.org/index.php/sisp/article/view/4201414/pdf\\_649](http://journal-s.org/index.php/sisp/article/view/4201414/pdf_649) (accessed February 17, 2016).
11. Silaeva O.A. *Fundamental'nye issledovaniya* [Basic Research]. 2014. no. 9–4, pp. 863–867.
12. Stebliy T.V. *Fizicheskoe vospitanie detey 5-6 let v usloviyakh funk-tsional'noy integratsii: na primere integratsii detey s zaderzhkoy psikhicheskogo razvitiya* [Physical training of children of 5-6 years in a functional integration: the example of the integration of children with mental retardation]: Dis. ... kand. ped. Sciences. Vladivostok, 2008. 221 p.
13. Tarasova T.A. *Kontrol' fizicheskogo sostoyaniya detey doshkol'nogo vozrasta. Metodicheskie rekomendatsii dlya rukovoditeley i pedagogov DOU* [Control of the physical condition of children of preschool age. Guidelines for managers and preschool teachers]. Moscow, 2005. 55 p.
14. Khrushchev S.V. *Otsenka meditsinskoy gruppy dlya zanyatiy fizicheskoy kul'turoy uchashchikhsya s otkloneniyami v sostoyanii zdorov'ya: Metodicheskie rekomendatsii* [Assessment of the medical group for physical training of students with disabilities in the state of health]. Moscow, 2002. 35 p.
15. Shapkova L.V. *Chastnye metodiki adaptivnoy fizicheskoy kul'tury: ucheb. Posobie* [Private methods of adaptive physical training]. Moscow: Sovetskiy sport, 2004. 464 p.
16. Shvaleva T.A., Matonina O.P. *Edinaya diagnostika fizicheskoy podgotovlennosti doshkol'nika (iz opyta raboty munitsipal'noy eksperimental'noy ploshchadki)* [Unified diagnostics of physical readiness of preschool child (from the experience of municipal experimental platform)]. Abakan, 2011. 110 p.

## **ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ**

**Силаева Ольга Александровна**, аспирант

*Ивановский государственный университет (Шуйский филиал)  
ул. Кооперативная, 24, г. Шуя, 155900, Российская Федерация  
konkyrs2012@inbox.ru*

## **DATA ABOUT THE AUTHOR**

**Silava Olga Aleksandrovna**, Graduate Student

*Ivanovo State University (Shuya branch)  
24, Kooperativnaya Str., Shuya, 155900, Russian Federation  
konkyrs2012@inbox.ru  
SPIN-code: 5626-1141  
ORCID: 0000-0002-9321-0757  
ResearcherID: E-8649-2016  
Scopus Author ID: 56348693700*