

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра спортивных дисциплин

**«АДАПТАЦИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ ПО ЗРЕНИЮ
ПОСРЕДСТВОМ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И
АДАПТИВНОГО ДЗЮДО»**

АВТОРЕФЕРАТ МАГИСТРЕСКОЙ РАБОТЫ

студентки 3 курса 341 группы

направление подготовки 49.04.01 Физическая культура
профиль «Физкультурно-оздоровительные технологии»

Института физической культуры и спорта

Шахминой Елены Николаевны

Научный руководитель
кандидат педагогических наук, доцент

Л.Н. Крючкова

подпись, дата

Зав. кафедрой
кандидат педагогических наук, доцент

В.Н. Мишагин

подпись, дата

Саратов 2019

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. По данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2016 года в России зарегистрировано 12,6 млн граждан, имеющих инвалидность. Среди них около 400 тыс. человек – это доля людей с заболеванием органов зрения. Долгое время проблемам этой категории людей не уделялось должного внимания, но так как с каждым годом число людей с ОВЗ увеличивается, в частности увеличивается число инвалидов III группы и детей-инвалидов, государство разрабатывает проекты и программы, направленные на заботу, полноценное существование, интеграцию и адаптацию людей с инвалидностью в обществе, ведь о цивилизованности государства судят по его отношению к инвалидам. Были созданы специальные реабилитационные центры, спортивно-адаптивные школы для детей с ОВЗ. Наряду со специализированными общеобразовательными учреждениями действует программа инклюзивного образования. В общеобразовательных учреждениях существует адаптивная физическая культура (АФК) и лечебная физическая культура (ЛФК), занятия которыми позволяют в полной мере восполнить пробелы двигательной активности у детей с ОВЗ, в частности у инвалидов по зрению. У детей с заболеванием органов зрения чаще встречаются сопутствующие заболевания опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, плоскостопие, сколиоз и т.д.). это связано с жизнедеятельностью ребёнка в школе и дома, так как они, как правило, лишены возможности свободного передвижения. Неправильное положение тела при письме, чтении, влечёт за собой напряжение и усталость мышц шеи, спины, возникают вторичные отклонения органов зрения. Нарушается осанка, а нарушение осанки вызывает ухудшение состояния внутренних органов, страдают дыхательная и сердечно-сосудистая системы.

Основная цель привлечения детей с ОВЗ к занятиям АФК И ЛФК - это восстановить или улучшить контакт с окружающим миром, создать необходимые условия для общественной жизнедеятельности, дать возможность участвовать в общественно полезном труде . Кроме того, занятия АФК помогают улучшить своё психическое и физическое здоровье, способствуют социальной интеграции и физической реабилитации детей - инвалидов. Таким образом существует прямая зависимость между занятиями АФК, адаптивным спортом и восстановлением нормальной жизнедеятельности организма, сохранением, поддержанием здоровья ребёнка- инвалида по зрению с целью интегрирования его в общество полноценным гражданином.

Предлагается, оценить текущее состояние проблемы, понять место в современном обществе детей с ОВЗ, какова роль и конфигурация социальной политики по отношению к детям с ОВЗ в общей социальной парадигме российского государства и каков эффект.

Объект исследования: адаптивная физическая культура и спорт для детей с поражением органов зрения.

Предмет исследования: адаптивная физическая культура и адаптивный спорт как средство реабилитации детей с ОВЗ по зрению.

Цель работы: показать роль адаптивного спорта и адаптивной физической культуры в психической и социальной реабилитации детей с ОВЗ по зрению.

Задачи работы:

- Описать АФК И адаптивный спорт как средство реабилитации и социальной адаптации детей с ОВЗ.
- Определить проблемы, трудности, с которыми сталкиваются дети - инвалиды по зрению.
- Разработать комплекс методических рекомендаций реабилитации детей-инвалидов по зрению в игровой форме.
- Систематизировать контроль за чередованием физической нагрузки и отдыха, за правильным положением тела во время выполнения упражнений, за переносом навыков и умений, полученных на занятиях АФК в повседневную деятельность.

Гипотеза: АФК и адаптивное дзюдо для детей с поражением зрения – одна из форм самосовершенствования, самовыражения и самоутверждения. Учебно-тренировочный процесс и соревновательная деятельность в адаптивном спорте являются действенным способом физической, психической, социальной адаптации детей -инвалидов.

Теоретическая значимость исследования. Полученные данные дополняют систему знаний об организации и содержании занятий адаптивной физической культурой, что позволяет скорректировать ее систему и подобрать наиболее оптимальные критерии для составления занятий с детьми с ОВЗ.

Практическая значимость исследования заключается в возможности применения полученных данных для успешной физической подготовки детей с ОВЗ и их дальнейшей реабилитации.

Методы исследования. Для решения поставленных задач использовались несколько методов:

- **Теоретический метод:** теоретический анализ специальной, научно-методической, научно-популярной литературы, обобщение и сравнение информации.

- **Эмпирический метод:** наблюдение, опрос детей с ОВЗ, общение со специалистами.

1. - **Метод психодиагностики:** анкетирование совместно со специалистом - психологом по методике самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубинштейна и определение мотивации по модифицированному варианту анкеты мотивации занятий адаптивным дзюдо Н.Г. Лускановой. Статистическая обработка результатов.

Экспериментальная база исследования. Педагогический эксперимент проводился в ГБОУ СО «Школа-интернат АОП №3 г.Саратова» и в ГБУ СО ОК ДЮСАШ «РиФ». В исследовании принимали участие дети с ОВЗ по зрению в возрасте 7-11 лет.

Этапы исследования. Исследование проводилось в период с сентября 2017г. по ноябрь 2018 г.

На первом этапе (сентябрь- октябрь 2017 г.) изучались информационные источники, в которых освещена проблема адаптивного спорта и занятий АФК, определялось общее направление работы, формировалась и уточнялись объект, предмет, цель, задачи и гипотеза исследования.

На втором этапе (ноябрь 2017 г. – январь 2018 г.) выявлялись основные проблемы, с которыми сталкиваются дети-инвалиды по зрению в процессе жизнедеятельности. Исследовались материалы и факты как теоретический материал при изучении АФК и адаптивного спорта.

Третий этап (февраль – ноябрь 2018 г.) был посвящён проведению эксперимента, в ходе которого была дана сравнительная оценка физического и психологического состояния детей с ОВЗ по зрению до начала занятий адаптивным дзюдо и в конце первого года обучения. Сделано обобщение полученных результатов, оформление выпускной квалификационной работы.

Структура и объём работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трёх глав, заключения, списка используемой литературы (28 источников) и приложения. В «Введении» представлены цель, объект и предмет педагогического исследования, определены задачи и методы научной работы. В главе 1 представлен анализ генезиса адаптивной физической культуры в России. В главе 2 представлена организация педагогической деятельности с учётом индивидуальных особенностей учащихся; психолого-медицинско-педагогическое обследование детей с ограниченными возможностями. В 3 главе дано экспериментальное обоснование методики адаптивной физкультуры для детей с ОВЗ на этапе тренировочного процесса, приведены результаты исследования.

Экспериментальное исследование эффективности занятий адаптивным дзюдо в реабилитации и социализации детей с овз по зрению

Задачи и методы исследования

В исследовании ставились следующие задачи:

- Провести теоретический анализ научно-методической литературы по теме адаптивное дзюдо для детей с ОВЗ.
- Разработать методику занятий адаптивным дзюдо для незрячих и слабовидящих детей на основе системы контрольных испытаний и программы наблюдения.
- С помощью эксперимента доказать эффективность занятий адаптивным дзюдо в социальной и физической реабилитации детей с ОВЗ.

Характеристика участников исследования

Опытно-экспериментальная работа со слепыми и слабовидящим школьниками была проведена на базе ГБОУ СО «Школа-интернат АОП №3 г. Саратова» с сентября 2017 года по май 2018 года. В исследовании принимали школьники 7-12 лет, занимающиеся адаптивным дзюдо (экспериментальная группа - ЭГ) и не занимающиеся дзюдо (контрольная группа - КГ). Общее количество участников эксперимента 20 человек. Все дети, участвующие в эксперименте, с нарушением зрения, имеют 4-5 группу здоровья, у некоторых присутствуют сопутствующие заболевания и вторичные отклонения.

Данные о состоянии здоровья детей представлены в таблицах:

Таблица 1. Контрольная группа детей (КГ)

№ п/п	Имя, фамилия	Первичные отклонения	Вторичные отклонения	Острота зрения
1	Алексей Б.	Частичная атрофия зрительного анализатора	Энцефалопатия, синдром гипервозбудимости, кифоз, плосковальгусное нарушение стоп, ЗПРР	Правильная светопроекция обоих глаз
2	Виктория А.	Ретинопатия недоношенных 5 степени, рубцовая фаза, вторичная гипертензия обоих глаз	Нарушение осанки, плоскостопие 1 степени, аномалия желчного пузыря	Неправильная светопроекция обоих глаз
3	Дмитрий Н.	Ретинопатия недоношенных 5 степени, рубцовая фаза	Резедуальная энцефалопатия, плоскостопие	Неправильная светопроекция обоих глаз
4	Рената М.	Ретинопатия недоношенных 5 степени, рубцовая фаза	Нарушение осанки, первичное ожирение	Правильная светопроекция обоих глаз
5	Данила З.	Смешанный астигматизм обоих глаз	Аутизм	OD-0,4 BO-0,9 OS-0,3 BO-0,9
6	Виталий П.	Врождённая миопия высокой степени обоих глаз	Синдром Морфана, синдром дефицита внимания, нарушение осанки, плоскостопие	OU-0,08 BO-0,1

7	Евгений Д.	Врождённый ювенильный ретиношизис	Пупочная грыжа, плоскостопие	OU-0,1 BO-0,2
8	Владислав Д.	Содружественное расходящееся косоглазие, слабый миопический астигматизм	Лёгкая умственная отсталость, плоскостопие, килевидная деформация грудной клетки	OD-0,02 BO-0,1 OS-0,3 BO-0,4
9	Никита М.	Гиперметропия слабой степени обоих глаз	Синдром Вильямса	OU- 1,0
10	Александра Ч.	Гиперметропический астигматизм, оперированное косоглазие правого глаза, мелоноз склер	Энцефалопатия, ЗПРР, плосковальгусная деформация стоп	OD-0,3 BO-0,4 OS-0,4 BO-0,6

Таблица 2 Экспериментальная группа детей (ЭГ)

№ п/п	Имя, фамилия	Первичные отклонения	Вторичные отклонения	Острота зрения
1	Максим С.	Врождённое недоразвитие зрительно-нервного анализатора, частичная атрофия зрительного нерва, горизонтальный нистагм	Плоскостопие 1 степени	OD- неправильная светопроекция OS-0,01
2	Анастасия В.	Гиперметропия средней степени (астигматизм)	Микроцефалия, ЗПР, ДЦП	OD-0,1 BO-0,3 OS-0,3 BO-0,5
3	Семён П.	Ретинопатия недоношенных 5 степени, рубцовая фаза, тотальная отслойка сетчатки обоих глаз	Гидроцефальный синдром, гипоксическая энцефалопатия	OD-0 OS-0

4	Ксения О.	Врождённая миопия высокой степени левого глаза, частичная атрофия зрительного нерва	ДЦП нижний спастический тетрапарез	OD-0,8 BO-1,0 OS-0,005 BO-0,01
5	Глеб А.	Смешанный астигматизм обоих глаз, расходящееся косоглазие правого глаза	Энцефалопатия, первичное ожирение, плоскостопие 1 степени	OD-0,1 BO-0,3 OS-0,5 BO-0,9
6	Валерия С.	Гиперметропия слабой степени обоих глаз	Нарушение осанки, дополнительная хорда левого желудочка	OU-1,0
7	Виктория Е.	Ретинопатия недоношенных 5 степени, рубцовая фаза	Нарушение осанки, плоскостопие 1 степени, ЗПРР	Неправильная светопроекция обоих глаз
8	Лев Т.	Оперированная миопия средней степени обоих глаз, астигматизм	Синдром дифицита внимания	OU-0,2 BO-0,4
9	Софья И.	Вторичная атрофия зрительного нерва обоих глаз	Гемангиобластома лобно-теменной области, окклюзионная гидроцефалия	Неправильная светопроекция обоих глаз
10	Аделина М.	Частичная атрофия зрительного нерва, врождённое недоразвитие зрительно-нервного анализатора	Нарушение осанки	OU-0,1

Особенности организации исследования

Педагогическое наблюдение проводилось в естественных условиях во время занятий адаптивным дзюдо и позволило оптимизировать решение

поставленных в работе задач, проанализировать насколько эффективно дети используют приобретенные на тренировочных занятиях умения и навыки.

Для достижения цели исследования нами было решено провести ряд тестов, которые позволяют оценить уровень физического и психологического развития занимающихся, а также оценить динамику их изменений в течение учебного года.

Мы старались, чтобы контрольные испытания (тесты) были естественны и доступны для школьников всех возрастно-половых групп и давали дифференцированные результаты, которые показывают уровень развития конкретных координационных, силовых, скоростных способностей. Они не требуют сложных двигательных умений и длительного обучения движениям, сложного оборудования и приспособлений, и дают достаточно полную картину о динамике изменения всех специальных и специфических координационных способностей.

Перед проведением тестов учащихся информировали о целях проведения контрольных испытаний, им подробно объясняли и демонстрировали правильное выполнение тестов. Мы старались обеспечить спокойную обстановку и индивидуальный подход, учитывали возрастные особенности, повышали мотивацию тестируемых детей и их концентрацию, чтобы они могли показать свои оптимальные результаты. Проводили исследования в первой половине дня, в хорошо проветренном и освещённом спортивном зале. Режим дня детей не был перегружен физически и эмоционально. Перед контрольными испытаниями проводилась короткая разминка.

Для повышения надежности оценки мы давали несколько зачетных попыток (2-4). После каждой попытки фиксировали точную информацию о достигнутом результате, но в контрольное тестирование шёл наилучший результат. Это способствовало поддержанию мотивации учащегося, стабилизации его эмоционального фона и коррекции его двигательных действий.

В процессе занятий адаптивным дзюдо двигательные задания, лежащие в основе тестов, иногда применялись в измененной, вариативной или игровой форме.

Во всех контрольных испытаниях была использована метрическая система мер, чтобы по возможности максимально достичь объективности при оценке различных способностей детей с ОВЗ.

Тестирование эмоционально-волевой сферы оценивалось с помощью стандартных психологических тестов, а привлекательность занятий адаптивным дзюдо методом опроса детей и их родителей.

Тестирование физических и психологических показателей

В ходе исследования были использованы следующие тесты:

2. Тест на определение скоростных качеств, определялся в беге на 30 м. с высокого старта. В забеге участвует один человек. По команде «На старт!», участник занимает исходное положение «Высокий старт» у линии старта, по команде «Внимание!», наклоняет корпус вперёд, по команде «Марш!», бежит к линии финиша. Направление движения обозначается учителем звуковым сигналом (колокольчиком, хлопками). Проводится 3 попытки, результат измеряется в секундах, фиксируется лучшее время.

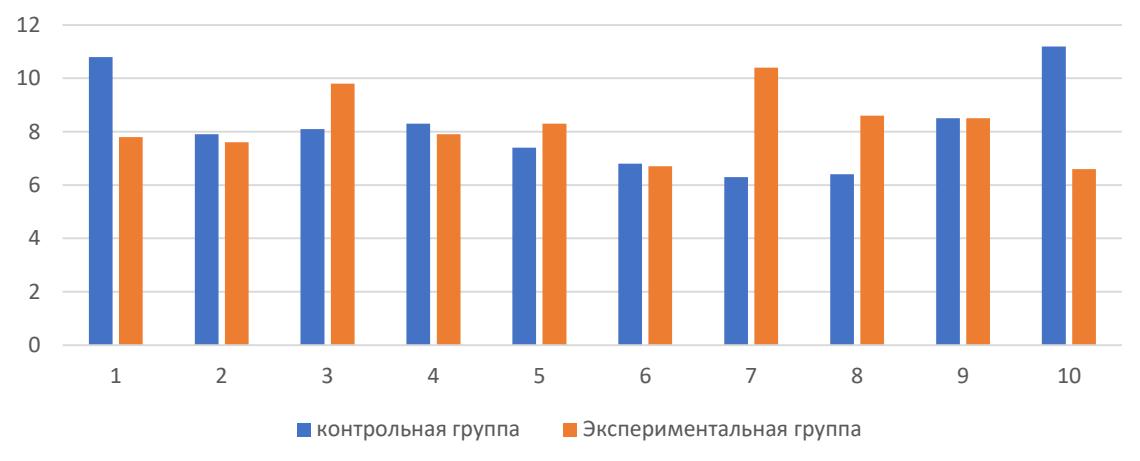
Таблица 3. Сводная таблица результатов тестирования бега на 30 м. в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1.	Алексей Б.	10,8	1.	Максим С.	7,8
2.	Виктория А.	7,9	2.	Анастасия В.	7,6
3.	Дмитрий Н.	8,1	3.	Семён П.	9,8
4.	Рената М.	8,3	4.	Ксения О.	7,9
5.	Данила З.	7,4	5.	Глеб А.	8,3
6.	Виталий П.	6,8	6.	Валерия С.	6,7
7.	Евгений Д.	6,3	7.	Виктория Е.	10,4
8.	Владислав Д.	6,4	8.	Лев Т.	8,6
9.	Никита М.	8,5	9.	Софья И.	8,5
10.	Александра Ч.	11,2	10.	Аделина М.	6,6

Представим эти результаты в виде гистограммы

Гистограмма 1

Бег 30 м. с высокого старта в КГ и ЭГ в начале эксперимента



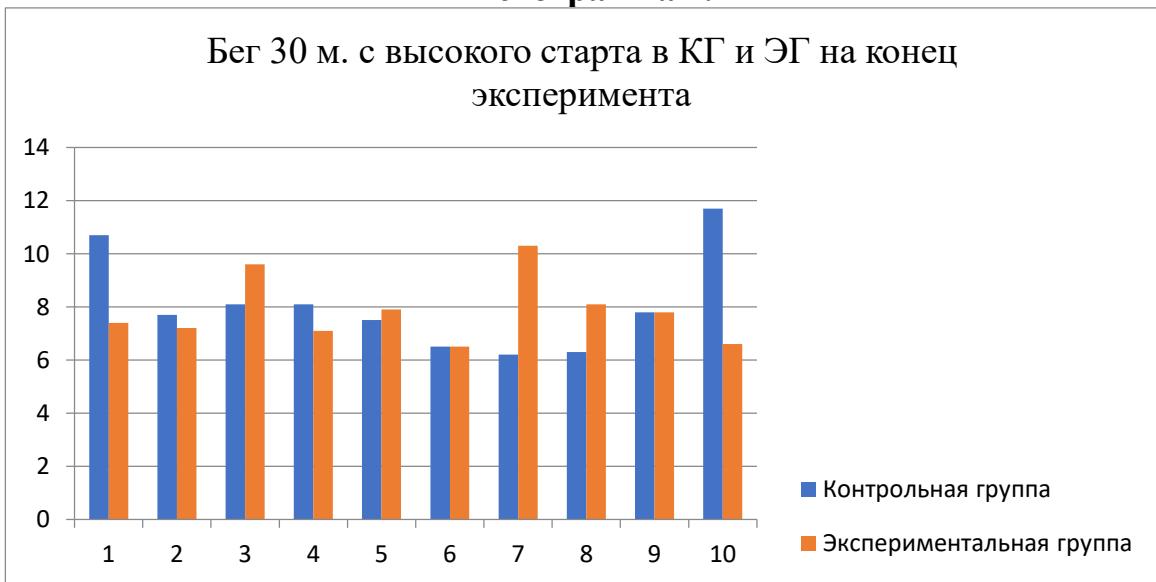
Средний результат по этому тестированию КГ – 8,17с., ЭГ – 8,22с. Рекомендуемое время преодоления 30 м. – 6,8 с. Из полученных данных видно, что более 80% детей и в контрольной группе и в экспериментальной не выполняют данный норматив. Это говорит о том, что у 8 из 10 тестируемых плохо развиты скоростные качества.

Таблица 4. Сводная таблица результатов тестирования бега на 30 м. в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	10,7	1	Максим С.	7,4
2	Виктория А.	7,7	2	Анастасия В.	7,2
3	Дмитрий Н.	8,1	3	Семён П.	9,6
4	Рената М.	8,1	4	Ксения О.	7,1
5	Данила З.	7,5	5	Глеб А.	7,9
6	Виталий П.	6,5	6	Валерия С.	6,5
7	Евгений Д.	6,2	7	Виктория Е.	10,3
8	Владислав Д.	6,3	8	Лев Т.	8,1
9	Никита М.	7,8	9	Софья И.	7,8
10	Александра Ч.	11,7	10	Аделина М.	6,6

Представим эти результаты в виде гистограммы

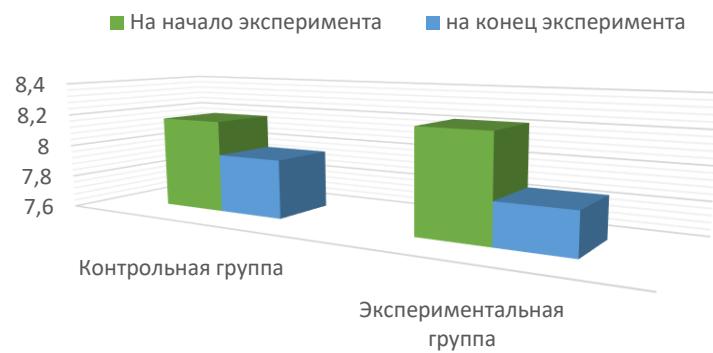
Гистограмма 2.



Средний результат преодоления 30 метрового участка по КГ – 7,96 с., для ЭГ - 7,85 с. В ЭГ 2 тестируемых повысили свой результат до норматива, а в КГ -3. И хотя, количество тестируемых, повысивших свой результат в КГ больше на 1 человека, в ЭГ все дети улучшили свои результаты, а в КГ 1 увеличил свой результат.

Гистограмма 3.

Сравнительные результаты тестирования КГ и ЭГ в беге на 30 м. (в сек.) с высокого старта на начало и конец эксперимента



Сравнительный анализ показывает, что результаты по данному тесту улучшили обе группы, но в ЭГ 60% тестируемых повысили свои абсолютные показатели.

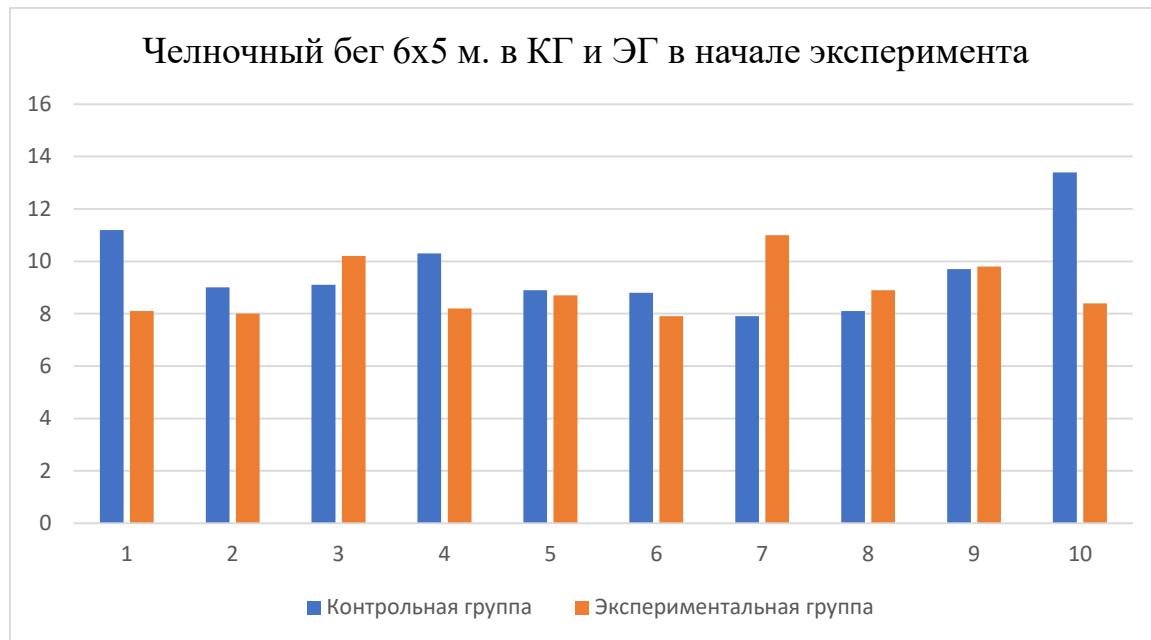
3. Тест на определение скоростно-силовых и координационных качеств определяется в челночном беге 6х5м. Две линии размечаются на расстоянии 5 метров. Это стартовая и контрольная линии. По сигналу учителя тестируемый должен преодолеть это расстояние шесть раз, изменяя движение в обратном направлении таким образом, чтобы обе ноги пересекали линию. У каждой линии стоит ассистент, который обозначает её звуковым сигналом. Давалось две попытки и результат лучшей из них заносился в протокол тестирования. Результат измеряется в секундах.

Таблица 5. Сводная таблица результатов тестирования челночного бега 6х5 м. в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	11,2	1	Максим С.	8,1
2	Виктория А.	9,0	2	Анастасия В.	8,0
3	Дмитрий Н.	9,1	3	Семён П.	10,2
4	Рената М.	10,3	4	Ксения О.	8,2
5	Данила З.	8,9	5	Глеб А.	8,7
6	Виталий П.	8,8	6	Валерия С.	7,9
7	Евгений Д.	7,9	7	Виктория Е.	11,0
8	Владислав Д.	8,1	8	Лев Т.	8,9
9	Никита М.	9,7	9	Софья И.	9,8
10	Александра Ч.	13,4	10	Аделина М.	8,4

Представим данные в виде гистограммы

Гистограмма 4.

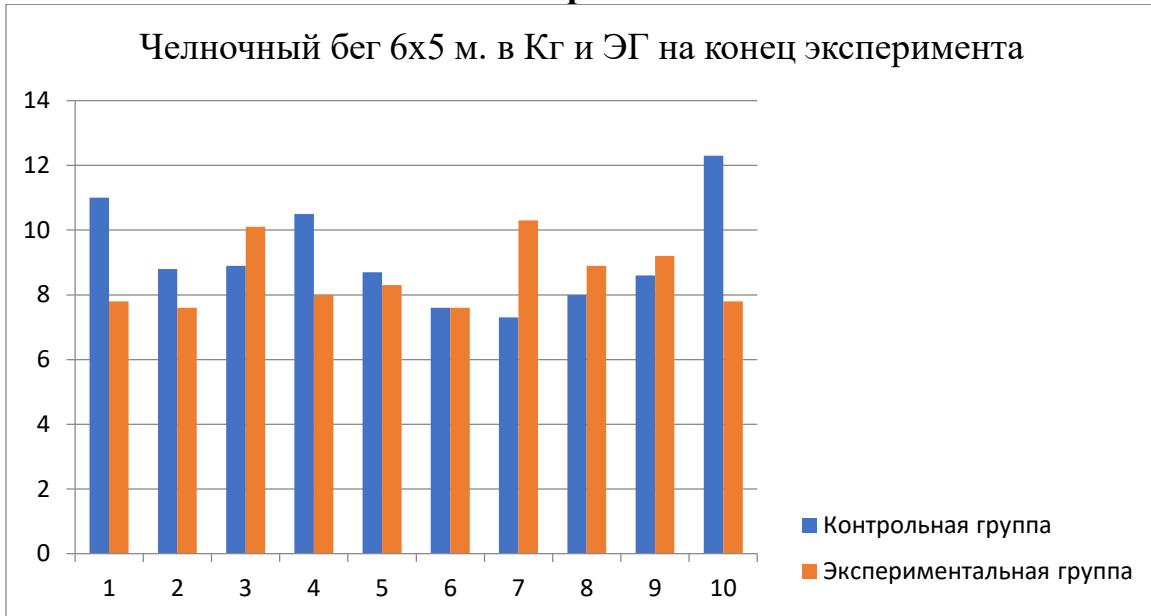


Средний результат по этому тестированию КГ – 9,64с., ЭГ – 8,92с. Рекомендуемое время преодоления расстояния 6х5 м.– 8,8 с. Из полученных данных видно, что более 70% детей в контрольной группе имеют низкие показатели скоростно-силовых и координационных способностей. В экспериментальной группе более чем у 50 % тестируемых результат приближен к нормативному.

Таблица 6. Сводная таблица результатов тестирования челночного бега 6х5 м. в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	11,0	1	Максим С.	7,8
2	Виктория А.	8,8	2	Анастасия В.	7,6
3	Дмитрий Н.	8,9	3	Семён П.	10,1
4	Рената М.	10,5	4	Ксения О.	8,0
5	Данила З.	8,7	5	Глеб А.	8,3
6	Виталий П.	7,6	6	Валерия С.	7,6
7	Евгений Д.	7,3	7	Виктория Е.	10,3
8	Владислав Д.	8,0	8	Лев Т.	8,9
9	Никита М.	8,6	9	Софья И.	9,2
10	Александра Ч.	12,3	10	Аделина М.	7,8

Гистограмма 5.



Средний результат по этому тестированию КГ – 9,17с., ЭГ – 8,56с. Рекомендуемое время преодоления расстояния 6x5 м. – 8,8 с. Из полученных данных видно, что 60% детей и в контрольной и в экспериментальной группах имеют хорошие показатели скоростно-силовых и координационных способностей, некоторых даже улучшено рекомендуемое время. Ещё у 2 тестируемых результат приближен к нормативному. Эксперимент показал, что у всех детей в ЭГ улучшились показатели по сравнению с началом эксперимента.

Гистограмма 6.



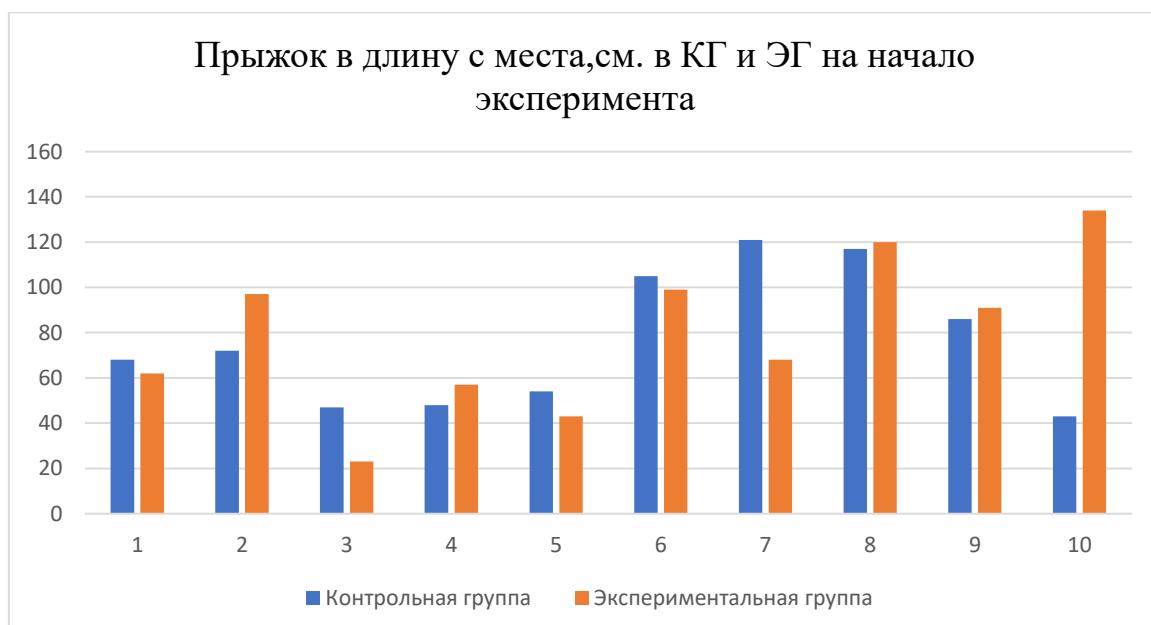
4. Тест на определение скоростно-силовых качеств производится прыжком в длину с места. Методика проведения теста: ноги на ширине плеч, ступни параллельно, носки ног перед линией измерения. Одновременным толчком двух ног выполняется прыжок, взмах руками разрешен. Измерение производится в сантиметрах по перпендикулярной прямой от линии измерения до ближайшего следа, оставленного любой частью тела участника.

Таблица 7. Сводная таблица результатов тестирования прыжка в длину в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	68	1	Максим С.	62
2	Виктория А.	72	2	Анастасия В.	97
3	Дмитрий Н.	47	3	Семён П.	23
4	Рената М.	48	4	Ксения О.	57
5	Данила З.	54	5	Глеб А.	43
6	Виталий П.	105	6	Валерия С.	99
7	Евгений Д.	121	7	Виктория Е.	68
8	Владислав Д.	117	8	Лев Т.	120
9	Никита М.	86	9	Софья И.	91
10	Александра Ч.	43	10	Аделина М.	134

Данные отражены на гистограмме

Гистограмма 7.



Средний результат по этому тестированию КГ – 76,1 см., ЭГ – 79,4 см. Контрольный прыжок должен быть не менее 120 см. Из полученных данных видно, что 90% детей в контрольной группе не справились с данным тестом. И только 2 человека в контрольной группе выполнили норматив. Это связано

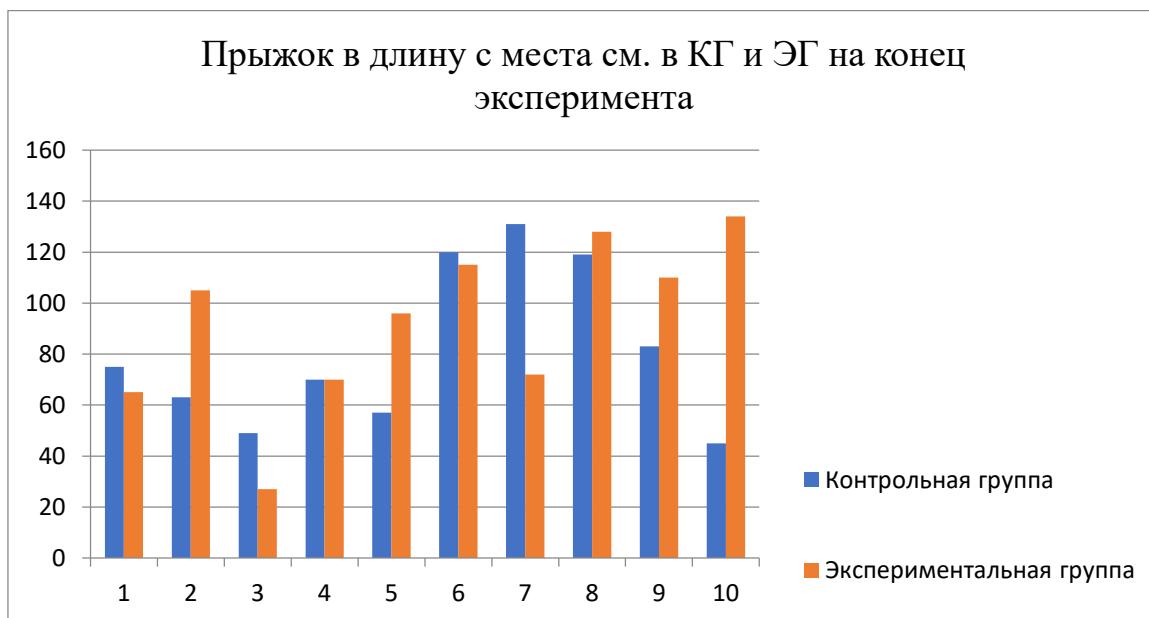
с тем, что у незрячих детей присутствует боязнь движения вперёд. Прыжки выполняются на мягкком покрытии (гимнастические маты).

Таблица 8. Сводная таблица результатов тестирования прыжка в длину в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	75	1	Максим С.	65
2	Виктория А.	63	2	Анастасия В.	105
3	Дмитрий Н.	49	3	Семён П.	27
4	Рената М.	70	4	Ксения О.	70
5	Данила З.	57	5	Глеб А.	96
6	Виталий П.	120	6	Валерия С.	115
7	Евгений Д.	131	7	Виктория Е.	72
8	Владислав Д.	119	8	Лев Т.	128
9	Никита М.	83	9	Софья И.	110
10	Александра Ч.	45	10	Аделина М.	134

Данные отражены на гистограмме

Гистограмма 8.

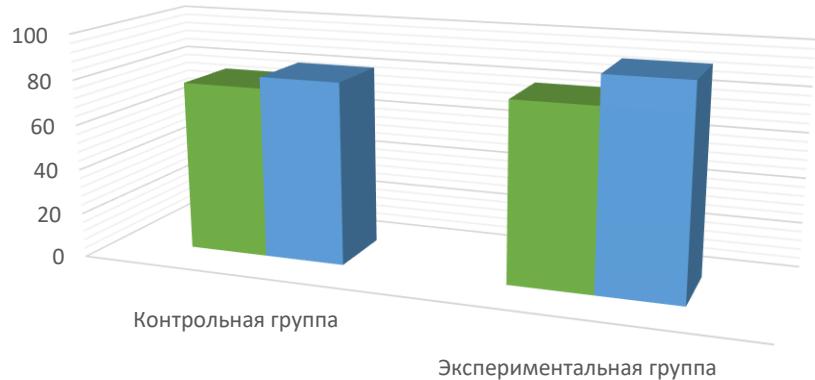


Средний результат по этому тестированию КГ – 81,2 см., ЭГ – 92,2 см. Из полученных данных видно, что к концу эксперимента показатели по данному тестированию значительно улучшились, но норматив по прежнему достигнут не всеми. 70% детей в контрольной группе не справились с данным тестом. И только 2 человека в контрольной группе выполнили норматив и 1 близко к нему. В ЭГ так же 2 человека справились, 3 человека прыгнули за 110 см., в целом положительная динамика есть у всей ЭГ.

Гистограмма 9.

Сравнительные результаты тестирования КГ и ЭГ в прыжках в длину (в см.) на начало и конец эксперимента

■ На начало эксперимента ■ На конец эксперимента



5. Тест на определение гибкости производится наклоном вперёд из положения сидя на полу. На полу наносится линия (нулевая), а от её середины - перпендикулярная линия, которую размечают через 1 см. Тестируемый садится так, чтобы пятки оказались на нулевой линии. Расстояние между пятками-20-30 см., ступни вертикальны. Выполняется три разминочных наклона, и затем четвёртый, зачётный. Результат определяют по касанию цифровой отметки кончиками пальцев соединенных рук. Если ребёнок не дотягивается до нулевой отметки, то результат засчитывается со знаком минус.

Таблица 9. Сводная таблица результатов тестирования гибкости в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	-5	1	Максим С.	3
2	Виктория А.	-11	2	Анастасия В.	7
3	Дмитрий Н.	2	3	Семён П.	1
4	Рената М.	-3	4	Ксения О.	-1
5	Данила З.	7	5	Глеб А.	11
6	Виталий П.	9	6	Валерия С.	14
7	Евгений Д.	4	7	Виктория Е.	2
8	Владислав Д.	7	8	Лев Т.	3
9	Никита М.	-5	9	Софья И.	12
10	Александра Ч.	2	10	Аделина М.	8

Данные отражены на гистограмме

Гистограмма 10.



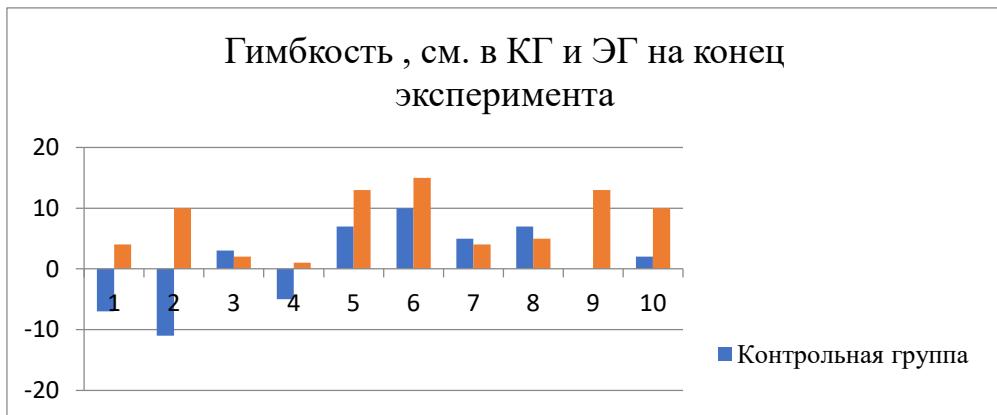
Средний результат по этому тестированию КГ – 0,7 см., ЭГ – 6,1 см. Нормативные требования 12-16 см. Из полученных данных видно, что только 30% детей в экспериментальной группе справились с данным тестом. У 5 тестируемых в контрольной группе отрицательный результат. Данный тест показывает, что гибкость не достаточно развита у тестируемых в обеих группах.

Таблица 10. Сводная таблица результатов тестирования гибкости в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	-7	1	Максим С.	4
2	Виктория А.	-11	2	Анастасия В.	10
3	Дмитрий Н.	3	3	Семён П.	2
4	Рената М.	-5	4	Ксения О.	1
5	Данила З.	7	5	Глеб А.	13
6	Виталий П.	10	6	Валерия С.	15
7	Евгений Д.	5	7	Виктория Е.	4
8	Владислав Д.	7	8	Лев Т.	5
9	Никита М.	0	9	Софья И.	13
10	Александра Ч.	2	10	Аделина М.	10

Данные отражены на гистограмме

Гистограмма 11.



Средний результат по тестированию гибкости в конце эксперимента у КГ – 1,8 см., у ЭГ – 7,7 см. Из данных гистограммы видно, что 50% детей в экспериментальной группе справились с данным тестом. А в КГ 4 тестируемых ухудшили результат.

Низкие показатели по данному тесту могут быть связаны с тем, что многим детям нельзя длительно находиться в положении наклона вперёд, выполнять статические упражнения, которые ведут к натуживанию. Им это запрещено по медицинским показаниям. Поэтому многие упражнения, связанные с развитием гибкости им противопоказаны.

Гистограмма 12.



6. Тест на статическое равновесие производится стоя на одной ноге. Тестируемый стоит в положении руки на пояс, вторая нога согнута и касается пяткой коленного сустава, бедро отведено в сторону наружу. Определяется время удерживания принятого положения. Отсчёт времени начинается после принятия устойчивого положения и

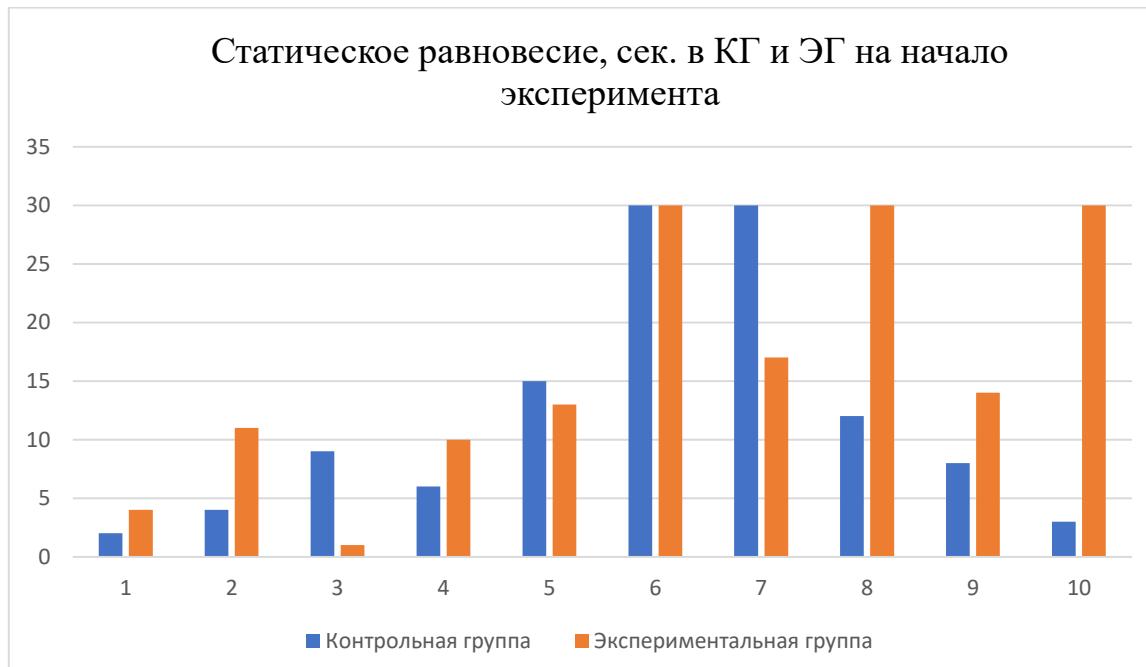
прекращается в момент потери равновесия (схождения с места или приземления на две ноги). Выполняется 2 попытки, засчитывается лучший результат.

Таблица 11. Сводная таблица результатов тестирования статического равновесия в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	2	1	Максим С.	4
2	Виктория А.	4	2	Анастасия В.	11
3	Дмитрий Н.	9	3	Семён П.	1
4	Рената М.	6	4	Ксения О.	10
5	Данила З.	15	5	Глеб А.	13
6	Виталий П.	30	6	Валерия С.	30
7	Евгений Д.	30	7	Виктория Е.	17
8	Владислав Д.	12	8	Лев Т.	30
9	Никита М.	8	9	Софья И.	14
10	Александра Ч.	3	10	Аделина М.	30

Данные отразим на гистограмме

Гистограмма 13.



Средний результат в КГ 11,9 секунды, шестеро тестируемых имеют низкий уровень подготовки в этом упражнении, двое - средний, двое- высокий. Средний результат в ЭГ – 16,0 секунды. Двое занимающихся имеют низкий уровень подготовки в этом упражнении, пять-средний, трое-высокий. У 70%

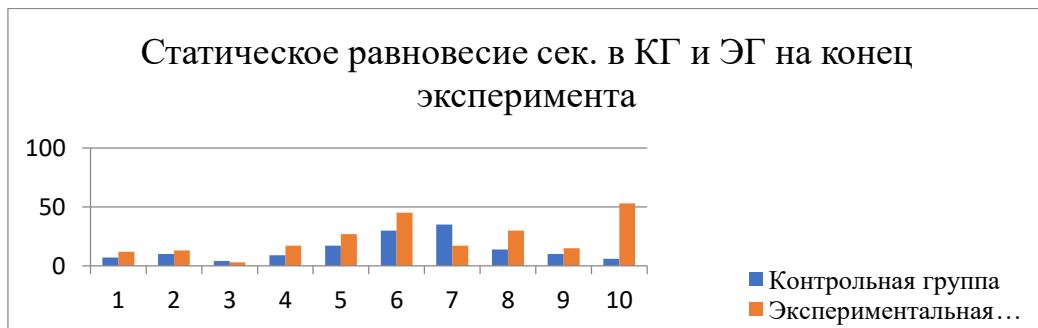
тестируемых низкий и средний результат, который говорит о плохом развитии пространственной ориентации и вестибулярного аппарата у учеников.

Таблица 12. Сводная таблица результатов тестирования статического равновесия в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	7	1	Максим С.	12
2	Виктория А.	10	2	Анастасия В.	13
3	Дмитрий Н.	4	3	Семён П.	3
4	Рената М.	9	4	Ксения О.	17
5	Данила З.	17	5	Глеб А.	27
6	Виталий П.	30	6	Валерия С.	45
7	Евгений Д.	35	7	Виктория Е.	17
8	Владислав Д.	14	8	Лев Т.	30
9	Никита М.	10	9	Софья И.	15
10	Александра Ч.	6	10	Аделина М.	53

Данные отразим на гистограмме

Гистограмма 14.



Из гистограммы 10 видно, что в КГ средний результат – 14,2 сек., а в ЭГ – 23,2 сек., это значит, что результаты статического равновесия повысились в 1,5 раза, а в КГ один тестируемый понизил результат. Повышение уровня статического равновесия связано с выполнением специальных упражнений в дзюдо, связанных с перемещением в вертикальных и горизонтальных плоскостях, с выполнением вращений и поворотов, с удержанием равновесия с различной постановкой ног и корпуса. При рекомендуемом нормативе 6-12 сек. с этим заданием справились 90 % тестируемых.

Гистограмма 15.

Сравнительные результаты тестирования КГ и ЭГ в статическом равновесии (в сек.)

■ На начало эксперимента ■ На конец эксперимента



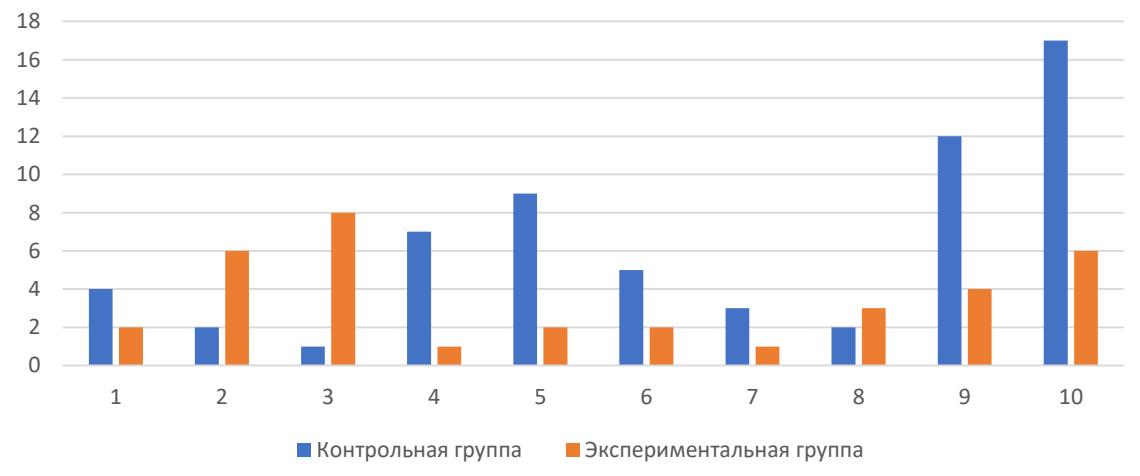
7. Тест на динамическое равновесие. Критерием оценки является величина отклонения в см. тестируемого вправо или влево при прохождении прямого отрезка длиной 15 м..

Таблица 13. Сводная таблица результатов тестирования динамического равновесия в контрольной и экспериментальных группах на начало эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	4	1	Максим С.	2
2	Виктория А.	2	2	Анастасия В.	6
3	Дмитрий Н.	1	3	Семён П.	8
4	Рената М.	7	4	Ксения О.	1
5	Данила З.	9	5	Глеб А.	2
6	Виталий П.	5	6	Валерия С.	2
7	Евгений Д.	3	7	Виктория Е.	1
8	Владислав Д.	2	8	Лев Т.	3
9	Никита М.	12	9	Софья И.	4
10	Александра Ч.	17	10	Аделина М.	6

Гистограмма 16.

**Динамическое равновесие, см. в КГ и ЭГ на начало
эксперимента**



Из гистограммы 11 видно, что средний результат в КГ - 6,2 см., четверо занимающихся имеют низкий уровень подготовки в этом упражнении, четверо - средний, двое - высокий. Средний результат в ЭГ - 3,5 см. У 50% занимающихся низкий и средний результат, который говорит о низком развитии пространственной ориентации и вестибулярного аппарата у 5 из 10 тестируемых в экспериментальной группе. Данное тестирование проводится с закрытыми глазами, все слабовидящие надевают на глаза непрозрачную повязку, чтобы находиться в равных условиях с незрячими.

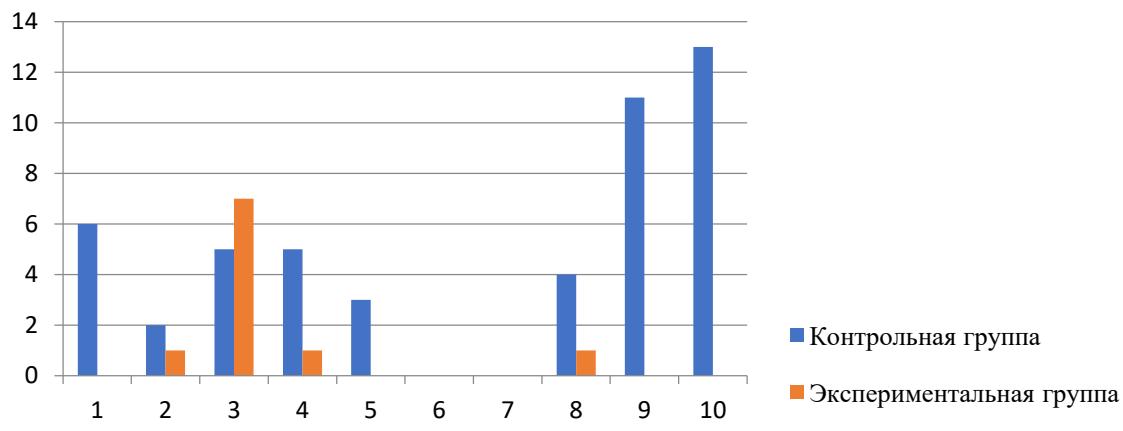
Таблица 14. Сводная таблица результатов тестирования динамического равновесия в контрольной и экспериментальных группах на конец эксперимента

№п/п	Имя, фамилия	Результат КГ	№ п/п	Имя, фамилия	Результат ЭГ
1	Алексей Б.	6	1	Максим С.	0
2	Виктория А.	2	2	Анастасия В.	1
3	Дмитрий Н.	5	3	Семён П.	7
4	Рената М.	5	4	Ксения О.	1
5	Данила З.	3	5	Глеб А.	0
6	Виталий П.	0	6	Валерия С.	0
7	Евгений Д.	0	7	Виктория Е.	0
8	Владислав Д.	4	8	Лев Т.	1
9	Никита М.	11	9	Софья И.	0
10	Александра Ч.	13	10	Аделина М.	0

Представим данные в виде гистограммы

Гистограмма 17.

Динамическое равновесие см. в КГ и ЭГ на конец эксперимента

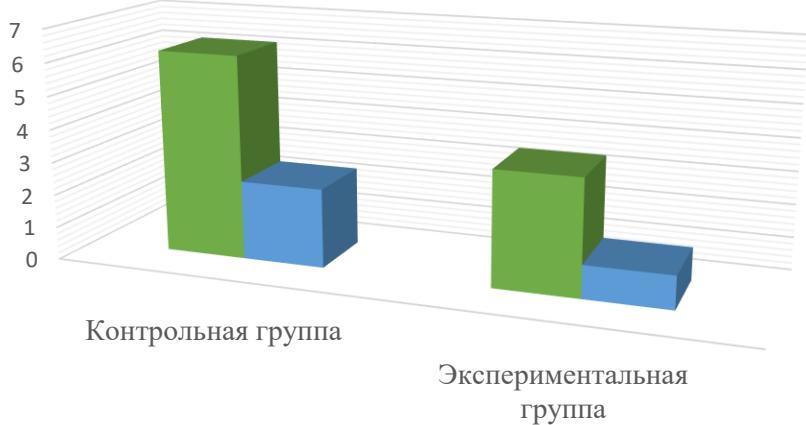


Из гистограммы 12 видно, что средний результат отклонения от заданной прямой составляет: в КГ-4,9 см., в ЭГ-1 см. Шесть тестируемых из экспериментальной группы прошли этот тест без отклонений, что говорит о хорошем уровне динамического равновесия. Специальные упражнения позволили развить и скорректировать пространственную ориентацию и вестибулярный аппарат. В контрольной группе двое тестируемых показали низкие результаты по этому упражнению.

Гистограмма 18.

Сравнительные результаты тестирования КГ и ЭГ в динамическом равновесии (в см.) на начало и конец эксперимента

■ На начало эксперимента ■ На конец эксперимента

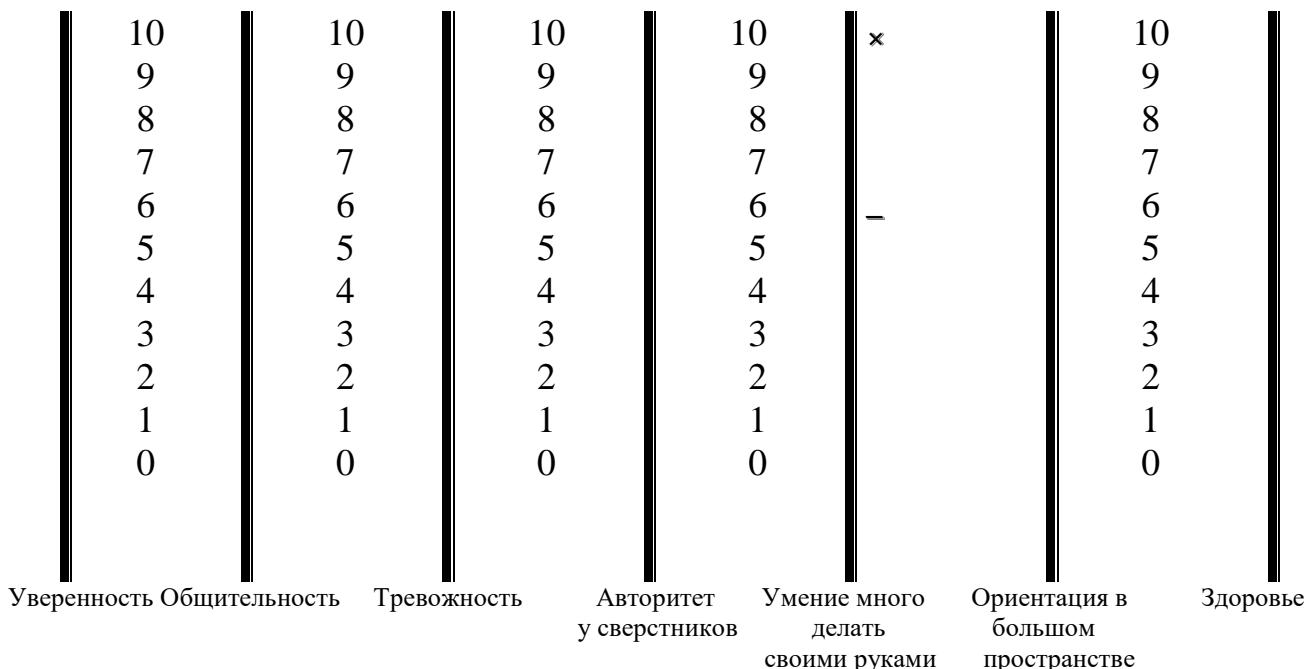


8. Психологическое тестирование проводилось по методике самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубинштейна (приложение № 1)
- Цель:** изучение самооценки.
Регистрация данных: групповая форма проведения.
Необходимые материалы: регистрационный бланк, ручка.

Процедура проведения: каждому тестируемому предлагается бланк методики, содержащий инструкцию и задание (лучше сначала показать тренировочный вариант на доске).

Инструкция: «*Каждый человек оценивает свои возможности, способности, характер и т.п. Уровень развития каждого качества, стороны человеческой личности можно условно изобразить вертикальной линией, нижняя точка которой будет символизировать самое низкое развитие, а верхняя – наивысшее. На следующей странице нарисовано 7 таких линий. Они обозначают: 1) уверенность; 2) общительность; 3) тревожность; 4) авторитет у сверстников; 5) умение многое делать своими руками; 6) ориентация в большом пространстве; 7) здоровье. Под каждой линией написано, что она обозначает.*

На каждой линии чертойкой (–) отметьте, как вы оцениваете развитие у себя этого качества, стороны личности в настоящий момент. После этого крестиком (x) отметьте, при каком уровне развития этих качеств, сторон, вы были бы удовлетворены собой или почувствовали гордость за себя.



Тестируемые давали оценку своих качеств на таких бланках, как в начале учебного года, так и в конце. Для удобства мы занесли все данные в таблицы №15, №16.

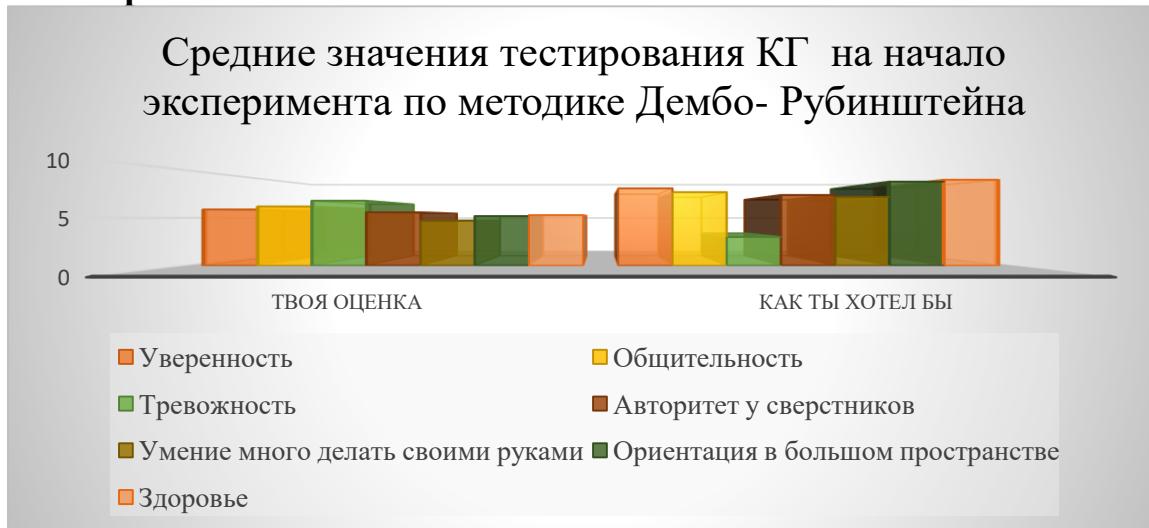
Таблица 15. Тестирование КГ на начало эксперимента по методике Дембо-Рубинштейна

№ п/ п	Имя, Фамилия	Уверенность		Общительность		Тревожность		Умение много делать		Ориентация в большом пространстве		Здоровье	
		Твоя оценка	Как ты хотел бы	Твоя оценка	Как ты хотел бы	Твоя оценка	Как ты хотел бы	Твоя оценка	Как ты хотел бы	Твоя оценка	Как ты хотел бы	Твоя оценка	Как ты хотел бы
1	Алексей Б.	5	9	7	10	8	3	6	9	4	8	6	10
2	Виктория А.	8	10	8	10	7	1	8	10	4	8	4	10
3	Дмитрий Н.	6	7	7	9	8	5	6	7	6	9	5	10
4	Рената М.	3	6	5	7	6	5	6	7	6	8	5	9
5	Данила З.	4	7	5	5	8	6	4	5	3	4	6	7
6	Виталий П.	7	8	5	2	8	1	4	4	6	6	8	10
7	Евгений Д.	9	10	10	10	6	0	8	10	7	10	8	10
8	Владислав Д.	5	7	3	7	7	4	5	8	3	5	3	6
9	Никита М.	8	9	8	8	4	2	5	8	3	7	4	8
10	Александра Ч.	4	8	4	9	6	3	4	6	5	7	3	8
Средние значения		5,9	8,1	6,2	7, 7	6, 8	3	5, 6	7, 4	4, 7	7, 2	5, 2	8, 8
													5, 3
													9

Таблица 16 . Тестирование КГ на конец эксперимента по методике Дембо-Рубинштейна

№ п/ п	Имя, Фамилия	Твоя оценка		Уверенность		Общительность		Тревожность		Авторитет у сверстников		Умение много делать		Ориентация в большом пространстве		Здоровье	
		Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь	Как ты хотел бы	
1	Алексей Б.	5	8	4	10	9	5	2	9	5	10	4	10	5	10	5	10
2	Виктория А.	7	10	8	10	9	1	7	10	5	10	4	10	7	10		
3	Дмитрий Н.	3	10	5	9	10	4	5	7	4	10	5	10	7	10		
4	Рената М.	5	10	5	7	8	1	5	10	5	10	6	10	8	10		
5	Данила З.	5	9	6	7	7	1	4	8	4	8	8	9	6	10		
6	Виталий П.	7	10	6	6	8	1	4	7	6	10	5	10	5	10		
7	Евгений Д.	9	10	10	10	8	0	8	10	7	10	8	10	5	10		
8	Владислав Д.	3	8	4	8	7	1	6	10	5	10	4	8	6	8		
9	Никита М.	10	10	5	9	6	6	6	9	5	9	2	9	5	10		
10	Александра Ч.	4	10	5	10	9	0	5	8	6	9	4	9	7	10		
Средние значения		5,8	9,5	5,8	8,6	8,1	2	5,2	8,8	5,2	9,6	5	9,5	6,1	9,8		

Гистограмма 19.



Гистограмма 20.

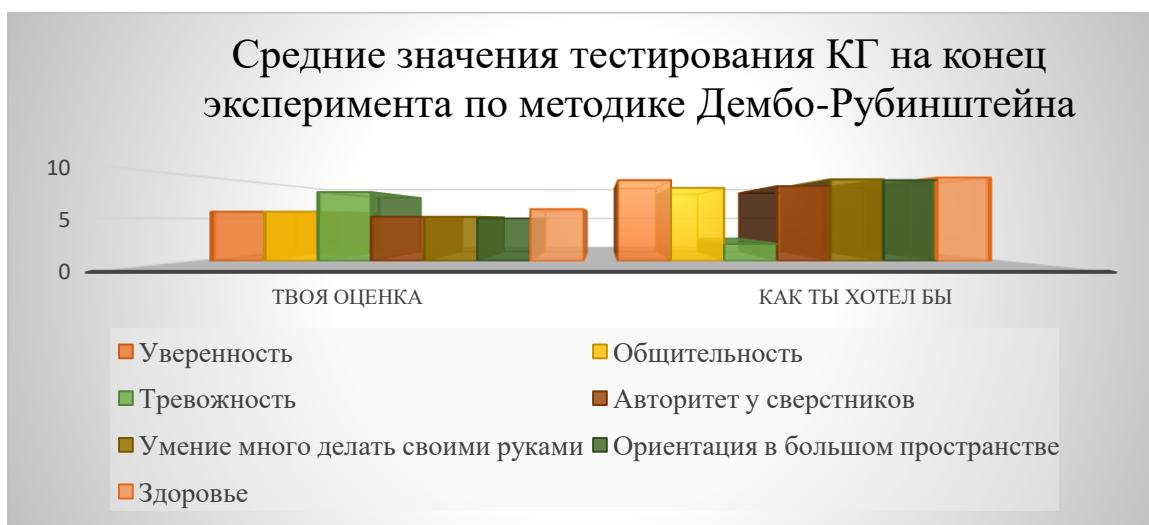


Таблица 17. Тестирование ЭГ на начало эксперимента по методике Дембо-Рубинштейна

№ п/ п	Имя, Фамилия	Уверенность	Общительность	Тревожность	Авторитет у сверстников	Умение много делать	Ориентация в большом пространстве	Здоровье

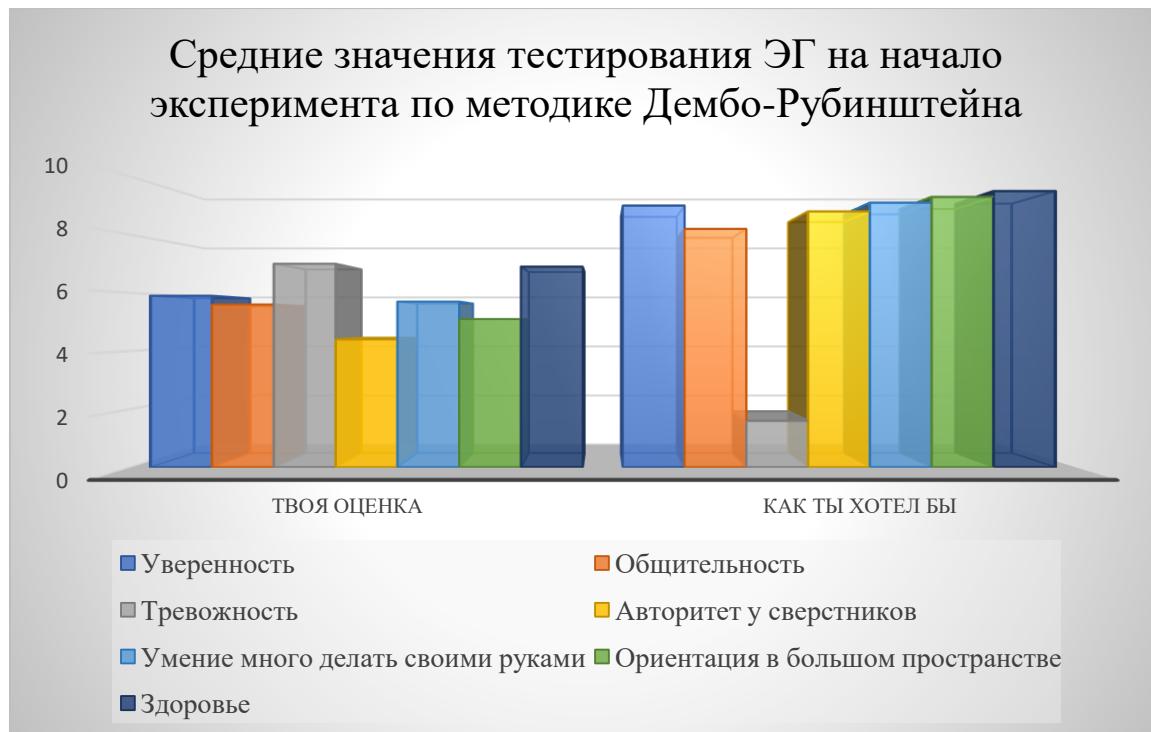
1	Максим С.	8	10	7	10	8	3	6	10	8	10	4	10	8	10
2	Анастасия В.	5	10	6	8	8	0	2	8	5	10	2	10	6	8
3	Семён П.	2	5	4	6	10	6	2	8	2	7	1	5	6	9
4	Ксения О.	5	8	6	9	8	2	3	10	4	10	5	10	7	10
5	Глеб А.	8	10	8	10	6	0	6	10	7	10	6	10	8	10
6	Валерия С.	8	10	7	10	5	1	6	10	8	9	7	10	9	10
7	Виктория Е.	4	8	3	6	7	2	3	5	6	8	4	10	5	8
8	Лев Т.	7	9	6	8	5	0	5	10	6	9	10	8	8	10
9	Софья И.	7	10	6	8	7	2	6	7	4	8	4	10	6	10
10	Аделина М.	5	10	3	7	6	0	5	10	7	10	8	10	6	10
Средние значения		5,9	9	5,6	8,2	7	1,6	4,4	8,8	5,7	9,1	5,1	9,3	6,9	9,5

Таблица 18. Тестирование ЭГ на конец эксперимента по методике Дембо-Рубинштейна

№ п/п	Имя, Фамилия	Уверенность
		Общительность
		Тревожность
		Авторитет у сверстников
		Умение много делать
		Ориентация в большом пространстве
		Здоровье

			Твоя оценка	Как ты хотел бы	Как ты оцениваешь			Твоя оценка	Как ты хотел бы								
1	Максим С.	7	10	9	10	4	0	7	10	6	10	5	10	7	10		
2	Анастасия В.	6	10	7	10	4	0	5	10	7	10	4	10	10	8		
3	Семён П.	4	7	5	8	5	2	4	8	4	8	2	9	7	10		
4	Ксения О.	7	10	7	10	4	0	5	10	5	10	6	10	7	10		
5	Глеб А.	7	10	8	10	2	0	7	10	6	10	7	10	9	10		
6	Валерия С.	8	10	8	10	2	0	7	10	8	10	8	10	8	10		
7	Виктория Е.	6	10	5	9	4	1	4	8	6	9	5	10	7	10		
8	Лев Т.	8	10	7	10	2	0	7	10	7	10	10	10	9	10		
9	Софья И.	6	10	8	10	5	1	7	9	5	9	5	10	7	10		
10	Аделина М.	7	10	9	7	1	0	7	10	8	10	9	10	8	10		
Средние значения		6,6	9,7	7,3	9,4	3,3	0,4	6	9,5	6,2	9,6	6,1	9,9	7,9	9,8		

Гистограмма 21.



Гистограмма 22.



Сравнивая результаты тестирования самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубинштейна мы ориентировались, главным образом, на 1, 3 и 6 ряды, потому что оценку остальных качеств можно считать субъективной. По гистограммам видно, что в результате проведённой коррекционной работы у 100% детей из ЭГ повысилась уверенность в себе, они стали более общительны, значительно снизился уровень тревожности, повысился авторитет у сверстников. Самооценка у ребят стала более адекватна, 40% детей, поняли, что стали лучше ориентироваться в большом пространстве.

9. Определение мотивации тестируемых в ЭГ проводилось по модифицированному варианту анкеты мотивации занятий адаптивным дзюдо Н.Г. Лускановой (Приложение № 2)

Цель: изучение мотивационной сферы как одной из составляющих личностных УУД.

Регистрация данных: групповая форма проведения.

Необходимые материалы: регистрационный бланк, ручка.

Инструкция для учащегося: «Сейчас я буду зачитывать вопросы, которые описывают ваше отношение к занятиям адаптивным дзюдо. Послушайте их внимательно. К каждому вопросу предлагается 3 варианта ответа: а, б и в. Выберите тот вариант ответа, который вам подходит, и обведите в кружок одну букву рядом с номером соответствующего вопроса»

1.	Как ты чувствуешь себя на занятиях адаптивным дзюдо?	а) мне нравится; б) мне не очень нравится; в) мне не нравится
2.	С каким настроением ты идешь на занятия адаптивным дзюдо?	а) с хорошим настроением; б) бывает по-разному; в) чаще хочется остаться дома
3.	Если бы тебе сказали, что завтра не надо приходить всем на занятия по адаптивному дзюдо, как бы ты поступил?	а) пошел бы на занятия; б) не знаю; в) остался бы дома
4.	Как ты относишься к тому, что у вас отменяют занятия адаптивным дзюдо?	а) мне не нравится, когда отменяют занятия; б) бывает по-разному; в) мне нравится, когда отменяют занятия
5.	Проявил ли ты интерес к адаптивному дзюдо вне занятий (просмотр тематической литературы, сайтов)?	а) да; б) не знаю, затрудняюсь ответить; в) нет
6.	Хотел бы ты, чтобы занятий по адаптивному дзюдо было больше?	а) нет, не хотел бы; б) не знаю; в) да, я хотел бы, чтобы занятий по адаптивному дзюдо было больше
7.	Рассказываешь ли ты о занятиях адаптивным дзюдо своим родителям или друзьям?	а) рассказываю часто; б) рассказываю редко; в) вообще не рассказываю
8.	Как ты относишься к своему преподавателю по адаптивному дзюдо?	а) мне нравится наш преподаватель; б) не знаю, затрудняюсь ответить; в) я хотел бы, чтобы у нас был другой преподаватель.

9.	Есть ли у тебя друзья в группе?	а) у меня много друзей; б) у меня мало друзей; в) у меня нет друзей в группе
10	Как ты относишься к своим одногруппникам?	а) мне нравятся мои одногруппники; б) мне не очень нравятся мои одногруппники; в) мне не нравятся мои одногруппники

Результаты тестирования занесены в таблицу

Таблица 19. Мотивации занятий адаптивным дзюдо на начало и конец эксперимента

№ п/п	Вопросы									
	1 Э/Н	2 К/Н	3 Э/Н	4 К/Н	5 Э/Н	6 К/Н	7 Э/Н	8 К/Н	9 Э/Н	10 К/Н
1	а	а	б	а	в	а	б	а	б	а
2	а	а	а	а	б	а	б	а	б	а
3	а	а	а	а	б	а	б	б	а	а
4	а	а	а	а	а	а	а	б	а	а
5	б	а	б	а	в	б	б	а	б	а
6	а	а	б	а	б	а	в	в	б	а
7	а	а	а	а	б	а	а	а	б	а
8	б	а	б	б	б	б	а	б	в	а
9	а	а	а	а	а	а	а	б	а	а
10	а	а	а	а	б	а	б	а	б	а

На основе проведённого тестирования по модифицированной методике Н.Г.Лускановой у 100% детей повысился уровень мотивации к занятиям адаптивным дзюдо, они отметили, что стали более общительны, у них появилось больше друзей, стали ощущать себя уверенней. 80% детей проявили самостоятельный интерес к поиску и исследованию вопросов, связанных с дзюдо. А 90% хотели, что бы занятий было больше. Результаты психодиагностики отразились на спортивных успехах учащихся.

10. По результатам занятий в конце эксперимента для ЭГ проводился опрос родителей на тему «Мой ребёнок занимается адаптивным дзюдо».

Были заданы следующие вопросы:

1. Приветствуете ли Вы занятия адаптивным дзюдо своим ребенком?
2. Хотелось бы Вам, чтобы было большее количество занятий?

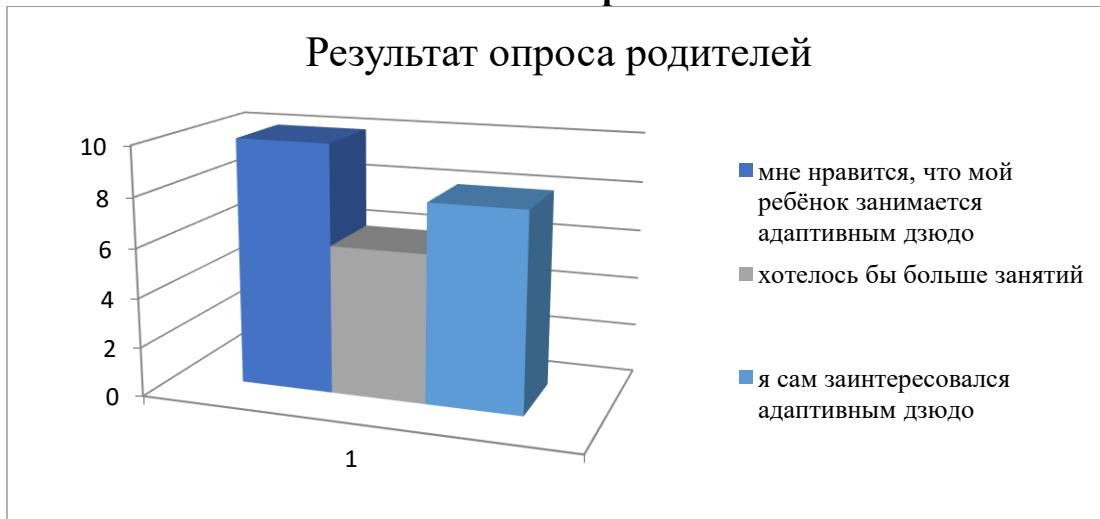
3.Проявили ли Вы интерес к дополнительной информации по теме «адаптивное дзюдо» (литература, видеоматериалы, интернет)?

Результаты опроса сведены в таблицу 20 и показаны на гистограмме 23

Таблица 20. Результаты опроса родителей ЭГ

№ п/п	вопрос 1	вопрос 2	вопрос 3
1	да	да	нет
2	да	да	да
3	да	нет	да
4	да	нет	да
5	да	да	да
6	да	нет	да
7	да	да	да
8	да	да	да
9	да	нет	да
10	да	да	нет

Гистограмма 23.



Опрос показал, что 100% родителей одобряют занятия адаптивным дзюдо, 60% хотели бы, чтобы количество занятий было больше, 80% проявили дополнительный интерес к теме «адаптивное дзюдо». Все родители отметили, что дети с интересом идут на занятия, у них повысилась общая физическая выносливость, расширился кругозор и обогатился словарный запас.

Результаты всех тестирований заносились в специальный протокол и сравнивались между испытуемыми группами.

Заключение

Целью данной работы являлось исследование эффективности применения адаптивной физической культуры и занятий адаптивным дзюдо в работе по коррекции недостатков развития детей с ОВЗ по зрению младшего школьного возраста.

Проанализировав литературу, мы установили, что слепые и слабовидящие дети существенно отстают в физическом развитии от здоровых сверстников. У них наблюдаются многочисленные нарушения опорно-двигательного аппарата, снижен объем легких, имеются проблемы с сердечно-сосудистой системой, нарушены равновесие и координация. В эмоционально-волевой сфере наблюдается повышенная тревожность, перевозбудимость, замкнутость. Понижена мотивация к занятиям физической культурой, не сформирован интерес к здоровому образу жизни.

Одним из способов решения этого комплекса проблем являются занятия адаптивным дзюдо.

Для занятий адаптивным дзюдо для слепых и слабовидящих школьников нами была проанализирована тематическая литература, проведены консультации с офтальмологами, терапевтами и учителями ЛФК. Результатом анализа консультаций со специалистами и наблюдений за детьми стали занятия, на которых учитывались некоторые ограничения. Количество повторений и интенсивность исполнения технических элементов дзюдо должны быть таким, при которых ЧСС не должна превышать 100-130 уд/мин.

Методы страховки и самостраховки (кувырки и падения) не всем детям можно выполнять со «стойки», поэтому мы адаптировали из к выполнению из положения «партер», а у некоторых совсем исключили. В большей мере мы уделили внимание обучению детей перемещению по татами в различных плоскостях, обучали плавному перенесению центра тяжести из положения «стоя» в положение «лежа» (на спину и на живот), учили компенсировать те или иные движения тела мышцами ног и рук. То есть, обучали тому, чем в обычной жизни дети занимаются ежедневно.

Изучение сложных технических действий были разбиты на отработку отдельных элементов (подходы и подвороты в стойке). В тренировочном процессе использовалось большое количество общеукрепляющих и общеразвивающих упражнений, направленных на растяжку, на улучшение навыков пространственного перемещения.

Нами были отобраны тесты и задания (физические и психологические), по результатам которых проведён сравнительный анализ в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой и получены следующие данные:

По данным тестирования, проводимых на занятиях АФК в школе для слепых и слабовидящих (бег 30 м., челночный бег 6х5 м., прыжок в длину, гибкость, статическое и динамическое равновесие) в экспериментальной группе показатели в начале эксперимента практически совпадают с контрольной группой, а в конце эксперимента показывают превышение на 7-12%.

Для 100% учащихся занятия по адаптивному дзюдо являются привлекательными, 90% детей хотели бы заниматься больше, 80% интересуются дополнительной информацией по этой теме.

Опрос родителей показал, что 100% родителей одобряют занятия детей, 80% проявили интерес к дополнительной информации по дзюдо, 60% хотели бы большее количество занятий.

Для ребёнка с ОВЗ характерно большое разнообразие мотивов: желание проявить себя смелым и решительным при выполнении трудных упражнений; стремление стать сильным, крепким, а также мотив достижения, то есть ориентация ребёнка на стремление к успешному выполнению задания, настойчивость перед лицом неудач и переживание чувства гордости за выполнение поставленной цели. Действительно, в наше время основная цель привлечения инвалидов к регулярным занятиям физической культурой и спортом – восстановить утраченный контакт с окружающим миром, создать необходимые условия для воссоединения с обществом, участия в общественно полезном труде и реабилитации своего здоровья.

Поставленная цель работы – изучение особенностей адаптивного спорта применительно к лицам с поражением зрения – достигнута. Главная особенность в работе с ребёнком-инвалидом по зрению: у инвалидов желания и упорства намного больше, чем у людей без физических недостатков, и это помогает им преодолевать трудности и в спорте, и в жизни. Этот факт способствует достижению высоких результатов не только в спорте, но и в жизни.

В ноябре 2018 года 7 детей из экспериментальной группы приняли участие в соревнованиях по дзюдо вместе со здоровыми детьми, так как правила соревнований являются едиными. Валерия С. заняла призовое 3 место. Соревновательная деятельность как средство реабилитации требует от ребёнка с ОВЗ принятия и неукоснительного соблюдения свода правил. А это влечёт за собой концентрацию внимания, самодисциплину. Любая неудача или успех сопровождаются поддержкой команды, тренера, родителей и болельщиков. Осознание того, что ты равный, вселяет уверенность и повышает мотивацию у детей с ОВЗ, развивает индивидуальную конкурентоспособность.

Адаптивное физическое воспитание создает начальную базу для разностороннего развития физических способностей и двигательных навыков, формирует предпосылки для их значительного развития. Спорт же дает возможность полнее раскрыть эти способности и испытать огромное чувство радости, полноты жизни и владения своим телом, преодоление трудностей. АФК и спорт для детей с ОВЗ могут выступать как эффективное средство реабилитации и социальной адаптации.

Для инвалидов по зрению занятия физической культурой и спортом являются фактором улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и уровня физической подготовленности. Помимо этого, они несут

удовлетворение потребности в общении, расширении круга знакомств, самореализации.

Основываясь на результатах эксперимента, можно высоко оценить эффективность применения занятий по адаптивному дзюдо в работе по коррекции недостатков развития слепых и слабовидящих детей младшего школьного возраста.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что цель достигнута, задачи решены, выдвинутая гипотеза нашла своё подтверждение, как на теоретическом уровне, так и в процессе экспериментальной работы: процесс развития физических качеств слепых и слабовидящих детей проходил более эффективно в экспериментальной группе, в которой дети посещали занятия адаптивным дзюдо.