

## **"Реализация здоровьесберегающего подхода при работе с детьми старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития"**

**Актуальность.** Проблема сохранения здоровья подрастающего поколения уже не один год является предметом обсуждения врачей, педагогов, психологов. Сегодня школа сталкивается с двумя серьезными проблемами: трудности в обучении детей, связанные с повышением требований образовательных программ, и постоянно ухудшающееся состояние здоровья учащихся, препятствующее овладению образовательными компетенциями в различных областях научного знания. Практика показывает, что традиционные медико-профилактические подходы к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков в условиях общеобразовательной школы не дают желаемого результата. По данным Министерства здравоохранения и социального развития, только 10% школьников относятся к числу здоровых, 40% относятся к группе риска, а 50% имеют патологию развития. Наряду с ухудшением соматического здоровья отмечается увеличение числа психических нарушений. По данным специальных исследований, распространенность основных форм психических расстройств, среди детей и подростков с начала 1990-х гг. возросла на более чем на 30% [34]. Весьма невысокий уровень физического и психического здоровья детей создает объективные препятствия на пути модернизации российского образования, следовательно, разрешение актуальных проблем школы возможно лишь при сохранении и укреплении здоровья подрастающего поколения. В настоящее время выявлено и резкое увеличение числа детей с более серьезными отклонениями в психическом развитии. Более 70% детей, рожденных после 1991 г., имеют нейропсихологические проблемы из-за нарушений в подкорковых и стволовых отделах мозга, которые формируются внутриутробно или при рождении, и закладывают основу для всего последующего онтогенеза. Мозг таких детей работает во многом за счет компенсаторных механизмов. Традиционные общепринятые психолого-педагогические методы воздействия во многих случаях не приносят заметных результатов. По данным ряда исследователей, в среднем по России частота встречаемости в первых классах детей с диагнозом «олигофрения» достигает 10,3%, а с диагнозом «задержка психического развития» (ЗПР) по разным данным - от 16 до 25% [25]. Даже в элитных школах встречается до 9% детей с таким диагнозом [12]. Чаще этот вид отклонений выявляется с началом обучения детей 5-6 лет в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ).

На данном этапе в России и за рубежом изменилось отношение государства к лицам с отклонениями в развитии. В связи с этим возникает потребность интегрировать таких детей в общество. Реформирование системы специального образования осуществляется на основании Закона РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья - специальном образовании» (2001 г.), что гарантирует лицам с физическими и (или) психическими недостатками обучение по индивидуальным программам в соответствии со специальными образовательными стандартами.

Значение физического развития, двигательной деятельности в формировании всех психических процессов и личности в целом неоднократно подчеркивалось исследователями различных направлений

науки. Однако представленные в настоящее время данные об особенностях физического состояния детей с ЗПР немногочисленны и разнородны. Также следует отметить, что недостаточно представлены научно-обоснованные программы, технологии и методики физического воспитания детей дошкольного возраста с ЗПР. Это, в свою очередь, затрудняет осуществление комплексного коррекционно-педагогического воздействия на дошкольников с данными отклонением в развитии. Вышеизложенные факты доказывают целесообразность и актуальность разработки технологии физического воспитания, реализация которой не только позволила бы решить специфические задачи физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, но и способствовала бы их успешной интеграции в среду нормально развивающихся сверстников.

## **1. Теоретико-методологические основания здоровьесберегающего подхода при работе с детьми старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития**

### **1.1 Проблема сохранения здоровья подрастающего поколения**

Конец XX столетия ознаменован целым комплексом глобальных изменений в социальной, экономической и духовной сферах общества, утратой ранее значимых ценностей и возникновением новых, формированием новой философии жизни. Человеческое сообщество захлестывает ускоряющийся динамизм социальных процессов, происходящие с невероятной быстротой глобальные информационные, технические, экономические и политические изменения на фоне развивающегося экологического кризиса. Обостряются базовые, фундаментальные противоречия между человеком и природой, человеком и техническим прогрессом, человеком и социально-политическим устройством, количество противоречий в жизнедеятельности человека постоянно нарастает, и соответственно растут психические нагрузки. Постоянно изменяющиеся, нестабильные условия существования в условиях экологической, ядерной, военно-политической, информационной и угрозы служат причиной восприятия современным человеком своего существования как стрессового и выступают основой для ухудшения качества его жизни, расстройства здоровья, нарастания страха будущего. Снижение уровня здоровья проявляется в плохой переносимости повседневных психических и физических нагрузок, предъявляемых социально-биологической средой, ранним развитием неврозов, психосоматических и психических заболеваний не только у взрослых, но уже в раннем и детском возрастах [1]. Охрана здоровья - приоритетное направление деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом [33].

Существует более 300 определений понятия «здоровье». Здоровье - понятие не только медицинское, но и социальное. Оно является результатом сложнейшего взаимодействия человека с природой и обществом. Всемирная организация здравоохранения, координируя решение проблемы по охране здоровья населения в различных государствах мира, рассматривает здоровье индивидуума не только как отсутствие болезни или физического дефекта, но и как состояние полного благополучия интегральной целостности человека, проявляющейся в оптимальном единстве физического, духовного и социального благополучия в конкретных условиях жизнедеятельности [44].

Здоровая личность - это цель и результат современного общественного образования. Здоровая личность способна к активной саморегуляции своего поведения, к формированию индивидуальных программ здорового образа жизни, к проявлению волевых усилий при отказе от вредных привычек. Говоря о здоровой личности, С.Л. Рубинштейн [35] подчеркивал ее способность к творческой самореализации в обществе, к созданию новых материальных и духовных ценностей, обладающих общественной значимостью.

Компоненты здоровья - это основные направления целостного развития человека как индивида, личности, субъекта жизнедеятельности и индивидуальности в целом. Центральным компонентом здесь выступает духовно-нравственный компонент. Биологическая природа человека обуславливает физический (соматический) и репродуктивный компоненты здоровья. К ним примыкают эмоциональное и умственное здоровье как самостоятельные компоненты. Мотивационно-волевой аспект психики проявляется в мотивации сохранения здоровья, что связано со смыслом жизни человека, с его духовно-нравственными ценностями, характеризует личностное здоровье. Таким образом, здоровье - это гармоническое единство всех составляющих его компонентов: духовно-нравственного, физического, репродуктивного, эмоционального, умственного, личностного и социального [12].

Психическая составляющая здоровья, включает: 1) состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных проявлений и обеспечивающее человеку адекватную действительности регуляцию поведения; 2) интегральная характеристика полноценности психологического функционирования индивида [44]. Проблема психического здоровья решается сегодня исследователями самых разных областей науки и практики: медиками, психологами, педагогами, философами, социологами и др. Да и сам термин «психическое здоровье» неоднозначен, он как бы связывает две научно-практические области - медицинскую и психологическую. При этом в обеих науках состояние психического здоровья объясняется условиями психосоциального развития детей. Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), он означает определенный внутренний резерв человека, обеспечивающий преодоление неожиданных стрессов или затруднений, возникающих в исключительных состояниях. В более широком значении психическое здоровье - это состояние, способствующее наиболее полному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека.

Было обнаружено, что нарушения психического здоровья в детстве имеют две характерные черты: 1) они представляют собой лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития; 2) многие их проявления можно рассматривать как реакцию на специфические ситуации. Особое внимание эксперты ВОЗ обратили на то, что именно в детский период развития проблемы психического здоровья имеют более прямую связь с окружающей обстановкой, чем в другие возрастные периоды. Основная причина нарушений оказалась связана с неблагоприятной обстановкой в семье и уродливым отношением родителей к детям, хотя генетические факторы также могли играть некоторую роль.

И.В. Дубровина в начале 1990-х гг. ввела в научный психологический лексикон новый термин - «психологическое здоровье». Обосновывая его необходимость, она писала: «Если термин «психическое здоровье» имеет, с нашей точки зрения, отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов» [32, с. 39-40]

Рассматривая проблему психологического здоровья ребенка, И.В. Дубровина подчеркивала: «Забота о психологическом здоровье предполагает внимание к внутреннему миру ребенка, к его чувствам и переживаниям, увлечениям и интересам, способностям и знаниям, его отношению к себе, сверстникам, взрослым, к окружающему миру, происходящим семейным и общественным событиям, к жизни как таковой. Психологическое здоровье позволяет личности стать постепенно самодостаточной, когда она все больше ориентируется в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но и на внутренние осознанные самоориентиры. Задача взрослых - педагогов, психологов, родителей - помочь ребенку в соответствии с его возрастом овладеть средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте гуманистического взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» [32, с. 43]. Таким образом, ценность здоровья с развитием общества и общественных отношений становится не просто значимым, а ведущим фактором в формировании, укреплении и сохранении здоровья человека, живущего в напряженной информационно-энергетической среде. Особенно остро эти проблемы захватывают российское сообщество, находящееся в условиях переходного периода, который характеризуется обострением социальных противоречий и резким снижением качества жизни большинства населения, что негативно влияет на здоровье, так как индивидуальное здоровье напрямую зависит от тех экономических, социальных и политических процессов, которые происходят в обществе.

Демографические последствия реформационных преобразований выглядят удручающе. Снизилась рождаемость, в 2004 году в России приходилось лишь 132 родившихся ребенка на 100 женщин в репродуктивном возрасте. Чтобы восстановить численность населения страны, российская семья должна иметь троих детей. На фоне низкой рождаемости медики фиксируют возрастание смертности детей: от 40 до 60% детей имеют различные отклонения в психическом развитии. Отмечается высокий процент рождаемости недоношенных и незрелых детей. Каждый второй родившийся ребенок имеет отклонения в состоянии здоровья. Ведущая причина - низкий уровень репродуктивного здоровья женщин, проявляющийся в патологии беременности и родов. Поражение центральной нервной системы новорожденных как результат перинатальной патологии прогнозируется у 50% детей. Впоследствии эти нарушения могут проявляться в виде задержки психомоторного и речевого развития ребенка либо иных нарушений функций со стороны центральной нервной системы. Как правило, у таких детей с отягощенным анамнезом отмечается сниженный уровень иммунитета, общая соматическая

ослабленность, отклонения в функционировании систем и органов, на основе чего формируется уже в раннем возрасте хроническая патология. Работа матери за компьютером, с электроприборами, неоновое освещение, алкоголь, курение в период беременности влияют на формирование не только нервной, но и биоритмологической системы ребенка. Младенцы, родившиеся без чувства внутреннего ритма, не успокаиваются при ритмичном покачивании, «ворковании» или сосании соски. В ходе дальнейшего развития данные нарушения, как правило, проявляются в таких симптомах, как снижение концентрации внимания, раздражительность и нервность, гиперактивность и импульсивность, депрессии, аутизм. Ухудшение стартового уровня здоровья новорожденных детей приводит к последующему нарушению здоровья в старшем возрасте и создает трудности в процессе обучения в школе.

В настоящее время выявлено и резкое увеличение числа детей с более серьезными отклонениями в психическом развитии. Более 70% детей, рожденных после 1991 г., имеют нейропсихологические проблемы из-за нарушений в подкорковых и стволовых отделах мозга, которые формируются внутриутробно или при рождении и закладывают основу для всего последующего онтогенеза. Мозг таких детей работает во многом за счет компенсаторных механизмов. Традиционные общепринятые психолого-педагогические методы воздействия во многих случаях не приносят заметных результатов.

Известно, что гипокинезия (дефицит движений) - один из важнейших факторов риска развития заболевания сердечно-сосудистой системы, она вызывает также многообразные морфофункциональные изменения в организме, которые рассматривают как адаптацию к низкому уровню двигательной активности. Ведущими симптомами данных изменений являются астенический синдром, детренированность регуляторных механизмов, снижение функциональных возможностей и нарушение деятельности опорно-двигательного аппарата, нейрорегуляторного аппарата и вегетативных функций, снижение эмоционального тонуса, иммунитета организма и т.п. По многим данным, двигательно-моторная недостаточность выявляется у 25% детей 6-8 лет. Именно у таких детей чаще всего возникают трудности в школьном обучении [43]. Специалисты НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи диагностируют нервно-психические отклонения у более 15% школьников. Эти отклонения формируются чаще всего в дошкольном возрасте и углубляются за время обучения в школе, что увязывается с увеличивающимся объемом учебной нагрузки. Школьная программа рассчитана на определенный уровень развития функциональных возможностей организма, и ребенок не может начать полноценно усваивать знания до тех пор, пока его организм и, прежде всего, центральная нервная система не будут готовы к этому процессу.

По разным данным, от 4 до 25% семилетних и от 20 до 50% шестилетних детей при традиционной организации процесса школьного обучения испытывают большие трудности при адаптации к школе, не могут без перенапряжения осваивать учебную программу, имеют трудности в овладении навыками чтения, письма, счета. Если нагрузка, полученная ребенком в школе, оказывается чрезмерной, то постепенно проявляются те или иные отклонения в состоянии здоровья, которые при более благоприятных условиях были бы компенсированы организмом и,

возможно, не проявились. Срыв компенсаторных возможностей у детей и подростков с ограниченными компенсаторно-приспособительными возможностями в полной мере проявляется при чрезмерных воздействиях. В связи с этим задачи выделения этих детей в «группу риска», оптимизации методов диагностики, раннего выявления (в дошкольном возрасте, при поступлении в школу) носят конкретный характер и при адекватном выборе реабилитационных мероприятий (психолого-педагогических, социально - педагогических, психотерапевтических, вплоть до медицинских).

Таким образом, традиционная система школьного образования оказалась ни структурно, ни содержательно не готова к решению проблем здоровьесбережения детей с ненормативным ходом развития, с проявлениями различных вариантов дизонтогенеза. Школьные перегрузки детей с проявлением симптомов малой неврологии только усугубляют течение нервно-психических расстройств. Общее ухудшение социальной и экологической обстановки привело к тому, что в последнее пятилетие медиками признаются здоровыми лишь 10% выпускников школ и 15% дошкольников. Поэтому приоритетной задачей современного образования становится формирование устойчивой, здоровой, релевантной требованиям социальной среды личности. Это можно достигнуть, реализуя здоровьесберегающую деятельность в образовательном учреждении, которая предусматривает: обеспечение реальной разгрузки содержания общего образования, организацию мониторинга состояния здоровья детей и молодежи, использование эффективных методов обучения, повышение удельного веса и качества занятий физической культурой, улучшение организации питания обучающихся в образовательных учреждениях, рационализацию досуговой деятельности, каникулярного времени и летнего отдыха детей и молодежи [44]. Исходя из этого, можно утверждать, что целью использования здоровьесберегающих технологий должно быть создание психолого-педагогических условий, обеспечивающих своевременное и полноценное психическое и личностное, духовное развитие каждого ребенка, его душевный комфорт, лежащие в основе психологического здоровья. Эта цель может быть достигнута только тогда, когда будет обеспечена преемственность всех видов социального воздействия на ребенка в семье, дошкольном учреждении, школе на разных возрастных этапах взаимодействий с ним. Такая цель обуславливает с одной стороны, необходимость совершенствования уже сложившихся и реализуемых в практике подходов к организации и содержанию учебно-воспитательного процесса, а с другой - целесообразность разработки новых здоровьесберегающих, рационально выстроенных и действенных педагогических технологий [1].

Воспитателю детского сада, учителю начальной школы принадлежит особая роль в разрешении проблем этой категории детей. Именно успехи первых лет обучения особенно важны для дальнейшего здорового развития ребенка, ибо в этот период закладываются не только базисные знания и навыки, но и умение учиться, взаимоотношения с взрослыми, учителями, сверстниками, соучениками, отношение к себе, как ученику и отношение к своей деятельности и ее результатам.

## **1.2 Здоровьесберегающие технологии в современной образовательной среде**

Перед тем как рассмотреть здоровьесберегающие технологии, обратимся к понятию «здоровьесберегающее образование». Это образование, не вызывающее у субъектов образования (обучаемых и обучающихся) специфических заболеваний, которые называются дидактогией, выгоранием личности учителя, полураспадом за определенный период предметных знаний учителя, неврозами; такое образование должно быть, прежде всего, природосообразным и имеющим потенциал оздоровления. Современное массовое общее образование (по крайней мере, российское) является, к сожалению, и неприродосообразным, и здоровьезатратным. Поэтому задача разработки теории и практики здоровьесберегающего и здоровьеразвивающего образования является весьма актуальной [44].

Понятие «здоровьесберегающие технологии» объединяет в себе все направления деятельности учреждения образования по формированию, сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения [12]. Здоровьесберегающие педагогические технологии должны обеспечить развитие природных способностей ребенка: его ума, нравственных и эстетических чувств, потребности в деятельности, овладении первоначальным опытом общения с людьми, природой, искусством [33].

Здоровьесберегающая технология, по мнению В.Д. Сонькина, - это:

- \* условия обучения ребенка (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания);
- \* рациональная организация работы с детьми (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями);
- \* соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка;
- \* необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

Здоровьесберегающие технологии направлены на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, которое значительно ухудшается в процессе образования. Стратегия реализации здоровьесберегающих образовательных технологий направлена на такую организацию образовательного процесса на всех его уровнях, при которой качественное обучение, развитие и воспитание детей происходит без нанесения ущерба их здоровью.

Невозможно разработать и использовать одну единственную уникальную технологию здоровьесбережения. Здоровье - это сложное интегральное понятие, включающее характеристики физического и психического развития человека, адаптационные возможности его организма, его социальную активность, которые в итоге и обеспечивают определенный уровень умственной и физической работоспособности. Исходя из этого, укрепление состояния здоровья детей должно осуществляться по следующим направлениям:

- \* физическое развитие;

- \* развитие двигательной системы;
- \* зрелость нервных процессов;
- \* психическое развитие;
- \* адаптационные возможности.

Цель здоровьесбережения достигается с помощью использования разнообразных технологий, применяющихся с учетом приоритетов сохранения и укрепления здоровья всех участников образовательного процесса (педагогов, администрации, психологов, медиков, учащихся и их родителей). Достижение такой цели определяет, с одной стороны, необходимость совершенствования уже сложившихся и реализуемых в практике подходов к организации и содержанию учебно-воспитательного процесса, а с другой - целесообразность разработки новых здоровьесберегающих, рационально выстроенных и действенных педагогических технологий; пересмотра самого понятия здоровьесбережения, его функций, критериев эффективности, принципов использования.



Сегодня здоровьесберегающие технологии - это не просто совокупность лечебно-профилактических мер, а форма развития психофизиологических и социально-психологических возможностей каждого ребенка. Исходя из такого понимания, использование здоровьесберегающих технологий должно быть направлено на выполнение целого ряда функций.

- Развивающая функция состоит в совершенствовании всех физических и психических возможностей ребенка.
- Воспитательная функция направлена на укрепление психической и физической выносливости, закалке волевых качеств личности.
- Образовательная функция заключается в ознакомлении ребенка со здоровым образом жизни.
- Оздоровительно-гигиеническая функция обусловлена тем, что в современных условиях жизни у многих детей при дефиците активного действия развивается гиподинамия, снижается сопротивляемость организма к инфекциям. Особенно актуальна эта функция для часто болеющих детей.
- Общекультурная функция определяется тем, что внимание к здоровью должно быть органично связано с морально-нравственными целями.
- Организующая функция связана с тем, что занятия физической и психологической культурой организуют и заполняют свободное время ребенка полезными занятиями, препятствуют беспорядочному бдению у экранов телевизоров.
- Контролирующая и тормозящая функция связана с необходимостью регулярности действий по поддержанию и развитию здорового образа жизни.

Все эти функции обеспечивают развитие здоровьесберегающего сознания как понимания сущности здорового образа жизни, его жизненной необходимости [12].

По направлению деятельности среди частных здоровьесберегающих технологий выделяют: медицинские (технологии профилактики заболеваний, санитарно-гигиенической деятельности и др.); образовательные, содействующие здоровью (информационно-обучающие и воспитательные); социальные (технологии организации здорового образа жизни, безопасного образа жизни, профилактики и коррекции девиантного поведения); психологические (технологии профилактики и психокоррекции психических отклонений личностного и интеллектуального развития).

Содержание и эффективность здоровьесберегающих технологий оцениваются по критериям. Под критерием понимается мера, на основе которой осуществляется оценка возможности влияния преимуществ данного варианта технологий по сравнению с другими [12]. В частности для ДОУ это медико-педагогический контроль здоровьесберегающей среды. С помощью медико-педагогического контроля осуществляется

анализ влияния на состояние здоровья детей всех мероприятий ДОО с целью создания оптимальных условий для их пребывания и развития. Медико-педагогический контроль включает в себя:

- мониторинг за состоянием здоровья и физическим развитием детей (осуществляется медицинским персоналом ДОО и врачами разных специальностей, обследование проводится не реже 2 раз в год);
- наблюдение и оценка содержания и организации двигательного режима (осуществляется педагогическими и медицинскими специалистами ДОО на основании комплексной оценки двигательной активности детей в разных возрастных группах с использованием различных методик);
- проверка условий санитарно-гигиенического состояния мест проведения занятий и физкультурного оборудования (осуществляется по нормам и правилам СанПИН 2.4.1.1249-03 от 20.06.03) [44].

Современное образование предъявляет к разрабатываемым технологиям следующие требования:

- системность - технология должна обеспечивать интеграцию целей, содержания технологии и ее методической системы;
- научность - должна иметь необходимое и достаточное научно-практическое обоснование и складываться на основе теоретических концепций и современных научных достижений в педагогике, психологии и медицине;
- соотносимость (когерентность) - направленность технологии должна соответствовать цели и задачам современного образования, условия ее реализации - учитывать реальные возможности и конкретные условия, в которых реализуется образовательный процесс;
- воспроизводимость - должна быть легкой и доступной в реализации для широкого круга специалистов, устойчивой во времени, т.е. давать возможность повторять ее с различными временными интервалами, на разных этапах обучения, образования;
- универсальность - предполагает возможность использования в разных условиях обучения, в групповой и индивидуальной форме, в различных образовательных системах, с детьми разного возраста и разной подготовки, имеющими различные образовательные потребности и проблемы;
- эффективность - технология должна обеспечивать достижение поставленных целей, задач при минимальных усилиях и затратах, гарантировать определенный результат в различных образовательных ситуациях.

Отбор содержания здоровьесберегающих технологий, опирающийся на перечисленные требования, должен соответствовать следующим критериям;

- Ценностная направленность на здоровьесбережение всех участников образовательного процесса.
- Гуманистическая направленность определяет внимание к здоровью и жизнедеятельности не только всех детей в целом, но и каждого в отдельности.
- Культуросообразность подразумевает опору на выработанные веками культурные традиции, сформированные в определенной природной среде.
- Научность содержания и применения опирается на соответствие современным достижениям науки.
- Прогностичность обозначает соответствие содержания всех элементов здоровьесберегающих технологий и на всех уровнях конструирования требованиям не только современного общества, но и общества ближайшего будущего; необходимость учитывать наряду с содержанием, которое отражает уже достигнутый уровень развития социума, научного знания, содержание, отражающее поиск научных достижений. Это обеспечивает общественный, коллективный и личностный рост.
- Системность и целостность содержания предъявляют требования к содержанию технологии, которые не вызывают противоречий в сознании и физическом развитии участников, обладают структурным единством, гармоничностью и согласованностью таких составляющих, как теоретическое представление, учебный план.
- Динамичность и открытость связаны с возможностью расширения и сокращения содержания здоровьесберегающих технологий в зависимости от внешних и внутренних обстоятельств.
- Преемственность обозначает, что здоровьесберегающие технологии должны органично вписываться в содержание современного образования и не противоречить ему, формируя целостную картину мира ребенка.
- Доступность связана с тем, что содержание здоровьесберегающих технологий должно соответствовать возрасту воспитанников и обучающихся, их психическим и физическим возможностям, а также «зоне ближайшего развития» каждого ребенка и детской группы в целом.
- Гендерность связана с учетом тендерных особенностей развития и социальных норм полоролевой типизации.
- Единство содержания и применяемых методов и приемов предполагает учет педагогической реальности, связанной с возможностями осуществления конкретного учебного процесса, вне которого не может быть реализовано содержание здоровьесберегающих технологий. Это означает также, что при проектировании содержания необходимо учитывать принципы и способы его передачи, уровень усвоения и связанные с ним действия. Содержание теоретических и практических знаний должно соответствовать системе подкрепляющих их умений и навыков.

- Практическая значимость содержания отражает связь содержания здоровьесберегающих технологий с реальной жизнедеятельностью ребенка, его семьи, ближайшего социального окружения; направленность этих технологий на конкретную подготовку организма ребенка на решение задач будущего.

- Привлекательность связана с тем, что содержание должно активно затрагивать эмоционально-чувственную сферу ребенка и взрослого, вызывая положительные эмоции и стремление к дальнейшему совершенствованию.

Любая технология включает в себя определенные процедуры в определенной последовательности. В данном случае это:

1) полное определение конкретной цели, которая определяется гипотетической идеей технологического проекта. Оценку качества технологии, ее эффективность производят путем соотнесения полученного результата и цели;

2) разработка теоретических оснований. Технологии всегда реализуют определенные научные представления и концепция в рамках той или иной аксиологической парадигмы;

3) поэтапная, пошаговая структура деятельности. Технологический проект имеет жесткую процедуру реализации, предусматривающую заранее отработанную последовательность этапов и операций деятельности;

4) контроль и анализ результатов.

Современный образовательный процесс включает широкий диапазон здоровьесберегающих технологий. Они настолько многообразны по своему характеру, что описать их в рамках одной классификации не представляется возможным. Ниже приводится ряд классификаций.

По аналогии с классификацией образовательных технологий можно выделить следующие группы здоровьесберегающих технологий:

- управленческой деятельности: к ним относятся технологии программно-целевого планирования с учетом здоровьесберегающей парадигмы, здоровьесберегающие информационные технологии;

- организации образовательного процесса: предполагают изменение структуры учебного заведения (например комплекс «детский сад - школа»), изменение направленности и характера образовательного процесса (школа адаптирующей педагогики).

- организации учебного процесса: предполагают включение в организацию учебного процесса динамических пауз, разгрузочных дней, изменение графика каникул, гибкий временной режим урока.

- организации познавательной деятельности учащихся: педагогика успеха, педагогика сотрудничества, технологии развивающего обучения.

- воспитательной работы: метод проектов, коллективных творческих дел, игровые технологии, арт технологии, технология свободного развития.
- предметные технологии: реализуются в рамках отдельных предметов, например валеологии или ОБЖ, технологии интенсивного обучения иностранным языкам.
- коррекционные технологии: реализуются в работе с детьми, имеющими проблемы в развитии; предполагают использование специальных учебных тренажеров, технологий адаптирующей и специальной педагогики.

В зависимости от целей и масштаба объекта приложения здоровьесберегающие технологии могут быть разделены на следующие категории:

1. Общие предполагают учет условий оптимального возрастного развития в целом и необходимы для большинства учащихся.
2. Типовые предполагают учет типичных проблем и потребуют конкретных групп детей (введение дифференцированного подхода, технологии, реализующиеся в начальной школе и т.п.);
3. Индивидуальные предполагают учет индивидуальных характеристик личности, ее интересов.

По уровню организации выделяются следующие здоровьесберегающие технологии:

1. Повседневные: утренняя гимнастика, диета, традиционная технология начала урока;
2. Ситуативные применяются в связи с определенными обстоятельствами, например, технология конструктивного разрешения конфликта;
3. Перспективные реализуют технологическую модель достаточно длительной организации образовательного процесса, например валеологического образования.

По категории объекта здоровьесберегающие технологии классифицируются на следующие группы:

- индивидуальные направлены на отдельного субъекта деятельности;
- групповые охватывают небольшую группу детей;
- коллективные направлены на уже сформированные коллективы;
- массовые охватывают совокупность нескольких коллективов

т.е. большинство участников образовательного процесса.

По предметному содержанию подходов здоровьесберегающие технологии разделяют на медицинские, валеологические, психологические,

педагогические, комплексные предполагают сочетание разных подходов и методов.

Существует классификация и по разным задачам охраны здоровья. В нее входят:

1. Медико-гигиенические технологии включают контроль и помощь образовательным учреждениям в обеспечении гигиенических условий в соответствии с регламентациями СанПиНов.
2. Физкультурно-оздоровительные технологии направлены на физическое развитие детей и включают закаливание, физические тренировки и т.д.
3. Экологические здоровьесберегающие технологии направлены на создание природосообразных, экологически оптимальных условий жизнедеятельности, формирование инвайронментального сознания.
4. Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности направлены на сохранение жизни и обеспечиваются целым рядом специалистов (директором школы, специалистом по охране труда т.д.).
5. Здоровьесберегающие образовательные технологии включают широкий спектр использования психолого-педагогических приемов и методов, обеспечивающих приобретение учащимися знаний, умений и навыков по сохранению здоровья.
6. Социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии направлены на формирование и укрепление психологического здоровья.
7. Лечебно-оздоровительные технологии направлены на восстановление или компенсацию здоровья школьников.

Здоровьесберегающие технологии различаются по степени новизны. Традиционные технологии предполагают использование проверенных временем приемов и методов. Инновационные предполагают использование инновационных разработок, связанных с определенной долей риска.

В зависимости от цели использования рассматривают четыре типа технологий:

1. Защитно-профилактические здоровьесберегающие технологии направлены на защиту ребенка от неблагоприятных для здоровья воздействий.
2. Компенсаторно-нейтрализующие обеспечивают восполнение недостатка в том, что требуется организму ребенка для полноценной жизнедеятельности.
3. Стимулирующие направлены на активизацию скрытых внутренних ресурсов личности: технологии личностного роста, групповой динамики, информационно-обучающие и т.п.

4. Информационно-обучающие обеспечивают повышение компетентности учащихся, необходимой для эффективной заботы о здоровье.

По характеру используемых ресурсов есть такие здоровьесберегающие технологии как:

- 1) использование природных факторов (ландшафтотерапия, ароматерапии, фиточаи и т.д.);
- 2) использование внутренних резервов организма (например, дыхательные практики т. п.);
- 3) использование социально-культурных факторов (формирование гигиенических привычек, использование метода диалога культур и т.п.).

По направленности использования самой технологии выделяют четыре категории технологий:

1. Социальные (управленческие) здоровьесберегающие технологии направлены на изменение социокультурной среды;
2. Организационные здоровьесберегающие технологии направлены на изменение организации жизнедеятельности;
3. Содержательные здоровьесберегающие технологии направлены на изменение содержания деятельности;
4. Целеформирующие здоровьесберегающие технологии направлены на изменение мотивации деятельности.

Классификация здоровьесберегающих технологий по характеру реализации включает: 1) директивные (закрытые), 2) недирективные (открытые, свободные).

Разнообразие оснований для классификаций здоровьесберегающих технологий, наличие многочисленных авторских подходов к классификации вызывают дополнительные трудности для их планирования и качественной реализации в образовательных средах.

Очевидной целью использования здоровьесберегающих технологий является создание психолого-педагогических условий обеспечивающих своевременное и полноценное психическое личностно-духовное развитие каждого ребенка, его душевный комфорт, лежащие в основе психологического здоровья. [12]

Технологический проект, как правило, предполагает мониторинговую оценку результатов, сопровождающуюся рефлексией с целью учета неудач в последующей деятельности или перехода на другие технологии [12]. Применительно к ДОУ - это формирование компетентности ребенка дошкольного возраста как одной из базисных характеристик личности ребенка дошкольного возраста. Которые включают в себя коммуникативную, социальную, интеллектуальную компетентность и компетентность в плане физического развития. Компетентность

коммуникативная проявляется в свободном выражении ребенком своих желаний, намерений с помощью речевых и неречевых (жестовых, мимических, пантомимических) средств. Компетентность социальная позволяет ему понимать разный характер отношения к нему окружающих взрослых и сверстников, выбирать линию поведения, соответствующую ситуации. Ребенок умеет попросить о помощи и оказать ее, учитывает желания других людей, может сдерживать себя, высказывать просьбы, предложения, несогласие в социально приемлемой форме.

Компетентность интеллектуальная характеризуется способностью к практическому и умственному экспериментированию, знаковому опосредованию и символическому моделированию, речевому планированию, логическим операциям. Ребенок проявляет осведомленность в разных сферах деятельности людей, знает о некоторых природных явлениях и закономерностях, знакомится с универсальными знаковыми системами - алфавитом, цифрами. Компетентность ребенка в плане физического развития выражается в том, что ребенок имеет представления о своем физическом облике и здоровье, владеет своим телом, различными видами движений; испытывая недомогание, может сообщить о нем; владеет культурно-гигиеническими навыками и понимает их необходимость [44].

Формирование здоровьесберегающей среды и использование здоровьесберегающих технологий в системе образования опирается на некоторые высказанные в литературе принципы, среди которых называют следующие.

Принцип гуманистической направленности, основанный на признании самоценности личности и создании психолого-педагогических и социальных условий для ее гармонически здорового и устойчивого развития и саморазвития.

Принцип системности развития здоровья и комплексности использования здоровьесберегающих технологий. Системность задач должна отражать взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (неравномерность) их развития. Реализация принципа системности развития возможно только при условии комплексного использования здоровьесберегающих технологий.

Таким образом, при выборе здоровьесберегающих технологий и приемов необходимо учитывать следующие характеристики:

- 1) особенности реальной социальной ситуации развития ребенка: например, круга общения ребенка, включая сверстников и взрослых, семейное окружение т.д.;
- 2) уровень сформированности психологических новообразований на данном этапе возрастного развития;
- 3) уровень развития ведущей деятельности ребенка, ее оптимизацию.

Ориентация на «индивидуальную норму» в рамках «возрастной нормы» должна характеризовать отбор и использование здоровьесберегающих технологий.



Выделяют также принцип целостности и непрерывности использования здоровьесберегающих технологий. Процесс развития ребенка имеет непрерывный характер, и проведение здоровьесберегающих мероприятий должно быть систематической и постоянной работой по заботе о детском здоровом развитии.

Предполагается, что принцип деятельностного подхода связан с тем, что все психические особенности ребенка находятся в становлении и основным условием их развития служит та или иная деятельность. Суть его заключается в том, что главным способом приложения здоровьесберегающих технологий является организация активной деятельности самого ребенка и его активной совместной деятельности с взрослым и сверстниками.

Принцип опоры на ресурсы игровой деятельности в обучении также рассматривается в литературе. В жизни ребенка игра занимает большое место, а при условии методически корректного отношения к ней способна стать универсальным средством, обеспечивающим широкую систему психолого-педагогических влияний на процессы развития, обучения и воспитания детей.

Ее роли в формировании познавательной активности и развитии творческих способностей детей, развитии умения самостоятельно добывать знания.

Принцип опережающего педагогического планирования использования здоровьесберегающих технологий. Педагогическое воздействие должно носить опережающий характер, направлено на решение профилактических и развивающих задач.

К перечисленным выше принципам важно добавить и нижеследующие.

1. Принцип социально-адаптирующей направленности здоровьесберегающих технологий направлен на формирование психологической подготовленности воспитанника к жизни в динамично меняющейся окружающей социокультурной среде, через устойчивую социальную мотивацию, ориентацию на базовые социокультурные нормы.

2. Принцип оптимизации социально-эмоциональной сферы личности. Резервы повышения действенности нравственных представлений ребенка лежат в эмоциональной насыщенности содержания оценочных суждений взрослых. Учебная деятельность протекает значительно успешнее в условиях эмоционального подъема это усиливает положительную мотивацию к занятиям и личностную заинтересованность ребенка в происходящем.

3. Принцип опоры на творческий потенциал ученика, педагогов, ученического коллектива, родителей и семейного окружения при использовании здоровьесберегающих технологий. Человек развивается только в сообществе, поэтому продуктивный результат деятельности может быть достигнут наиболее эффективно только в сообществе, в творческом объединении.

4. Принцип активного сотрудничества с семьей. Ребенок не может развиваться вне социальной среды. Его развитие во многом определяется его взаимоотношениями с родителями, педагогами, сверстниками. Применяемые педагогами здоровьесберегающие технологии должны быть направлены не только непосредственно на ребенка, но и на семью в целом.

5. Принцип раннего вмешательства предполагает как можно более раннее использования здоровьесберегающих технологий. Здоровьесберегающая среда должна создаваться уже с рождения ребенка, возможно, даже ранее.

6. Принцип дифференцированного и индивидуального подхода при использовании здоровьесберегающих технологий в условиях коллективного обучения. Этот принцип принимает во внимание, как индивидуальные особенности каждого ребенка, так и специфические типологические особенности, проявляющиеся в данном конкретном детском коллективе.

7. Принцип универсальности обеспечивает возможность единства в использовании здоровьесберегающих технологий в различных типах образовательных учреждений, различными специалистами образовательных учреждений и членами семьи ребенка.

8. Принцип систематического повышения профессиональной подготовки педагога и поддержки его личностного роста и здоровья. Здоровье ребенка на многих уровнях определяется состоянием здоровья воспитывающих его личностей и здоровыми формами воздействия, осуществляемыми ими.

Здоровьесберегающие технологии могут реализовываться семьей, педагогами, смежными специалистами (психологами, логопедами), профильными специалистами (медиками, валеологами), группой специалистов, всем коллективом образовательного учреждения, районным, городским отделом народного образования, общественными и частными организациями.

Современный образовательный процесс включает широкий диапазон здоровьесберегающих технологий, например коррекционные технологии. Эти технологии реализуются в работе с детьми, имеющими проблемы в развитии; предполагают использование специальных учебных тренажеров, технологий адаптирующей и специальной педагогики [12].

Эффективность использования здоровьесберегающих технологий может быть оценена (в зависимости от субъекта их приложения) на уровнях:

- здоровья конкретной личности, индивидуальности;
- детской группы, класса и их внешних и внутренних социальных связей;
- образовательного учреждения в целом как социального образования.

1.3 Психофизиологические особенности детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Рост требований к личности ребенка, среди которых ранние сроки начала обучения, усложнение образовательных программ определяют необходимость своевременного выявления пограничных состояний интеллектуальной недостаточности современных дошкольников.

Задержка психического развития у детей чаще всего обнаруживается с началом обучения дошкольников старших групп в ДОУ. Следует указать, что психология, дефектология, педагогика выделяют как общие черты, так и характерные для конкретных типов ЗПР у детей дошкольного возраста. Ниже представлен анализ особенностей развития детей 5-6 лет в норме и при патологии.

Возраст 5-7 лет относится к концу периода первого детства. Это второй, после 3 лет (раннее детство), критический период. С одной стороны, он отмечается интенсивным ростом и развитием детского организма [22, 28], а с другой, - незрелостью, низкой сопротивляемостью к неблагоприятным воздействиям внешней среды [13, 19]. В этом периоде продолжают морфологическое оформление и функциональное совершенствование всех органов и систем организма [20].

Интенсивные анатомо-физиологические преобразования нервной системы у детей старшего дошкольного возраста осуществляются в виде дифференцировки нервных клеток, миелинизации нервных волокон, формирования синоптических механизмов [22,23].

К 5 - 6 годам соотношение спинного мозга и позвоночного канала становится таким же, как у взрослых, а к 7 годам его тканевая структура приближается к взрослому уровню. К 6 - 7 годам в основном заканчивается структурное развитие коры большого мозга: изменяется топологическое положение, форма и количество борозд, увеличивается количество извилин коры больших полушарий. Самым существенным моментом структурного созревания коры головного мозга в возрасте 5-6 лет является усложнение системы связей по горизонтали как между нейронами близко расположенных ансамблей, так и между областями коры. Изменения претерпевают и межполушарные связи: к 6 - 7 годам формируется мозолистое тело, соединяющее оба полушария. В 7 лет заканчивается созревание ядер продолговатого мозга [22].

Клетки большинства областей коры становятся близкими по строению клеткам коры взрослого человека к 4 - 7 годам. Но третичные зоны коры большого мозга полностью не сформированы [2,10].

По мнению В.В. Лебединского и О.С. Никольской, основными механизмами ЗПР являются нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга [15]. В период от 5 до 7 лет наблюдается активизация ростового процесса (полуростовой скачок): прирост может составлять 7 - 10 см ежегодно [4, 12].

В 5 лет длина тела мальчиков равна 105-116 см, девочек - 104-114 см, в 6 лет соответственно - 111-121 см, 111-120 см. [22] утверждают, что конечности в это время растут быстрее, чем туловище. Так, к 6-7 годам длина рук увеличивается в 2,5 раза, а длина ног - в 3 раза. Необходимо отметить, что масса тела детей 5-6 лет увеличивается на 2 - 2,5 кг. Так, в 5 лет масса тела мальчиков составляет 17,4 - 22,1 кг, девочек - 16,5 - 20,4 кг, в 6 лет - 19,7 - 24,1 кг и 19,0 - 23,5 кг соответственно [10].

У детей 4-7 лет интенсивно формируется опорно-двигательный аппарат, увеличивается число точек окостенения. По данным [21], кости запястья становятся видными ясно к 7 годам. Это говорит о неполной подготовленности руки ребенка к письму. У детей рассматриваемого возраста

наблюдается незавершенность строения стопы [15]. К 6 - 7 годам становятся хорошо заметными изгибы позвоночного столба, особенно грудной и шейный, что также отмечается в других исследованиях [18, 21]. Благодаря большой толщине межпозвоночных хрящей у детей обеспечивается большая подвижность позвоночных суставов. Но в связи с несовершенной фиксацией позвоночника, при неадекватной позе, неравномерном развитии мышц правой и левой сторон тела, часто возникают нарушения осанки (лордотические, кифотические, сколиотические). По данным [22], в возрасте 6-7 лет фронтальный диаметр грудной клетки начинает преобладать над сагиттальным, устанавливаются относительные величины верхней и нижней части грудной клетки, свойственные взрослому [13]. Резко увеличивается наклон ребер. Начинают проявляться типологические особенности телосложения - торакальный тип телосложения (узкая грудная клетка), дигестивный тип телосложения (широкая грудная клетка) и промежуточные варианты [22]. К концу дошкольного периода обхват грудной клетки увеличивается на 2 - 2,5 см ежегодно и в среднем составляет в 5 лет у мальчиков - 56,4 см, у девочек - 55,9 см, в 6 лет соответственно 58,0 см и 57,2 см. В период первого детства продолжается рост всего черепа. К 7 годам в основном заканчивается рост основания черепа в длину, и оно почти достигает такой же величины, как у взрослого [18].

Как констатирует ряд авторов [4, 22], при оценке у дошкольников биологического возраста по соматическим показателям важны соотношения размеров тела, которые характеризуют его форму, а не абсолютные размеры. В период первого детства мышечная ткань продолжает дифференцироваться. Диаметр мышечных волокон у детей с 4 до 7 лет увеличивается в 1,3 раза. Общая масса скелетных мышц по отношению к массе тела составляет примерно 27% [2,13]. К 7 годам форма мышц из округлой становится продолговатой. У детей особенно интенсивно развиваются мышцы таза и ног, обеспечивающие прямохождение и ходьбу, а затем (с 5 - 7 лет) мышцы рук, которые способствуют овладению навыками продуктивной деятельности [16,10]. Координация мелких мышц кисти становится более тонкой, что совершенствует, в свою очередь, вторую сигнальную систему (речь). Исследователи отмечают, что у дошкольников с ЗПР физическое развитие в основном соответствует паспортному возрасту [1,2]. Однако при ЗПР конституционального происхождения может иметь место инфантильный тип телосложения.

Также у детей с ЗПР церебрально-органического происхождения в соматическом состоянии могут отмечаться признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного тонуса, задержки роста); общая гипотрофия; различные виды диспластичности телосложения [7, 11]. В.В. Ковалев [9] указывает, что в соматическом статусе детей с психическим инфантилизмом нередко обнаруживаются признаки незрелости, задержка в росте. Данные исследований [27] показали, что у 26% детей с ЗПР физическое развитие ниже среднего, а у 19% - выше среднего. В возрасте 5-7 лет в качестве нормы отмечается избыточный анаболизм, который тесно связан с интенсивностью роста и развития [2, 8]. Как только у ребенка проявляется один из признаков первого вытягивания, основной обмен идет на убыль. Сравнительно высокий уровень энергозатрат обеспечивается у детей более интенсивной работой кардиореспираторной системы [22].

В период первого детства интенсивно увеличивается объем сердца, его линейные размеры [33]. По данным [24], до пятилетнего возраста происходит, главным образом, концентрический рост сердца, а после - возрастает емкость полости. Положение сердца изменяется в соответствии с расправлением легких и установлением ребер в косом положении [18]. В 5 лет частота сердечных сокращений (ЧСС) составляет у мальчиков и девочек 98-100 в минуту, а в 6 лет - 90-95 в минуту соответственно [22]. Однако при нагрузке достижение необходимого уровня минутного объема

крови у детей осуществляется преимущественно за счет увеличения ЧСС [13]. Это компенсирует относительно небольшую величину систолического объема крови (33,5 мл). Просвет сосудов еще широк, но, рост сосудов в длину отстает от роста сердца, что приводит к их относительной узости и вызывает некоторое повышение артериального давления (в 5 лет 80-100/46-64 мм рт. ст.; в 6 лет - 92-118/50-68 мм рт. ст.). Период первого детства является качественно новым в становлении регуляции кровообращения, так как с 4 лет начинает функционировать региональный принцип кровораспределения [10]. Характерной особенностью периферического кровообращения у дошкольников этого возраста является то, что объемная скорость кровотока, характеризующая интенсивность кровоснабжения и мышц, резко уменьшается от 5 до 7 лет [13].

В рассматриваемый период отмечаются изменения и в развитии дыхательной системы. Увеличивается объем и масса легких. В связи с изменением формы грудной клетки и активной работой межреберных мышц у детей 7-8 лет выявляются половые отличия в типе дыхания: у девочек преобладает грудной тип дыхания, у мальчиков - брюшной [13]. К концу дошкольного возраста совершенствуется регуляция дыхания, так как тормозится возбудимость дыхательного центра. Все эти структурные изменения оказывают влияние на изменение количественных показателей дыхания.

Так, дыхательный объем легких в возрасте 6 - 8 лет составляет 176 мл, жизненная емкость легких - 1535 мл, частота дыхания - 24 в минуту, минутный объем дыхания - 3500 мл. Наряду с этими показателями, важно отметить, что возраст 6 лет является одним из существенных переломных периодов становления аэробной работоспособности. Это является основой для тренировки общей выносливости у детей дошкольного возраста в режиме умеренной интенсивности.

У детей с ЗПР конституционального генеза признаки соматического неблагополучия отсутствуют или хорошо компенсируются. Не выявляются аномалии развития отдельных органов и систем [11]. Однако у детей при осложненном психическом инфантилизме чаще встречаются отдельные дисплазии органов и систем. Так, могут присоединяться нарушения зрения, соматические заболевания (разной степени выраженности).

ЗПР соматогенного генеза обусловлена хроническими соматическими заболеваниями внутренних органов ребенка - сердца, почек, печени, легких, эндокринной системы [19]. Часто они связаны с хроническими заболеваниями матери. У таких детей нередко имеет место соматогенный инфантилизм (задержка эмоционального развития), обусловленный ощущением своей физической неполноценности, режимом запретов и ограничений, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок.

Дети с ЗПР психогенного генеза могут иметь соматические заболевания вследствие влияния неблагоприятных факторов: невротизации матери, алкоголизма родителей и др., также у этих детей наблюдаются симптомы психосоматических отклонений.

В анамнезе дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза (с парциальной несформированностью высших психических функций) обнаруживается наличие аллергических реакций, бронхиальной астмы, дисбактериозов. Отмечается низкий уровень адаптационных возможностей; проявляется повышенная возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций; их состояние может колебаться в зависимости от метеорологических изменений. Указанные выше отклонения соматического развития дошкольников с ЗПР приводят к снижению уровня функционирования основных систем жизнеобеспечения.

Анализируя данные литературы, можно сделать вывод, что морфо-функциональное состояние детей с ЗПР отличается от такового у здоровых в зависимости от характера и периода воздействия неблагоприятных факторов на развитие ребенка, от типа ЗПР. Выявленные особенности следует учитывать при подборе оздоровительно-коррекционных средств, планировании и организации физкультурной работы с детьми данной категории.

Для обоснования и разработки технологии адаптивного физического воспитания важно знать и учитывать характер причин двигательных дефектов, имеющих место при различных формах ЗПР. Отмечено, что дети с нарушениями центральной нервной системы имеют дефекты двигательного и речедвигательного анализатора, что проявляется в различных нарушениях моторики [32]. У детей с ЗПР часто отмечается функциональная незрелость формации лобной области, что, в свою очередь, отражается на организации произвольных движений, двигательных механизмах речи, регуляции сложных форм поведения, процессов мышления [3, 14, 15].

Известно, что наибольшие затруднения у дошкольников с ЗПР вызывает выполнение физических упражнений различной координационной сложности, связанных с ориентировкой в пространстве, точностью движений, глазомером, функцией равновесия [38, 48, 42]. Это обусловлено тем, что ловкость зависит от деятельности центральной нервной системы, процессов координации и экстраполяции, функционального совершенства анализаторных систем [2, 3, 16, 22, 25].

Дошкольники с ЗПР неточно выполняют дозированные упражнения, движения с перекрестной координацией, ритмические, ациклические, движения контроля, только по словесной инструкции, плохо переключаются с одного движения на другое. У них существенно страдают зрительно-двигательная и слуходвигательная координация [3, 28], овладение выразительными движениями [29]. Имеется нарушение точности пространственных, временных и силовых характеристик движения, то есть его выполнение не соответствует требованиям двигательной задачи. Дети данной категории затрачивают больше времени на освоение нового двигательного акта, так как у них длительно формируются серии движений [19, 20].

В связи с низкой подвижностью нервных процессов у детей с отклонениями в развитии хуже проявляются скоростные способности [21]. Время двигательной реакции, быстрота переключения нервного возбуждения с одних нервных клеток на другие связаны со сложной координацией возбуждения между нервными клетками [26]. Доказано, что пониженное внимание, присущее детям с ЗПР, определяет более низкую скорость реагирования на сенсорную информацию. Вместе с тем быстрота движения может соответствовать возрастным нормам.

Сниженная координация движений обеих рук, недоразвитие мелкой моторики кистей и пальцев рук у дошкольников с отклонениями в развитии обуславливают относительно низкие показатели силовых и скоростно-силовых способностей в разных видах метания на дальность [21].

Экспериментальные исследования высшей нервной деятельности у детей с ЗПР обнаружили инертность и снижение силы нервных процессов, истощаемость, низкую работоспособность [32] патологическую иррадиацию возбуждательного и тормозного процессов [14]. Такие нарушения деятельности центральной нервной системы отражаются на величине выносливости, так как дети не могут длительное время противостоять физическому и психоэмоциональному напряжению [19].

У детей изучаемой категории нарушения в физическом развитии могут иметь разный характер и степень выраженности, выступать в различных сочетаниях. Однако у большинства дошкольников

явно выражены отклонения в технике движений. При ходьбе дети шаркают ногами, корпус наклонен вперед, голова опущена вниз, движения рук и ног несогласованны, стопы ног развернуты носком внутрь. У некоторых детей отмечается семенящий, неритмичный, неравномерный шаг, темп ходьбы неустойчив [18]. Во время бега также наблюдается мелкий семенящий шаг, полусогнутые ноги опускаются всей стопой на опору, движения рук и ног несогласованны, неритмичны, нарушается направление движения. У некоторых детей с ЗПР отмечаются боковые раскачивания корпуса. Имеются нарушения в технике выполнения прыжков, метания, лазания, упражнений в равновесии. Выполняя задания на воспроизведение какого-либо движения или их серий, дошкольники с ЗПР нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части [8, 17].

У дошкольников с ЗПР исследователи отмечают недостаточную координацию пальцев, кисти рук, недоразвитие мелкой моторики. В основе таких отклонений лежит диффузное поражение коры головного мозга [21, 27].

Ряд экспериментов, выявляющих влияние тонких движений пальцев рук на развитие функций мозга ребенка, показал, что тренировка пальцев рук ускоряет процесс функционального созревания мозга, так как является мощным тонизирующим фактором для коры больших полушарий. Влияние сказывается как сразу после выполнения упражнений, так и спустя некоторое время, способствуя стойкому повышению работоспособности коры [8].

Итак, основываясь на вышесказанном, можно сделать вывод, что у дошкольников с ЗПР имеют место специфические нарушения в развитии физических качеств, психомоторики, в технике выполнения различных двигательных актов. Однако разброс показателей физического развития достаточно велик. Это связано с тем, что при задержках в психическом развитии могут быть первично нарушены как отдельные структуры головного мозга, так и их основные функции в различных сочетаниях.

Ученые, занимающиеся проблемой физического воспитания детей с ЗПР, убеждают, что коррекционную работу следует направлять на развитие общей, мелкой ручной и артикуляционной моторики, координации движений, чувства ритма, пространственных представлений, функции равновесия, положительных психо-эмоциональных состояний.

В целом, оптимальная двигательная активность ребенка способствует развитию всех зон коры больших полушарий, содействует улучшению координации межцентральных связей, формированию двигательных взаимодействий, повышению умственной работоспособности [30].

Работа по коррекции недостатков физического развития и двигательных способностей представляет собой сложный процесс, в котором необходимо использовать системный подход к применению разнообразных форм, средств физического воспитания, способов дозирования нагрузок, индивидуальный и дифференцированный подходы, имеющие единую целевую направленность на коррекцию и развитие двигательной сферы ребенка.

Одним из важнейших способов реализации здоровьесберегающих технологий считается психологическое сопровождение обучения детей, которое не в полной мере соблюдается в школе, в том числе начальном ее звене. Система дошкольного образования, до последнего времени имеющая в числе задач дошкольных образовательных учреждений охрану здоровья в качестве важнейшей, не имела необходимости в разработке особых здоровьесберегающих технологий обучения и воспитания. Однако в последнее десятилетие системный социально-

экономический кризис, подорвавший устои семьи и репродуктивный потенциал нации, негативным образом сказался на потенциале здоровья дошкольников. В настоящее время становится очевидным, что появляется потребность в психологическом сопровождении детей раннего и дошкольного возраста и в системе дошкольного образования. Педагоги-психологи стали появляться в детских садах, основной задачей работы которых можно считать индивидуальное развитие ребенка в соответствии врожденными особенностями и нарушением нервно-психического и социального развития. В связи с тем, что здоровых дошкольников по статистике Минздрава, становится все меньше выход из сложившейся ситуации многим специалистам в области образования видится в расширении сети специализированных дошкольных учреждений, в которых воспитывают и обучают детей с проблемами в развитии: детей с диагнозом задержки психического развития (ЗПР), общее недоразвитие речи (ОНР), детский церебральный паралич (ДЦП). Специальное образование обеспечивает лицам с физическими и (или) психическими недостатками возможность развивать свои физические и психические способности в целях приспособления к социальной среде, подготовки к трудовой деятельности, самообслуживанию, самообеспечению [35].

В ходе анализа литературных источников по проблеме было выявлено:

1. Охрана здоровья детей - приоритетное направление деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом. Отсюда следует, что приоритетной задачей современного образования становится формирование устойчивой, здоровой, релевантной требованиям социальной среды личности, что может быть достигнуто при реализации здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении.
2. Здоровьесберегающие технологии направлены на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, которое значительно ухудшается в процессе образования. Стратегия реализации здоровьесберегающих технологий направлена на такую организацию образовательного процесса на всех его уровнях, при которой качественное обучение, развитие и воспитание детей происходит без нанесения ущерба их здоровью. Современный образовательный процесс включает широкий диапазон здоровьесберегающих технологий, имеющих определенные функции, обеспечивающие развитие здоровьесцентрированного сознания как понимания сущности здорового образа жизни, его жизненной необходимости.
3. Традиционная система образования является не вполне готовой к решению проблем здоровьесбережения детей дошкольного возраста с ненормативным ходом развития, поэтому воспитателю детского сада принадлежит особая роль в разрешении проблем этой категории детей. Было выявлено, что у дошкольников с задержкой психического развития в физическом и функциональном статусе проявляются инфантильные черты, недоразвита тонкая и общая моторика, нарушена координация и регуляция двигательных актов, выявляется соматическая ослабленность, недостаточность развития функциональных систем, поэтому коррекционную работу следует направлять на развитие общей, мелкой ручной и артикуляционной моторики, координации движений, чувства ритма, пространственных представлений, функции равновесия, положительных психоэмоциональных состояний. Это сложный процесс, в котором необходимо использовать системный подход к применению разнообразных форм, средств физического воспитания, способов дозирования нагрузок, индивидуальный и дифференцированный подходы, имеющие единую целевую направленность на коррекцию и развитие двигательной сферы ребенка.



Обобщив данные исследователей об использовании коррекционных средств физического воспитания с целью оздоровления детей с задержкой психического развития, приходим к выводу о целесообразности и актуальности разработки технологии физического воспитания, реализация которой не только позволила бы решить специфические задачи физического воспитания детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, но и способствовала бы их успешной интеграции в среду нормально развивающихся сверстников, чему посвящена вторая глава работы.

2. Опытно-экспериментальная работа по внедрению технологии физического воспитания в работе с детьми с задержкой психического развития

2.1 Реализация технологии физического воспитания в работе с детьми 5-6 лет с задержкой психического развития

В РФ действуют специальные образовательные учреждения I-VIII видов. Для обучения и воспитания детей с ЗПР организуются учреждения VII вида: детский сад компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции в физическом и психическом развитии воспитанников; детский сад комбинированного вида, в состав которого могут входить общеразвивающие, компенсирующие и оздоровительные группы в разном сочетании; центр развития ребенка - детский сад с осуществлением физического и психического развития, коррекции и оздоровления всех воспитанников; школы-интернаты для детей с ЗПР, включающие дошкольные группы; комплекс «Детский сад - начальная школа» со специализированными группами; центр медико-психолого-педагогического сопровождения; центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции; специализированные ясли; дом ребенка [25].

Ряд исследователей к основным категориям нарушения развития у детей относят: нарушение интеллекта (умственно отсталые дети); отклонения в познавательном развитии (дети с ЗПР); нарушения зрения; нарушения слуха; нарушения опорно-двигательного аппарата; нарушения речи; эмоциональные расстройства; тяжелые множественные нарушения.

ЗПР у ребенка может быть обусловлена различными факторами. К этиологии стойких нарушений темпа психического развития исследователи относят: патологию беременности и родов, инфекции, алиментарный фактор, возможность генетической обусловленности ЗПР, интоксикации первых лет жизни, слишком молодой или пожилой возраст матери, влияние социальных факторов при неправильном воспитании ребенка в семье.

Уже среди практически здоровых дошкольников, посещающих обычные детские сады, имеются определенный процент (около 16-20%) характеризующихся отклонениями в формировании определенных высших психических функций, в том числе речевых. Для разностороннего развития личности применяются различные принципы, не последнее место занимают принципы построения оздоровительной системы физического воспитания в образовательном учреждении, которые предполагают осуществление при решении специфических физкультурных задач также и умственного, нравственного, эстетического, трудового воспитания. Принцип гуманизации и демократизации обязывает отказаться от авторитарного стиля отношений с детьми, педагогических стереотипов. Вся физкультурная работа строится на основе комфортности. Учитывая желания и настроения ребенка, педагогу необходимо знать, «куда и как его вести», и уметь это делать. Демократизация физического воспитания предполагает предоставление педагогу права свободного выбора форм, средств и методов работы с детьми. Однако такое право должно гарантировать действительно высокие конечные результаты здоровья, физического развития, двигательной подготовленности детей по сравнению с исходными данными. Она

обязывает педагога уметь определить ближайшую зону здоровья, физического и двигательного развития детей; находить наиболее результативные средства, формы и методы воспитания, объединяя их в систему; оценить эффективность используемых методик. Принцип индивидуализации обязывает обеспечить здоровый образ жизни в детском саду каждому из детей с учетом здоровья, развития, интересов [44].

Показатели физической подготовленности у детей 5-6 лет с ЗПР отличаются от таковых у дошкольников без отклонений и характеризуются их более низким уровнем. Анализ организации физического воспитания дошкольников с ЗПР показал, что в этом процессе имеется ряд недостатков. Так, содержание физических упражнений планируется на основе комплексных и парциальных программ, разработанных для детей без отклонений в развитии: «Программа обучения и воспитания в д/с» (под ред. М.А. Васильевой), «Детство» (под ред. Т.И. Бабаевой), «Здоровье» (В.Г. Алямовская), «Здоровый дошкольник» (Ю. Змановский). В используемых технологиях физического воспитания не учитываются специфические особенности развития дошкольников с ЗПР. Преимущественно применяются традиционные формы работы (классические физкультурные занятия, утренняя гимнастика), мало внедряется сюжетно-образных, игровых и вариативных форм проведения физкультурных занятий, не формируется положительная мотивация к предстоящей деятельности. Объем, интенсивность и кратность физических нагрузок неадекватны возможностям организма дошкольников с ЗПР, что приводит к утомлению, гипервозбудимости у одних детей и вялости у других, проявлению негативных эмоций, нарушению поведения. На физкультурных занятиях недостаточно внимания уделяется коррекции психоэмоциональной и социальной сфер личности ребенка. Методика проведения разных форм работы по физическому воспитанию детей дошкольного возраста коррекционных групп соответствует общепринятой для детей без отклонений в развитии.

Выявленные особенности развития детей с ЗПР сориентировали нас на то, какие средства физического воспитания следует использовать в коррекционных целях: 1) для комплексного развития физических качеств - игровые физкультурные занятия; 2) совершенствование речедвигательной координации, тренировка мышц артикуляционного аппарата и мелкой моторики, закрепление приобретенного речевого навыка у детей потребовали использования элементов логоритмики; 3) с целью повышения мотивации у дошкольников с ЗПР к физкультурной деятельности рекомендуются сюжетные формы проведения физкультурных занятий.

Результаты непосредственного наблюдения за дошкольниками с ЗПР на физкультурных занятиях показали, что дети не способны выдерживать нагрузку в течение 30-35 минут из-за быстрой утомляемости, низкой работоспособности. Это проявлялось в увеличении числа ошибок, отвлекаемости, снижении интереса к конкретному заданию, проявлении негативных эмоциональных состояний, вялости у одних детей и возбудимости у других, в отказе от выполнения задания. В связи с этим было рекомендовано уменьшить длительность физкультурных занятий до 20 - 25 минут (вводно-подготовительная часть - 4-5 мин, 20% от общего времени занятия; основная - 13-16 мин, 65%; заключительная - 3-4 мин, 15%).

В ходе экспериментальной работы выявлено, что дети с ЗПР рассматриваемой категории более активны и заинтересованы в двигательной деятельности на тех занятиях, где выполнение физических упражнений сопряжено с каким-либо сюжетом. Это объясняется наличием психоэмоционального инфантилизма у большинства детей. Учитывая данное проявление, к каждому физкультурному занятию были подобраны игровая мотивация и сюжетная линия. Так как у дошкольников с ЗПР больше времени по сравнению с нормально развивающимися

сверстниками тратится на разучивание нового двигательного акта, мы предложили ознакомление с новыми движениями организовывать в повседневной жизни и в индивидуальной работе с детьми. В ходе исследования отмечено, что перед воспроизведением дошкольниками упражнения как на этапе ознакомления с движением, так и на этапе углубленного разучивания (а иногда и на этапе совершенствования навыка) необходимо использовать целостный показ образца, что облегчает выполнение двигательной задачи.

Применение разработанной технологии физического воспитания детей 5-6 лет с ЗПР предполагает обеспечение положительного влияния на следующие компоненты:

физическое развитие детей (функциональные показатели жизненно-важных систем организма);

физическую подготовленность (обогащение двигательного опыта,

развитие крупной и мелкой моторики, развитие скоростных, силовых, координационных способностей, общей выносливости, поддержание гибкости и др.).

Результаты диагностики физического состояния детей 5-6 лет с ЗПР позволили подобрать новое содержание и специальные средства физического воспитания. В течение каждой недели планировалось по три физкультурных занятия, что соответствует рекомендациям, представленным в инструктивно-методическом письме «О гигиенических требованиях к максимальной нагрузке на детей дошкольного возраста в организованных формах обучения» (2000 г.), в исследованиях о влиянии различных режимов двигательной активности на организм ребенка, в примерном учебном плане дошкольного учреждения (группы) для детей с ЗПР.

Проведение игровых физкультурных занятий

Одной из форм организованного обучения физическим упражнениям являются физкультурные занятия. Согласно учебному плану дошкольного учреждения, для детей с ЗПР рекомендуется проводить в неделю 2 физкультурных занятия, 1 занятие ритмикой [8]. Исследования показали, что для положительного физического развития наиболее благоприятен режим средней двигательной активности, при котором на физкультурные занятия должно отводиться 2,5 часа в неделю. Исходя из вышеуказанных данных, рекомендуется проводить 3 занятия в неделю.

Основной причиной ЗПР являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения головного мозга полиэтиологического характера [9, 12]. В связи с этим, у дошкольников с данным отклонением в развитии наблюдается нервное истощение, которое проявляется в быстрой утомляемости, низкой работоспособности, отказе от выполнения начатой деятельности. Учитывая эти факты, рекомендуется уменьшить длительность физкультурных занятий с 30-35 мин. до 20-25 мин. (в зависимости от индивидуальных особенностей детей группы) за счет сокращения основной части. Это также необходимо в связи с незрелостью эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР [15]. Физкультурные занятия проводятся фронтально (со всей группой детей), в I и II половине дня.

Проводя физические упражнения, нужно учитывать уровень двигательной активности (дети средней активности, с психомоторной вялостью или возбудимостью), состояние здоровья (группы здоровья по сопутствующим отклонениям в развитии). Специфика работы с детьми, имеющими нарушение интеллекта, состоит в снижении уровня возрастных требований к физическим упражнениям, кратковременности выполнения каждого отдельного движения, по сравнению с нормально развивающимися детьми.

В первой части физкультурного занятия дозировка бега в среднем темпе составляет 1-1,5 минуты (длительность вводно-подготовительной части - 4-5 мин, 20% от общего времени). Вторая часть включает комплекс ОРУ, состоящий из 6 - 7 упражнений (количество повторов 5-7 раз), 3-4 основных движения и подвижную игру (длительность основной части - 13-16 мин, 65%). В третью часть подбираются упражнения для восстановления сил организма (длительность заключительной части - 3-4 мин, 15%).

Особое внимание следует уделять планированию психической и эмоциональной нагрузок, так как у детей с ЗПР отмечается психоэмоциональный инфантилизм. В связи с этим рекомендуется отходить от классической (традиционной) формы проведения физкультурных занятий, а больше использовать сюжетную и игровую форму, что значительно повысит мотивацию дошкольников с ЗПР к физкультурным занятиям, эмоциональную и умственную активность.

Необходимо отметить, что независимо от особенностей проведения физкультурных занятий с дошкольниками, имеющими ЗПР, они должны включать в себя специальные коррекционные упражнения для развития общей и мелкой моторики, функции равновесия, ориентировки в пространстве, зрительно-моторной координации движений. Целесообразно использование упражнений преимущественно циклического характера. Применяемые нагрузки должны быть направлены на укрепление основных функциональных систем организма (кардио-респираторной, опорно-двигательной, нервной).

Все физкультурные занятия должны проводиться в сюжетной форме. В начале занятия у детей с ЗПР следует формировать положительный настрой, мотивацию к предстоящей деятельности. С этой целью можно использовать стихотворения (с активизацией какого-либо звука), загадки, песенки, пальчиковые игры, соответствующие тематике занятия.

Для стимуляции развития двигательных функций важное значение имеет широкое использование комплексных афферентных стимулов, в частности, зрительных (проведение упражнений перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей, упражнения с опорой на поверхности различной фактуры), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, упражнения с открытыми и закрытыми глазами).

Важно учитывать, что у дошкольников с ЗПР выявляются трудности при выполнении движений по словесной инструкции. Исходя из этого, следует учесть, что на начальных этапах проведения физкультурных занятий движения должны выполняться детьми по подражанию (по показу), далее - по словесной инструкции в сочетании с показом, на последнем этапе - по словесной инструкции. Возможно использование схем-моделей, замещающих инструкции (при переключении от одного вида ходьбы или бега к другому, принятии исходного положения), что способствует развитию внимания, мышления, ориентировки в пространстве.

При подборе методики следует помнить, что посторонние раздражители вызывают у детей с ЗПР замедление выполняемой деятельности и увеличение количества ошибок. Длительное и напряженное выполнение физических упражнений детьми данной категории вызывает состояние дискомфорта, так как продолжительность периода восстановления у них больше, по сравнению с практически здоровыми детьми. Следовательно, нагрузку этим детям рекомендуется давать до I стадии (легкой) утомления.

Задачи: учить детей ползать на животе по гимнастической скамье, подтягиваясь двумя руками; ходить фигурной ходьбой («Улитка»). Закреплять умение ходить по гимнастической скамье,

прокатывая перед собой мяч, в конце вставая на носки, поднять мяч вверх; перестраиваться в две колонны в движении. Совершенствовать умение отбивать мяч от пола сбоку, продвигаясь змейкой между предметами; прыгать с продвижением вперед. Развивать силовые, координационные способности, пластику движений, чувство равновесия, ориентировку в пространстве. Развивать чувство ритма, формировать правильную осанку.