



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



институт
коррекционной
педагогике РАО

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Сборник материалов
II Всероссийской конференции
27 октября 2022 г
г. Москва



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ ОБРАЗОВАНИЯ»

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЕТЕЙ
С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ
ПОТРЕБНОСТЯМИ

Сборник материалов II Всероссийской конференции «Научные основы
здоровьесбережения детей с особыми образовательными потребностями»
(27 октября 2022 года, г. Москва)

Москва, 2022

УДК 376; 159.9
ББК 74.1; 74.5; 74.9; 88.2; 88.3; 88.4; 88.6; 88.7; 88.8
Н34

Научные основы здоровьесбережения детей с особыми образовательными потребностями / Сборник материалов II Всероссийской конференции «Научные основы здоровьесбережения детей с особыми образовательными потребностями» (27 октября 2022 года, г. Москва) / Сост. А.В. Голубчикова, К.А. Бруцкая, И.Н. Нурлыгаянов, М.С. Горохова. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2022. – 145 с.

27 октября 2022 года в ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» в онлайн формате состоялась II Всероссийская конференция «Научные основы здоровьесбережения детей с особыми образовательными потребностями». Данная конференция является площадкой для представления новых достижений науки в области создания здоровьесберегающего пространства в образовательной организации, инновационных технологий по профилактике и укреплению здоровья детей в процессе обучения, определения стратегических целей развития данной отрасли в системе специального и инклюзивного образования.

В материалах конференции представлен анализ современного состояния и обобщение теоретических, эмпирических, экспериментальных исследований проблемы здоровьесбережения детей с особыми образовательными потребностями в междисциплинарном аспекте для прогнозирования актуальных и социально значимых тенденций в развитии системы образования.

Материалы конференции представлены в авторской редакции. Ответственность за достоверность фактов, цитат, заимствований, собственных имен и других сведений несут авторы.

Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства просвещения Российской Федерации ФГБНУ «ИКП РАО» по НИР «Исследование факторов и условий, оказывающих влияние на состояние здоровья обучающихся с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья в отдельных образовательных организациях, осуществляющих обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам, в том числе анализ влияния компьютерных и дистанционных образовательных технологий на здоровье и качество образования обучающихся, анализ режима учебной нагрузки и организации здоровьесберегающей деятельности».

ISBN 978-5-907436-96-1

© ФГБНУ «ИКП РАО», 2022
© Авторы научных статей, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Азизова Л.Х. Актуальные направления снижения [эффектов] социальной эксклюзии детей с ОВЗ в современных условиях.....	6
Войтович А.А. К вопросу адаптации подростков с ОВЗ к профессиональному обучению, пути совершенствования.....	11
Горохова М.С. Учет здоровьесберегающих технологий в организации социально-бытовой ориентировки детей-сирот с ТМНР.....	17
Екжанова Е.А. Преемственность здоровьесберегающих технологий в интересах детей с ограниченными возможностями здоровья.....	22
Екжанова Е.А., Хамзах А.С. Создание качественных стандартов в образовательных программах для детей-аутистов в Республике Ирак.....	29
Елькина И.Ю. Игровая терапия как метод работы с детьми с ОВЗ.....	34
Зарипова Ю.Р. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья как условие здоровьесбережения.....	39
Иванова Е.А. Здоровьесберегающие технологии в системе сопровождения профориентации и профессионального самоопределения обучающихся с нарушениями зрения.....	43
Куртанова Ю.Е., Тихонов И.В. Взаимосвязь субъективного качества жизни с особенностями совладающего поведения подростков с воспалительными заболеваниями кишечника.....	48
Куулар С.О. О профессиональных компетенциях педагогических работников в сфере здоровьесбережения обучающихся с ОВЗ.....	52
Лисицына В.А. Дифференцированный подход на основе использования информационно-коммуникативных технологий в обучении детей с умственной отсталостью.....	58
Макарова Н.В. Инновационные технологии и методики здоровьесбережения в образовании детей с ОВЗ.....	62

Малева З.П. Создание специального пространства по профилактике и укреплению здоровья детей в процессе обучения.....	66
Малыхина Л.А. Психолого-педагогические условия развития социальных чувств и эмоций у детей с ОВЗ в период подготовки к школе.....	70
Митясова О.А. Здоровьесберегающие технологии в обучении и воспитании детей с ОВЗ на основе нейропсихологического и кинезиологического подходов в реализации инклюзивного образования.....	76
Мишина П.А. Развитие коммуникативных навыков у детей с ограниченными возможностями здоровья, находящихся на индивидуальном обучении.....	81
Моргун Л.А., Моргун А.Н. Моральная дилемма преподавателя в оценке знаний в условиях инклюзии.....	85
Морозов С.А. К вопросу о генезе соматических заболеваний при аутизме.....	90
Склянная Т.Н., Ковалева О.Н. «Я здоровье берегу – сам себе я помогу» система работы по здоровьесбережению обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.....	96
Соболева Е.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в практике работы учителя школы для детей с ОВЗ.....	102
Соловьева С.В. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий: проблемные вопросы.....	107
Усольцева Е.В. Здоровьесбережение на логопедических занятиях как образ деятельности логопеда, содержащий уровень его этнопедагогической культуры.....	114
Федюшина У.И. Специфика применения здоровьесберегающих технологий в организации инклюзивного воспитательного процесса.....	118
Феоктистова С.В., Приходько Е.В. Здоровьесберегающие технологии в работе педагогов инклюзивной образовательной практики.....	122

Фещенко М.В. Телесно-ориентированные практики как способ профилактики профессионального выгорания.....	126
Шлык Н.В. Формирование ответственности у детей с ограниченными возможностями здоровья старшего дошкольного возраста.....	131
Юрченко Т.И., Вечканова И.Г., Жукова А.Е. Система оздоровления и абилитации детей с ОВЗ в инклюзивном пространстве дошкольной организации.....	136
Яхно Г.Ф. Применение методов и приемов в работе с детьми с ОВЗ в инклюзивной практике учителя.....	142

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СНИЖЕНИЯ [ЭФФЕКТОВ] СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСКЛЮЗИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Азизова Людмила Хамбертовна

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Дагестанский государственный педагогический
университет», г. Махачкала)

Аннотация. Статья посвящена проблеме снижения эффектов социальной эксклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья в современных условиях. Автором обосновывается актуальность и значимость данной проблемы. Определяются ключевые характеристики, источники и эффекты снижения социальной эксклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья. Уточняются объективные факторы (причины) данного явления. Говорится о приоритетности роли государственных и негосударственных институтов (институций) в снижении первичных и вторичных рисков социальной исключенности детей с ограниченными возможностями здоровья. Акцентируется внимание на необходимости комплексного подхода в организации соответствующих мер.

Ключевые слова: социальная эксклюзия, социальная инклюзия, дети с ограниченными возможностями здоровья, семья, инклюзивное образование.

На современном этапе мир переживает системные экономико-политические, социокультурные, экологические, эпидемиологические и иные кризисы, обуславливающие противоречия в общественном развитии и стимулирующие одновременно с этим поиск новых смыслов в организации социальных моделей государств, пристальное внимание к человеческому ресурсу. Как следствие, перед современными социальными институтами стоит задача формирования личности, способной адаптироваться к многообразию текущих и будущих миропроцессов, миротворчества

и мирознания, личности толерантной, коммуникабельной, самостоятельно мыслящей и способной к сопереживанию и состраданию.

Все это приобретает особую актуальность, когда речь идет о детях с ограниченными возможностями здоровья и о проблеме обеспечения достойных инклюзивных условий их жизнедеятельности – обучения, труда, досуга и др. В данном случае следует согласиться с позицией В.П. Петрова и И.Б. Кантемировой о том, что вопрос об инклюзии (включения) данной категории детей в различные сферы жизни общества не был бы столь актуален, «не поднимался бы как острая социальная проблема», если бы отсутствовала практика их эксклюзии (исключения) из данных сфер [8, с. 331].

В настоящее время укрепилось мнение о том, что социальная эксклюзия, то есть проявление новой общественной реальности (новой нормальности), выражена в изменении как институциональных сценариев, так и индивидуальных практик, размывании устоявшихся ценностей, смещении целей и проявлении новых возможностей их достижения [2]. Однако вопрос в том, какое место в этой новой общественной реальности отводится той категории населения, которая представлена людьми, в частности, детьми и подростками, с ограниченными возможностями здоровья.

Важно понимать, что эксклюзия – это процесс исключения (намеренного или ненамеренного) отдельных индивидов (групп индивидов) из системы социальных отношений, в частности, через ограничение доступа к необходимым ресурсам и возможности реализации прав и свобод (на образование, труд, досуг) [1, 5, 6]. По справедливой оценке И.А. Макеевой, эффектами такого исключения для детей с ограниченными возможностями здоровья могут стать социальное неблагополучие, ущемленность, ухудшение условий жизнедеятельности, социальная дезадаптация, утрата возможности и способности преодолевать ограничения, активизировать и использовать личностный потенциал, результатом чего, как правило, становится

реализация индивида в диссоциальном контексте (аддиктивное, делинквентное поведение), его социальная отверженность, социальный нигилизм [7, с. 47].

На наш взгляд, эксклюзия – это общесоциальное явление, феномен, укрепившийся в менталитете современного общества, однако локализация соответствующих его проявлений имеет место на значительно более низком уровне – микросоциальном, а именно, в семье, образовательной среде, ближайшем окружении ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Таким образом, предполагается, что объективными факторами, то есть факторами, действующими извне, социальной эксклюзии данной категории детей выступают семейное неблагополучие, низкий материальный уровень семьи, отсутствие инклюзивной культуры родителей, воспитателей (учителей) и других субъектов микросоциума, ограниченность или неразвитость социальной инфраструктуры, ресурсной обеспеченности. В конкретном случае мы не учитываем, как отмечают Н.В. Зубаревич и В.И. Ильина, феномен «глубинки» [3, 4], где фактически отсутствует возможность воспитания, обучения, развития и адекватной социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а, следовательно, существует потенциал для формирования субъективных факторов (причин) эксклюзии, то есть факторов, зависящих от самого ребенка, обусловленных личностными и индивидуальными особенностями.

Из сказанного следует, что основная роль в снижении эффектов социальной эксклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья должна отводиться государственным и негосударственным институциям, основная задача которых заключается в снижении первичных и вторичных рисков социальной исключенности. В конкретном случае речь идет, в первую очередь, о выявлении и создании механизмов поддержки семей, находящихся на раннем этапе трудной жизненной ситуации (то есть еще не попавших в поле зрения социальных служб), что даст возможность максимально снизить, в частности, риск раннего социального сиротства; об усилении

профилактических мер против семейного неблагополучия и для формирования комфортной социальной, психологической и экономической среды для детей (социальный патронаж); о налаживании коллаборационного механизма всех участников (реальных и потенциальных) инклюзивной экосистемы, начиная с уровня местного самоуправления, ориентированного на совместную выработку программ, концепций, проектов, ориентированных на достижение указанной цели, а также повышение инклюзивной культуры местного населения.

Относительно направлений снижения (профилактики) вторичных рисков социальной исключенности детей с ограниченными возможностями здоровья в современных условиях, то следует говорить о непосредственной работе с представителями групп такого риска для целей повышения шансов избегания социальной эксклюзии данной категории детей. Данное направление включает в себя сопровождение семей, в частности, замещающих, улучшение социальных условий и повышение социально-психологической адаптации детей на местах, стимулирование массовых и специальных образовательных организаций в части разработки мер по формированию комфортной инклюзивной среды (организация консультационно-информационных, мероприятий, в частности, с родителями, кружков, секций, лабораторий на бюджетной или частично бюджетной основе), обеспеченной актуальным патронаж-комплексом самих детей и их семей (психологическое, педагогическое, медицинское, социальное и правовое сопровождение).

Важно понимать, что разработка и реализация актуальных направлений снижения эффектов социальной эксклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья в современных условиях – сложнейшая задача, требующая комплексного подхода, решение которой будет означать адекватную и полезную инклюзию на микро- и макросоциальном уровне. Адекватная и полезная инклюзия – это полное и искреннее участие всех членов сообщества в жизнедеятельности ребенка данной категории,

характеризующееся такими аспектами (в том числе в потенциале), как: политико-правовой (у ребенка будет возможность реализации своих прав и интересов), социально-экономический (ребенок будет обеспечен необходимыми ему благами), социокультурный (ребенку будет доступно качественное образование, досуг, он будет включен в культурную, спортивную и иную деятельность), психологический (ребенок будет испытывать стойкое чувство принадлежности к обществу, позитивной самоидентификации).

Список литературы

1. Бородкин Ф.М. Социальные эксклюзии / Ф.М. Бородкин – Текст: непосредственный // Социологический журнал. – 2000. – № 3-4. – С. 5-17.
2. Ефлова М.Ю., Максимова О.А. Социальная эксклюзия в контексте новой нормальности: концептуализация подхода к исследованию / М.Ю. Ефлова, О.А. Максимова – Текст: непосредственный // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2022. – № 2 (53). – С. 36-41.
3. Зубаревич Н.В. Регионы России: неравенство, кризис, модернизация / Н.В. Зубаревич. – М.: Независимый институт социальной политики, 2010. – 160 с. – ISBN 978-5-903599-10-3 – Текст: непосредственный.
4. Ильин В.И. Российская глубинка в социальной структуре России / В.И. Ильин – Текст: непосредственный // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2010. – Т. XIII. – № 4. – С. 25-47.
5. Исакова О.В. Социальная эксклюзия как фактор самоорганизации в молодежной среде / О.В. Исакова – Текст: непосредственный // Теория и практика общественного развития. – 2022. – № 8 (174). – С. 22-28.
6. Коржук С.В. Социальная эксклюзия людей с инвалидностью: успешные стратегии преодоления / С.В. Коржук – Текст: непосредственный // Мир экономики и управления. – 2016. – № 2. – С. 145-155.

7. Макеева И.А. Социальная эксклюзия и инклюзия в контексте образования: сущность, подходы / И.А. Макеева – Текст: непосредственный // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2020. – № 198. – С. 45-55.

8. Петров В.Н., Кантемирова И.Б. Феномен социальной эксклюзии/инклюзии в аспекте образовательной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья / В.Н. Петров, И.Б. Кантемирова – Текст: непосредственный // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2019. – № 2 (239). – С. 129-137.

К ВОПРОСУ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОВЗ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Войтович Анна Александровна

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов)

Аннотация. В статье приведены результаты поиска способов совершенствования адаптации подростков с ограниченными возможностями к обучению. Изучали образ жизни по степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), продолжительности ночного сна, особенностям организации досуга; проводили оценку состояния центральной нервной системы (корректирующие таблицы Анфимова); уровни тревожности (тест Ч.Д. Спилберга); адаптационный показатель (методика Р.М. Баевского в модификации А.П. Берсеновой). Приоритетными факторами риска для обоснования программ, направленных на совершенствование адаптации, являлись: фактор семейного неблагополучия; высокая распространенность вредных привычек; сокращение продолжительности ночного сна. Высокие

уровни личностной и низкие уровни ситуативной тревожности, коррелирующие с адаптационным показателем, определяли возможное ухудшение функционального состояния организма подростков на фоне уже имеющейся патологии.

Ключевые слова: подростковый возраст, адаптация, образ жизни, тревожность, профессиональное обучение подростков с ОВЗ.

В процессе роста и развития дети и подростки подвергаются воздействию различных факторов среды обитания, многие из которых можно рассматривать в качестве факторов риска для здоровья [1, с. 37]. По мнению современных исследователей [1, 2, 3], ведущим фактором, влияющим на здоровье детей, является обучение в образовательных организациях, а именно, повышенные учебные нагрузки, нерациональное их распределение в течение учебного дня и недели, высокий уровень напряженности учебного процесса (класс 3.1) [6, с. 41]. В результате изменяется функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) за счет интенсификации обучения при дефиците времени на восстановление работоспособности [2, с. 27]. Компенсация функционального состояния ЦНС происходит за счет других систем организма и увеличения функциональных показателей дыхательной системы, изменения вегетативной регуляции, снижения уровня биологической адаптации [4, 5].

Однако современными исследователями остаются практически незатронутыми гигиенические аспекты безопасности окружающей среды с позиции влияния на здоровье детей и подростков с ограничениями жизнедеятельности.

Целью исследования явилось определение способов совершенствования адаптации подростков с ограниченными возможностями (ОВ) к обучению.

Исследование проведено в профессиональном образовательном учреждении для лиц с ОВЗ. Анализировали особенности образа жизни по

степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), продолжительности ночного сна, особенностям организации досуга. Для динамического изучения состояния ЦНС использовался метод оценки умственной работоспособности (корректируемые таблицы Анфимова в модификации С.М. Громбаха). Уровни тревожности оценивали по тесту Ч.Д. Спилберга. Адаптационные возможности оценивали по значению адаптационного показателя (АП) по методике Р.М. Баевского в модификации А.П. Берсеневой.

Полученные данные обработаны статистически с расчетом критерия корреляции Спирмена (r) и t -критерия Стьюдента. Для всех проведенных исследований различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$ и минимальной достоверности различий 95%.

Учащиеся, не имеющие инвалидность, в 81,3% случаев имели психические расстройства и расстройства поведения, а именно умственную отсталость легкой степени (35,5%).

В социальных учреждениях ранее воспитывались 16,6% учащихся, в семье – 83,4%. При этом 63,7% в качестве постоянного места жительства отмечали городскую местность, 33,3% – сельскую местность. На момент обучения в семье проживали 28,3% респондентов, в общежитии – 71,6%.

Определено преобладание слабой зависимости среди юношей (37,5%) и очень слабой зависимости среди девушек (43,9%). Высокая никотиновая зависимость определялась в 9,6% случаев среди юношей и 4,1% среди девушек.

Образ жизни подростков во многом зависит от рационального распределения суточного бюджета времени, значительная часть которого тратится на ночной сон. Продолжительность ночного сна учащихся – $7,6 \pm 0,4$ часов.

Интегральная оценка умственной работоспособности в течение учебного дня показала преобладание низких уровней в начале занятий ($64,2 \pm 3,1\%$) и незначительное количество учащихся с высокой работоспособностью ($14,2 \pm 2,1\%$). По окончании занятий акценты

распределения уровня работоспособности смещались в сторону увеличения количества учащихся с высоким уровнем ($35,4 \pm 3,3\%$) и сокращением числа подростков с низким уровнем (до $25,8 \pm 0,9\%$), что было обусловлено длительным периодом вработываемости, что явилось особенностью функционирования ЦНС подростков с ОВ. В течение недели динамика работоспособности хотя и носила классический характер, однако имела свои особенности: наиболее низкие значения показателей определялись в понедельник, что могло быть связано с изменением режима дня (отъезд в субботу большинства учащихся домой и возвращение в понедельник утром). Резкий подъем работоспособности без нарастания отмечен во вторник и среду с последующим постепенным снижением от четверга к субботе, что свидетельствует о преобладании в ЦНС процессов торможения вследствие развития утомления.

При оценке уровней тревожности преобладали низкий уровень ситуативной тревожности (СТ) и умеренный уровень личностной тревожности (ЛТ). Среди обследуемых с ОВ низкая СТ (< 30 баллов) была выявлена у $76,2\%$, свидетельствующая о депрессивном, ареактивном состоянии с низким уровнем мотивации к обучению. Высокие уровни ЛТ ($52 \pm 1,4$ балла) имели $51,4\%$, что расценено как склонность воспринимать широкий спектр жизненных ситуаций как угрожающие и отвечать на них выраженной реакцией.

Полученные результаты обусловили необходимость выявления факторов, оказывающих влияние на уровень тревожности учащихся. Корреляционный анализ позволил определить, что приоритетная роль в формировании уровней тревожности принадлежала социальным факторам. Определено наличие взаимного вероятностного влияния факта проживания учащихся в общежитии учреждения ($R = 0,16$), продолжительности ночного сна ($R = 0,21$), организации пассивного отдыха ($R = 0,12$) и уровнями тревожности. Связь между данными признаками слабая отрицательная. Среди учащихся, просматривающих телепередачи и использующих Интернет

более двух часов в день, определялись более высокие значения ЛТ и СТ ($p < 0,05$). Напротив, подростки, посещавшие факультативные занятия и дополнительно занимающиеся физкультурой и спортом в образовательном учреждении, имели умеренный уровень тревожности ($p < 0,05$). Между фактором курения и тревожностью установлена слабая прямая корреляционная связь ($R = 0,18$). Подростки, выкуривающие более десяти сигарет в день, имели высокие значения ЛТ.

Уровень адаптационных возможностей организма оценивали по значению адаптационного показателя (АП). Установлено, что среди юношей $39,3 \pm 1,1\%$ имели значения АП от 8,25 до 9,86, соответствующего неудовлетворительному уровню адаптации. Среди девушек $34,5 \pm 1,6\%$ имели неудовлетворительный уровень адаптации и $26,5 \pm 0,7\%$ – напряжение механизмов адаптации. Количество юношей с удовлетворительным уровнем адаптации на 26,3% меньше, чем среди девушек. Увеличение значений АП может рассматриваться как неблагоприятная тенденция в изменении уровня здоровья, связанная со снижением работоспособности и развитием утомления. Значения АП достоверно не различались среди подростков с инвалидностью и без. Вместе с тем выявлено, что неудовлетворительную адаптацию имели 48,1% подростков, не имеющих инвалидности, и 41,6% имеющих инвалидность.

Корреляционный анализ позволил установить, что в качестве условий успешной адаптации выделяли проживание в общежитии образовательной организации ($R = 0,32$), что объясняли более продолжительным временем ночного сна и организованным временем досуга. Выявлена прямая умеренная связь АП с ЛТ ($R = 0,36$), поэтому подростки с низким уровнем стресса лучше адаптировались к условиям профессионального обучения в учреждении. В отношении связи уровня СТ и АП установлена умеренная обратная связь ($R = -0,38$). Учащиеся, имеющие низкий уровень СТ, свидетельствующий о депрессивном состоянии с низкой мотивацией к обучению, имели неудовлетворительный АП. Уровень умственной

работоспособности имел слабую отрицательную связь с АП ($R = -0,17$), что отражало лучшую адаптацию воспитанников со средним и высоким уровнем умственной работоспособности.

Таким образом, изучение социально-гигиенических факторов и образа жизни, а также проведенная оценка функционального состояния организма подростков с ОВ позволила выявить приоритетные факторы риска для обоснования программ, направленных на совершенствование адаптации учащихся. К таковым относились: фактор семейного неблагополучия (каждый шестой подросток ранее воспитывался в социальном учреждении); высокая распространенность вредных привычек; сокращение продолжительности ночного сна. Высокие уровни ЛТ и низкие уровни СТ, коррелирующие с изменением АП, определяли возможное ухудшение функционального состояния организма подростков на фоне уже имеющейся патологии. При поиске путей модификации адаптационных возможностей организма подростков возможным считали усиление мотивации к обучению с применением индивидуально-дифференцированного подхода, электронных образовательных ресурсов, работу в малых группах, стимулирование активности обучающихся.

Список литературы

1. Аль Сабунчи Абдул Маджид Али. Экологические факторы и здоровье детей в развивающихся странах / Аль Сабунчи Абдул Маджид Али – Текст: непосредственный // Евразийский союз ученых. – 2019. – № 8 (65). – С.37-40.
2. Булычева Е.В. Особенности функционального состояния центральной нервной системы у современных школьников / Е.В. Булычева, Н.П. Сетко, М.М. Мокеева, Е.Б. Бейлина – Текст: непосредственный // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2021. – № 3. – С. 27-33.

3. Войтович А.А. Научное обоснование влияния образовательной среды на адаптационные процессы организма подростков / А.А. Войтович – Текст: непосредственный // Санитарный врач. – 2020. – № 1. – С. 54-59.
4. Войтович А.А. Влияние факторов профессионального обучения на адаптационные процессы учащихся с ограниченными возможностями здоровья. – Текст: непосредственный / А.А. Войтович, Ю.В. Елисеева, Ю.Ю. Елисеев // Российский педиатрический журнал. – 2014. – Т. 17. – № 1. – С. 38-40.
5. Елисеева Ю.В., Войтович А.А., Милушкина О.Ю., Истомин А.В., Елисеев Ю.Ю. Гигиеническая оценка условий профессионального обучения подростков с ограниченными возможностями: проблемы и пути оптимизации / Ю.В. Елисеева, А.А. Войтович, О.Ю. Милушкина, А.В. Истомин, Ю.Ю. Елисеев – Текст: непосредственный // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2018. – № 5. – С. 27-34.
6. Сетко Н.П. Донозологическая оценка здоровья одаренных подростков в условиях воздействия факторов образовательного процесса / Н.П. Сетко, О.М. Жданова, А.Г. Сетко – Текст: непосредственный // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2020. – № 11 (332). – С. 41-48.

**УЧЕТ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ ОРИЕНТИРОВКИ
ДЕТЕЙ-СИРОТ С ТМНР**

Горохова Марьяна Сергеевна

(Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г. Москва)

Аннотация. В статье представлен позитивный опыт применения здоровьесберегающих технологий в организации социально-бытовой ориентировки детей-сирот с ТМНР. Сделан вывод о влиянии учета здоровьесберегающих технологий на успешность овладения социально-бытовыми навыками детьми данной нозологической группы.

Ключевые слова: дети-сироты с ТМНР, социально-бытовая ориентировка, здоровьесберегающие технологии.

Развитие в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является одним из приоритетных направлений государственной политики [4]. В этой связи особую актуальность приобретают вопросы организации социально-бытовой ориентировки детей-сирот с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР).

В зарубежной психолого-педагогической литературе подчеркивается, что дети с ТМНР имеют возможность активно участвовать в социальной жизни и реализовать свой потенциал, но для этого требуется высоко структурированная среда и постоянное сопровождение [5].

В рамках рассматриваемой темы представляет интерес опыт работы Свято-Софийского социального дома, первого в России негосударственного учреждения для проживания инвалидов с ТМНР. Социальный дом работает по принципу семейного проживания. Воспитанники проживают в четырех группах, у каждой семейной группы свое крыло в доме, в него входят несколько жилых комнат, рассчитанных на 1–3 детей, санузел, оборудованный для самостоятельного пользования (поручни, ступеньки), кухня-столовая с возможностью обучаться пользованию бытовой техникой [1].

Одной из концептуальных идей социального дома является подготовка воспитанников к сопровождаемому проживанию в тренировочных квартирах. В связи с этим одним из основных направлений учебно-воспитательной работы социального дома является социально-бытовая ориентировка детей-сирот с ТМНР.

Мы организовали исследование на базе Свято-Софийского социального дома, в ходе которого осуществлялось пошаговое обучение воспитанников социально-бытовым навыкам посредством длительных и систематических

упражнений, тесно связанных с их жизненным опытом. Принимая во внимание психофизиологический статус и бедность социального опыта детей-сирот с ТМНР, при организации работы учитывались здоровьесберегающие технологии (создание обучающей среды, смена видов учебной деятельности, благоприятный психологический климат, наличие эмоциональных разрядок).

Программа коррекционно-развивающей работы учитывала общие и специфические принципы обучения [3].

Общие принципы:

- принцип воспитывающего и развивающего обучения;
- принцип связи обучения жизнью;
- принцип научности и доступности в обучении;
- принцип систематичности и последовательности в обучении;
- принцип сознательности и активности в обучении;
- принцип наглядности в обучении;
- принцип коллективного характера обучения и учет индивидуальных особенностей обучающихся;
- принцип дифференцированного подхода в обучении;
- принцип прочности в обучении.

Специфические принципы обучения:

- принцип коррекционной направленности в обучении;
- принцип опоры на сохранные анализаторы.

Программа коррекционно-развивающей работы реализовывалась с использованием следующих групп методов:

- наглядные (наблюдение, демонстрация иллюстраций);
- практические (упражнения, дидактические игры);
- словесные (беседа, рассказ).

В программе коррекционно-развивающей работы использовались следующие приемы:

– учет познавательных и физических возможностей детей-сирот с ТМНР (коррекционно-развивающая работа осуществлялась в дозированной форме, с постепенной подачей обучающего материала и его поэтапным усложнением);

– наглядность (позволяла дополнить и расширить представление детей-сирот с ТМНР об изучаемых понятиях);

– максимальное увеличение времени реализации программы (в процессе выполнения практических упражнений воспитанникам предоставлялось максимальное время на выполнение задания);

– многократное повторение практических заданий, предъявление одних и тех же материалов, возврат к ранее изученному материалу;

– практическая направленность занятий (способствовала эффективной реализации программы);

– постоянная смена и чередование видов деятельности (позволяет привлечь и удержать внимание детей-сирот с ТМНР);

– опора на имеющийся жизненный опыт воспитанников и их интересы;

– внятная, выразительная эмоционально-окрашенная речь сотрудников при взаимодействии с воспитанниками социального дома;

– доброжелательная обстановка в коллективе.

На основании содержания федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) были определены основные направления работы по формированию социально-бытовых навыков у воспитанников социального дома:

- 1) уход за помещением;
- 2) стирка и утюжка;
- 3) приготовление пищи;
- 4) гигиена и самообслуживание;
- 5) содержание дома, квартиры.

Результаты проведенного нами исследования показали, что для детей-сирот с ТМНР характерна следующая специфика: навыки по содержанию дома, уходу за помещением, приготовлению пищи наименее сформированы, так как в условиях социального дома данные виды деятельности осуществляют сотрудники технического персонала [2]. При этом была зафиксирована положительная динамика в развитии социально-бытовых навыков у всех испытуемых.

На этом основании сделан вывод, что учет здоровьесберегающих технологий в организации социально-бытовой ориентировки детей-сирот с ТМНР повышает возможности воспитанников социального дома к овладению социально-бытовыми навыками. Добившись самостоятельности в осуществлении отдельных видов деятельности, необходимо продолжить их подготовку к сопровождаемому проживанию в тренировочной квартире.

Список литературы

1. Бабинцева С.М. Опыт работы Свято-Софийского социального дома. Изменение жизни детей / С.М. Бабинцева, Ю.А. Ахтямова – Текст: непосредственный // Модели лучших практик в сфере социализации, реабилитации, образования детей и взрослых с нарушениями развития. – М.: Теревинф, 2018. – С. 109-120.
2. Горохова М.С. Сформированность социально-бытовых навыков у сирот подросткового возраста с ТМНР / М.С. Горохова – Текст: непосредственный // Специальная педагогика и психология: традиции и инновации: материалы Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, г. Москва, 25-26 марта 2019 г. / под ред. Ю.О. Филатовой [Электронное издание]. – М.: МПГУ, 2019. – С. 280-285.
3. Мозговой В.М. Основы олигофренопедагогики: учеб. пособие для студ. сред. учеб. заведений / В.М. Мозговой, И.М. Яковлева, А.А. Еремина. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 224 с. – Текст: непосредственный.

4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р. – Текст: электронный // Правительство России [официальный сайт]. URL: <http://government.ru/docs/44239/> (дата обращения: 14.10.2022).

5. Lacey P., Ouvry C. (Eds.). People with Profound and Multiple Learning Disabilities: A Collaborative Approach to Meeting. – L.–N.Y.: Routledge Taylor & Francis Group. 2012. – 251 p.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Екжанова Елена Анатольевна

(Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Московский городской педагогический университет»,
г. Москва)

Аннотация. В статье представлены результаты аналитической работы по перспективам организации здоровьесберегающей работы с детьми с ОВЗ на основе преемственности целей, задач, содержания, методов, средств и форм организации. Учитывается состояние здоровья современного детского контингента в широкой возрастной парадигме. Предлагаются апробированные на практике подходы и направления здоровьесберегающей работы с дошкольниками с ОВЗ.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, специальное образование, здоровьесберегающая среда, здоровьесберегающие технологии, оздоровительная инфраструктура.

В последние годы в стране и обществе произошли ощутимые перемены. Родители все больше проявляют интерес и заботу в отношении раннего образования детей, желая, чтобы уже в детских садах дети учились читать, писать, считать. Их стремления поддерживаются и желанием

учителей школы получить подготовленного ученика. Этот на первый взгляд прогрессивный процесс приводит к нарушениям здоровья детей, снижению уровня сопротивляемости негативным влияниям окружающей среды.

Результаты обучения в школе определяются тем уровнем состояния здоровья, с которым ребенок пришел в школу. На этом фоне в дальнейшем происходит учебная деятельность, от него во многом зависит успешность образовательного, воспитательного процессов.

Осознавая свою причастность и ответственность в отношении сохранения здоровья детей, мы видим решение проблемы в том числе и в овладении здоровьесберегающими образовательными технологиями, которые понимаются как совокупность технологий, программ, методов, которые направлены на воспитание у обучающихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни [5].

Однако технологии всегда должны идти вслед за методологией. А в ней четко постулируется преемственность целей, задач, содержания, методов, средств и форм обучения, имеющих свою специфику на каждом возрастном этапе жизни и развития ребенка [3, 4, 6].

Особое значение это имеет для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), имеющих ряд особенностей, которые необходимо учитывать при организации процесса воспитания, обучения и сопровождения.

Ухудшение качества детской популяции привело к тому, что о здоровьесбережении мы начали задумываться с периода раннего детства. Ведь заболеваемость новорожденных в 2021 г. составила 5883,7 на 10 000 родившихся живыми (по материалам XXIII конгресса педиатров). Также педиатры отмечают, что за последние пять лет наиболее интенсивно выросли врожденные аномалии – на 27%, болезни органов дыхания – на 12%, нервные болезни – на 10%. Стремительно растет число функциональных нарушений и хронических заболеваний на всех возрастных этапах.

Как известно из практики, недостаточная компетентность педагогов в вопросах здоровья и здоровьесберегающих технологий и их высокая загруженность рутинной работой, а также низкий уровень культуры здоровья; слабое использование технологий, дающих детям опыт «успеха» и «радости», необходимый для поддержания психологического здоровья и эффективной социально-психологической адаптации, препятствуют широкому и результативному внедрению здоровьесберегающих технологий.

Говоря о здоровье ребенка, важно учитывать, что оно имеет четыре составляющих: физическое, соматическое, психическое и духовное. При этом физическое здоровье создает основу для осанки, статики, локомоций, роста и веса. Соматическое – обосновывает становление, развитие и функционирование всех систем организма, его внутренних органов. Психическое здоровье обеспечивает целостность восприятия окружающей действительности и адекватность реакций на ее предметы и явления, а также на отношение человека к себе и к окружающим его людям. Духовное здоровье включает в себя нравственный потенциал человека и обеспечивает сущностную составляющую его жизни.

В программах для детей с ОВЗ присутствует раздел «Здоровье», который акцентирует внимание всех участников воспитательно-педагогического процесса на углубленное внимание к соматическому здоровью подрастающего поколения и на отработку взаимосвязи в гармоничном развитии и взаимодействии всех указанных аспектов – физического, соматического, психического и духовного.

Работа по разделу «Здоровье» включает два основных направления. Первое – создание условий для охраны, укрепления и совершенствования здоровья воспитанников и обучающихся, формирование у них представлений о роли здоровья в жизни человека. Второе – формирование у детей потребности быть здоровыми, вести здоровый образ жизни и владеть средствами сохранения и укрепления своего здоровья. Реализуются эти направления как в повседневной жизни детей, так и на специальных

занятиях. Для того чтобы эта работа протекала более активно, важно организовать профессиональное взаимодействие всех сотрудников ОО; осуществить подбор оптимальных режимов функционирования учреждения; создать необходимую материально-техническую базу; подобрать правильные педагогические методы, заключить договор с медицинской организацией (или получить медицинскую лицензию) [7].

В работе мы выделяем следующие области нашей ответственности:

- образовательная – обучение навыкам здорового образа жизни;
- медико-профилактическая – профилактические мероприятия по сохранению и укреплению здоровья, координации деятельности медицинской и социально-психологической службы в ОО;
 - социально-психологическая – формирование психологической службы школы как оформленного структурного подразделения (психолого-медико-педагогический консилиум);
 - средовая – создание комфортной травмобезопасной среды;
 - физкультурно-оздоровительная – расширение объема физкультурно-оздоровительных мероприятий, формирование групп ЛФК, динамические паузы на уроках и между уроками;
 - питание – введение витаминизированных добавок, дифференцированный режим питания, новые технологии приготовления и сохранения качества пищи;
 - взаимодействие с родителями – лекторий, открытые уроки для родителей, привлечение родительской общественности, работа консультативных пунктов для родителей;
 - взаимодействие с внешними организациями – привлечение внешних организаций к работе по реализации программ здоровья [2].

Посмотрим на программы для детей дошкольного возраста с умственной недостаточностью.

Создание условий для охраны и укрепления здоровья охватывает весь период пребывания ребенка в дошкольном учреждении, формирование

навыков здорового образа жизни особенно значимо для последних лет пребывания ребенка в детском саду. Ведь именно на последнем году обучения для умственно отсталых детей (двух последних лет – для детей с задержкой психического развития (ЗПР)) в программах выделяются специальные часы для проведения «занятий здоровья».

В содержании воспитательной работы с детьми указанных категорий имеются специфические особенности, связанные в первую очередь с познавательными возможностями ребенка, уровнем его готовности к восприятию материала, темпом психической деятельности и обучаемостью. При внешней схожести направлений работы, целей и задач, содержания отдельных заданий имеются значимые вариации коррекционно-воспитательной работы, обусловленные образовательными потребностями детей разных нозологических групп – с умственной отсталостью и с ЗПР.

Наибольшие различия в программном содержании касаются задач обучения и методов работы, которые используются в воспитательной работе с детьми двух разных категорий.

В чем заключена эта разница? Во-первых, дети с ЗПР раньше, чем их умственно отсталые сверстники, готовы включаться в практическое усвоение здоровьесберегающих технологий. Следовательно, занятия с ними по разделу «Здоровье» охватывают более широкий круг вопросов, формируемые у детей представления о здоровом образе жизни более насыщены и разнообразны. Во-вторых, сочетание методов работы, опирающихся как на наглядные, практические, так и на словесные формы работы, у детей разных нозологических групп разное. Для умственно отсталых детей ведущими являются наглядные и практические методы. При работе с детьми с ЗПР наряду с наглядными методами используются словесные методы, стимулирующие активность и самостоятельность ребенка, способствующие закреплению чувственного опыта в слове.

Особенно значимое отличие касается способов закрепления изученного материала. Если детям с ЗПР предлагаются вариативные, а порой

и творческие задания, нацеленные на расширение и обогащение сформированных представлений о здоровом образе жизни, отраженные в игровой и изобразительной деятельности, то их умственно отсталым сверстникам главное – создать условия для формирования переноса усвоенного навыка и связанного с ним представления из учебной ситуации в повседневную жизнь [1].

Задача укрепления здоровья детей является значимым направлением для всех сотрудников детского сада в течение всего периода пребывания в нем ребенка, независимо от формы образования – инклюзивного, специального, групп кратковременного пребывания или лекотеки. Ответственность за организацию здоровьесберегающего воспитания и обучения лежит на руководителе дошкольного учреждения. В первую очередь в детском саду создаются условия для полноценной реализации здоровьесберегающих технологий на основе подбора оптимальных режимов функционирования учреждения, создания необходимой материально-технической базы и подбора педагогических методов, направленных на формирование у детей представлений о своем здоровье и привитие навыков его укрепления каждым ребенком [3]. Особую роль во внедрении здоровьесберегающих технологий в педагогическую практику играет профессиональное взаимодействие всех сотрудников дошкольного учреждения. Это касается педагогического охранительного режима, организации детского питания и режима проветривания, соблюдения необходимых санитарно-гигиенических условий, повышения дыхательной и двигательной активности детей, учета индивидуальных особенностей воспитанников, контроля за их состоянием здоровья, создания психологически комфортных условий для общения детей и взрослых.

Таким образом, здоровьесбережение должно рассматриваться как одна из важнейших задач образования и решаться комплексно, в тесном контакте педагогов, методистов, медицинских работников, родителей и детей. Как мы видим, в современном мире понятие преемственности усиливается

и расширяется, оно охватывает не только связи дошкольного периода и начальной школы, но и все этапы жизни ребенка.

Список литературы

1. Екжанова Е.А. Основное содержание раздела «Здоровье» в современных программах коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей дошкольного возраста / Е.А. Екжанова – Текст: непосредственный // Психология здоровья: Спорт, профилактика, образ жизни. – М.: МГППУ, 2011.
2. Екжанова Е.А. Основные направления реализации здоровьесберегающих технологий в дошкольном детстве / Е.А. Екжанова – Текст: непосредственный // Психолог в детском саду. – 2014. – № 4. – С. 3-19.
3. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с методическими рекомендациями. / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. – М.: Просвещение, 2019. – 349 с. – Текст: непосредственный.
4. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1-4 классы / В.И. Ковалько. – М.: «ВАКО», 2004. – 296 с. – Текст: непосредственный.
5. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н.К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 62 с. – Текст: непосредственный.
6. Соколова О.А. Здоровьесберегающие образовательные технологии. – Текст: электронный. URL: <http://www.specialschool.ru> (дата обращения: 16.10.2022).
7. Приказ Минздрава России от 5 ноября 2013 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». – Текст: электронный. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70471454/> (дата обращения: 16.10.2022).

СОЗДАНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ СТАНДАРТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-АУТИСТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ИРАК

Екжанова Елена Анатольевна

(Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Московский городской педагогический университет», г. Москва)

Хамзах Ася Саллал Хамзах

(Государственная школа Департамента специального образования Министерства образования Республики Ирак, г. Багдад)

Аннотация. В статье отражены исторические аспекты и современные усилия по созданию образовательных программ и услуг в свете иракских стандартов качества образования. Страна прошла непростой путь по развитию специального образования и внедрению стандартов аккредитации и сертифицирования учреждений, программ и услуг. Специалисты Ирака активно изучают международный и российский опыт стандартизации, проявляя особое внимание к программам подготовки и переподготовки специальных педагогов.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, специальное образование, инклюзивное образование, дети-аутисты, стандарты деятельности специальных педагогов.

Интенсивное развитие озабоченности по поводу инвалидности в ее различных аспектах за последние десятилетия положительно отразилось на инвалидах и их семьях в Ираке. Те, кто следит за услугами и программами, предоставляемыми образованием, замечают явный интерес к разработке программ, услуг, подготовке рабочих кадров и стратегий для измерения, диагностики и обучения в свете набора стандартов и показателей, которые контролируют процессы специального и инклюзивного образования. Чтобы достичь передового уровня качества услуг и программ и улучшить качество

жизни детей с ограниченными возможностями в целом, предстоит многое сделать. Психическая инвалидность и аутизм относятся к числу нарушений, на которые обращают внимание исследователи и специалисты. Их влияние не ограничивается только одним аспектом личности ребенка с ограниченными возможностями. Скорее, он выходит за рамки этого и включает различные аспекты, в том числе когнитивные, социальные, лингвистические и эмоциональные, и этот эффект не заканчивается на этом, а распространяется на семьи этих детей и на все общество в целом.

Кроме того, обычно не существует единственного или определенного типа инвалидности или аутистического расстройства, что означает, что вопрос не ограничивается границами одного конкретного паттерна, на который ссылаются и отражаются такие нарушения, а, скорее, выходит за рамки чего-то большего. Есть три основных типа психической инвалидности, которые наиболее распространены в мире: психическая инвалидность, аутизм и синдром Дауна. Следовательно, есть потребность в нескольких методах вмешательства, здоровьесбережения и сопровождения, которые включают в себя различные программы, услуги и стратегии, различающиеся от одного типа к другому [4].

Соответственно, процесс создания стандартов для программ и услуг, предоставляемых детям с психическими отклонениями и детям с аутизмом, стал одним из наиболее важных приоритетов для педагогов, поскольку эти меры направлены на обеспечение того, чтобы все дети с ОВЗ без исключения имели доступ к адекватному и качественному образованию. Следовательно, требования для достижения этого требуют, чтобы усилия всех заинтересованных сторон в различных областях образования, социальной сферы и здравоохранения согласовывались для совместной работы в соответствии с процедурными и профессиональными планами действий, которые включают достижение этих целей. Важность этого вопроса еще больше, когда речь идет о группах людей с ограниченными возможностями, потребность которых возрастает в программах со спецификациями не ниже,

чем в программах, предоставляемых их коллегами для детей без инвалидности. Представляемая поддержка должна помочь этим детям в достижении приемлемого уровня независимости, мотивации и навыков самооценки [2, 3].

Как и во всем мире, первоначально реформа образования в Ираке включала диагностические услуги, образование и обучение сотрудников министерства здравоохранения, образования и социального обеспечения. Добровольно в этом участвовали и специалисты из частного сектора. Сейчас в этой области есть явные достижения, особенно в количественной части, но явно не хватает образовательных диагностических и оценочных услуг из-за отсутствия стандартизированных инструментов и стандартов. Это связано с условиями жизни в Ираке и отсутствием квалифицированных специалистов для проведения диагностических процедур, именно поэтому диагностика зачастую ограничивается лишь ее медицинской стороной.

Что касается образовательных программ и услуг, предоставляемых детям с ОВЗ, включая то, что предлагается детям с психическими отклонениями и детям с аутизмом, они представлены традиционным способом путем создания отдельных центров, ассоциаций и учреждений. Четкой стратегии для них нет. В основном центры и учреждения помогают интеграции тех, кто учится в них, в обычные школы, за исключением отдельных попыток со стороны отдельных центров. Несмотря на рост числа детей с психическими расстройствами и детей с аутизмом, которым предоставляются образовательные программы и услуги, возникают законные вопросы о качестве программ и услуг, предоставляемых этими центрами и учреждениями специального образования.

Аз-Зари (2008) провел исследование, направленное на построение показателей контроля качества в образовательных программах для детей-аутистов и определение степени их применимости в центрах для детей-аутистов в Королевстве Саудовская Аравия. Выборка исследования состояла из 20 государственных центров, которые предоставляют услуги детям-

аутистам мужского пола, представляющих регионы Саудовской Аравии. Для сбора результатов была построена мера показателей контроля качества образовательных программ для детей с аутизмом после достижения основных элементов. Шкала состояла из 175 основных показателей и 107 субпоказателей. Результаты показали, что существуют индикаторы для двух элементов контроля качества, которые применялись в высокой степени, а именно: индикаторы компонента «образовательная программа и индивидуальный учебный план» и индикаторы элементов «прикладного анализа поведения и изменение поведения». Принимая во внимание, что есть индикаторы для четырех компонентов, которые применялись в умеренной степени, а именно: индикаторы компонента «методы преподавания и обучения», компонента «справочная учебная программа», индикаторы компонента «подготовка к включению» и показатели компонента «оценка и диагностика». Остальные пять компонентных индикаторов применялись с низким уровнем достоверности, а именно: индикаторы компонента «образовательная среда», индикаторы «оценки целенаправленной программы», индикаторы компонента «вспомогательные услуги» и показатели компонента «рабочие кадры». Наименее применимыми показателями были показатели компонента «участие семьи».

Существуют общие стандарты аккредитации для специальных учебных заведений, которые направлены на улучшение специальных учебных заведений с точки зрения необходимости общих программ и спецификаций, которые должны быть доступны в любом центре специального образования, а также существуют стандарты специальной аккредитации там, где есть особые стандарты. В учреждениях, которые включают в себя специализированные измерения и области, которые должны быть доступны в учреждениях, предоставляющих услуги детям с аутизмом, имеется набор специальных требований, которые должны быть выполнены для обеспечения качественного обслуживания. В Ираке для целей данной работы были утверждены стандарты, выпущенные Высшим советом по делам людей

с ограниченными возможностями, а именно: Стандарты специальной аккредитации для детей с аутизмом. Они включают восемь областей: видение, мысль и миссия, менеджмент и работники, образовательная среда, оценка, услуги и программы, участие семьи, инклюзивные и переходные услуги, а также самооценка.

Сейчас в Ираке активно изучается международный и российский опыт стандартизации деятельности специалистов, рассматриваются образовательные стандарты, проводятся сравнительные исследования [1].

Проведенный анализ не создает впечатления, что текущая ситуация в отношении предоставляемых программ и услуг плохая, и ведет к отсутствию оптимизма, она подчеркивает, что есть разумное и приемлемое, и это позволяет с оптимизмом смотреть в будущее. Особенно после того, как Высший совет по делам людей с ограниченными возможностями выпустил стандарты специальной аккредитации учреждений для аутистов, критерии сертификации программ и услуг (2013). Сейчас мы видим, что растет научный интерес к аутизму. Трудности же мы связываем с отсутствием специализированных учителей и администраторов /руководителей, которые обладают опытом обучения и работы с детьми с аутизмом, а также отсутствием предыдущих стандартов, разработанных в дополнение к показателям эффективности в работе специальных учебных заведений в целом. Чрезвычайно важно, с нашей точки зрения, применение индивидуальной образовательной программы и индивидуального образовательного плана.

Список литературы

1. Екжанова Е.А., Хамзах Ася С.Х. Компаративный подход к рассмотрению расстройств аутистического спектра в России и Ираке / Е.А. Екжанова, Ася С.Х. Хамзах – Текст: непосредственный // Специальное образование. – 2022. – № 2. – С. 209-233.

2. Aysun, Colak, & Yildiz, Uzuner. Special Education Teachers and Literary Acquisition in Children with Mental Retardation: A semi-structurview. Educational Sciences: Theory & practice. – 2004. – Vol. 4 (2). – P. 264-270.

3. Hallahan D. & Kauffman J. Exceptional Learners: Introduction to special education (11th Ed.) New Jersey: Prentice-Hall. – 2006.

4. Robertson. The Influence of the monitoring Process on Special Education Services in West Virginia: Principals Point of view Remedial & Special Education. – 2006. – Vol. 26. – P 281-296.

ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Елькина Ирина Юрьевна

(Частное образовательное учреждение высшего образования «Московский университет имени С.Ю. Витте», г. Москва)

Аннотация. В статье раскрываются актуальные вопросы личностного развития детей с ОВЗ посредством игровой терапии. Подчеркнута роль игровой деятельности в развитии интеллектуальной, эмоционально-волевой и когнитивной сферы детей. Перечислены особенности игровой терапии, способствующие развитию эмоционально-волевой сферы ребенка с ОВЗ.

Ключевые слова: игра, игровая терапия, личностное развитие, дети с ограниченными возможностями здоровья, эмоционально-волевая сфера.

Количество людей с ОВЗ, согласно статистическим данным, ежегодно растет, в результате чего в России и мире растет интерес к разработке и реализации методов, содействующих наиболее полному всестороннему развитию детей с ограниченными возможностями здоровья [2]. Среди таковых выделяют арт-терапию, анималотерапию, музыкальную терапию, танцевальную терапию и пр. Одним из наиболее перспективных методов психологической работы с детьми является игровая терапия.

Проблемой изучения научных и методических основ игрового поведения и значения игры в развитии ребенка занимались как

отечественные, так и зарубежные исследователи: Н.М. Аксарина, А.Н. Леонтьев, Д.В. Менджерицкая, А.И. Сикорский, Д.Б. Эльконин, М. Кляйн, А. Фрейд, Ж. Пиаже, Дж. Селли, К. Бюлер, В. Штерн и другие. Представители научного сообщества едины во мнении, что именно игровая активность является одним из наиболее значимых факторов, который предопределяет эффективность личностного развития и социализации ребенка.

Внутри игры происходят основные прогрессивные изменения в психике и личности ребенка-дошкольника; игра определяет его отношения с окружающими людьми, готовит к переходу на следующий возрастной этап, к новым видам деятельности [5]. В игре каждый ребенок подобен писателю: он создает свой собственный мир так, как ему больше нравится. Он относится к игре очень серьезно и щедро вкладывает в нее свои эмоции [4]. Игра представляет собой нормальную для ребенка деятельность, поэтому в состоянии игровой активности он должен находиться большую часть своего времени даже в тех случаях, когда он осуществляет другой вид деятельности.

В современной психолого-педагогической литературе особое внимание уделяется игровой деятельности ребенка с ОВЗ. Именно в игре ребенок познает окружающий мир, вступает во взаимодействие со взрослыми, испытывая при этом радость и удовлетворение от этого. В игре ребенок тренирует мелкую и крупную моторику, а также физическую выносливость. Именно игра позволяет раскрыть творческий потенциал ребенка. В игровой активности происходит развитие познавательных психических процессов: мышления, памяти, воображения, внимания, речи. Игра развивает любознательность и творческие способности детей, обогащает их эмоциональный мир, учит устанавливать правила, адаптировать их к ситуации, а также следовать им. В игре дети задействуют абстрактное мышление, экспериментируют, учатся оперировать символами, управлять ситуацией. Реализуя игровую активность, дети могут свободно выразить

полученные ими знания о явлениях и событиях, с которыми они уже столкнулись, в определенной форме выразить отношение к таким явлениям. Игровое взаимодействие со сверстниками позволяет детям формировать навыки сотрудничества, решения конфликтов, отстаивания своей позиции.

Игровая активность не только создает условия, при которых дети с ОВЗ могут усвоить полученные знания и представления, но и становится специфической формой познавательной активности, когда дети под руководством педагога получают новые знания, приобретают навык выявления отличий между добром и злом, усваивают нормы и моральные ценности, приобретают навык переноса своих позиций, стремлений в условия окружающего мира, а также усваивают основы признаваемого в социуме поведения. Именно игровая активность является своеобразным отражением того, какое понимание сформировалось в сознании ребенка относительно обустройства внешнего мира, то есть отражением его мировоззрения.

Играющие дети обычно озабочены реальностью, существующей в их психике, своим собственным восприятием событий, а не объективной реальностью. В игре ребенок на сенсомоторном уровне демонстрирует с помощью конкретных предметов, которые являются символами чего-то другого, того, что он когда-либо прямым или косвенным образом испытывал [3]. При этом психическая реальность детей с ОВЗ может быть искажена объективной реальностью из-за неудовлетворения потребностей или в связи с характерным для детей данной категории высоким уровнем тревоги и страхов [1]. Исходя из имеющейся у терапевта информации о ребенке, а также знаний о специфике и особенностях детских игр, терапевт может провести параллель между игрой ребенка и тем, что на самом деле происходит в его окружении. Поэтому одна из основных задач практикующего терапевта состоит в том, чтобы адекватно интерпретировать детскую игру, понять ее символическое значение и попытаться установить,

что в детском восприятии событий имеет объективную, а что субъективную реальность.

Игра предоставляет ребенку возможность минимизировать ограничения, связанные с отклонениями психического или физического плана. Ребенку, не способному в полной мере к абстрактному мышлению и свободному использованию языка для описания своего опыта, будет легче использовать игровой материал, чем слова. Таким образом, игра, относительно свободная от ограничений, может использоваться для интеллектуального, эмоционального и когнитивного развития детей с ОВЗ. Таким образом, становится очевидным развивающий эффект игры, на достижение которого направлена игровая терапия.

Игровая терапия – это «лечение игрой», способ оказания помощи. Это метод психокоррекционного воздействия на детей посредством игровой деятельности. Игровая терапия является наиболее естественной и эффективной формой работы с детьми и подростками. В работе с детьми раннего возраста игровая терапия порой становится единственно возможным методом коррекции.

Организация игровой деятельности в процессе терапии позволяет внести значительный вклад в развитие эмоционально-волевой сферы ребенка с ОВЗ.

1. Игровая терапия проводится в контексте терапевтических отношений, которые позволяют ребенку выражать свои чувства, желания, фантазии, внутренние конфликты и особенности восприятия окружающего мира.

2. Игровая терапия позволяет интерпретировать символическое значение детской игры и анализировать ее содержание как отражение событий реальной жизни.

3. Терапия с помощью игры предоставляет ребенку возможность переработки травматического опыта, проблемных переживаний или событий.

4. Во время игровой терапии ребенку предоставляется корректирующий эмоциональный опыт в контексте детской игры.

5. В процессе игровой терапии ребенку предоставляется возможность высвободить и выпустить наружу сдерживаемые или заблокированные чувства. Высвобождение этих чувств рассматривается как терапевтическое.

6. Терапия с применением игры дает возможность ребенку в той или иной степени осознать свои чувства и развить частичный или полный контроль над ними. Овладение чувствами, в свою очередь, приводит к развитию у ребенка навыков преодоления трудностей.

7. Игровая терапия способна положительно повлиять на самооценку ребенка, уровень уверенности в себе и доверия к другим.

Таким образом, игровая терапия имеет высокую эффективность в работе с детьми с ОВЗ. Поскольку именно игра является ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте, данный метод обеспечивает развитие как познавательной, так и аффективно-волевой сферы ребенка. Психотерапевтические возможности игровой деятельности предоставляют ребенку с нарушением развития широкие возможности для самовыражения и самореализации.

Список литературы

1. Алпатова Н.С. Психолого-педагогические условия эффективного взаимодействия основных субъектов образовательного процесса в инклюзивных классах / Н.С. Алпатова, Е.С. Федосеева, С.В. Фролова – Текст: непосредственный // Современные наукоемкие технологии. – 2022. – № 2. – С. 181-186. – DOI 10.17513/snt.39055. – EDN TPDTBU.

2. Гуманистические аспекты взаимодействия субъектов образовательного процесса современного вуза / И.Ю. Елькина, С.В. Есина, Г.Е. Запорожцева [и др.]. – М: Московский университет им. С.Ю. Витте, 2021. – 125 с. – ISBN 978-5-9580-0563-5 – Текст: непосредственный.

3. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М: Просвещение, 1969. – 659 с. – Текст: непосредственный.

4. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – М: Просвещение, 1990. – 448 с. – Текст: непосредственный.

5. Эльконин Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин // 2-е издание. – М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 360 с. – Текст: непосредственный.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК УСЛОВИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Зарипова Юлия Ринатовна

(Государственное казенное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся
без попечения родителей «Удомельский детский дом»,

г. Удомля)

Аннотация. В статье отражены теоретические аспекты сопровождения, затрагивающие такие направления, как субъектно-ориентированное и средовое. Рассмотрены основные условия здоровьесбережения детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: психолого-педагогическое сопровождение, дети с ограниченными возможностями здоровья, обучение, интеграция, среда, здоровьесбережение, семья.

Современное психолого-педагогическое сопровождение сложилось в систему научных и обоснованных технологий содействия и помощи детям с ограниченными возможностями здоровья благодаря общим усилиям психологов, педагогов. Практическое использование таких технологий сводится к обеспечению жизнеспособности и жизнестойкости, раскрытию личностного адаптационного потенциала в доступной, психологически безопасной жизненной и образовательной среде. Сопровождение – это особый вид помощи детям, родителям, педагогам в разрешении сложных проблем, связанных со становлением подрастающего человека.

На сегодняшний день психологическое и педагогическое сопровождение реализуется главным образом в двух направлениях.

Одно направление – субъектно-ориентированное – предполагает решение психологических проблем детей с ограниченными возможностями здоровья. Важным аспектом является формирование самостоятельного взаимодействия с культурной, предметной, социальной и природной сферами жизнедеятельности, самооценности. В рамках этого направления осуществляется психологическая и педагогическая подготовка детей к принятию ответственности за свою жизнь, личностный и профессиональный успех. Предполагается формирование доверительного отношения к себе и миру.

Другое направление можно обозначить как средовое. Оно концентрируется на создании психологически и педагогически безопасной для ребенка жизненной и образовательной среды. Целесообразно определение эмоционального и социального ресурса семьи в сохранении и развитии жизнестойкости. Кроме того, необходимо понимать актуальность эмоционального и социального ресурса образовательных учреждений в сохранении и развитии адаптационного потенциала детей.

Психологическую безопасность детям и подросткам во многом обеспечивают специалисты помогающих видов деятельности: психологи, педагоги, воспитатели. Однако так же, как сами дети, специалисты нередко нуждаются в психологической поддержке.

Объединение указанных выше направлений возможно при рассмотрении основной проблемы, связанной с расширением интеграционного пространства детей с ограниченными возможностями здоровья. Наиболее вероятным механизмом интеграции в социум детей с ОВЗ является развитие хорошо продуманной и организованной системы сопровождения. Для современной системы сопровождения свойственен комплексный подход к ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

С точки зрения Л.М. Шипицыной, смысловое назначение системы

сопровождения связано с обучением ребенка методам самостоятельного поиска и решения личных проблем развития. Наиболее эффективным считается подход, ориентирующий психолога и педагога не столько на понимание внутреннего мира ребенка, сколько на рассмотрение способа внешних характеристик его взаимодействия со средой [2, с. 128].

Наряду с многочисленными трудностями детей с ограниченными возможностями здоровья к актуальным можно отнести: психическое, социальное, личностное развитие. Сферой особого внимания служб сопровождения является эффективность интеграции в культуру сверстников, социальную среду и образовательное пространство. Также психологическую готовность к самостоятельности, сформированность представлений о здоровьесбережении.

Специалисты системы сопровождения призваны быть квалифицированными диагностами как в отношении ребенка, так и среды его развития. Поэтому процесс сопровождения основывается на запасе знаний специалистов, имеющихся ресурсов по решению выхода из проблемной ситуации и способности эти ресурсы направить в поддерживающие и коррекционные программы.

Задачи коррекционно-развивающей программы:

- 1) восстановление недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей с ОВЗ;
- 2) оказание помощи в учебе;
- 3) выявление особых образовательных потребностей детей;
- 4) осуществление индивидуального психолого-медико-педагогического сопровождения детей в образовательном процессе в разных условиях обучения (инклюзивного, дифференцированного, надомного, дистанционного и т. д.) [2].

Здоровьесбережение детей с ОВЗ формируется на определенных условиях. Ведущими являются: расширение двигательных возможностей ребенка в овладении окружающим пространством и пространством

собственного тела; развитие способностей удержания равновесия и обогащение сенсорного опыта через включение элемента движения навстречу элементу познания.

Д.Н. Исаев показал, что важно своевременно оказывать родителям консультативную помощь по созданию для детей в семье благоприятного психологического климата, адекватного с ними обращения и воспитания. В этом случае помогают беседы, консультации и лекции, родителями приобретаются умения создавать доверительные, ободряющие и эмоционально теплые отношения с детьми, так необходимые для предупреждения психосоматических расстройств и нервно-психических заболеваний [1].

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это всегда интенсивные эмоциональные переживания для семьи, необходимость изменения стабильности бытия, мобилизация психических возможностей. Осознание себя как родителей ребенка с нарушениями и сложностями в развитии – это главная и самая тяжелая проблема таких семей. В семье ребенок постигает те или иные навыки поведения, у него складываются представления о себе и других, о мире в целом. Вследствие этого важную роль играет адекватное отношение семьи к болезни ребенка, его проблемам и трудностям. Зачастую сопровождение ребенка невозможно реализовать без целенаправленной работы с семьей. Очевидно, что семья, родители находятся с ребенком большую часть времени, а настрой родителей – оказывать влияние на обучаемость и работоспособность ребенка. Здесь невозможно обойти проблему психологической поддержки семьи в установлении и поддержании доверительного взаимодействия с ребенком, бодрого настроения, творческой продуктивности.

Список литературы

1. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб: Специальная литература, 1996. – 454 с. – Текст: непосредственный.

2. Перспектива человека: гуманитарное сознание и его парадоксы: сборник статей межвузовской научно-теоретической конференции / сост. и науч. ред. С.Т. Посохова, А.И. Извеков. – СПб.: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2014. – 183 с. – Текст: непосредственный.

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ
СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**

Иванова Екатерина Александровна

(Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Институт коррекционной педагогики Российской академии образования», г.
Москва)

Аннотация. В статье представлена система сопровождения профориентации и профессионального самоопределения обучающихся с нарушениями зрения, основанная на использовании здоровьесберегающих технологий.

Ключевые слова: обучающиеся с нарушениями зрения, здоровьесберегающие технологии, профориентационное сопровождение, профессиональное самоопределение, профориентационная работа.

Проблеме здоровьесбережения обучающихся с ОВЗ посвящены исследования многих современных ученых (Т.А. Соловьева, С.Б. Лазуренко, Р.Н. Терлецкая, С.Р. Конова, Г.А. Гончарова и др.). Здоровьесберегающее сопровождение различных сфер образовательной деятельности обучающихся данной категории реализуется с учетом их нозологического статуса, уровня здоровья, психологической реактивности, ценностных ориентаций, специфики особых образовательных, реабилитационных и профориентационных потребностей, особенностей построения временной

жизненной перспективы [1]. Своеобразие здоровьесберегающего сопровождения образовательной деятельности детей с нарушениями зрения определяется наличием у них специфических жизненных трудностей, к числу которых, безусловно, относятся трудности в профорientации и профессиональном самоопределении.

Здоровьесберегающий подход широко используется в тифлопедагогической практике, создан и применяется ряд методик, адаптированы здоровьесберегающие технологии. Л.В. Фомичевой разработаны офтальмо-гигиенические основы воспитания и обучения детей с нарушенным зрением, Г.В. Никулиной, Л.В. Фомичевой, Е.В. Замашнюк и др. предложен методический комплекс по развитию зрительного восприятия младших школьников, основанный на изучении медицинских аспектов состояния зрительных функций, Л.И. Плаксиной создана единая система психолого-педагогической и медицинской помощи дошкольникам с амблиопией и косоглазием, В.И. Белецкая и А.Н. Гнеушева определили систему мер по охране зрения слабовидящих школьников в образовательном процессе. В исследованиях Д.М. Маллаева разработаны вопросы коррекции физического и нравственного здоровья детей с нарушениями зрения средствами формирования игры. В.З. Денискина рассматривает обучение пространственной ориентировке в контексте развития и коррекции двигательной сферы слепых и слабовидящих детей, в работах Л.Н. Ростомашвили представлены комплексы физических упражнений для детей с нарушениями зрения. Проблема здоровьесберегающего сопровождения профорientации и профессионального самоопределения учащихся с нарушениями зрения в научной литературе не разработана.

Среди проблем в здоровье обучающихся с нарушениями зрения, негативно влияющих на их профессиональное самоопределение, прогрессирующий характер нарушений зрения, риск снижения и потери остаточного зрения, необходимость соблюдения режима зрительных и ограничения физических нагрузок, а также прохождения регулярного

офтальмологического лечения, повышенная утомляемость зрительного анализатора, наличие дополнительных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, сколиоз и другие заболевания позвоночника и т.д.), повышенная тревожность, нервно-психическая и эмоциональная истощаемость и др.

Целью нашей научно-исследовательской деятельности стало создание преемственной системы профориентационного сопровождения обучающихся с нарушениями зрения, основанной на использовании здоровьесберегающих технологий (далее – Система). Главная идея этой системы состоит в использовании на каждом уровне образования здоровьесберегающих технологий для решения группы актуальных профориентационных задач в соответствии с возрастом, особенностями развития и особыми образовательными потребностями обучающихся. Сохраняя свою актуальность на каждом последующем уровне, спектр здоровьесберегающих технологий дополняется и расширяется.

В своей работе мы опирались на классификацию здоровьесберегающих технологий, разработанную Н.К. Смирновым [2]. В профориентационной работе со слепыми и слабовидящими детьми эти технологии приобретают особое значение и выполняют качественно новые функции. Медико-гигиенические технологии обеспечивают офтальмо-гигиеническую и офтальмо-эргономическую направленность профориентационного сопровождения на всех уровнях образования. Физкультурно-оздоровительные технологии направлены на повышение адаптационных возможностей организма, развитие и коррекцию двигательной сферы, приобщение к здоровому образу жизни, учет общего состояния здоровья при выборе профессии. Экологические технологии ориентируют обучающихся на деятельность по профессиональному самоопределению в цифровых экосистемах. Технологии обучения безопасности жизнедеятельности призваны подготовить обучающихся к безопасному самостоятельному передвижению в закрытом и открытом пространстве, сформировать навыки

предотвращения возникновения конфликтных ситуаций, связанных с нарушениями зрения.

Применение здоровьесберегающих образовательных технологий в профориентационном сопровождении детей с нарушениями зрения имеет свою специфику. Организационно-педагогические технологии определяют структуру и содержание профориентационной работы, способствующие предотвращению ухудшения состояния зрительных функций в результате неадекватного профессионального самоопределения. Психолого-педагогические технологии обеспечивают специальное психологическое сопровождение обучающихся с нарушениями зрения, в том числе направленное на повышение стрессоустойчивости. Учебно-воспитательные технологии предполагают обучение культуре здорового образа жизни, здоровьесберегающей профессиональной деятельности и безопасному поведению.

Начинать целенаправленную и специфическую профориентационную работу с детьми данной категории целесообразно на уровне дошкольного образования. На уровне дошкольного и начального общего образования формируются предпосылки профессионального самоопределения детей с нарушениями зрения. Ключевым в рассматриваемой Системе является уровень основного общего образования, на котором осуществляется успешное и адекватное профессиональное самоопределение, предполагающее выбор профессии, отвечающей зрительным возможностям, а также не наносящей вред состоянию здоровья и зрительных функций. Мы выявили ряд областей профессиональной деятельности, которые выступают наиболее безопасными с позиции рационального использования остаточного зрения и сохранных анализаторов. позволяя соблюдать при выполнении профессиональной деятельности офтальмо-гигиенические и офтальмо-эргономические требования, а также индивидуальные рекомендации врача-офтальмолога в зависимости от степени выраженности нарушения зрения, зрительного диагноза и прогноза. К таким областям относятся

перспективные профессии IT-сектора (специалист по верификации качества данных, разработчик моделей big data, информационный эколог, балансировщик приватности и т.д.); в социальной сфере (персональный консультант по этичному потреблению, куратор волонтерской группы, менеджер кризисного центра, социальный работник по адаптации людей с ОВЗ, медиатор социальных конфликтов, модератор платформы персональных благотворительных программ и др.); в сфере менеджмента (виртуальный адвокат, тайм-менеджер, тайм-брокер, специалист по изобретательским решениям и др.).

На уровне среднего общего образования осуществляется формирование предпрофессиональных навыков в выбранной области профессиональной деятельности. Предполагаемый результат реализации Системы определяется наличием в уровневой структуре уровня профессионального образования, на котором выпускник будет получать интересующую доступную профессию, отвечающую индивидуальным зрительным возможностям.

Таким образом, создание системы сопровождения профориентации и профессионального самоопределения обучающихся с нарушениями зрения, основанной на использовании здоровьесберегающих технологий, определяет возможности для рационального выбора профессии и построения будущей профессиональной карьеры, качественно изменяя характер дальнейшей профессиональной деятельности лиц данной категории.

Список литературы

1. Гончарова, Г.А., Лазуренко, С.Б., Дробышева, М.М. Здоровьесберегающие технологии в процессе обучения детей с ограниченными возможностями здоровья / Г.А. Гончарова, С.Б. Лазуренко, М.М. Дробышева. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 673-678 – Текст : непосредственный.

2. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: Аркти, 2006. – 320 с. - ISBN 5-89415-432-4 – Текст : непосредственный.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
С ОСОБЕННОСТЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
ПОДРОСТКОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
КИШЕЧНИКА**

Куртанова Юлия Евгеньевна,

Тихонов Иван Владимирович

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва)

Аннотация. Исследование посвящено изучению качества жизни и особенностей совладающего поведения подростков с воспалительными заболеваниями кишечника. В результате исследования было выявлено, что у подростков с воспалительными заболеваниями кишечника уровень качества жизни ниже, чем у их здоровых сверстников. У подростков с заболеваниями кишечника преобладают неконструктивные копинг-стратегии. Выявлена взаимосвязь между общим показателем качества жизни с копинг-стратегией «планирование решения проблемы».

Ключевые слова: подростки, воспалительные заболевания кишечника, субъективное качество жизни, совладающее поведение, субъективное качество жизни.

Наличие хронического соматического заболевания влияет на уровень качества жизни, становится одной из трудностей на пути к социальной адаптации детей и подростков.

Непредсказуемый прогноз воспалительных заболеваний кишечника, особенности совладающего поведения в трудной жизненной ситуации

у подростков, уровень качества жизни, а также проблемы, связанные с лечением, требуют определенного внимания к данной проблематике.

При воспалительных заболеваниях кишечника у подростков необходимо проводить не только качественное медицинское лечение, но и оказывать психологическую помощь. Авторы отмечают необходимость совместной работы психолога, психотерапевта, а также врача-гастроэнтеролога в ведении и лечении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника [1].

Специфические методы лечения, особенности симптоматики, длительные госпитализации, возможные хирургические вмешательства, разлука с родителями, ограничение социальных контактов – все это часто приводит к психологическим нарушениям и снижению качества жизни подростков с воспалительными заболеваниями кишечника [3].

Цель исследования: выявление взаимосвязи субъективного уровня качества жизни и особенностей совладающего поведения подростков с воспалительными заболеваниями кишечника в сравнении с подростками без хронических соматических заболеваний.

В исследовании были поставлены следующие гипотезы.

Гипотеза 1. Уровень качества жизни подростков с воспалительными заболеваниями кишечника ниже, чем у их здоровых сверстников.

Гипотеза 2. У подростков с воспалительными заболеваниями кишечника преобладают неконструктивные копинг-стратегии.

Гипотеза 3. Существует взаимосвязь между субъективным качеством жизни и особенностями совладающего поведения подростков с воспалительными заболеваниями кишечника.

В исследовании приняли участие 30 подростков.

Исследование было проведено на следующих базах:

1. Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

2. ГБОУ Лицей № 1501 Школьное отделение «№ 1388».

Экспериментальную группу составили 15 подростков с воспалительными заболеваниями кишечника, средний возраст по группе 13,6 лет. Возраст участников из экспериментальной группы составил от 12 до 16 лет. Группу составили 9 юношей и 6 девушек. На лечение в «РДКБ» поступили не в первый раз 13 из 15 подростков. Частота госпитализаций у респондентов, следующая: 8 подростков вынуждены госпитализироваться в больницу два и более раз в год, 5 подростков – раз в год, 2 респондента – реже одного раза в год. Диагноз «Болезнь Крона» был выявлен у 8 подростков, у 5 подростков в анамнезе стоит диагноз «Неспецифический язвенный колит», а 2 респондента ждут уточнение диагноза. На лечении меньше месяца находились 7 респондентов, 5 респондентов находились в больнице от 3 до 6 месяцев и 2 подростка пребывали на лечении всего несколько дней. В анамнезе у 10 подростков в течение всего периода заболевания проводилось оперативное лечение. У 8 пациентов проведена операция по выведению кишечной стомы, которая остается в наличии на момент исследования.

Контрольную группу составили 15 подростков, в анамнезе которых нет хронических соматических заболеваний. Возраст участников составил от 12 до 14 лет, а средний возраст по группе – 12,9 лет. В контрольную группу вошли 9 юношей и 6 девушек.

Методики, применяемые в исследовании:

1. Авторский вариант анкеты для подростков, позволяющей собрать первичную информацию о ребенке, о его семье, об условиях проживания и о состоянии здоровья.
2. Методика, направленная на изучение качества жизни детей и подростков с хроническими заболеваниями – PedsQL.
3. Тест жизнестойкости (С. Мадди в адаптации Д. Леонтьева).
4. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.

В результате исследования качества жизни подростков с воспалительными заболеваниями кишечника и подростков без хронических соматических заболеваний были сделаны следующие выводы.

1. Уровень качества жизни у подростков с воспалительными заболеваниями кишечника ниже, чем у их здоровых сверстников. Прослеживаются различия в результатах диагностики по общим показателям качества жизни и его составляющих, что подтверждается статистическим анализом.

2. Выявлены различия между компонентами жизнестойкости у подростков с воспалительными заболеваниями кишечника и у подростков без хронических соматических заболеваний, что подтверждается статистическим анализом. Подростки из экспериментальной группы по сравнению с подростками из контрольной группы имеют разные способности преодоления трудных жизненных ситуаций.

3. Подростки с воспалительными заболеваниями кишечника чаще используют неконструктивные копинг-стратегии («дистанцирование» и «бегство-избегание»), в то время как у их здоровых сверстников преобладают конструктивные копинг-стратегии («поиск социальной поддержки» и «планирование решения проблемы»). С помощью статистического анализа выявлены значимые различия по этим копинг-стратегиям в исследуемых группах.

4. Была выявлена связь между общим показателем качества жизни и его компонентов с копинг-стратегией «планирование решения проблемы». Чем выше у подростков с воспалительными заболеваниями кишечника результаты по копинг-стратегии «планирование решения проблемы», тем выше показатели по общему уровню качества жизни, физической составляющей, эмоциональному состоянию и ролевому функционированию.

5. Выявлена взаимосвязь качества жизни с уровнем жизнестойкости, которая тесно связана с совладающим поведением. Чем выше у подростков с воспалительными заболеваниями кишечника

результаты по тесту жизнестойкости, тем выше показатели по общему уровню качества жизни, что подтверждается статистическим анализом и наличием корреляций между всеми шкалами методик. Способность личности справляться со стрессовыми ситуациями, не снижая успешность деятельности, взаимосвязана с качеством жизни в целом и с отдельными ее составляющими [2].

Список литературы

1. Князев О.В., Болдырева О.Н., Парфенов А.И., Ефремов Л.И., Гусейнзаде М.Г., Ручкина И.Н., Коноплянников А.Г., Сагынбаева В.Э., Грибанов И.И. Качество жизни больных воспалительными заболеваниями кишечника – Текст: непосредственный // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 9. – С. 18-25.

2. Тихонов И.В. Субъективное качество жизни и особенности совладающего поведения подростков с воспалительными заболеваниями кишечника. Магистерская диссертация. – М., 2022. – 129 с.

3. Федорова В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Автореф. дис. канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.

О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЯХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ

Куулар Салбакай Опееновна

(Государственное бюджетное учреждение Республиканский центр психолого-медико-социального сопровождения «Сайзырал», г. Кызыл)

Аннотация. В статье представлены результаты исследования профессиональных компетенций педагогических работников адаптивных школ Республики Тыва в сфере здоровьесбережения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, специальное образование, формы оздоровления в школе, информационно-просветительская работа с родителями.

В Республике Тыва функционируют 6 адаптивных школ: ГБОУ РТ «Школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата», ГБОУ РТ «Школа-интернат для детей с нарушениями слуха», ГБОУ РТ «Чербинская школа-интернат», ГБОУ «Кызыл-Арыгская школа-интернат», ГБОУ РТ Хондергейская школа-интернат, ГБОУ РТ «Средняя общеобразовательная школа №10 для детей с ограниченными возможностями здоровья» [4].

На начало 2022/2023 учебного года в них обучаются 700 человек, в том числе 468 детей-инвалидов [2]. Общеобразовательные учреждения полностью укомплектованы педагогическими кадрами с соответствующим уровнем профессиональной подготовки и направленности, специалисты сопровождения систематически повышают свои профессиональные компетенции.

Одним из требований к условиям реализации адаптированных основных общеобразовательных программ в части психолого-педагогического обеспечения являются применение здоровьесберегающих технологий (оздоровительный и охранительный режим, укрепление физического и психического здоровья, профилактика физических, умственных и психологических перегрузок обучающихся, соблюдение санитарно-гигиенических правил и норм) [3].

С целью изучения профессиональных компетенций педагогов в сфере здоровьесбережения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья было проведено анкетирование педагогических работников адаптивных школ.

Метод исследования: анкета для воспитателей по оценке эффективности здоровьесберегающей деятельности в детском саду [1],

которая была адаптирована для педагогических работников школ. Анкетирование проводилось с помощью Google-формы. В анкету были внесены дополнения – «Наименование образовательной организации» и «Стаж работы педагогического работника». Всего в анкетировании приняли участие 128 педагогических работников.

На первый вопрос анкеты «Как Вы считаете, реализуемая адаптированная основная образовательная программа школы в полной мере реализует задачи здоровьесберегающей деятельности?» 85,9% (118) респондентов ответили утвердительно, а 7,8% (10) – ответили отрицательно. Необходимо отметить, что среди 7,8% педагогов, оценивших отрицательно, имеют стаж работы: от 21 года и выше – 4 чел.; от 16 до 20 лет – 1 чел.; от 8 до 15 лет – 2 чел.; от 4 до 7 лет – 2 чел.; от 1 до 3 лет – 1 чел. Можно предположить, что у педагогов с большим опытом работы к началу нового учебного года сохраняется эмоциональное выгорание, они и на последующие вопросы, связанные с оценкой собственного здоровья и мотивации, указывают на их снижение. Так, по шкале от 1 до 10 баллов были даны следующие ответы: «Степень Вашей утомленности» – от 5 до 8 баллов, «Степень Вашей мотивации к здоровьесберегающей деятельности» – от 3 до 8 баллов, «Оценка собственной роли в состоянии здоровья воспитанников» – от 3 до 9 баллов.

О важности улучшения подходов к здоровьесбережению в образовательных организациях подтвердили все педагоги. По их мнению, в школе необходимо улучшить следующую деятельность: воспитание бережного отношения к своему здоровью – 65% (78), медицинское обслуживание – 59,1% (71), питание – 59,1% (71), повышение квалификации педагогических работников – 58,3% (70), воспитание гигиенической культуры – 56,6% (68), работа с семьей – 51,6% (62), двигательный режим – 50,8% (61), закаливание – 49,1% (59), введение инноваций в области физкультуры – 48,3% (58), организация двигательного режима – 47,5% (57), психоэмоциональный комфорт – 46,6% (56).

Как видно из представленных данных, «психоэмоциональный комфорт» респондентами представлен на последнем месте, соответственно, можно предположить, что данный показатель менее актуален, но в то же время он может быть обозначен как ресурс для улучшения здоровьесберегающей среды в школе.

В своей работе от 80,3% до 85,5% педагогов указали, что постоянно проводят утреннюю гимнастику, занятия по физическому воспитанию, комплексы упражнений (физминутки) и предоставляют свободную двигательную активность детям. Данные мероприятия осуществляются в соответствии с режимом дня школы-интерната (5 из 6 адаптивных школ являются школами-интернатами). Другие оздоровительные мероприятия педагогами проводятся эпизодически, об этом указали от 36% до 50% опрошенных: закаливание (69 чел.); адаптационный комплекс, направленный на повышение выносливости организма (62 чел.); индивидуальная программа оздоровления (54 чел.); дыхательная гимнастика, регулирующая функцию дыхания (45 чел.); босикомхождение в помещении (45 чел.), гимнастика для глаз, повышающая работоспособность (45 чел.); артикуляционная гимнастика, способствующая развитию артикуляционного аппарата (41 чел.); корригирующая гимнастика для профилактики нарушений осанки (40 чел.).

«Ознакомление детей с правилами ЗОЖ и формирование навыков сохранения здоровья» осуществляется 77,2% (98) педагогами систематически, 10,2% (13) – эпизодически, 11% (14) – по ситуации, 1,6% (2) – никогда.

Информационно-просветительская деятельность с родителями о здоровьесбережении педагогами регулярно проводится на родительских собраниях – 47,6% (59), в индивидуальных беседах – 64,3% (81), через публикации в СМИ (в том числе в официальных группах в социальной сети и мессенджерах) – 17,6% (21).

На вопрос «Как Вы считаете, какие мероприятия более всего влияют на эффективность деятельности школы по здоровьесбережению?» нами

получена следующая градация ответов: 64,1% (81) – планирование здоровьесберегающей деятельности школы; 57,8% (74) – практический обмен опытом; 48,4% (62) – повышение профессиональной компетентности педагогов; 39,8% (51) – семинары; 22,7% (29) – контроль; 20,3% (26) – поощрения; 0,8 (1) – наказание.

33,1% (42) педагогов оценили очень высоко (10 из 10 баллов) «Эффективность взаимодействия с медицинским персоналом школы по вопросу сохранению и укреплению здоровья воспитанников», на низкую эффективность взаимодействия указали 2,3% (3) педагога, на удовлетворительное взаимодействие – 29,6% (38) педагогов.

В отношении собственного здоровья и ресурса самую высокую оценку дали: «Состояние собственного здоровья» – 26% (33), «Мотивация к здоровьесберегающей деятельности» – 38,1% (48), «Уровень увлеченности работой» – 51,6 (66), «Уровень ответственности и трудолюбия» – 60,9% (78), «Любовь к детям» – 76,6% (98), «Оценка собственной роли в состоянии здоровья воспитанников» – 57,5% (73), «Уровень владения здоровьесберегающими технологиями» – 31,5% (40), а также на высокую «Степень утомленности» указали 10,5% (13).

И на завершающий вопрос анкеты «Считаете ли Вы необходимым проведение в школе обучающих семинаров и мастер-классов и т. д. по формированию здоровьесберегающей компетентности педагогов?» 97,6% (124) респондента ответили утвердительно.

Таким образом, в целом эффективность здоровьесберегающей деятельности в адаптивных школах региона осуществляется на должном уровне, выявлены проблемные зоны, которые нуждаются в улучшении, требуют системности выполнения работ и поддержки со стороны администрации учреждения. По итогам обработки информации в разрезе каждой образовательной организации будут подготовлены методические рекомендации по планированию формирования здоровьесберегающей компетентности педагогов, организованы обучающие мероприятия.

Список литературы

1. Анкета для воспитателей по оценке эффективности здоровьесберегающей деятельности в ДС. – Текст: электронный // Образовательная социальная сеть nsportal.ru: [официальный сайт]. URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2017/01/23/anketa-dlya-vospitateley-po-otsenke-effektivnosti>. (дата обращения: 14.10.2022).

2. Информационная справка «О системе специального образования обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов в Республике Тыва в 2021/2022 учебном году» // Министерство образования Республики Тыва [док. внутреннего пользования]. – Кызыл, 2022. – 1 с. – Текст: непосредственный.

3. Отчет «Сведения по форме федерального статистического наблюдения № ОО-1 «Сведения об организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего, среднего общего образования» на начало 2022/23 учебного года» – Министерство образования Республики Тыва: [док. внутреннего пользования] // Министерство образования Республики Тыва. – Кызыл, 2022. – 1 с. – Текст: непосредственный.

4. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа образования обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата – Текст: электронный // Реестр примерных основных общеобразовательных программ Минпросвещения России: [официальный сайт]. URL: <https://fgosreestr.ru/uploads/files/2d1c1c0049594b9bc05525bd4eeede7.pdf> (дата обращения: 15.10.2022).

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Лисицына Вера Алексеевна

(Государственное бюджетное образовательное учреждение Свердловской области «Нижнетагильская школа № 1, г. Нижний Тагил»)

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы использования информационно-коммуникационных технологий в образовательном пространстве обучающихся с умственной отсталостью. Описаны основные средства информационно-коммуникационных технологий, применяемых в образовательном пространстве обучающихся с умственной отсталостью. Представлен краткий обзор вариантов реализации дифференцированного подхода по использованию ИКТ для обучающихся с умственной отсталостью в организации урочной деятельности.

Ключевые слова: дифференцированный подход, ФГОС образования, информационно-коммуникационные технологии, обучающийся с умственной отсталостью.

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту образования обучающихся с умственной отсталостью информационно-коммуникационные технологии является необходимым компонентом организации урочной деятельности в образовательной организации, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы [4].

В образовании обучающихся с умственной отсталостью приоритет отдается специализированным средствам ИКТ, учитывающим общие закономерности и специфические особенности развития ребенка, логику построения специального обучения и базовые принципы специальной

дидактики. Можно выделить следующие средства ИКТ, широко применяемые в урочной и внеурочной деятельности.

1. Мультимедийная презентация – является наиболее распространенным средством в области образования обучающихся с умственной отсталостью и представляет собой электронный диафильм, включающий в себя различную анимацию, аудио- и видеофрагменты, элементы интерактивности.

2. Программы-тренажеры – программы, направленные на изучение различных научных знаний и закрепление ранее пройденного материала.

3. Компьютерные тестовые технологии – одна из форм контроля знаний и эффективных инструментов, стимулирующих подготовку обучающихся к каждому уроку.

4. Интерактивные обучающие и развивающие комплексы – программы, созданные на основе игрового сценария и ориентированные на детей младшего школьного возраста [2].

Ряд исследователей (М.Ю. Бондаренко, Г.Г. Зак, В.А. Лисицына, Н.А. Лузина) указывают, что использование средств информационно-коммуникационных технологий в образовательном пространстве обучающихся с умственной отсталостью приводит к повышению эффективности обучения за счет изменения уровня его дифференциации, при которой учитываются склонности, интересы и способности каждого ребенка [1, 2, 3].

Современные средства данных технологий позволяют дифференцировать процесс обучения и воспитания обучающихся с умственной отсталостью за счет использования заданий различного уровня, организации самостоятельного изучения новой темы или возврату к недостаточно изученному материалу.

Для обучающихся с умственной отсталостью дифференцированный подход осуществляется в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся

с умственной отсталостью. В соответствии с требованиями ФГОС обучающиеся делятся на два уровня в овладении предметными результатами:

- Минимальный уровень – является основным для большинства обучающихся по усвоению предметных результатов по учебному предмету;
- Достаточный уровень – освоение предметных результатов не является обязательным для всех обучающихся [4].

Для обучающихся с умственной отсталостью дифференцированный подход по использованию ИКТ реализуется с учетом уровней усвоения обучающимися с умственной отсталостью учебного материала. Варианты реализации дифференцированного подхода по использованию ИКТ для обучающихся с умственной отсталостью в зависимости от усвоения ими учебного материала можно разделить на следующие уровни.

1. Высокий уровень – используются дополнительные задания (творческие или более трудные) для сильных обучающихся; различные коррекционно-развивающие, обучающие задания и игры в интерактивном режиме для самостоятельной работы.

2. Средний уровень – задания разработаны с учетом индивидуальных особенностей обучающихся с умственной отсталостью, темпом их обучаемости; используются вспомогательные материалы в виде интерактивных подсказок, наводящих вопросов, опорных слов, варианты для выбора; различные коррекционно-развивающие, обучающие задания и игры в интерактивном режиме с незначительной помощью учителя.

3. Низкий уровень – используются дополнительные иллюстрации к той части темы, которая вызывает трудности; используются индивидуальные средства (планшет, телефон, диктофон, тренажеры, комплексные обучающие пакеты и др.); используются индивидуальные задания или индивидуальный материал в интерактивном режиме для работы вместе с родителями (педагогом); используются анимационные (обучающие) стимулы для привлечения внимания отдельных обучающихся (например, дети с расстройством аутистического спектра) [1].

Таким образом, эффективность и результативность информационно-коммуникационных технологий в образовании обучающихся с умственной отсталостью зависит от учета дифференцированного подхода. Учет данного подхода позволяет каждому обучающемуся овладевать минимумом образовательной подготовки, которая в наибольшей степени отвечает его особенностям и склонностям.

Список литературы

1. Бондаренко М.Ю. Реализация принципа дифференцированного подхода на уроках Информатики и ИКТ – Текст электронный // Образовательная социальная сеть: [официальный сайт]. URL: <https://nsportal.ru/shkola/informatika-i-ikt/library/2015/10/11> (дата обращения: 10.10.2022).
2. Зак Г.Г., Лисицына В.А. Информационно-коммуникативные технологии в образовательном пространстве обучающихся с умственной отсталостью: проблемное поле, стратегические ориентиры / Г.Г. Зак, В.А. Лисицына – Текст непосредственный // Специальное образование. – 2019. – № 1 (53). – С. 17-26.
3. Лузина Н.А. Интеграция ИКТ с технологией дифференцированного обучения – Текст электронный // Материалы – МБОУ «Частинская средняя общеобразовательная школа»: [официальный сайт]. URL: <http://chastysc.ucoz.ru/publ/11-1-0-45> (дата обращения: 12.10.2022).
4. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) / Министерство образования и науки Российской Федерации. – 2-е изд. – М.: Просвещение, 2017. – 78 с. – Текст непосредственный.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДИКИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Макарова Наталья Викторовна

(Казенное общеобразовательное учреждение Воронежской области
«Бобровская школа-интернат для обучающихся с ограниченными
возможностями здоровья», г. Бобров)

Аннотация. В данной работе представлены характеристики понятия здоровьесбережения, а также обобщен педагогический опыт по здоровьесберегающим технологиям в начальной школе.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, здоровьесберегающие образовательные технологии, здоровый образ жизни, развивающая образовательная среда.

Одной из самых важных и приоритетных задач современной начальной школы является сохранение и укрепление здоровья детей, воспитание у них постоянного стремления к здоровому образу жизни. ФГОС для обучающихся с ОВЗ выделяет эту задачу как одну из актуальных, так как в последнее время ученики основного общего образования в целом, да и начального общего образования в частности подвержены негативному влиянию социальных сетей. Дети большое количество времени проводят за компьютером, и как результат – малоподвижный образ жизни. Ученики проводят недостаточное количество времени на свежем воздухе, мало занимаются различными видами спорта. Сюда также можно отнести различные стрессовые ситуации в школе и дома. Все это неблагоприятно влияет на общее состояние детей. Поэтому создание в школе комфортной развивающей образовательной среды, направленной на охрану и укрепление как физического, так и психологического, а также социального здоровья обучающихся является первостепенной задачей педагога. В школе должен быть реализован комплексный подход к обучению. Только так могут быть решены задачи формирования и укрепления здоровья школьников. Вся работа учителя

в школе для детей с ограниченными возможностями здоровья направлена на оздоровление ребенка, на воспитание у него качеств, способствующих поддержанию здорового образа жизни, на профилактику различных заболеваний и негативных факторов окружающей среды.

Одним из средств решения этих задач становятся здоровьесберегающие технологии. Педагоги нашей школы постоянно работают над созданием благоприятного здоровьесберегающего пространства. Сохранению и укреплению здоровья учащихся как во время учебной деятельности, так и в свободное время уделяется большое количество времени. Ученики нашей школы – это дети с ослабленным слухом. Они отличаются от своих сверстников особенностями своего развития. Им присущи эмоциональная возбудимость, двигательное беспокойство, ограниченный словарный запас, трудности в произносительной стороне речи, быстрая утомляемость, отсутствие длительных волевых усилий. Поэтому важная составная часть здоровьесбережения в школе – это рациональная организация урока. От соблюдения психолого-педагогических условий проведения урока и зависит функциональное состояние школьников в процессе учебной деятельности.

Создание на уроке положительной, доброжелательной обстановки является важным условием правильно организованного учебного процесса. С первых минут урока нужно дать понять своему ученику, что он самый лучший, что у него все обязательно получится, создать положительный эмоциональный настрой, ведь у учащихся хорошо развита способность улавливать настроение учителя. Доброжелательность, взаимное уважение, заинтересованность, юмор, терпение должны присутствовать на каждом уроке. Некоторые ученики трудно запоминают программный материал. Для этого следует развивать зрительную память, используя различные формы и методы, способствующие быстрому запоминанию. Это может быть выделение наиболее важного материала, подчеркивание, запись более крупным шрифтом, хоровое проговаривание как целых правил, так и просто отдельных терминов. Учитель должен постоянно заботиться о сохранении

психического здоровья детей, повышать устойчивость нервной системы учащихся в преодолении трудностей. Самое главное – создание комфорта на уроке, хорошие доверительные взаимоотношения учителя с учениками.

Не менее важным является отдых – как на уроке, так и на перемене. Он подразумевает смену видов деятельности. Поэтому при планировании урока нужно стараться не допускать однообразных видов работы. По мере утомляемости учащихся обязательно используются динамические паузы. Это физкультминутки, физические и игровые упражнения. Во время их проведения включаются элементы гимнастики для глаз, дыхательной, пальчиковой и других в зависимости от вида деятельности. Неотъемлемой частью двигательной активности являются тематические и музыкальные перемены, где дети не только отдыхают от занятий в классе, но и могут хором исполнить любимые песни, потанцевать, разгадать кроссворд, отгадать загадки, порисовать мелками в специально отведенных местах и даже выполнить небольшой квест. Дети начальной школы очень любят подвижные и спортивные игры – их нужно как можно чаще проводить на свежем воздухе. Это различные спортивные соревнования, эстафеты. Они создают хорошее настроение, способствуют дружбе и взаимной поддержке. При проведении игр важно не подавлять или искоренять эмоции, а научить детей чувствовать свои эмоции и контролировать свое поведение.

Также в нашей школе большое внимание уделяется гигиеническому воспитанию школьников и профилактике простудных заболеваний. Дети учатся выполнять правила личной гигиены, соблюдать режим дня, формируются представления о здоровом и правильном питании.

Таким образом, можно сделать вывод, что здоровье не появляется само собой, а формируется в результате педагогического воздействия. У детей вырабатываются необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, они учатся использовать полученные знания в повседневной жизни. У обучающихся формируются представления об основных компонентах культуры здоровья и здорового образа жизни. Вырабатываются умения

осознанных поступков, поведения, позволяющих сохранить и укрепить свое здоровье. Только оптимальное сочетание этих методов в соответствии с методическими принципами может обеспечить успешную реализацию комплекса задач здоровьесберегающих образовательных технологий обучения.

В заключение хочется сказать о том, что правильно организованный образовательно-воспитательный процесс в условиях школы-интерната может существенно и положительно влиять на укрепление и развитие здоровья обучающихся. Педагогический коллектив школы-интерната старается формировать учебно-воспитательные программы так, чтобы выпускник школы обладал навыками управления здоровьем в собственной жизни, чтобы после завершения образования имел более качественное здоровье, чем при поступлении в нее.

Список литературы

1. Антипова Л.П. Использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе / Л.П. Антипова – Текст: непосредственный // Начальная школа. – 2011. – № 8.
2. Гусарова Е.В. Использование здоровьесберегающих образовательных технологий как средство предупреждения учебных перегрузок учащихся / Е.В. Гусарова – Текст: непосредственный // Начальная школа. – 2013. – № 11.
3. Кучма В.Р. Здоровьесберегающие технологии в школе / В.Р. Кучма. – М.: Просвещение, 2008. – 112 с. – Текст: непосредственный.
4. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н.К. Смирнов – Текст: непосредственный // М.: АРКТИ, 2005. – 318 с.
5. Соловьева Н.И. Концепция здоровьесберегающей технологии в образовании и основные организационно-методические подходы ее реализации / Н.И. Соловьева – Текст: непосредственный // ЭКО. – 2004. – № 17.

СОЗДАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Малева Зинаида Петровна

(Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Академия социального управления», г. Москва)

Аннотация. В статье обобщаются теоретические аспекты исследования проблемы здоровьесбережения детей и социально значимые тенденции в развитии системы образования. Важным является создание эффективных условий при организации воспитательного процесса для укрепления здоровья.

Ключевые слова: дети с нарушением зрения, профилактика, здоровьесберегающие технологии, методики здоровьесбережения.

Чем обычно занимаются дети в детском саду? Активно двигаются, поют, учатся правильно говорить. Работа по профилактике и укреплению здоровья детей с нарушениями зрения – это возможность заниматься всем этим сразу, развивая моторику, речь, слух и умение двигаться координированно [1].

З.П. Малева отмечает актуальность применения здоровьесберегающих технологий для детей с нарушениями зрения. Особенно детям с заиканием или наследственной предрасположенностью к нему; чересчур быстрой/медленной или прерывистой речью; с недостаточно развитой моторикой и координацией движений; с дизартрией, задержками развития речи, нарушениями произношения отдельных звуков; часто болеющим и ослабленным; находящимся в периоде интенсивного формирования речи. В каждом периоде – разные потребности и возможности. Здоровьесбережение важно тем, что заниматься можно с первых дней жизни, в 6-7 лет упражнения будут носить пассивный характер. В этом возрасте

ребенку подвластны практически все упражнения, а сам он полон энергии и сил. Как заниматься? В основе – подражание. Результат будет нескоро. Занятия должны быть веселыми. Мастерство нужно оттачивать. Ориентируемся на ребенка. Тщательно выполняем речевые и двигательные упражнения [5].

Здоровье ребенка, физическое и духовное, зависит от того, каким он увидит окружающий мир. Одна из самых главных наших задач – дать ребенку как можно больше естественных знаний для более точного выражения себя и своего видения [4]. Игрушки, игровые пособия стимулируют зрительные, тактильные, обонятельные ощущения. Грамотно подобранная цветовая гамма снимает напряжение, оптимизирует эмоциональный настрой, облегчает процесс социоземotionalного взаимодействия. Связь организма с внешним миром обеспечивают анализаторные системы, состоящие из центральных и периферических отделов.

В исследованиях показано влияние нарушения процесса зрительного восприятия детей с нарушениями зрения на познавательный процесс таких детей (Л.С. Волкова, М.И. Земцова, З.П. Малева, Л.И. Солнцева), физическое и психическое развитие (Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, Л.С. Сековец). Структурно-функциональное развитие головного мозга непосредственно зависит от здоровьесберегающих технологий. При выборе упражнений по сохранению зрения важно учитывать следующие рекомендации детям: усидчивым, старательным, лежебокам, книголюбам. Интересны детям мероприятия из Визуоники: правильный режим дня, свежий воздух, регулярное и полноценное питание, витамины.

Современная наука признает раннее детство как период, имеющий огромное значение для всей последующей жизни человека. Одна из задач исследовательской деятельности дошкольных образовательных организаций – создать систему здоровьесбережения для детей с нарушениями зрения. Пути одинаковые и у детей, не имеющих ОВЗ, и у детей с нарушениями

зрения: от действия к слову и образу. Нужны разные специальные условия в разных возрастных группах. Если здоровый ребенок решает задачи в каждом психологическом возрасте через элементы логического мышления и проезжает на лифте к этим возможностям развития, то ребенок с ОВЗ должен пройти все «этажи» своими ногами, на каждом этаже задержаться, зафиксировать свой опыт в словесных высказываниях, действиях [1].

Каждый психологический возраст требует специальных условий, которые надо создавать, разрабатывать игры и упражнения на каждом возрастном этапе в целенаправленной деятельности с предметами. Каждый ребенок проходит целый этап этой деятельности, он сам открывает, что может; у него появляются разные возможности, повышается самооценка. Чтобы добиться результата, надо найти такой подход и применить его. Через этапы ребенок не может перескакивать, он может только последовательно овладевать умственными действиями на каждом этапе развития [5].

Здоровьесбережение имеет универсальное значение для всех сторон деятельности человека. В исследованиях З.П. Малевой, Л.В. Фомичевой отражены особенности организации коррекционного обучения по формированию навыков здорового образа жизни у детей с нарушениями зрения [3]. Сущность подходов заключается в том, что одни задачи направлены на формирование возрастных новообразований, а другие – на восстановление ведущих и типичных видов деятельности. Для этого создаются сенсорные зоны в группах, раздевалке.

Цель здоровьесбережения – создание условий для сохранения здоровья детей дошкольного возраста различными средствами. Задачи: приобщение к здоровому образу жизни через зрительную гимнастику, физминутки, динамические паузы, развитие внутренних психических процессов, потребности к самовыражению в различных видах образовательной деятельности. Принципы формирования здоровьесбережения – соответствие принципу развивающего образования, целью которого является развитие ребенка.

З.П. Малева говорит об актуальной проблеме сохранения зрения через научение дошкольника правильной посадке и умению держать ручку [2]. Первая причина дисграфии у таких детей – неправильная посадка. Вторая – неумение держать ручку. По положению рук, наклону головы можно предсказать, будет ли дисграфия у ребенка. Если эти моменты не отработать, обучающийся не сможет выделять безударные гласные, спрягать и др. Поэтому в дошкольной организации должна стоять задача отработки позы ребенка при письме с целью предупреждения нарушений зрения.

Поэтому возрастает ответственность родителей за подготовку руки ребенка к письму в школе. Но это не значит, что родитель может купить какие-нибудь прописи, дать их ребенку, дать ему карандаш и сказать, чтобы он обводил. Это очень опасно. Предлагаем родителям текст для отработки у ребенка руки к письму «Подготовка руки к письму»; лист «Обводка»; «Каждая буква должна подать руку следующей букве» [5].

Мы отмечали, что значение вводной гимнастики велико: растет физическая работоспособность (показатели силы мышц кисти увеличиваются на 10-15%, станова́я динамометрия – на 15-18%); умственная работоспособность (показатели высшей нервной деятельности значительно улучшаются, возрастает общее количество просмотренных знаков на 5-10%, снижается число ошибочных реакций на 10-15%); последствия вводной гимнастики характеризуются затухающим на протяжении 1,5-2 часов благотворным влиянием.

Благодаря регулярному использованию здоровьесберегающих технологий педагогами ДОО на различных занятиях и в разных видах деятельности у дошкольников повышается острота зрения, развиваются глазодвигательные функции и бинокулярное зрение. Совершеннее становится общая, мелкая, артикуляционная моторика и координация движений. Нормализуется речевое дыхание, улучшается ритмико-интонационная сторона речи, повышается речевая и познавательная

активность детей. Улучшается психоэмоциональное самочувствие, соматические показатели здоровья дошкольников также улучшаются.

Список литературы

1. Малева З.П. Предупреждение нарушений зрения у школьников в условиях инклюзивного образования / З.П. Малева – Текст: непосредственный // Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. – 2018. – № 3-3. – С. 223-242.
2. Малева З.П. Отработка позы дошкольника при письме как фактор профилактики нарушений зрения / З.П. Малева – Текст: непосредственный // Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. – 2019. – № 3-1. – С. 56-64.
3. Малева З.П. Предупреждение нарушений зрения у школьников в условиях инклюзивного образования / З.П. Малева – Текст: непосредственный // Конференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. – 2018. – № 3-3. – С. 223-242.
4. Малева З.П. Специфика отбора речевого материала для обследования детей с нарушениями зрения / З.П. Малева – Текст: непосредственный // Конференциум АСОУ. – 2020. – № 1. – С. 274-279.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ
СОЦИАЛЬНЫХ ЧУВСТВ И ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД
ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ**

Малыхина Лилия Александровна

(Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад комбинированного вида № 33», г. Курск)

Аннотация. Мы живем в эпоху социально-экономической нестабильности в обществе, что приводит к увеличению числа детей с нарушениями в поведении и эмоционально-личностном развитии, что негативно сказывается на «вхождении» ребенка в школьную жизнь, становлении «внутренней позиции» школьника.

Ключевые слова: психолого-педагогические условия, социальные эмоции и чувства, развитие эмоциональной сферы ребенка с ОВЗ, дети с ограниченными возможностями здоровья, подготовка к школе.

В современном мире произошли внушительные изменения в связи с цифровой революцией на рынке труда. Быстрый темп жизни, непрерывные преобразования в области культуры, экономики и политики, роботизация многих производственных процессов, разработки в области дополнительной реальности и искусственного интеллекта, а также исключительный поток информации. Данные факторы увеличивают нагрузку на психоэмоциональную сферу людей и вытесняют многие профессии. Именно поэтому сейчас большое значение приобретают те качества и навыки человека, которые отличают его от машины. Среди них самыми актуальными являются:

- открытость новым знаниям;
- умение креативно решать поставленные задачи;
- мыслить критически;
- работать сообща в команде;
- умение слышать и слушать;
- уважительно относиться к другим.

Данная информация позволяет сделать вывод: важно уделять особое внимание проблеме формирования эмоционально устойчивой личности детей 6-7 лет, ведь данный период характеризуется интенсивным развитием социальных эмоций и навыков. «За последнее время результаты обследования детей психологами, дефектологами и другими специалистами

различных стран констатируют увеличение количества детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья» [1, с. 16]. Таким образом, одной из актуальных проблем ставится получение доступного образования ребенком.

Эмоциональное развитие детей семилетнего возраста, стоящих на пороге школы, является одним из существенных условий, обеспечивающих эффективность процесса дальнейшего обучения и развития личности.

Наиболее глубоко и системно развитие социальных эмоций и чувств происходит в сфере образования, где дети находятся в постоянном взаимодействии друг с другом и педагогами.

«Все чаще дети с ограниченными возможностями здоровья получают инклюзивное образование, которое предполагает посещение группы дошкольного образовательного учреждения вместе со здоровыми детьми, что, в свою очередь, дает детям возможность игры и общения со сверстниками, способствует социальной адаптации» [3, с. 176].

Одним из главнейших моментов на представленном рубеже является создание необходимых условий, в которые попадает «особенный ребенок».

Главным акцентом в современном образовании детей сегодня становится интеллектуальное развитие. За внешним благополучием умного, эрудированного ребенка скрывается часто безразличный, неспособный к сочувствию и сопереживанию человек, что свидетельствует о несформированности социальных чувств и эмоций. Чтобы выпускники государственных учреждений были готовы к жизни и самореализации в XXI веке, необходимо обновление всех сфер образовательной системы.

Анализ научных исследований и собственная педагогическая деятельность позволили выявить психолого-педагогические условия развития социальных чувств и эмоций у детей с ОВЗ 6-7 лет.

1-е условие. Реализация в образовательном процессе комплексной психолого-педагогической программы развития социальных чувств и эмоций в процессе подготовки к школе.

На сегодняшний день существуют различные авторские программы. В своей работе я использовала комплексную программу Е.А. Сергиенко.

Основными направлениями работы являются «снижение эмоционального дискомфорта у детей, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции, коррекция самооценки: устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, например, таких как повышенная возбудимость, агрессивность, тревожная мнительность, а основным методом в системе методов коррекции эмоционально волевой сферы детей с ОВЗ следует считать игру, являющуюся ведущей деятельностью в дошкольном возрасте» [4, с. 134].

2-е условие. Включение ребенка в разные виды деятельности с элементами сотрудничества, взаимопомощи и сотворчества с взрослыми и сверстниками.

Важно, чтобы каждый ребенок приобрел необходимый культурный личный опыт, который становится фундаментом полноценного общего развития, позитивной социализации и индивидуализации. С этих позиций особого внимания заслуживают «Социальные практики».

Игра как вид социальной практики представляет живое изображение основных черт реальности. Ролевые действия и взаимоотношения помогают дошкольнику понять другого, учесть его положение, настроение, желание. К сожалению, в последние годы педагоги отмечают потерю интереса дошкольников к сюжетно-ролевым играм.

Отдельно хотелось бы отметить групповые игры с правилами, которые позволяют формировать предпосылки будущей учебной деятельности и социальные чувства.

В процессе игр с правилами в условиях личного соперничества эмоции «захлестывают дошкольника», возрастает количество негативных экспрессий в адрес ровесника. В групповых же соревнованиях главным становятся интересы группы, а успех или неудачу делят все вместе, сила и количество

негативных экспрессии снижается, так как на общем фоне группы личные удачи и неудачи менее заметны.

Трудовая социальная практика. В процессе этой деятельности, направленной на достижение результата, полезного для окружающих, возникают новые эмоциональные переживания: радость от общего успеха, сочувствие усилиям товарищей, удовлетворение от хорошего выполнения своих обязанностей, недовольство от своей плохой работы. В этом возрасте дети с радостью откликаются на просьбы о помощи, ведь таким образом они чувствуют себя взрослыми и самостоятельными.

3-е условие. Создание в образовательной деятельности ситуаций, адекватных содержанию и логике развития нравственных ценностей.

Данное условие предполагает, что в своей работе мы формируем у детей способность испытывать определенные чувства, которые вызваны поступками собственными и чужими, оценивать их, исходя из освоенных представлений и понятий о нормах нравственности. Источниками создания подобных ситуаций становятся язык, культура, литература, искусство, все то, что хранит в себе содержание и человеческие смыслы.

Ярким примером является использование в образовательной деятельности рассказов для детей Валентины Осеевой «Синие листья», «Три товарища», «Перышко» и других произведений отечественной детской литературы.

Реализация условий и мой собственный опыт наблюдения за детьми старшего дошкольного возраста позволили прийти к следующим выводам.

1. Эмоциональное развитие детей с ОВЗ в период подготовки к школе связано прежде всего с появлением у них новых интересов, мотивов и потребностей.

2. У семилетнего ребенка формируется эмоциональное предвосхищение, которое заставляет его переживать по поводу возможных результатов деятельности, предвидеть реакцию других людей на его поступки.

3. С развитием произвольности возрастает способность к регуляции эмоций.
4. Появляются новые сложные формы социальных переживаний – сопереживание, сочувствие, содействие другому человеку, необходимые для совместной деятельности и общения. Развивается способность к эмпатии.
5. В течение дошкольных лет происходит постепенное углубление понимания как своих, так и чужих эмоциональных переживаний.

Список литературы

1. Дубровина И.В. Психологические проблемы воспитания детей и школьников в условиях информационного общества / И.В. Дубровина – Текст: непосредственный // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 1(29). – С. 6-16.
2. Ерофеева Т.И. Педагогические условия формирования доброжелательных взаимоотношений у детей старшего дошкольного возраста: автореф. дисс. канд. пед. наук / Т.И. Ерофеева. – М., 2006. – 16 с.
3. Развитие социальных эмоций у детей дошкольного возраста: Психологические исследования / Под ред. А.В. Запорожца, Я.З. Неверович. – Науч.-исслед. ин-т дошкольного воспитания Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1986. – 176 с. – Текст: непосредственный.
4. Социально-эмоциональное развитие детей. Теоретические основы / Е.А. Сергиенко, Т.Д. Марцинковская, Е.И. Изотова и др. – М.: Дрофа, 2019. – 248 с. – ISBN 978-5-358-23199-3 – Текст: непосредственный.

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ
И ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ НА ОСНОВЕ
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ПОДХОДОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Митясова Ольга Александровна

(Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Школа № 54», г. Нижний Новгород)

Аннотация. В статье представлен опыт применения здоровьесберегающих технологий в деятельности образовательной организации. Описаны психолого-педагогические методы и приемы обучения и воспитания, разработанные на основе нейропсихологического подхода. Представлена модель комплексного укрепления здоровья школьников с использованием здоровьесберегающих потенциалов всех сфер окружения ребенка в условиях инклюзивного образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, особые образовательные потребности, здоровьесберегающие технологии, нейропсихологический подход, кинезиологические приемы обучения, коррекционно-развивающая среда.

Сегодня проблемы общего развития детей, поступающих в школу, стоят особенного остро и требуют пристального внимания. Происходит увеличение числа обучающихся с особыми образовательными потребностями, растет и количество обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Большинство из них испытывают трудности в освоении школьных программ. Это влияет на снижение качества образования, а также приводит к низкой эффективности формирования и развития функциональной грамотности.

При анализе результатов дифференцированной психолого-педагогической диагностики первоклассников в большинстве случаев выявляется нарушение либо отклонение в развитии.

1. Для многих характерна неразвитость двигательных координаций (в первую очередь нарушается координация мелкой моторики руки, что существенно снижает качество и темп письма).

2. Диагностируются нарушения в области мотивационной сферы, что выражается в неумении планировать свою деятельность, в проблемах коммуникации, в поведении.

3. Большая часть детей имеет сниженный уровень самоконтроля, общую повышенную тревожность и многие другие особенности, на устранение или развитие которых должен работать современный учитель.

Именно поэтому сегодня прогнозирование развития младших школьников и его коррекция как никогда актуальна. Также важно учитывать и работу, направленную на формирование не только личностных качеств ребенка, но и на его функциональную грамотность. Необходимо использовать тесную взаимосвязь процесса созревания головного мозга и процесса формирования универсальных учебных действий обучающихся.

Главным условием для достижения учебных и воспитательных задач является разработка и применение здоровьесберегающих технологий. Они позволяют мобилизовать ресурсы всех участников образовательных отношений.

Важную роль в обучении детей, имеющих различного рода нарушения, играет нейропсихология. Она стала за последние десятилетия важной практической областью медицины, позволившей привлечь новые приемы с целью ранней и возможно более точной топической диагностики локальных поражений мозга и к научно обоснованному восстановлению функций [2, с. 10].

Считается, что расстройства возникают из-за нарушений в обработке когнитивной информации в высших отделах головного мозга. Значительная

недостаточность в обучении навыкам письма, счета, чтения в младшем школьном возрасте является прямым следствием биологических процессов созревания центральной нервной системы [4]. На невозможность достижения высоких результатов обучения влияют нейробиологические и психологические причины, такие как незрелость мозговых структур и несформированность обеспечиваемых ими функциональных связей.

Для повышения качества образования специалисты службы психолого-педагогического сопровождения обучающихся при содействии учителей школы разрабатывают и внедряют кинезиологические приемы и методы обучения на основе нейропсихологического подхода, с учетом особенностей развития каждого ребенка. Интеграция таких комплексов и упражнений в образовательный процесс позволяет повысить эффективность обучения и влияет на формирование функциональной грамотности школьников. Инновационные педагогические и здоровьесберегающие технологии, применяемые на основе нейропсихологического подхода, позволяют снизить утомляемость, повысить уровень восприятия учебного материала и отработать его в практико-ориентированной деятельности, на что и направляют нас федеральные государственные образовательные стандарты и государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» [1].

Известно, что для протекания любых психических процессов необходим определенный тонус коры головного мозга и что уровень этого тонуса зависит от поставленной задачи и от степени автоматизированной деятельности. Регуляция состояний активности составляет наиболее важную функцию лобных долей мозга [2, с. 189]. Поэтому очень важен настрой ребенка на уроке перед выполнением конкретного задания. Для успешной концентрации внимания, повышения уровня сосредоточения, мыслительной активности и восприятия учебного материала учителя используют кинезиологические упражнения. Они позволяют задействовать мелкую моторику, что активизирует работу головного мозга. При этом все

упражнения педагог должен выполнять вместе с детьми, постепенно от занятия к занятию увеличивая время и сложность предлагаемых упражнений (с учетом возраста детей).

Комплексы таких кинезиологических упражнений различны. В них могут входить растяжки, дыхательные, глазодвигательные упражнения, упражнения для релаксации, мелкой моторики руки, активизации кровообращения. Афферентная организация движений заключается в движении импульсов от рабочих органов к нервному центру коры головного мозга и может выпадать при потере чувствительности в некоторых сегментах тела. Чем большей управляемостью характеризуется соответствующий ей двигательный сегмент, тем большую территорию занимает его проекция в соответствующих зонах коры головного мозга [2, с. 176].

Психологические карты класса, заполняемые в начале учебного года, позволяют проследить динамику развития интеллектуальных способностей (качество знаний, успеваемость), психологической стабильности обучающихся (уровень тревожности, показатели формирования эмоциональной сферы), а также и показателей развития высших психических функций (объем памяти, концентрации внимания, восприятия и мышления).

По мнению нейрофизиологов, кинезиологов, определяющую роль в возникновении нарушений играют нарушения функциональной асимметрии коры больших полушарий головного мозга и межполушарного взаимодействия, то есть одной из причин является «координационная неспособность» к обучению, неспособность правого и левого полушария к интеграции [5]. Таким образом, артикуляционная и пальчиковая моторика является важнейшим показателем состояния ребенка, и именно через движение возможна оптимизация образовательного процесса в школе. Следовательно, развивающая работа должна быть направлена от движения к мышлению.

Использование модели комплексного подхода для укрепления здоровья обучающихся при создании комфортной здоровьесберегающей, коррекционно-развивающей среды и жизненного пространства позволяет создать условия для разнообразной и разносторонней деятельности всех участников образовательных отношений.

Работа, проделанная для преодоления трудностей одного ученика, приносит пользу и другим детям. Именно так различия между учениками – интересы, знания, опыт, родной язык, достижения или неудачи – превращаются в ресурсы, поддерживающие эффективный педагогический процесс, укрепляющий физическое и психологическое здоровье школьников.

Список литературы

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1642 с изменениями и дополнениями от 29.03.2019) – Текст: электронный. URL: <https://base.garant.ru/71848426/> (дата обращения 10.10.2022).
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений – Текст: непосредственный // М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
3. Лурия А.Р. Функциональная организация мозга // Естественно-научные основы психологии / Под. ред. А.А. Смирнова, А.Р. Лурия, В.Д. Небылицына – Текст: непосредственный // М.: Педагогика, 1978. – 109 с.
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание / Е.Д. Хомская – Текст: непосредственный // Серия «Классический университетский учебник» – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
5. Хомская Е.Д., Привалова Н.Н., Ениколопова Е.В. и др. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия / Е.Д. Хомская, Н.Н. Привалова и др. – Текст: непосредственный // М.: МГУ, 1995. – 78 с.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ

Мишина Полина Анатольевна

(Государственное казенное общеобразовательное учреждение Владимирской области «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат», г. Ковров)

Аннотация. В статье описываются способы и приемы работы с детьми, находящимися на индивидуальном обучении, способствующие развитию их коммуникативных навыков.

Ключевые слова: индивидуальное обучение, дети с ограниченными возможностями здоровья, коммуникативные навыки, общение, социализация.

Одной из важных проблем детей с ограниченными возможностями здоровья является неразвитость или полное отсутствие коммуникативных навыков. Это происходит из-за суженной среды общения, ограниченного запаса знаний и умений. Связано это может быть с особенностями их здоровья (затруднения в передвижении, отсутствие речи), с позицией родителей, которые не выходят с детьми в общественные места, опасаясь реакций ребенка и реакции окружающих на поведение своего ребенка. Некоторые родители не умеют наладить контакт со своим ребенком (в силу своих особенностей ребенок не отвечает на их попытки общения или отвечает не сразу, а через какое-то время, либо результат, к которому стремятся родители в общении, отличается от ожидаемого. Ребенок может не реагировать, не проявлять ответных чувств). И коммуникативный посыл постепенно сходит на нет, родители перестают общаться с ребенком, акцентируя внимание только на физиологических потребностях.

Ребенку необходимы такие элементарные коммуникативные навыки, которые помогут ему социализироваться:

- умение здороваться и прощаться;

- умение сформулировать просьбу, потребность;
- умение обратиться за помощью;
- умение контактировать с окружающими.

Особенно ярко эта проблема заметна у детей, находящихся на домашнем обучении. Основная задача индивидуального обучения на дому – адаптировать ребенка-инвалида к жизни в обществе. Работая с такими детьми, часто сталкиваясь с проблемой отсутствия коммуникативных навыков, считаю важным не только обучение ребенка, но и привитие ему навыков общения в обществе.

В своей работе руководствуюсь принципами: доброжелательность, последовательность и поэтапность, регулярность, максимальное использование игровых методов, многократность в повторении упражнений.

Когда я в первый раз прихожу к ребенку домой, прежде всего мне необходимо установить контакт с ним. Самая первая форма – невербальная. Спускаюсь на его уровень соответственно его росту (присесть или сесть рядом), протягиваю руку. Если ребенок позволяет, то беру его за руку. Можно приобнять или погладить. Если ребенок смотрит в глаза, то можно поймать взгляд. Но насильно стремиться смотреть в глаза или дотрагиваться не нужно, так как есть дети, которые этого очень боятся. Далее вербальное общение. «Здравствуй, как тебя зовут?» Важно понимать, что некоторые дети могут неадекватно среагировать на то, что к ним подходят (могут отвернуться, убежать, спрятаться, спрятать лицо в ладонях, закричать). Главное – не испугаться такой реакции, а методом проб и ошибок искать ту дистанцию для общения, которая безопасна для данного ребенка, когда он будет чувствовать себя комфортно.

Первый контакт можно устанавливать через игру. Начинаю играть сама, ребенку становится интересно, он сам подходит и участвует. А потом в игру вставляю слова одобрения, поощрения, просьбы. Важно, чтобы самые первые слова были понятными, короткими. Работа по установлению контакта присутствует на всех занятиях, чтобы ребенок освоил способы общения,

интонации, жесты, смог выработать алгоритм вступления в контакт. Хорошей формой развития коммуникативных навыков являются групповые занятия. Ребенок включается в среду сверстников и под контролем контактирует с детьми. Идеальный вариант в семье, когда родители уделяют этому внимание и время (приглашают в гости детей своих друзей или родственников, которые естественным образом обучают ребенка с ОВЗ). Если такой возможности нет, обучение общению проходит с помощью педагогов. Занятия можно проводить в рамках внеурочной деятельности, предусмотренной учебным планом. На занятия приглашаются ученики с похожими проблемами. В этой работе использую игры, целью которых является формирование коммуникативных навыков; формирование взаимодействия между взрослыми и детьми; воспитание навыков партнерского общения; снятие тревожности у детей; воспитание положительного отношения к сверстнику. Нужно быть готовым к тому, что такая работа долгая, но постепенно дети на примерах взрослых обучаются этим играм.

После такой работы педагог выводит ребенка в незнакомую среду (детскую площадку). Здесь на взрослого ложится ответственность за взаимодействие ученика с другими людьми. Во время таких прогулок нужно объяснять другим детям и взрослым, какие проблемы есть у вашего подопечного (плохо ходит, стесняется ответить, не может поймать мяч), чтобы они не пугались его реакций. На первых прогулках можно просто смотреть, как играют дети. В контакт следует вступать постепенно. Ребенку нужно постоянно подсказывать, как вести себя в различных ситуациях, все комментировать (например, «Олег дает тебе машинку. Возьми ее, пожалуйста»). Если ребенок не берет, то нужно взять руку и его рукой принять игрушку. Поблагодарить). Педагог подсказывает ребенку, как попросить, спросить, ответить. Для этого составляются алгоритмы ответов («Здравствуй, можно я буду с вами играть»; «Дай мне, пожалуйста, куклу»;

«Маша, хочешь играть вместе со мной?»; «Сережа, я не хочу кататься на качелях»).

Отдельной задачей является выход ребенка в общественные места с целью социального развития. Например, сходить в магазин за продуктами, на почту, в парикмахерскую. О чем-то спросить. Здесь полезно проиграть ситуацию в безопасной среде, потом выходить в общественные места. В такой работе использую сюжетно-ролевые игры, соответствующий ситуации реквизит, составляю последовательность действий с вопросами и ответами. После многократного повторения упражнения под руководством педагога и при его поддержке ребенок посещает общественное место.

Работа по развитию коммуникативных навыков должна вестись педагогом на протяжении всего времени обучения. Процесс этот небыстрый и сложный. Но какая радость и гордость звучит в голосе ребенка, когда он сообщает, что сам купил билет в троллейбусе, не испугался сходить за хлебом, познакомился с соседским ребенком, и они вместе качались на качелях! Было бы очень хорошо, если бы в такую деятельность включались волонтеры как помощники и педагога, и родителей по социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Список литературы

1. Демьянченко Н.Н. Рекомендации родителям «Игры, направленные на развитие коммуникации у детей со сложными (комбинированными) нарушениями». – Текст: электронный // Учебно-методический кабинет. URL: <http://ped-kopilka.ru/blogs/natalja-nikolaevna-demjanchenko/formirovanie-komunikativnyh-navykov.html> (дата обращения: 16.10.2022).

2. Формирование коммуникативных умений у детей дошкольного возраста – Текст: электронный // Для дошкольников. URL: <http://raguda.ru/vs/formirovanie-kommunikativnyh-umenij-u-detej.html> (дата обращения: 16.10.2022).

МОРАЛЬНАЯ ДИЛЕММА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Моргун Любовь Александровна

(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск)

Моргун Алексей Николаевич

(Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва)

Аннотация. В материале рассматривается проблема готовности преподавателей высших медицинских учебных заведений к работе с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами. Отмечается дискуссионность вопроса целесообразности выбора медицинской профессии лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами. Указывается на риски снижения инвестиций в человеческий капитал указанной категории обучающихся. Отмечается неготовность преподавателя к встрече в образовательном взаимодействии с данной категорией обучающихся, определяющаяся главным образом возникновением моральных дилемм, решение которых так или иначе влияет на изменение профессиональной траектории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов.

Ключевые слова: инклюзия, профессиональное медицинское образование, моральная дилемма.

Дискуссии и опросы в рамках проводимого кафедрой организации профессионального образования и образовательных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова цикла повышения квалификации преподавателей

«Психолого-педагогические основы инклюзивного образования» показывают устойчивое критическое мнение медицинских специалистов в отношении целесообразности выбора медицинской профессии лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами. Аргументируется это отнюдь не способностями данных лиц к обучению, но тем, с какими трудностями встретятся они в реальных условиях профессиональной деятельности, требовательной к высокой функциональности специалиста. Также фиксируется устойчивое суждение преподавателей о текущем отсутствии в вузе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов.

Данная картина обнаруживает ряд проблем, главным образом касающихся неосведомленности сотрудников о фактической картине инклюзии в медицинском образовании и конкретно в медицинском вузе. Так, например, на 2022 год в РНИМУ им. Н.И. Пирогова по программам специалитета обучается 170 лиц с инвалидностью, из них 1-й и 2-й группы – 44 человека (в основном по зрению и с нарушением опорно-двигательного аппарата (мобильные)), по программам ординатуры и аспирантуры – 33 обучающихся с инвалидностью. Другая проблема состоит в том, что преподаватели – медицинские специалисты в основном выстраивают функциональные требования к профессии и, в частности, к медицинской специальности, исходя из своего личного опыта и истории, не учитывая возможные профессиограммы медицинских специальностей [3].

Все описанное создает риск снижения инвестиций в человеческий капитал инклюзивного обучающегося со стороны преподавателя. Учитывая еще большие ограничения, которые накладывает на обучающегося образовательная «труба» в медицинском образовании, практически не оставляющая пространства для маневра в поиске и обнаружении компенсационных мер, формирующих адекватную профессиональную функциональность обучающегося с особыми образовательными потребностями, на выходе можно ожидать специалиста с дефицитарной

компетентностью, и отнюдь не по причине его низких способностей к обучению.

Дискутируемая проблематика профессионального инклюзивного медицинского образования включает в себя в качестве дискурса (как возможное качественное решение проблемы инклюзии в медицинском образовании) позицию «инклюзивности для некоторых» [2], означающую создание специализированных групп обучающихся с особыми образовательными потребностями. При этом участники дискуссий согласны с необходимостью тьюторского сопровождения образовательного процесса, но предпочитают делегировать эти функции преподавателям со специальной подготовкой. Данное решение оценивается как требующее специальных организационных образовательных условий и воспринимается на текущий момент как чрезвычайно затратное.

Указанные дискуссии позволяют делать вывод о том, что преподаватель в условиях современного профессионального медицинского образования в ситуации взаимодействия с обучающимися с особыми образовательными потребностями сталкивается с рядом моральных дилемм, главным образом связанных с оценкой первыми образовательных результатов инклюзивных обучающихся.

В работе [4] отмечается, что преподаватели сталкиваются с тремя трудностями в оценке обучающихся в условиях инклюзивного образования.

1. Единая и унифицированная политика оценки обучающихся, связывающая критерии оценки со стандартами (в этой связи указывается на карательные последствия, которые эта политика оказывает на инклюзивных обучающихся).

2. Ввиду равенства права, но неравенства необходимости выдвигается тезис о необходимости оценивания обучающихся в различных контекстах, то есть то, что приемлемо с этической точки зрения в оценивании для одних, неприемлемо для оценивания других.

3. Не все преподаватели готовы работать в инклюзивных группах. Они могут быть не в состоянии распознать дилеммы, которые возникают, или противостоять им.

Относительно последнего как раз и говорит ситуация с суждением преподавателей в медицинском вузе о целесообразности обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов медицинским специальностям. Отмечается, что данная ситуация представляет собой «ключ к этической практике, потому что, если преподаватель не готов удовлетворить индивидуальные потребности всех обучающихся, их репертуар оценок будет основываться на типичных практиках, используемых для всех студентов» [4, с. 217]. Таким образом, неготовность преподавателя к работе в условиях инклюзии становится этическим вопросом. Его неготовность рассматривается как сопротивление принятию на себя ответственности за изменение профессиональной траектории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Неготовность преподавателя к реализации принципа инклюзивности в медицинском образовании заставляет решать инклюзивного обучающегося проблему инклюзивности самостоятельно, а именно, подстраиваться под стилистику обучения преподавателя и методы оценки результатов обучения. Ввиду действия указанных условий, между преподавателем и обучающимся с особыми образовательными потребностями увеличивается педагогический разрыв, повышающий степень маргинализации инклюзивного обучающегося, и тем она выше, чем выше требования профессии к функциональности специалиста.

Наиболее конструктивным решением проблемы инклюзии в условиях профессионального медицинского образования видится профориентационная работа преподавателя с обучающимся с особыми образовательными потребностями [1] в процессе обучения, предполагающая возможность изменения образовательной траектории обучающегося с целью подготовки его к дальнейшему освоению специальности, адекватной его

функциональным возможностям. Последнее для полноценной реализации принципа инклюзивности в медицинском образовании является наиболее насущным организационным вопросом, включающим в себя также выработку критериев оценки успеваемости обучающихся с особыми образовательными потребностями.

Список литературы

1. Айсмонтас Б.Б., Воробьева А.Н., Быстрова И.В., Пряжникова Е.Ю., Одинцова М.А. Инклюзивное образование в вузе студентов с инвалидностью и ОВЗ: организация обучения, особенности обучения студентов с различными нозологиями, профориентационная работа, психолого-педагогическое сопровождение. Методические рекомендации для преподавателей сферы высшего профессионального образования, работающих со студентами с инвалидностью и ОВЗ. – М.: Изд-во ООО «Сам полиграфист», 2015. – 286 с. – Текст: непосредственный.

2. Гашимова Р.С., Зубаилова П.Ф. Современная дилемма инклюзивного образования: «включение для некоторых» или «включение для всех» / Р.С. Гашимова, П.Ф. Зубаилова – Текст: непосредственный // Вестник социально-педагогического института. – 2021. – № 4(40). – С. 68-74.

3. Оськин Д.Н., Крестьянинова О.А. Атлас медицинских профессий, доступных для овладения лицами с особыми образовательными потребностями с учетом нарушенных функций организма и дающих наибольшую возможность быть востребованным на современном рынке труда. – Рязань: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России; ОТСиОП, 2020. – 91 с. – Текст: непосредственный.

4. Bourke R. Untangling Optical Illusions: The Moral Dilemmas and Ethics in Assessment Practices // International Perspectives on Inclusive Education, 2017, Vol. 9, с. 215–237. doi:10.1108/s1479-363620170000009009.

К ВОПРОСУ О ГЕНЕЗЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ АУТИЗМЕ

Морозов Сергей Алексеевич

(Центр социализации и персонализации образования детей Федерального института развития образования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Москва)

Аннотация. Проведен анализ взаимосвязей аутизма и соматических заболеваний, наблюдающихся у людей с аутизмом. Показано, что аутизм может оказывать существенное влияние на клиническую картину соматических заболеваний. Кроме того, несмотря на отсутствие прямых подтверждений соматической этиологии аутизма, необходимо изучение опосредованных влияний соматической сферы на генез и клиническую картину аутизма. Обсуждается роль нарушений функций тонического блока мозга во взаимосвязи аутизма и соматических расстройств.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, соматические заболевания при аутизме, блок регуляции тонуса и бодрствования, аутизм.

Вопрос о связи аутизма, расстройств аутистического спектра (РАС) и соматических заболеваний представляет большой теоретический и практический интерес. Количество публикаций, посвященных этой проблеме, в последние годы возросло, однако очень многие ее аспекты остаются неясными, причем это относится не только к частным случаям (особенности течения того или иного соматического заболевания у пациентов с аутизмом), но и к фундаментальным вопросам, касающимся самой природы аутизма, его этиологии, патогенеза, клинико-психологической структуры.

В литературе чаще всего рассматривается вариант взаимосвязи соматических и аутистических расстройств, согласно которому аутизм (или его манифестация) являются следствием соматической патологии. Несравнимо реже обсуждается вариант, по которому аутизм обуславливает

соматическую патологию (или способствует ее развитию). Вариант независимости аутизма и соматической патологии представляет исторический интерес и здесь не рассматривается.

Первый из этих вариантов восходит к возникшей в 20-х годах XX века аутоинтоксикационной теории шизофрении: многие симптомы болезни можно было связать с токсическими воздействиями, и предполагалось, что в организме больного образуются некие токсины, однако попытки выявить эти токсины положительного результата не дали.

Тот же принцип многократно пытались использовать для установления экзогенной этиологии аутизма. В качестве действующего агента предлагались ионы тяжелых металлов (прежде всего ртути), возникающие в результате неполного переваривания некоторых пищевых продуктов, эндорфиноподобные олигопептиды, вакцины и гипотетические токсические интермедиаты иммунных процессов, влияние измененной кишечной флоры и хронических инфекций и др. Почти каждая из этих гипотез сопровождалась предложением мер профилактики и лечения аутизма: хелирование (очищение организма от ртути), безглютеновая и безказеиновая диета, отказ от прививок и т. д. [6; 13].

Экспертные исследования не подтвердили связи аутизма с отмеченными выше и некоторыми иными факторами. В этих исследованиях изучали такие характеристики, как: частоту встречаемости аутизма у вакцинированных и невакцинированных; у привитых вакциной с консервантом, содержащим ртуть, и привитых вакциной без такого консерванта; частоту аутизма у больных целиакией и частоту целиакии у детей с РАС и многое другое. Достоверных данных о связи аутизма и соматических расстройств получено не было [6; 13].

Вопросов, однако, остается много. Чаще всего сравнивали показатели встречаемости аутизма и других заболеваний, но не исследовали патогенетические связи, если же патогенез все же изучался, результаты оказывались неоднозначными. Например, есть работы, в которых не

установлено существенных особенностей иммунного ответа при аутизме [11], однако существуют и работы, показывающие, что при аутизме не только частота ряда аллергических заболеваний выше, чем в общей популяции, но достоверно повышено содержание в крови эозинофилов и иммуноглобулинов Е, что, как правило, связано с аллергией и указывает на совершенно определенные патогенетические механизмы [7]. Таким образом, наличие соматического расстройства не обязательно приводит к аутизму, и не во всех случаях аутизма данное соматическое расстройство наблюдается, что со ссылкой на математическую статистику трактуется как отсутствие связи. Однако, например, случаи совпадения по времени вакцинации и манифестации аутизма случаются нередко (хотя эта временная связь ни в коем случае не обязательна), и при достаточно большой выборке получить небольшую, но статистически достоверную связь, по-видимому, вполне реально [6].

Примерно та же картина выявляется в отношении патогенных воздействий в период внутриутробного развития и в перинатальный период: предполагается связь развившегося позднее аутизма с широким кругом различных по природе факторов (внутриутробная гипоксия, токсикозы, инфекционные процессы, родовые травмы, несовместимость крови матери и плода по группе крови или резус-фактору и т. д.). При рассмотрении отдельных случаев многие связи внутриутробных вредностей и клинической картины представляются весьма вероятными, однако специфических для аутизма механизмов выявить не удалось.

Наличие большого количества различных соматических расстройств, потенциально рассматриваемых как причины аутизма; недостаточная убедительность статистических выкладок; недоказанность наличия специфических патогенетических механизмов, несмотря на многочисленные попытки их выявить, – все это позволяет предположить, что каждое из соматических расстройств (возможно, не только перечисленных, но и других), помимо характерной для каждого из них клинической картины,

приводит к некоторому неспецифическому общему для всех них результату, который может быть существенным для развития аутизма.

Исследований о влиянии аутизма на частоту встречаемости соматических расстройств мало. В частности, по данным метааналитической работы Alabaf, Gillberg et al. (2019), при аутизме значительно чаще встречаются расстройства желудочно-кишечного тракта (в 2-4 раза), эпилептиформные расстройства (примерно в 6-7 раз), астма (в 1,5-2 раза), онкозаболевания (примерно в 1,4 раза), мигренозные расстройства (в 1,3-1,4 раза) и др. [9]. DiGuiseppe et al. (2018) показали, что в раннем детстве частота травматических поражений у детей с РАС немного, но достоверно выше, чем при других нарушениях развития и типичном развитии [10]. Более того, Американская педиатрическая ассоциация (2020) сообщает не только о более высокой заболеваемости по ряду групп патологии, но и о более высокой смертности и меньшей продолжительности жизни при РАС [4].

Спектр заболеваний и частоты встречаемости в разных исследованиях не одинаковы, но причины их несовпадения при РАС и типичном развитии в зарубежных работах фактически не изучаются.

Во многих отечественных исследованиях в качестве основного звена структуры нарушений при аутизме рассматривают расстройства функционирования тонического блока мозга [3; 5; 8]. Теснейшие связи входящих в него структур с центральными отделами регуляции вегетативных процессов, локализованных в неспецифических ядрах древней коры и в гипоталамусе, влияют на обмен веществ непосредственно или через важнейшие регуляторные системы организма, эндокринную и иммунную [1; 2; 7]. Нарушения этих связей при аутизме вызывают разнообразные, как правило, негрубые разнонаправленные отклонения в деятельности регуляторных систем и в обмене веществ, что характерно для нарушения центральных звеньев регуляции [3; 8].

Пример. У Толи Д. (диагноз: детский аутизм, умственная отсталость умеренной степени) в 5-6 лет начало развиваться ожирение, не связанное

с алиментарными факторами. Выявлено повышенное содержание кортикотропина, тиротропина и других показателей тиреоидной системы при нормальных характеристиках липидного обмена. По мнению эндокринологов, клиническая картина соответствовала доброкачественной опухоли передней доли гипофиза. Медикаментозное лечение и диетотерапия оказались малоэффективными, от оперативного и лучевого вмешательства родители отказались. До 15 лет проводились регулярные коррекционно-развивающие психолого-педагогические занятия на фоне поддерживающей психофармакотерапии. По завершении пубертатного периода масса тела постепенно вошла в границы возрастной нормы.

Случаи подобного рода далеко не единичны и касаются не только эндокринной системы.

Основной практический вывод состоит в том, что у пациента с аутизмом любое соматическое заболевание может быть связано не только с нарушениями в том или ином органе и/или с психосоматическими влияниями, но и с расстройствами тонического обеспечения в связи с наличием у пациента аутистической симптоматики.

Попытки оценки вклада нарушения тонических процессов в формирование клинической картины соматических заболеваний при аутизме с использованием таких маркеров, как тиротропин, кортикотропин, соматотропин, пролактин, окситоцин, проводились [14, с. 10], но требуют подтверждения с помощью комплексных исследований на достаточно большой выборке в условиях динамического наблюдения.

Список литературы

1. Брин И.Л., Морозов С.А., Татарова И.Н. Об эндокринных расстройствах при атипичном аутизме (тезисы) / И.Л. Брин, С.А. Морозов, И.Н. Татарова – Текст: непосредственный // III российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2004. – С. 348.

2. Брин И.Л., Морозов С.А., Татарова И.Н. Некоторые особенности липидного обмена при атипичном аутизме (тезисы) / И.Л. Брин, С.А. Морозов, И.Н. Татарова – Текст: непосредственный // III российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2004. – С. 612-613.
3. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. Нейропсихологические аспекты аутистических расстройств у детей и вопросы терапии // Организация психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра. – М., 2009. – С. 51-73. – ISBN 978-5-904818-01-2 – Текст: непосредственный.
4. Выявление, оценка и коррекция нарушений у детей с расстройством аутистического спектра. Американская академия педиатрии. Пер. с англ. – М., 2020. – 116 с. – Текст: непосредственный.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М.: Издательство Московского университета, 1985. – 166 с. – Текст: непосредственный.
6. Морозов С.А. Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии). – М., 2010. – 103 с. – ISBN 978-5-904818-02-9 – Текст: непосредственный.
7. Морозов С.А. К вопросу о клинико-психологической структуре расстройств аутистического спектра / Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития / Под ред. М.К. Бардышевской, Л.С. Печниковой, А.Л. Рыжова. – М., 2012. – С. 353-367. – ISBN 978-5-98807-061-0 – Текст: непосредственный.
8. Морозов С.А., Брин И.Л., Татарова И.Н. Исследование иммуноглобулинов G, M, A и E при атипичном аутизме / С.А. Морозов, И.Л. Брин, И.Н. Татарова – Текст: непосредственный // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. – М., 2006.
9. Alabaf S., Gillberg C., Lundström S., Lichyenstein P., Kerekes N., Råstam M., Anckarsäter H. Physical Health in children with neurodevelopmental

disorders. // Journal of Autism and Developmental Disorders, 2019, v. 49, № 1. pp. 83-95.

10. DiGuseppi C., Levi S.E., Sabourin K.E., Soke G.N., Rosenberg S., Lee L.-C., Moody E., Schieve L.A. Injuries in Children with Autism Spectrum Disorder: Study to Explore Early Development // Journal of Autism and Developmental Disorders, 2018, v. 48, No. 2. pp. 461-472.

11. Krause I., He X.-S., Gershwin M.E., Shoenfeld Y. // Brief Report: Immune Factors in Autism: A Critical Review – Journal of Autism and Developmental Disorders, 2002, v. 32, No. 4. pp. 337-346.

12. Modi M.E., Young L.J. The oxytocin system in drug discovery for autism: Animal models and novel therapeutic strategies // Hormons and Behaviour, 2012, 61, pp. 340-350.

13. Offit P.A. Autism's false prophets. – NY, 2008. – 298 p. - ISBN 978-0-231-51796-6.

**«Я ЗДОРОВЬЕ БЕРЕГУ – САМ СЕБЕ Я ПОМОГУ»
СИСТЕМА РАБОТЫ ПО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ
ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

Склянная Татьяна Николаевна,

Ковалева Ольга Николаевна

(Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение
«Средняя школа № 17 им. Героя Российской Федерации А.Б. Буханова»,
г. Смоленск)

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы содержания учебно-воспитательной работы учителя в образовательной организации с использованием здоровьесберегающих технологий в инклюзивном образовании, описываются особенности реализации системы работы по здоровьесбережению младших школьников с ОВЗ.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, здоровьесберегающая среда, обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья.

В условиях модернизации системы образования здоровье человека рассматривается как важнейший социальный и индивидуальный ресурс, показатель прогресса в обществе, признак гармонично развитой личности.

Чтобы сохранить в современном мире здоровье человека, важно сформировать у подрастающего поколения здоровьесберегающую компетенцию, благодаря которой ребенок сможет сохранить как собственное здоровье, так и здоровье окружающих [2].

В настоящее время наметилась тенденция к увеличению доли детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов, которые в силу отклонений в физическом и (или) психическом развитии нуждаются в создании специальных условий воспитания и обучения. Поэтому в образовательных учреждениях актуален вопрос использования здоровьесберегающих технологий, особенно в начальных классах. Как научить детей беречь свое здоровье? Поскольку здоровье детей не всегда зависит от их физических особенностей. Не стоит забывать и об условиях жизни семьи, в которой растет и воспитывается ребенок [1, с. 23].

Мы хотим поделиться опытом работы по здоровьесбережению обучающихся с ОВЗ. Наша основная цель как учителей – формирование правильной установки на здоровый образ жизни. Здоровье так же заразительно, как и болезнь. «Заразить здоровьем» – это та цель, к которой мы стремимся. Данная система работы с обучающимися с ОВЗ предусматривает комплексный подход к здоровьесбережению: и через урок, и через внеурочную деятельность. Работа ведется нами по направлениям: учебно-воспитательная, профилактическая, коррекционная, консультативная работа. В связи с этим нами разработана программа кружка по внеурочной деятельности «Азбука здоровья», проводятся уроки с применением

здоровьесберегающих технологий, организуется исследовательская и проектная деятельность, систематически проводятся классные часы, родительские собрания по данной тематике.

На всех этапах работы используем образовательные здоровьесберегающие технологии:

- организационно-педагогические технологии, регламентирующие структуру образовательного процесса, в том числе отраженные в СанПиНах, способствующие снятию напряжения, предотвращению переутомления, гиподинамических состояний и других дезадаптационных проявлений у обучающихся с ОВЗ;

- психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной организацией учебно-воспитательного процесса учителем на уроке, воздействием, которое он оказывает в течение урочного времени на своих обучающихся;

- учебно-воспитательные технологии, включенные в программы по формированию культуры здоровья обучающихся, мотивации к ведению здорового образа жизни, предупреждению вредных привычек, просвещению родителей обучающихся, а также по обучению грамотной заботе о своем здоровье [3].

Применяем разнообразные формы здоровьесберегающих уроков: урок – устный журнал «Питайся правильно!», урок – рассуждение «Я здоровье берегу – сам себе я помогу», урок – конференция «Скажи вредным привычкам нет!», урок – проект «В гостях у доктора». Проводим классные часы: «Откуда берутся грязнули», «В гостях у Мойдодыра», «Режим дня» – с практическими занятиями. На них мы составляем режим дня младшего школьника, отрабатываем правила гигиены. На переменах регулярно осуществляем проветривание кабинета, проводим подвижные игры. Каждый день проводится утренняя зарядка до уроков. В классе действует сменный уголок для родителей и обучающихся «Будьте здоровы», где размещаются материалы по организации оздоровительной работы.

Велика роль в здоровьесбережении обучающихся с ОВЗ и нас как классных руководителей. Это и организация горячего питания, и осуществление контроля за физическим воспитанием обучающихся, и педагогический контроль занятий физической культурой; борьба с гиподинамией: проведение физкультминуток; классных часов по сохранению и укреплению здоровья обучающихся. На родительских собраниях уделяем время и обращаем внимание родителей на вопросы сохранения и укрепления здоровья своих детей. Систематически принимаем участие в Днях здоровья для учеников начальной школы, в конкурсах рисунков и плакатов по данным темам, в спортивном празднике «Папа, мама, я – спортивная семья».

Нами широко используются игровые методы. Игры могут проводиться на уроках, после уроков в группе продленного дня, на внеурочных занятиях. Работа нами ведется по следующим направлениям:

- развитие внимания: «Будь внимателен», «Слушай хлопки», «Зеваки», «Буквы алфавита», «Слушай звуки»;
- развитие памяти и восприятия, наблюдательности: «Повтори за мной», «Запомни движения», «Запомни свое место», «Запомни свою позу», «Испорченный телефон»;
- развитие сообразительности, самодисциплины и самоорганизации: «Зайка, где ты?»;
- развитие мышления и речи: «Картинки загадки», «Угадай игрушку», «Придумай предложение», «Перечисли предметы»;
- игры, способствующие снятию страхов в общении: «Кто за кем», «Нарисуй свой страх».

Во время прогулок в группе продленного дня активно используются игры для развития общей моторики, в том числе и физических качеств: «Кто быстрее», «Шаг в шаг», «Самый ловкий»; игры для развития координации движений [4].

На классных часах, в рамках кружка по здоровьесбережению обучающихся с ОВЗ часто проводим игры: «Собери пословицу», «Аукцион пословиц о здоровье» (вспомнить и назвать пословицы о здоровье), «Отгадай ребус» (расшифровать названия слов, относящихся к теме «Здоровье»), «Полезно – вредно», отгадывание загадок по теме «Здоровье», «Продолжи сказку».

В урочное время особое внимание уделяем следующим видам упражнений:

– для снятия напряжения глаз: «Мечтаем». Закрываем глаза, положили на них теплые ладошки. Расслабились и представляем, что разглядываем ночное небо (30-40 сек.). Открываем глаза, широко и радостно улыбаемся (до 5 сек.); «Глаза смотрят». Закрываем глаза, зажмуриваемся на 15-20 сек. Открываем глаза. При открытых глазах делаем точечный массаж (под внутренним концом бровей): поглаживание, надавливание на них (20-30 сек.). Закрываем глаза, вдох – носом: мощный короткий; выдох – с призвуком «аааххх». Расслабляем мышцы лица, спокойно дышим; «Рисование носом». Закрываем глаза, рисуем мысленно дуги от носа к вискам (до 10-15 раз). Открываем глаза; «Глаза отдыхают» (сидя или стоя). Закрываем глаза, зажмуриваясь. Открываем глаза. Следим за дыханием (до 3 раз). Не поворачивая голову, смотрим: вправо – 1 сек.; вперед – 3 сек.; влево – 1 сек.; вперед – 3 сек.; вниз – 1 сек.; вперед – 3 сек.; вверх – 1 сек.; вперед – 3 сек.; на переносицу – 2 сек.; вперед – 3 сек. (повторы до 3 раз);

– для укрепления осанки: упражнение «Горка». Руки опущены вниз, спина ровная, голова не наклонена. Медленное поднятие рук вверх, соединение их в замок над головой. Представляем, что ваше тело – это горка. Одна часть тянется вверх, потом другая, попеременно, с произнесением слов «Сила во мне!». Затем потягиваем обе половины со словами «Сила в нас!» (до 5 раз). Медленно опускаем руки и улыбаемся, даря хорошее настроение друг другу.

Считаем, что наша система работы по здоровьесбережению обучающихся с ОВЗ способствует созданию особого образовательного пространства, которое помогает не только сохранить и укрепить свое здоровье, но и формирует здоровую личность с высоким уровнем культуры, способную жить и действовать в постоянно меняющемся мире. В наших руках наше здоровье. Об этом мы должны постоянно напоминать детям, мотивировать их на здоровый образ жизни посредством правильного питания, соблюдения правил личной гигиены, формирования отрицательного отношения к вредным привычкам.

Список литературы

1. Борисова Н.Ф., Федорова Н.В. Об отношении педагогов к здоровьесберегающим технологиям / Н.Ф. Борисова, Н.В. Федорова – Текст: непосредственный // Народная школа. – 2004. – № 1. – С. 23-24.
2. Курбатова А.С., Ягин В.В. Проблема здоровьесбережения в современной школе. – Текст: электронный // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24977> (дата обращения: 17.10.2022).
3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы / Н.К. Смирнов. – М.: АРКТИ, 2003. – 272 с. – Текст: непосредственный.
4. Степанова О.А. Игра и оздоровительная работа в начальной школе: Методическое пособие для учителей начальной школы / О.А. Степанова. – М.: ТЦ Сфера, 2003. – 144 с. – Текст: непосредственный.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ УЧИТЕЛЯ ШКОЛЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Соболева Елена Константиновна

(Государственное казенное общеобразовательное учреждение «Школа № 3
Костромской области для детей с ограниченными возможностями здоровья»,
г. Кострома)

Аннотация. В статье раскрывается актуальность проблемы сохранения здоровья школьников, дается характеристика приемов коррекционной работы по здоровьесбережению детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: здоровьесберегающее пространство, музыкотерапия, здоровьесбережение, арт-терапия, динамические паузы, артикуляционные упражнения, психическое здоровье, социализация.

Одна из главных задач системы образования сегодня – создание условий для осознания школьниками ответственности за собственное здоровье, позволяющих воспитать у них потребность в принятии здорового образа жизни. В настоящее время необходим комплексный подход к организации здоровьесберегающего пространства для детей с ограниченными возможностями здоровья [1, с. 34]. Оптимальное использование интеллектуального, творческого потенциала каждого ребенка – задача, стоящая перед учителем. Поэтому применение здоровьесберегающих приемов в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья особенно актуально. И особенно эти вопросы актуальны в специальном учреждении, куда дети приходят с ослабленным здоровьем и в большей степени нуждаются в его поддержании и компенсации сохранившихся функций.

Здоровьесберегающие технологии – это система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды,

направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его образования и развития [2, с. 16].

Целями организации здоровьесбережения в школе для детей с ограниченными возможностями здоровья являются:

- обеспечение сохранения здоровья учащихся;
- развитие у обучающихся осознанного отношения к своему здоровью;
- приобретение знаний о здоровье, умений его поддерживать и сохранять.

Начинаю работу по здоровьесбережению со сбора информации о соматическом, психическом и социальном здоровье учащихся. С этой целью на первом в учебном году родительском собрании провожу анкетирование родителей, по результатам которого появляются сведения о проблемах детей: хронических заболеваниях, перенесенных болезнях и других ограничениях по здоровью, социальных условий жизни. Здесь очень важно установить доверительные отношения между родителями и учителем. Чаще всего родители доверяют классному руководителю и готовы обсудить с ним проблемы здоровья своего ребенка.

Материалы о состоянии здоровья детей класса накапливаются и пополняются из следующих источников: изучения школьной документации (медицинских карт учащихся, заключения психолого-медико-педагогической комиссии), индивидуальных бесед с родителями, наблюдения в ходе уроков и внеурочной деятельности, консультаций со школьным врачом, педагогом-психологом и социальным педагогом, бесед в ходе родительских собраний. Кроме того, в рамках диспансеризации, на базе школы проходит углубленное медицинское обследование учащихся всеми специалистами, с результатами которого медицинский работник и классный руководитель знакомят родителей в индивидуальных беседах с ними.

В ходе консультаций с психологом классный руководитель получает сведения о состоянии психического здоровья учащихся. Вместе они

определяют характеристику психического состояния воспитанников и намечают план коррекционной работы с каждым ребенком.

Вопросы социального здоровья детей, проблемы социальных контактов, взаимоотношения с семьей, ровесниками и взрослыми обсуждаем с социальным педагогом школы. При хорошо организованной социализации ребенок с ограниченными возможностями здоровья может стать успешным и быть адаптированным в обществе [1, с. 13]. Поэтому намечаем план работы по социализации: обследование жилищно-бытовых условий, составление социального паспорта, консультирование родителей, помощь в обучении социальным навыкам, организация досуга, участие в различных школьных и внешкольных мероприятиях.

Итоги обследования детей фиксируют следующие специалисты: школьный врач, социальный педагог, педагог-психолог. Полученные результаты специалисты записывают в дневник индивидуальной работы с учащимися.

Кроме того, на «Странице здоровья» классного журнала оформляются сведения о группе здоровья и номере парты каждого обучающегося. Классный руководитель в своей работе опирается на эти сведения и в соответствии с ними осуществляет здоровьесберегающую деятельность в классе.

С учетом психофизических особенностей учащихся, результатов обследования детей узкими специалистами провожу в своем классе коррекционную работу по укреплению и сохранению здоровья учащихся.

Вот некоторые приемы, применяемые мной в рамках здоровьесбережения:

- организация пальчиковой гимнастики с целью развития мелкой моторики и координации движений пальцев рук учащихся;
- проведение динамических пауз и физкультурных минуток;
- артикуляционные упражнения и мимическая гимнастика для выработки четкой дикции;

- релаксационные игры и упражнения с целью снятия психоэмоционального напряжения;
- элементы самомассажа в ходе выполнения артикуляционной гимнастики;
- гимнастика для глаз с целью профилактики и коррекции нарушений зрения;
- дыхательная гимнастика для увеличения объема дыхания и нормализации ритма;
- использование элементов музыкотерапии для нормализации общего эмоционального состояния;
- экскурсии и выходы класса на мероприятия вне школы (способствуют тренировке физической активности и выносливости, развитию двигательных качеств и способностей учащихся);
- классные часы на темы здоровья;
- ведение учителем страничек и дневников здоровья в Дневниках индивидуальной работы;
- просвещение родителей на собраниях по проблемам здоровья и привлечение к участию в мероприятиях спортивной направленности;
- поддержание чистоты и порядка в классе, подбор мебели, проветривание.

Здоровьесбережению способствуют также применение индивидуального подхода, дифференцированных заданий, игровых технологий. Применение на уроках индивидуального подхода в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья помогает сделать обучение более успешным, повышается учебная мотивация, растет уверенность детей в своих силах [1, с. 27]. Организую дифференцированную работу в парах и группах учащихся, что дает возможность выработать единое коллективное мнение, учит умению договариваться, дружить. Для снятия психического напряжения, возможности проявить чувства, получить

эмоциональный отклик использую арт-терапевтические технологии: в рисовании, лепке, аппликации.

Одним из важнейших факторов сохранения здоровья является создание благоприятного психологического климата в коллективе учащихся. Учу детей дружбе, доброте и отзывчивости, пониманию людей. Через беседы на классных часах, обсуждение произведений на уроках чтения, разговоры о любви к природе на уроках окружающего мира, создание проектов, участие в творческих делах, выходы и мероприятия в рамках внеурочной деятельности идет формирование нравственных качеств личности. Применяемые мною в работе приемы здоровьесбережения благотворно действуют на психику учащихся, состояние их физического, психического и социального здоровья.

Эффективность использования здоровьесберегающих приемов работы с обучающимися с ОВЗ проявляется в следующем:

- снижается утомляемость, повышается работоспособность, эмоциональный настрой;
- развиваются психические процессы, мелкая и общая моторика;
- активизируется познавательный интерес, возрастают успехи ребенка в обучении;
- появляются навыки социальной адаптации в среде сверстников, в обществе.

Учителю необходимо помнить, что целью создания здоровьесберегающего пространства в условиях коррекционной школы для детей с ОВЗ является сохранение здоровья воспитанников, формирование у них необходимых знаний, умений и навыков по здоровому образу жизни, которые они смогут использовать в своей повседневной жизни.

Список литературы

1. Воронкова В.В. Здоровьесберегающие технологии в системе обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов /

В.В. Воронкова – Текст: непосредственный // Современные наукоемкие технологии. – 2019. – № 6. – С. 146-150.

2. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1–4 классы / В.И. Ковалько. – М.: ВАКО, 2004. – 296 с. – Текст: непосредственный.

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Соловьева Светлана Викторовна

(Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург)

Аннотация. В статье представлен анализ комплекса проблемных вопросов, связанных с применением дистанционных образовательных технологий в образовательной деятельности с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. Решение проблем позволит не только оптимизировать организационные и содержательные условия дистанционного обучения, но и снизить риски для здоровья обучающихся и предупредить потери в качестве образования.

Ключевые слова: обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, дистанционные образовательные технологии, технические средства обучения, адаптация учебного материала.

Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья (далее – дети с ОВЗ) образования является одним из основных условий их успешной социализации, обеспечения их максимально возможного участия в жизни общества и самореализации в различных видах деятельности.

В связи с этим актуальной задачей системы образования на протяжении длительного времени остается развитие комплекса разнообразных условий,

обеспечивающих доступность образования для различных категорий детей с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, состояния здоровья, потенциальных возможностей.

Одним из таких условий является внедрение в образовательную деятельность дистанционных образовательных технологий. Статьей 16 «Реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий» Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» закреплено единое понимание дистанционных образовательных технологий – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников [1]. Отдельные вопросы использования дистанционных образовательных технологий в процессе обучения регулируются приказом Минобрнауки России [2].

Первый опыт дистанционного обучения на централизованной основе получил реализацию в период 2009-2012 годов в рамках мероприятия «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов» программы приоритетного национального проекта «Образование». Проект реализован применительно к обучающимся, имеющим статус ребенка-инвалида или инвалида и получающим образование индивидуально на дому. Основной целью мероприятия являлось обеспечение доступности образования детям-инвалидам, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации. По завершении программы обеспечение дистанционного обучения этой категории детей в разных субъектах Российской Федерации было продолжено в качестве дополнительного образования.

Реализация проекта имела бесспорные позитивные эффекты, связанные с обеспечением семей детей-инвалидов компьютерной техникой и подключением к сети Интернет на безвозмездной договорной основе,

активным включением родителей в процесс обучения детей-инвалидов, возможностью овладения детьми компьютерной грамотой, пользовательскими умениями, расширением круга общения ребенка-инвалида на основе использования ресурсов сети Интернет, возможностью дальнейшей профессиональной реализации.

Наиболее остро вопрос внедрения дистанционных образовательных технологий в образовательную деятельность с обучающимися с ОВЗ встал весной 2020 года по причине введения ограничительных мер в связи с распространением COVID-19. В этой ситуации за короткое время было необходимо перевести реализацию адаптированных основных общеобразовательных программ общего образования в дистанционный формат. При этом остро стоял вопрос о том, как организовать обучение детей с ОВЗ с использованием дистанционных образовательных технологий максимально эффективно и без потерь в качестве образования. Несмотря на наличие опыта дистанционного обучения детей-инвалидов, именно пандемия COVID-19 позволила вскрыть ряд проблем, связанных с обучением детей с ОВЗ с использованием дистанционных образовательных технологий.

С учетом опыта реализации адаптированных основных общеобразовательных программ общего образования в период введения ограничительных мер в связи с распространением COVID-19, систематизируем проблемные вопросы образовательной деятельности с обучающимися с ОВЗ с применением дистанционных образовательных технологий. Понимание этих вопросов является важным для оптимизации и совершенствования организационных и содержательных условий дистанционного обучения, предупреждения или нейтрализации негативных воздействий на здоровье обучающихся с ОВЗ внедрения дистанционных образовательных технологий.

Первый проблемный вопрос заключается в определении места дистанционных образовательных технологий в реализации адаптированных основных общеобразовательных программ. Если в период пандемии

COVID-19 перевод реализации образовательных программ в дистанционный формат был обязательным, то в настоящее время применение дистанционных образовательных технологий и электронного обучения является компетенцией образовательной организации. Освоение какой части образовательной программы целесообразно обеспечить на основе дистанционных образовательных технологий? Или опосредованное взаимодействие педагогов и обучающихся с ОВЗ на основе информационно-телекоммуникационных сетей возможно и целесообразно исключительно для дополнительной работы с детьми? Каков оптимальный объем соотношения учебных занятий, проводимых учителем непосредственно с обучающимися с ОВЗ и реализуемых с применением дистанционных образовательных технологий?

Второй проблемный вопрос состоит в содержательном наполнении учебного контента по отдельным учебным предметам, коррекционным курсам. Целесообразно применять общедоступные образовательные платформы, учебный контент которых не всегда адаптирован для обучающихся с ОВЗ, или разрабатывать и внедрять в образовательной организации собственную систему дистанционного обучения с выверенным содержательным контентом? Учитывая тот факт, что функционирование информационно-образовательной среды является обязательным условием деятельности образовательной организации, подготовка собственного образовательного контента вполне осуществима.

Следующий актуальный вопрос связан с психолого-педагогически и методически грамотным проектированием и реализацией учебных занятий в дистанционном формате. Построены ли учебные занятия с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, реализуемые при опосредованном взаимодействии учителя и обучающихся с ОВЗ, в педагогически обоснованной технологической последовательности действий, ориентированной на достижение планируемых результатов обучения? Соответствуют ли такие учебные занятия критериям системности,

управляемости, эффективности, предъявляемым как обязательные для образовательных технологий? Напомним, что дистанционные образовательные технологии – это образовательные технологии, внедрение которых должно обеспечить достижение обучающимися с ОВЗ образовательных результатов.

Четвертый вопрос, не имеющий в настоящее время окончательной содержательной проработки, связан с подходами к коррекции и компенсации недостатков в развитии у обучающихся с ОВЗ средствами дистанционных образовательных технологий. Каков коррекционно-развивающий потенциал и эффект таких технологий? Этот вопрос правомерен применительно к учебным и коррекционно-развивающим занятиям и является недостаточно исследованным.

Приведенные вопросы решаются при непосредственном участии учителей, которые реализуют адаптированные основные общеобразовательные программы. В связи с этим основополагающим фактором для качества обучения детей с ОВЗ с применением дистанционных образовательных технологий является компетентность педагогических работников в разнообразном спектре направлений использования информационных и коммуникационных технологий. Как обеспечить совершенствование профессиональных компетенций педагогов для обучения и коррекционно-развивающей работы с детьми с ОВЗ в дистанционном формате?

Пятым вопросом определим технологическую готовность и оптимальную гигиеническую рациональность внедрения дистанционных образовательных технологий. Способны ли родители детей с ОВЗ оборудовать рабочее место компьютерной техникой с оптимальными техническими характеристиками, с учетом требований к естественному и искусственному освещению рабочего места? Этот вопрос особенно актуален в ситуации, когда при наличии преимуществ дистанционного обучения использование таких технологий обладает потенциально

негативными факторами для обучающихся с ОВЗ, которые способны нивелировать эффекты коррекционно-развивающей работы с детьми. При этом контроль условий применения электронных средств обучения в семье затруднителен, в отличие от их использования в образовательной организации.

Следующим вопросом является проблема обучения родителей методам и методикам коррекционно-педагогической поддержки обучающегося с ОВЗ. Степень самостоятельности обучающихся различна и зависит от разных факторов. В связи с этим при опосредованном взаимодействии педагога и обучающегося с ОВЗ в процессе проведения учебного занятия родитель приобретает роль тьюторского сопровождения обучения. Как следствие, проработки требует вопрос согласования профессиональных действий педагога и тьюторских умений родителя при их опосредованном взаимодействии. Не менее важно и наличие у родителей элементарной подготовки в области использования информационно-коммуникационных технологий.

Заключительным вопросом обозначим оценивание результативности реализации адаптированных основных общеобразовательных программ общего образования с применением дистанционных образовательных технологий. С этой целью целесообразна разработка единых критериев и показателей качества дистанционного образования обучающихся с ОВЗ. Ориентируясь на критерии качества, образовательные организации могут определить оптимальное соотношение частей образовательной программы, реализуемой в традиционном формате и с использованием дистанционных образовательных технологий.

Таким образом, нами систематизированы основные проблемные вопросы в сфере применения дистанционных образовательных технологий в образовательной деятельности с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. Их решение позволит улучшить организационные и содержательные условия дистанционного обучения, предупредить риски

для здоровья и снизить потери в качестве образования. Важным, по нашему мнению, является исследование эффективности образовательной деятельности с обучающимися с ОВЗ с использованием дистанционных образовательных технологий, его роли в позитивной динамике коррекционно-развивающей работы и достижении качества образования в целом. Результаты такого исследования могут послужить основанием для дальнейших разработок в рассматриваемой сфере как в теоретическом, так и в прикладном аспектах.

Список литературы

1. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ. – Текст: электронный // Справочно-правовая система «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 15.10.2022).

2. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» – Текст: электронный // Справочно-правовая система «Консультант плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_278297/ (дата обращения: 15.10.2022).

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ КАК ОБРАЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОГОПЕДА, СОДЕРЖАЩИЙ УРОВЕНЬ ЕГО ЭТНОПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ¹

Усольцева Елена Викторовна

(Государственное образовательное учреждение высшего образования
Московской области Московский государственный областной университет,
г. Москва)

Аннотация. В статье рассматривается возможность применения на логопедических занятиях средств этнопедагогики как технологии здоровьесбережения дошкольников с тяжелыми нарушениями речи, этнопедагогическая культура логопеда как образ его деятельности. Эффективность логопедической работы во многом зависит от отношения ребенка с речевыми нарушениями к педагогу. Этнопедагогические средства дают возможность создавать благоприятные условия на специальных занятиях и оказывать положительное влияние на здоровье ребенка.

Ключевые слова: здоровьесбережение, речевые нарушения, средства этнопедагогики, сохранение и укрепление здоровья, логопедические занятия, этнопедагогическая культура.

На сегодняшний момент одной из центральных задач образовательного процесса является сохранение и укрепление здоровья дошкольников. Всемирной организацией здравоохранения здоровье определено как отсутствие болезни, состояние полного физического, психического и социального благополучия. В педагогическом аспекте здоровье можно рассматривать как интегрированное понятие, объединяющее медицинское толкование термина, непреходящую жизненную ценность и жизненный потенциал ребенка [2, 5]. Окружающий мир ребенок воспринимает по-разному. От искусства и мастерства логопеда зависит не только результат

¹ Работа выполнена при поддержке Гранта РФФИ № 20-013-00654-а.

коррекционной работы, но и внутреннее эмоциональное состояние ребенка, его здоровье и отношение к образовательному процессу [1].

Важно сохранить или развить в ребенке положительные качества, которые помогут ему в обучении. Этнопедагогика предлагает пути использования ее средств с целью правильного здорового воспитания дошкольников. Уровень этнопедагогической культуры логопеда помогает нестандартно мыслить, способствует созданию благоприятных условий на специальных занятиях, оказывает положительное влияние на здоровье ребенка. В контексте рассмотрения данного вопроса здоровьесбережение представляется как образ деятельности логопеда, зависящий от уровня его этнопедагогической культуры и технологии использования в коррекционном процессе средств этнопедагогики.

Сказки, пословицы, поговорки, игры – настольные и подвижные – воздействуют на разные стороны психики ребенка, ВПФ, компоненты его здоровья (физиологический, социальный, психологический, нравственный, педагогический). Сформированная этнопедагогическая культура логопеда расширяет круг профессиональных возможностей. Средства этнопедагогики повышают эффективность логопедической работы, изменяют отношение ребенка с речевыми нарушениями к педагогу и к процессу коррекции. Доверительное, открытое и доброжелательное общение логопеда и ребенка, целью которого является коррекция недостатков речи и других психических процессов, одновременно способствует сохранению и укреплению здоровья.

Достаточный уровень этнопедагогической культуры логопеда позволяет ему отбирать формы активности работы, способствующие здоровьесбережению ребенка с тяжелыми нарушениями речи. Народная педагогика способствует правильной организации педагогического процесса, решению коррекционных и развивающих задач. Например, знакомство с социально-этическими нормами может быть опосредовано пословицами и поговорками: «Кто любит трудиться, тому без дела не сидится», «Не будет скуки, если заняты руки», «Ученье – свет, а неученье – тьма», «Учеба и труд

к победам ведут». Поговорки можно использовать на интегрированных логопедических занятиях.

Выполнение специальных заданий и упражнений требует от ребенка определенных усилий, умения мыслить. Сложные задания представляют определенную трудность, они могут вызвать страх и отказ от их выполнения. Как результат, у ребенка может быть эмоциональный стресс, нарушение поведения, что негативно сказывается на его здоровье. Следовательно, важно, чтобы логопед оказывал влияние на появление соподчинения мотивов. Необходимо стимулировать дошкольника к выполнению заданий, учить думать и анализировать. А чтобы у ребенка формировались волевые качества, настойчивость, умение доводить начатое до конца, можно включать средства этнопедагогики, например, сказки и пословицы, используя их как здоровьесберегающие технологии, а также с педагогической целью: убедить ребенка в чем-либо, научить думать, сформировать нравственные основы, развить интуицию, фантазию, воображение, логику. В этом помогут сказки разных народов, оказывающие влияние на личность дошкольника через эмоции и чувства. Сказка «Хвосты» поможет детям овладеть грамматическим строем речи, в этом случае сказка имеет образовательную роль. Чувашскую сказку «Не почитающий старого и сам добра не увидит» включают в занятие по обогащению лексики. В ней рассказывается, что непослушная девочка варила кашу на масле, а не на молоке, и из-за этого пострадала. Другие сказки помогают закрепить знания о продуктах питания. «Сказание об освобождении солнца и месяца из плена» знакомит детей с частями суток. Повлиять на развитие произвольности поведения у детей с нарушениями речи помогают сказки о труде. Сказка «Как ленивый старик работать стал» повествует о приобщении к труду. В нанайской сказке «Айога» рассказывается о ленивой девочке, отказавшейся трудиться и превращенной из-за этого в гуся. В чувашских, киргизских, татарских и болгарских сказках показывается, что человек побеждает не силой, а умом.

Любой сказке присущи народность, оптимизм, увлекательность сюжета, образность и забавность и, наконец, дидактизм. Народную сказку можно читать, пересказывать, обсуждать, инсценировать. Использование на логопедических занятиях сказкотерапии позволяет детям с нарушениями речи воплотить свои эмоции, раскрепоститься, решить проблемы общения удобным для психики способом. Сказка повышает самооценку, знакомит с эмоциями, следовательно, пополняет лексический запас. Сказкотерапия также является технологией здоровьесбережения. Она незаметно воздействует, оказывает положительное влияние на психическое состояние. Через сказкотерапию корректируется двигательная сфера, нормализуется эмоциональное и речевое состояние ребенка [7].

Логопед должен ориентироваться в меняющемся мире, разрабатывать собственные стратегии поведения, делать правильный выбор технологий, применяемых в коррекционно-логопедической работе. Деятельность логопеда не ограничивается только лишь прямыми профессиональными компетенциями. Логопед владеет навыками и знаниями из смежных с логопедией наук: специальной психологии, отраслей коррекционной педагогики, нейропсихологии, этнопедагогики и др. [3; 4]. Эффективность логопедической работы во многом зависит от отношения ребенка с речевыми нарушениями к педагогу. Этнопедагогические средства дают возможность создавать благоприятные условия на специальных занятиях и оказывать положительное влияние на здоровье ребенка. Достаточный уровень этнопедагогической культуры способствует правильной организации коррекционно-образовательного процесса, активному применению этнопедагогических средств как одной из составляющих здоровьесберегающей технологии.

Список литературы

1. Андрееенко Т.А. Развитие эмоциональной отзывчивости старших школьников / Т.А. Андрееенко, О.В. Алекинова. – СПб.: Детство-Пресс, 2014. – 96 с. – Текст: непосредственный.
2. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П.И. Калью // ВНИИМИ, 1988. – 69 с. – Текст: непосредственный.
3. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с. – Текст: непосредственный.
4. Николаев В.А. Педагогика русского фольклора. Методическое пособие / В.А. Николаев. – М.: Орел, 1997. – 143 с. – Текст: непосредственный.
5. Николаева Л.В. Этнопедагогические основы воспитания детей дошкольного возраста: учебное пособие для студентов направления подготовки бакалавров «Педагогическое образование» вузов региона / Л.В. Николаева; М-во образования и науки Российской Федерации, ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный ун-т им. М.К. Аммосова», Педагогический ин-т. – Якутск: Северо-Восточный федеральный ун-т им. М.К. Аммосова, 2013. – 163 с. ISBN 078-5-7513-1861-1 – Текст: непосредственный.
6. Устинова С.В. Сохранение и укрепление здоровья детей в условиях ДОУ / С.В. Устинова, Е.А. Грименко. – Текст: непосредственный // Теория и практика образования в современном мире: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2014 г.). – СПб.: Заневская площадь, 2014. – С. 155-157.
7. Шорохова О.А. Использование сказкотерапии в работе с младшими дошкольниками / О.А. Шорохова – Текст: непосредственный // Логопед. – 2006. – № 5. – С. 16-22.

СПЕЦИФИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Федюшина Ульяна Игоревна

(Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Средняя школа № 1 им. М.М. Пришвина», г. Елец)

Аннотация. В данной статье рассматриваются основные понятия и направления применения здоровьесберегающих технологий в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с детьми с расстройством аутистического спектра. Главной целью использования здоровьесберегающих технологий является обеспечение «особенному» обучающемуся возможности сохранить и преумножить собственное здоровье за период прохождения обучения в образовательной организации, развить необходимые умения и навыки по формированию здорового образа жизни, пользоваться полученными знаниями в окружающем мире.

Ключевые слова: инклюзивное образование, здоровьесберегающие технологии, младшие школьники, личностно-ориентированный подход, ограниченные возможности здоровья.

В современном мире применение здоровьесберегающих технологий в условиях инклюзивной среды является главной и актуальной задачей. Здоровьесберегающие технологии включают в себя личностно-ориентированный подход, что является важным фактором обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

Здоровьесберегающие технологии – это комплекс мер взаимосвязи и взаимодействия факторов обучения и воспитания, которые имеют направления сохранения здоровья ребенка на всех этапах его развития.

Современная организация инклюзивного воспитательного процесса требует включения в урочную и внеурочную деятельность здоровьесберегающих технологий. Они включают в себя использование

дифференцированного процесса развития и социализации обучающихся с ОВЗ, рациональной организации урока и дополнительного занятия, создание благоприятного психологического климата, зрительную гимнастику, динамическую паузу. Данный подход к организации воспитательных мероприятий основывается на решении личностно-развивающих ситуаций. Именно они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым учащиеся смогут адаптироваться и эффективно взаимодействовать друг с другом, проявлять гуманность, реализовать активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности учащегося, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

Главной целью использования здоровьесберегающих технологий является обеспечение «особенному» обучающемуся возможности сохранить и преумножить собственное здоровье за период прохождения обучения в образовательной организации, развить необходимые умения и навыки по формированию здорового образа жизни, пользоваться полученными знаниями в окружающем мире [1].

На основании анализа современных исследований было решено внедрить в МБОУ СШ № 1 им. М.М. Пришвина г. Ельца, где в 2020 году по итогам конкурсного отбора был открыт ресурсный класс, задачи которого – помочь быть успешными особым детям, имеющим расстройства аутистического спектра, новые подходы к организации инклюзивного воспитательного процесса с применением здоровьесберегающих технологий.

В ресурсном классе обучаются 8 детей с РАС (вариант 8.2, вариант 8.3, вариант 8.4). Обучающиеся посещают индивидуальные и фронтальные

коррекционно-развивающие занятия. Специалисты ресурсного класса ежедневно используют здоровьесберегающие технологии в работе с детьми (зрительную и артикуляционную гимнастику, задания на развитие общей и мелкой моторики и др.) [2].

Учитель, педагог-психолог и другие специалисты психолого-педагогического сопровождения адаптируют предложенные задания обучающимся с РАС в рамках применения здоровьесберегающих технологий. Зрительная и артикуляционная гимнастика ежедневно сопровождается дополнительной наглядностью (иллюстрациями, действиями при моторной имитации, жестами и физической подсказкой). Задания на общую и мелкую моторику реализуются с помощью положительного подкрепления (пищевые и игровые мотивационные стимулы). Положительное подкрепление происходит путем наблюдения. При диагностике мотивационной сферы каждого обучающегося с РАС педагог ресурсного класса наблюдает за игрой, процессами бытовой жизни, учебной деятельностью. Мотивационная сфера включает в себя высокие, средние и низкие стимулы. Стимулами могут выступать любимые игрушки обучающегося, пищевые продукты, прогулка, развлечения.

В результате использования здоровьесберегающих технологий в процессе коррекционно-развивающей работы у младших школьников с РАС, которые склонны к самоагрессии, агрессии и другому нежелательному поведению, увеличивается работоспособность, присутствует коррекционный компонент в урочной и внеурочной деятельности, отсутствует утомляемость, перегрузки, укрепляется соматическое и психологическое здоровье [3].

Таким образом, здоровьесберегающие технологии играют ведущую роль в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно: формируют двигательные умения и навыки, социализируют, развивают психические процессы.

Список литературы

1. Григорьев Д.В. Внеурочная деятельность школьников. Методический конструктор: пособие для учителя / Д.В. Григорьев, П.В. Степанов. – М.: Просвещение, 2011. – 223 с. – Текст: непосредственный.
2. Змановский Ю.Ф. Воспитаем детей здоровыми / Ю.Ф. Змановский. – М.: Просвещение, 2009. – 230 с. – Текст: непосредственный.
3. Шиндяпкина Л.А. Здоровьесберегающие технологии, применяемые в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья / Л.А. Шиндяпкина. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 50. – С. 520-523.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ ПЕДАГОГОВ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ²

Феоктистова Светлана Васильевна

(Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Российский новый университет», г. Москва)

Приходько Елена Викторовна

(Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города
Москвы «Школа № 1579», г. Москва)

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования профессионального выгорания педагогов школы в условиях инклюзивной практики. Также в статье даны практические технологии для профилактики «выгорания» в работе педагогов инклюзивной образовательной практики.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, здоровьесберегающие технологии, инклюзивная образовательная практика, эмоциональное выгорание.

² Работа выполнена при поддержке Гранта РФФИ № 20-013-00654.

Социальный заказ общества к образовательным организациям на формирование инклюзивных ценностей создает определенные условия для работы педагогов. Однако зачастую многие педагоги не готовы работать в изменяющихся обстоятельствах. Профессия педагога динамична и уязвима, требует от специалиста максимально большого запаса энергетических ресурсов [2, 5, 6]. Педагогические работники наиболее подвержены синдрому профессионального выгорания [3].

Цель исследования – повышение качества работы педагогических работников через внедрение здоровьесберегающих технологий.

В исследовании приняли участие 60 педагогов дошкольных отделений ГБОУ Школа № 1579. Распределили педагогов на IV группы по стажу работы. I группа (стаж работы от 2 до 9 лет), II группа (стаж работы от 10 до 19 лет), III группа (стаж работы от 20 до 30 лет) и IV группа (от 31 до 44 лет). Мы использовали следующий диагностический инструментарий: анкетирование, опрос, «Диагностика уровня эмоционального выгорания» по методике В.В. Бойко. Приведем наиболее значимые показатели. На вопрос: «Что является для вас наиболее травмирующим в работе педагога?» более 50% ответили, что испытывают сильные эмоциональные нагрузки, связанные с боязнью не выполнить или плохо выполнить предстоящую работу. На вопрос: «Имеете ли вы какие-либо из представленных симптомов у себя?» респонденты ответили следующим образом: 40% педагогов имеют проблемы со сном, у 17 % работников отмечается высокое артериальное давление, 13% педагогов отметили, что испытывают головные боли. У 8% педагогов имеются проблемы с желудочно-кишечным трактом. Очевидно, что стрессовые ситуации оказывают негативное воздействие на психосоматическое здоровье педагога и, как следствие, снижают качество его работы.

На следующем этапе мы провели диагностику эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко, которая позволяет оценить фазу эмоционального выгорания и выраженность тех или иных симптомов

в каждой фазе. Для углубленного анализа полученных результатов мы рассмотрели сложившиеся фазы у педагогов по группам. В I группе фаза напряжения сложилась у 22% педагогов, фаза резистентности сложилась в этой группе у 18%, истощения – у 7%. Стадия напряжения является предвестником и «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания [1]. На этой фазе педагог может переживать личностную тревогу, разочарование в себе, в профессии. Довольно много педагогов находится и в фазе резистентности, что может говорить об «экономии» эмоций, в том числе и о неадекватном избирательном эмоциональном реагировании. Относительно небольшой процент педагогов находится в фазе истощения, которая характеризуется падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Во II группе мы констатировали следующие результаты: фаза напряжения сложилась у 15% педагогов, 28% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 18% педагогов. По сравнению с первой группой мы видим нарастающие симптомокомплексы в фазах резистентности и истощения, возможно из-за накопления стрессовых ситуаций, повышенных нагрузок, зависящих от стажа работы. В этой группе при опросе педагоги высказывали свои переживания о чувстве недовольства собой, профессией, которой занимаются. В III группе фаза напряжения сложилась у 27% педагогов, 35% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 24% педагогов. Анализ опроса в этой группе показал еще большее количество недовольных педагогов. В группе IV фаза напряжения сложилась у 15% педагогов, 19% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 17% педагогов. В этой группе выраженность фаз умеренная, возможно, это свидетельствует о том, что большой стаж работы оставляет в профессии людей, преданных своему делу, гибких, научившихся преодолевать профессиональные трудности.

После интерпретации результатов диагностики мы разработали план работы по здоровьесбережению, направленный на профилактику профессионального выгорания. С коллективом проводилась

профилактическая работа, а именно: игра «Построиться по росту» (Г.Б. Моница, Е.К. Лютова) [4]. Цель: выявление фрустрированных потребностей человека. Игра-приветствие «Локотки» (К. Фопель). Цель: установление контактов между участниками. «Техники избавления от негативных эмоций». Цель: освобождение от негативных эмоций социально приемлемым способом. Упражнение «Похвалилки» (Ю.Е. Большова). Цель: получение психологической поддержки, заряда положительных эмоций. Супервизия как профилактика и экстренная мера помощи при синдроме выгорания.

Повторное анкетирование и диагностика уровня эмоционального выгорания показали следующие результаты. На вопросы, касающиеся физического и психологического самочувствия, лишь 2% опрошенных высказали жалобы на здоровье. В I группе сложилась фаза резистентности у 9%, фаза истощения сложилась у 1%. Во II группе мы констатировали следующие результаты: фаза напряжения сложилась у 7% педагогов, 15% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 11% педагогов. В III группе фаза напряжения сложилась у 6% педагогов, 21% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 12% педагогов. В IV группе фаза напряжения сложилась у 5% педагогов, 7% находятся в фазе резистентности, и, наконец, фаза истощения у 9% педагогов. Во всех группах улучшились показатели по трем фазам эмоционального выгорания. Таким образом, анализ результатов позволяет сделать вывод о том, что проведенная профилактическая работа дала положительные результаты. Данные технологии могут быть использованы для профилактики «выгорания» у социальных работников, психологов, педагогов, студентов и других специалистов, работающих в социальной сфере, профилактике межличностных конфликтов [1].

Список литературы

1. Абдурахманов Р.А. Социальная психология личности, общения, группы и межгрупповых отношений / Р.А. Абдурахманов. – Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2018. – 368 с. – Текст: непосредственный.
2. Абдурахманов Р.А., Глебская О.В. Влияние жизнестойкости сотрудников образовательных учреждений на выраженность профессионального выгорания / Р.А. Абдурахманов, О.В. Глебская – Текст: непосредственный // Современные социально-экономические процессы: проблемы, закономерности, перспективы. Сборник статей II Международной научно-практической конференции: в 2 частях. – М., 2017. – С. 156-159.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 28 с. – ISBN 5-87499--048-8 – Текст: непосредственный.
4. Никишина Ю.А. Профилактика синдрома профессионального выгорания педагога: методические рекомендации / сост. Ю.А. Никишина Саратов: ГАУ ДПО «СОИРО», 2020. – 64 с. – Текст: непосредственный.
5. Чердымова Е.И. Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография / Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев. – Самара: Изд-во Самарского университета, 2019. – 124 с. – Текст: непосредственный.
6. Феоктистова С.В., Кулева И.В. Взаимосвязь особенностей темперамента и стратегий поведения личности в конфликте / С.В. Феоктистова, И.В. Кулева – Текст: непосредственный // Материалы Международной научно-практической конференции, ТГУ, Тверь, 2014. – С. 209-213.
7. Феоктистова С.В., Купцова Л.А., Абдурахманов Р.А. Влияние работы в условиях пандемии COVID-19 на возникновение синдрома профессионального выгорания медицинских работников / С.В. Феоктистова, Л.А. Купцова, Р.А. Абдурахманов – Текст: непосредственный // Психология

труда, организации и управления в условиях цифровой трансформации общества. – Тверь: Тверской гос. университет, 2021. – С. 295-305.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРАКТИКИ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Фещенко Марина Владимировна

(Негосударственное образовательное частное учреждение «Высшая Школа психологического консультирования», г. Москва)

Аннотация. Данная статья затрагивает тему профессионального выгорания у педагогов, психологов, работающих с детьми с ОВЗ. Мы предполагаем, что хороший контакт с телом, внимание к телесным реакциям и сигналам является необходимым условием безопасности, как физической, так и психоэмоциональной; а телесные практики могут служить инструментом профилактики выгорания.

Ключевые слова: телесно-ориентированные практики, профессиональное выгорание, стресс, эмоциональное выгорание педагогов, здоровьесбережение педагога.

Работа в социальной сфере, в том числе с людьми с ОВЗ, требует большой эмоциональной вовлеченности, при этом есть необходимость сдерживать эмоции, «сохранять лицо» и демонстрировать социально приемлемое поведение. Специалисты нередко встречаются с чувством бессилия, невозможностью повлиять на ситуацию, гневом. Также часто имеют место отложенные результаты деятельности, необходимо долго и упорно работать без гарантий, что это принесет ожидаемые изменения. Необходимо замечать и фиксировать малейшие улучшения, иначе возникает риск обесценивания собственной деятельности и, как следствие, профессиональное выгорание. Могут возникать специфические трудности, связанные с особенностями здоровья подопечных, что создает

необходимость в дополнительных адаптивных действий со стороны педагога/психолога.

Условия труда, способы организации деятельности не всегда дают возможность заметить и отразить свое эмоциональное и физическое состояние. Становится привычным игнорирование своего тела и естественных потребностей, так как всегда есть более важные задачи, внимание направлено вовне, на другого человека или процесс. При этом высока вероятность пропустить сигналы о собственном физическом/эмоциональном неблагополучии. Для восприятия таких сигналов нужен хороший контакт с телом, умение распределять внимание и учитывать свое самочувствие. «За игнорирование или искажение сигналов своего тела мы расплачиваемся неспособностью определять, что представляет для нас истинную опасность или вред, а также – что не менее губительно – что для нас безопасно или полезно» [1, с. 111].

При длительном стрессе страдают пищеварительная и репродуктивная системы, повышается раздражительность, утомляемость, снижается концентрация внимания, работоспособность. Снижается эмоциональный фон, преобладает раздражительность или апатия. Можно обратить внимание в целом на восприятие внешних стимулов, притупление вкусовых, обонятельных, тактильных ощущений, снижение сексуального влечения, общей витальности, понижение уровня энергии. Также тревожным сигналом становится нарушение сна и пищевого поведения. По Г. Селье, при стрессе на третьей стадии общего адаптационного синдрома наступает истощение: «Организм не всегда может успешно приспособиться к стрессовому фактору и вынужден продолжать стресс-ответ. Достаточно интенсивное или длительное воздействие стрессора ведет к истощению. Жизненно важные функции организма снижаются, сопротивляемость ниже изначального уровня...» [4, с. 118].

Профессиональное выгорание

В настоящий момент выгорание определяют как устойчивую реакцию на хронический рабочий стресс, состоящую из трех компонентов:

- 1) переживание истощения эмоциональных и физических ресурсов (эмоциональное истощение);
- 2) безразличие, отстраненное отношение к клиентам или работе в целом;
- 3) чувство некомпетентности или отсутствия достижений и продуктивности на работе (Maslach, Leiter, 2008) [1].

Выгорание как поиск и дефицит личных смыслов описывает Н.В. Гришина. Акцент при этом не на внешних условиях, а на внутриличностном конфликте. Выгорание – это «плата за нереализованные жизненные ожидания», его причиной является «неудачный поиск смысла жизни в профессиональной деятельности» [2, с. 143].

Телесно-ориентированные практики в работе с выгоранием:

1. Если рабочие задачи и условия труда объективно стрессогенные, встает вопрос, насколько возможно сохранять хороший контакт с телом и создавать условия для собственного благополучия.

Мы предполагаем, что это определенная привычка, навык замечать свое состояние и учитывать его. Способность выстраивать приоритеты, причем собственное состояние осознанно находится в приоритете по отношению к внешним задачам большую часть времени, за исключением отдельных случаев. Подобный навык можно тренировать и развивать на групповых занятиях, во время которых:

- много внимания уделяется телесным ощущениям, как экстероцептивным, так и проприоцептивным;
- с помощью специальных упражнений выстраивается ощущение собственных границ и опоры;
- есть возможность заметить и оценить свое состояние, избыточное напряжение в теле;

– участники получают опыт приятных ощущений от движения, тело – это источник удовольствия, а не только боли и усталости.

Группа также становится местом поддержки и взаимопомощи, возможностью разделить свои переживания с единомышленниками, обменяться опытом проживания сложных ситуаций и состояний.

2. Второй важный аспект телесной работы – внимание, направленное на себя, поиск ориентиров не только вовне, но и внутри, через ощущения, состояние, эмоции и контакт с бессознательным. Мы предполагаем, что здесь могут быть найдены ответы, которые невозможно получить извне, они приобретаются через собственный телесный и психоэмоциональный опыт, если у участника есть запрос на внутриличностные изменения.

3. Выход из роли «спасателя» по отношению к другим, переосмысление картины мира может происходить в том числе и через изменения отношений с собственным телом. Хороший контакт с телом позволит как вовремя останавливаться, так и опираться на те естественные, природные ресурсы, которые есть в теле, жить и работать не только в парадигме страдания и принуждения, но и удовольствия, радости, телесных ощущений как неотъемлемой части жизни.

Также отметим, что стресс сам по себе не является вредным для физического и эмоционального состояния. Риски возникают, когда стресс переходит в стадию дистресса, на которой начинается истощение, и у человека не хватает ресурсов справиться с ним самостоятельно, искать ресурсы для восстановления. Приведем цитату из Г. Селье: «Большинству людей в равной мере не нравится и отсутствие стресса, и избыток его. Поэтому каждый должен тщательно изучить самого себя и найти тот уровень стресса, при котором ему «комфортно», какое бы занятие он ни избрал. Кто не сумеет изучить себя, будет страдать от дистресса, вызванного отсутствием стоящего дела либо постоянной чрезмерной перегрузкой...» [3].

Список литературы

1. Ван дер Колк Б. Тело помнит все / Б. Ван дер Колк. – М.: Эксмо, 2020. – 464 с. – Текст: непосредственный.
2. Гришина Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы / Н.В. Гришина – Текст: непосредственный // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова и Л.А. Коростылевой. – СПб., 1997. – С. 237-245.
3. Китаев-Смык Л.А. Стресс. Эмоции и соматика / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Академический проект, 2021. – 461 с. – Текст: непосредственный.
4. Тодоров И.Н., Тодоров Г.И. Стресс, старение и их биохимическая коррекция / И.Н. Тодоров, Г.И. Тодоров. – М.: Наука, 2003. – 479 с. – Текст: непосредственный.

ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Шлык Наталья Владимировна

(Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение

Детский сад № 389, г. Челябинск)

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ. Раскрывается содержание основных понятий, проводится анализ изучаемой проблемы, характеристика понятия «ответственность». В статье представлены психолого-педагогические условия формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, ответственность, формирование ответственности, качество личности, самостоятельность, старший дошкольный возраст.

В современном российском обществе происходят существенные изменения, серьезные требования предъявляются к таким свойствам личности, как гражданственность, нравственность, ответственность, самостоятельность, которые помогают человеку адаптироваться к постоянно меняющейся действительности. Одним из важнейших, по нашему мнению, среди них выступает именно ответственность, которая формируется, начиная с дошкольного возраста.

Актуальность воспитания ответственности у детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), начиная с дошкольного возраста, в настоящее время обусловлена требованиями общества. Современному ребенку необходимо быть мобильным, понимать и принимать свои возможности, быть общительным как со взрослыми, так и со сверстниками, быть ответственным и самостоятельным в принятии решений, проявлять стремление к выполнению порученного ему дела, испытывая при этом чувства удовлетворенности и гордости от его выполнения и достижения результата.

Вопросами формирования представлений, суждений об ответственности у детей занимались отечественные и зарубежные педагоги, психологи: Л.И. Божович, З.Н. Борисова, В.Г. Нечаева, А.В. Запорожец, Л. Колберг и другие. Результаты их исследований, направленных на изучение особенностей формирования ответственности у дошкольников с ОВЗ, свидетельствуют о недостаточном уровне сформированности, что во многом связано с неэффективностью традиционного подхода к осуществлению процесса формирования в дошкольном возрасте таких качеств личности, как ответственность, нравственность, самостоятельность.

Анализ научных исследований по теме позволил нам увидеть противоречие между необходимостью расширения возможностей детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ и недостаточной разработанностью психолого-педагогических условий и методических основ, обеспечивающих эффективность работы в данном направлении.

В своей работе в данном направлении в первую очередь мы провели на базе МБДОУ «Детский сад № 389 г. Челябинска» исследование по определению уровня формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ.

Также нами был проведен опрос (анкетирование) среди педагогического коллектива ДОО. Анкетирование педагогов показало, что все осознают необходимость формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ, но педагогам трудно конкретизировать и предложить методики, технологии по данной проблеме, 10% (13 человек) уделяют этому вопросу внимание в собственной педагогической практике, достаточно большое количество педагогов (87%) выражают готовность осуществлять процесс формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ при наличии полной теоретической и практической разработки данной проблемы.

По результатам исследования мы пришли к выводу о внедрении в образовательный процесс ДОО педагогической технологии, направленной на формирование ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ.

Педагогическая технология по формированию ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ представляет собой взаимосвязанный и последовательный процесс по реализации трех этапов:

- 1 этап – формирование представлений детей об ответственности;
- 2 этап – формирование практических навыков ответственного поведения;
- 3 этап – сознательное и самостоятельное использование накопленного опыта ответственного поведения в образовательном процессе.

Сравнительный анализ данных исследования (начальный и итоговый срез) позволил сделать вывод о том, что в результате внедрения педагогической технологии, направленной на формирование ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ, количество детей, имеющих

формально-ответственный уровень, снизилось на 29,2%. Число детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ с инициативно-ответственным уровнем сформированности ответственности увеличилось на 41,7%.

В тех группах, где целенаправленная работа по формированию ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ не проводилась, то есть образовательный процесс был организован в соответствии с адаптированной образовательной программой ДОО, результаты значительно ниже, наблюдается в основном рост ответственности на исполнительно-ответственном уровне.

Проводя работу в направлении формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ, мы пришли к выводу, что данная работа предполагает комплексное, целенаправленное воздействие на определенные личностные структуры, и оно не может быть осуществлено стихийно, каким-либо педагогом в отдельности, оно требует объединения усилий воспитателей и специалистов (дефектолога, педагога-психолога, учителя-логопеда), которое может быть осуществлено на основе специально разработанных, педагогически и психологически обоснованных технологий, учитывающих специфику конкретного возраста.

Хотим отметить, что дошкольным образовательным организациям остро необходимо, во-первых, внедрение в образовательный процесс педагогической технологии, направленной на формирование ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ в различных видах деятельности, во-вторых, разработка плана подготовки педагогического коллектива к внедрению данной педагогической технологии в образовательный процесс ДОО.

Именно от комплекса вышеперечисленных психолого-педагогических условий будет зависеть успешность результатов в направлении формирования ответственности у детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ.

Список литературы

1. Ильин Е.П. Психология воли / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 368 с. – Текст: непосредственный.
2. Майер А.А. Сопровождение профессиональной успешности педагога ДОУ / А.А. Майер. – М.: ТЦ Сфера, 2012. – 128 с. – Текст: непосредственный.
3. Маклаков А.Г. Общая психология: Учебник для вузов / А.Г. Маклаков – М.; СПб.: Питер, 2014. – 583 с. – Текст: непосредственный.
4. Новикова И.М. Организационно методические основания формирования здоровьесберегающей компетентности старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья / И.М. Новикова – Текст: непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.
5. Рыбина Н.П. Методическая работа с воспитателями детского сада / Актуальные вопросы современной педагогики: материалы II междунар. науч. конф. / Н.П. Рыбина. – Уфа: Лето, 2012. – Текст: непосредственный.
6. Тихомирова О.В. Методика обучения и воспитания в области дошкольного образования: учебник и практикум для академического бакалавриата / О.В. Тихомирова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2018. – 155 с. – Текст: непосредственный.
7. Урунтаева Г.А. Дошкольная психология: Учеб. пособие для студ. пед. заведений. / Г.А. Урунтаева – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 336 с.

СИСТЕМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ В ИНКЛЮЗИВНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ДОШКОЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Юрченко Татьяна Ивановна,
Вечканова Ирина Геннадьевна,
Жукова Анастасия Евгеньевна

(Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
детский сад № 83 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга)

Аннотация. В статье представлена система оздоровления и абилитации воспитанников инклюзивного ДООУ, включающая интеграцию следующих форм работы: применение здоровьесберегающих технологий, абилитационные программы для детей с ОВЗ в комплексе с познавательно-исследовательскими и физкультурно-оздоровительными проектами для дошкольников, применение учебно-методического пособия альтернативной и дополнительной коммуникации «Движение» (АДК для АФК), эффективную организацию профилактических мероприятий по предупреждению роста общей заболеваемости.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, абилитация детей с ОВЗ, профилактика заболеваемости, мониторинг здоровья воспитанников, сенсомоторная интеграция, система оздоровления.

Одним из основных показателей работы ДООУ является здоровье воспитанников. С целью его сохранения и укрепления, а также для снижения порога общей заболеваемости проводятся специализированные профилактические мероприятия по ее предупреждению, внедряются инновационные технологии здоровьесбережения, создаются абилитационные программы для детей с ОВЗ. В инклюзивном детском саду № 83 в комплексе развивается целостная интегративная система междисциплинарного взаимодействия специалистов, направленная на оздоровление и абилитацию детей с ОВЗ.

Одной из приоритетных задач на протяжении двух последних учебных лет в ГБДОУ детский сад № 83 является мониторинг состояния здоровья воспитанников, который подразумевает не только сбор медицинских показателей (групп здоровья, антропометрические показатели, индекс заболеваемости), но и анализ социально-психологической адаптации ребенка в коллективе, его физическую подготовленность.

Данные, получаемые в ходе медицинских обследований, психологических тестирований, диагностики физического развития детей, анкетирования и бесед с родителями, консультирования педагогов, наблюдений на занятиях по физкультуре и плаванию, а также экспериментальное исследование с использованием программно-аппаратного комплекса ПАКПФ-02 (диагностического оборудования для оценки уровня развития моторно-психических реакций и сенсорно-перцептивных способностей детей) [1] необходимы нам для внедрения в работу дополнительных приемов и форм, стимулирующих здоровьесбережение и рост физического развития детей с учетом личностно-ориентированного подхода к каждому воспитаннику.

Рассмотрим основные направления медико-психолого-педагогической деятельности ДОУ, определяющие систему оздоровления и реабилитации воспитанников.

1. Оптимизация работы специалистов медицинского блока.

Следуя рекомендациям ВОЗ, Санитарным правилам СП 2.4.3648-20 от 28.09.2020, согласно Приказу заведующего о санитарно-эпидемиологическом режиме и проведении дезинфекции с 1 сентября 2020 г. усилены меры санитарно-гигиенической профилактики заболеваемости. Ведется своевременное выявление заболевших, их незамедлительная изоляция, дополнительный контроль за детьми и взрослыми в группах, где был выявлен COVID-19, взаимодействие с детской поликлиникой по вопросам наблюдения заболевших семей, контроль медотвода детей от прививок, физических нагрузок и оздоровления в бассейне. В качестве

профилактических мер все группы в течение года курсами посещают соляную пещеру, в каждом помещении работают бактерицидные облучатели, очистители, увлажнители воздуха.

2. Комплексное планирование образовательной деятельности с детьми, отражающееся: в годовом учебном плане, в плане Рабочей программы воспитания, в плане работы с родителями, в планы взаимодействия специалистов – педагогов, медицинского персонала и службы психологического сопровождения. В 2020 учебном году в план учебно-воспитательной работы ДОО для воспитанников были введены два обязательных проекта. Кратко рассмотрим основные составляющие этих проектов.

Цель познавательно-исследовательского проекта для детей старшего дошкольного возраста «Укрепляй иммунитет» – сформировать у детей представление о понятии «иммунитет человека», развивать интерес по приобретению знаний в сфере здоровья, воспитывать бережное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих. Проект состоит из цикла занятий воспитателей по темам: «Гигиена», «Витамины», «Фитонциды», «Прививки», «Аптекарский огород», «Солнце, воздух и вода». Занятия проходят в биолоборатории, в группах и на прилегающей территории. Они включают проведение экспериментов, изучение объектов окружающего мира под микроскопом, изготовление капсул здоровья, наблюдение за выращиванием зелени в микротеплице, выращиванием трав в аптекарском огороде на территории ДОО и др. Итоговым продуктом проекта является изготовление лифлет для совместного досуга детей и родителей.

Цель физкультурно-оздоровительного проекта для детей всех возрастов ДОО «5 спутников здоровья» – способствовать накоплению у детей конкретных представлений о правилах здорового образа жизни, формировать осознанное отношение к своему здоровью с детства, приобщать к занятиям физкультурой и спортом, приобщать родителей к участию в воспитательно-образовательном процессе. Продуктами проекта стали: совместная выставка

работ на тему «Спортивный Петербург», конкурсы фотоколлажей «Моя спортивная семья», изготовление буклетов для детей и родителей «Секреты здоровья». Всемирный День Здоровья 7 апреля для педагогов и специалистов – традиционный повод напомнить воспитанникам и их родителям о главных секретах здорового образа жизни. На неделе здоровья проходят сюжетно-тематические досуги по физкультуре в форме квестов, в ходе которых дети обсуждают тему спутников здорового образа жизни – обязательное соблюдение режима дня, правильное и здоровое питание, соблюдение личной гигиены, закаливание. В рамках этого проекта дети показывают свои спортивные достижения.

В вариативную часть рабочей программы инструктора по физкультуре (ИФК) для воспитанников старшего дошкольного возраста, посещающих группы комбинированного вида, добавлен раздел по внедрению элементов спортивных игр – флорбола как юнифайд-движения Специальной Олимпиады, бочка как одного из видов Паралимпийского спорта. Внедрение элементов этих игр успешно апробируется на занятиях по физической культуре с 2020 учебного года [4].

3. Сенсомоторная интеграция.

По направлению «адаптивная физическая культура» и во время коррекционно-развивающих занятий в Центре сопровождения ребенка с ОВЗ активно используется сенсорно-динамическое пространство [2]. Индивидуальные маршруты психолого-педагогической абилитации реализуются за счет применения тренажеров сенсорной интеграции (бревно, бочка, платформа, тоннель) и способствуют решению многочисленных задач по развитию как физических качеств и двигательной сферы, так и познавательной сферы, когнитивных процессов воспитанников. Предметно-манипулятивные, сенсорно-телесные, сенсорно-сюжетные, сюжетно-ролевые игры по сенсомоторной интеграции сочетаются и с другими традиционными формами работы и здоровьесберегающими технологиями – сказкотерапией, логоритмическими и дыхательными

упражнениями, массажем и самомассажем, пальчиковой и нейрогимнастикой.

4. Внедрение новых форм работы для воспитанников групп комбинированного вида.

Для категории детей с ОВЗ характерны общая соматическая ослабленность, отставание в развитии двигательной сферы, проявляющиеся в нарушениях координации движений, недоразвитии тонкой моторики, неуверенности в выполнении дозированных движений, пониженной скорости и ловкости выполнения заданий [3].

С целью повышения эффективности занятий по физическому развитию с детьми с различными нарушениями развития, в том числе с генетическими заболеваниями (синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Мебиуса, синдром Нунана), а также в группах комбинированного вида, которые преимущественно посещают воспитанники с тяжелыми нарушениями речи, нами был разработан и успешно апробирован набор кубиков «Движение» (АДК для АФК) / ООО «Инклюзия» Санкт-Петербург [5]. Набор состоит из кейса с двенадцатью мягконабивными кубиками с изображением на каждой стороне пиктограмм и карточек с изображением плоскостных пиктограмм, соответствующих изображениям на гранях кубиков. Пособие применяется как универсальное дополнительное средство поддержки и развития детей, облегчающее обучение двигательным действиям. Оно направлено на коррекцию моторно-двигательного и психофизического развития детей, используется как во время физкультурных занятий, так и на тематических физкультурных досугах, физкультурно-музыкальных праздниках, квестах, во время оздоровления в бассейне, в индивидуальной работе со специалистами, на коррекционно-развивающих занятиях и занятиях по АФК. Способы подачи материала через игровые ситуации с кубиками в условиях инклюзивных физкультурных занятий значимы для расширения возможностей каждого ребенка с ОВЗ, а также полезны для нормотипичных детей. Основным достоинством включения игровой технологии

с использованием кубиков «Движение» мы считаем то, что дети с разными возможностями стали активнее взаимодействовать друг с другом при выполнении необходимого двигательного действия.

По результатам медицинских статистических данных проведен сравнительный анализ общей заболеваемости воспитанников за два учебных года. Выявленные данные указывают на достаточную стабильность показателей общей заболеваемости: 1420 случаев на 615 воспитанников за 2020/2021 учебный год против 1481 случая на 628 детей за 2021/2022 учебный год. Динамика показателей физического развития воспитанников за последние два учебных года (2020-2022 гг.) положительная, достигнут хороший уровень усвоения детьми раздела образовательной программы по формированию здорового и безопасного образа жизни, овладения культурно-гигиеническими навыками.

Вышеописанные меры профилактики в совокупности с использованием разнообразных форм работы, технологий здоровьесбережения, реабилитационных программ и психофизиологическим мониторингом оценки здоровья и развития воспитанников позволяют сдерживать порог общей заболеваемости, сохранять хороший уровень посещения. Оздоровительная, профилактическая, реабилитационная работа в ДОУ успешно осуществляется в структуре междисциплинарного взаимодействия (психолого-медико-педагогического) через интеграцию воспитательно-образовательного процесса с физкультурно-оздоровительной работой и при сотрудничестве с медицинским блоком.

Список литературы

1. Арсеньева М.В., Баряев А.А., Голуб Я.В., Миккоева Н.В. Программно-аппаратный комплексный модуль «СИГВЕТ» (Версия ПАКПФ-02). Методика проведения исследований: Учебно-методическое пособие для педагогов, психологов и родителей / В.Л. Жевнеров, предисл.; Л.В. Лопатина, введение. – СПб.: Изд-во ЦДК проф. Л.Б. Баряевой, 2016. – Текст: непосредственный.

2. Буркова С.А. Сенсомоторная интеграция как предмет исследования: краткий обзор иностранных исследований / С.А. Буркова – Текст: непосредственный // Вестник психофизиологии. – 2021. – № 1. – С.17-23.

3. Лопатина Л.В. Теоретические подходы к изучению и коррекции нарушений двигательной сферы у детей с речевой патологией / Л.В. Лопатина – Текст: непосредственный // Специальное и инклюзивное образование: теория и практика. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2020. – С. 21-85. – Текст: непосредственный.

4. Шульгина Е.В. Организация занятий флорболом в дошкольном образовательном учреждении / Е.В. Шульгина – Текст: непосредственный // Детский тренер. – 2007. – № 4. – С. 126-147.

5. Юрченко Т.И. Кубики «Движение» – игровые технологии физического образования детей с тяжелыми нарушениями речи / Т.И. Юрченко – Текст: непосредственный // Адаптивная физическая культура. – 2022. – № 3. – С. 26-29.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В ИНКЛЮЗИВНОЙ ПРАКТИКЕ УЧИТЕЛЯ

Яхно Гузель Фаатовна

(Казенное общеобразовательное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Урайская школа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», ХМАО – Югра)

Аннотация. В статье представлен опыт применения эффективных методов и приемов обучения детей с ОВЗ в инклюзивной практике учителя-предметника.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, педагогические технологии, инклюзивные практики.

Инклюзивное образование есть специфическая форма организации учебно-воспитательного процесса, в котором принимается и понимается любой обучаемый независимо от индивидуальных особенностей. Это процесс совместного образования, в рамках которого реализуется методика индивидуального подхода. Инклюзия как своеобразная философия удовлетворяет потребности в образовании, раскрывает и развивает индивидуальные способности, поддерживает и придает уверенность, способствует хорошей адаптации, социализации, самореализации, приобретению опыта (коммуникативного, социального, психологического) [1, с. 13].

В рамках инклюзии учитываются индивидуальные особенности и интеллектуально-личностный потенциал, которые развиваются, переводятся в созидательное русло и оцениваются в позитивном плане.

Важным аспектом в инклюзивной практике учителя-предметника является содействие развитию ребенка, создание условий для реализации его внутреннего потенциала, оказание помощи в преодолении и компенсации отклонений, мешающих его развитию. Достижение этой цели возможно лишь в том случае, если коррекционно-развивающая, обучающая работа строится с учетом возрастных особенностей детей и особенностей развития их когнитивных функций.

У детей с ОВЗ достаточно часто отмечается незрелость мотивации учебной деятельности, быстрая утомляемость, снижены самостоятельность и трудоспособность, недостаточный уровень познавательной активности, а также низкий уровень развития внимания, мышления, памяти (непроизвольной, произвольной, долговременной и кратковременной), речи. При планировании и выстраивании тактики коррекционно-развивающей работы необходимо ориентироваться на зоны ближайшего и актуального развития, которые позволяют обучению «вести за собой» развитие.

Поэтому педагог, работающий в инклюзивном классе, должен четко знать:

1. Какие высшие психические процессы необходимо развивать у ребенка на уроке, при изучении той или иной темы.

2. С помощью каких средств развивать то или иное качество, функцию, психический процесс.

3. Как осуществлять мониторинг уровня развития психических функций и процессов.

Перед учителем встает задача поиска эффективных методов и приемов обучения, разработки и проведения интересного, информативного, не наносящего вреда здоровью, но в то же время доступного для восприятия ребенка с ОВЗ урока.

К.Д. Ушинский писал: «Учите ребенка каким-нибудь неизвестным ему пяти словам – он будет долго и напрасно мучиться, но свяжите двадцать таких слов с картинками, и он их усвоит на лету».

Наилучшими технологиями обучения детей с ОВЗ, исходя из моего практического опыта, являются следующие.

Игровая – можно заинтересовать учащихся и преподнести материал в более легкой, доступной форме. Использование данной технологии позволяет задействовать все каналы восприятия информации [2, с. 84].

Например, вводный урок по истории Древнего мира можно провести как урок-игру «Археологические раскопки». Для проведения урока я использую ящик с песком, в котором зарыты древние предметы (настоящие музейные экспонаты: подвеска, подкова, костяной нож, свиток, осколок глиняной посуды, старинная монета). Музейный экспонат – важный способ окунуть ребенка в незнакомый мир прошлого, позволяет сделать урок более образным и запоминающимся. Дети самостоятельно откапывают предметы при помощи различных инструментов. Работают лопатками, грабелями, кисточками. Изучая находки, учащиеся узнают, какие бывают исторические источники (письменные, вещественные и изобразительные), а песок снижает внутренние зажимы, неуверенность и благоприятно влияет на общее психоэмоциональное состояние.

При изучении исторической эпохи применяю прием «Творческая реконструкция исторического прошлого», который позволяет детям воссоздать реальные предметы, что способствует усвоению сложного учебного материала. Например, при изучении темы «Древнейшие люди» дети изготавливают из природного материала жилище древнего человека, орудия труда, оружие.

Заключительным этапом работы детей является умение рассказать о своей поделке. Данный прием способствует развитию сотрудничества, формированию коммуникативных навыков, сплочению детей, повышает мотивацию, создает благоприятный психологический климат.

Также я использую в своей практике проектную технологию, которая позволяет гармонично дополнять традиционную классно-урочную систему. Она тесно связана с жизнью, практикой, мотивирует учащихся самостоятельно познавать окружающий мир, самоутверждаться и самореализовываться в разнообразной учебной и практической деятельности [2, с. 244].

Технология проектного обучения применялась мною в 5-х классах на занятиях по внеурочной деятельности в рамках изучения курса «Основы духовно-нравственной культуры народов России». Мы с ребятами выбрали тему проекта: «Традиции и быт народов ханты и манси». В ходе работы над проектом дети собирали материал, изучали его и изготавливали своими руками предметы быта коренных народов Югры.

В результате реализации проекта ребята смогли хорошо изучить и представить жизнь коренных народов Югры, получить продукт – экспонаты для школьного музея, защитить данный проект на школьном уровне и провести экскурсии для обучающихся школы.

В заключение хотелось бы отметить, что образование детей с особыми потребностями является одной из основных задач современного общества.

Главная задача педагога, на мой взгляд, – это создать учащимся такие условия, где каждый сможет чувствовать причастность и востребованность

своих действий, дать возможность каждому ребенку, независимо от его потребностей и других обстоятельств, полностью реализовать свой потенциал.

Список литературы

1. Педагогика и психология инклюзивного образования: учебное пособие / Д.З. Ахметова, З.Г. Нигматов, Т.А. Челнокова, Г.В. Юсупова и др. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – 255 с. Текст: непосредственный.

2. Педагогические технологии: Учебное пособие для студентов педагогических специальностей / Под общей редакцией В.С. Кукушина. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д.: издательский центр «МарТ», 2006. – 336 с. Текст: непосредственный.