

Лекция "Комплексная реабилитация детей дошкольного возраста с отклонениями в состоянии здоровья"

Введение

В последнее десятилетие XX века в России актуализировалась проблема социально-педагогической реабилитации подростков с ограниченными возможностями физического здоровья в связи с гуманистическими позициями педагогической науки и практики. Изменение экономического, политического, нравственного, духовного, религиозного уровней общества, прогресс здравоохранения, науки и культуры вызвал повышенное внимание к детям с отклонениями в развитии. Ранее подростки этой категории нередко были исключены из общественной жизни, находились в системе закрытых спецучреждений, не могли в полной мере реализовать свои права на образование, воспитание, проведение досуга, получение услуг в сфере обслуживания и т.п. Современная социальная политика государства, российские законодательные акты в отношении детей с отклонениями в развитии приближаются к международным стандартам, призывающим создать оптимальные условия для их интеграции в общество, предоставить равные возможности для обучения, получения информации, социального обслуживания и дальнейшего трудоустройства.

Реабилитация — это не только лечение и улучшение состояния здоровья, а процесс, направленный на достижение человеком максимальной самостоятельности и готовности к независимой и равноправной жизни в обществе. Целью реабилитации является формирование наибольшей работоспособности, самостоятельности и самостоятельности человека. Реабилитация начинается не с момента установления ребенку статуса «инвалид», а с момента выявления потребности в реабилитации. Реабилитационная деятельность опирается на следующие принципы организации услуг: индивидуальности, комплексности, непрерывности, оперативности и доступности.

Процесс реабилитации — это сложное и многогранное явление, поскольку полноценное возвращение в социум происходит через медицинскую реабилитацию (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств). Реабилитация — это своего рода итог всей коррекционно-педагогической деятельности.

Чтобы преодолеть негативные тенденции в подготовке названной категории детей к интеграции в общество, требуется разработка новых теоретических подходов к их обучению, воспитанию и организации всей жизнедеятельности, вытекающих из глубокого анализа современных проблем специального образования как в России, так и за рубежом.

Социально-реабилитационная деятельность

Важное место в комплексе названных составляющих компонентов подготовки детей-инвалидов к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная деятельность - сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Основная ее задача - обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах. Названные закономерности изучает психология. Следовательно, психология по отношению к социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями выступает как дисциплина, составляющая ее научную основу. Без учета закономерностей психического и личностного развития ребенка

социально-реабилитационная деятельность будет представлять лишь свод правил и приемов, лишенных конкретного содержания.

Курс «Социальная реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы» возник на стыке смежных наук: общей психологии, социальной психологии, возрастной и педагогической психологии, специальной психологии и коррекционной педагогики. Он имеет свой предмет, объект и методы исследования, позволяющие получать объективную научную информацию о ребенке, включенном в социально-реабилитационный процесс.

Теоретической основой курса являются положения общепсихологической теории, разработанные такими учеными, как: Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, М.Я. Басов, П.Я. Гальперин, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, а также работы Л.И. Божович, В.С. Мухиной и других, изучавших личность ребенка и ее формирование в детском возрасте. Все проблемы, включенные в настоящий курс, рассматриваются с позиций единства деятельностного и личностного подходов, сформировавшихся в отечественной психологии.

Деятельностный подход в социальной реабилитации предполагает развитие и коррекцию ребенка с ограниченными возможностями только в процессе деятельности посредством специального обучения, в ходе которого ребенок овладевает психологическими средствами, позволяющими ему осуществлять контроль и управление своей внутренней и внешней активностью. Согласно С.Л. Рубинштейну, деятельность определяется самим объектом, но не прямо, а через «внутренние» закономерности, то есть внешнее воздействие дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние человека, через сложившийся у него строй мыслей и чувств. В качестве системы внутренних условий выступает личность с ее сложной многоуровневой структурой.

Личностный подход ориентирует специалиста по социальной реабилитации на работу с конкретным ребенком с его проблемами

и особенностями, обусловленными ограниченными возможностями жизнедеятельности, на развитие его как личности, устойчивой к социальным невзгодам. Благодаря такому подходу ребенок постепенно становится хозяином собственного «Я», субъектом деятельности и общения, получает возможность направлять свои усилия на саморазвитие и самореализацию. Чтобы достичь цели социальной реабилитации, необходимо сформировать личность ребенка как субъекта деятельности и общения.

Названные подходы, рассматриваемые в единстве, определяют роль специалиста по социальной реабилитации в общей системе воспитания ребенка. Его задача состоит в том, чтобы, используя различные подходы, обеспечить в процессе различных видов деятельности и общения создание внутренних и внешних условий для продвижения ребенка с ограниченными возможностями в личностном развитии.

Основы ранней реабилитации детей с отклонениями в развитии

В основе ранней реабилитации детей с различными отклонениями в умственном развитии лежит своевременная и адекватная диагностика интеллектуальных нарушений. Выявление этих отклонений связано с определенными трудностями, так как интеллектуальное развитие ребенка представляет собой созревание множества разнообразных функций, находящихся в сложном единстве. Отклонения в интеллектуальном развитии могут являться следствием поражения любой функции, определяющей интеллектуальную деятельность ребенка и ее своеобразие.

При диагностике отклонений в умственном развитии ребенка за основу должны быть взяты нормативы нервно-психического развития здоровых детей. Различные отклонения в развитии ребенка сопровождаются нарушениями в состоянии здоровья и корректируются одновременно с лечением психоневрологической недостаточности. Результаты тестирования используются для контроля эффективности лечения и раннего педагогического вмешательства, они позволяют определить степень сложности индивидуальной программы реабилитации, а также раскрыть основную причину задержки в развитии ребенка. Сравнение уровня развития ребенка-инвалида с

возрастными стандартами преследует далеко не главную цель. Важно показать не степень его отставания от здоровых сверстников, а отметить достигнутые успехи в тот или иной отрезок времени. Основная цель диагностики заключается в том, чтобы определить палитру различных видов деятельности, которыми может заниматься ребенок, имея те или иные нарушения жизнедеятельности и страдающий различными видами социальной недостаточности.

Возрастные нормативы нервно-психического развития могут помочь определить сильные и слабые стороны в развитии ребенка и тем самым выделить приоритетные направления в реабилитационной работе. Диагностируя уровень нервно-психического развития ребенка с различными ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью, необходимо иметь в виду, что у всех детей важные жизненные навыки формируются по тождественной схеме и нередко с похожей последовательностью, даже если из-за интеллектуальных нарушений некоторые дети овладевают ими очень медленно. В результате тестирования выясняется, какие практические умения, и в какой последовательности формировались.

Правильно проведенная диагностика достигнутого уровня позволяет определить успехи в обучении ребенка, контролировать правильность выбора приоритетов в индивидуальной программе реабилитации, вносить коррекцию в методику занятий с ребенком.

Программы ранней реабилитации, используемые за рубежом и в лучших отечественных научно-методических и лечебных учреждениях, предполагают в первую очередь обучить ребенка жизненно важным навыкам, которые обычно формируются у детей в раннем возрасте.

Ребенок с отклонениями в интеллектуальном развитии обучается очень медленно. Для того чтобы он в меру своих возможностей развивался и осваивал необходимые навыки, следует иметь реалистичную, индивидуальную программу педагогической реабилитации ребенка-инвалида. Приступая к созданию такой программы, надо оценить три взаимосвязанные проблемы:

- конечную цель всей реабилитационной программы, или перечень навыков и умений, которыми ребенок должен в итоге овладеть;
- уровень актуального развития малыша и объем его социальной недостаточности;
- время и средства, имеющиеся для реализации поставленной цели.

Необходимо иметь в виду, что нельзя копировать ни один подход к реабилитации. В каждом конкретном случае следует определить потребности ребенка и, исходя из этого, адаптировать методы реабилитации каждого инвалида к его ограничениям и возможностям.

Составляя программу реабилитации детей с отклонениями в интеллектуальном развитии, необходимо иметь в виду, что чем раньше начнется реабилитационный процесс, тем больше надежд на достижение социально значимых результатов. Цель реабилитационной программы должна учитывать реальные возможности ребенка. Любые крайности будут разочаровывать и родителей, и специалистов, работающих с малышом. Определив цель реабилитации, необходимо сформулировать перечень задач, которые будут ориентиром на выбор направлений работы, они помогут спланировать основные занятия с ребенком, а также рационально использовать различные бытовые и режимные ситуации для повторения или закрепления отдельных достижений ребенка.

Ребенок продвигается вперед во многих сферах развития почти одновременно, поэтому ему надо помогать сразу по нескольким линиям развития. Для этого надо выбрать те упражнения, которые помогут ему лучше освоить то, что он уже умеет, а затем перейти к следующему этапу реабилитации. Обучение новым навыкам и умениям надо проводить постепенно, малыми этапами.

Первое, с чего надо начинать - это научить ребенка поднимать голову, когда он лежит или сидит на руках. С первых месяцев жизни надо правильно носить ребенка, помогая ему хорошо владеть

головой в различных положениях и побуждая его интересоваться окружающей обстановкой.

Когда малыш освоит движения головой, его надо научить переворачиваться. Для этого ребенка, страдающего различными задержками в развитии, обучают поднимать плечи и тело. Все это целесообразно осуществлять в процессе примитивных игр, а также во время ухода за ребенком. Малыша побуждают следить за игрушками, тянуться за ними, принимать различные положения и т.д. В том случае, когда многочисленные попытки «заставить» ребенка поднимать плечи и затем переворачиваться не приносят желаемого результата, ему осторожно помогают переворачиваться на бок, не оставляя при этом попыток сделать все это лишь с помощью игрушки.

На этом этапе реабилитации, да и при решении других реабилитационных задач, надо неукоснительно следовать «золотому правилу»: помогать ребенку нужно лишь столько, сколько ему необходимо, надо побуждать ребенка большее число упражнений выполнять самостоятельно.

Эти общие рекомендации не исключают значительного числа самых разных особенностей, учитывающих индивидуальность малыша, его возможности, степень сохранности интеллекта и многое другое. Например, если не удастся научить ребенка переворачиваться после долгих специальных занятий, можно достичь хорошего результата, приподняв ножку малыша и помогая ему таким образом освоить этот сложный двигательный акт. А затем должны следовать длительные и упорные тренировки, закрепляющие полученный результат. Если малыш страдает спастическим напряжением мышц, нужно сначала помочь ему расслабиться, например, покачивая его ножки взад и вперед, либо, свернув его «клубочком», медленно раскачивать ноги из стороны в сторону. Таких приемов существует довольно много. Можно попробовать, держа ребенка на коленях, поворачивать туловище в разные стороны.

Следующим этапом реабилитации детей с отклонениями в интеллектуальном развитии является развитие у них хватательного

навыка, умения тянуться к предметам и координировать взаимодействие двигательного и зрительного анализаторов.

Обучая ребенка различным навыкам, необходимо иметь в виду, как минимум, два обстоятельства.

Во-первых, у детей с трудностями в обучении можно сформировать большинство из тех навыков и умений, которыми владеют здоровые дети, если вовремя приступить к регулярным и хорошо продуманным занятиям.

Во-вторых, развитие различных функциональных систем мозга происходит гетерохронно. Они последовательно проходят стадии созревания и поэтому в каждый конкретный момент онтогенетического развития зрелость мозга мозаична: различные функционально-структурные звенья этих систем находятся на разных стадиях своего развития. В постнатальном онтогенезе каждая функциональная система имеет индивидуальный алгоритм развития.

Эти два обстоятельства необходимо учитывать при осуществлении самых различных реабилитационных мероприятий.

К важнейшим этапам ранней помощи детям, имеющим отклонения в интеллектуальном развитии, относятся занятия по развитию навыков владения телом, координации движения, чувства равновесия и умения сидеть.

Принципы занятий

Принципы занятий заключаются в следующем:

1. прежде, чем ребенок начнет подниматься, его необходимо научить держать голову, поднимать и поворачивать ее;
2. малыш будет хорошо сидеть только тогда, когда он научится удерживать корпус в вертикальном положении, опираясь руками и балансируя, чтобы не упасть;
3. следует учить ребенка удерживать равновесие;
4. каждый раз, когда малышу удастся выполнить какое-либо упражнение, его следует похвалить и приласкать;

5. постепенно надо сокращать объем помощи ребенку в овладении тем или иным навыком, добиваясь, чтобы он все делал самостоятельно;
6. отрабатывая с ребенком тот или иной навык, следует широко использовать современные реабилитационные пособия и тренажеры;
7. постоянно вырабатывать у ребенка чувство опасности и осторожности;
8. навыки владения телом лучше всего отрабатывать, когда взрослый (лучше, когда это делает мать) держит ребенка на животе или на коленях.

Круг упражнений по развитию навыков владения телом, координации движений, чувства равновесия и умения сидеть достаточно широк, и они могут быть индивидуализированы и построены в виде интересных игр.

Следующим этапом реабилитации является обучение детей умению ползать. Многие дети начинают самостоятельно передвигаться, сначала ползая на животе, и только после этого встают на четвереньки или перемещаются сидя на ягодицах. Однако ряд детей как бы перескакивают через этот этап двигательного развития. Минуя ползание, они после того, как овладевают умением хорошо сидеть, начинают вставать и ходить. Последовательность освоения этих навыков зависит от ряда причин, однако основную роль здесь играют подготовительная работа с ребенком и особенности условий его воспитания.

Ползать на животе обычно учат следующими способами: перед ребенком кладут игрушку и побуждают малыша дотянуться, достать ее руками. Если малыш не в состоянии подтянуть вперед ногу, чтобы ползти, ему помогают, приподнимая ногу. Ребенку, страдающему детским церебральным параличом, напротив, не всегда целесообразно подставлять опору для стоп, так как этот прием может вызвать нежелательное напряжение мышц и рефлексорное выпрямление ног.

В том случае, когда обучение ползанию дается с трудом, рекомендуется предварительная подготовка ребенка к этому двигательному навыку. С этой целью малыша «катают» на колене, обучая его перемещать тело из одной стороны в другую. Это должно происходить «незаметно» для ребенка. Такого рода упражнения можно разнообразить: положив малыша на большой мяч или валик, его тело раскачивают вперед и назад, заставляя держать руки вытянутыми вниз и выпрямленными в локтевых суставах. Аналогичное упражнение можно проводить, уложив ребенка на вытянутую ногу сидящего на полу взрослого и побуждая его ползти вперед, поочередно отрывая от пола то одну руку, то другую.

Малыш может осваивать приемы ползания, если кто-либо из взрослых держит его с помощью полотенца, обернутого вокруг тела. Таким образом, ребенку дают возможность реально почувствовать, как взрослый перемещает центр тяжести его тела с одной руки и ноги, касающихся пола, на другую сторону тела. Ребенка можно подвесить над полом таким образом, чтобы он опирался на ноги, а передвигался с помощью рук. Здесь необходимы и новые игрушки и интересные игры, побуждающие малыша делать то или иное упражнение.

Научить ребенка ходить можно лишь в том случае, если он научился удерживать равновесие и хорошо чувствовать центр тяжести своего тела. Однако подготовка к самостоятельной ходьбе должна осуществляться на всех этапах двигательного развития ребенка. Существует много приемов, облегчающих обучение инвалида стоять, ходить, координировать движения и сохранять равновесие.

Для укрепления ног малыша «заставляют» шагать на месте, поддерживая его за туловище. Однако это, да и некоторые другие упражнения у детей, страдающих спастическими параличами, могут спровоцировать излишнее напряжение мышц и последующую тугоподвижность суставов. Ребенка ставят на ноги и осторожно раскачивают из стороны в сторону, давая ему почувствовать как при этом перемещается центр тяжести тела. Ребенка, страдающего детским церебральным параличом, поддерживают при стоянии за плечи и одновременно ногой. Ребенок может самостоятельно

тренироваться вставать, если ему дать возможность держаться за толстую веревку, лестницу, поручни и т.п. Когда он научится стоять, можно подстраховывать его от падения, обвязав полотенцем вокруг груди. Однако в этом случае нельзя давать малышу возможность висеть на такой поддержке. Для развития чувства равновесия и улучшения координации движений нужно играть с ребенком, поддерживая его сзади руками. Осторожно обхватив малыша под мышки, можно раскачивать его из стороны в сторону, наклоня вперед и назад. Как только он научится сохранять равновесие самостоятельно, нужно переходить к незаметной страховке падений, давая малышу возможность свободно стоять, раскачиваться на месте или передвигаться, опираясь на какие-либо предметы.

Равновесие и координация движений улучшаются после занятий на различных тренажерных устройствах. С этой целью можно соорудить специальные качели, ходунки, ручные тележки и т.п.

В последнее время обсуждается эффективность использования в детской реабилитологии мануальной терапии. Она часто применяется при коррекции статокинетических нарушений, возникающих при детском церебральном параличе.

Такая мануальная подготовка, связанная со значительной релаксацией мышц-синергистов, приводит к более быстрому освоению различных двигательных навыков, что в свою очередь облегчает общение ребенка с окружающими его людьми.

Раннее педагогическое вмешательств должно происходить в виде различных игр. Современные психологические исследования показывают, что умственные способности начинают складываться очень рано и формируются они не сами собой, а под влиянием окружающей обстановки, по мере расширения деятельности ребенка. При осуществлении простейших манипуляций и обучении элементарным навыкам самообслуживания малыш получает множество новых впечатлений, он практически знакомится со свойствами предметов - их формой, величиной, массой, твердостью. Ребенок лучше всего занимается со взрослым, если воспринимает обучение как забаву или игру. Для того чтобы игры носили

развивающий характер, не утомляли ребенка, необходимо руководствоваться следующими принципами:

- нельзя заниматься подолгу одними и теми же играми или упражнениями;
- необходимо стремиться разнообразить занятия с малышом интересными приемами, новыми игрушками и т.п.;
- игра, с одной стороны, должна быть достаточно трудной, чтобы малышу было интересно, а с другой - достаточно легкой, чтобы он видел результаты своей деятельности;
- не все игры надо планировать заранее, детей часто увлекает экспромт, различные приключения, неожиданность и т.п.;
- игры почти всегда важнее игрушек, так как в качестве последних можно использовать почти любые предметы;
- игрушки и пособия для игр можно делать вместе с детьми, посвящая их в «таинство» превращения одних предметов в другие;
- для стимулирования наблюдательности, расширения круга представлений ребенка, нужно широко использовать прогулки.

В процессе реабилитации ребенка с отклонениями в интеллектуальном развитии необходимо развивать у него любознательность, интерес к окружающему миру и одновременно обучать его действовать с предметами, играть, рисовать, конструировать.

Малыша надо научить заранее обдумывать свои действия и применять приобретенные знания и навыки в самых различных ситуациях.

Успех реабилитации во многом зависит от постоянного и пристального внимания специалистов, от глубины постижения нужд и интересов ребенка и изучения особенностей его развития. При этом реабилитационная помощь ребенку не должна никогда прерываться, ибо ее эффект может наступить «незаметно», а иногда и неожиданно.

Основные направления реабилитации детей с отклонениями в развитии

К основным направлениям реабилитационной деятельности относятся медицинская реабилитация (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическая реабилитация (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов) и педагогическая реабилитация (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств).

Медицинская реабилитация детей с нарушениями в развитии

В системе здравоохранения комплексную медицинскую и психолого-педагогическую помощь дети с различными проблемами в развитии могут получать:

1. в амбулаторно-поликлинических условиях (в поликлиниках по месту жительства, в поликлиниках восстановительного лечения, в психоневрологических и врачебно-физкультурных диспансерах);
2. стационарно (в неврологических, психоневрологических, нейрохирургических, реабилитационных, восстановительных, офтальмологических, ЛОР-отделениях и отделениях патологии речи и нейрореабилитации в составе лечебно-профилактических учреждений; в специализированных реабилитационных центрах, НИИ, клиниках; в домах ребенка для детей-сирот);
3. на дому.

В программу по медицинской реабилитации включены мероприятия по восстановительной терапии, куда могут войти:

- лекарственная терапия,
- гомеопатия,
- психотерапия индивидуальная и групповая (по показаниям),
- электрофизиолечение (по показаниям),
- рефлексотерапия (по показаниям),
- лазеротерапия,
- массаж,
- лечебная физкультура и др.

Глава III Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» предусматривает право инвалидов на проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств реабилитации и услуг за счет средств федерального бюджета. Все виды этих мероприятий, технических средств и услуг должны быть предусмотрены федеральным перечнем и утверждены Правительством Российской Федерации. Данный перечень регулярно редактируется. На сегодняшний день применяется Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, который утвержден распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г.

Дети с отдельными видами нарушений (с нарушениями слуха, опорно-двигательного аппарата) нуждаются в протезно-ортопедической помощи, куда входит изготовление и ремонт протезно-ортопедических и других видов протезных изделий.

Дети с нарушениями слуха нуждаются в слухопротезировании, для чего им предоставляются слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.

Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата изготавливаются специальные ортопедические изделия. Сюда входят:

- пояса, корсеты, бандажи, шины, корректоры осанки;
- тьюторы, фиксаторы, аппараты на отдельные суставы (наколенники, налокотники, на плечо, на запястье, голеностопы) или на всю конечность,
- протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы,
- держатели (для стопы, для головы),
- обувь ортопедическая (стельки, супинаторы, межпальцевые перегородки).

Многие виды протезно-ортопедической продукции граждане получают бесплатно, часть изделий (например, стельки, супинаторы) выдается за полную стоимость по действующим ценам.

Санаторно-курортное лечение является еще одним разделом в программе медицинской реабилитации.

В соответствии с пунктом 3.1 Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан (утвержден Приказом Минздравсоцразвития России N328 от 29.12.2004) «обеспечение санаторно-курортным лечением осуществляется путем предоставления гражданам при наличии медицинских показаний санаторно-курортных путевок в санаторно-курортные организации, расположенные на территории Российской Федерации и включенные в Перечень, который утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации». В этот перечень входит более 900 учреждений и организаций, оказывающих льготным категориям граждан Российской Федерации санаторно-курортное лечение бесплатно, за счет средств, выделенных из государственного бюджета. Продолжительность срока санаторно-курортного лечения - 21 день, что установлено Федеральным законом РФ N202 от 29.12.2004 «О бюджете Фонда социального страхования».

Медицинские показания и противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения в том или ином санатории определяет лечащий врач. Отбор и направление нуждающихся больных осуществляют лечащий врач совместно с заведующим отделением лечебного учреждения, где наблюдается ребенок.

Родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья могут сами обратиться за путевкой в санаторий, если в индивидуальной программе реабилитации есть рекомендация о необходимости санаторно-курортного лечения. Для этого им надо подать заявление в Фонд социального страхования по месту жительства.

Одновременно с путевкой на ребенка, имеющего инвалидность, выдается путевка для одного из его родителей или других законных представителей, как сопровождающих лиц.

Психолого-педагогическая реабилитация детей с нарушениями в развитии в системе образования

Когда все дети достигают возраста 6-7 лет, они начинают учиться в школе. А многие дети с ограниченными возможностями в этом

возрасте не могут не только хорошо говорить, но и обслуживать себя. На психолого-медико-педагогических комиссиях таким детям зачастую в заключении пишут: «Ребёнок не обучаем».

«Необучаемый ребенок» - как часто слышат эти слова. По-видимому, «обучаемый» — это ребенок, обучение которого не должно составлять проблем, доставлять неприятности и требовать от педагога чрезмерных усилий. Ему объяснили – он понял. Вот это обучение! А если одно и тоже нужно повторять 2-3 раза — значит не справляется.

Не ребенок не справляется, – не справился педагог. Это педагогу не хватило терпения и знаний. Он обучает детей по раз и навсегда отработанной схеме. Но не нужно подчинять ребенка под систему, какой бы прекрасной она не была. Обучение – это процесс, который длится во времени. Для детей с ограничениями возможностей нет, и не может быть сроков.

По закону РФ «Об образовании» дети с ограниченными возможностями могут учиться в обычных общеобразовательных школах на общих основаниях. Каждая государственная и муниципальная общеобразовательная школа обязана принимать детей, проживающих на прикрепленной к ней территории, независимо от состояния их здоровья.

Министерство образования придерживается такой концепции, что дети с нарушениями, не связанными с умственной отсталостью, должны обучаться по общим стандартам и специально разработанным к ним дополнениям, где предусмотрено увеличение количества учебных часов и использование большего числа специалистов. Но в реальной жизни этот закон общеобразовательными учреждениями не выполняется. Часто "особые дети" не могут посещать не только общеобразовательную школу, но и детский сад, поскольку в них отсутствуют специальные условия для нахождения там и обучения ребенка-инвалида:

- не введены специальные учебные программы;
- не привлекаются к работе специальные педагоги (дефектологи);

- помещения не оборудуются с учетом нахождения в них детей с проблемами в развитии.

В системе отечественного образования коррекционная помощь детям с проблемами в развитии реализуется с учетом положения о том, что такой ребенок имеет особые образовательные потребности и нуждается в специальных условиях.

Специальные образовательные учреждения и общеобразовательные учреждения, в которых воспитываются дети с нарушениями в развитии, оборудуются с учетом нахождения в них детей определенной категории. В них должны быть предусмотрены специальные порожки, светозащитные технические устройства из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием для детей с нарушением зрения; специальные поручни, пандусы для подъема и спуска детей с опорно-двигательными нарушениями.

Дети с отклонениями в развитии могут воспитываться и обучаться:

1) в дошкольных, школьных государственных и негосударственных образовательных учреждениях, и учреждениях «Начальная школа - детский сад» трех видов:

- компенсирующего вида, предназначенного для обучения детей с теми или иными отклонениями в развитии (в специальных (коррекционных) детских садах и школах);
- комбинированного вида, имеющего как группы (классы) для нормально развивающихся детей, так и группы (классы) компенсирующего вида;
- общеразвивающего вида в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) обучения при обязательной коррекционной поддержке ребенка с отклонениями в развитии;

2) в домашних условиях с возможностью посещения дошкольниками групп кратковременного пребывания при учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, при дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) образовательных учреждений;

3) в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в условиях разновозрастных групп в центрах диагностики и консультирования, психолого-медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции и др.;

4) в учреждениях дополнительного образования: центры дополнительного образования детей, детские оздоровительные центры различного профиля и др.;

5) в детских домах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

6) в школах-интернатах.

Вопросы направления или перевода ребенка в то или иное учреждение, комплектования образовательных учреждений решается на постоянно действующих психолого-медико-педагогических комиссиях (ПМПК).

Дети с отклонениями в развитии направляются ПМПК и другими организациями системы образования, здравоохранения и социальной защиты в коррекционные учреждения только по согласованию с родителями (законными представителями ребенка).

В учреждения дополнительного образования дети с отклонениями в развитии принимаются по желанию родителей и по рекомендации специалистов.

Физкультурно-оздоровительная реабилитация детей с отклонениями в развитии

Крайне неблагоприятная экологическая ситуация, низкий уровень культуры здорового образа жизни россиян сочетаются с высокой социальной напряженностью и неопределенностью, порождающими хроническое чувство тревоги, неудовлетворенности, потерю динамики социумом. Эти факторы особенно сказываются на детях-инвалидах.

В Российской Федерации отмечается устойчивая тенденция роста детской инвалидности. Только за последнее десятилетие число детей-инвалидов увеличилось более чем в 2 раза.

Разработана Концепция с целью определения основных направлений государственной и общественной деятельности по совершенствованию системы социальной адаптации и всесторонней реабилитации детей с отклонениями в развитии методами и средствами физической культуры.

Концепция оздоровительно-физкультурной работы среди детей с умственными и физическими ограничениями создана в рамках реализации федеральной целевой программы "Дети-инвалиды" - составной части президентской программы "Дети России" и "Основных направлений государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей)".

При формировании принципиальных положений Концепции использованы опыт отечественной и зарубежной науки и практики.

Определяющую роль в уровне здоровья нации, физического и психосоматического состояния человека, в развитии его двигательных и интеллектуальных качеств, в формировании социума играют духовная и физическая воспитанность личности и окружающая среда.

Анализ детской инвалидности и физиологических особенностей развития организма в раннем онтогенезе показывает непреходящую значимость физической активности ребенка как основы развития его двигательных, координационных и интеллектуальных качеств.

Для детей с умственными и физическими ограничениями независимо от категорий, этиологии и патогенеза (врожденные или приобретенные; наследственные, хромосомные, родовые, инфекционные; по зрению, слуху, интеллекту, опорно-двигательному аппарату, лимфо-флебопатологии, психосоматике, челюстно-лицевым, кардиореспираторным и др.) для сферы физкультурно-оздоровительной деятельности характерны ограничения их

двигательной активности, ухудшение физических качеств: силы, скорости, выносливости, ловкости, гибкости, пространственной ориентации, вестибулярной устойчивости, реакции на движущийся объект, скоростно-силовой выносливости, координационных качеств, микро- и макромоторики, зрительно-двигательной реакции и др.

Следовательно, в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей с выраженной патологией важное место должно быть отведено использованию средств и методов физической культуры, активно-двигательным (мышечные и дыхательные, координационные и развивающие упражнения), гигиеническим и закалявающим мероприятиям.

Значение движений для организма столь велико, что двигательная активность выделена как ведущий признак жизни.

Информационную структуру системы движений человека можно определить как последовательность упорядоченных во времени сообщений, как информационную структуру элементарных биовозбуждений.

"Будущие" двигательные программы поддаются управлению посредством создания в настоящем определенных биологических и механических регуляторов и механизмов, определенных "узлов на память", которые в какой-то момент "будущего" обеспечат автоматическое управление двигательным процессом.

Двигательно-мышечные ощущения лежат в основе познания окружающей действительности, с их помощью в сознании человека отражаются пространственные и количественные особенности предмета.

Совершенствование физической активности ребенка-адаптанта, обучение моторным навыкам и повышение уровня его тренированности не самоцель, а только одно из составляющих искомого результата, включающего надежды, отношение и деятельность, а также получение положительных эмоций в процессе обучения и тренировок. При этом процесс адаптации является

центральным и наиболее важным. Гибко подстраиваясь под реальные возможности индивида, он помогает ребенку с умственными и физическими ограничениями адаптироваться к конкретным и постоянно изменяющимся условиям среды.

Функциональные возможности детей при мышечной деятельности определяются морфофизиологической зрелостью центральной нервной системы, двигательного анализатора вместе с исполнительным аппаратом, мобильностью вегетативных процессов, обеспечивающих оптимальные условия для мышечной деятельности, и накопленным опытом. Только рациональная организация двигательной деятельности может способствовать укреплению здоровья, физическому и всестороннему развитию растущего организма.

В блоке оздоровительных проблем и профилактики заболеваний целесообразно выделить систему физкультурно-оздоровительной реабилитации как самостоятельное научное, педагогическое, сервисно - техническое и социальное направление. Под физкультурно-оздоровительной реабилитацией детей-инвалидов понимается многофакторная система реализации природных способностей ребенка на основе активизации целенаправленной мышечной деятельности; процесс и система мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию ограниченных физических возможностей и интеллектуальных способностей, на повышение психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма реабилитанта средствами физической подготовки и спортивной тренировки.

Определяющим началом успешного реабилитационного (абилитационного, коррекционного, адаптационного) процесса является возможно ранняя диагностика отклонений в развитии физических качеств, сенсорных анализаторов или интеллекта ребенка с учетом медицинских показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями и спортом.

Теория и практика реабилитации детей с аномалиями в развитии выделяют следующие положения:

- возможно более раннее начало, целенаправленность и непрерывность реабилитации;
- комплексный характер реабилитации (медицинские работники различного профиля, специалисты по оздоровительной физической культуре, социальной и коррекционной педагогике, специалисты по социальной работе, юристы, экономисты, инженеры-конструкторы вспомогательных средств и оборудования);
- индивидуальность и адресность системы реабилитационных мероприятий;
- сочетание двигательного и интеллектуального развития ребенка;
- совместную деятельность, с одной стороны, медиков, специалистов по социальной работе и педагогов, которые обучают, и, с другой - семьи, которая способствует развитию учения и навыков, помогает в лечении и реабилитации;
- мотивационный аспект для детей - внедрение игровых методов;
- сглаживание противоречий между ребенком-инвалидом и социумом;
- профессионально ориентирующее, общежитейско-бытовое, сексологическое и другие виды и направленности воспитания личности.

Определяющим, на наш взгляд, принципом успешной абилитации (реабилитации) является самостоятельность деятельности ребенка-адаптана. Вся система, все навыки и умения, каждое упражнение и действие должны отрабатываться с ребенком и самим ребенком.

Для правильного подбора физических упражнений и других средств физической культуры с целью развития физических качеств, укрепления здоровья и совершенствования детей с умственными и физическими ограничениями необходимы постоянный медицинский контроль и педагогическое наблюдение, квалифицированное определение показаний и противопоказаний к занятиям физическими упражнениями и спортом.

Влияние оздоровительно-физкультурных мероприятий на детей-инвалидов является комплексным и выражается в следующем:

- психическом воздействии посредством повышения тонуса и благоприятного улучшения эмоционального состояния;
- тонизирующем воздействии посредством улучшения общего жизненного тонуса и достижения оптимального благоприятного состояния органов и систем организма;
- функциональном воздействии, которое характеризуется повышением физической деятельности организма и его приспособляемости к физической нагрузке. В одних случаях функциональное воздействие может быть непосредственным - в отношении опорно-двигательного аппарата, органов кровообращения, дыхания, в других - косвенным: на органы пищеварения, выделительную и другие системы;
- при структурном или морфологическом воздействии, проявляющемся в стимулировании трофических процессов, предупреждении гипертрофии мускулов, улучшении кровообращения в органах и системах;
- поддерживающем воздействии, для которого характерны повышенная приспособляемость организма к постепенной физической нагрузке и поддержание созданных в результате систематических занятий двигательных навыков и стереотипов. Двигательные навыки инвалид может легко потерять, если тренировочные занятия будут прерваны;
- компенсационное воздействие выражается в усовершенствовании отдельных органов и систем, что вызывается необходимостью замены некоторых утраченных функций. Например, при ампутации одной нижней конечности другую необходимо укрепить и усовершенствовать до такой степени, чтобы она могла нести вес тела.

Систематические занятия физическими упражнениями способствуют укреплению здоровья путем улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, обмена веществ, повышения устойчивости организма к действию простудного фактора.

Уровень физической подготовленности ребенка с умственными и физическими ограничениями определяется совокупностью показателей реакции организма на физическую нагрузку. При этом характерные особенности физиологии двигательной активности адаптанта связаны с несколькими группами причин: патологическими процессами, затрагивающими практически все системы организма; дегенерацией мышечной ткани вследствие частичной или полной денервации; нарушением согласованности в работе мышц-синергистов и антагонистов; сложностью в пространственной ориентации и координации, восприятии информации, выдаче и исполнении команд управления и др.

Особенно целесообразна в жизнедеятельности детей с умственными и физическими ограничениями профилактика дефицита двигательной активности. Это обусловлено тем, что ребенок-инвалид чаще всего является объектом вынужденного воздействия негативных факторов гиподинамии и гипокинезии (снижение объема и интенсивности двигательной деятельности, низкий уровень затрат на мышечную работу, упрощение и обеднение координационной двигательной деятельности). При этом повседневные функциональные изменения малозаметны, однако отрицательное кумулятивное воздействие приводит к негативным изменениям в организме, которые выражаются в:

- снижении функциональной активности органов и систем и нарушении их регуляторных механизмов;
- атрофических и дегенеративных изменениях опорно-двигательного аппарата, и в особенности его нервно-мышечного и костного компонентов;
- нарушении обменных и снижении катаболических процессов;
- детренированности мышц живота, что неблагоприятно отражается на функции кровообращения, пищеварения, дыхания;
- снижении сердечной деятельности, что приводит к деструктивным изменениям по типу атрофии и снижения энергетического потенциала;

- изменении функции дыхания, что характеризуется уменьшением жизненной емкости легких и легочной вентиляции как в покое, так и при физической работе;
- резком ухудшении орто- и антиортостатической устойчивости, что объясняется расстройством рефлекторных механизмов, регулирующих тонус сосудов;
- нарушении терморегуляции и других негативных морфофункциональных изменениях в организме человека.

Многочисленные исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, свидетельствуют о том, что гиподинамия и гипокинезия не только являются причиной снижения функциональных возможностей, но и имеют высокую корреляционную связь с сокращением продолжительности жизни.

Основным средством профилактики заболеваний и осложнений в состоянии здоровья, вызванных гиподинамией и гипокинезией детей с умственными и физическими ограничениями, является нормированная активизация их двигательной, нейромышечной деятельности. Элементарное двигательное действие не заменит ни одна таблетка. Эффективны все виды активной двигательной деятельности: физические упражнения, спортивная тренировка, прогулки, туристические походы, участие в спортивных соревнованиях и фестивалях.

Учитывая существенную ограниченность детей-инвалидов в возможностях посещения разнообразных спортивных, рекреационных и туристических мероприятий, следует в большей мере использовать физкультурно-оздоровительные методики и рациональные комплексы физических упражнений, позволяющие проводить занятия в автономных условиях независимо от местонахождения и наличия тренажеров и оборудования.

Общество должно признать тот факт, что, несмотря на профилактические меры, всегда будет существовать категория людей с дефектами и инвалидностью, и долго еще будет ощущаться потребность выявлять и устранять барьеры, препятствующие инвалидам получать все необходимое для жизни, доступ ко всем

видам общественного обслуживания, включая физическую культуру и спорт.

Отсутствие научно обоснованных рекомендаций по комплексной (медицинской, социальной, профессиональной, психологической, физической) реабилитации детей-инвалидов усугубляет неоправданные социальные потери и материальные издержки, что оборачивается социальной напряженностью, диспропорциями между затратами на реабилитацию и конечными результатами.

Основные положения перспективной программы по обеспечению профилактики инвалидности и всесторонней реабилитации детей-инвалидов средствами и методами физической культуры должны включать следующее:

- разработку и создание оптимальной структуры государственного и общественного управления и организационных форм физической культуры и спорта инвалидов;
- создание в Российской Федерации сети региональных центров, работающих под единым методическим началом и по согласованным программам. Основой деятельности таких центров должно быть проведение мониторинга физического здоровья, коррекции двигательной активности детей-инвалидов;
- создание системы непрерывного физкультурного образования инвалидов и подготовки кадров из инвалидов и неинвалидов;
- создание сводного информационного "банка данных" по вопросам физической культуры и спорта инвалидов;
- разработка адекватных моделей инвалидности в сфере физической культуры и спорта (биомеханические, физиологические, анатомические, антропометрические, гигиенические, психологические, педагогические и др.);
- разработка научно обоснованных методических рекомендаций по формам и режимам занятий детей-инвалидов;
- создание индустрии технических средств и снаряжения для инвалидов (сертификация, производство, внедрение, сервисное обслуживание);

- создание структуры досугово-оздоровительных центров, типовых схем "зеленых коридоров", водных акваторий, рекреационных и туристических структур с учетом потребностей инвалидов различных категорий.

Решение реабилитационных и профилактических физкультурно-оздоровительных и спортивных проблем детей-инвалидов состоит в реальном улучшении образа и качества их жизни, в расширении физкультурных адаптационных возможностей, а не в номинальном увеличении финансовых затрат и числа «культурно-массовых мероприятий». Соответственно, необходимы специально разработанные, обоснованные и проверенные на уровне эксперимента программы интегрирования детей-инвалидов в обычную социокультурную жизнь.

Показания, ограничения и противопоказания к физическим нагрузкам при патологии органа зрения, слуха, опорно-двигательной системы, психических нарушениях

Огромное значение в адаптивной физической культуре имеет объективный и объективный допуск к тренировочным занятиям и соревновательной деятельности инвалидов с различной патологией опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха, а также снижением интеллекта. Допуск должен осуществляться специалистами врачебно-физкультурного диспансера или других специализированных учреждений, обладающих опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом. Решение этого важного вопроса без учета изменений, происходящих в организме человека вследствие травмы, заболевания или же ампутации конечностей, состояния регуляторных систем, адаптационных реакций, морфофункциональных изменений и других специфических особенностей, может стать причиной тяжелых осложнений, срыва компенсации и т.д. В связи с этим одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных исследований различных систем организма и оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей.

Физические упражнения в той или иной форме показаны практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями. Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара. Исходными условиями для занятий являются: наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний; устойчивая мотивация, интерес и функциональные предпосылки; стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Всем инвалидам с поражением опорно-двигательной системы показаны физические упражнения: силового, скоростного, скоростно-силового характера, для развития общей и специальной выносливости, для развития гибкости, для развития координационных способностей и др.

В настоящее время установлены ограничения и **абсолютные противопоказания** к занятиям адаптивной физической культурой. В большинстве случаев противопоказания определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности. К этим противопоказаниям относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;
- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; миокардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; сердечно-сосудистая недостаточность; гипотоническая болезнь II и III стадии;
- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II—III степени, хроническое

- легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;
- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоэмболии;
 - заболевания крови (в том числе анемия);
 - последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;
 - сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;
 - последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы, параличи, гиперкинезы и др.), нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);
 - нервно-мышечные заболевания (миопатия, миастения);
 - рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссии;
 - злокачественные новообразования;
 - циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчно-каменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
 - мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;
 - хронический гепатит любой этиологии;
 - хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
 - близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
 - сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;

- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазилярной недостаточностью;
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие);
- детские церебральные параличи с резко выраженным мышечным тонусом, усеивающимся при физической активности.

Помимо этого имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность. Так, среди инвалидов с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника и страдающие парапарезами и параплегиями. К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм — через 1 год, за исключением шейного отдела.

После перенесенной нейроинфекции занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год.

Сосудистый процесс в шейном отделе спинного мозга является противопоказанием для любых занятий спортом. При локализации процесса в грудном или поясничном отделах занятия могут начинаться через год после перенесенного заболевания.

После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК можно использовать элементы спорта, с постепенным увеличением их объема

При заболеваниях позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, противопоказаны резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями в позвоночнике. При остеохондрозе пояснично-крестцового отдела — силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения, усиливающие сотрясения позвоночника, упражнения, способствующие увеличению подвижности в пояснично-крестцовом отделе, любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями.

При сколиозе противопоказаны упражнения с отягощениями (тяжелая атлетика), чрезмерная подвижность позвоночника, художественная и спортивная гимнастика, аэробика, упражнения, связанные с сотрясением позвоночника (прыжки), виды спорта с асимметричной нагрузкой и пр.

При определении возможности допуска инвалидов по зрению к физкультурным занятиям, спортивным тренировкам в первую очередь необходимо учитывать их специфические особенности, психологический и офтальмологический статус. Основными факторами, определяющими возможность участия в физкультурной и спортивной деятельности, являются: состояние здоровья, характер глазной патологии, общая физическая подготовленность и уровень психологической подготовленности. Эти критерии являются основой определения показаний, ограничений и противопоказаний к физическим нагрузкам.

К заболеваниям органа зрения, не требующим ограничений при занятиях физической культурой (подгруппа А), относятся:

- наследственные тапето-ретиальные дистрофии;
- наследственные атрофии зрительного нерва;
- помутнения роговицы,
- атрофия, субатрофия глазного яблока;
- непрогрессирующий кератоконус;
- гиперметропический тип клинической рефракции;
- последствия воспалительных заболеваний сетчатки.

К заболеваниям органа зрения, требующим ограничения физических нагрузок (подгруппа Б), относятся:

- глаукома компенсированная;
- высокая осложненная близорукость;
- атрофия зрительного нерва;
- макулодистрофия (без склонностей к геморрагиям и отслойке сетчатки);
- диабетическая, гипертоническая ангиопатия;
- врожденная осложненная катаракта;
- афакия.

К заболеваниям органов зрения, являющимся противопоказаниями к физическим нагрузкам, но не лимитирующим занятия ЛФК (подгруппа В), относятся:

- отслойка сетчатки (лица, перенесшие операции со сроком не менее двух лет);
- вывихи и подвывихи хрусталика;
- состояния после кератопротезирования;
- лица с ИОЛ;
- лица с эктазированными и истонченными бельмами роговицы;
- острый кератоконус;
- последствия рецидивирующих кровоизлияний в стекловидное тело;
- отслойка стекловидного тела на фоне высокой осложненной близорукости;
- гипертоническая диабетическая ретинопатия;
- последствия рецидивирующих кровоизлияний в сетчатку;
- ретиношизис;
- дистрофия сетчатки с склонностью к геморрагиям;
- глаукома некомпенсированная;
- атрофия зрительного нерва сосудистого генеза.

В физкультурно-оздоровительной работе с инвалидами по зрению используются в основном те же методы и методические приемы, что и с нормально видящими, т.е. информационные методы — слова, демонстрации и практические упражнения. Особенности их

применения связаны с депривацией зрения и зависят от наличия предыдущего зрительного опыта, от навыков ориентации, наличия остаточного зрения, знаний и двигательных навыков.

При нарушении зрения речь берет на себя основную компенсаторную функцию. Вместе с тем в силу отсутствия невербального общения возникают трудности, связанные с дефицитом понимания, — особенно это проявляется при изучении новых движений. Поэтому обучающиеся должны не только услышать, но и представить, осознать конкретный двигательный образ. Это достигается включением всех сохранных анализаторов: тактильных, осязательных, слуховых, обонятельных. Человек, лишенный зрения, создает представление о предмете, ощупывая его поверхность, воспринимая его форму, фактуру, физические характеристики.

Для обучения ориентировке используются озвученные мячи, метрономы, колокольчики, свистки и другие сигналы, помогающие ориентироваться в направлении движения, расстоянии, определении местонахождения.

Показ движений для слабовидящих — зрительный, для слепых — осязательный. Слепой ощупывает положение частей тела партнера или педагога, чтобы создать представление о позе, движении. В том случае, когда слепой не понимает объяснения, выполняется контактный показ, при котором педагог и обучаемый в единой «связке», вместе выполняют изучаемое движение. С помощью музыкального сопровождения можно управлять движениями, изменяя темп, ритм, усилие, выразительность, эмоциональность исполнения, тем самым, создавая благоприятные условия для преодоления неуверенности, скованности движений.

Приоритетное положение отводится тем методам и методическим приемам обучения, которые приносят наибольший успех. Наиболее эффективным методом коррекции и развития психомоторики является игровой метод. Подвижные игры, включающие самые разнообразные двигательные действия, позволяют решать множество педагогических задач: развивать внимание, быстроту

реакции, ориентировку в пространстве, догонять и увертываться, прятаться и находить, проигрывать и побеждать, перевоплощаться и фантазировать. Важно подобрать такие игры, задания, эстафеты, которые доступны, эмоциональны и интересны каждому участнику. С целью развития физических качеств применяются традиционные методы: равномерный, переменный, повторный, интервальный. Специфической особенностью их применения является индивидуальное дозирование нагрузки в соответствии с уровнем физической подготовленности, состоянием сохраненных функций, оперативным состоянием здоровья,

Противопоказаны:

- силовые упражнения, характеризующиеся натуживанием (для слабовидящих);
- упражнения, связанные с сотрясением тела, — прыжки на скакалке, соскоки, кувырки, стойки на голове, прыжки в воду вниз головой, висы вниз головой;
- выполнение упражнений при ЧСС свыше 180 уд. /мин.

При определении показаний и противопоказаний к физическим нагрузкам инвалидов с нарушением слуха необходимо учитывать их специфические особенности.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушения жизнедеятельности и социальной недостаточности, выделяют следующие степени нарушения слуха;

- легкое нарушение слуха;
- среднетяжелое нарушение слуха;
- тяжелое двустороннее нарушение слуха;
- глубокая двусторонняя потеря слуха;
- глухота;
- глубокое двустороннее нарушение развития слуха (глухонемота).

Критерии отбора инвалидов с нарушением слуха для занятий физической культурой и спортом тесно взаимосвязаны со степенью

нарушения слуха, состоянием функции вестибулярного аппарата и факторами, ограничивающими жизнедеятельность.

При легких нарушениях слуха практически не наблюдается нарушения в социальном общении людей. Инвалиды с незначительным снижением слуха или при практически полной его компенсации слуховым аппаратом могут заниматься всеми видами спортивной деятельности за исключением тех, которые связаны с высоким уровнем шума, вызывающим прогрессирование тугоухости. Ограничением в занятиях может служить сам слуховой аппарат, которым может быть нанесена механическая травма

Инвалиды со среднетяжелым нарушением слуха плохо воспринимают разговорную речь, а с тяжелым двусторонним нарушением слуха вообще ее не воспринимают. Этим инвалидов объединяет возможность частичной компенсации слуховой функции слуховым аппаратом, что может расширить возможный диапазон участия в физкультурной и спортивной деятельности. К этому вопросу необходимо подходить индивидуально, ориентируясь на степень компенсации слуха с помощью слухового аппарата. Если слуховую функцию таким путем удастся улучшить до легкой степени нарушения слуха, то такие инвалиды могут не иметь ограничений в занятиях. Если же при тяжелом двустороннем нарушении слуха с помощью слухового аппарата удастся добиться только незначительного восприятия разговорной речи, то целесообразно избегать тех видов физкультурной и спортивной деятельности, которые требуют хорошего слухоречевого контроля.

Глубокая двусторонняя потеря слуха и глухота характеризуются невозможностью компенсации слуховой функции с помощью слухового аппарата. В этом случае критериями ограничения физкультурной и спортивной деятельности будет служить полная невозможность слухоречевого контроля с необходимостью использования неречевых способов общения.

В большинстве случаев у данной категории инвалидов сохранена функция вестибулярного аппарата. В связи с этим они не имеют

ограничений в тех видах физкультурно-спортивной деятельности, которые требуют высокого уровня координации движений.

Глубокое двустороннее нарушение развития слуха, ведущее к глухоноте, в наибольшей степени ограничивает диапазон физкультурно-спортивной работы. Невозможность слухоречевого контроля и необходимость использования неречевых способов общения усугубляется плохим функционированием вестибулярного аппарата, что ограничивает возможность точной ориентировки человека в пространстве при выполнении физических упражнений, особенно в условиях временного отсутствия опоры и зрительного контроля.

Степень поражения слуховой системы, как правило, тесно коррелирует с ухудшением чувствительности вестибулярного аппарата. С целью более точного определения ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом инвалидов с глубокими нарушениями слуха, по-видимому, требуется не только определение степени нарушения слуха, но и тестирование функции вестибулярного аппарата

Дополнительным фактором, ограничивающим участие в плавании инвалидов с нарушением слуха, является наличие перфораций барабанной перепонки после радикальной операции на ухе при хроническом гнойном среднем отите, в связи с чем следует избегать попадания воды в ухо. Перед плаванием наружный слуховой проход плотно закрывается ватой, пропитанной вазелиновым маслом.

Гноетечение из уха в случае обострения хронического гнойного среднего отита является противопоказанием к занятию плаванием. 4 Физическая подготовленность инвалидов с нарушением слуха характеризуется сниженной двигательной активностью, сниженным уровнем развития основных физических качеств и координационных способностей, что обусловлено не столько основным дефектом, сколько вторичными соматическими нарушениями, формирующимися в течение всей жизни с момента появления глухоты.

Давность дефекта, его глубина, сохранность речи, сенсорных систем, двигательный опыт и физические способности определяют индивидуальные возможности к физкультурно-спортивной деятельности.

Основные педагогические задачи для данной категории инвалидов:

- повышение уровня общей физической подготовленности за счет развития силы, быстроты, выносливости и других физических качеств;
- развитие устойчивости вестибулярного аппарата к внешним раздражителям, развитие равновесия, умение ориентироваться в пространстве;
- развитие координации движений и зрительного восприятия, координации зрительного и слухового (при остаточном слухе) восприятия;
- развитие ритмического и выразительного выполнения движений;
- развитие глазомера, зрительной памяти;
- формирование эмоций, естественной мимики в игровой деятельности;
- формирование навыков коммуникативности.

Инвалиды молодого возраста с потерей слуха могут заниматься всеми видами легкой атлетики, борьбой, спортивными играми (волейбол, баскетбол, футбол, настольный теннис и т.д.), тяжелой атлетикой, плаванием, фехтованием, аэробикой и танцами, лыжными гонками, туризмом.

Противопоказания для слабослышащих являются вибрации, сотрясения, натуживание при силовых упражнениях

В процессе выполнения упражнений используется весь арсенал методов обучения движениям и развития физических качеств с индивидуальным дозированием нагрузки и оперативным контролем за функциональным состоянием организма

Инвалиды с умственной отсталостью составляют особую группу. По клинико-физиологическим параметрам умственная

отсталость подразделяется на легкую, умеренную, тяжелую и глубокую степени выраженности. Условные разграничения по степени тяжести расстройства опираются, прежде всего, на градации достигаемого больными уровня социального приспособления. В связи с тем, что любая деятельность детерминируется не только уровнем интеллекта, но и такими факторами, как степень мотивированности, наличие эмоциональных реакций, возможность волевого контроля поведения, личностные компенсаторные проявления, выделено четыре типа дефекта психики: простой (структура которого характеризуется в основном умственным недоразвитием); с эмоционально-волевыми нарушениями (психопатоподобный и торпидный); астенический (с выраженными астеническими проявлениями); сложный (интеллектуальное недоразвитие в сочетании с грубой очаговой симптоматикой или пароксизмальными проявлениями).

При легкой и умеренной степенях умственной отсталости в основном проявляются простой, астенический и психопатоподобный типы дефекта. Сложный тип дефекта свойствен в основном глубокой и тяжелой степени умственной отсталости. Торпидный тип дефекта не встречается только при легкой степени умственной отсталости.

Наиболее перспективными в плане социальной адаптации являются лица с легкой и умеренной степенью умственной отсталости и простым типом дефекта. Их отличают устойчивость эмоциональной сферы, уравновешенность нервных процессов, высокие перцептивные возможности, относительная сохранность внимания и зрительно-моторной координации, хорошая вработываемость.

У них легко формируются общественно ценные потребности и интересы, нормы адекватного поведения, стойкие установки на целенаправленную деятельность. Первичное формирование навыков у них не сопровождается декомпенсацией состояния.

Социальный прогноз при ограничении жизнедеятельности в связи с легкой и умеренной степенью умственной отсталости при наличии аффективно-волевых нарушений менее благоприятен.

Психопатоподобный вариант указанного дефекта характеризуется повышенной возбудимостью и быстрой истощаемостью волевого усилия. Установки на целенаправленную деятельность неустойчивы, подобные больные требуют контроля, руководства со стороны, индивидуального подхода с учетом их склонностей и интересов. Необходимо отметить, что в начале приобретения навыков целенаправленной деятельности у них часто отмечаются ухудшения состояния с усилением психопатоподобных проявлений. Декомпенсация состояния легко возникает под влиянием неблагоприятных средовых факторов.

Астенический тип дефекта при легкой и умеренной степени дебильности характеризуется повышенной утомляемостью, низкой толерантностью к физическому и нервному напряжению, период освоения навыков целенаправленной деятельности затруднен и сопровождается нестойкими декомпенсациями с возникновением астенодепрессивных состояний, что в первую очередь ограничивает жизнедеятельность определяет сложность социальной адаптации.

Лица с глубокой и тяжелой степенью умственной отсталости и чертами торпидности в эмоционально-волевой сфере в плане социальной абилитации являются наиболее сложными. Психомоторная заторможенность, отсутствие интереса к какой-либо деятельности требуют постоянных активирующих влияний извне, наглядных разъяснений, однако приобретенные с большим трудом навыки отличаются нестойкостью.

Умеренная умственная отсталость со сложным дефектом психики при наличии редких abortивных припадков, невыраженности психических эквивалентов при систематическом противосудорожном лечении не является препятствием для стойкой социальной абилитации. Сочетание глубокой степени умственной отсталости с полиморфной пароксизмальной симптоматикой и глубокими очаговыми симптомами поражения центральной нервной системы приводят к стойкому значительному ограничению жизнедеятельности и неблагоприятному абилитационному прогнозу.

Несмотря на различия в клинико-психофизиологических характеристиках, лица с умственным недоразвитием имеют общие черты. Наиболее характерной из них является сниженная самооценка, Затянувшаяся и повышенная зависимость от опекающих затрудняет формирование и восприятие себя как отдельной от других и ответственной за свое поведение личности. Низкий уровень навыков общения повышает уязвимость негативного отношения сверстников и ранимость самооценки. Пассивность, повышенная подчиняемость и отсутствие инициативы являются скорее артефактом семейного и общественного воспитания, а не истинной характеристикой поведения этих лиц. Артефактом может быть и агрессивность, вызванная окружающими и представляющая иногда единственно доступный способ преодолеть всеобщее безразличие и обратить на себя внимание. Этому способствует также задержка развития вербальных навыков, снижающая дифференцированность выражения отрицательных эмоций, сужая их до импульсивных вспышек дисфории и в случаях крайней выраженности, до агрессивности и деструктивного поведения.

При легкой и умеренной степени умственной отсталости дезадаптивное поведение может быть в большей степени обусловлено не собственно задержкой умственного развития, а жизненной ситуацией и опытом.

Направленность воздействия спортивно-оздоровительной работы при умственной отсталости должна апеллировать не столько к повышению интеллектуального развития, сколько к коррекции механизмов дезадаптивной психологической защиты, которые обуславливают обученную беспомощность и низкую самооценку. Освоение ценности физической культуры приводит к развитию мотивационно-потребностной сферы личности, к самоорганизации, здоровому образу жизни, потенцирует творческие способности, преподносит образцы и способы мышления и деятельности, настраивает занимающегося на поиск совместно с педагогом собственного, может быть единственного, пути самореализации. Спортивно-оздоровительная работа ориентируется прежде всего на интересы инвалида и в связи с этим в решении проблем инвалидов с

умственной отсталостью может перевести когнитивный дефицит, в частности снижение абстрактного мышления, в «фактор компенсаций», так как со снижением абстрактного мышления навыки конкретного характера, связанные с непосредственными интересами человека, оказываются на первом месте. В этом процессе большую помощь может оказать правило обязательной положительной оценки даже самой маленькой победы в развитии своей жизнедеятельности и, соответственно, преодоление недуга и ограничений, с ним связанных.

Виды, методы и методические приемы спортивно-оздоровительной работы должны быть коморбидны клинико-функциональным характеристикам инвалидов с умственным недоразвитием.

На начальных этапах коррекционной работы с данным контингентом наиболее эффективным является индивидуальный метод взаимодействия, так как снижение вербального интеллекта эмоционально-социальные проблемы обуславливают беспомощность и зависимость от ближайшего окружения в период включения в непривычную деятельность.

Индивидуальный метод взаимодействия как методический прием особенно важен при эмоционально-волевых нарушениях в структуре дефекта психики и астеническом типе дефекта, так как они обуславливают частые ситуационно зависимые декомпенсации состояния в период вработываемости. Астенический тип дефекта предполагает значительную продолжительность индивидуальных занятий, поскольку при нестойком характере декомпенсации характеризуется значительной частотой и выраженностью.

При сложном типе дефекта индивидуальный метод взаимодействия позволяет выявить корреляцию между физической нагрузкой и возможным обострением судорожного синдрома

Усиливающаяся необходимость общения со сверстниками придает особое значение индивидуально-групповому методу занятий: в этом плане целесообразно применение метода «однородной группы» когда пациенты подбираются в относительно сходные группы по патологии, степени тяжести нарушений, сопутствующим синдромам

При дальнейшей социализации инвалидов в организации коррекционно-воспитательного процесса целесообразно переходить к коллективному методу работы, который позволяет формировать двигательные и другие взаимоотношения между каждым конкретным инвалидом и окружающими его людьми (без чего невозможно дальнейшее достижение эффективной социальной адаптации среди сверстников и окружающих сограждан), а также расширяет возможности в плане воспитания необходимых личностных качеств, использования подражательных реакций, соревновательности и т.д.

Для лиц с тяжелой и глубокой умственной отсталостью в общем стиле двигательных занятий основным должен быть игровой метод; при значительной психомоторной заторможенности важное значение имеет метод повторно-кольцевого построения занятий. Следует отметить также метод предметно-практического взаимодействия больных в процессе занятия по физическому воспитанию, положительными моментами которого являются конкретность, развитие «орудийной» логики, определенная конечная результативность предметных действий. Перечисленные методы спортивно-оздоровительной работы являются общими для всех ее видов, к которым относятся адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная реабилитация, адаптивная физическая рекреация и спорт.

Клинико-функциональные особенности лиц с умственной отсталостью требуют динамичности, гибкости и преемственности видов спортивно-оздоровительной работы

Учитывая интеллектуальный дефицит, психологическую дезадаптацию и связанные с этим нарушения поведения в спортивно-оздоровительной работе с инвалидами вследствие умственной отсталости, следует постепенно формировать навыки общения, ответственность за свое поведение, повышать толерантность к фрустрации и самооценку. Особого внимания требует формирование мотивационно-эмоциональной и мотивационно-волевой сферы, следствием чего ожидается повышение уровня инициативности.

Свойственная умственной отсталости импульсивность поведения на фоне отсутствия мотивации к целенаправленной деятельности предполагает на ранних этапах включения в спортивно-оздоровительную работу сочетания адаптивной двигательной реабилитации с физической рекреацией. Становление эмоционально-волевой сферы позволит сделать основной акцент на двигательной реабилитации, определив ее приоритетным направлением в работе, и подключить методы рекреации как вариант эмоционального подъема, психического и физического удовлетворения и как метод профилактики эмоционально-волевых срывов. Подобный режим работы должен прежде всего относиться к лицам с легкой и умеренной степенью умственной отсталости с психопатоподобным дефектом. Астенический тип дефекта со склонностью к ситуационно обусловленным декомпенсациям с астенодепрессивной симптоматикой также требует подобного режима введения в новый тип деятельности, причем для лиц с подобной симптоматикой необходимо продлевать работу по индивидуальному методу, постепенно подключая индивидуально-групповой, длительное время, не переходя к коллективному методу. Учитывая непереносимость значительных психических и физических нагрузок, следует осторожно использовать метод соревновательности. Умеренная умственная отсталость с торпидным типом дефекта требует длительной работы по индивидуальному методу с применением метода повторно-кольцевого построения занятий и метода предметно-практического взаимодействия в рамках также взаимодополняющих друг друга физической реабилитации и рекреации.

Наиболее перспективными в плане спортивно-оздоровительной работы являются инвалиды вследствие умственной отсталости с легкой и умеренной степенью, с простым типом дефекта психики. У этого контингента инвалидов адаптация к новой целенаправленной деятельности обычно проходит без декомпенсации состояния, что обуславливает динамичность методической работы. Сформированные на фоне физической реабилитации и адаптивной рекреации с применением индивидуально-группового и коллективного методов занятий такие качества, как стремление к здоровому образу жизни, положительная самооценка, инициативность, самоконтроль

за поведением, способность к коррекции поведения, толерантность к фрустрациям, позволяют им активно заниматься спортивно-оздоровительной деятельностью.

Учитывая, что методы и виды спортивно-оздоровительной работы должны четко коррелировать с клинико-функциональными характеристиками и апеллировать к адаптивно-компенсаторным возможностям инвалидов, следует считать основным клинико-функциональным критерием отбора инвалидов для спортивно-оздоровительной работы совокупность степени умственной отсталости, типа и выраженности дефекта психики и основные проявления психосоциальной дезадаптации. Клинико-функциональные критерии отбора инвалидов и оптимальные виды и методы адаптивной физической культуры приведены в Таблице 2.

Резюмируя вышеизложенное, можно считать, что клинико-функциональными критериями отбора для спортивно-оздоровительной работы инвалидов с умственной отсталостью являются:

- все виды умственного недоразвития, независимо от степени тяжести и типа дефекта психики;
- сниженная самооценка, пассивная подчиняемость, отсутствие мотивации и целенаправленной деятельности, снижение мотивационно-эмоциональной сферы, низкий уровень инициативности, снижение толерантности к фрустрации (на фоне умственной отсталости);
- сложность к дезадаптивному и асоциальному поведению, употребление психоактивных веществ на фоне психосоциальных и эмоциональных проблем (на фоне простого типа дефекта в рамках легкой и умеренной степени умственной отсталости);
- повышенная утомляемость, низкая толерантность к физическому и психическому напряжению (на фоне астенического типа дефекта с проявлениями психосоциальной дезадаптации);

- психомоторная заторможенность и отсутствие интереса к какой-либо деятельности (на фоне торпидного типа дефекта при тяжелой и глубокой степени умственной отсталости).

Помимо этого имеются противопоказания к занятиям физической культурой. Прямым противопоказанием к физкультурно-оздоровительным занятиям является декомпенсированный психопатоподобный синдром с агрессивным и деструктивным поведением.

Лекция "Основы врачебно-педагогического контроля и первой доврачебной помощи при занятиях адаптивной физической культурой"

Виды и методы контроля за развитием и здоровьем детей в дошкольном учреждении
Кроме работы по оказанию помощи педагогам, родителям, необходимо помнить и о функциях контроля за санитарно-гигиеническим состоянием мест пребывания детей, физической подготовленностью, уровнем физического, интеллектуального, эмоционально-нравственного развития.

Контроль за состоянием здоровья детей необходимо осуществлять как при организованных формах работы, так и в повседневной жизни. В течение дня эффективность этой работы зависит от условий, в которых проводятся занятия и находятся дети, соответствия содержания занятий и методов организации возрастным возможностям детей.

При проведении мероприятий по двигательной деятельности дошкольников педагоги обязаны подумать об одежде детей в соответствии с сезоном, погодой, местом проведения занятий и сообщить об этом родителям. Кроме того, нужно учесть воздушный и температурный режим. В физкультурном зале влажную уборку проводит помощник воспитателя группы перед каждым занятием.

При проведении медико-педагогических наблюдений важно отметить, на какой минуте от начала занятия у детей появились признаки рассеянного внимания (на занятиях познавательной деятельности) или они не наблюдались, а также признаки утомления (на занятиях двигательной деятельности). Одновременно фиксируется роль педагога, заметил ли он эти признаки у детей, какие действия предпринял или продолжал вести занятия.

Медицинский контроль за физическим воспитанием детей в дошкольных учреждениях включает:

1. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья и физическим развитием детей, которое осуществляется при

углубленных осмотрах врачами дошкольных учреждений или поликлиники.

2. Медико-педагогические наблюдения за организацией двигательного режима, методикой проведения и организацией занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка; контроль за осуществлением системы закаливания.
3. Контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещения, участок), физкультурного оборудования, спортивной одежды и обуви.
4. Санитарно-просветительную работу по вопросам физического воспитания дошкольников среди персонала дошкольного учреждения и родителей.

В обязанности врача входят комплексная оценка состояния здоровья детей, систематический контроль за организацией всех разделов физического воспитания и закаливания в детском саду и проведение медико-педагогических наблюдений на физкультурных занятиях не менее 2 раз в каждой возрастной группе в течение года.

Медицинская сестра, принимая в этой работе самое непосредственное участие, осуществляет также контроль при проведении утренней гимнастики, подвижных игр и закаливающих мероприятий.

В годовом плане работы дошкольного учреждения предусмотрены дни совместного посещения групп врачом, заведующей, педагогом, медицинской сестрой с целью проведения контроля за общим двигательным режимом и организацией различных форм физического воспитания.

Для более всесторонней оценки уровня физического развития необходимо учитывать не только антропометрические показатели, но и данные физической подготовленности и физической работоспособности ребенка:

- измерение мышечной силы рук;
- измерение силы мышц туловища;
- жизненная емкость легких.

Физическая подготовленность характеризуется развитием у детей двигательных навыков и качеств (быстрота, скоростно-силовые навыки и качества, выносливость). Наряду с количественной оценкой проводится учет качества выполнения каждого движения: при беге, прыжках, метании.

На основании данных профилактических осмотров и результатов обследований врачом проводится комплексная оценка состояния здоровья детей, которая базируется на четырех важнейших критериях:

- наличие или отсутствие хронических заболеваний (в том числе врожденной патологии);
- функциональное состояние основных систем организма;
- резистентность и реактивность организма (степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям);
- уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Комплексная оценка состояния здоровья проводится врачами-педиатрами во время профилактических осмотров детей. Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре, в том числе с участием специалистов. Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка с отнесением к одной из «групп здоровья» дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

Медико-педагогические наблюдения проводятся врачом или медицинской сестрой совместно с заведующей, старшим воспитателем. Главное внимание уделяется двигательному, оздоровительному режиму, суммарно отражающему общую двигательную деятельность детей при свободных и организованных ее формах. Оценка двигательного режима проводится на основании комплекса показателей:

- времени двигательной деятельности детей с отражением содержания и качества в различные режимные моменты, определяемого с помощью метода индивидуального хронометража;

- объема двигательной деятельности с использованием метода шаго-метрии для количественной оценки двигательной активности;
- интенсивности двигательной деятельности, определяемой методом пульсометрии: подсчетом частоты сердечных сокращений (удары/ мин) при выполнении различных видов мышечной деятельности. Возрастные потребности детей в движении в отведенное режимом время могут быть удовлетворены только при очень четкой организации двигательной деятельности, строгом выполнении требований по содержанию этой деятельности в каждом режимном отрезке. Поэтому необходимо обеспечить не только выполнение режима по времени, но и по объему движений.

Методы исследования и педагогический контроль в теории физического воспитания

Социальная значимость проблем, связанных с состоянием здоровья детей в Российской Федерации, обуславливает необходимость их решения программно-целевым методом на основе реализации системы мероприятий, направленных на снижение показателей детской заболеваемости, инвалидности и смертности, сохранение и укрепление здоровья на всех этапах развития ребенка.

Теория и методика физического воспитания как интеграционная наука включает широкий круг проблем, изучение которых связано с достижением смежных наук. В исследованиях по теории и методике физического воспитания используются как специальные методы, так и методы смежных наук - социологии, психологии, нейропсихологии, физиологии, спортивной метрологии, врачебного контроля и т. д. Исследование начинается с краткого введения, в котором раскрывается актуальность проблемы, цель, научная новизна и практическая значимость исследования, его предмет и объект, гипотеза и задачи эксперимента.

Метод изучения и обобщения передового педагогического опыта основан на изучении и осмыслении теоретической и научно-практической литературы. Обобщение и анализ литературных источников позволяют глубже понять проблему физического

воспитания. Наиболее широко применяются методы педагогического исследования, которые рассмотрим подробнее.

Педагогическое наблюдение состоит в восприятии деятельности детей, анализе деятельности педагога. Сущность наблюдения заключается в познании педагогического процесса. Наблюдение может быть непосредственным, опосредованным, открытым, скрытым. Оно специально организуется, при этом разрабатывается система фиксации фактов, включающая в себя наблюдение за деятельностью педагога и ребенка. Педагогическое наблюдение позволяет в непринужденной, естественной обстановке изучить интересующие вопросы. В процессе наблюдения рекомендуется использовать разнообразные методы регистрации наблюдаемого: видео, аудиозаписи, фото и киносъемка и т. д.

Учитываются параметры движения, функционального состояния организма, хронометраж отдельных видов деятельности. Например: измеряются показатели психофизических качеств, физической подготовленности; проводится измерение: жизненной емкости легких посредством спирометрии; мышечной силы рук - ручным динамометром; временных показателей по отдельным частям тела при выполнении различных форм организации двигательной деятельности - секундомером и т. д. Таким образом, в теории физического воспитания используются инструментальные и без инструментальные средства измерений разных физиологических и психофизиологических состояний.

Результаты наблюдений заносятся в дневник, протокол, матричную запись или журнал. В записи данных наблюдений фиксируются время, место, количество участников, качество наблюдения. В качестве метода исследования используется беседа, позволяющая изучить личность детей, педагогов. В основу беседы должна быть поставлена цель исследования, для этого важно продумать и правильно поставить вопросы в беседе. Например, если педагог спросит ребенка, как дети побегут в рассыпную по залу, он ответит: «Красиво, ровно, прямо», т. е. выделит качественные параметры движения. Если спросить ребенка, где дети побегут в рассыпную по

залу, то он ответит: «Там, где никого нет поблизости, чтобы не столкнуться с другим ребенком». Результаты беседы лучше фиксировать на магнитофоне с последующим анализом записей. Возможна стенография беседы помощником (воспитателем или кем-то из сотрудников дошкольного учреждения). Результаты беседы могут быть представлены таблицами. Возможна математическая обработка всех результатов.

Медико-педагогический контроль в процессе физической культуры

Под педагогическим контролем в физическом воспитании понимается система показателей, дающая объективную информацию о происходящих изменениях в физическом развитии, физической подготовленности и состоянии здоровья детей в процессе жизнедеятельности. Последнее говорит о том, что лишь в процессе жизнедеятельности в определенной последовательности, получая объективные показатели о состоянии физических параметров детей, можно получать динамику, по которой можно судить не только о состоянии, но и о перспективах роста и развития ребенка. Таким образом, педагогический контроль выполняет, как минимум две функции - с одной стороны, результаты контроля дают объективную картину состояния изучаемого объекта, с другой - позволяют выбрать наиболее рациональные пути, формы, методы и средства для достижения хороших результатов в будущем. Эта вторая, управленческая функция педагогического контроля в физическом воспитании чрезвычайно существенна, ибо имеющиеся огрехи в физическом воспитании детей зачастую являются следствием управленческих решений, принятых без учета его конкретных данных.

Задачи, стоящие перед педагогическим контролем у дошкольников:

1. Выявить уровень развития морфологических и функциональных свойств организма, физических качеств и двигательных умений и навыков детей.

2. Подтвердить или опровергнуть выбранный путь достижения показателей развития, физической подготовленности, а также двигательных умений и навыков детей .

К основным организационно-методическим особенностям педагогического контроля физической подготовленности детей дошкольного возраста относятся:

- необходимость предварительного обучения технике некоторых контрольных упражнений;
- формирование у детей мотивов к достижению наивысших результатов в тестах, особенно в контрольных упражнениях, связанных с проявлениями максимальных или длительных усилий;
- расширение в разумных пределах комплексов тестов с целью повышения надежности оценки физической подготовленности дошкольников;
- преимущественное использование интегральных и суммарных показателей как наиболее информативных и объективных характеристик физической подготовленности детей 3-6 лет.

На примере (условного) муниципального дошкольного учреждения общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по физическому направлению развития детей рассмотрим процесс педагогического контроля за физическим развитием дошкольников. В него входит медицинский контроль, проведение медико-педагогического контроля, проведение тестирования на определение уровня развития основных физических качеств и навыков ребенка, а также исследование уровня его физической подготовленности. Педагогический контроль неразрывно связан с врачебным контролем и должен представлять единый комплекс мероприятий по укреплению здоровья детей.

В задачи медицинского контроля, проводимого в детском дошкольном образовательном учреждении, входит проведение врачебно-педагогических наблюдений на занятиях по физической культуре. Эти наблюдения позволяют оценить адекватность оздоровительного воздействия занятий физической культурой с

дошкольниками. Методика врачебно-педагогического контроля включает оценку:

- уровня нагрузки по пульсовой кривой, получаемой в процессе занятий физической культурой;
- восстановления пульса, дыхания, давления после занятий;
- показателей общей моторной плотности занятия;
- динамика простейших функциональных проб;
- правильности методического построения занятия, соблюдения основных дидактических принципов;
- внешних признаков утомления, возникающих у ребенка в процессе занятий.

По результатам проведенных исследований мы видим увеличение роста заболеваемости детей в детском саду за последние полгода. В сентябре процент заболеваемости составлял 9, 03%, в феврале он возрос до 15, 16%.

Также в начале учебного года в (условном) детском образовательном учреждении был проведен медицинский осмотр детей, в результате чего были выявлены основные отклонения в состоянии здоровья детей. Так 76, 6% детей имеют патологии в физическом развитии. Из них 60% страдают нарушением осанки, у 18, 6% выявлен сколиоз. Здоровых детей - 21, 4%.

Современный врачебно-педагогический контроль включает также физиологический контроль двигательных качеств: тестирование физическими нагрузками с целью выяснения пределов силы и структуры силовых возможностей при движениях в различных суставах. При этом по этапам оценивается динамика физиологических процессов, функциональных свойств, регуляции физиологических функций. С этой целью определяются показатели, которые характеризуют физиологические параметры, обеспечивающие высокую работоспособность при нагрузке, факторы преодоления утомления. Для этого исследуют: размеры, формы, пропорции тела, объем сердца, жизненную емкость легких, дыхательный объем .

Контроль за уровнем развития физической подготовленности у дошкольников предусматривает определение уровня развития основных физических качеств:

- выносливости (общей) ;
- силовой подготовленности;
- силовых качеств (силовой выносливости) ;
- гибкости;
- быстроты;
- координационных способностей.

Результаты, полученные в процессе тестирования, могут быть полезны, если только придерживаться определенных правил при измерениях или испытаниях детей.

Во-первых, следует помнить, что в качестве тестов могут быть взяты лишь те, которые отвечают целевому назначению.

Во-вторых, тестирование должно носить систематический характер, что дает возможность сравнивать значение показателей на разных этапах подготовки детей, и, в зависимости от темпов прироста, дозировать последующую нагрузку.

В-третьих, при тестировании должна соблюдаться точность регистрации показателей.

В-четвертых, тестирование должно проводиться в одинаковых, стандартных условиях, что уменьшит ошибку в результатах и позволит получить объективную информацию за исследуемый период.

Исследование уровня физической подготовленности дошкольников происходит через проведение у них контрольных упражнений, направленных на выявление у них уровня развития основных физических качеств. В качестве контрольных упражнений мы в детском образовательном учреждении могут использоваться следующие упражнения: "прыжок в длину с места", "поднимание туловища в течение 1 минуты", "наклон вперед из положения сидя",

"прыжок в глубину", "прыжок в высоту с места", "прыжок в высоту с разбега", "метание набивного мяча", "прыжок в длину с разбега".

Медицинские группы здоровья для занятий физической культуры

С целью оптимизации физических нагрузок принято выделять медицинские группы для занятий физкультурой (МГ). Формирование групп позволяет дифференцировано подойти к физическому воспитанию детей с учетом состояния их здоровья, физического развития, функциональной способности важнейших систем организма и физической тренированности его. Выделяют 3 медицинские группы:

Основная группа (ОГ) включает детей I-й и частично II-й групп здоровья с небольшими функциональными отклонениями при общем хорошем самочувствии. Эти дети занимаются в соответствии с программой образовательного учреждения, допускаются к сдаче контрольных нормативов и занятиям в спортивных секциях, соревнованиям.

Подготовительная группа (ПГ) назначается детям II-й и частично III-й групп здоровья, имеющим отклонения в физическом развитии и состоянии здоровья, хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии не препятствующие занятиям физическими упражнениями в объеме программы по физической культуре учебного заведения. Временно пополняют эту группу дети, перенесшие простудные заболевания, ОРВИ и др. Эти дети занимаются вместе с основной группой, нуждаются в некоторых ограничениях нагрузок и более постепенном освоении двигательных навыков и умений, в связи с чем нуждаются в дополнительных занятиях для повышения физической подготовленности (внеурочное время, домашние задания, секции общей физической подготовки и т. п.) . Сдача контрольных испытаний и норм допускается строго с учетом текущего функционального состояния по индивидуальному графику и с особого разрешения врача.

Специальная медицинская группа (СМГ) формируется из учащихся имеющих отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, допущенные к групповым занятиям, но

имеющие противопоказания к усиленной физической нагрузке. Обязательным видом занятий по физкультуре для них являются занятия по специальным программам с дифференцированным подходом и индивидуальной оценкой их влияния на организм. Основным критерием для отнесения ребенка к СМГ является установление диагноза заболевания, однако, и в этом случае медицинская группа должна назначаться с учетом тяжести патологического процесса и адаптационных возможностей организма. Каждый ребенок должен получать оздоравливающие воздействия, в том числе и физические нагрузки в соответствии с состоянием здоровья. Здоровьеобеспечивающие технологии должны иметь различные цели и использовать соответствующие средства их достижения в зависимости от медико-психосоциальной характеристики детей. При сохраненном здоровье необходимо заботиться о его укреплении, формировании. В случае утраты здоровья следует заниматься его восстановлением, реабилитацией, лечением патологии. При выявлении функциональных отклонений, состояний с повышенным риском развития заболеваний используются здоровьесохраняющие технологии.

Медицинские группы для занятий ФК

Основная группа

Благополучные дети (1 и 2 группы здоровья)

Укрепление здоровья, тренировки здоровьесформирующие технологии

Подготовительная группа

Дети «группы риска» – нарушения адаптации в коллективе, сниженная работоспособность, нарушения функционального состояния (2 и частично 3 группы здоровья)

Сохранение здоровья, комфортные условия, индивидуальные темпы обучения. здоровьесберегающие технологии

Специальная медицинская группа «А»

Корригирующие упражнения Дети с хроническими заболеваниями в стадии стабилизации и выздоровления, после перенесенных заболеваний (3 группа здоровья)

Реабилитация средствами ФК и медицины
здоровьевосстанавливающие технологии

Специальная медицинская группа «Б»,

ЛФК Дети, имеющие проявления заболевания (3 группа здоровья при неполной ремиссии, IV группа здоровья).

Лечение, лечебные технологии

Оказание первой доврачебной помощи ребенку

Первая доврачебная помощь — это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего до оказания медицинской помощи. Ее должен оказывать тот, кто находится рядом с пострадавшим, или сам пострадавший до прибытия медицинского работника.

Для того чтобы первая доврачебная помощь была эффективной в ДООУ должны быть:

- аптечки с набором необходимых средств для оказания первой доврачебной помощи;
- плакаты, лэпбуки изображающие приемы оказания первой доврачебной помощи пострадавшему.

Оказывающий помощь должен знать как правильно её оказать и уметь применит это на деле, а так же оценивать состояние пострадавшего, знать последовательность применяемых приемов первой доврачебной помощи, при необходимости использовать подручные средства при оказании помощи и транспортировке пострадавшего.

Комплекс реанимационных мероприятий

Если у пострадавшего отсутствуют все признаки жизни, кожный покров начинает синеть, а зрачки расширенные, следует

немедленно проделать комплекс реанимационных мероприятий путем проведения наружного массажа сердца и искусственного дыхания. Требуется записать время остановки дыхания, время начала проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца, а также продолжительность реанимационных мероприятий и сообщить эти сведения прибывшему медицинскому персоналу.

Первая доврачебная помощь при различных видах повреждения организма ребенка

1. Порез.

Нужно:

- оказывающему помощь нужно промыть руки перекисью водорода;
- края раны смазать йодом;
- накрыть рану стерильной марлевой салфеткой наложить повязку.

Нельзя:

- при бинтовке раны нельзя касаться той части бинта, которая будет наложена непосредственно на рану
- удалять из раны остатки одежды, сгустки крови и различные другие вещества, так как эти действия могут вызвать сильное кровотечение;

2. Носовое кровотечение.

Нужно:

- уложить ребенка на подушке, чтобы ноги были выше головы;
- надеть носки, к затылку приложить прохладное полотенце;
- если кровотечение не останавливается через 10 -15 мину, то следует незамедлительно звонить в скорую помощь;

Нельзя:

- долго находится на солнце, заниматься спортом;

- запрокидывать голову назад (человек может захлебнуться в собственной крови и это вызовет рвоту, и еще повысит внутричерепное давление, тем самым затруднит венозный отек).

3. Поражение электрическим током.

Нужно:

- надо быстро освободить человека от действия электрического тока;
- принять быстрые меры к отделению пострадавшего от тока, если нет возможности быстро отключить электричество. Можно воспользоваться любым деревянным предметом, тем самым оттянуть пострадавшего от воздействия тока за его одежду;
- вынести пострадавшего на безопасное расстояние не менее 7 м от провода;
- оказать пострадавшему первую доврачебную помощь, возможно и реанимационную. Вне зависимости самочувствия пострадавшего доставить его в больницу.

Нельзя:

- забывать о личной безопасности при оказании помощи. Осторожно надо передвигаться в тех местах, где на земле лежит провод. Для перемещения в зоне воздействия тока надо использовать средство защиты для изоляции от земли или передвигать не отрывая ноги одну от другой.

4. Переломы, ушибы, растяжение связок

При переломах нужно:

- обеспечить покой сломанной кости
- если открытый перелом, остановить кровь, наложить стерильный бинт;

- если закрытый перелом на участке наложения шины небольшой слой одежды. Остальную одежду или обувь снять, не причиняя беспокойства травмированного участка;
- к месту повреждения приложить холод;
- доставить пострадавшего в больницу.

Нельзя:

- снимать одежду и обувь обычным способом, так мы доставим дополнительное физическое воздействие на место перелома.

При ушибах нужно:

- обеспечить покой ушибленному месту;
- приложить «холод» к месту ушиба, тем самым притупить боль;
- наложить тугую повязку.

Нельзя:

- ни в кое случае смазывать место повреждения йодом, согревать и растирать.

При растяжении связок нужно:

- на травмированную часть тела наложить тугую повязку и обеспечить покой;
- приложить «холод» к месту травмы, чтобы снять болевой спазм;
- положить пострадавшего так чтобы не нарушалось кровообращение, например, приподнять травмированную ногу или руку.

Нельзя:

- травмированное мест подвергать нагреву или растиранию.

5. Ожог.

Нужно:

- при ожогах I-й степени симптомы: покраснение и болезненность кожи.

Одежду и обувь на обожженном месте, снять так, чтобы не доставить дополнительное физическое воздействие на место повреждения.

Протереть поврежденное место спиртом или охлаждающими примочками, после чего обратиться в больницу;

- при ожогах II-й, III-й и IV-й степени симптомы: пузыри, омертвление кожи и глуболежащих тканей. Наложить стерильную повязку, завернуть пораженное место кожи в чистую ткань, и срочно обратиться за врачебной помощью. Если куски кожи прилипли к одежде, стерильную повязку наложить поверх них;
- если у пострадавшего появились признаки шока срочно дать ему выпить капель настойки валерианы.

Нельзя:

- трогать руками обожженные участки кожи или смазывать их мазями, жирами;
- вскрывать пузыри;
- удалять различные вещества, материалы, грязь приставшие к обожженному месту.

6. Солнечный удар.

Нужно:

- отнести пострадавшего в прохладное место, в тень;
- уложить на бок, чтобы избежать попадания рвоты в легкие, под голову, можно положить сверток;
- расстегнуть или снять одежду;
- положить мокрое холодное полотенце на голову и грудь;
- прикладывать холодные примочки на места где расположено большинство сосудов;
- если ребенок в сознании, поить его холодной водой;

- обеспечить покой;
- вызвать скорую помощь или доставить пострадавшего в больницу (в зависимости от состояния здоровья ребенка).

Нельзя:

- оставлять пострадавшего без внимания до прибытия скорой помощи и доставки его в лечебное учреждение.

7. Обморожение.

Нужно:

- при обморожении (1 степени) охлажденные участки тела следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем.
- наложить ватно-марлевую повязку;
- дать пострадавшему горячее питье, горячую пищу;
- дать по одной таблетки аспирина, анальгина.

Нельзя:

- прокалывать и срывать образовавшиеся пузыри, поскольку это повлечет за собой нагноение.

8. При попадании инородных тел в органы и ткани

Нужно:

- обратиться к медицинскому работнику или в лечебное учреждение.

Нельзя:

- самим пытаться вытаскивать инородные тела из организма, это может усугубить положение пострадавшего.

9. При укусе животных.

Нужно:

- кожу вокруг места укуса или царапины смазать йодом;
- наложить стерильную повязку;
- отвести пострадавшего медицинское учреждение для проведения прививки от бешенства .

10. При укусе или ужалении осы

Нужно:

- удалить жало;
- положить на место отека «холод»;
- дать пострадавшему большое количество питья;
- при аллергических реакциях на яд насекомых дать пострадавшему 1- 2 таблетки димедрола;
- при наличии сильной аллергической реакции, обложить больного грелками и срочно звонить в скорую помощь.

Нельзя:

- чесать место укуса;
- выдавливать яд из раны;
- превышать дозировку противоаллергических препаратов;

11.Обморок.

Нужно:

- уложить пострадавшего на спину, обеспечить доступ свежего воздуха
- расстегнуть ворот верхней одежды ослабить брюшной ремень;
- сделать так чтобы ноги были выше головы;
- если сознание пострадавшего не восстанавливается более 3-5 минут вызвать скорую помощь.

Нельзя:

- прикладывать грелку к животу или к пояснице при повторных обмороках;
- скрывать случаи обмороков от близких и врачей.

Лекция "Психолого-педагогическое сопровождение занятий по адаптивной физической культуре с детьми дошкольного возраста с ОВЗ"

Психолого-педагогическое сопровождение занятий по адаптивной физической культуре

Адаптивная физическая культура - это новая для России, активно развивающаяся интегративная сфера образования, науки, культуры, социальной практики, к которой относится как минимум три крупные научные области - физическую культуру, медицину, коррекционную педагогику, а также огромное количество данных, относящихся к медико-биологическим и социально-психологическим учебным и научным дисциплинам. При этом в ней не только обобщаются сведения перечисленных областей и дисциплин, но и формируется новое знание, представляющее собой результат взаимопроникновения знаний каждой из этих областей и дисциплин.

В целом адаптивная физкультура представляет собой значительно более емкое и широкое явление по сравнению с лечебной физической культурой и физическим воспитанием детей с отклонениями в развитии. Она объединяет в себе, помимо названных направлений, адаптивный спорт, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивное физическое воспитание учащихся и студентов специальных медицинских групп общеобразовательных школ и вузов, креативные телесно ориентированные и экстремальные виды адаптивной двигательной активности.

Актуальность данной темы обоснована тем, что повышение качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья на сегодняшний день объявлена в России важнейшей государственной задачей, в связи с чем, и выдвинулся на передний план науки и практики такой социальный феномен, как занятия адаптивной физической культурой, а вместе с ними, в качестве неотъемлемой части – их психологическое сопровождение.

Однако следует отметить - несмотря на то, что на сегодняшний день в Российской Федерации функционируют различные комитеты,

комиссии, ассоциации инвалидов, работает множество диагностических и реабилитационных центров, коррекционных учреждений, специальных школ, секций и т.п., лишь весьма незначительная часть детей-инвалидов действительно вовлечена в физкультурно-оздоровительную и спортивную работу.

Основной причиной для столь негативного явления выступает, отсутствие квалифицированных специалистов, обладающих необходимыми знаниями и практическими умениями, позволяющими не столько поддерживать и развивать двигательные возможности ребенка, сколько оказывать профессиональную психологическую поддержку и сопровождение.

Большинство преподавателей не принимают во внимание тот факт, что, несмотря на определенные различия и противоречия, адаптивная физическая культура, коррекционная педагогика и психология имеют общие объект, цель педагогической деятельности, единые методологические подходы и принципы, решают с разных сторон интегративные общие задачи и поэтому должны взаимно обогащать и дополнять друг друга в процессе сопровождения занятий физкультурой у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в адаптивной физической культуре также крайне важно и потому, что занятия спортом и физкультурой в целом всегда подразумевает непрерывное самосовершенствование и тщательную работу над собой, требует значительных психологических и физических усилий для преодоления трудностей и достижения определенных целей, что представляет значительные сложности для детей, имеющих нарушения развития.

Именно по этой причине им необходима специфическая и постоянная психологическая поддержка, которую оказывают квалифицированные психологи в образовательных учреждениях, а также преподаватели физической культуры и спортивные тренеры.

По мнению Алмазовой С.Л., независимо от того, какой именно специалист осуществляет сопровождение занятий по адаптивной физической культуре (причем не имеет значения, для ребенка или же для взрослого человека), в него обязательно должны быть включены следующие этапы:

- анализ индивидуальных особенностей человека;
- установление контакта;
- планирование дальнейших шагов по формированию комфортных условий для физического и психологического развития человека .

Следует отметить, что для достижения положительных результатов крайне важно включать в рассматриваемый процесс близких родственников.

Итак, чтобы получить значительные результаты при проведении занятий по адаптивной физкультуре у детей с ОВЗ, необходимо осуществлять их непрерывное психологическое сопровождение. Для успешности этого процесса огромное значение имеет внимательное отслеживание и постоянный учет их способностей, индивидуальных особенностей воли, эмоциональных реакций, коммуникативных навыков и лидерских качеств, а также склонность к определенным видам деятельности, темперамент и т.п. Для анализа всего вышеперечисленного специалисты используют методы диагностики, обладающие различной степенью формализации, в частности:

- наблюдение;
- психологические опросы;
- анкеты;
- психологическое тестирование и др .

Более глубокую психодиагностику может осуществить квалифицированный психолог, специализирующийся на оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, а затем разъяснить преподавателю по

адаптивной физкультуре или спортивному тренеру индивидуальные характеристики детей, которые обязательно следует учитывать при занятиях с ними.

Кроме того, психолог обязан осуществлять психологическое сопровождение таких детей на постоянной основе, решая по мере необходимости возникающие проблемы или подготавливая к ним. В первую очередь, это относится к конфликтам между детьми и педагогом по физической культуре (тренером), к снижению мотивации учащихся и т.п.

Отметим также, что психологическое сопровождение занятий адаптивной физкультурой должно осуществляться не только специальным психологом, но и самим педагогом или спортивным тренером. В связи с этим, следует обязательно учитывать профессиональные советы психолога, а также проводить постоянное наблюдение за детьми с ОВЗ, выявлять имеющиеся проблемы и оказывать помощь в их разрешении.

Каждый преподаватель по адаптивной физической культуре обязан учитывать индивидуальные особенности развития учащихся, а также четко представлять специфику в целом каждой категории детей с ограниченными возможностями здоровья (как физические, так и психологические аспекты развития), иметь представление о сущности и структуре каждого конкретного нарушения здоровья ребенка.

К примеру, отсталость в умственном развитии подразумевает органическое поражение головного мозга, что влечет за собой низкие интеллектуальные способности человека, а также множество специфических особенностей личностного развития – недостаточную социальную осознанность, неадекватную самооценку и эмоциональные реакции, нарушения поведения и т.д. В свою очередь, при задержке в психическом развитии первичными характеристиками являются: нарушения внимания, эмоциональная незрелость, инфантильность, крайне низкая работоспособность.

А дети с нарушениями речи и расстройствами поведения (к примеру, страдающие аутизмом) имеют затруднения в коммуникации, замкнуты, эмоционально отстранены .

Таким образом, если учитывать специфику развития каждой категории детей с ОВЗ при проведении занятий по адаптивной физкультуре и отдавать себе отчет в необходимости постоянного психологического сопровождения таких занятий.

Рекомендации для преподавателей по адаптивной физической культуре и спортивных тренеров

1. Следует обязательно выявлять и учитывать индивидуальные особенности и потенциал каждого человека. В связи с этим, требуется на постоянной основе наблюдать за поведением и эмоциональными реакциями детей, учитывая также мнение других специалистов.
2. Нужно разбираться в сущности нарушений в поведении ребенка на занятиях физической культурой и спортом (связаны ли они с внутрисемейными проблемами, с отношением к нему педагога / тренера или сверстников в коллективе на спортивных занятиях).
3. Обязательно формировать психологически благоприятную среду для учащихся – оказывать моральную поддержку, быть терпеливым, сдержанным, не допускать проявления отрицательных эмоций, проявлять к детям уважение и ни при каких обстоятельствах не применять физическое насилие, стимулировать желание учащихся быть самостоятельными и активными.
4. Необходимо создавать «ситуации успеха» для детей с заниженной самооценкой, неуверенных в себе и своих силах, тревожных, со сниженными волевыми процессами.
5. Требуется повышать мотивацию к занятиям: показывать положительные результаты детей, поощрять, вызывать у них интерес к спортивной деятельности как к процессу, который доставляет моральное и физическое удовольствие, вводить особые интересные «ритуалы» начала и конца

занятия(возможно, игровые задания), сюрпризные моменты, карточки поощрений(наклейки, фишки, звездочки и др.).

Для эффективного проведения занятий адаптивной физкультурой у детей с ограниченными возможностями здоровья педагогам и тренерам необходимо оказывать учащимся постоянную психологическую помощь и поддержку, а также обращаться к квалифицированным психологам.

Диагностический инструментарий в работе с детьми ОВЗ

Диагностика детей раннего возраста

Важным аспектом работы с детьми раннего возраста является выявление имеющихся у них отклонений в развитии, главным образом с помощью диагностики.

В настоящее время существует достаточно большое количество методик, с помощью которых можно диагностировать наличие или отсутствие признаков отставания в познавательном развитии детей раннего возраста. Рассмотрим наиболее удобные в использовании диагностические методики.

1. Диагностика психомоторного развития детей раннего возраста с использованием Шкал А. Гезелла.

Методика рассчитана на обследование детей в возрасте от 0 до 6 лет. На первом году жизни тестовые карты позволяют следить за развитием ребенка с интервалом в 4 недели, на втором году - в 3 месяца, начиная с третьего года жизни - раз в полугодие.

Психомоторное развитие оценивается по **пяти** основным областям:

1) **адаптивное поведение**: восприятие взаимоотношений частей целого; координацию движений глаз и рук в достижении и захватывании предметов; использование моторных возможностей для достижения практических целей; способность приспосабливаться к новым обстоятельствам и действовать в них на основании имеющегося опыта;

- 2) **грубая моторика**: удержание головы, сидение, стояние, ползание и ходьба;
- 3) **тонкая моторика**: использование руки и пальцев в схватывании и манипулировании с объектами;
- 4) **речевое развитие** включает все видимые и звуковые формы коммуникации: выражение лица, жесты, вокализацию, слова, фразу и предложения;
- 5) **социализация личности** отражает реакции ребенка на социально-культурное окружение.

Проведение диагностической оценки развития включает 5 этапов.

Сбор анамнеза и предварительная беседа.

На данном этапе необходимо собрать информацию о семье, её составе; течении беременности, родов, периода новорожденности; о темпах развития до настоящего момента, поведении в текущий период; непосредственном социальном окружении.

Беседа с родителями должна носить спокойный и доброжелательный характер. Вопросы должны подразумевать однозначный ответ, при необходимости нужно иллюстрировать их примерами. Доверие родительским ответам обязательно, но имеет смысл переспросить родителей ещё раз, если данная ими информация не совпадает с Вашим впечатлением от ребёнка.

Исследование поведения в соответствии с протоколом и порядком проведения.

Тестирование должно проводиться в промежуток времени, когда ребёнок наиболее активен и спокоен, то есть, когда имеются предпосылки для получения лучших результатов. До 18-месячного возраста собеседование и обследование могут быть совмещены в одном сеансе, далее, особенно после 2,5 лет, для выяснения исходного состояния требуется четкое отделение первого и второго этапов.

Запись результатов и диагностический обзор всего собранного материала:

Минимальная запись - заполнение карты с проставлением в ней плюсов и минусов.

Обсуждение и рекомендации для родителей:

Присутствие родителей при тестировании поможет им понять, каким образом производится обследование, лучше представить сущность имеющихся проблем. Обстановка беседы должна быть самой располагающей, не должно быть ни тени пренебрежения, неуважения к ребёнку.

Письменный отчёт.

Следует отметить, что исследование проводится не только по профилю соответствующего возраста, но и по предыдущему и последующему профилям с целью выявления базового и верхнего уровня развития в той или иной области.

Для проведения диагностики всех компонентов психомоторного развития потребуются следующие материалы:

- Мячики: большой и маленький.
- Колокольчик с деревянной ручкой.
- Стеклянная бутылочка и пилюли из сахара.
- Бубенчики на ленточке.
- Погремушка.
- Красное кольцо на веревочке
- Тестовые объекты: карандаш, ключ, ножик, монета, т.е. предметы, используемые в повседневной жизни.
- Взвешенные блоки: 6 штук.
- Карта с нарисованными на ней зеленым цветом геометрическими фигурами и соответствующие фигуры красного цвета.
- Десять деревянных красных кубиков.
- Чашка из алюминия.
- Доска с вкладывающимися в нее формами.

- Карты с картинками: а) собачка, ботинок, чашка, дом; б) часы, корзина, книга, флаг, листик, звезда.
- Мелки.
- Книжка с детскими стихами.
- «Чудесная коробка».
- Карточки для срисовывания с нарисованными жирными линиями фигурами.
- Тестовые объекты для тестирования по Стэнфорду – Бине (карта и геометрические фигуры к ней, рисунок неоконченного человечка).

Запись результатов наблюдения ведется следующим образом:

(+) - образец поведения хорошо развит, является неотъемлемой частью поведения ребенка.

(±) - образец поведения наблюдается, как случайный или скопированный, но не постоянный.

(-) - постоянный образец в поведении отсутствует, или временный не заменен более зрелым.

Если временный образец, свойственный данному возрасту полностью отсутствует, т.к. ребенок демонстрирует опережающее развитие, то ставится знак (+++).

Таким образом, знаки (+) и (±) обозначают, что данные навыки присутствуют и ребенок прошёл тестовый пункт, а знак (-) обозначает обратное. На полях могут быть проставлены комментарии отсутствию того или иного навыка: О - явный отказ, Н - невозможность выполнить задание в связи с наличием органических причин.

Обработка результатов:

Дискретизированный возраст (y) разделить на количество пунктов (na).
Результат деления умножить на количество минусов (nb).

$$x = (y : na) * nb$$

Дикретированный возраст — это интервал между ключевыми возрастными шкалами Гезелла (например, на третьем году жизни этот интервал составляет 6 мес., на втором — 3 мес., а на первом году жизни измеряется в неделях).

В любой из пяти областей уровнем развития считается возраст, когда сочетание плюсов переходит в сочетание минусов.

Диагностика детей дошкольного возраста

Одним из основных принципов диагностики нарушенного развития является комплексный подход, который включает всестороннее обследование, оценку особенностей развития ребенка с ОВЗ всеми специалистами и охватывает познавательную деятельность, поведение, эмоции, волю, состояние зрения, слуха, двигательной сферы, соматическое состояние, неврологический статус. Следовательно, изучение ребенка включает медицинское и психолого-педагогическое обследование. Медицинское обследование начинается с изучения данных анамнеза. Анамнез собирается врачом и составляется на основании ознакомления с документацией ребенка и беседы с родителями (или лицами, их заменяющими).

Личный анамнез ребенка содержит следующие сведения: особенности беременности матери; длительность приема лекарственных препаратов и влияние вредных факторов на беременность; особенности родов; характер помощи во время родов; наличие у ребенка врожденных пороков развития, судорог и др.; вес ребенка при рождении, время начала его кормления, срок пребывания в роддоме. Перечисляются перенесенные ребенком заболевания, особенности лечения, наличие осложнений. Указывается, где, как и кем воспитывался ребенок до момента поступления в дошкольное учреждение.

В семейном анамнезе анализируются данные о семье ребенка и наследственности; описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого ее члена, характерологические особенности родителей; фиксируются психические, неврологические, хронические соматические заболевания

родственников, патологические особенности их физического облика. Описываются семейно-бытовые условия, в которых воспитывается ребенок, место и характер работы родителей; дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку; фиксируются случаи приверженности одного или обоих родителей к алкоголю или наркотикам.

Педагоги и воспитатели знакомятся с результатами медицинского обследования по документации: изучают историю развития ребенка, заключения специалистов. Это поможет им сориентироваться в имеющихся у ребенка проблемах и создать необходимые условия для его развития в дошкольном учреждении.

Психолого-педагогическое обследование является одним из компонентов комплексного подхода в изучении умственного развития детей с ОВЗ. Его результаты могут рассматриваться в совокупности с другими данными о ребенке.

Организация воспитания и обучения детей с ОВЗ ставит вопросы изучения и выявления особенностей познавательной деятельности, установления характера нарушений, потенциальных возможностей ребенка и дает возможность прогнозировать его развитие.

Основной целью применения психологической диагностики является определение уровня умственного развития и состояния интеллекта детей с ОВЗ, поскольку эта категория дошкольников представляет исключительное разнообразие. Психологическое обследование проводит психолог. Психодиагностическое обследование ребенка с проблемами в развитии должно быть системным и включать в себя изучение всех сторон психики (познавательная деятельность, речь, эмоционально-волевая сфера, личностное развитие). В качестве источников диагностического инструментария можно использовать научно-практические разработки С. Д. Забрамной, И. Ю. Левченко, Е. А. Стребелевой, М. М. Семаго, Н.Н. Павловой, Л.Г. Руденко и др. Качественный анализ предполагает оценку особенностей процесса выполнения ребенком заданий и допускаемых ошибок на основе системы качественных показателей.

Выделяют следующие качественные показатели, характеризующие **эмоциональную сферу и поведение ребенка**:

- особенности контакта ребенка;
- эмоциональная реакция на ситуацию обследования;
- реакция на одобрение;
- реакция на неудачи;
- эмоциональное состояние во время выполнения заданий;
- эмоциональная подвижность;
- особенности общения;
- реакция на результат.

Качественные показатели, характеризующие деятельность ребенка:

- наличие и стойкость интереса к заданию;
- понимание инструкции;
- самостоятельность выполнения задания;
- характер деятельности (целенаправленность и активность);
- темп и динамика деятельности, особенности регуляции деятельности;
- работоспособность;
- организация помощи.

Качественные показатели, характеризующие особенности познавательной сферы и моторной функции ребенка:

- особенности внимания, восприятия, памяти, мышления, речи;
- особенности моторной функции.

В комплексной оценке психического развития и потенциальных возможностей детей с комплексными нарушениями для определенного содержания дальнейшего обучения важным является педагогическое обследование. Педагогическое изучение предусматривает получение сведений о ребенке, раскрывающих знания, умения, навыки, которыми он должен обладать на определенном возрастном этапе, установление основных проблем в обучении, темпа усвоения материала, выявление особенностей образовательной деятельности дошкольников с ОВЗ. Интересующие

сведения можно получить при использовании таких методов, как непосредственная беседа с ребенком и родителями, анализ работ дошкольника (рисунков, поделок и др.), педагогическое наблюдение.

Педагогическое наблюдение должно быть специально спланированным, точно ориентированным и систематическим. Оно позволяет оценить степень сформированности деятельности в целом — ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий. Особенно важно наблюдение за познавательной активностью ребенка, в процессе которого отмечается мотивационный аспект деятельности, свидетельствующий о личностной зрелости дошкольника. В ходе педагогического наблюдения ребенку предлагается:

- назвать свое полное имя, фамилию, возраст, домашний адрес;
- рассказать о семье, назвать имя и отчество мамы, папы; место работы родителей;
- назвать имена и отчества близких взрослых, имена сверстников;
- рассказать об основных правилах поведения на улице, в общественных местах; о любимом занятии дома и др.

Полученные сведения позволяют в дальнейшем целенаправленно вносить коррективы в организацию процесса воспитания и обучения детей с ОВЗ.