

СВОЕОБРАЗИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Е.В. Галдобенко
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

На современном этапе в специальной психологии большинство исследований показывают, что нарушения эмоциональной сферы у детей с интеллектуальной недостаточностью затрудняют их социальную адаптацию. Проблемой изучения эмоциональной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью занимались такие учёные: Л.С. Выготский, И.М. Головина, С.Д. Забрамная, Л.В. Занков, Ю.Н. Кислякова, К.С. Лебединская, Е.Л. Набойкина, Т.Г. Никуленко, В.Г. Петрова, И.М. Соловьёв, А.Т. Токомбаева, О.Е. Шаповалова, Н.В. Шкляр и др.

Эмоциональное развитие школьников с интеллектуальной недостаточностью рассматривается в числе актуальных проблем коррекционной педагогики и специальной психологии, что связано как с недостаточной разработанностью теоретических аспектов этой проблемы, так и потребностями коррекционно-педагогической практики. Знание педагогом особенностей эмоционального отношения учащегося к тем или иным сторонам окружающей действительности является важным условием эффективности коррекционного воздействия.

Эмоциональная сфера детей с интеллектуальной недостаточностью, особенно младшего школьного возраста, характеризуется незрелостью и существенным недоразвитием. Петрова В.Г. выявила, что в ряде случаев, возникающие у школьников с интеллектуальной недостаточностью эмоции маловыразительны, однообразны, недостаточно дифференцированы, неадекватны оказываемым на них внешним воздействиям [2, с. 139].

Т.Г. Никуленко указывала на то, что у младших школьников с интеллектуальной недостаточностью отмечается задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение. У учащихся данной категории ограничен диапазон переживаний. С этим связаны частые затруднения понимания мимики и жестов, выразительных движений людей, изображений эмоций на картинке [1, с. 237].

Цель исследования – изучение понимания младшими школьниками с интеллектуальной недостаточностью эмоциональных состояний человека.

Материал и методы. Экспериментальное исследование понимания эмоциональных состояний по мимике человека и в рамках определённой ситуации учащимися с интеллектуальной недостаточностью было проведено на базе ГУО «Вспомогательная школа № 26 г. Витебска». В качестве методик были использованы: методика С.Д. Забрамной, О.В. Боровик на выявление понимания эмоциональных состояний по мимике человека, методика Л.Б. Фесюковой на выявление понимания эмоциональных состояний в рамках определённой ситуации.

Результаты и их обсуждение. Изучение понимания эмоциональных состояний по мимике человека младшими школьниками с интеллектуальной недостаточностью показало, что 58% учеников правильно определили и назвали эмоцию «радость», 75% – эмоцию «грусть», 33% – эмоцию «страх», 42% – эмоцию «гнева».

Изучение понимания эмоциональных состояний в рамках определённой ситуации младшими школьниками с интеллектуальной недостаточностью показало, что 75% учеников правильно определили и назвали эмоцию «радость», 83% – эмоцию «грусть», 67% – эмоцию «гнев», 17% – эмоцию «удивление», 42% – эмоцию «страх».

Как видно из полученных результатов, дети данной категории лучше определили эмоциональные состояния в рамках определённой ситуации, чем по мимике человека.

В рамках интерпретации полученных результатов нами было проанализировано умение младших школьников с интеллектуальной недостаточностью выявлять эмоциональные состояния по мимике человека и в рамках определённой ситуации. Дети данной категории в большинстве случаев правильно называли эмоции, но некоторые из учеников не понимали причину, вызвавшую данную эмоцию, не могли подробно объяснить свой ответ, а некоторым из них тре-

бывалась помощь экспериментатора. Ученики младших классов вспомогательной школы почти не выражали своего эмоционального отношения к той или иной ситуации, отвечали односложно, просто.

Своеобразие эмоциональной сферы младших школьниками с интеллектуальной недостаточностью проявляется в следующем:

1. Примитивность, недостаточная дифференцированность эмоций.
2. Незрелость, однообразность эмоций.
3. Живость эмоций наряду с их поверхностностью и непрочностью.
4. Ограниченность диапазона переживаний, затруднения понимания мимики, жестов, выразительных движений людей, изображений эмоций на картинках.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о том, что младшие школьники с интеллектуальной недостаточностью испытывают затруднения при определении эмоциональных состояний по мимике человека и в рамках определённой ситуации. В связи с выявленной спецификой понимания эмоциональных состояний данной категорией учащихся становится необходимым совершенствование системы эмоционального воспитания младших школьников с интеллектуальной недостаточностью.

В рамках продолжения данного научного исследования нами начата разработка психолого-педагогических рекомендаций, направленных на развитие эмоциональной сферы младших школьников с интеллектуальной недостаточностью.

Список литературы

1. Никуленко, Т.Г. Коррекционная педагогика: учеб. пособие / Т.Г. Никуленко. – Ростов н /Д.: Изд-во Феникс, 2006. – 381 с.
2. Петрова, В.Г. Психология умственно отсталых школьников: учеб. пособие / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М.: Академия, 2004. – 160 с.

ТЕСТИРОВАНИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ НА ЗАНЯТИЯХ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

*В.Г. Калюжин, Т.Л. Поконова
Минск, БГУФК*

Обучение и воспитание детей с умственной отсталостью, в том числе и физическое, достаточно актуальная тема в практике теории и методики адаптивной физической культуры. Исследования выявили значительные нарушения моторики пальцев рук. Изучение кинестетического и динамического праксиса пальцев рук показало, что у всех учащихся отмечается снижение двигательной памяти, неуверенность и замедленный темп при переносе двигательных поз пальцев с одной руки на другую [2].

Одной из основных причин, затрудняющих формирование у детей с умственной отсталостью двигательных умений и навыков, являются нарушения моторики, которые в свою очередь отрицательно сказываются не только на физическом развитии, но и на социализации личности, развитии познавательной и трудовой деятельности, последующей трудовой адаптации [4].

Ученые, которые изучают деятельность детского мозга, психику детей, отмечают большое стимулирующее значение функций руки. Они установили, что уровень развития руки детей находится в прямой зависимости от степени форсированности тонких движений пальцев рук. Тренировка пальцев рук ускоряет процесс функционального созревания мозга, т.к. является мощным тонизирующим фактором для коры больших полушарий [1].

Все это обуславливает необходимость специальной целенаправленной работы по коррекции и развитию тонких координированных движений рук и ручной ловкости в целом у данной категории детей.

Основным средством адаптивной физической культуры являются физические упражнения, с помощью которых достигается направленное воздействие на занимающегося и решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи [3].

Цель – сравнить уровень развития мелкой моторики детей с умственной отсталостью и их здоровых сверстников.

Материал и методы. Материалом исследования послужили тесты для определения координационных способностей у детей с умственной отсталостью на занятиях адаптивной физической культуры. Был проведен педагогический эксперимент, в котором с помощью тестов мы сравнили уровень развития мелкой моторики у детей с умственной отсталостью и у здоровых детей того же возраста, но без данной патологии.

Результаты и их обсуждение. У детей с умственной отсталостью в большей степени страдает схватывающая способность кистей рук, точная дифференцировка движений пальцев рук и зрительно-моторная координация в системе «глаз-рука». Поэтому нами были придуманы тесты, которые смогли бы отразить уровень развития данных способностей кистей рук.

Тесты для определения уровня развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука»:

Тест «Обведение по точкам». Оборудование: лист бумаги, на котором по точкам изображен медвежонок, ручка, секундомер. Методика: ребенку необходимо соединить все точки рисунка. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Рисование фигур». Оборудование: лист бумаги в клеточку, на котором изображено 6 фигур, ручка, секундомер. Методика: ребенку необходимо по образцу нарисовать рядом заданные фигуры. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Проход лабиринта». Оборудование: лист бумаги с лабиринтом, шашка, секундомер. Методика: ребенку необходимо от начальной зеленой стрелки продвигать шашку по лабиринту до финишной красной. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Раскраска колец». Оборудование: лист бумаги с лабиринтом, шашка, секундомер. Методика: ребенку необходимо от начальной зеленой стрелки продвигать шашку по лабиринту до финишной красной. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Обведение ладони». Оборудование: лист бумаги А4, ручка, секундомер. Методика: ребенку предлагается положить левую руку на лист бумаги (пальцы широко разведены) и обвести ее правой рукой с помощью ручки. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Собирание мозаики». Оборудование: 9 пазлов, секундомер. Методика: ребенку необходимо собрать пазлы, чтобы получилась картинка. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тесты для определения уровня развития точной дифференцировки движений пальцев рук:

Тест «Выкладывание лучиков». Оборудование: лист А4 с нарисованным лучистым солнцем, фасоль, секундомер. Методика: ребенку необходимо выложить лучики солнца фасолью. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Колечко». Оборудование: секундомер. Методика: необходимо последовательно соединить в кольцо с большим пальцем: указательный, средний, безымянный, мизинец; а затем выполнить тоже самое в обратном направлении. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Нанизывание бусинок». Оборудование: леска, бусинки, секундомер. Методика: леску держат одной рукой, а второй поочередно нанизывают бусины. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Цепочка из скрепок». Оборудование: скрепки канцелярские 15 штук, секундомер. Методика: ребенку предлагается сделать цепочку, нанизывая скрепку на скрепку. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Шнурование кроссовки». Оборудование: кроссовка с 12 отверстиями, шнурок, секундомер. Методика: при помощи шнурка ребенок должен протянуть его в каждое отверстие и сделать шнуровку. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тесты для определения уровня развития схватывающей способности кистей рук:

Тест «Крепление прищепки правой». Оборудование: 20 прищепок, картонный трафарет в виде «ежика», секундомер. Методика: ребенку необходимо правой рукой прикрепить 20 прищепок к трафарету. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Крепление прищепки левой». Оборудование: 20 прищепок, картонный трафарет в виде «ежика», секундомер. Методика: ребенку необходимо левой рукой прикрепить 20 прищепок к трафарету. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

Тест «Сминание листа». Оборудование: 20 листов бумаги А4, секундомер. Методика: ребенку необходимо двумя руками смять максимальное количество листов бумаги за 30 с. Оценка теста: учитывается количество смятых листков за 30 с.

Тест «Листание страниц левой». Оборудование: книга, секундомер. Методика: ребенку необходимо левой рукой перелистывать страницы в течение 30с. Оценка теста: учитывается количество перелистных страниц за 30 с.

Тест «Листание страниц правой». Оборудование: книга, секундомер. Методика: ребенку необходимо правой рукой перелистывать страницы в течение 30 с. Оценка теста: учитывается количество перелистных страниц за 30 с.

Тест «Вырезание буквы». Оборудование: лист бумаги А4 с напечатанной буквой «С», ножницы, секундомер. Методика: ребенку необходимо вырезать букву по контуру, работа ведется ведущей рукой. Оценка теста: фиксируется время выполнения задания.

После проведения исследования было выявлено, что у школьников с умственной отсталостью наблюдаются значительные нарушения в развитии мелкой моторики рук.

Заключение. Анализ литературных источников показал, что вопрос развития мелкой моторики детей в настоящее время очень актуален. Физическое воспитание детей с нарушениями интеллекта рассматривается как комплексная система воздействия на личностные проявления школьника, в результате которой определяется двигательный потенциал каждого ученика, тяжесть и характер нарушения физического развития и моторики.

Список литературы

1. Афонькин, С.Ю. Страна пальчиковых игр. Развивающие игры и оригами для детей и взрослых / С.Ю. Афонькин, М.С. Рудина – СПб.: Кристалл, 1997. – 209 с.
2. Волоскова, Н. Н. Формирование графо-моторного компонента письма у учащихся начальных классов / Н.Н.Волоскова. – М.: Московский психолого-социальный инст., 2012 – 186 с.
3. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие / П.С. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2000. – 240 с.
4. Кольцова, М.М. Ребенок учится говорить / М.М. Кольцова. – М.: У-Фактория, 2006. – 140 с.

ПРОГРАММА ВОСПИТАНИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ 5–6 ЛЕТ С ДЕПРИВАЦИЕЙ ЗРЕНИЯ

*В.Г. Калюжин, И.С. Сапранович
Минск, БГУФК*

Патология зрения обуславливает отставание в уровне развития не только мелкой моторики, но и в целом координационных способностей у ребенка [1]. Патология зрения вызывает замкнутость ребенка, ограниченного в общении со здоровыми детьми [3]. При полной потере зрения дети познают мир через слух и осязание, так как это средства замещения информации получаемой от зрительных анализаторов. При частичной потере зрения дети часто полностью полагаются на визуальную ориентировку и не осознают роль осязания [2].

Игра является для ребенка одним из важных условий воображаемой ситуации, при которой происходит преобразование образов, накопленных в представлениях в действия. Играя дети совершенствуют умение управлять своими движениями, концентрировать внимание на одном виде деятельности, что в дальнейшем поможет им в освоении некоторых навыков самообслуживания [4].

Цель исследования – оценить уровень развития мелкой моторики у детей возраста 5–6 лет с патологией зрения.

Материал и методы. Материалом исследования послужили тесты с помощью которых было установлено отставание в физическом развитии и физической подготовленности. Применение тестов организованное в игровой форме позволило оценить фактический уровень развития мелкой моторики у детей.

Результаты и их обсуждение. Для оценки показателей уровня развития мелкой моторики были использованы 3 группы тестов:

Тесты для определения СХВАТЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ КИСТЕЙ РУК:

Тест «Застегивание пуговиц обеими руками»

На столе перед ребенком лежат два куска картона – один с пуговицами, а второй с петельками. По команде ребенок начинает застегивать пуговицы в петельки соответствующего размера. Окончанием теста считается момент, когда ребенок застегнул все пуговицы.

Тест «Закручивание крышек правой (левой) рукой»

Перед ребенком, на столе расположен зеленый прямоугольник с пластиковыми горлышками, блюдце, в котором находятся десять пластиковых крышек. По команде ребенок начинает закручивать крышки на горлышки. Окончанием теста считается когда ребенок закрутил десятую крышку.

Тесты для определения

ТОЧНОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ДВИЖЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ РУК:

Тест «Закрепление прищепок правой (левой) рукой»

Перед ребенком на столе расположены трафарет из плотного желтого картона в виде «солнышка» диаметром 150 мм (на трафарете стрелками отмечены места для закрепления прищепок) и блюдце с десятью прищепками. По команде ребенок начинает правой рукой закреплять прищепки на отмеченные стрелками места по периметру трафарета.

Тест «Выкладывание палочек правой (левой) рукой»

На столе перед ребенком расположен лист бумаги с нанесенными заранее контурами треугольника и квадрата, а так же блюдце со счетными палочками. По команде ребенок начинает выкладывать из счетных палочек контур поверх нарисованного на бумаге квадрата, затем контур треугольника. Окончанием теста считается момент, когда оба контура выложены счетными палочками.

Тест «Ощупывание предметов правой (левой) рукой»

На столе перед ребенком расположен мешок с девятью кубиками от конструктора по типу «LEGO®». Ребенок ощупывает предмет, находящийся в мешке и называет количество коннекторов. После того как ребенок указал количество коннекторов на кубике, он его извлекает и показывает инструктору. Так повторяется до того момента, пока не закончатся все предметы в мешке.

Тесты для определения

КООРДИНАЦИИ В СИСТЕМЕ «ГЛАЗ–РУКА»:

Тест «Шнуровка»

Ребенку требуется пропустить шнурок через все отверстия в диске предназначенные для шнуровки, выполняя шнуровку диска по типу «крест–накрест». Окончанием считается момент времени, когда шнурок вытянут из последнего отверстия в диске.

Тест «Рисование по контуру»

Перед ребенком на столе укладывается лист из плотной бумаги формата А3, перманентный маркер, два трафарета (яблоко и груша). По команде ребенок накладывает трафарет на лист бумаги и обводит маркером до получения четкого контура. Далее ребенок накладывает и обводит второй трафарет. Окончанием теста считается момент времени, когда ребенок завершил обводку второго трафарета.

Тест «Заполнение фишками правой (левой) рукой»

Перед ребенком на столе расположены красные фишки, а так же обойма для размещения в ней фишек. По команде ребенок берет фишки и заполняет нижние два горизонтальных ряда в обойме, стараясь не допускать возникновения трех и более элементов в вертикальных рядах. Окончанием теста считается момент времени когда полностью заполнен второй ряд.

Анализом тестов установлено отставание в физическом развитии и физической подготовленности обусловленные основным дефектом и сопутствующими заболеваниями, вторичными отклонениями. Применение данных тестов организованное в игровой форме позволило оценить фактический уровень развития мелкой моторики у детей, а именно развития схватывающей способности кисти, зрительно-моторной координации в системе глаз-рука и точности дифференцировки движений пальцев рук.

Заключение. Овладение приемами и способами осознательного восприятия объектов, умение выполнять практические действия при участии тактильно-двигательного анализатора дают детям с нарушением зрения возможность наиболее точно представлять предметы и пространство, что позволяет им быть более активными, любознательными в процессе игры и обучения.

Список литературы

1. Малаев, Д.М. Психология и педагогика игры слепого и слабовидящего ребенка / Д.М. Малаев. – М.: «AcademaМахачкала», 2008. – 327 с.
2. Мишин, М.А. Занятия по мелкой моторике и зрительной гимнастике в дошкольном учреждении для детей с косоглазием и амблиопией / М.А. Мишин // Физич. воспитание детей с наруш. зрения в детском саду и начальной школе. – 2003. – № 4. – С. 24–27.
3. Ростомашвили, Л.Н. Коррекция двигательных нарушений детей с депривацией зрения средствами адаптивного физического воспитания. – СПб.: С.-Петерб. гос. акад. физ. культуры им. Лесгафта, 1999. – 24 с.
4. Сапранович, И.С. Проблемы адаптивной физической культуры при развитии мелкой моторики у слабовидящих детей / И.С. Сапранович, В.Г. Каложин // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы III Междунар. научно-практ. конф. Улан-Удэ, май 2015 г. / Вост.-Сиб. гос. ун-т технол. и управ.; редкол.: Ю.Ю. Шурыгина (отв. ред.) [и др.]. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С. 269–271.

КОРРЕКЦИОННО НАПРАВЛЕННОЕ РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

*В.Г. Калюжин, А.Л. Степанова
Минск, БГУФК*

Тонкая моторика развивается у ребенка постоянно, начиная с самого раннего возраста [3]. Уровень развития ручной моторики является важным показателем физического и нервно-психического развития ребенка. Мелкая моторика рук находится в тесной взаимосвязи со степенью созревания центральной нервной системы (ЦНС), развития умственных способностей, речи, письма [4].

У детей с умственной отсталостью, недоразвита моторика в целом. Движения их плохо координированы, замедленны, неловки, у них обнаруживается явно выраженное недоразвитие сложных форм движения, отмечается плохая переключаемость с одного движения на другое, неумение выполнить движение по словесной инструкции [1].

В настоящее время не существует «лекарства» для излечения умственной отсталости, хотя при соответствующей поддержке и обучении, большинство людей могут научиться делать многие вещи. Для данной категории людей при обучении понадобится гораздо больше времени, больше повторений, и навыки, возможно, должны быть адаптированы для их уровня обучения. Тем не менее, практически каждый ребенок способен учиться, развиваться и стать полноправным членом общества [2].

Специфические особенности развития мелкой моторики у детей с умственной отсталостью требуют разработки особых методов и приемов их физического воспитания, использования средств адаптивной физической культуры [5].

Цель работы – оценка мелкой моторики у детей с легкой степенью умственной отсталости.

Материал и методы. Всего в исследовании приняло участие 16 детей 12–14 лет с диагнозом «умственная отсталость» легкой степени. Для сравнения нами были обследовано 16 здоровых детей того же возраста. Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития.

Для оценки уровня развития мелкой моторики нами были использованы следующие группы тестов:

– для оценки схватывающей способности пальцев рук: «Закрути-открути гайку», «Закрути-открути крышку», «Забор правой рукой», «Забор левой рукой», «Выбор правой рукой», «Выбор левой рукой»;

– для оценки точности дифференцировки движений пальцев рук: «Цепочка», «Домик», «Елка», «Бусы», «Загибаем пальчики»;

– для оценки зрительно-моторной координации в системе глаз-рука: «Соедини точки», «Изображения», «Пазл», «Радуга», «Треугольник».

Результаты и их обсуждение. Мы провели сравнительную характеристику уровня развития мелкой моторики у 16 здоровых детей 12–14 лет и детей с УО, взятых под наблюдение того же возраста (КГ и ЭГ).

В таблицах 1–3 приведены полученные данные уровня развития мелкой моторики у здоровых детей 12–14 лет и детей контрольной и экспериментальной групп.

Таблица – Сравнение параметров развития зрительной координации движения рук в системе «глаз–рука» у здоровых и у детей с УО

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с УО	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Соедини точки», с	38,6±1,07	50,4±2,87	3,86	3,82	<0,001
«Изображения», с	97,0±5,03	127,1±12,78	2,19	2,08	<0,05
«Пазл», с	208,1±7,19	276,0±30,81	2,15	2,08	<0,05
«Радуга», с	74,6±2,51	153,6±30,86	2,55	2,08	<0,05
«Треугольник»,с	24,6±1,07	34,4±3,02	3,05	2,83	<0,01

Таблица 2 – Сравнение показателей схватывающей способности кистей рук у здоровых детей и детей с УО до начала исследований

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с УО	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Закрути-открути гайку», с.	12,1±0,34	14,6±0,77	2,96	2,83	<0,01
«Закрути-открути крышку», с.	3,3±0,12	5,0±0,47	3,61	2,83	<0,01
«Забор ведущей рукой», с.	54,8±0,99	72,0±5,93	2,86	2,83	<0,01
«Забор не ведущей рукой», с.	60,2±1,46	78,9±6,01	3,02	2,83	<0,01
«Выбор ведущей рукой», с.	62,4±0,77	72,0±2,85	3,24	2,83	<0,01
«Выбор не ведущей рукой», с.	64,8±0,96	75,6±3,50	2,99	2,83	<0,01

Таблица 3 – Сравнение параметров развития точной дифференцировки движений пальцев рук у здоровых и у детей с УО до начала исследований

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с УО	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Загибаем пальчики», с	7,5±0,13	8,9±0,60	2,23	2,08	<0,05
«Елка», с	84,3±1,65	171,7±14,26	6,09	3,82	<0,001
«Домик», с	103,3±2,25	172,5±32,23	2,14	2,08	<0,05
«Бусы», с	40,3±0,35	57,4±8,02	2,14	2,08	<0,05
«Цепочка», с	65,6±1,70	87,2±2,64	6,89	3,82	<0,001

По данным, представленным в таблицах видно, что показатели развития зрительно-моторной координации движения рук в системе «глаз–рука», схватывающей способности кистей рук, точной дифференцировки движений пальцев рук здоровых детей превосходят показатели детей с УО. Все тесты здоровые дети выполняли статистически достоверно быстрее.

Закключение. В ходе работы мы определили уровень развития мелкой моторики детей 12–14 с умственной отсталостью легкой степени – у них он был статистически достоверно ниже уровня здоровых детей того же возраста, поэтому существует необходимость в проведении с ними дополнительных занятий по адаптивной физической культуре.

Список литературы

1. Догадова, М.Ф. Физическая реабилитация детей 6–8 лет с умственной отсталостью / М.Ф. Догадова, В.Г. Каложин // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы III Междунар. науч.-практич. конф., Улан-Удэ, 9-10 дек. 2014 г. / Вост.-Сиб. гос. ун-т технол. и управ.; редкол.: Ю.Ю. Шурыгина (отв. ред.) [и др.]. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2014. – С. 80–81.
2. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии / Н.Л. Литош. – М.: Советский спорт, 2002. – 140 с.
3. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – 2-е изд. – М.: АCADEMA, 2003. – 472 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры: учеб. пособие. В 2т. Т.1. / Под ред. С. П. Евсеев. – М.: Советский спорт, 2002. – 296 с.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*О.В. Корнилова
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Существуют исследования психических особенностей разных категорий детей с интеллектуальной недостаточностью, различные подходы к оказанию психологической помощи самим детям, хотя родители нуждаются в не менее пристальном внимании со стороны психологов и других специалистов [3, с. 311]. Однако в последнее время всё большую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только детей с интеллектуальной недостаточностью, страдающих той или иной тяжёлой патологией, но и семьи, в которой они воспитываются [2, с. 197].

Цель исследования – научно обосновать и апробировать содержание программы по коррекции детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребёнка с интеллектуальной недостаточностью.

Материал и методы. Данное исследование проходило на базе УО «Витебская государственная вспомогательная школа № 26». В исследовании принимали участие 16 родителей, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью различных диагнозов.

В качестве методик экспериментального изучения детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребёнка с интеллектуальной недостаточностью нами были использованы следующие психодиагностические методики:

- Методика-опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ), разработанная Э. Г. Эйдемиллером и В. Юстицкисом.

- Методика «Рисунок семьи».

- Опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столина.

- Анкета «Ответственность» - (автор В.П. Прядеин), направленная на выявление уровня развития ответственности.

- Опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (автор И.М. Марковская). Результаты подверглись качественному и количественному анализу с помощью методов математико-статистической обработки [5, с. 94].

Результаты и их обсуждение. Полученные данные на основании проведённой методики свидетельствуют о том, что патологизирующие роли у членов семей, в частности у родителей, возникают под влиянием внутри- и межличностных конфликтных отношений, прослеживаемых в нескольких поколениях в дисфункциональных семьях [1, р. 92]. Эти конфликты, не будучи конструктивно разрешены, трансформируются в личные установки, которые искажают процесс семейного воспитания, делая его патологизирующим.

Среди нарушений механизмов интеграции семьи выделяются отношения симпатии между её членами. Эти отношения играют огромную роль в воспитательном процессе. Воспитание – нелёгкий труд, который в значительной мере обусловлен родительской любовью, тем, что благо ребёнка для родителей нередко более важно, чем своё собственное. Нарушение отношений симпатии (любви, привязанности) у родителей влечёт за собой значительные неблагоприятные последствия.

По поводу нарушения системы взаимного влияния членов семьи следует сказать о том, что формирование семейных взаимоотношений происходит успешно, если каждый член семьи способен повлиять на других, на их поведение, на их мнение по самым различным вопросам.

Таким образом, результаты исследования показали, что к психологическим особенностям детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью можно отнести:

- высокий эмоциональный и вербальный контакт;
- стремление показать и высказать свою заботу о ребёнке, высокая заинтересованность в обеспечении благополучия своего ребёнка;

- стремление к равенству отношений между родителями и детьми, уважение чувств и переживаний ребёнка;

- наличие глубоких внутренних переживаний связи с рождением ребёнка с интеллектуальной недостаточностью, акцентированность на личном горе, чувствах, связанных с ребёнком;

- повышенная личностная тревожность;

- недостаточный уровень интегрированности семьи;

- конфликтность, перенос семейных конфликтов в другие сферы жизни [4, с. 5].

Заключение. Результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения специальной работы с семьями, воспитывающими детей с особенностями психофизического развития по гармонизации детско-родительских отношений между родителями и детьми. Данная деятельность должна осуществляться при тесном взаимодействии педагогов школы и особенно психолога, социального педагога и учителя-дефектолога. Психолого-педагогическое сопровождение семьи является весьма значимым звеном в медико-психолого-педагогической помощи детям в целях профилактики первичных нарушений, в коррекции вторичных отклонений в развитии. Оно требует широкого использования на практике комплекса интегративных междисциплинарных средств взаимодействия всех взрослых, являющихся заинтересованными участниками образовательного и воспитательного процессов.

Список литературы

1. Краузе, М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / М.П.Краузе; предисл. Й. Фенглера; пер. с нем. К.А. Назаретян; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 208 с.
2. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
3. Мастокова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Е.М. Мастокова, А.Г. Московкина; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
4. Особенности родительско - детских отношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами в развитии / И.А.Иванова // Коррекционная педагогика. – 2007. - № 3 (21). – 67-70 с.
5. Ткачева, В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачёва // Дефектология. – 1998. – № 4. – 3-9 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ПОДРАЖАНИЮ, ОБРАЗЦУ И РЕЧЕВОЙ ИНСТРУКЦИИ УЧАЩИМИСЯ ВТОРОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

*Т.С. Кухаренко
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Формирование способов усвоения социального опыта выделено в олигофренопедагогике как самостоятельное направление коррекционно-развивающей работы при легкой интеллектуальной недостаточности в дошкольном возрасте, но особенности психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью) затрудняют процесс овладения ими подражанием действиям взрослого, действиями по образцу и речевой инструкции, что существенно осложняет процесс обучения. В работе с учащимися с умеренной и тяжелой интеллектуальной недостаточностью действия по подражанию, образцу и речевой инструкции необходимы на каждом уроке, на это указывает и содержание учебных программ и учебных пособий для второго отделения вспомогательной школы. Однако, как показывают исследования А.А. Катаевой, Е.А. Стребелевой эти действия детьми не освоены [1].

Цель нашего исследования – определить особенности выполнения заданий по подражанию действиям взрослого, образцу и речевой инструкции учащимися I, V классов второго отделения вспомогательной школы.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Вспомогательная школа № 26 г. Витебска», ГУО «Вспомогательная школа-интернат № 10 г. Минска», ГУО «Вспомогательная школа-интернат № 11 г. Минска», ГУО «Ясли-сад № 89 г. Витебска» и ГУО «Ясли-сад № 17 им. К.Н. Самойловой г. Витебска». При проведении исследования использовались следующие методы: констатирующий эксперимент, качественный и количественный анализ полученных данных. Для достижения цели исследования констатирующий эксперимент был проведен как сравнительный – его задания выполнялись детьми разных категорий. Статистическая обработка эмпирических данных осуществлялась с применением программы Microsoft Office Excel 2003, Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 21 учащихся I классов и 12 учащихся V классов второго отделения вспомогательной школы (учащиеся с умеренной и тяжелой интеллектуальной недостаточностью), 27 учащихся I классов первого отделения вспомогательной школы (учащиеся с легкой интеллектуальной недостаточностью) и 40 детей старшего дошкольного возраста, не относящиеся к категории детей с особенностями психофизического развития. Исследование проводилось в сентябре-октябре 2016 г. Каждый ребёнок индивидуально выполнял 4 серии заданий.

Критериями оценки действий учащихся во всех сериях эксперимента выступали их самостоятельность и правильность выполнения заданий. Условно были выделены 3 уровня успешности выполнения заданий: низкий – менее 50% выполнения заданий, средний – от 50 до 75% и высокий – выполнение свыше 75% заданий.

Перейдём к анализу полученных данных. Учащиеся I класса второго отделения вспомогательной школы преимущественно имеют низкий уровень успешности выполнения заданий первой серии. Задания **первой серии** позволяли выявить состояние пассивного словарного запаса, понимание слов, обозначающих предметы и их признаки, которые постоянно используются на занятиях. Ни один из учащихся не сумел правильно показать все предметы из заданий

первой группы. Менее половины предметов показали 18 учащихся (85,7%). 2 ребёнка (9,5%) отказались от выполнения задания. Лишь 1 учащийся (4,7%) показал от 50 до 75% названных нами предметов. Показ предметов определенной формы оказался для них не менее сложной задачей. 3–5 предметов не было показано ни в одном случае. Отказались от выполнения или не выполнили ни одного задания данной группы 10 учащихся (47,6%). У некоторых из них наблюдались нецеленаправленные действия – дети брали любой из находящихся перед ними предмет, не ориентируясь на его форму. По 1–2 предмета, то есть менее половины предметов, показали 11 учащихся (52,3%). Сходными оказались и результаты выполнения учащимися I класса второго отделения вспомогательной школы заданий, по показу предметов определенного цвета или размера.

Несколько более успешно выполнялись задания первой серии учащимися V класса второго отделения вспомогательной школы. Хотя все предметы показать не удалось ни одному учащемуся, от 50 до 75% правильно показали названных нами предметов 8 из них (66,6%). Отказов от выполнения заданий данной группы не было. Выполнение 50–75% заданий второй, третьей и четвертой групп первой серии было зафиксировано у 5 (41,6%), 6 (50%) и 8 (66,6%). Однако все задания этих групп ни один из учащихся также не выполнил.

Принципиально иными были результаты действий учащихся I класса первого отделения вспомогательной школы и нормально развивающихся детей старшего дошкольного возраста. Они выполнили абсолютно все задания первой серии. Лишь 2 (7,4%) учащихся первого класса не справились с показом всех предметов называемого нами цвета.

Учащиеся V класса выполнили максимум по 5 из 12 заданий по подражанию действиям взрослого 5 учащихся (41,7%). Это были скатывание из пластилина шара по подражанию отдельным действиям и раскатывание из пластилина шара по подражанию «цепочке» действий. Другие задания выполнялись ими еще менее успешно.

Анализ выполнения заданий по образцу показывает, что учащиеся второго отделения вспомогательной школы даже в V классе, в подавляющем большинстве с ними не справлялись, выполнили менее 25% заданий. Основную причину этого мы видим в том, что в процессе обучения Типичным для учащихся как I класса, так и V класса было то, что они выполняли задание, не ориентируясь на образец.

На результатах выполнения учащимися второго отделения вспомогательной школы заданий по речевой инструкции прямо сказались недостаточность пассивного словарного запаса и выраженное нарушение регулирующей функции речи. Из 12 заданий первой группы, требовавших выполнения одного действия с конкретным предметом, большинство – 5 (23,8%) учащихся I класса самостоятельно выполнили от 2 до 4 заданий. Учащиеся V класса – 7 учащихся (58,3 %) самостоятельно справились с 6–9 заданиями этой группы.

Заключение. Таким образом, действия по подражанию, образцу и речевой инструкции учащихся второго отделения вспомогательной школы оказались недостаточно сформированными при сравнении таковых с учащимися первого отделения вспомогательной школы и нормально развивающимися детьми старшего дошкольного возраста. Для учащихся I класса второго отделения вспомогательной школы, оказался характерным низкий уровень успешности выполнения всех серий заданий. У учащихся 5 класса второго отделения вспомогательной школы низкий уровень успешности остается характерным при выполнении заданий по подражанию и по образцу; а при выполнении заданий по речевой инструкции у них чаще достигается средний уровень. Действия учащихся I класса первого отделения вспомогательной школы и нормально развивающихся дошкольников в сравнении с учащимися второго отделения вспомогательной школы характеризовались высоким уровнем успешности. Процесс овладения учащимися второго отделения вспомогательной школы выполнением заданий по подражанию действиям взрослого, образцу и речевой инструкцией характеризуется не только значительным отставанием от возрастной нормы, но и качественным своеобразием, определяемым особенностями психического развития этих детей. Является целесообразной разработка специальной методики формирования этих умений у учащихся данной категории.

Список литературы

1. Катаева, А.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учеб. для педагогических вузов / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 208 с.

МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ДЕТЕЙ С ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*М.Д. Панкова, А.Н. Бабуль
Минск, БГУФК*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – неврологическое заболевание, возникающее в результате нарушений функций головного мозга по причине внутренней патологии развития плода или повреждений его структур при рождении, вследствие чего проявляются нарушения в опорно-двигательной системе, тонусе мышц, иногда в психоэмоциональном состоянии и интеллектуальном развитии. Такие нарушения впервые могут появиться до рождения ребенка или на протяжении первого года его жизни. Примерно у 75 процентов больных с церебральными параличами обнаруживается спастическое состояние мышц в качестве основного неврологического симптома. Частота и распространенность форм детского церебрального паралича различна: спастическая тетраплегия диагностируется у 2% больных, спастическая диплегия – 40%, гемиплегическая форма – 32%, дискинетическая форма – 10%, атаксическая форма – 15% [1]. Гемиплегическая форма детского церебрального паралича характеризуется вовлечением в процесс мышц конечностей только с одной стороны – правой или левой. Ребенок с гемиплегической формой ДЦП имеет характерную походку, внешне сходную с позой Вернике–Манна. Пораженная нога выпрямлена в тазобедренном и коленном суставах, согнута в области стопы, ребенок идет на носочках, перенося вперед абсолютно прямую ногу. Рука на пораженной стороне имеет характерную позу просящего человека. Помимо двигательных нарушений, при гемиплегической форме ДЦП наблюдается задержка умственного развития и психической сферы ребенка, а также речи. Довольно часто ДЦП сочетается с эпилептическими приступами [1, 2].

Реабилитация пациентов с гемиплегической формой ДЦП включает множество разнообразных средств, которые способствуют нормализации мышечной системы, улучшению нервно-психического статуса пациента, коррекции либо формированию двигательных навыков, в том числе и бытовых [1]. Проблема заболеваемости гемиплегической формой ДЦП распространена, а методы реабилитации не совершенны, что и определило цель данной работы.

Цель исследования – теоретическое и практическое обоснование методики коррекции функционального состояния опорно-двигательного аппарата детей в поздней резидуальной стадии гемиплегической формы детского церебрального паралича. К задачам позднего резидуального периода относятся: укрепление мышц обеих нижних конечностей, освоение спуска и подъема по лестнице, восстановление правильного стереотипа ходьбы.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями». В исследовании принимало участие 40 пациентов, по 20 в экспериментальной и контрольной группе. Возраст пациентов в экспериментальной группе составил $10,25 \pm 1,94$ лет, а в контрольной группе – $10,70 \pm 1,79$ лет. ЭГ занималась по разработанной нами методике реабилитации, включающей в себя пять процедур массажа в неделю по 30 минут, гидрокинезотерапию с элементами проприоцептивной тренировки по 30 минут пять раз в неделю, иглорефлексотерапию 5 раз в неделю и роботизированную локомоторную тренировку 5 раз в неделю по 60 минут. При этом иглорефлексотерапия сочеталась с процедурами массажа и проводилась в начале курса физической реабилитации, а роботизированная локомоторная тренировка сочеталась с гидрокинезотерапевтическим комплексом физических упражнений проприоцептивной направленности и проводилась в конце курса реабилитации. КГ работала по программе лечебного учреждения. Первой отличительной особенностью нашей методики коррекции функционального состояния опорно-двигательного аппарата было применение гидрокинезотерапии с элементами проприоцептивной тренировки в комплексном воздействии с роботизированной локомоторной тренировкой, а второй – применение гидрокинезотерапевтического комплекса физических упражнений проприоцептивной направленности вместо стандартного комплекса лечебной гимнастики.

Для оценки эффективности разработанной методики был использован ряд методов исследования. Метод функционального мышечного тестирования подразумевает определение

функциональной силы различных мышц и мышечных групп по шестибальной шкале оценки. Определялось соотношение силы пораженной и здоровой конечностей. Под функциональной силой понимается способность мышцы в полном объеме выполнять присущие ей функции; она зависит от абсолютной силы мышц и силы мышц-антагонистов. Показателем эффективности реабилитационных мероприятий также служит оценка ежедневной активности пациента, т.е. способность выполнять элементарные локомоции. Для определения качества этих локомоций используется тест оценки двигательной активности. Для оценки качества передвижения использовался тест с помощью системы роботизированной локомоторной тренировки в виде ходьбы в течение 40 минут (оценивается пройденное расстояние). Полученные результаты обрабатывались с методом математической статистики. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью операционной системы Windows 97, Excel.

Результаты и их обсуждение. Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата пациентов обеих групп проводилась до и в конце курса физической реабилитации. Анализ полученных результатов позволяет судить о низком исходном уровне исследуемых показателей лиц обеих групп (таблица), таким образом, группы сопоставимы как по возрасту, так и по функциональному состоянию, что позволяет нам в дальнейшем их сопоставлять. Это объясняется предшествующими длительными проявлениями основного заболевания. Анализ показателей, полученных в конце курса реабилитации, позволяет судить о значительном улучшении результатов пациентов ЭГ и КГ, что свидетельствует об эффективности как альтернативной методики, так и методики, используемой в лечебном учреждении (таблица).

Таблица – Динамика результатов тестирования лиц обеих в процессе курса реабилитации (X±G)

Тесты	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Достоверность между группами
Метод функционального мышечного тестирования, балл	2,50±0,50	2,50±0,50	p≥0,05
	4,15±0,35 p≤0,05	3,60±0,48 p≤0,05	p≥0,05
Оценка степени нарушения двигательной активности, балл	27,55±3,44	27,50±3,47	p≥0,05
	36,05±1,35 p≤0,05	33,95±0,80 p≤0,05	p≥0,05
Ходьба, м	362,50±65,56	360,50±69,74	p≥0,05
	1342,0±110,7 p≤0,05	1135,0±78,96 p≤0,05	p≥0,05

Примечание: в числителе исходные показатели; в знаменателе – в конце курса реабилитации.

Следует особо отметить более высокий прирост у пациентов экспериментальной группы, что связано с качественным отличием экспериментальной методики коррекции функционального состояния опорно-двигательного аппарата от общепринятой методики учреждения.

Заключение. Внедрение в общий курс реабилитации проприоцептивной тренировки в гидрокинезотерапии, а так же комплексности воздействия определённого сочетания процедур позволило улучшить восстановление нарушенных функций. По нашему мнению, продление сроков реабилитации с применением предложенной методики привело бы к ещё более выраженному положительному эффекту и в перспективе к более раннему и полному восстановлению функции опорно-двигательного аппарата детей в поздней резидуальной стадии гемиплегической формы детского церебрального паралича.

Список литературы

1. Батышева, Т.Г. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) / Т.Г. Батышева, О.В. Быкова, А.В. Виноградов // Русский медицинский журнал, 2012. – № 8. – С. 401–405.
2. Шпицина, Л.М. Детский церебральный паралич: учеб. пособ. / Л.М. Шпицина, И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика плюс, 2003. – 520 с.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКА ХОДЬБЫ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО КОСТЮМА «АДЕЛИ» ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

*М.Д. Панкова, Е.В. Дружко
Минск, БГУФК*

В структуре детской инвалидности детский церебральный паралич составляет 30–70% и относится к числу самых распространенных заболеваний, приводящих к ограничению жизнедеятельности и существенно снижающих качество жизни детей. В связи с тем, что число пациентов с данным диагнозом имеет тенденцию к неуклонному росту и приводит к значительной инвалидизации, поиск эффективных методик физической реабилитации детей с данной патологией является одной из основных проблем современной медицины. Одной из наиболее сложных проблем является разработка средств и методов двигательной активности для данной категории детей [1, 2, 4, 7, 8].

Цель исследования – формирование навыка ходьбы у пациентов с детским церебральным параличом путем применения методики, основанной на использовании лечебного костюма «Адели».

Материал и методы. Исследования проводились на базе УЗ «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями». Методом случайной выборки были сформированы две группы: контрольная (КГ) и экспериментальная (ЭГ). В каждой группе насчитывалось по 20 пациентов с диагнозом: детский церебральный паралич, спастическая форма I–II степени. Средний возраст пациентов в ЭГ составил $6,0 \pm 0,24$ лет, в КГ – $6,2 \pm 0,28$ лет. Гендерные различия при исследовании не учитывались. Для пациентов экспериментальной группы была разработана методика, отличительной особенностью которой явились дополнительные занятия с использованием лечебного костюма «Адели» с последующим применением укладок в среднем физиологическом и корригирующем положении [3, 5, 6]. Контрольная группа занималась по методике реабилитации лечебного учреждения, включающей: лечебный массаж, лечебную гимнастику, лечение положением, теплотечение и занятия на тренажере «Lokomat». Занятия в группах проводились в течение 15 дней. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий в обеих группах было проведено тестирование в начале и в конце курса реабилитации. Полученные в процессе тестирования результаты были обработаны с помощью математической статистики. Для оценки качества походки использовался тест «Индекс ходьбы Хаузера», отражающий как мобильность пациента, так и его потребность во вспомогательных средствах передвижения; 3-метровый тест, предусматривающий контроль времени, за которое пациент встанет со стула, пройдет 3 м, повернется, возвратится к стулу и сядет. При необходимости проводится с использованием вспомогательных средств. Для оценки со стояния вестибулярного аппарата применялась проба Ромберга. Полученные результаты обрабатывались с методом математической статистики. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью операционной системы Windows 97, Excel.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности, разработанной методики, направленной на формирование навыка ходьбы на основе применения лечебного костюма «Адели», нами проведена оценка показателей, характеризующих исходное состояние и конечные результаты навыка ходьбы у детей обеих групп (таблица).

Оценивая исходные показатели детей обеих групп, нами не было выявлено значимых различий в анализируемых показателях, что свидетельствует об однородности групп. Проведенный курс физической реабилитации у пациентов экспериментальной группы достоверно увеличил темп ходьбы и улучшил функцию вестибулярного аппарата. Значительно улучшилось качество ходьбы, однако достоверных различий не выявлено. У пациентов контрольной группы курс физической реабилитации также способствовал достоверному улучшению результатов 3-х метрового теста и пробы Ромберга, однако результаты достоверно ниже по сравнению с экспериментальной группой. Это связано, по нашему мнению, с тем, что принцип действия лечебного костюма «Адели» заключается в формировании мощного нормализованного потока афферентной импульсации за счет направленной коррекции позы и движений пациента с помощью

опорных и регулируемых элементов и воздействия на двигательный центр головного мозга с целью восстановления его нарушенных функций.

Таблица – Результаты исследования экспериментальной и контрольной групп до и после эксперимента ($X \pm S_x$)

Тесты	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Достоверность между группами
Индекс Хаузера, балл	5,23±0,81 4,35±0,63 – 10,7% p≤0,05	5,25±0,91 4,26±0,73 – 14,6% p≥0,05	≥0,05 ≥0,05
3-метровый тест, сек	21,91±3,13 18,31±2,71 – 16,1% p≤0,05	21,45±3,83 15,42±3,91 – 28,7% p≤0,05	≥0,05 ≤0,05
Проба Ромберга, сек	14,02±1,34 18,82±5,41 20,5% p≤0,05	13,93±1,62 21,23±4,82 48% p≤0,05	≥0,05 p≤0,05

Заключение. Введение в методику, формирования навыка ходьбы у детей с диагнозом детский церебральный паралич спастической формы I–II степени, занятия с использованием лечебного костюма «Адели» приводит к разрушению сложившихся патологических синергий и становлению новых нормализованных рефлекторных связей, что и оказывает соответствующее лечебное воздействие на структуры центральной нервной системы, контролирующие движения и речь.

Список литературы

1. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич / М.Н. Никитина. – М.: Медицина, 2000. – 297 с.
2. Нэнси, Р.Ф. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / Р.Ф. Нэнси. – Теревинф, 2009. – 219 с.
3. Перхурова, И.С. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов. – М.: Медицина, 1997. – 242 с.
4. Потапчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук. – М.: Медицина, 2003. – 316 с.
5. Публикация // Эффективность применения костюма «Адели» при лечении ДЦП [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: <http://www.adeli-suit.com/ru/bibliografija-spravocchnaja-informatsija/uncategorised/article07-lr>. – Дата доступа: 16.02.2016.
6. Рогов, А.В. Способы реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А.В. Рогов // Детская и подростковая реабилитация. – М.: Медицина, 2008 – С. 47–49.
7. Семенова, К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей / под ред. Н.М. Маджидов. – М.: Медицина, – 1998. – 487 с.
8. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова. – М.: Медицина, 2000. – 197 с.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ КРЕАТИВНЫХ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРАКТИК

*Т.Л. Поконова, В.Г. Калюжин
Минск, БГУФК*

Некоторые исследователи не без оснований полагают, что моторное недоразвитие сужает возможности взаимодействия ребенка с окружающим миром, обедняя запас знаний о нем. Редуцируется также круг эмоциональных стимулов, воздействующих на ребенка благодаря его двигательной активности. Возможно, именно двигательная недостаточность является причиной отставания в умственном развитии и прежде всего в формировании наглядно-действенного мышления [4].

В литературе хорошо изучена общая моторика, но плохо раскрыты вопросы по развитию мелкой моторики, недостаточно научной литературы по развитию мелкой моторики у детей с интеллектуальным нарушением, недостаточно конкретных программ для использования, а детей с интеллектуальными нарушениями все больше. Данное противоречие и составляет научную проблему избранного исследования, а именно разработка специально подобранных комплексов упражнений для коррекции мелкой моторики у детей с нарушением интеллекта.

Разработка тонких, точных движений необходима ребенку не только для того, чтобы уверенно управлять своим телом; мелкая моторика пальцев развивает мозг, его способность контролировать, анализировать, повелевать. Систематические упражнения по тренировке движений пальцев являются мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга [2].

Адаптивная физическая культура занимает одно из ведущих мест в подготовке детей и подростков с нарушениями интеллекта к самостоятельной жизни, способствуют коррекции психофизического развития и являются важным средством их успешной социальной адаптации и интеграции.

Методика АФК имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы ребенка. В последние годы в теории и методике адаптивной физической культуры выделилось такое направление как креативные телесно-ориентированные практики. Под ними понимаются виды адаптивной физической культуры, способные удовлетворить потребность лиц с отклонениями в состоянии здоровья в творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ, другие средства искусства за счёт освоения ими телесно-ориентированных техник сказкотерапии, игротерапии; формо-коррекционной ритмопластики и других направлений [1].

Креативные телесно-ориентированные практики – вид АФК, основной целью которого является приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений («зажимов», комплексов) и, в перспективе включение их в профессионально-трудовую деятельность [3].

Актуальность использования таких занятий обусловлена тем, что при всех формах умственной отсталости степень компенсации и возможности развития значительно возрастают при своевременно начатых и правильно организованных лечебно-коррекционных мероприятиях.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния разработанной коррекционно-развивающей программы по адаптивной физической культуре, направленной на развитие координационных способностей с помощью креативных телесно-ориентированных практик.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Вспомогательная школа-интернат № 10» » расположенная по адресу: г. Минск, ул. Кабушкина, 90. Школа является учреждением специального образования, реализующим образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Результаты и их обсуждение. Для решения поставленной цели нами был проведен педагогический эксперимент, в котором приняли участие две группы: экспериментальная группа (ЭГ) и контрольная группа (КГ). Всего в исследовании приняло участие 14 детей (12 мальчиков и 2 девочки) 10–13 лет с диагнозом «умственная отсталость» легкой степени тяжести. КГ составили 7 детей, ЭГ составили 7 детей. Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития и степени умственной отсталости.

Занятия физической культурой у детей КГ проводились согласно стандартной программе вспомогательной школы-интернат два раза в неделю, длительность занятия – 45 мин. ЭГ в дополнение к стандартной программе школы-интернат занималась поразработанной нами КРП направленной на развитие координационных способностей в виде дополнительных занятий. Занятия проводились во внеурочное время, длительность – 20 мин.

Для оценки уровня развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью и здоровых детей были использованы 3 группы тестов:

- Тесты для определения уровня развития зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука».
- Тесты для определения уровня развития точной дифференцировки движений пальцев рук.
- Тесты для определения уровня развития статистического равновесия.
- Тесты для определения уровня развития динамического равновесия.

Установлено, что уровень развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью был явно ниже, чем у здоровых детей.

Анализ итоговой эффективности уровня развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью показал статистически достоверное улучшение показателей контрольных тестов в экспериментальной группе после занятий по разработанной нами коррекци-

онно-развивающей программе, по сравнению с контрольной группой детей, занимавшихся по стандартной программе школы-интернат.

Заключение. По полученным в ходе исследования результатам можно сделать следующие выводы:

1. В результате проведенных исследований установлено, что уровень развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью ниже, чем у их здоровых сверстников.

2. Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по развитию координационных способностей с элементами креативных телесно-ориентированных практик.

3. В результате применения предложенной нами коррекционно-развивающей программы в экспериментальной группе статистически достоверно улучшились показатели развития координационных способностей на 9-17%, что позволяет рекомендовать данную программу для использования у детей с умственной отсталостью на занятиях по адаптивной физической культуре.

Список литературы

1. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2000. – 204 с.
2. Конишина, Е.В. Развитие мелкой моторики у детей дошкольного возраста средствами театральной деятельности / Е.В. Конишина [Электронный ресурс]. – М., 2014. – Режим доступа: <http://www.detsadclub.ru/13-vospitatelu/proektnay-deyatelnost/2577>. – Дата доступа: 14.04.2016.
3. Полякова, Т.Д. Адаптивная физическая культура: учеб.-метод. пособие / Т.Д. Полякова. – Минск: БГУФК, 2010. – 170 с.
4. Шипицина, Л.М. Специальная психология / Л.М. Шипицина. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ СВЯЗНОГО РЕЧЕВОГО ВЫСКАЗЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Ж.П. Чобот

Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

Одна из наиболее важных проблем современной школы – воспитание речевой культуры учащихся, качественное повышение уровня владения языком.

Особое значение приобретает развитие связной речи, которая в школе является не только специальным объектом обучения, но и основным средством учебной деятельности. Адекватное восприятие и воспроизведение текстовых учебных материалов, умение давать развернутые ответы на вопросы, самостоятельно излагать свои суждения – все эти и другие учебные действия требуют достаточного уровня развития связной (диалогической и монологической) речи.

Характеристика связной речи и её особенностей представлена в современной лингвистической, психолингвистической и специальной методической литературе. Исследователи Л.А. Пенъевская, Т.А. Ладыженская и др. отмечают, что элементы монологической речи появляются в высказываниях нормально развивающихся детей уже в 2–3 года. С 4 лет детям становятся доступны такие виды монологической речи, как описание и повествование. С 5–6 лет ребенок начинает интенсивно овладевать монологической речью, так как к этому времени завершается процесс фонематического развития речи и дети в основном усваивают морфологический и синтаксический строй языка. Однако полноценное овладение детьми монологической речи возможно только в условиях целенаправленного обучения. К необходимым условиям успешного овладения монологической речью относится формирование специальных мотивов, потребности в употреблении монологических высказываний; сформированности различных видов контроля и самоконтроля, усвоение соответствующих средств построения развернутого сообщения [1].

Приведенные положения особенно значимы для коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, имеющими общее недоразвитие речи (ОНР). В теории и практике логопедии под общим недоразвитием речи понимается такая форма речевой патологии, при которой нарушается формирование каждого из компонентов речевой системы: словарного запаса, грамматического строя, звукопроизношения. При этом отмечается нарушение формирования как смысловой, так и произносительной сторон речи. В целом для детей с ОНР типично позднее появление экспрессивной речи, резко ограниченный словарь, выраженный аграмматизм, специфические нарушения слоговой структуры слов [2].

Недостаточная теоретическая разработанность проблемы формирования связного речевого высказывания у дошкольников с общим недоразвитием речи, отсутствие соответствующих

методических рекомендаций создаёт трудности в работе по формированию необходимых речевых навыков.

О необходимости специальной систематической работы по формированию у детей навыков связных высказываний свидетельствуют и данные изучения состояния связной речи учащихся младших классов коррекционной школы для детей с нарушениями речи. К началу школьного обучения уровень сформированности лексико-грамматических средств языка у них значительно отстаёт от нормы. Самостоятельная связная контекстная речь у младших школьников долгое время остается несовершенной: отмечаются затруднения в программировании высказываний, в отборе материала, лексико-грамматическом структурировании высказываний, нарушения связности и последовательности изложения (В.К. Воробьёва, Л.Ф. Спирина, Г.В. Бабина и др.) Это создаёт детям дополнительные трудности в процессе обучения.

Цель исследования – выявление особенностей развития связной речи у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи, что является основой дифференцированного подхода в преодолении системных речевых нарушений и подготовки детей к школьному обучению.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Витебский государственный специальный сад № 25», ГУО «Витебский государственный специальный сад № 64», детских садов общего типа № 69, № 72 г. Витебска. Исследованием были охвачены 50 детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи (2–3 уровень) и 25 – с нормально развивающейся речью.

Для изучения состояния связной речи детей дошкольного возраста с ОНР и с нормально развивающейся речью использовались следующие методы:

- изучение медико-педагогической документации (данные анамнеза, медицинских и психологических исследований, педагогические характеристики, заключения ЦКРОиР и т.п.); беседы с родителями, воспитателями и детьми;
- наблюдения за детьми в процессе учебной, предметно-практической, игровой и общедо-бытовой деятельности в условиях детского образовательного учреждения;
- обследование словарного запаса по специальной методике (авт. Г.А. Каше, Т.Б. Филичева);
- комплексное исследование связной речи с помощью серии заданий (авт. Л.С. Цветкова).

Результаты и их обсуждение. Исследование состояния связной речи начиналось с изучения имеющейся на ребенка медицинской и педагогической документации, дополнительных анамнестических сведений полученных из бесед с педагогами и родителями.

Наблюдения за состоянием речи осуществлялись в течение всего периода исследования в игровой, общедо-бытовой и учебной деятельности, где основное внимание обращалось на наличие и уровень сформированности навыков фразовой речи (умение дать краткий и развернутый ответ, задать вопрос педагогу, рассказать о выполненном действии и др.). Метод наблюдения дал возможность получить общее представление об уровне развития спонтанной речи детей, сформированности ее грамматического строя, способности употреблять связные высказывания в общении, передавать ту или иную информацию.

Возможности детей в построении достаточно информативных, коммуникативно полноценных связных высказываний в значительной степени определяются уровнем сформированности лексического строя речи. Поэтому целенаправленное изучение состояния словаря – необходимая составная часть комплексного исследования связной речи. Исследование словарного запаса проводилось индивидуально с каждым ребенком при помощи приема называния детьми изображенных на картинках предметов, действий и т.д. Для выявления сформированности у детей общекатегориальных понятий применялись наборы картинок с изображением однородных предметов. Лексический и иллюстративный материал отбирался с учетом принципов: семантического (в словарь-минимум входили слова, обозначающие разные предметы, действия, качественные характеристики), лексико-грамматического (в словарь включались слова разных частей речи), тематического (лексический материал по темам программы).

Изучение связной речи с помощью серии заданий проводилось в два этапа: изучение состояния спонтанных речевых высказываний и связных развернутых высказываний.

Задачей первого этапа являлось составление характеристики спонтанного речевого высказывания детей с нарушениями речи и дальнейший лингвистический анализ полученных результатов. Эта серия эксперимента предполагала появление самостоятельных речевых высказываний у ребенка в процессе самостоятельной игровой деятельности, специально созданных ситуациях, в общении с родными и близкими.

Второй этап включал ряд последовательных заданий: рассказов об игрушке, по сюжетной картинке, по серии сюжетных картинок с достаточно подробно представленным наглядным сюжетом, по вопросам на тему из личного опыта.

Анализ полученных данных позволил охарактеризовать лингвистическую продукцию детей 4–6 лет с общим недоразвитием речи.

У 18,2% детей спонтанное речевое высказывание характеризовалось отдельными звуко-сочетаниями, которые дополнялись паралингвистическими и кинетическими средствами. Наиболее часто наблюдались указательные и описательные жесты (к субъекту, к объекту, к нерасчлененной ситуации). В отдельных случаях дети активно пользовались мимическими и интонационными средствами для передачи и уточнения смыслового содержания игровой ситуации.

Высказывания 31,4% испытуемых представляли собой однословное предложение, нередко характеризующееся полисемантизмом: одно и то же звуко-сочетание в различных случаях служило выражением разных значений. Эти значения становились понятными только благодаря конкретной игровой ситуации и интонации. Данные словесные единицы представляли собой контурные и искаженные слова.

У группы детей (23,1%) высказывания включали два элемента. В одних случаях это были простые, грамматически неструктурированные предложения, в других – с отдельными признаками овладения грамматическими средствами языка.

Простое распространенное предложение присутствовало в высказывании 27,3% детей. Иногда оно содержало прямое или косвенное дополнение, а также определение. В отдельных случаях дети использовали однородные члены предложения. Синтаксическая структура предложения в большинстве случаев была нарушена: отмечались пропуски членов предложения, их перестановки. У большинства испытуемых обнаруживались трудности в использовании морфологических средств языка.

Анализ самостоятельной речевой продукции позволяет выделить у детей с недоразвитием речи многообразие речевых реакций: от простейших форм вербальной коммуникации до грамматически структурированных вариантов речевого высказывания.

Результаты выполнения заданий на составление различных видов рассказа оценивались по количественным и качественным критериям: объём рассказа, степень самостоятельности при его составлении, связность, последовательность, полнота изложения. Смысловое соответствие исходному материалу и поставленной задаче, а также особенности фразовой речи (объём и структура фраз, степень выраженности морфолого-грамматических нарушений).

Описания детей состояли преимущественно из основной части, они не указывали на объект, окончания чаще всего отсутствовали, микротемы в большинстве случаев лишь обозначались. Между предложениями преобладала формально-сочинительная связь, выраженная союзами «и», «да», указательными местоимениями «тут», «вот». В повествовательных высказываниях дети затруднялись в структурном оформлении рассказа, большинство из них состояло из основной части, последовательность в развитии сюжета часто нарушалась из-за пропуска важных для понимания микротем. У ряда детей отсутствовало смысловое обобщение наглядной ситуации, и рассказ сводился к простому называнию отдельных предметов или действий.

Также выявлено, что у детей с общим недоразвитием речи существенно ограничены возможности в передаче своих жизненных впечатлений посредством связных высказываний. При составлении рассказов из личного опыта отмечалось недостаточное использование фразовой речи, трудности в определении содержания высказываний и их грамматическом оформлении как на уровне фразы, так и в целых высказываниях.

Сопоставительный анализ полученных результатов исследования связной речи показал, что у детей с ОНР количественные и качественные показатели выполнения заданий значительно ниже, чем у детей в норме. Детям с речевым недоразвитием при составлении связных высказываний в большинстве случаев требовались разные виды помощи. Средний показатель объёмов рассказов в 2,5–3 раза ниже, чем у нормально развивающихся сверстников.

Результаты проведенного поэтапного исследования позволили сделать следующие выводы:

– дети дошкольного возраста с ОНР значительно отстают от нормально развивающихся сверстников в овладении навыками связных высказываний по всем показателям;

– уровни несформированности связных высказываний у детей с ОНР весьма различны, что вызывает необходимость дифференцированного подхода в процессе их обучения.

Заключение. Важнейший принцип отечественной логопедии – дифференцированный подход к анализу и преодолению речевых нарушений. При проведении коррекционной работы с детьми с ОНР этот принцип находит свое выражение в установлении причин, лежащих в основе речевого недоразвития, учете специфики речевой патологии. Дифференцированный подход находит свое отражение также на определении наиболее сформированных сфер речевой деятельности, с опорой на которые строится коррекционная работа. Этот принцип лежит и в основе работы по развитию связной речи, уровни несформированности которой, по данным исследования, различны.

Расширение сети коррекционных образовательных дошкольных учреждений с организацией в них групп для детей с ОНР, необходимость дальнейшей разработки проблемы дифференцированного подхода в процессе преодоления системных речевых нарушений, осуществление задач полноценной подготовки детей к школьному обучению – все это определяет особую важность изучения вопросов целенаправленного развития связной речи у детей с общим недоразвитием речи.

Список литературы

1. Зимняя, И.А. Лингвopsихология речевой деятельности / И.А. Зимняя. – М., 2008. – 182 с.
2. Глухов, В.П. Формирование связной речи у детей с общим речевым недоразвитием / В.П. Глухов. – М.: АРКТИ, 2004. – 168 с.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННЫХ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

М.В. Швед

Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

Проблема жизненных предназначений человека остается чрезвычайно актуальной в современной психологии, потому что от них во многом зависит смысл и качество жизни. Воспитание ребенка с особенностями психофизического развития в семье сопряжено с появлением множества проблем у родителей, связанных с воспитанием, обучением и социализацией ребенка, что отодвигает вопросы жизненных предназначений родителей на второй план. Первостепенными становятся круг проблем, связанных с сопровождением и адаптацией родителей детей с особенностями психофизического развития. В научной литературе интерес прикован к проблеме особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с нарушениями (М.Н. Елиашвили, В.В. Ткачева), разрабатываются технологии и методики психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии (В.В. Ткачева), изучается проблема совладающего поведения родителей детей с особенностями психофизического развития (Е.Г. Бабич, А.А. Вербрюгген), проанализированы особенности родительского отношения к детям с различными психическими нарушениями (Т.Н. Высотина, Е.В. Грошева, О.Б. Зерницкий, Е.Д. Красильникова, Н.А. Крушная), рассматриваются некоторые грани самоактуализации родителей детей с особенностями психофизического развития (О.И. Витвар). Проблематика жизненных предназначений родителей детей с особенностями психофизического развития остается вне поля психологических интересов специалистов. Изучение данной проблемы способно расширить рамки существующих направлений исследований и разрешить различные проблемы адаптации, интеграции не только самих детей с особенностями психофизического развития в общество, но и их родителей.

Целью исследования – изучение особенностей жизненных предназначений родителей, воспитывающих дошкольников с особенностями психофизического развития.

Материал и методы. В исследовании особенностей жизненных предназначений приняли участие 60 родителей, из них 20 родителей нормально развивающихся дошкольников, 20 родителей дошкольников с речевыми нарушениями и 20 родителей дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. В качестве методов исследования были использованы:

1. Опросник ролевой виктимности М.А. Одинцовой [1].
2. Тест Жизнестойкости Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой [2].

3. Самоактуализационный тест (САТ) в адаптации Ю.Е. Алешиной, М.В. Загика, М.В. Кроз [3].

4. Опросник Жизненных предназначений Г.И. Моткова [4].

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных были выявлены значимые различия между группами родителей нормально развивающихся дошкольников и родителей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития по исследуемым параметрам. Так, ролевая виктимность, выражающаяся в переживаниях своей «инаковости» и стигматизации в большей степени характерна для родителей дошкольников с интеллектуальной недостаточностью (62,33%) в отличие от родителей двух других групп (родители нормально развивающихся дошкольников – 19,56%; родители дошкольников с нарушениями речи – 36,15%).

Такая важнейшая характеристика жизнестойкости как «контроль» в большей степени свойственна для родителей нормально развивающихся дошкольников (53,68%) и родителей, воспитывающих детей с нарушениями речи (63,33%). Развитие «контроля» отражает веру в то, что человек может оказывать влияние на свое окружение и мир вокруг. Данные родители оценивают трудные ситуации как менее опасные и уверены что обладают необходимой силой, чтобы превратить неблагоприятную ситуацию в ресурс для самого себя.

Следует отметить, что ролевая виктимность в большей степени выражена у родителей, воспитывающих детей особенностями психофизического развития, однако большинство родителей дошкольников являются носителями хорошо сформированного ресурса: жизнестойкости как альтернативе психологии жертвы.

Анализ высказываний родителей относительно их жизненных предназначений позволил выделить следующие группы:

1. Самореализация и самоактуализация (например, «заниматься развитием»; «развиваться в профессиональном плане»; «овладевать новыми знаниями»; «реализовать свои творческие способности» и т.п.);

2. Материальные блага (например, «обеспечение семьи материальными благами», «растить детей в достатке», «хорошо зарабатывать» и т.п.);

3. Забота о семье (например, «создание семьи», «воспитание детей», «материнство» и т.п.).

Анализ жизненных предназначений родителей трех экспериментальных групп показал, что в группе родителей, воспитывающих нормально развивающихся дошкольников, высказывания о направленности жизненных предназначений распределились в равной степени. Так, 32% данных родителей видят свое жизненное предназначение в самореализации и самоактуализации; 31% – стремится обеспечить свои семьи материальными благами и 31% – хотят заботиться о своей семье. 5,5% не смогли дать ответа.

Несколько более разнородная картина жизненных предназначений у родителей дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. Так, 18,5% данных родителей стремятся к саморазвитию и самоактуализации, в то время как 31% видят себя в качестве добытчиков материальных благ для своих семей и 55,5% сконцентрированы исключительно на ценностях семьи, 4% не дали ответа на вопрос.

Родители, воспитывающие дошкольников с нарушениями речи выразили свое стремление к самореализации в 14,8% случаев, стремление к обеспечению своей семьи материальными благами обнаружено у 37%, сконцентрированы на семейных ценностях 41% родителей данной группы и 7,2% затруднилось с ответом. Как видим, для большинства родителей детей с особенностями психофизического развития ценность семьи стоит на первом месте. Они видят свои жизненные предназначения в воспитании детей, в заботе о семье, в защите своих близких.

Заключение. Таким образом, родители дошкольников с особенностями психофизического развития в большей степени нацелены на заботу и воспитание детей в своих семьях, для них важно, чтобы дети ощущали комфорт и безопасность и успешно социализировались в обществе. Родители, воспитывающие нормально развивающихся дошкольников в большей степени стремятся к самореализации, материальному обеспечению своей семьи, и в тоже время концентрируют свои жизненные предназначения и на семейных ценностях, т.е. их жизненные цели и задачи распределяются по разным векторам самоактуализации.

Полученные в исследовании данные могут лечь в основу разработки психолого-педагогического сопровождения родителей, воспитывающих дошкольников с особенностями психофизического развития в условиях дошкольного образовательного учреждения. Учет осо-

бенностей характера и содержания их жизненных предназначений позволит осуществлять более качественную психологическую помощь родителям данной категории.

Список литературы

1. Одинцова, М.А. Проблема виктимного личностного типа в психологии / М.А.Одинцова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика, 2014. – Т. 14. – № 2–1. – С. 73–79.
2. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
3. Гозман, Л.Я. Самоактуализационный тест / Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская. – М.: Рос. пед. агентство, 1995. – 43 с.
4. Мотков, О.И. Методика «Жизненное предназначение» / О.И.Мотков // Школьный психолог, 1998. – № 36. – С. 8–9.

ОСОБЕННОСТИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

*Е.В. Щабловская, В.Г. Калюжин
Минск, БГУФК*

В наши дни особенно актуальна проблема инвалидности, категория лиц со зрительным дефектом, т.е. инвалидов по зрению достаточно велика, причем, несмотря на успехи медицины, число слабовидящих неуклонно растет [1]. Нарушения и аномалии зрительной системы отрицательно сказывается на формировании двигательных координаций, статического и динамического равновесия [2].

Цель работы – изучить уровень координационных способностей у дошкольников с нарушением зрения и здоровых детей.

Материал и методы. Для определения динамики развития координационных способностей, нами были проведены контрольно-педагогические тестирование детей дошкольного возраста с нарушением зрения и их здоровых сверстников.

Результаты их обсуждения.

Тесты для оценки способности к статическому равновесию:

Тест 1. Проба Ромберга 1: пято-носочная.

Содержание. Испытуемый должен стоять, чтобы ступни ног были на одной линии. При этом пятка одной ноги касается носка другой, глаза закрыты, руки вытянуты в стороны. Определяется время устойчивости.

Тест 2. Проба Ромберга 2: простая.

Содержание. Испытуемый стоит с опорой на две ноги (пятки вместе, носки врозь), глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы несколько разведены. Определяется время и степень устойчивости в данной позе.

Тест 3. Проба Ромберга 3: поза «аист».

Содержание. Детям предлагалось принять специфическую позу – стойка на одной ноге, другая нога согнута и ее пятка опирается на коленный сустав опорной ноги, при этом руки на поясе, голова держится прямо, глаза закрыты. Определяется время удержания равновесия.

Тесты для оценки способности к динамическому равновесию:

Тест 4. Лазанье по гимнастической стенке переменным способом.

Содержание. Занимающиеся, поочередно, выполняют задание – лазанье по гимнастической стенке (6–8 реек) разноименным способом вверх и вниз. Измерялось время лазанья в секундах.

Тест 5. Передвижение по ограниченной опоре с заданием.

Содержание. На полу мелом обрисовываются контуры гимнастической скамьи. В конце коридора – гимнастическая палка перпендикулярно ей. Передвижение по коридору за звуковым сигналом.

Тестовое задание: стойка руки на пояс. Ребенку предлагается пройти по коридору за звуковым сигналом. В конце коридора – наклон вперед, взять гимнастическую палку двумя руками хватом сверху, поднять руки вверх, поворот на 180° на носках, вернуться обратно по коридору. Определяется время прохождения коридора в секундах.

Тест 6. Прохождение коридора боком.

Содержание. На полу мелом обрисовываются контуры гимнастической скамьи. Испытуемому предлагается пройти приставным шагом правым боком с максимальной скоростью. Повторяют 3 раза и вычисляют средний результат в секундах.

Тест 7. Прохождение коридора спиной вперед.

Содержание. На полу мелом обрисовываются контуры гимнастической скамьи. Испытуемому предлагается пройти спиной вперед с максимальной скоростью. Повторяют 3 раза и вычисляют средний результат в секундах.

Тесты для оценки ориентации в пространстве:

Тест 8. Выполнение различных поворотов и передвижений по инструкции педагога.

Содержание: ребенку завязывают глаза и дают задание выполнить перемещения в зале по указанию педагога.

Тестовое задание: 3 поворота на месте на 360° через правое плечо в среднем темпе, поворот налево, 3 широких шага вперед, 2 одинаковых приставных шага вправо, 4 коротких шага назад, поворот кругом. Оценка отклонений от заданной траектории измеряется в сантиметрах.

Тест 9. «Поворот на пятке с прижатыми руками в правую сторону».

Содержание. Ребенок делает поворот на пятке с максимальным вращением с прижатыми руками в правую сторону. Оценка результата производится в градусах.

Тест 10. «Поворот на пятке с прижатыми руками в левую сторону».

Содержание. Ребенок делает поворот на пятке с максимальным вращением с прижатыми руками в левую сторону. Оценка результата производится в градусах.

Тест 11. «Поворот на пятке с балансированием руками в правую сторону».

Содержание. Ребенок делает поворот на пятке с максимальным вращением с помощью рук в правую сторону. Оценка результата производится в градусах.

Тест 12. «Поворот на пятке с балансированием руками в левую сторону».

Содержание. Ребенок делает поворот на пятке с максимальным вращением с помощью рук в левую сторону. Оценка результата производится в градусах.

Нами был проведен сравнительный анализ уровня развития координационных способностей у детей с нарушением зрения и у детей без патологии. Результаты сравнительного анализа приведены в таблице.

Таблица – Показатели координационных способностей у детей дошкольного возраста с нарушением зрения и их здоровых сверстников

ТЕСТЫ	Дети с НЗ	Здоровые	t _{набл.}	t _{крит.}	P
Проба Ромберга простая (с)	16,0±0,70	22,2±0,73	6,20	2,05	<0,01
Проба Ромберга пят.-носоч. (с)	10,6±0,49	16,3±0,59	7,40	2,05	<0,01
Проба Ромберга: поза «аист» (с)	10,8±0,39	17,6±0,50	10,7	2,05	<0,01
Лазанье (с)	13,1±0,32	10,8±0,09	6,90	2,05	<0,01
Ходьба по коридору вперед (с)	13,5±0,39	8,8±0,22	10,5	2,05	<0,01
Ходьба по коридору боком (с)	8,8±0,23	5,9±0,15	10,6	2,05	<0,01
Ходьба по коридору назад (с)	11,7±0,14	8,8±0,17	13,6	2,05	<0,01
Повороты (см)	66,0±0,90	48,0±1,33	11,2	2,05	<0,01
Поворот вправо с прижатыми руками (°)	233±8,59	327±7,71	8,10	2,05	<0,01
Поворот влево с прижатыми руками (°)	242±6,34	349±4,21	14,1	2,05	<0,01
Поворот вправо с балансом руками (°)	273±2,63	352±2,18	23,2	2,05	<0,01
Поворот влево с балансом руками (°)	281±2,08	353±1,94	25,3	2,05	<0,01

Как видно из таблицы, дети дошкольного возраста с нарушением зрения имеют выраженное отставание в уровне развития координационных способностей, по сравнению со здоровыми сверстниками.

Заключение. Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что координационные способности детей с нарушением зрения требуют коррекции.

Список литературы

1. Малаев, Д.М. Психология и педагогика игры слепого и слабовидящего ребенка / Д.М. Малаев. – М.: «AcademaМахачкала», 2008. – 327 с.
2. Ростомашвили, Л.Н. Педагогические технологии в адаптивном физическом воспитании детей младшего школьного возраста со сложными нарушениями развития: дис. ... д-ра пед. наук / Л.Н. Ростомашвили. – СПб., 2014. – 409 с.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

О.В. Яловик, В.Г. Калюжин
Минск, БГУФК

Детский церебральный паралич (далее ДЦП) – заболевание ЦНС, сопровождаемое двигательными нарушениями, проявляющимися в параличах, нарушениями координации движений, гиперкинезами. Имеет внутриутробное происхождение, однако этиология до сих пор не выявлена. Недостаточная двигательная активность и дефицит проприоцептивной импульсации на ранних стадиях онтогенеза ведут к замедлению созревания мозга и постепенному отставанию психического развития ребенка. Имеются эффективные методики реабилитации больных с ДЦП. ДЦП – органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями [1, 2].

Цель работы – развить координационные способности у школьников с детским церебральным параличом.

Материал и методы. Для определения развития координационных способностей, нами были проведены контрольно-педагогические испытания детей с детским церебральным параличом (16 школьников 10 лет) и здоровых детей (16 школьников 10 лет). Перед каждым заданием мною демонстрировался детям ход выполнения задания.

Результаты и их обсуждение. Уровень развития координационных способностей у взятых нами под наблюдение детей младшего школьного возраста определялся по следующим тестам:

Способность к сохранению равновесия
оценивалась при помощи следующих тестов:

Тест «Проба Ромберга» (простая)

Методика. «Пяточно-носочная» проба выполняется следующим образом: ноги на одной линии, правая впереди левой, носок левой ноги упирается в пятку правой ноги, глаза закрыты, руки в стороны. Отсчет времени начинался после принятия испытуемым устойчивого положения и прекращался в момент потери равновесия. Испытуемому давалось три попытки, учитывался средний результат.

Оценка. Определяется время устойчивости в этой позе. Учитывается средний результат.

Тест «Проба Ромберга» (усложненная)

Методика. Поза «аист» – испытуемому предлагается выполнить стойку на одной ноге, другая согнута, пятка ее касается коленного сустава опорной ноги, руки вперед, глаза закрыты. Отсчет времени начинается после принятия испытуемым устойчивого положения и прекращается в момент потери равновесия. Испытуемому предоставляется три попытки.

Оценка. Определяется время устойчивости в этой позе. Учитывается средний результат.

Тест «Ласточка»

Методика. Поза «ласточка» – испытуемому предлагается выполнить стойку на одной ноге, другая выпрямлена и отведена назад, туловище максимально наклонено вперед, руки разведены в стороны, глаза закрыты. Отсчет времени начинается после принятия испытуемым устойчивого положения и прекращается в момент потери равновесия. Испытуемому предоставляется три попытки.

Оценка. Определяется время устойчивости в этой позе. Учитывается средний результат.

Способность к ориентации в пространстве
оценивалась при помощи следующих тестов:

Тест «Бросок мяча в цель»

Методика. Укрепить мишень на стене, на расстоянии 140 см от пола. На расстоянии 3 метра от стены отмечается линия броска. Выполняется 8 попыток броска мяча в цель.

Оценка. Подсчитывается количество попаданий в цель из 8 бросков.

Тест «Ходьба по прямой линии»

Методика. Испытуемому предлагалось пройти шесть метров по прямой линии с закрытыми глазами. В конце этой линии перпендикулярно лежит линейка.

Оценка. Экспериментатор замеряет расстояние, на которое отклонился испытуемый от прямой линии. Расстояние измеряется в сантиметрах.

Тест «Ползание по начерченному коридору»

Методика. Испытуемый проползает на четвереньках по начерченному коридору шириной 1 метр, расстояние в 4 метра, с закрытыми глазами.

Оценка. 2 балла – выполнено; 1 балл – выполнено с ошибками; 0 баллов – задание не выполнено.

Тест «Ловкость»

Методика. Испытуемый стоит на расстоянии 3 метров от инструктора, ловит мяч.

Оценка. Количество раз из 8 попыток.

Развитие двигательных возможностей оценивалась при помощи следующих тестов:

Тест «Поднимание туловища»

Методика. ИП испытуемого – лёжа на спине. Сесть махом рук.

Оценка. Количество раз за 1 минуту.

Тест «Удержание головы»

Методика. ИП – лёжа на спине удерживать голову.

Оценка. Время в секундах.

Тест «Прыжки»

Методика. Прыжки на двух ногах.

Оценка. Количество раз за 1 минуту.

Тест «Повороты»

Методика. Испытуемый лежит на спине, поворот на живот направо, налево.

Оценка. Количество раз за 30 секунд.

Данные тесты позволили провести сравнение уровня развития координационных способностей у школьников с детским церебральным параличом и у здоровых детей того же возраста.

Результаты сравнительного анализа приведены в таблице.

Таблица – Особенности координационных способностей у здоровых детей 10 лет и у детей с детским церебральным параличом

ТЕСТЫ	Здоровые	Дети с ДЦП	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Проба Ромберга (простая), с	14,6±0,58	11,1±0,98	3,04	2,75	<0,01
Проба Ромберга (усложн.), с	13,4±0,58	7,4±0,84	5,90	3,65	<0,001
«Ласточка», с	14,8±0,49	11,0±1,17	3,01	2,75	<0,01
Бросок мяча в цель, раз	3,4±0,20	2,0±0,25	4,26	3,65	<0,001
Отклонение в ходьбе, см	33,2±1,31	40,0±2,44	2,46	2,04	<0,05
Ползание по коридору, балл	1,8±0,10	1,0±0,25	2,99	2,75	<0,01
«Ловкость», раз	3,5±0,18	2,7±0,23	2,80	2,04	<0,05
Подъем туловища за 30", раз	14,4±0,47	13,0±0,48	2,18	2,04	<0,05
Удержание головы, с	22,6±0,59	19,9±0,59	2,44	2,04	<0,05
Прыжки за 1 мин., к-во	45,8±0,89	41,4±1,1	2,29	2,04	<0,005
Повороты за 30 с, раз	5,3±0,31	4,31±0,3	2,48	2,04	<0,05

Заключение. Полученные в ходе исследования данные показывают, что уровень развития координационных способностей у детей с детским церебральным параличом сильно отличается со здоровыми детьми. По результатам, зафиксированным в таблицах, можно сказать, что развитие координационных способностей детей с церебральным параличом и их здоровых сверстников находится на разных уровнях.

Список литературы

1. Вайнер, Э.Н. Краткий энциклопедический словарь. Адаптивная физическая культура. / Э.Н. Вайнер, С.А. Кастионин. – М.: Изд-во Флинта, 2003. – 420 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*О.Б. Янусова
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Целью развития инклюзивного образования в нашей стране является «обеспечение равных возможностей для получения образования всеми обучающимися, включая лиц с особенностями психофизического развития, в учреждениях основного и дополнительного образования» [4 с. 3]. При этом инклюзивное образование призвано решать одну из главнейших задач обучения и воспитания детей с ОПФР – их социализация и более широкая интеграция в общество.

Одним из главных средств социальной интеграции считается социализация личности. При этом под социализацией подразумевается совокупность всех социальных процессов, благодаря которым индивид усваивает и воспроизводит определенную систему знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества, осваивая социальные роли и культурные нормы [6, с. 252].

Наличие проблемы социализации и интеграции в общество детей с интеллектуальной недостаточностью обусловлено, с одной стороны, имеющимися у них выраженными отклонениями в физическом и психическом развитии. С другой стороны, недостаточным совершенством самой системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с особенностями интеллектуального развития.

Целью нашего исследования является изучение уровня социальной адаптированности учащихся старших классов с легкой степенью интеллектуальной недостаточности.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами было проведено эмпирическое исследование на базе УО «Витебская вспомогательная школа № 26». Количество испытуемых составило 40 человек. В качестве методологического инструментария нами была использована методика для изучения социализированности личности воспитанника (авт. проф. М.И. Рожков), направленная на изучение уровня социализированности детей с интеллектуальной недостаточностью, а также социальной автономности, активности и нравственности.

Результаты и их обсуждение. Так, наилучшими показателями среди заявленных в данной методике (социализированности, автономности, активности и нравственности) являются показатели автономности (социальной самостоятельности). Для 29% учащихся вспомогательной школы характерен высокий уровень социальной автономности, для 38% – средний уровень, для 33% – низкий. Данные о приверженности учащихся к гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) также во многом подтверждают результаты тестирования: 41% – низкий уровень нравственной воспитанности, 53% – средний уровень и только 6% – высокий уровень. Наиболее низкие показатели характерны при выявлении уровня социальной активности: 56% – низкий уровень, 39,5% – средний и только 4,5% – высокий, что, на наш взгляд, объясняется особенностями личности ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Они значительно позже и в недостаточной степени начинают осознавать и осваивать социальную среду, таким детям сложнее устанавливать различные социальные отношения и связи, принимать ту или иную социальную позицию. У детей данной категории затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватного реагирования на происходящие изменения, не сформированы адаптационные способности, нарушено социальное поведение. Но в тоже время наблюдается стремление учащихся к установлению социальных связей, выполнению определенных социальных ролей, независимому образу жизни. При обработке суждений, характеризующих уровень социализированности, были получены следующие результаты. Так, 43% респондентов демонстрируют средний уровень социализированности, 25% – высокий и 32% – низкий уровень, что, на наш взгляд, представляет собой угрозу для последующей успешной интеграции данной группы детей в общество и требует проведения целенаправленной воспитательной работы.

Заключение. Таким образом, инклюзивное образование должно быть нацелено на принципиально иные образовательные достижения, чем те, что чаще всего признаются традиционным образованием. Основная задача такой школы не достижение IQ, а дать всем учащимся возможность к наиболее полноценной социальной жизни, в том числе и детям с особенностями интеллектуального развития. Знаниевая парадигма «должна уступить место» компетентностной, где социальная (в том числе образовательная) адаптация получит приоритетное право. Именно в этом и заключается главная цель инклюзивного образования, которое должно стать определенным шагом ко всей образовательной системе, одним из первых действий на пути построения включающего общества [2, с. 52].

Список литературы

1. Змушко, А.М. Трансформация специального образования: от интеграции к инклюзии / А.М. Змушко // Народная асвета, 2015. – № 10. – С. 4–9.
2. Семаго, Н.Я. Инклюзивное образование как первый этап на пути к включающему обществу / Н.Я. Семаго М.М. Семаго, М.Л. Семенович, Т.П. Дмитриева, И.Е. Аверина // Психологическая наука и образование, 2011. – № 1. – С. 51–59.
3. Скворцова, В.О. Социальное воспитание детей с отклонениями в развитии / В.О. Скворцова. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2006. – 160 с.
4. Проект. Концепции развития инклюзивного образования лиц с особенностями психофизического развития в Республике Беларусь // Специальная адукацыя. – 2014. – № 6. – С. 3–8
5. Хитрюк, В.В. Образование людей с особенностями интеллектуального развития / В.В. Хитрюк // Я люблю учиться, а ты? (Серия «Обычные люди»). – Минск: А.Н. Вараксин. – 2015. – С. 20
6. Шипицына, Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.