

предполагающей использование не только медикаментозной терапии, направленной преимущественно на купирование болевого синдрома, но и при максимально полном использовании таких средств реабилитации как лечебная гимнастика и массаж.

На основании результатов исследования были сформулированы следующие **практические рекомендации**:

1. Для повышения эффективности реабилитационного процесса у пациентов, страдающих дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, рекомендуется комплексное использование таких средств реабилитации как медикаментозная терапия, массаж и лечебная гимнастика.

2. Более выраженный положительный эффект достигается при регулярном проведении курсов массажа 10–15 процедур не реже 1 раза в 6 месяцев и систематического, не реже 2-х раз в неделю выполнения комплекса лечебной гимнастики.

3. В индивидуальных и групповых беседах необходимо создавать у пациентов мотивацию активного образа жизни, включающего регулярное использование физических упражнений и соблюдения статодинамического режима в повседневной жизни.

Литература

1. Алексеев, В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице / В.В. Алексеев // Consilium medicum. 2002. – № 2. – С.96–102.

2. Жарков, П.Л. Лечение движением (гинезитерапия) в домашних условиях и в лечебном учреждении при болях в опорно-двигательной системе / П.Л. Жарков, Э.Г. Мартиросов, А.П. Жарков. – М., 2002 – 278 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ю.В. Гапоненок, Е.М. Дядичкина*, И.В. Каплич***

***Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,
Республика Беларусь**

****Витебский областной детский клинический центр,
Республика Беларусь, e-mail: yuliya.gaponenok@gmail.com**

В статье представлены результаты анализа современного состояния адаптивной физической культуры, предложены рекомендации по совершенствованию организации образовательного процесса по учебному предмету «Адаптивная физическая культура».

Ключевые слова: дети с тяжелыми множественными нарушениями, адаптивная физическая культура, образовательный процесс.

По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в 2018 году численность инвалидов-детей в возрасте до 18 лет составила 32026 [4]. Право на образование каждого гражданина Республики Беларусь закреплено в ряде нормативных правовых документов, международного, национального и государственного уровня: Конвенция о правах ребенка (1989, ст. 23 п.1, 27 п.1, 28 п.1); Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993, правило 6 Образование); Саламанкская Декларация лиц с особыми потребностями принята Всемирной Конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество (1994, п.2.); Закон Республики Беларусь о специальном образовании (2004), Кодекс Республики Беларусь об образовании (с 2011). Конвенция о правах инвалидов (2016, ст. 24 Образование), национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы являются основополагающими документами.

В настоящее время система специального образования представлена широкой сетью учреждений: специальные дошкольные учреждения, специальные общеобразовательные школы, вспомогательные школы, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. По мере развития специального образования, проблема образования детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями, в частности детей, находящихся на паллиативной помощи, проживающих в учреждениях социального обслуживания, домах-интернатах, привлекает все более пристальное внимание отечественных и зарубежных ученых. В Республике Беларусь 9 домов-интернатов для детей с особенностями психофизического развития. Проживающие там дети, получают специальное образование в специальных условиях на уровне дошкольного и общего среднего образования. Важно учитывать, что дети-инвалиды, находящиеся на паллиативной помощи различны как по тяжести нарушения, так и по возрасту (от 4 до 18 лет) и все отличаются своеобразием. Ведущее место в перинатальной патологии нервной системы занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма вызывающая структурные изменения нервной системы. В последующем обнаруживаются двигательные расстройства, эпилептические припадки и задержка умственного развития. Тяжесть повреждения спинного мозга варьирует от легкого растяжения до тяжелого кровоизлияния и разрыва, приводя к парезам и параличам конечности и выпадения чувствительности. Общая частота врожденных пороков развития составляет 15–42 на 1000 родившихся. Для наследственных болезней характерны сочетанные поражения нервной системы, внутренних органов, кожных покровов и опорно-двигательного аппарата.

Сложные нарушения и стойкие отклонения в развитии приводят к вынужденной гипокинезии детей, что в свою очередь приводит к гиподинамии и низкой функциональной активности органов и систем. В еще большей степени проблема дефицита двигательной активности затрагивает детей, находящихся на паллиативной помощи, которая предполагает комплексный (физический, эмоциональный, социальный, духовный) подход к больному ребенку, имеющему угрожающее жизни состояние, где высокая вероятность преждевременной смерти из-за его тяжести, но также есть вероятность длительного prolongation жизни до взрослого возраста [5]. Важно, не допустить стандартизацию в оказываемой помощи детям, а только обеспечивать улучшение качества жизни [4]. Поэтому дети с тяжелыми и множественными нарушениями нуждаются в целенаправленной помощи специалистов по адаптивной физической культуре в режиме всего дня. На них лежит главная ответственность за профилактику и коррекцию последствий болезни. Каждый ученик имеет свое индивидуальное учебное поле (Т.В. Лисовская, Т.В. Сидорко, М.Е. Скивицкая) [3].

Цель исследования – совершенствование организации образовательного процесса детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями по учебному предмету «Адаптивная физическая культура».

Материал и методы. Анализ научно-методической литературы, нормативных и правовых документов по проблеме исследования; педагогические наблюдения в процессе оказания паллиативной помощи детям с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями. Функциональное состояние организма детей оценивалось с использованием программно-аппаратного комплекса «Омега-М» (состояние покоя).

Результаты и их обсуждение. Порядок организации получения специального образования в детском доме-интернате определяет инструкция «О порядке организации получения специального образования в учреждении социального обслуживания», утвержденная постановлением Министерства образования Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 28.06.2011 № 48/55. В компе-

тенции учреждения образования входят следующие функции: реализация образовательных программ специального образования, коррекционная работа, обеспечение лиц с особенностями психофизического развития учебниками, учебными пособиями, консультативная помощь по вопросам обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития. Стационарное учреждение социального обслуживания определяет количество специальных классов, групп, создает специальные условия. Учреждение образования совместно со стационарным учреждением социального обслуживания, осуществляют постоянное наблюдение за личностным развитием, уровнем обучаемости и социальной адаптации детей.

Образовательный процесс детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляется посредством учебной работы по освоению учащимися ряда основных учебных дисциплин (учебный план и учебная программа центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации), в число которых входит учебный предмет «Адаптивная физическая культура». Цель, которой, максимально развить жизнеспособность детей посредством коррекции и компенсации нарушенных функций. В случае невозможности усвоения ребенком программных требований учебных программ в соответствии со статьей 279 Кодекса об образовании для лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями могут разрабатываться индивидуальные учебные планы и индивидуальные учебные программы.

Анализ состояния образовательного процесса в домах-интернатах по предмету «Адаптивная физическая культура» для детей, находящихся на паллиативной помощи позволяет выделить следующие проблемные аспекты.

Первый, нет программно-методического сопровождения по предмету «Адаптивная физическая культура» учитывающего особенности детей, находящихся на паллиативной помощи. Недостаточно четких рекомендаций по коррекции физических нарушений по различным нозологическим группам.

Вторая проблема, это наличие педагогических кадров. Многие педагоги, задействованные в процессе физического воспитания детей не имеют образования в области адаптивной физической культуры. Часто у специалистов складывается мнение, что при тяжелых заболеваниях дети нуждаются в ограничении двигательной деятельности, при этом отдавая предпочтения медикаментозным методам лечения. Педагоги зачастую избегают инициировать самостоятельные действия и решения в организации физического воспитания, так как нет методических рекомендаций, алгоритмов, инструкций по педагогическому сопровождению детей, находящихся на паллиативной помощи. В Республике Беларусь осуществляется подготовка специалистов в области адаптивной физической культуры. Безусловно, кадровый высококвалифицированный педагогический состав играет важную роль в образовательном процессе.

Третья проблема – сложность проведения мониторинга физического развития и физической подготовленности детей с тяжелой степенью психофизического развития. Л.Н. Ростомашвили (2009) справедливо отмечает: «Основу оценки состояния здоровья детей составляет комплексный, индивидуальный и дифференцированный подходы». Постоянный мониторинг достигнутых результатов за период педагогического воздействия позволит повысить качество образования [6].

Четвертая проблема – отсутствие стимулирующей среды двигательной активности. На сегодняшний день разработаны различные методики, позволяющие детям с тяжелыми двигательными нарушениями заниматься физическими упражнениями в вертикальном положении с оптимальной нагрузкой на опорно-двигательный аппарат, обеспечивая максимальную возможность формирования двигательных навыков. Существует современное реабилитационное оборудование для вертикализации, обучения передвижения: функциональные кровати, столы-вертикализаторы, подвесные системы, коляски–

вертикализаторы и др. К сожалению, на сегодняшний день это оборудование не распространено в домах–интернатах. Поэтому процесс вертикализации проходит тяжело и недостаточно эффективно [1].

При длительной обездвиженности происходит увеличение частоты сердечных сокращений, которое является проявлением неадаптированности организма, что проявляется в снижении парасимпатических и усилении симпатических регуляторных влияний, что связано с предшествующим эмоциональным воздействием на организм. Индекс напряженности регуляторных систем отражает степень централизации управления сердечного ритма. Этот показатель чрезвычайно чувствителен к усилению тонуса симпатической нервной системы. Даже незначительная нагрузка (физическая или эмоциональная) увеличивает ИН в 1,5–2 раза. Рост показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) говорит о снижении резерва адаптации.

К сожалению, данных, в медицинской документации о материально–бытовых условиях беременных женщин не имелось. 12 родившихся детей от первой беременности и родов имели в анамнезе низкие баллы по шкале Апгар, преждевременное излитие вод, длительный безводный период, родовая травма, срочные роды, преждевременные роды в 28–31 неделю беременности, тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Вес при рождении менее 2000г., составил у 8 новорожденных, более 4000 г. родился один ребенок, который получил травму во время родов. В одном случае произошли домашние роды, мать страдала бытовым пьянством. В настоящее время, согласно данным медицинских карт, у детей установлены следующие диагнозы:

детский церебральный паралич (ДЦП), генетическая патология (синдром Дауна), умственная отсталость, раннее органическое поражение центральной нервной системы (РОПЦНС), врожденная патология сердца, алалия.

Заключение. Адаптивное физическое воспитание занимает приоритетное место в образовательном процессе детей, имеющих стойкие нарушения в развитии. Поэтому одним из первых и главных условий развития детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями, а именно детей, находящихся на паллиативной помощи, является повышение двигательной активности. Показатели вариабельности сердечного ритма могут быть использованы при анализе состояния основных регуляторных систем организма для планирования и оценки эффективности мероприятий.

Литература

1. Гапоненок, Ю.В. Актуальные проблемы физического воспитания в условиях домов–интернатов /Ю.В. Гапоненок //Актуальные проблемы физической реабилитации и эрготерапии : материалы Международной научн.практ. конф., посвящ. 25–летию кафедры физической реабилитации, Минск, 29 марта 2018г. / Белорус.гос. ун-т физ. культуры; под общ. ред. Т.Д. Поляковой и М.Д. Панковой. – Минск : БГУФК, 2018. – С. 45–48.
2. Лисовская, Т.В. Педагогические основы воспитания и обучения детей с тяжелыми множественными психофизическими нарушениями : пособие : в 2 ч. / Т. В. Лисовская, Т.В. Сидорко, М.Е. Скивицкая ; под ред. Т.В. Лисовской. – Гродно : ГрГУ, 2015. – Ч. 1. – 70с.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://www.belstat.gov.by/>.– Дата доступа: 16.02.2016.
4. Организация паллиативной помощи детям в Республике Беларусь : учеб.-метод. пособие / /А.Г. Горчакова [и др.]; под ред. Н.Н. Саввы. – Минск : БелМАПО, 2011. – 23 с.
5. Ростомашвили, Л. Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития : учеб.пособие / Л.Н. Ростомашвили. – М. : Советский спорт, 2009. – 224 с.