

**МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РФ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ВОЗРАСТНОЙ ФИЗИОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ ОБРАЗОВАНИЯ»
(ФГБНУ «ИВФ РАО»)**

**Всероссийская научно-практическая конференция
«Организация образовательной среды для часто и длительно
болеющих детей: опыт регионов РФ»**

16-17 ноября 2021 года

Материалы конференции

Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Организация образовательной среды для часто и длительно болеющих детей: опыт регионов РФ». – М.: ФГБНУ «ИВФ РАО», 2021. [Электронное издание]

УДК: 371.21

ISBN 978-5-6047570-0-0

© Авторы статей, 2021

О конференции

Всероссийская научно-практическая конференция «Организация образовательной среды для часто и длительно болеющих детей: опыт регионов РФ» проходила 2-3 ноября 2021 года в онлайн-формате (с помощью платформы Zoom). Основными организаторами конференции выступили федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт возрастной физиологии Российской Академии образования» и Министерство Просвещения РФ.

В рамках конференции было организовано Пленарное заседание и 3 секции. **На пленарном заседании** обсуждались актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в современной образовательной среде; медицинские, социальные и психолого-педагогические проблемы часто и длительно болеющих детей; проблемы формирования образовательной среды для часто и длительно болеющих детей в общеобразовательных организациях в разных регионах РФ.

На секциях рассматривались вопросы по организации образовательного процесса, физкультурно-оздоровительной работы и психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих детей, обучающихся в общеобразовательной школе и получающих общее образование в медицинских организациях и школах санаторного типа; обсуждались проблемы комплексной работы всех участников педагогического процесса общеобразовательных организаций, обеспечения ее преемственности на всех уровнях общего образования, пути их решения.

В Конференции приняли участие более 250 представителей образовательных и медицинских организаций, ВУЗов, научных организаций, органов исполнительной власти, осуществляющих государственное управление в сфере образования из 27 субъектов Российской Федерации, а также Донецкой народной республики, Беларуси, Казахстана, в том числе 1 академик РАН, 1 академик РАО, 1 член-корреспондент РАН, 1 член-корреспондент РАО, 16 докторов наук и 11 кандидатов наук.

Программный комитет:

Председатель программного комитета:

1. Безруких М.М., д-р биол. н., проф., акад. РАО, гл. науч. сотр. лаборатории возрастной психофизиологии и диагностики развития ФГБНУ «ИВФ РАО»

Члены программного комитета:

2. Костенко М.А., и.о. директора Департамента государственной политики и управления в сфере общего образования Министерства просвещения Российской Федерации

3. Лазуренко С.Б., д-р пед. н., проф., член-корр. РАО, зав. лабораторией технологий и средств психолого-педагогической абилитации, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО»

4. Войнов В.Б., д-р биол. н., и.о. директора ФГБНУ «ИВФ РАО»

5. Соколова Л.В., д-р биол. н., проф., зам. директора по научной работе ФГБНУ «ИВФ РАО»

6. Сонькин В.Д., д-р биол. н., проф., гл. науч. сотр. лаборатории физиологии мышечной деятельности и физического воспитания ФГБНУ «ИВФ РАО»

Организационный комитет:

Председатель организационного комитета:

1. Шарапов А.Н., д-р мед. н., зав. лабораторией комплексных исследований процессов адаптации ФГБНУ «ИВФ РАО»

Члены организационного комитета

2. Адамовская О.Н., канд. биол. н., ученый секретарь ФГБНУ «ИВФ РАО»

3. Ермакова И.В., канд. биол. н., ст. науч. сотр. ФГБНУ «ИВФ РАО»

4. Догадкина С.Б., канд. биол. н., ст. науч. сотр. ФГБНУ «ИВФ РАО»

5. Кмить Г.В., канд. биол. н., ст. науч. сотр. ФГБНУ «ИВФ РАО»

6. Рублева Л.В., канд. биол. н., ст. науч. сотр. ФГБНУ «ИВФ РАО»

7. Малых А.А., старший специалист по связям с общественностью ФГБНУ «ИВФ РАО»

Содержание

Секция 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	8
1.1. Часто и длительно болеющие дети: медицинские аспекты	8
Шарапов А.Н., Догадкина С.Б., Ермакова И.В., Кмить Г.В., Адамовская О.Н., Рублева Л.В. Особенности организации общеобразовательной среды для часто и длительно болеющих детей (популяционное исследование)	8
Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. Особенности детей с рецидивирующими респираторными инфекциями в сочетании с хронической патологией носоглотки	73
Куликова Н.Г., Волкова И.В. Методы физиотерапии в снижении заболеваемости у детей/подростков и повышении уровня здоровья населения России	80
Хан М.А.; Червинская А.В.; Микитченко Н.А. Применение галотерапии для оздоровления детей в общеобразовательных учреждениях	81
1.2. Организация образовательного процесса для часто и длительно болеющих детей в общеобразовательных организациях	
Теппер Е.А., Таранушенко Т.Е., Савченко А.А. индивидуальный подход к образовательному процессу детей с высоким инфекционным индексом	87
Гущина О.Л., Савельева О.А. Из опыта использования инновационных образовательных технологий для организации образовательного процесса для часто и длительно болеющих детей	88
Подольская И.А., Юдина Е.А., Малова Ю.А. Специфика организации образовательного пространства для часто и длительно болеющих детей: из опыта работы МОУ «СОШ № 1» города Магнитогорска	94
Красохина О.Е. Реализация индивидуального учебного плана для длительно болеющих детей в условиях инклюзивной образовательной среды школы	98
Дроботова О.А., Караман С.А. Школьный центр дистанционного обучения как форма организации учебного процесса для часто и длительно болеющих детей	102
Мурзабекова О. В. Обзор интеллектуальных internet-ресурсов в процессе дистанционного обучения часто и длительно болеющих детей	109
Зуева Т.М., Шишова Э.Р. Цифровые технологии в деятельности учителя и педагога дополнительного образования	111
Кузнецова Н.Н., Маркова Н.В., Никольская С.В. Использование данных мониторинга выявления ЧБД средствами «Дневник.ру» для организации профилактической работы в образовательной организации	115
1.3. Обучение часто и длительно болеющих детей, детей с ОВЗ, получающих общее образование в медицинских организациях и школах санаторного типа.	
Ботулева Е.В. Организация образовательного процесса в медицинском учреждении	121
Головина О.Е. Опыт работы педагогов региональной площадки «УчимЗнаем» Краснодарского края: организация образовательного процесса для будущих первоклассников в условиях стационарного лечения	127
Костырева Т.А. Особенности обучения часто и длительно болеющих младших школьников. Проблемы и пути решения.	129
Воронько Т.Л. Инновационные технологии обучения часто и длительно болеющих детей	134
Присячева Н.В., Панфилова Н.И., Христенко Л.Е. Инновационная образовательная среда эффективного обучения математике часто и длительно болеющих детей	141

Барсукова Ю.И., Свиридова И.А. Организация обучения на дому и в медицинских организациях обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, нуждающихся в длительном лечении	147
Полина Е.А., Казьмина М.В., Попова И.А. Практический опыт работы ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» по организации и применению в урочной и внеурочной деятельности метода сетевых проектов, с целью социализации детей с ОВЗ методом сетевого взаимодействия	152
Рябов Я.Г. Трёхмерная графика в обучении детей-инвалидов.	155
Диденко Е.В. Личностные ресурсы воспитанников санаторной школы-интерната как вспомогательный компонент оптимизации образовательного процесса	158
Сериков Н.А., Серикова В.В. Психология здоровья как основа осмысленного чтения у обучающихся в образовательно-оздоровительном учреждении.	165
Семенкина О.В. Актуальность эффективности применения здоровьесберегающих методик логоритмики и образовательной кинезиологии при обучении детей, находящихся на длительном лечении в медицинских учреждениях.	167
СЕКЦИЯ 2. ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ.	
2.1. Физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми в ДОО и массовой школе.	
Горбунова Т.В., Асташенкова С.А. Методика проведения физкультурно-оздоровительных занятий в различных режимах для часто болеющих детей младшего школьного возраста в рамках дополнительного образования	171
Щербак А.П., Беляев А.Н. Реализация учебной программы «Физическая культура» с обучающимися специальной медицинской группы: опыт Ярославской области	177
Прокопкина С.В. Лечебно-оздоровительная физическая культура как средство реабилитации часто и длительно болеющих детей	182
Бобкова С.Н., Бобков Г.С. Влияние занятий оздоровительным фитнесом на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы часто болеющих школьников	190
Мячина Е.А. Социальное партнерство школа-учитель-семья-ученик в организации занятий физической культурой с часто и длительно болеющими детьми	194
Зеленцова Е.А. Организация физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми в ДОО	198
Горшенина А.А., Ракипова Л.Ф. Дыхательная гимнастика как одна из форм оздоровления часто болеющих детей	204
Неверова И.А. Физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми	207
Сунгурова А.В. Профилактика заболеваний часто болеющих детей средствами физической культуры	210
2.2. Физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми, детьми с ОВЗ, получающих общее образование в школах санаторного типа.	
Лапина К.А. Использование электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в организации физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми.	213
Макеева М.Н. Особенности физкультурно-оздоровительной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся дистанционно	217
Семенова Т.Н. Сопровождение обучающихся с особенностями развития: физкультурно-оздоровительный аспект	221

СЕКЦИЯ 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ШКОЛЫ С РОДИТЕЛЯМИ

3.1. Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей и их родителей в массовой школе и ДОО

Гиниятова З.М. Психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями	225
Миронова С.С. Организация работы с родителями и психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей	237
Улыбина Е.В. Содержание психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей с соматическими заболеваниями в условиях ДОО	241
Демидова А.Л. Система работы образовательной организации с часто и длительно болеющими детьми и их родителями	246
Сюрин С.Н., Сюрин О.В., Баранова Ю.Б., Тоц Е.С. Технологии психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих детей в условиях образовательной организации (на примере МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»» г. Красногорска Московской области)	251
Ким Е.Л. Психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих детей и просветительская работа школы с родителями	257
Манкевич М.Г., Попова Г.А. Психолого-педагогическое сопровождение длительно болеющих детей с ОВЗ. Опыт работы МБОУ СОШ №23 (Краснодарский край)	261
Фейзијева С.В. Эмоциональные нарушения как психологический фактор заболеваемости детей	269
Незговорова М.Н., Попова Е.В. Познавательное-речевое развитие часто болеющих детей на занятиях учителя – логопеда и педагога-психолога	274
Криницкая Е.В. Система воспитательной работы школы с родителями учащихся, имеющих частые пропуски занятий по причине длительной болезни	276
Забабурин О.С. Самооценка и самоотношение часто болеющих детей дошкольного возраста	282
Абрамова М.А. Организация системы просветительской работы с часто и длительно болеющими детьми, их родителями и педагогами	287

3.2. Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей, детей с ОВЗ, получающих общее образование в медицинских организациях и школах санаторного типа

Куртанова Ю.Е., Ракова М.С. Особенности коммуникативной сферы подростков с онкологическими заболеваниями во время и после продолжительного лечения	290
Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М. Особенности эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков в условиях соматической болезни	294
Таборская Т.В. Психолого-педагогическое сопровождение длительно болеющих детей в условиях санаторной школы - интернат	299
Бабанская М.А., Твердохлебова Н.В. Реализация духовно-нравственного образования в условиях дистанционного обучения детей с особыми образовательными потребностями посредством организации единого интерактивного образовательного пространства (из опыта работы учителей ОДНКНР ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат №28»)	305
Чилингарова В.О., Калинина О.В. Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей в процессе адаптации к условиям обучения в санаторной школе-интернате	308

СЕКЦИЯ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

1.1. ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

УДК:376.24+371.21

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ: ОПЫТ РЕГИОНОВ РФ (РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ)

*А.Н. Шарапов, С.Б. Догадкина, И.В. Ермакова, Г.В. Кмить,
О.Н. Адамовская, Л.В. Рублева
ФГБНУ «ИВФ РАО»
г. Москва, РФ*

Аннотация: методом анкетирования (Google - форма) была изучена организация образовательной среды для часто болеющих детей на разных ступенях образования в 15 регионах РФ. Всего в работе находилось 3720 анкет. В результате проведенного анкетирования были получены разносторонние сведения о деятельности образовательных организаций по сопровождению и реабилитации учащихся, относящихся к группе ЧБД. Рассмотрены особенности этих детей, оценена роль родителей и педагогов при обучении часто болеющих детей.

Ключевые слова: часто болеющие дети, образовательные организации, ступени обучения, организация образовательного процесса, трудности в обучении.

Проблема часто и длительно болеющих детей является одной из наиболее актуальных задач современной России, поскольку имеет не только медицинский, но и социальный аспект. По данным Министерства здравоохранения ежегодно регистрируется примерно 70-80 тыс. случаев острых респираторных инфекций у детей и подростков, среди которых есть группа, отличающаяся от сверстников значительно более частыми (4 и более раз в год) эпизодами острых респираторных инфекций. Таких детей называют часто болеющими детьми, и они составляют от 15 до 50% в детской популяции. Понятие «часто болеющие дети», или ЧБД, в 1986 году ввели академик Баранов А.А. и профессор Альбицкий В.Ю., предложив относить к этой категории детей, которые чаще установленной нормы болеют острыми респираторными заболеваниями.

Цель: на основе популяционного исследования опыта работы общеобразовательных организаций в 15 регионах РФ по формированию образовательной среды для часто и длительно болеющих детей и результатов

обсуждения данного вопроса на Всероссийской научно-практической конференции, разработать комплекс предложений по совершенствованию образовательной среды для часто и длительно болеющих детей.

Задачи:

- на основе популяционного исследования изучить опыт общеобразовательных организаций в 15 регионах РФ по формированию образовательной среды для часто и длительно болеющих детей;
- организовать и провести Всероссийскую научно-практическую конференцию «Организация образовательной среды для часто и длительно болеющих детей: опыт регионов РФ»;
- выявить и обсудить эффективные практики создания современной образовательной среды для часто и длительно болеющих детей;
- разработать комплекс предложений по совершенствованию образовательной среды для часто и длительно болеющих детей.

Для получения объективной картины по организации образовательной среды для часто и длительно болеющих детей в общеобразовательных организациях была подготовлена Анкета (для общеобразовательных организаций), разработано интернет-приложение для проведения анкетирования (Google-форма).

Определены регионы – участники опроса (15 объектов). Критериями отбора регионов для исследования являются:

- 1) представленность всех федеральных округов;
- 2) представленность разного социально-экономического статуса – выбранные регионы распределяются по 3 группам в «Рейтинге социально-экономического положения - 2020»
<https://riarating.ru/infografika/20200602/630170513.html>;

1 группа - Свердловская область, Республика Дагестан, Республика Татарстан, Московская область - интегральный рейтинг не менее 69 баллов;

2 группа – Ленинградская область, Сахалинская область, Челябинская область, Ростовская область, Красноярский край, Краснодарский край - интегральный рейтинг <69 и >49 баллов;

3 группа - Пензенская область, Брянская область, Архангельская область, Хабаровский край, Ставропольский край, Республика Дагестан - интегральный рейтинг менее 49 баллов;

- 3) представленность разных климатогеографических особенностей;
- 4) место региона в экологическом рейтинге (<https://greenpatrol.ru/ru>)

Таблица 1

Характеристика регионов-участников исследования

№	регионы	федеральный округ	социально-экономический статус в 2020 г.	экологический рейтинг регионов РФ (2021)	Климато-географические особенности
1	Московская область	ЦФО	77,6	75 место	Климат умеренно континентальный с умеренно-морозной зимой и тёплым летом. Регион расположен в центральной части Восточно-Европейской равнины в бассейне рек Волги, Оки, Клязьмы, Москвы.
2	Брянская область	ЦФО	37,5	56 место	Климат умеренно континентальный с теплым летом и умеренно холодной зимой. Регион расположен в западной части Восточно-Европейской равнины. Занимает среднюю часть бассейна Десны и водораздел между ней и Окой
3	Архангельская область	СЗФО	38,7	48 место	Климат умеренно континентальный, на северо-западе — морской, на северо-востоке — субарктический, характерны прохладное лето и продолжительная холодная зима. Область расположена на севере Восточно-Европейской равнины, омывается Белым, Баренцевым, Печорским и Карским морями.
4	Ленинградская область	СЗФО	64,6	61 место	Климат атлантико-континентальный. Морские воздушные массы обуславливают сравнительно мягкую

					зиму с частыми оттепелями и умеренно-тёплое, иногда прохладное лето. Регион расположен на северо-западе России (Восточно-Европейской равнины), ближе к Финскому заливу Балтийского моря.
5	Пензенская область	ПФО	34,7	25 место	Климат умеренно-континентальный со сравнительно теплым летом и умеренно-холодной зимой. Область расположена на Русской равнине и занимает среднюю и западную часть Приволжской возвышенности
6	Республика Татарстан	ПФО	76,5	44 место	Умеренно-континентальный климат отличается тёплым летом и умеренно-холодной зимой. Татарстан расположен на востоке Восточно-Европейской равнины, в месте слияния двух крупнейших рек – Волги и Камы
7	Свердловская область	УФО	69,3	83 место	Климат типично континентальный, зима холодная, продолжительная, лето умеренно теплое. Расположена на стыке двух частей света – Европы и Азии в пределах Уральских гор - Северного и Среднего Урала.
8	Челябинская область	УФО	57,6	82 место	Климат континентальный, зима холодная и продолжительная, лето относительно жаркое с периодически

					повторяющимися засухами. Область расположена на Среднем и Южном Урале
9	Красноярский край	СФО	61,5	80 место	Климат резко континентальный, характерны сильные колебания температур воздуха в течение года. Расположен в бассейне реки Енисей, вдоль левого берега Енисея располагается низменная долина, а вдоль правого - Среднесибирское плоскогорье
10	Хабаровский край	ДФО	41,62	74 место	Климат континентальный, характерны знойное дождливое лето и суровая зима с минимумом осадков и пасмурных дней. На территории края преобладает горный рельеф (свыше 70% территории), около трех четвертей территории края занимают горы и плоскогорья.
11	Сахалинская область	ДФО	57,1	66 место	Входит в климатическую зону муссонов, что определяет сезонность движения воздушных масс. Климат характеризуется холодной зимой и прохладным дождливым летом. Географический рельеф острова определяется горами средней и низкой высоты, а также равнинными площадями.

12	Краснодарский край	ЮФО	61,6	32 место	Климат по большей части умеренно - континентальный, а на Черноморском побережье - субтропический. Уникально географическое положение края: два моря (Черное и Азовское), горы, равнины, леса.
13	Ростовская область	ЮФО	59,0	38 место	Климат умеренно континентальный, недостаточно влажный с теплым летом и умеренно влажной зимой. Находится в южной части Восточно-Европейской равнины и частично в Северо-Кавказском регионе, занимая обширную территорию в речном бассейне Нижнего Дона.
14	Республика Дагестан	СКФО	76,5	37 место	Климат умеренно теплый, в горах он умеренно холодный с более или менее выраженной континентальностью, которая проявляется в значительных годовых амплитудах температуры на низменности, на возвышенностях — в резких суточных колебаниях, а также в недостаточном увлажнении. Расположена на стыке Европы и Азии в восточной части Кавказа и является самым южным регионом России. В северной части преобладает низменность, в южной -

					предгорье и горы Большого Кавказа.
15	Ставропольский край	СКФО	47,4	42 место	Характерен умеренно-континентальный климат, достаточно ветреный. Большая часть территории края занята Ставропольской возвышенностью, переходящей на востоке в Терско-Кумскую низменность.

Аналитический обзор подготовлен на основе материалов анкетирования администраций общеобразовательных организаций из 15 регионов РФ.

С помощью Google forms была разослана анкета и получены ответы из 4650 образовательных организаций 15 регионов РФ (табл. 2)

Таблица 2

Количество полученных анкет

регион РФ	Общее число анкет	Испорченные анкеты	Число анкет 3 группы	Число анкет 2 группы	Число анкет 1 группы
Архангельская область	174	54	30	14	76
Брянская область	297	48	23	54	172
Ленинградская область	187	26	19	7	135
Московская область	96	27	13	1	55
Пензенская область	191	35	28	17	111
Ростовская область	276	79	47	10	140
Сахалинская область	213	52	22	26	113
Свердловская область	392	50	69	19	254
Челябинская область	444	94	71	23	256
Краснодарский край	808	133	102	22	551
Красноярский край	412	99	62	53	198
Ставропольский край	140	66	21	0	53
Хабаровский край	87	23	15	8	41

Республика Дагестан	248	97	25	20	106
Республика Татарстан	685	131	77	138	339
Общий итог	4650	1014	624	412	2600

На основании Microsoft Power Platform с помощью Power Query Excel была создана модель и проведен анализ полученных данных.

После анализа полученных анкет и отсева испорченных анкет (незаполненных или частично заполненных анкет), в работе осталось 3720 анкет, которые были разделены на группы: 1 группа – анкеты из общеобразовательных организаций, в которых обучаются ЧБД, 2 группа – анкеты из общеобразовательных организаций, которые указали отсутствие ЧБД (94% - малокомплектные школы из сельской местности), 3 группа – анкеты из общеобразовательных организаций, которые указали в анкетировании не ЧБД, а детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Анализ показал следующее распределение поступивших анкет: 92% анкет поступило из средних общеобразовательных организаций (СОШ), 6 % анкет - из общеобразовательных организаций с углубленным изучением учебных предметов (УИУП) (гимназии, лицеи, школы с углубленным изучением иностранных языков), по 1% анкет - из начальных школ и школ-интернатов. В школах-интернатах, из которых поступили анкеты, количество ЧБД было наименьшим, поэтому из дальнейшего анализа эти анкеты были исключены.

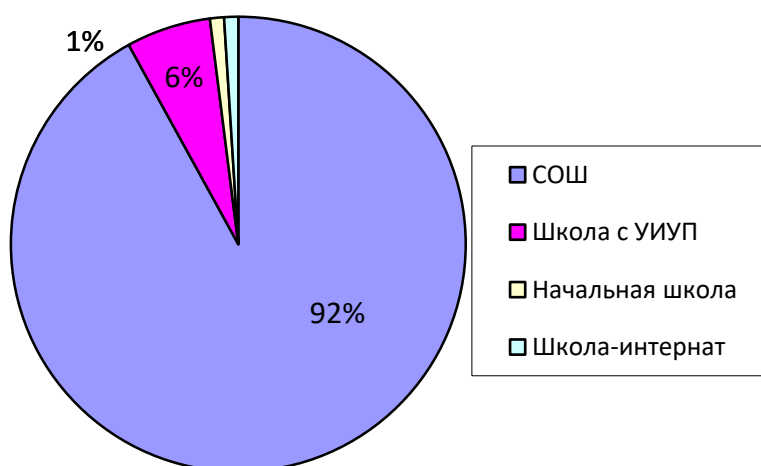


Рис. 1. Количество анкет, полученных от респондентов из образовательных организаций разного типа

Распределение поступивших анкет из общеобразовательных организаций, расположенных в разных населенных пунктах, представлено на рис. 2

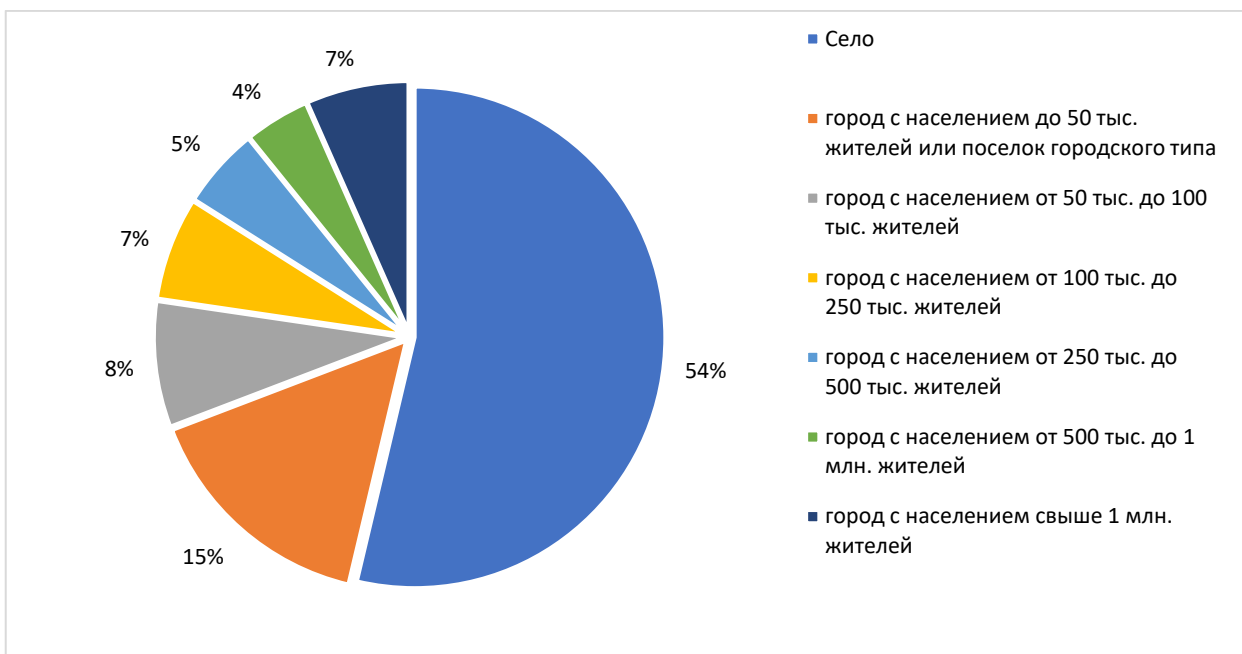


Рис. 2. Количество анкет, поступивших из общеобразовательных организаций – участников опроса из разных типов населенных пунктов

Из сельской местности было получено 54% анкет, из городов с населением до 50 тыс. жителей или поселков городского типа - 15%, из остальных городов – от 4 до 8% анкет.

Анкетирование выявило, что в старших классах (10–11 классы) отмечается наименьшее количество ЧБД (4,7- 5,2%), в 1-4-х и 5-9-х классах доля ЧБД больше и составляет 6,5% - 12% (рис.3).

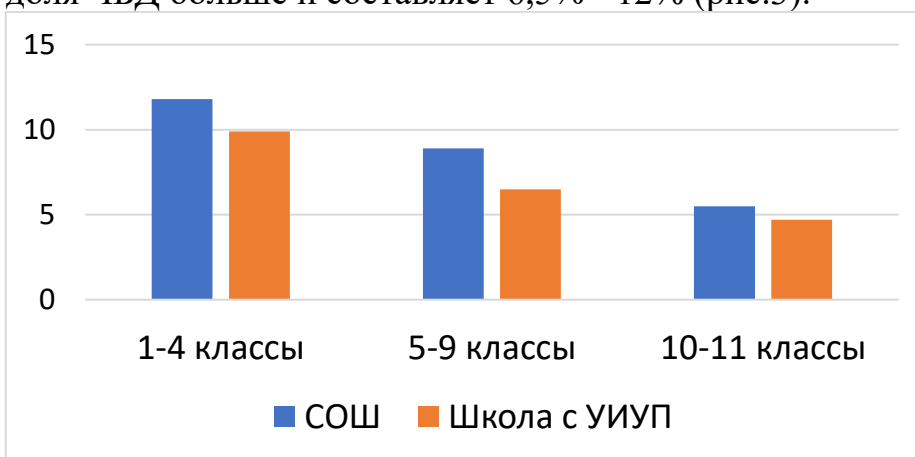


Рис. 3. Распределение ответов респондентов о количестве ЧБД на разных уровнях образования и в разных типах образовательных организаций (%).

В образовательных организациях разного типа на всех уровнях общего образования наибольшее количество ЧБД отмечается в общеобразовательных организациях (СОШ) по сравнению с общеобразовательными организациями с углубленным изучением учебных предметов - УИУП (рис. 3).

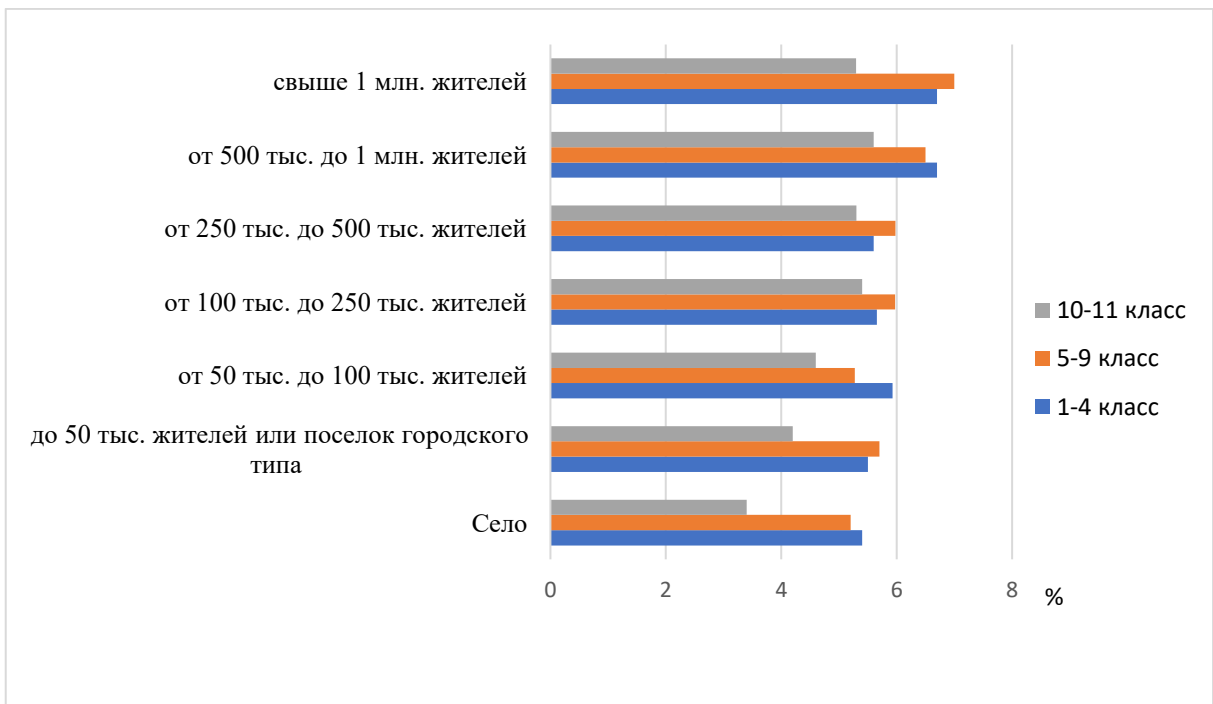


Рис. 5. Распределение ответов респондентов о количестве ЧБД в образовательных организациях, расположенных в разных населенных пунктах.

На рис. 5 представлено количество ЧБД в образовательных организациях разных населенных пунктов. В образовательных организациях сельской местности количество ЧБД минимально, в городах с населением от 500 тыс. человек до 1 млн и выше количество ЧБД максимально и составляет 5,5–7%.

При анализе количества ЧБД в разных регионах РФ выявлено их наибольшее количество в Брянской области, самое низкое - в школах Ростовской области и Республики Дагестан (рис. 6).

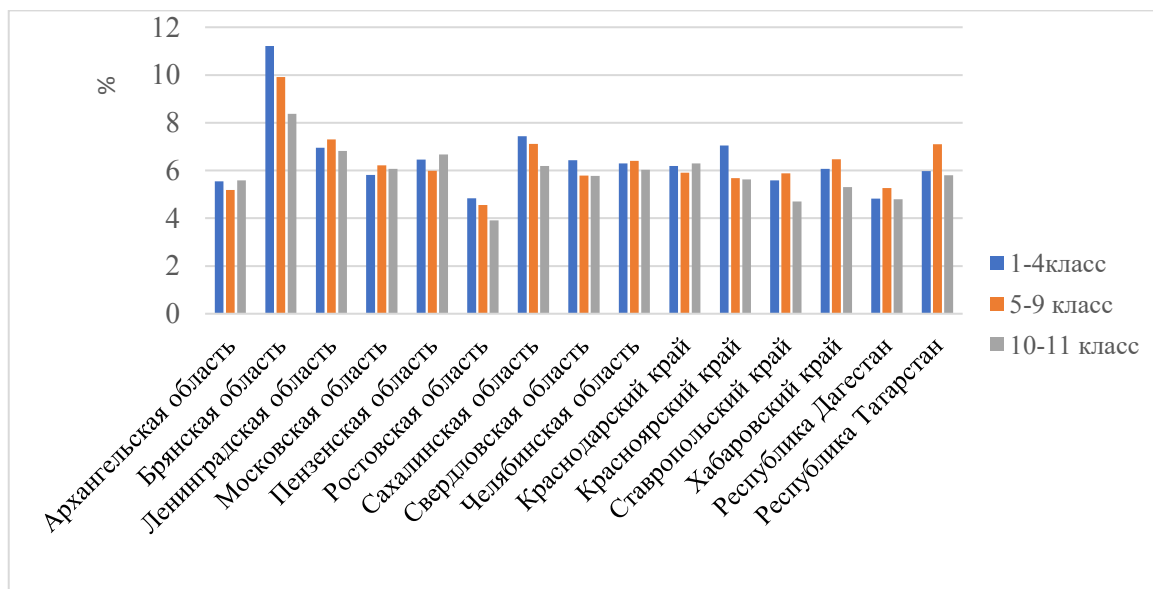


Рис. 6. Распределение ответов респондентов о количестве ЧБД, обучающихся в образовательных организациях разных регионов РФ.

Наибольшая средняя длительность заболеваемости отмечена в Свердловской области, Хабаровском и Красноярском крае (50–60 дней), наименьшая – в Республике Дагестан (18 дней), что, возможно, связано и с климатическими условиями (рис.7).

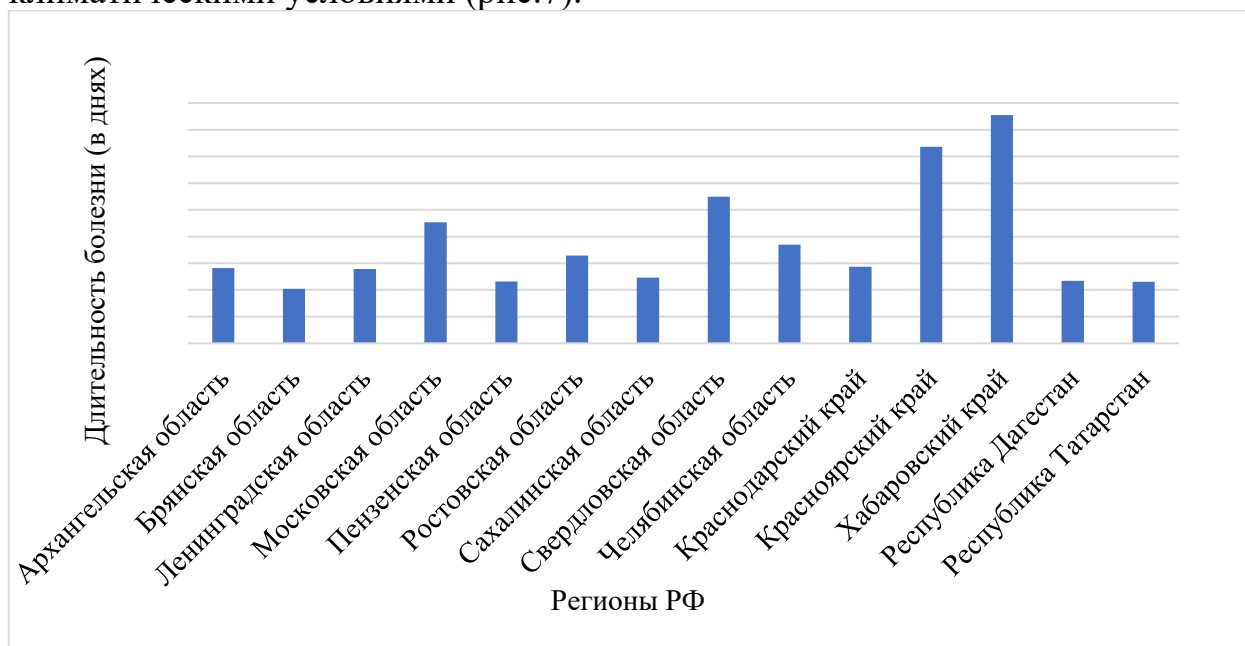


Рис. 7. Распределение ответов респондентов о длительности болезни ЧБД в образовательных организациях разных регионов РФ

Важным экзогенным (внешним) фактором риска формирования группы ЧБД являются экологические проблемы окружающей среды, обусловленные повышением содержания различных вредных веществ в воздухе, воде и продуктах питания. Это приводит к изменениям метаболизма, накоплению в организме различных токсинов, и в итоге к ослаблению иммунитета и нарушению устойчивости адаптационных и регуляторных механизмов [Алшынбекова Г.К. с соавт., 2017].

Загрязненность окружающей среды городов токсическими веществами ведет к обострению многих хронических болезней, прежде всего сердечно-сосудистых и легочных, заболеваниям нервной и иммунной систем, желудочно-кишечного тракта и др. Отмечается обострение симптомов со стороны верхних дыхательных путей (кашель, чувство жжения) у детей с ростом уровня содержания загрязняющих веществ в воздухе. Установлена также зависимость в отношении связи возрастания заболеваемости детей бронхитом с увеличением показателей загрязнения воздуха в жилых районах [Голиков Р.А., 2017]. При воздействии повышенного уровня вредных веществ в воздухе практически в каждом крупном промышленном городе происходит увеличение распространенности заболеваний органов дыхания и ЛОР-органов.

Респираторные заболевания занимают одно из ведущих мест и имеют наибольший удельный вес в структуре детской заболеваемости. Изучение

заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей у детей на загрязненных территориях позволило выявить выраженную связь их с загрязнением атмосферного воздуха диоксидом серы, диоксидом азота, пылью, оксидом углерода. Высокая заболеваемость детей связана, видимо, не только с раздражающим действием на слизистую оболочку органов дыхания вредных примесей, но и с общим понижением сопротивляемости организма к вредным внешним воздействиям [Голиков Р.А., 2017].

При изучении состояния здоровья детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах, выявлена их более высокая заболеваемость, снижение антропометрических показателей (уменьшение длины тела, массы тела). У 50% детей, проживающих в условиях высокой антропогенной нагрузки, отмечается избыточное жиротложение, что связано, по-видимому, с нарушением обмена веществ.

В структуре общей заболеваемости детей, проживающих в неблагоприятных экологических условиях, отмечается высокий уровень аллергических заболеваний. Это связано с неспецифическим влиянием химических веществ в составе атмосферного воздуха, которое приводит к изменению иммунореактивности, так как иммунная система активно участвует в механизме противодействия химическим веществам. Изменение состава периферической крови у детей из экологически неблагоприятных районов свидетельствует о токсическом и аллергизирующем влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды. Неблагоприятная экологическая обстановка способствует снижению адаптационных возможностей организма и росту заболеваемости [Авезова Г.С., Косимова С.М., 2017].

Неблагоприятные экологические факторы могут также негативно отражаться на двигательной активности ребенка. Результаты физиолого-эргономических исследований двигательной активности учащихся 13-16 лет свидетельствуют, что у обследуемых, живущих в микрорайоне с большим загрязнением атмосферного воздуха, наблюдаются достоверные отличия в возрастной динамике изменения двигательной активности, изменении ее на протяжении учебного дня и в уровне физического развития, которые могут быть обусловлены хроническим воздействием на организм школьников повышенных концентраций вредных веществ, содержащихся в атмосферном воздухе.

В соответствии с ответами респондентов были выявлены регионы с неблагоприятными и достаточно благополучными экологическими условиями. В качестве неблагоприятных факторов рассматривались такие, как наличие вблизи населенного пункта крупных промышленных предприятий, оживленных магистралей, мусорных полигонов, очистных сооружений и т.д. (Рис.8)

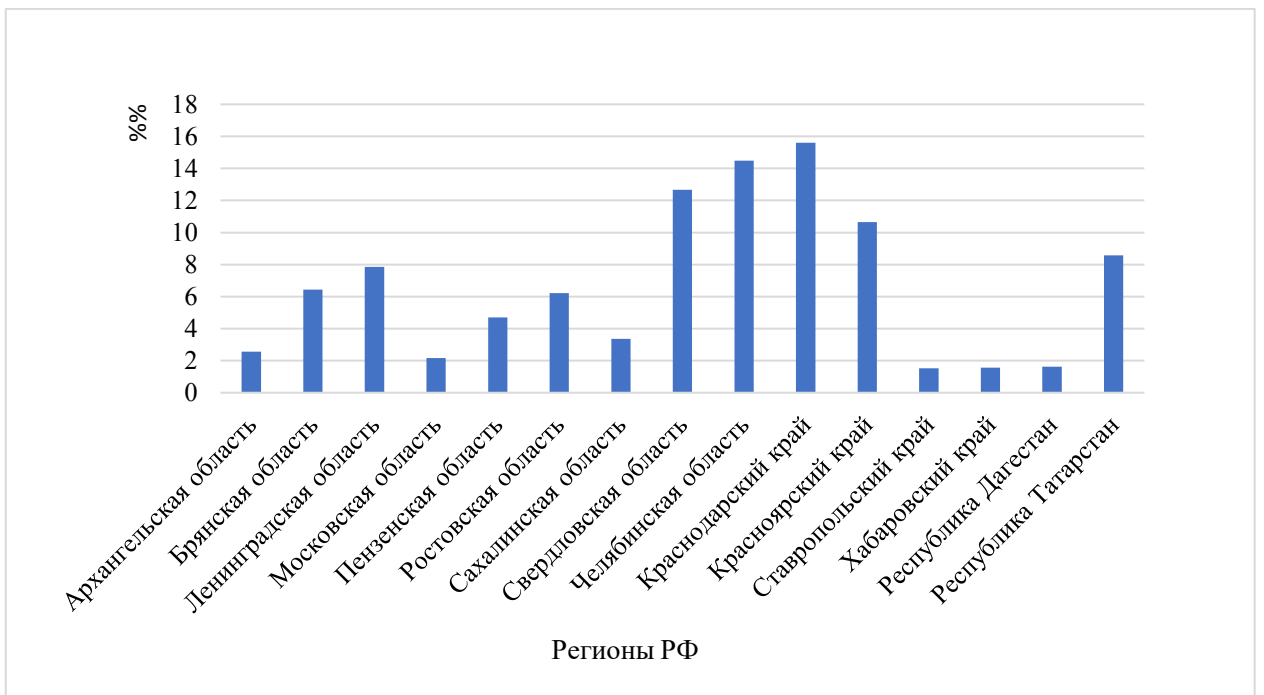


Рис.8. Распределение ответов респондентов о совокупности всех экологически вредных производств и объектов в процентах в каждом регионе РФ

Наиболее экологически неблагоприятными с точки зрения респондентов оказались Свердловская и Челябинская области, Краснодарский и Красноярский край. Ставропольский и Хабаровский край, а также Республика Дагестан характеризовались достаточно хорошей экологией.

Для иллюстрации влияния экологических факторов на здоровье ребенка, на рисунке 9 представлено соотношение ЧБД в регионе с благополучной экологией (Республика Дагестан) и в регионе с большим количеством неблагоприятных экологических факторов (Челябинская обл.).

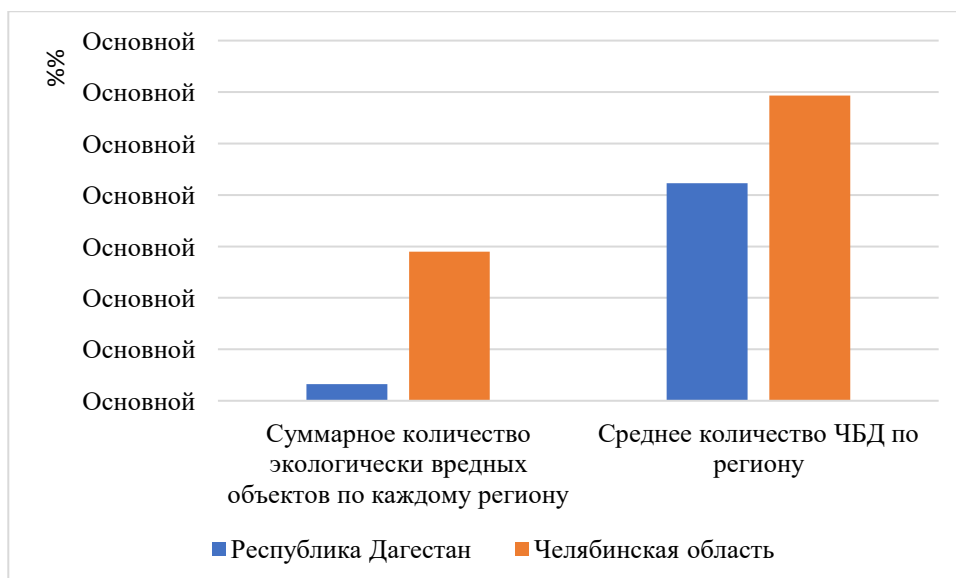


Рис. 9. Распределение ответов респондентов об экологической ситуации в регионе и среднем количестве ЧБД

Как видно из рисунка, наблюдается увеличение числа ЧБД в Челябинской обл. по сравнению с Республикой Дагестан, что вероятно, в значительной мере связано с влиянием неблагоприятных экологических факторов в данном регионе.

В крупных городах количество ЧБД также значительно выше по сравнению с сельской местностью, что также в значительной степени обусловлено влиянием неблагоприятных экологических факторов, например, загрязнение воздуха автомобильным транспортом.

Разработка эффективных профилактических мероприятий для ЧБД должна осуществляться с учетом факторов внешнего окружения, формирующих предрасположенность организма ребенка к аллергии и частым респираторным заболеваниям [Заплатников А.Л., Гирина А.А., 2015, Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016].

В ходе работы были собраны данные о тех сведениях, которые собираются по часто и длительно болеющим детям в образовательных организациях в разных регионах (рис.10).

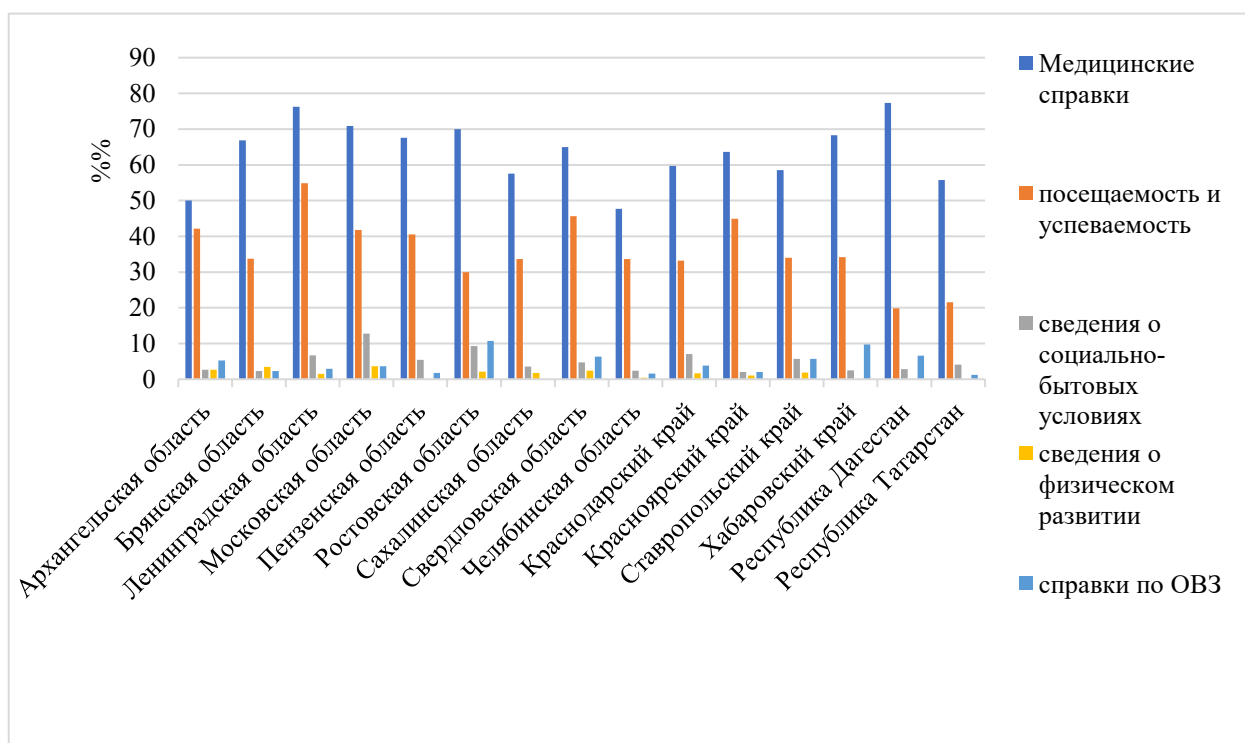


Рис.10. Распределение ответов респондентов о сведениях, собираемых по ЧБД в образовательных организациях в разных регионах РФ

Как показало анкетирование, при организации работы с ЧБД образовательные организации руководствуются в основном сведениями, получаемыми из медицинских организаций (50-80%). Наиболее часто – это медицинские справки, результаты медосмотров и диспансеризации, отчеты медицинского работника, характер заболеваемости, диагнозы,

рекомендации врачей. Учитывается группа здоровья ребенка, заполняется «Паспорт здоровья» и «Карта Здоровья».

Также распространенным вариантом контроля является мониторинг посещаемости и успеваемости учащихся (20-55%). Ведется учет количества пропущенных уроков, используются журналы учета посещаемости. Осуществляется мониторинг успеваемости, собирается информация об освоении учебной программы, на основании данных школьного электронного журнала или электронного журнала «Сетевой Город. Образование».

Стоит отметить, что при работе с группой ЧБД очень мало внимания уделяется социально-бытовым условиям проживания ребенка (5-12% школ).

Также практически не ведется работа по оценки физического развития детей из группы ЧБД (1-4%). Данный факт требует особенного внимания, так как физкультурно-оздоровительная работа является важным инструментом в профилактике частых ОРИ у детей и группы ЧБД, в частности.

На рис. 11 представлено распределение ответов о нормативно-правовых актах, которыми пользуются образовательные организации в целях регламентации своей работы с часто болеющими детьми.

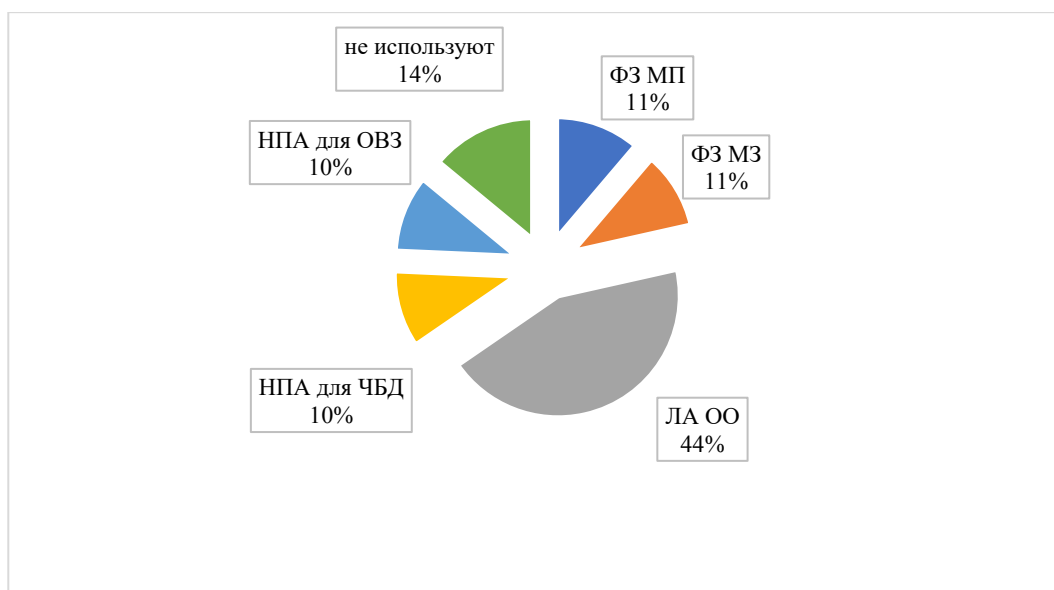


Рис.11 Распределение ответов респондентов о нормативно-правовых актах, регламентирующих работу образовательной организации с часто болеющими детьми.

Примечание: ФЗ МП – федеральные законы Министерства Просвещения; ФЗ МЗ - федеральные законы Министерства Здравоохранения; ЛА ОО – локальные акты образовательной организации; НПА для ЧБД – нормативно-правовые акты для часто болеющих детей; НПА для ОВЗ – нормативно-правовые акты для детей с особыми возможностями здоровья.

Около половины респондентов (47%) в работе с этой категорией обучающихся используют локальные акты образовательной организации: устав школы, положение о работе со слабоуспевающими детьми, положение о

пропусках занятий, правила внутреннего распорядка, должностные инструкции учителя и классного руководителя и т.п.

12% респондентов ссылаются на федеральный закон Министерства Просвещения – ФЗ № 273 «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.12 г. (ред. 30.06.21 г. ст. 41) и региональные законы об образовании, созданные на его основе, ФГОСы и ООП.

4% респондентов апеллируют к федеральному закону Министерства Здравоохранения - ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 и СанПиНам.

11% респондентов руководствуются в своей работе методическими рекомендациями об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации (утв. Министерством просвещения РФ и Министерством здравоохранения РФ, 14 и 17 октября 2019 г.) и разработанными на их основе локальными актами, ФЗ № 181 от 24 ноября 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», т.е. теми документами, которые регламентируют обучение детей с ограниченными возможностями здоровья.

И только в 11% случаев образовательная организация имеет локальные нормативно-правовые акты, регламентирующие работу с часто болеющими детьми, например:

- положение «Об организации обучения часто болеющих и отсутствующих по уважительным причинам детей»;
- положение «Об организации деятельности педагогов с болеющими детьми»;
- положение «Об индивидуальной работе с часто болеющими детьми»;
- положение «О допуске к занятиям после болезни»;
- положение «Об индивидуальном учебном плане для часто болеющих детей»;
- положение «Об охране и укреплении здоровья обучающихся» и различные программы по здоровьесбережению.

При этом, 15% респондентов указали, что никаких нормативно-правовых актов для часто болеющих детей в их образовательной организации не имеется.

Организационные формы образовательного процесса можно рассматривать, как характеристику установленного порядка и режима взаимодействия всех участников образовательного процесса. Выбор разнообразных форм и систем организации образовательного процесса с ЧБД обуславливается различными факторами: состоянием здоровья обучающихся и их количеством, целями и задачами обучения, особенностями изучения отдельных учебных предметов; местом и временем учебной работы и др.

Наиболее распространенными формами организации образовательного процесса с ЧБД на всех уровнях образования являются: дополнительная

работа в школе, использование инновационных технологий обучения и консультирование родителей (рис.12). Менее распространенными формами работы с ЧБД являются индивидуальная работа на дому, обучение по индивидуальным адаптированным программам.

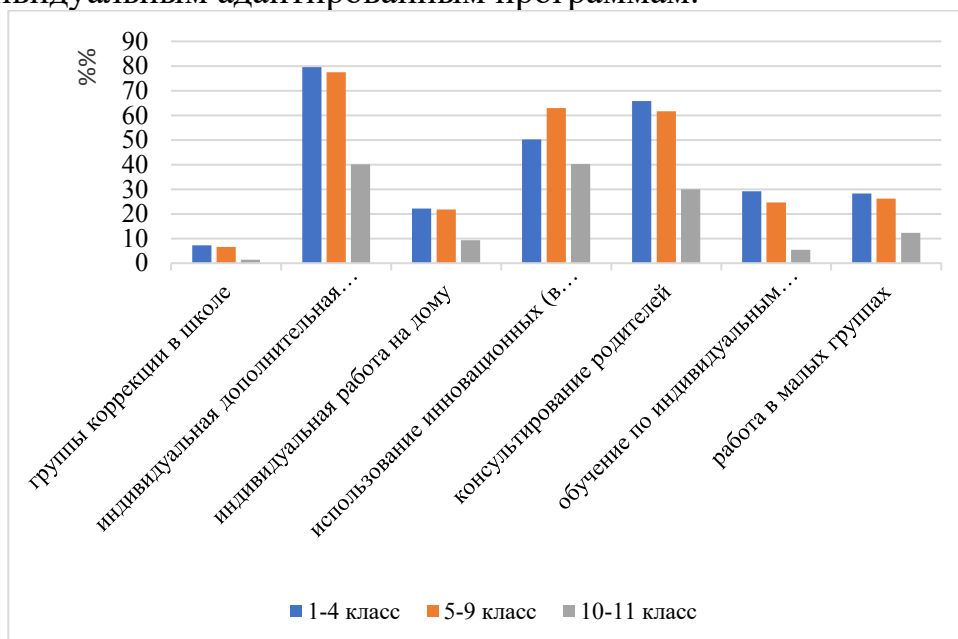


Рис.12. Распределение ответов респондентов о формах организации образовательного процесса для ЧБД на разных уровнях образования

Сравнительный анализ организационных форм образовательного процесса в разных типах школ показал аналогичные результаты: в школах с углубленным изучением учебных предметов (школа с УИУП) и в средней общеобразовательной школе (СОШ) наиболее распространенными формами являются дополнительная работа с ребенком в школе, использование инновационных технологий и консультирование родителей. Необходимо отметить, что индивидуальная работа на дому с обучающимися 1-4-х и 5-9-х классов чаще используется в школах с УИУП (34-36%), чем в СОШ (20-22%) (рис.13)

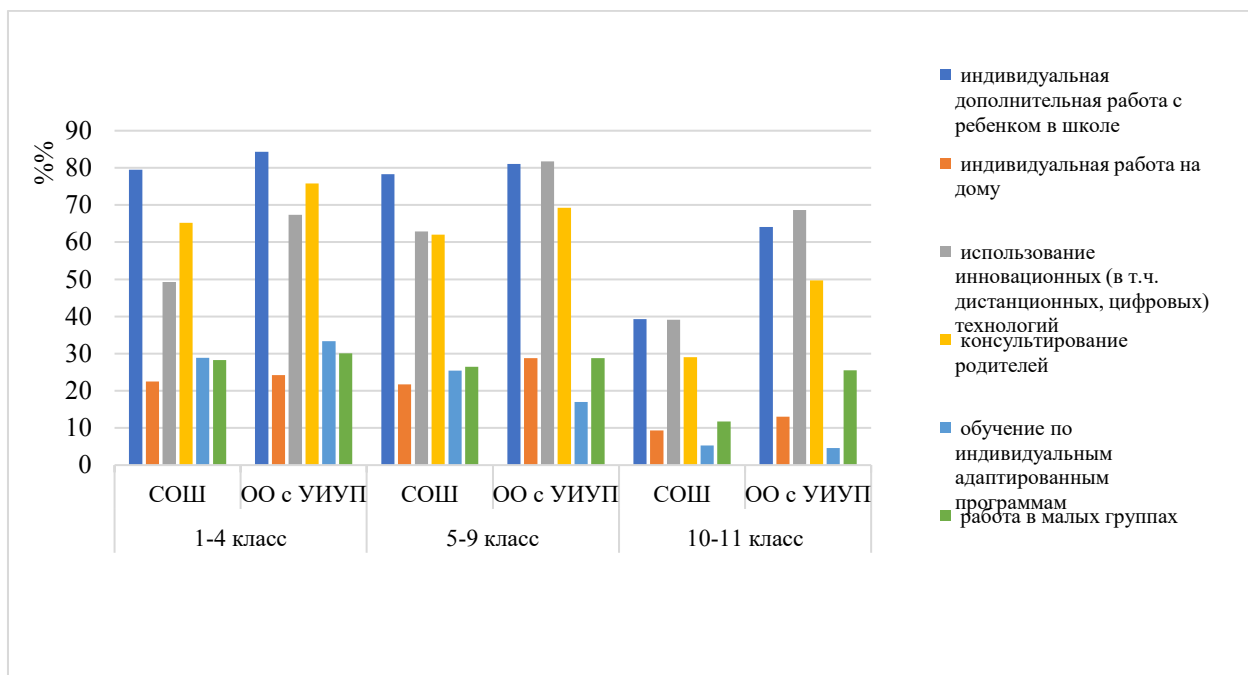


Рис.13. Распределение ответов респондентов о формах организации образовательного процесса с ЧБД на разных уровнях образования

Анализ ответов респондентов об **использовании дистанционных и цифровых технологий в образовательном процессе с ЧБД** показал, что чаще всего обучающимся в 1-4-х и 5-9-х классах по заданию учителя используются электронные образовательные ресурсы (РЭШ, МЭШ, Яндекс-учебники, Я-класс, Учи.ру, Фоксфорд и др.), также распространенной формой взаимодействия всех участников образовательного процесса является использование электронной почты (особенно среди 5-9 классов), а также собственных разработок учителя в электронном виде (рис.14). Меньше всего используется онлайн участие обучающегося на уроках. Старшеклассники (5-9 и 10-11 класс) чаще занимаются самостоятельным поиском информации в интернете по сравнению с младшими школьниками.

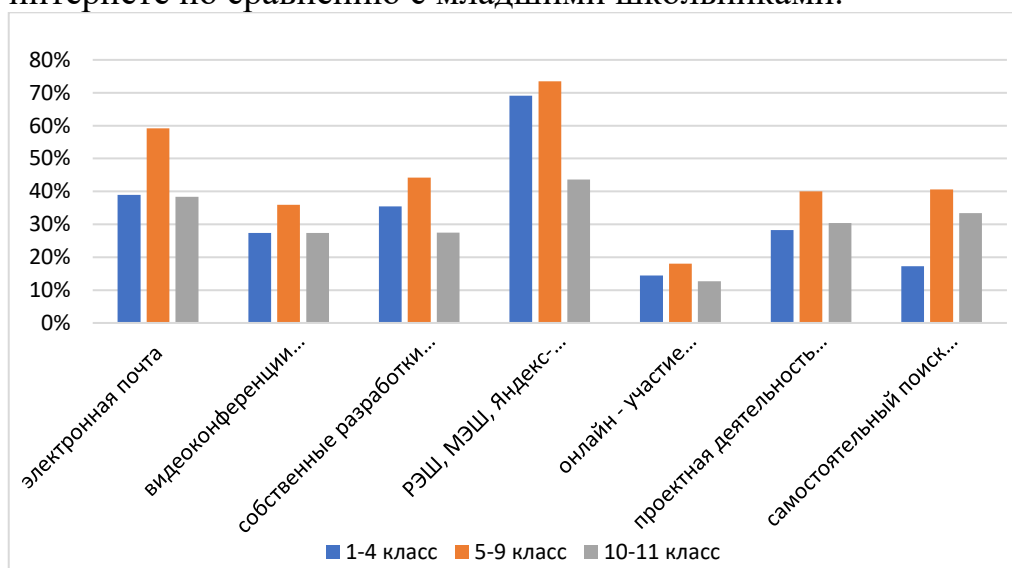


Рис. 14. Распределение ответов респондентов об использовании дистанционных и цифровых технологий в образовательном процессе с ЧБД на разных уровнях образования

В школах с углубленным изучением учебных предметов на всех ступенях образования чаще используются видеоконференции по сравнению с общеобразовательной школой (рис.15)

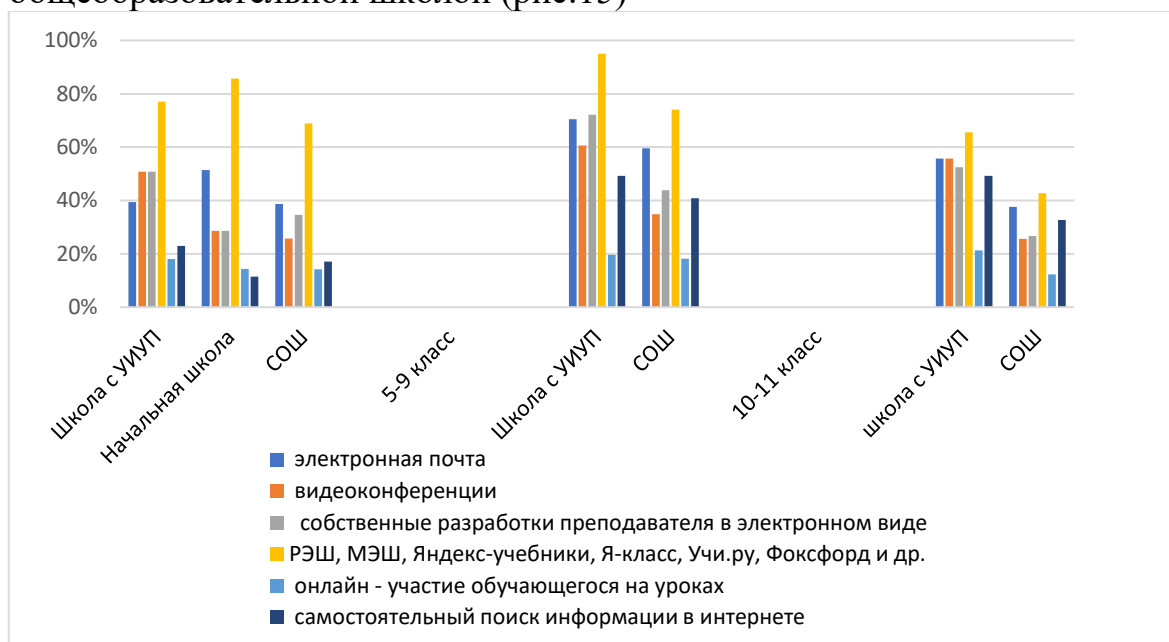


Рис. 15. Распределение ответов респондентов об использовании дистанционных и цифровых технологиях в образовательном процессе с ЧБД в разных типах образовательных организаций

Лидерами по использованию дистанционных и цифровых технологий в образовательном процессе с ЧБД являются такие регионы РФ, как Московская, Ленинградская, Свердловская области, Хабаровский край. Реже всего данный вид работы с ЧБД используется в Республиках Татарстан и Дагестан (рис.16).

Активное использование обучающимся электронных образовательных ресурсов (РЭШ, МЭШ, Яндекс-учебники, Я-класс, Учи.ру, Фоксфорд и др.) по заданию учителя отмечается в Московской (94,5%), Ставропольском крае (90,6%), Свердловской (87,8%) и Ленинградской (84,4%) областях. Менее всего данный вид работы с ЧБД используется в Республике Дагестан (49,1%).

Частое взаимодействие всех участников образовательного процесса через электронную почту выявлено в Московской (78,2%), Ленинградской (75,6%) областях, а также в Хабаровском крае (78,0%).

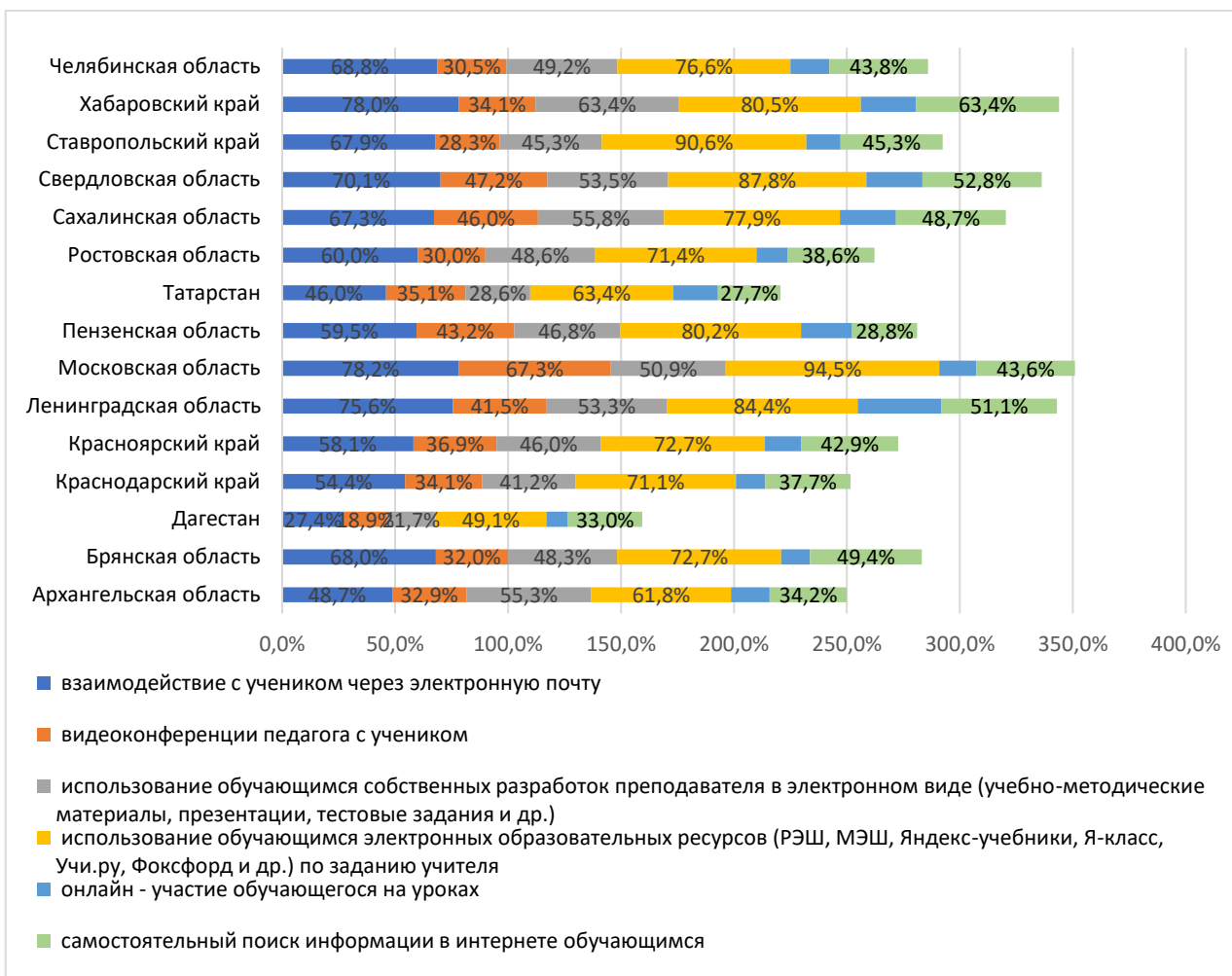


Рис.16. Распределение ответов респондентов об использовании дистанционных и цифровых технологиях в образовательном процессе с ЧБД в разных регионах РФ

Видеоконференции педагога и обучающегося чаще всего используются в Московской области (67,3%) и практически не используются в Республике Дагестан (8,9%). Онлайн присутствие обучающегося на уроках наиболее широко обеспечивается в Ленинградской области (37,0%), в остальных регионах этот вид работы с ЧБД используется неактивно (9–24%).

Для ЧБД, обучающихся по программам начального и основного общего образования в основном используются такие формы дополнительного контроля, как письменный и устный опрос, тестирование и самостоятельная работа (рис.17). Реже всего встречается форма контроля в виде дискуссии. В основной и старшей школе встречаются подготовка и защита реферата, практическая или лабораторная работа, зачет.

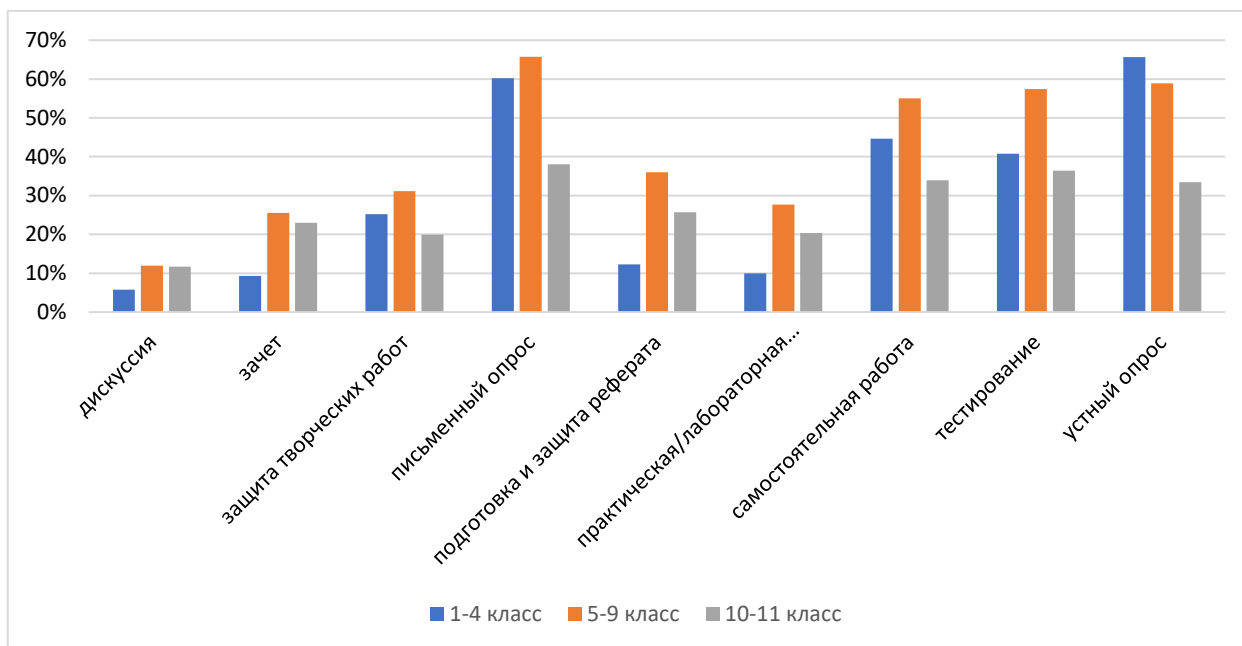


Рис.17. Распределение ответов респондентов о дополнительных формах контроля знаний для ЧБД на разных уровнях образования

По данным Института коррекционной педагогики РАО, примерно 20% обучающихся испытывают **трудности обучения** (2020). Под школьными трудностями понимается весь комплекс учебных и неучебных проблем, которые возникают при систематическом обучении ребенка в школе и приводят к: 1) к отклонениям в физическом и психическом здоровье; 2) к нарушениям социально-психологической адаптации; 3) к снижению успеваемости. Таким образом, успешность (или неуспешность) обучения – лишь одно из проявлений того комплекса школьных трудностей, которые могут возникать у ребенка в процессе обучения. Наиболее часто школьные трудности проявляются в виде нарушения процесса письма, чтения, счета и других видов учебной деятельности [Безруких М.М., 2009, Джос Ю.С. и др., 2010].

В международной классификации болезней DSM IV категория детей с трудностями обучения сформулирована в терминах learning disabilities. Американская ассоциация трудностей обучения под трудностями обучаемости понимает нарушение в освоении базовых навыков – чтения, письма и счета, – возникающих вследствие недостаточного функционирования головного мозга под влиянием генетических и/или нейробиологических факторов. Недостаточность функционирования определенных отделов головного мозга влияет не только на базовые навыки обучения, но и на высшие формы мышления (абстрактность), произвольную саморегуляцию, виды памяти [Learning Disabilities Association of America 2021].

Известно, что среди часто и длительно болеющих детей чаще встречаются школьники, испытывающие трудности в обучении [Безруких М.М., 2009; Джос Ю.С., Депутат И.С., Рысина Н.Н., 2010; Горячева Т.Г., 2013;

Силаев А.А., Лебедева Е.И., 2016; Филатова, 2020]. Однако результаты исследований школьных трудностей у ЧБД, их причинах, методах диагностики, коррекции и преодоления проблем в обучении малочисленны, разрозненны и бессистемны. Результаты нашего опроса показывают, что примерно треть (33-37%) ЧБД имеют школьные трудности, причем самая большая доля (36% и 37%) школьников, не справляющихся с образовательной программой отмечается в 5-9-х и 10-11-х классах, что видимо связано с более высокой образовательной нагрузкой в основной и старшей школах (рис. 18).

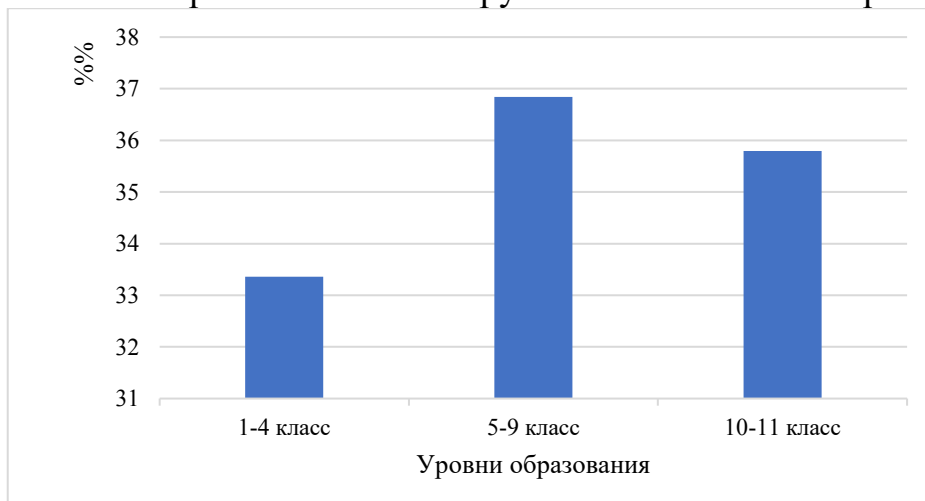


Рис. 18. Количество ЧБД, имеющих трудности обучения (%)

При сравнении количества ЧБД, испытывающих трудности в обучении и обучающихся в разных типах средних образовательных организаций выявлено, что в общеобразовательных школах (СОШ) таких детей больше, чем в школах с углубленным изучением учебных предметов (гимназия, лицей, школа с углубленным изучением иностранных языков) (рис.19).

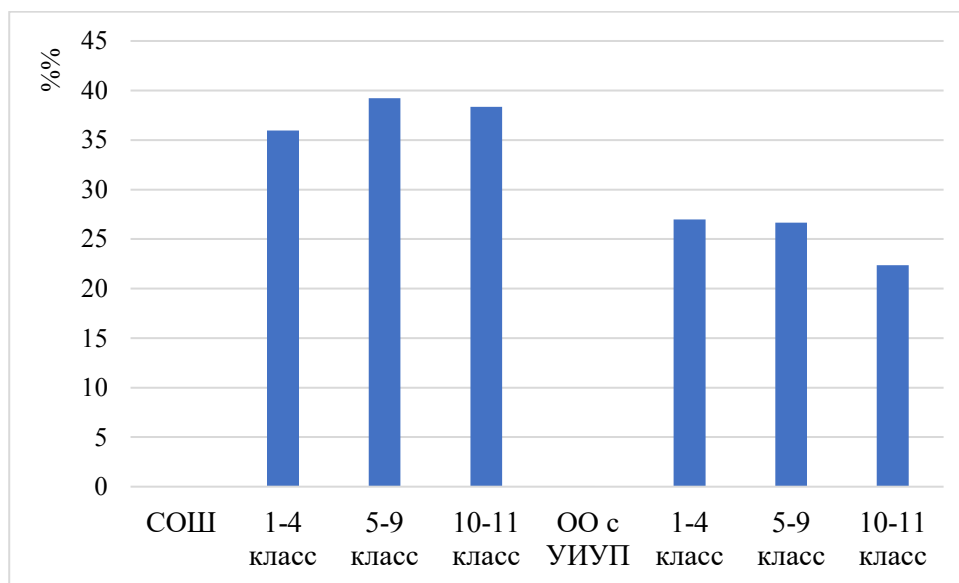


Рис.19. Распределение ответов респондентов о количестве ЧБД с трудностями в обучении в разных типах образовательных организаций

Примечание: СОШ- средняя общеобразовательная школа, УИУП- школа с углубленным изучением учебных предметов

Анализ количества ЧБД с трудностями в обучении в разных регионах РФ (рис.20) показал, что самая большая доля таких обучающихся по программам начального и основного общего образования отмечается в Ленинградской, Московской, Сахалинской областях и Краснодарском крае. Минимальное количество ЧБД в 1-4 и 5-9 классах выявлено в республике Татарстан, а также в Архангельской и Брянской областях.

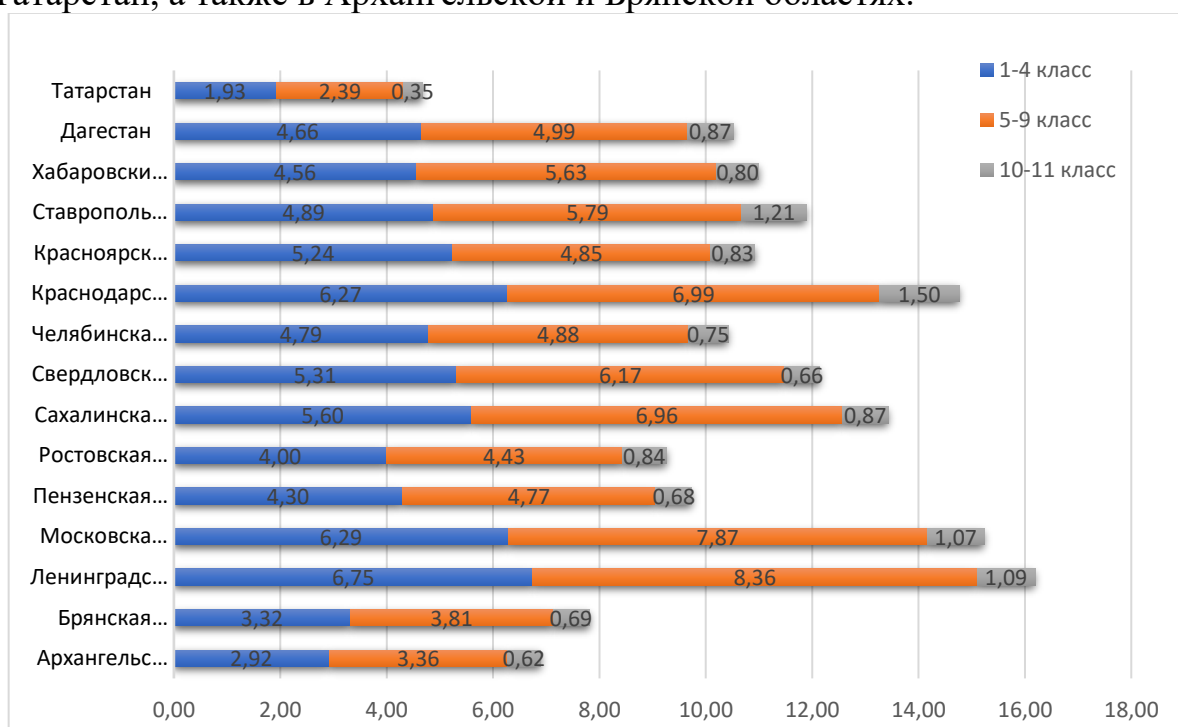


Рис. 20. Распределение ответов респондентов о среднем количестве ЧБД со школьными трудностями в разных регионах РФ по уровням образования

При сравнении количества ЧБД со школьными трудностями в разных типах населенных пунктов выявлена большая доля обучающихся 1-4-х и 5-9-х классов в городской местности по сравнению с селом, причем максимальное количество таких школьников отмечается в крупных городах с населением свыше 1 млн. жителей (рис.21).

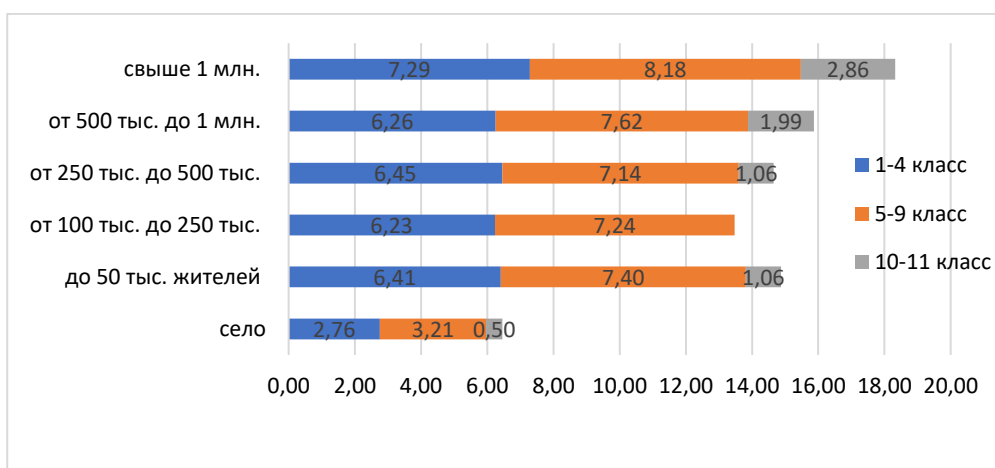


Рис.21. Распределение ответов респондентов о количестве ЧБД со школьными трудностями в разных типах населенных пунктов (по уровням образования)

По мнению ряда авторов, **основной причиной школьных трудностей** является незрелость мозговых структур: 1) преимущественно незрелость префронтальных и премоторных отделов мозга, проявляющаяся слабостью функций программирования и контроля, серийной организации движений; 2) преимущественно незрелость отделов левого полушария, выражающаяся в слабости аналитической стратегии переработки кинестетической и слуховой информации; 3) преимущественно незрелость правого полушария, выражающаяся в слабости холистической стратегии переработки зрительно, зрительно-пространственной и слуховой информации [Ахутина Т.В., Пылаева Н.М., 2015; Цветкова Л.С., 2008].

По мнению Сметанниковой И.Н. (2012) основными причинами школьной неуспеваемости является не только несформированность определенных блоков мозга (в первую очередь энергетического и блока программирования и контроля), но и неправильная организация свободного времени, либо сочетание обоих факторов.

У ЧБД школьные трудности могут быть обусловлены недостаточностью кислородного обеспечения структур головного мозга в связи с нарушениями в функционировании дыхательной системы, наличием временной социальной изоляции в связи с болезнью и ее влиянием на развитие ребенка, взаимосвязью сниженного иммунитета с дисфункциями субкортикальных структур. Отмечается, что степень сформированности психической сферы у соматически ослабленных детей ниже по сравнению с практически здоровыми сверстниками по определенным нейропсихологическим показателям [Горячева Т.Г., 2013]. Также выявлена недостаточная сформированность двигательных и пространственных, и квазипространственных представлений, недостаточная сформированность двигательных функций в условиях усложнения учебного материала, которая обуславливает трудности в обучении часто болеющих детей [Кравцова Н.А., Катасонова А.В., 2011].

Результаты опроса педагогов, проведенного в 15 регионах РФ, показали, что основной причиной развития школьных трудностей у ЧБД, обучающихся

по программам начального, основного и среднего общего образования (рис.22) являются пропуски занятий (53%, 60% и 30% соответственно). Кроме того, у младших школьников (1-4 класс) основными причинами школьных трудностей являются: низкий уровень развития познавательных функций (памяти, внимания, мышления и т.д.) (48%), несамостоятельность ребенка, несформированность организации деятельности (48%) и гиперопека со стороны родителей (39%).

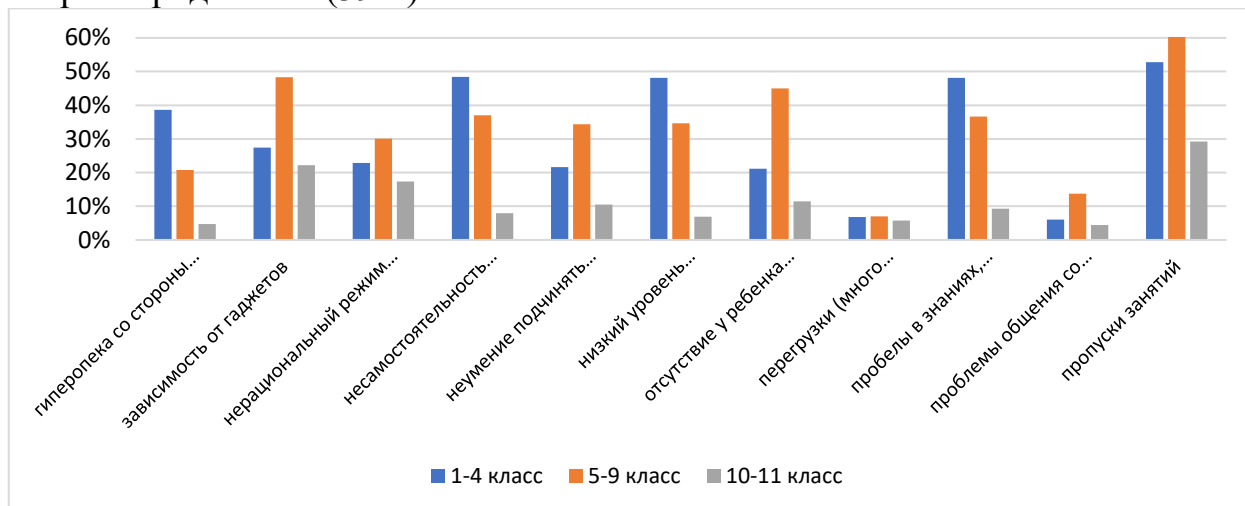


Рис.23. Распределение ответов респондентов на вопросы о причинах, лежащих в основе школьных трудностей у ЧБД, обучающихся на разных уровнях образования

У обучающихся по программам основного общего образования (5-9 классы) выделяются такие причины, как зависимость от гаджетов (48%), отсутствие у ребенка интереса к обучению (45%), а также пробелы в знаниях, несамостоятельность ребенка, низкий уровень развития познавательных функций (35-37%).

У старшекласников (10-11 класс) кроме пропусков занятий отмечаются зависимость от гаджетов и нерациональный режим дня. Причем доля ответов о зависимости от гаджетов как одной из причин развития школьных трудностей у ЧБД 10-11 классов в школах с углубленным изучением учебных предметов выше, чем в массовой общеобразовательной школе (35,3% против 21,7% соответственно) (рис.23), что может быть связано с более активным использованием компьютерных технологий в образовательном процессе в гимназиях, лицеях и др. образовательных организациях по сравнению с массовой общеобразовательной школой.

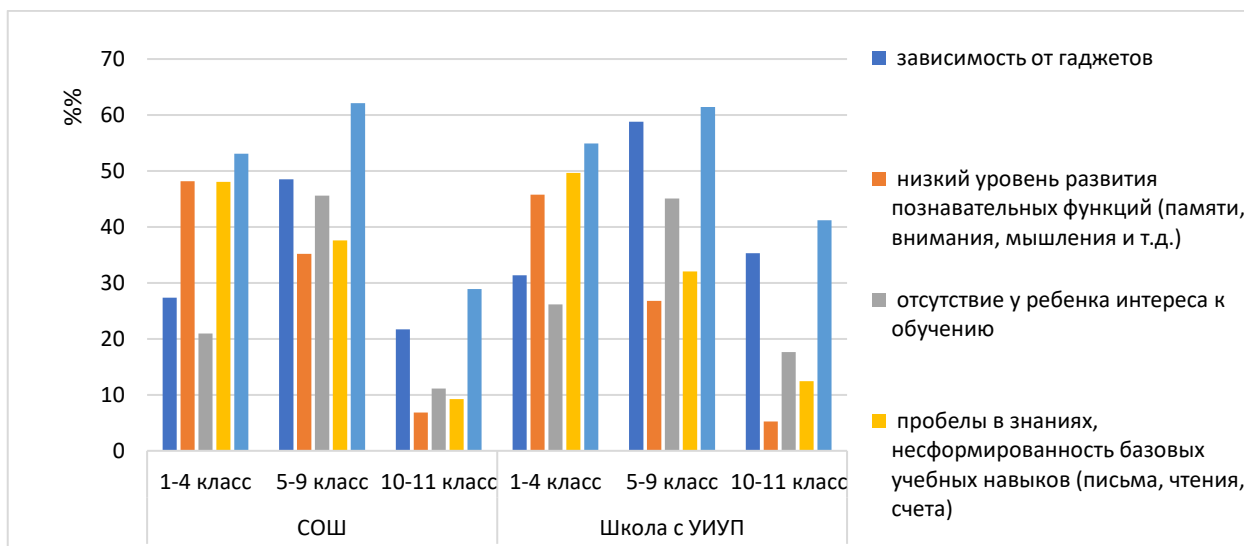


Рис.23. Распределение ответов респондентов о причинах, лежащих в основе школьных трудностей у ЧБД в разных типах образовательных организаций (по уровням образования)

При сравнении данных о причинах, лежащих в основе трудностей обучения ЧБД в разных типах населенных пунктов (рис.24) выявлено, что основными причинами трудностей обучения ЧБД, по мнению всех педагогов независимо от места проживания являются: пропуски занятий, зависимость от гаджетов и нерациональный режим дня.

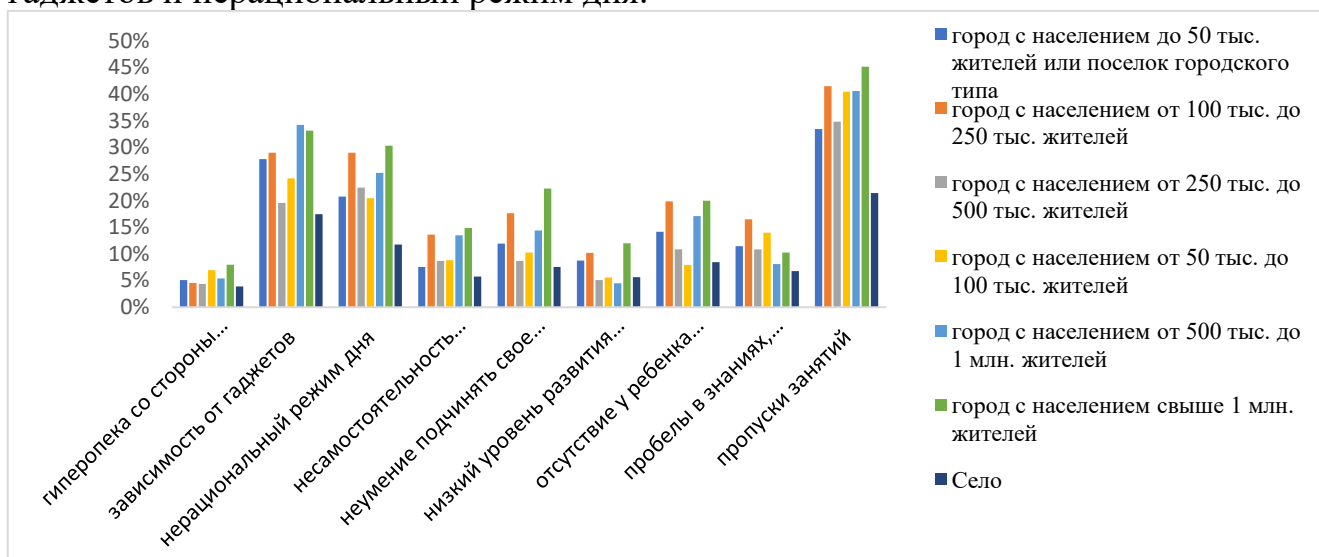


Рис.24. Распределение ответов респондентов в разных типах населенных пунктов о причинах, лежащих в основе школьных трудностей у ЧБД

Кроме того, в небольших городах (с населением до 250 тыс. жителей) и крупных городах (с населением около 1 млн. и более) также указаны такие причины как неумение ребенка подчинять свое поведение правилам и требованиям, отсутствие у ребенка интереса к обучению, несамостоятельность ребенка и несформированность организации деятельности.

Психолого-педагогическое сопровождение является одним из видов деятельности школьного психолога, направленной на создание условий

личностного развития и формирования навыков, обеспечивающих успешную социализацию обучающихся [Иванова И.А., 2017]. Школьная психологическая служба призвана обеспечивать тесное взаимодействие всех участников образовательного процесса: обучающихся, учителей и родителей.

В Федеральном государственном образовательном стандарте основного общего образования от 2021 г. выделены психолого-педагогические условия реализации основной образовательной программы, которые должны обеспечивать преимущество содержания и форм организации образовательной деятельности основного общего образования; социально-педагогическую адаптацию обучающихся к условиям школы с учетом специфики их возрастного психофизического развития; формирование и развитие психолого-педагогической компетентности педагогов и родителей; индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение всех участников образовательных отношений; вариативность форм психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса (профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение, экспертиза) (ФГОС).

Основными направлениями психолого-педагогического сопровождения являются:

- сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся;
- поддержка и сопровождение детско-родительских отношений;
- формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни;
- дифференциация и индивидуализация обучения и воспитания с учетом особенностей когнитивного и эмоционального развития обучающихся (ФГОС).

Специалистами образовательной организации, которые согласно своей квалификации, могут осуществлять психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих детей, являются педагог-психолог и социальный педагог (при отсутствии первого). В целом по выборке психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса осуществляет педагог-психолог в 67% случаев в 1-4 классе, 69% - в 5-9 классе и 47% - в 10-11 классе (рис.25). Социальный педагог проводит работу по психолого-педагогическому сопровождению в 42% случаев на начальном, в 48% случаев на общем основном и в 31% случаев на среднем основном уровне образования.

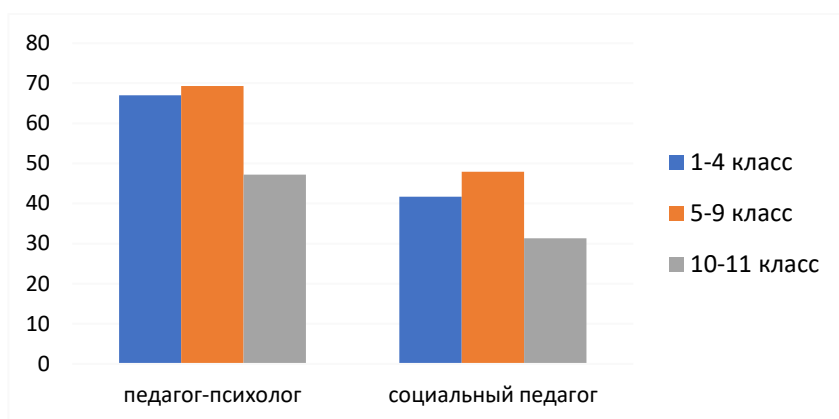


Рис. 25. Распределение ответов респондентов о специалистах, которые проводят работу по психолого-педагогическому сопровождению ЧБД в образовательной организации (в %).

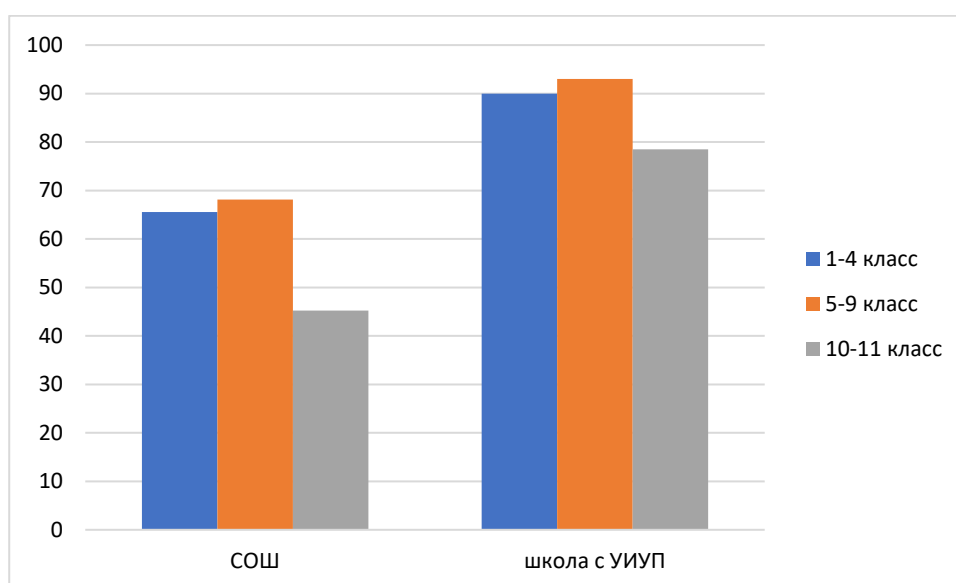


Рис.26. Распределение ответов респондентов о психолого-педагогическом сопровождении ЧБД в разных типах образовательных организациях (в %).

Лучше всего школьная психологическая служба представлена в школах с углубленным изучением учебных предметов: от 90% до 93% на первых двух уровнях образования и 79% в 10-11 классе (рис. 26).

Лидерами по обеспечению психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса являются очень крупные города, с населением от 500 тыс. и свыше 1 млн. жителей, где от 72% до 95% респондентов положительно ответили на данный вопрос по каждому уровню образования (рис. 27). В сельской местности работу педагога-психолога отметили чуть более половины респондентов в 1-4 классе и 5-9 классе (54% и 57%) и примерно треть респондентов в 10-11 классе (34%).

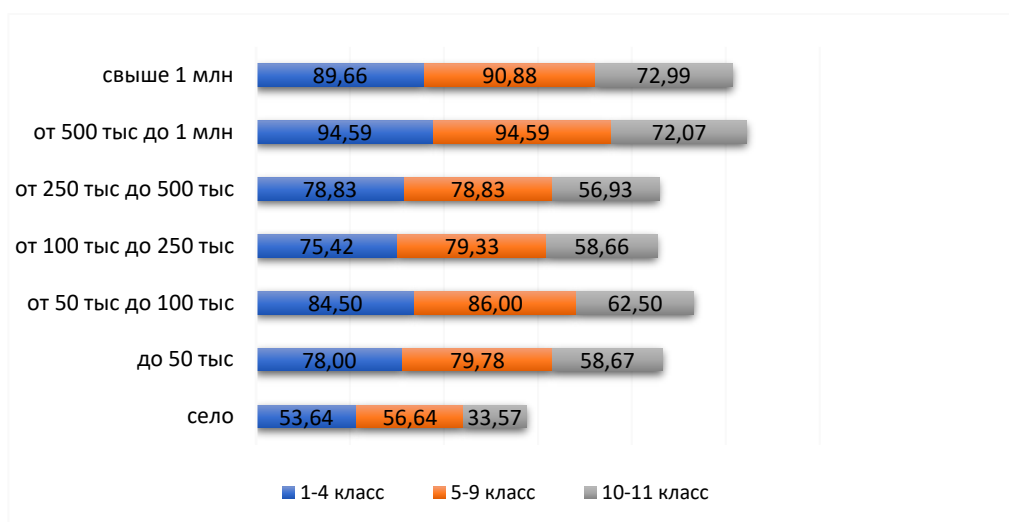


Рис.27. Распределение ответов респондентов о психолого-педагогическом сопровождении ЧБД педагогом-психологом в разных населенных пунктах (в %).

Сравнение регионов по психолого-педагогическому обеспечению образовательного процесса выявило следующую картину. На уровне начального и основного общего образования (рис.28) налажено психолого-педагогическое сопровождение в 39-42% и 41-45% образовательных организациях Архангельской области, Брянской области и Республики Татарстан; в 75-87% и 80-94% образовательных организациях Московской области, Сахалинской области, Краснодарского и Ставропольского края. На уровне среднего общего образования - в 32-40% образовательных организациях Республики Татарстан, Брянской области, Хабаровского края и Архангельской области; в 75% - Ставропольского края.

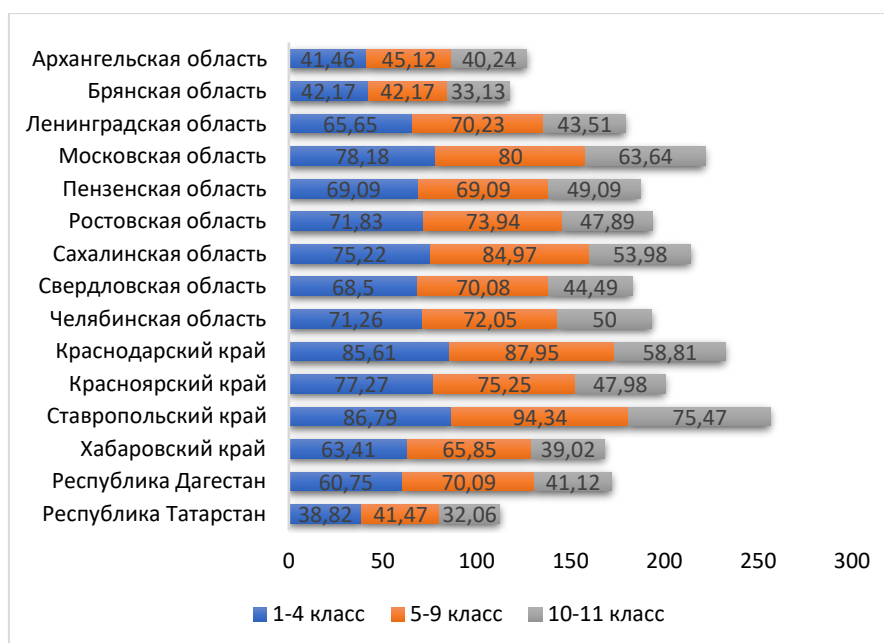


Рис. 28. Распределение ответов респондентов о психолого-педагогическом сопровождении образовательного процесса ЧБД в разных регионах РФ (в %).

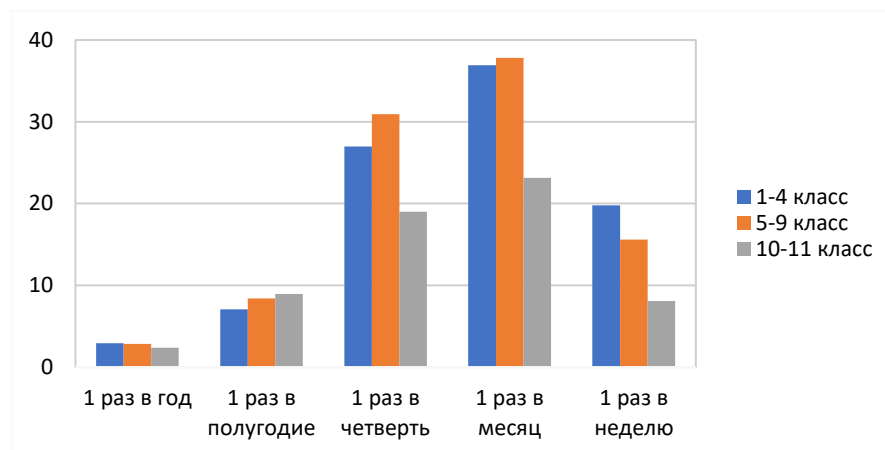


Рис. 29. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения психолого-педагогической работы с ЧБД и их родителями (в %).

На рис. 29 представлено распределение ответов респондентов в целом по выборке в зависимости от периодичности проведения психолого-педагогической работы с часто болеющими детьми и их родителями. Видно, что такая работа чаще всего проводится с периодичностью 1 раз в месяц или 1 раз в четверть/семестр.

Большинство респондентов указали, что психолого-педагогическая работа с часто болеющими детьми и их родителями в целом по выборке проводится ежемесячно. В 1–4 классе и 5–9 классе примерно 40% образовательных организаций проводит эту работу, в 10–11 классе – 23%. Около трети респондентов (27–31%) отметили, что такая психолого-педагогическая работа проводится в их образовательной организации на начальном и основном общем уровне образования 1 раз в четверть/триместр; примерно четверть (23%) респондентов проводит данную работу с такой же периодичностью в 10–11 классе. Меньшее число образовательных организаций проводит психолого-педагогическую работу еженедельно. Так, в 1–4 классе психолого-педагогическую работу проводит каждая пятая (20%) образовательная организация, 16% - в 5–9 классе и 8% - в 10–11 классе.

При изучении периодичности проведения психолого-педагогической работы с часто болеющими детьми и их родителями в зависимости от типа образовательной организации оказалось, что лучше всего еженедельная работа организована в гимназии на начальном (46%) и среднем общем уровне образования (33%). Примерно треть респондентов из общеобразовательных школ и лицеев (34–38%) 1 раз в месяц проводят психолого-педагогическую работу в 1–4 классе и 5–9 классе; около четверти (23%) – в 10–11 классе.

Опрос по периодичности психолого-педагогической работы с часто болеющими детьми и их родителями в зависимости от типа населенного пункта, в котором находится образовательная организация, показал следующую картину. Треть респондентов, чьи образовательные организации

расположены в крупных (от 250 до 500 тыс.), средних (от 50 до 100 тыс.) и малых (до 50 тыс.) городах и четверть респондентов из крупнейших (от 500 тыс. и свыше 1 млн.), больших (от 100 до 250 тыс.) и из сельской местности указали, что работа по психолого-педагогическому сопровождению часто болеющих детей и их родителей проводится в 1-4 классах 1 раз в четверть/семестр. 38% респондентов из крупных городов (от 250 до 500 тыс.) и треть респондентов из всех других населенных пунктов проводят такую работу в 5-9 классе с такой же периодичностью. В 10-11 классе треть образовательных организаций из крупных городов (от 250 тыс. до 1 млн.) и сельской местности, а также четверть респондентов из всех остальных населенных пунктов осуществляют психолого-педагогическую работу с часто болеющими детьми и их родителями 1 раз в четверть/семестр. Около 40% образовательных организаций проводят психолого-педагогическую работу с часто болеющими детьми на начальном и общем основном уровне образования ежемесячно. Треть образовательных организаций из крупных, больших и малых городов, четверть из крупных (свыше 1 млн. и от 250 до 500 тыс.), средних городов и каждая пятая школа сельской местности проводят в 10-11 классе такую работу ежемесячно.

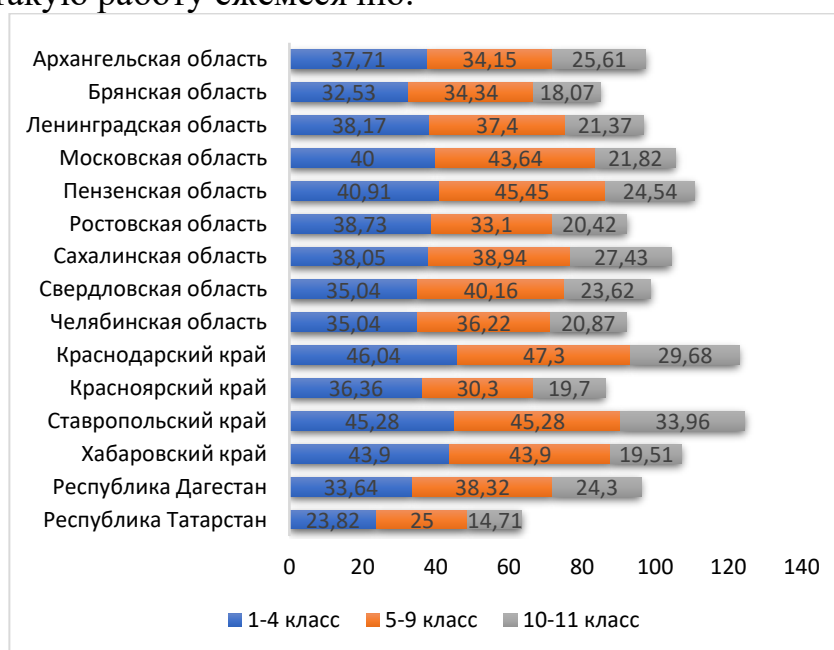


Рис. 30. Распределение ответов респондентов о ежемесячном проведении психолого-педагогической работы с ЧБД и их родителями в разных регионах РФ (в %).

Сравнение регионов по периодичности проведения психолого-педагогической работы с часто болеющими детьми и их родителями выявило следующую картину (рис.30). Четверть респондентов из Архангельской и Пензенской области, Краснодарского края и Республики Татарстан; треть образовательных организаций из других регионов проводят такую работу в 1-4 классе 1 раз в четверть/семестр. В 5-9 классе с такой же периодичностью проводят аналогичную работу около 40% образовательных организаций Ростовской и Сахалинской области, Красноярского края; четверть школ из

Краснодарского края и треть – из других регионов. В 10-11 классе лидерами по проведению психолого-педагогической работы стали Московская область и Хабаровский край (30% респондентов), меньше всего образовательных организаций отмечают такой вид деятельности в Республике Татарстан и Краснодарском крае (12 и 16%); в других регионах доля положительных ответов респондентов составила (18-24%).

Ежемесячно работу по психолого-педагогическому сопровождению в 1-4 классе проводит примерно четверть образовательных организаций Республики Татарстан; около трети школ Архангельской, Брянской, Свердловской, Челябинской области, Красноярского края и Республики Дагестан; в остальных регионах доля участников составляет 38-46%. В 10-11 классе психолого-педагогическая работа с часто болеющими детьми и их родителями с периодичностью 1 раз в месяц проводится в 30% школ Ставропольского и Краснодарского края; в четверти школ Архангельской, Пензенской, Сахалинской, Свердловской области и республики Дагестан; в остальных регионах – в 15-22% образовательных организаций.

Одним из направлений психолого-педагогического сопровождения является сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся. Какими же психологическими особенностями часто болеющие дети отличаются от своих здоровых сверстников?

Известно, что ситуация болезни может оказывать неблагоприятное влияние на эмоциональный фон такого ребенка, что выражается в преобладании отрицательных эмоций, таких как страх, грусть, апатия, пониженное настроение. С другой стороны, восприимчивость ребенка к респираторным инфекциям может зависеть от его эмоционального состояния и уровня самооценки. Часто болеющим детям присуща повышенная тревожность, склонность к негативным переживаниям, неуверенность в себе, низкая самооценка, зависимость от чужого мнения, несамостоятельность [Романцов М.Г., 2016]. Поэтому в работе с такими детьми школьная психологическая служба призвана проводить мероприятия, направленные на нормализацию психологического состояния.

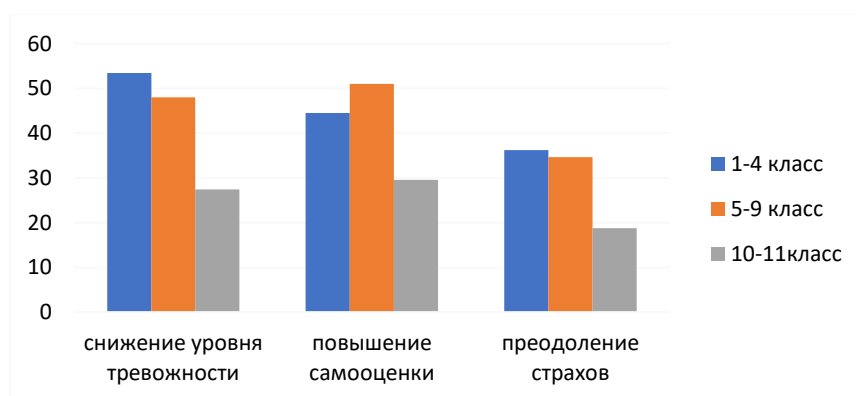


Рис.31. Распределение ответов респондентов о коррекционной работе по улучшению психоэмоционального состояния ЧБД (в %).

Из рис. 31 видно, что около половины респондентов (45-54%) осуществляет коррекционную работу по снижению уровня тревожности и повышению самооценки и уверенности в себе у обучающихся 1-4 класса и 5-9 класса и треть – в 10-11 классе. Примерно треть респондентов занимается преодолением страхов и негативных эмоций у часто болеющих детей на первых двух уровнях образования, каждый пятый – в 10-11 классе.

Лучше всего работа по нормализации психологического состояния часто болеющих детей проводится в гимназиях и лицеях. Утвердительно ответили на данный вопрос от 46% до 70% респондентов на первых двух уровнях образования и от 30% до 50 % в 10-11 классе.

В общеобразовательной школе коррекционная работа чаще проводится на начальном и основном общем уровне образования (35-54%), и реже на среднем основном уровне образования (18-28%).

Психологическая коррекция тревожности и страхов часто болеющих детей лучше всего организована в крупных городах (от 500 тыс. и свыше 1 млн.), там утвердительно отвечают на данный вопрос от 54% до 74% респондентов (начальная и средняя школа), 38-48% - старшая школа. В сельской местности эта работа организована хуже: 28-44% на 1 и 2 уровне образования; 13-19% - на третьем.

Сравнение регионов по проведению коррекционной работы, направленной на снижение уровня тревожности часто болеющих детей, выявило следующую картину (рис. 32).

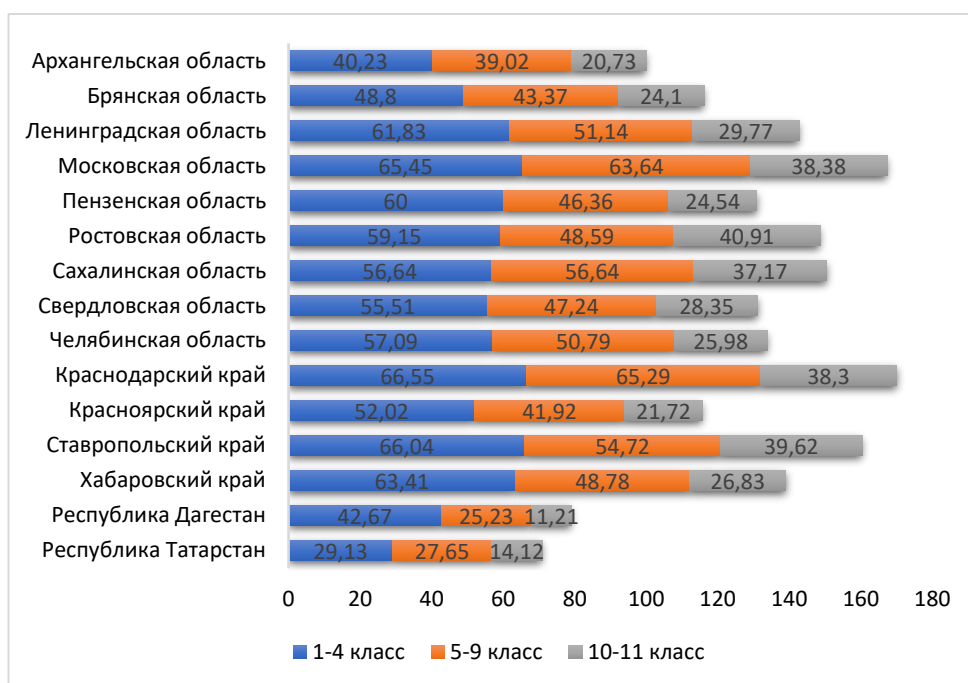


Рис. 32. Распределение ответов респондентов о снижении уровня тревожности ЧБД в разных регионах РФ (в %).

Коррекционную работу по улучшению психоэмоционального состояния в 1-4 классе проводят от 29% (Республика Татарстан) до 67% (Краснодарский

край) респондентов; от 11% (Республика Дагестан) до 41% (Ростовская область) респондентов в 10-11 классе.

Стоит отметить, что характер психологических трудностей у часто болеющих детей меняется в зависимости от возраста. В младшем школьном возрасте причиной пониженного настроения, страхов и тревожности являются физические факторы. Детей и подростков среднего и старшего школьного возраста в большей степени волнует дефицит общения и вынужденная изоляция во время болезни [Исаев Д.Н., 2004].

Считается, что одним из факторов, искажающих процесс социальной адаптации часто болеющих детей, является недостаточно развитая эмоциональная сфера [Драганова О.А., Климова И.В, 2017]. По этой причине, а также из-за длительной изоляции при заболевании, у часто болеющего ребенка слабо развиты навыки коллективизма, возникают трудности межличностного общения со взрослыми и сверстниками.

Поэтому одним из направлений работы школьного психолога является развитие коммуникативных умений и навыков этой группы обучающихся.

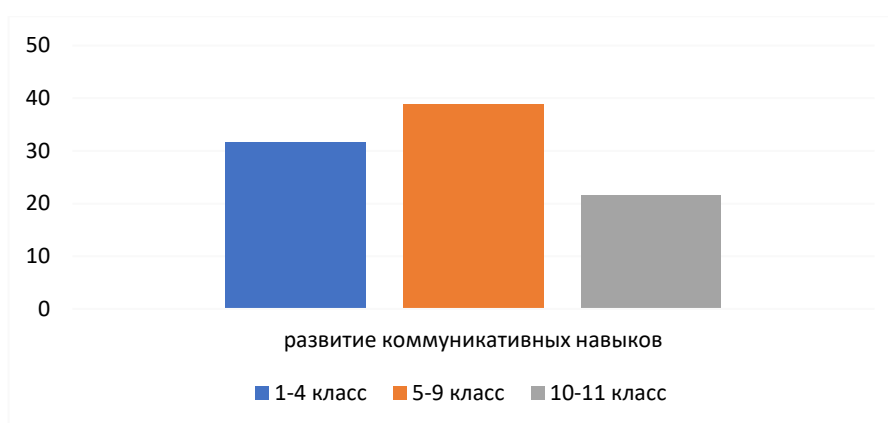


Рис. 33. Распределение ответов респондентов о развитии коммуникативных навыков у ЧБД (в %)

Из рис. 33 видно, что в целом по выборке развитием коммуникативных навыков на начальном уровне образования занимается треть респондентов, на основном общем уровне – около 40%, а на среднем общем уровне образования только каждый пятый респондент.

В зависимости от типа образовательной организации эта работа лучше поставлена в гимназиях и лицеях по сравнению с общеобразовательными школами. Так, в средних общеобразовательных школах коррекционную работу по развитию коммуникативных навыков проводят 20-40% респондентов, в лицеях – 34-61% респондентов в зависимости от ступени образования.

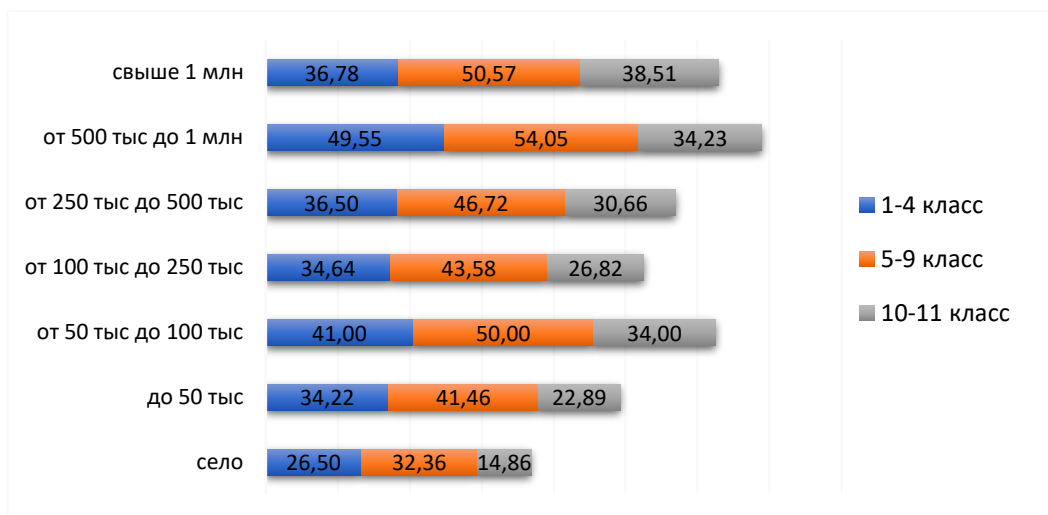


Рис.34. Распределение ответов респондентов о формировании коммуникативных навыков и умений у ЧБД в разных населенных пунктах (в %)

Психологическая помощь в развитии коммуникативных навыков и умений часто болеющих детей лучше всего организована в крупных городах (от 500 тыс. и свыше 1 млн.), там утвердительно ответили на данный вопрос от 34% до 54% респондентов (старшая и средняя школа), 50% - начальная школа (рис. 33). В сельской местности эта работа организована хуже: 27-32% на 1 и 2 уровне образования; 15% - на третьем.

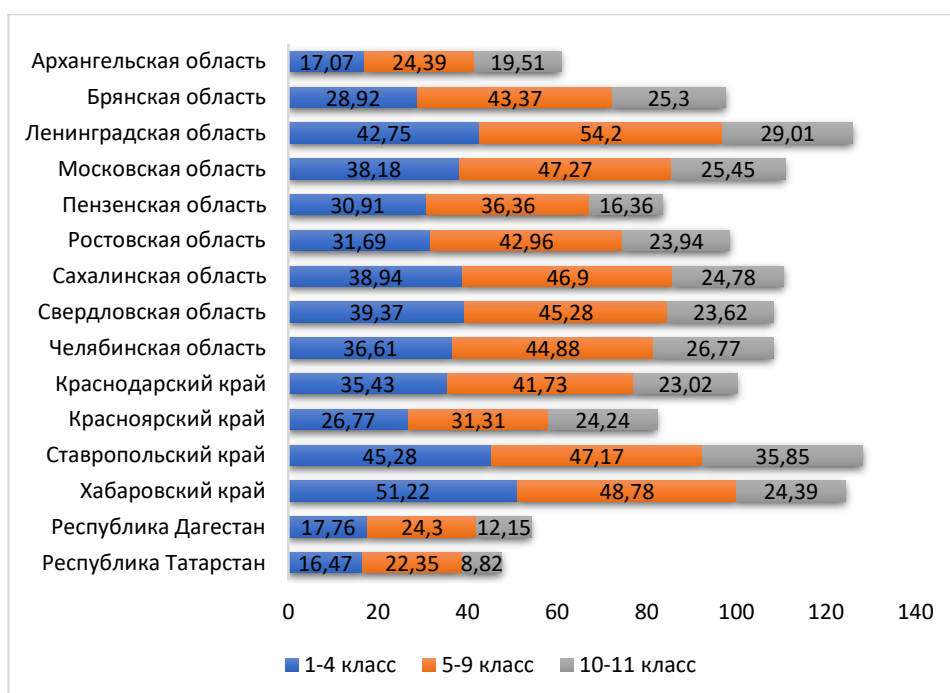


Рис.35. Распределение ответов респондентов о работе по развитию коммуникативных навыков и умений у ЧБД в разных регионах РФ (в %).

Как видно из рис. 35 чаще всего работа по развитию коммуникативных навыков проводится в 5-9 классе: от 22% (Республика Татарстан) до 54%

(Ленинградская область) респондентов. Реже школьная психологическая служба занимается этой проблемой в 10-11 классе (10% - в Республике Татарстан и 35% - в Ставропольском крае).

Стоит отметить, что на развитие коммуникативных навыков и характер социализации ребенка оказывают большое влияние детско-родительские отношения. В последнее время возрастает роль и ответственность родителей за воспитание своих детей. Недавние исследования выявили особенности психологической структуры семьи часто болеющего ребенка, в которой мать занимает доминирующее положение при отстранённой позиции отца [Забабурин О.С., Степина Н.В., 2018]. Именно материнское отношение к часто болеющему ребенку, стиль и эмоциональная окраска общения оказывают решающее влияние на развитие и становление его личности [Савельев Б.А., 2017].

Родители (обычно, мать) могут проявлять: 1) гиперопеку, устанавливая симбиотические отношения с ребёнком, тем самым формируя у него несамостоятельность, зависимость, инфантильность; 2) авторитарную гиперсоциализацию, ограничивая поведение ребёнка строгими дисциплинарными рамками, требуя безусловного подчинения; 3) гипопротекцию, проявляющуюся в небрежном, формальном отношении, а иногда и в эмоциональном отвержении, испытывая досаду, злость, раздражение, часто даже не осознавая этого [Т.В., 2018; Майоров Р.В., Нежданова Е.В., Озерова И.В., 2020; Пфау Т.В., Небыкова С.В., Ганцева Е.В., 2020]. Подобное отношение крайне негативно сказывается на психическом здоровье ребенка, свидетельствует о недостаточных знаниях родителей в области педагогики и психологии и требует консультативной помощи специалистов данного профиля.

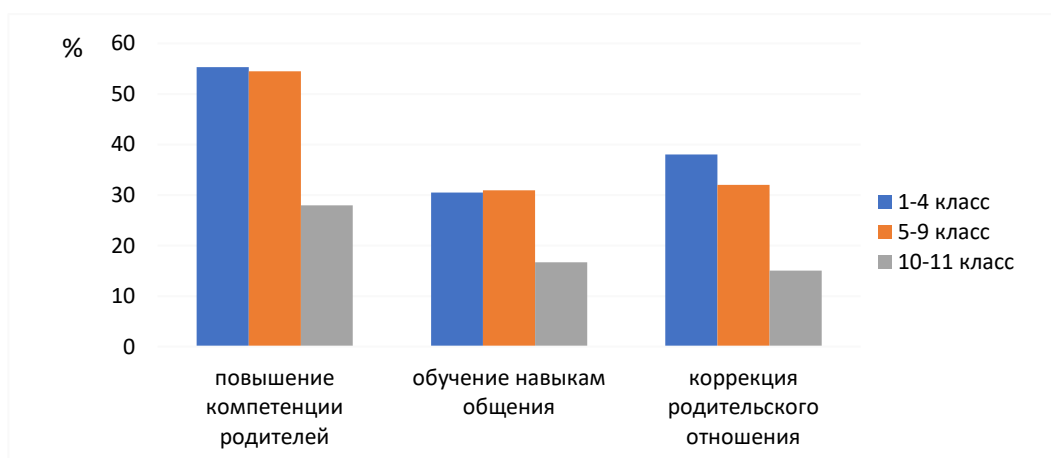


Рис. 36. Распределение ответов респондентов о работе по психолого-педагогическому просвещению родителей ЧБД

На рис. 36 представлены направления психолого-педагогического просвещения родителей в целом по выборке. Чаще всего школьная

психологическая служба занимается повышением компетенции родителей в области воспитания часто болеющего ребенка, оказывая помощь родителям в понимании потребностей и проблем ребенка с учетом уровня его развития, в определении оптимальных путей взаимодействия с ним. Такая просветительская работа с родителями осуществляется примерно в 50% случаев на первых двух образовательных уровнях и 30% - в 10-11 классе. Обучением навыкам общения и способам взаимодействия в системе «родитель-ребенок» занимается треть респондентов в 1-4 классе и 5-9 классе и около 20% - в 10-11 классе. Коррекцию родительского отношения к часто болеющему ребенку (снижение гиперопеки или отвержения ребенка) проводят примерно 40% в 1-4 классе, треть - в 5-9 классе и 15% - 10-11 классе.

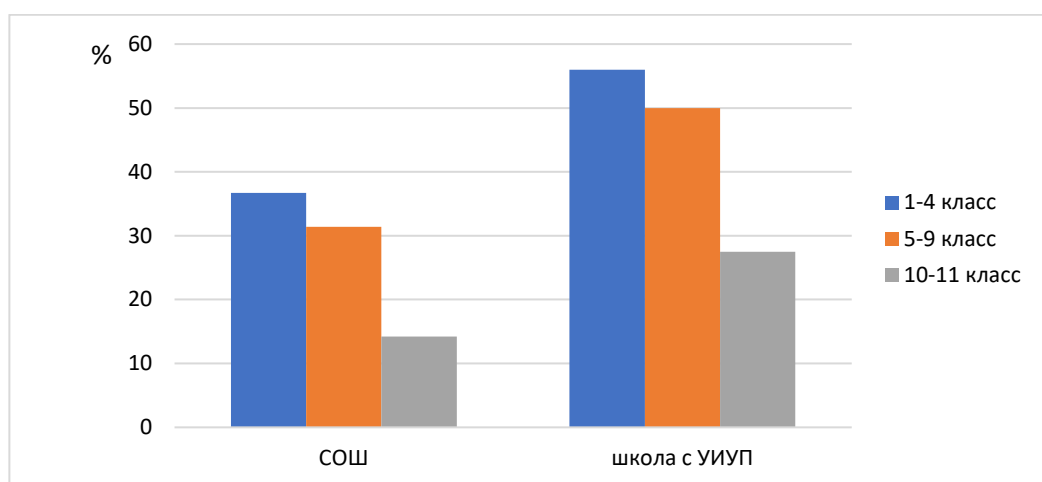


Рис. 37. Распределение ответов респондентов о коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку в разных типах образовательных организаций (%)

Из рис. 37 видно, что коррекцию родительского отношения к часто болеющему ребенку в средней образовательной организации проводят примерно 40% респондентов в 1-4 классе, треть - в 5-9 классе и 14% - 10-11 классе. Лучше всего данный вид психолого-педагогического сопровождения представлен в школах с углубленным изучением учебных предметов: 56% - в 1-4 класса, 50% - в 5-9 классе и 28% - в 10-11 классе.

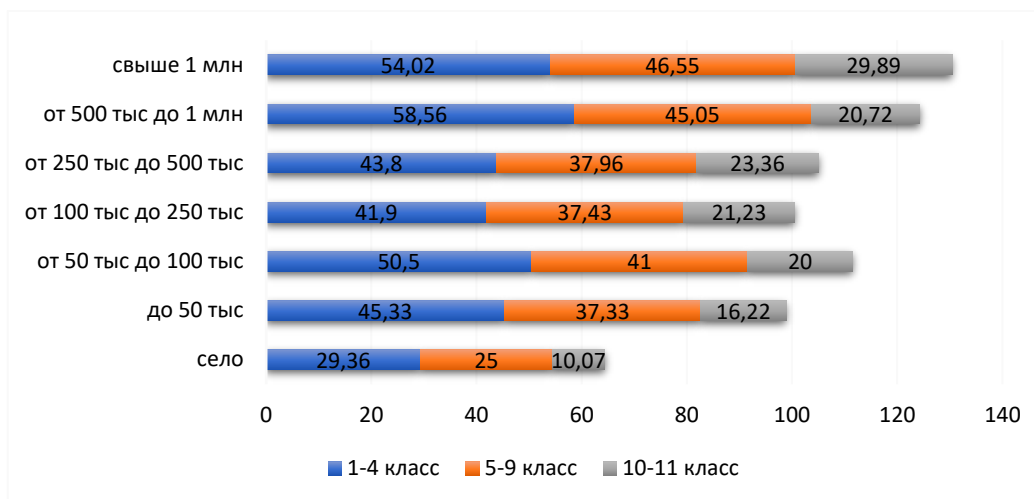


Рис. 38. Распределение ответов респондентов о коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку в разных типах населенных пунктах (%)

Психологическая помощь по коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку лучше всего организована в крупных городах (от 500 тыс. и свыше 1 млн.), там утвердительно ответили на данный вопрос около половины респондентов (59% в начальной школе и 45% в средней школе), треть – в старшей школе (рис. 37). В сельской местности эта работа организована хуже: 25-29% на 1 и 2 уровне образования; 10% - на третьем уровне образования.

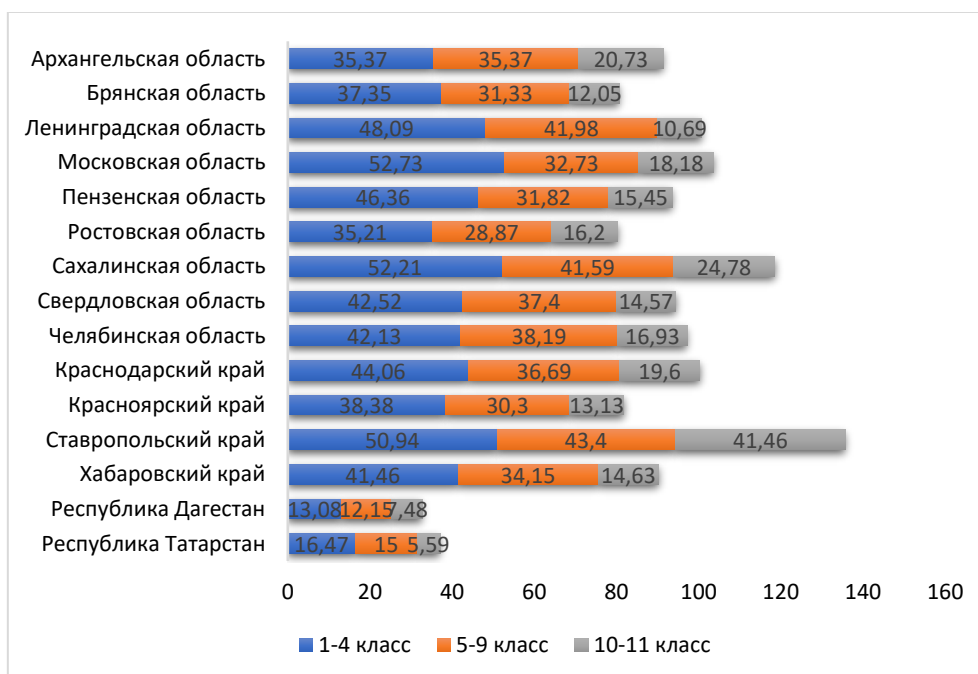


Рис. 39. Распределение ответов респондентов о коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку в разных регионах РФ (в %).

Как видно из рис. 38 чаще всего работа по коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку проводится в 1-4 классе: от 13%

(Республика Дагестан) до 53% (Московская область) респондентов. Реже школьная психологическая служба занимается этой проблемой в 10-11 классе (6% - в Республике Татарстан и 42% - в Ставропольском крае).

Современное личностно ориентированное образование ставит новые задачи повышения профессионализма педагогических кадров, что требуют перехода от традиционной модели просвещения к модели развития психологической компетентности педагогов, позволяющей решать актуальные задачи развития и обучения соматически ослабленного ребенка [Григорьева А.П., 2014].

В настоящее время особо необходимо повышать компетенцию педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению часто и длительно болеющих детей. Зачастую педагоги не видят разницы в организации индивидуального подхода к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и часто и длительно болеющими детьми (ЧБД). В отечественной медицине часто и длительно болеющими считаются дети, у которых случаи острых респираторных заболеваний отмечаются 4 и более раз в год, при этом ребенок обучается в образовательной организации [Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н., 2016].

У таких детей в результате пропуска занятий возникают пробелы в знаниях, у них низкая мотивация и познавательная активность, повышенная утомляемость, слабость, низкая умственная работоспособность и темп работы. Для всех ЧБД необходим индивидуальный подход, который предусматривает ограничение как умственных, так и физических нагрузок с учетом возможностей организма данного ребенка [Романцов М.Г., 2016]. Все это свидетельствует об актуальности повышения компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению часто и длительно болеющих детей.

Существует множество разнообразных семинаров, вебинаров, интернет-курсов, «круглых столов», но, естественно, не все они посвящены повышению компетенции педагогов, в классе которых обучаются часто и длительно болеющие дети. Имеются курсы, на которых рассматриваются нормативные аспекты: права, обязанности, ответственность сторон и так далее. Это важно, но педагогам очень нужна прикладная информация, что конкретно делать, когда в классе обучаются часто и длительно болеющие дети.

Результаты опроса о периодичности работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД по регионам и уровням образования представлены на рисунках 40–42.

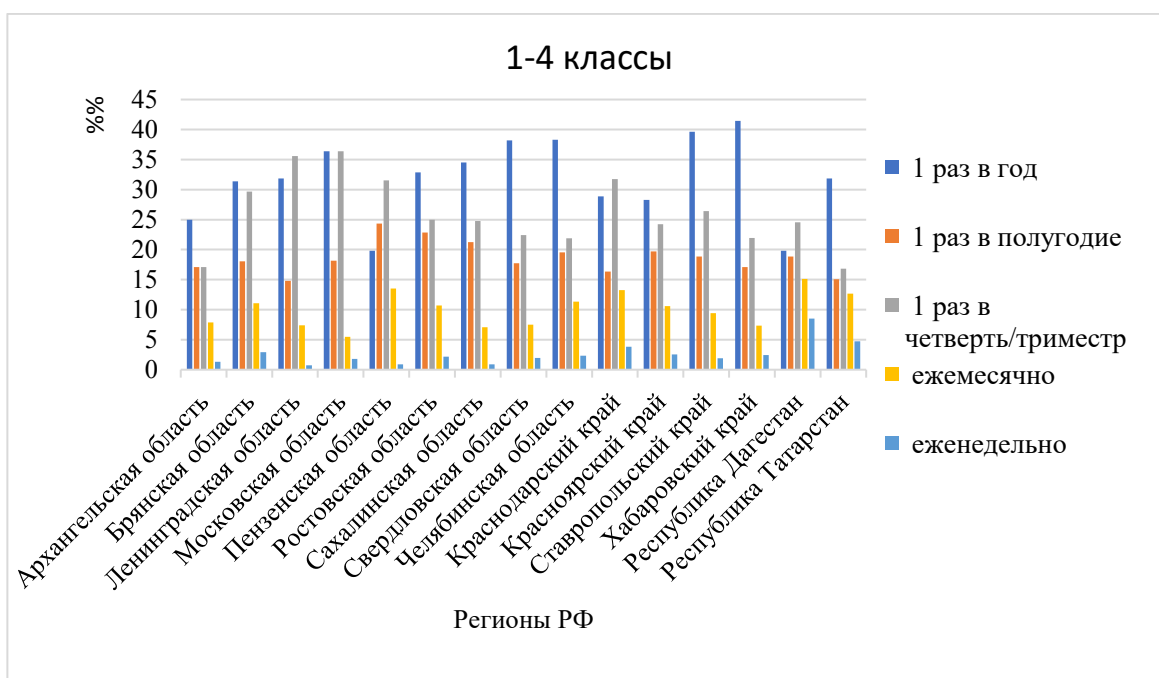


Рис.40. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД в 1-4 классах в образовательных организациях в разных регионах РФ

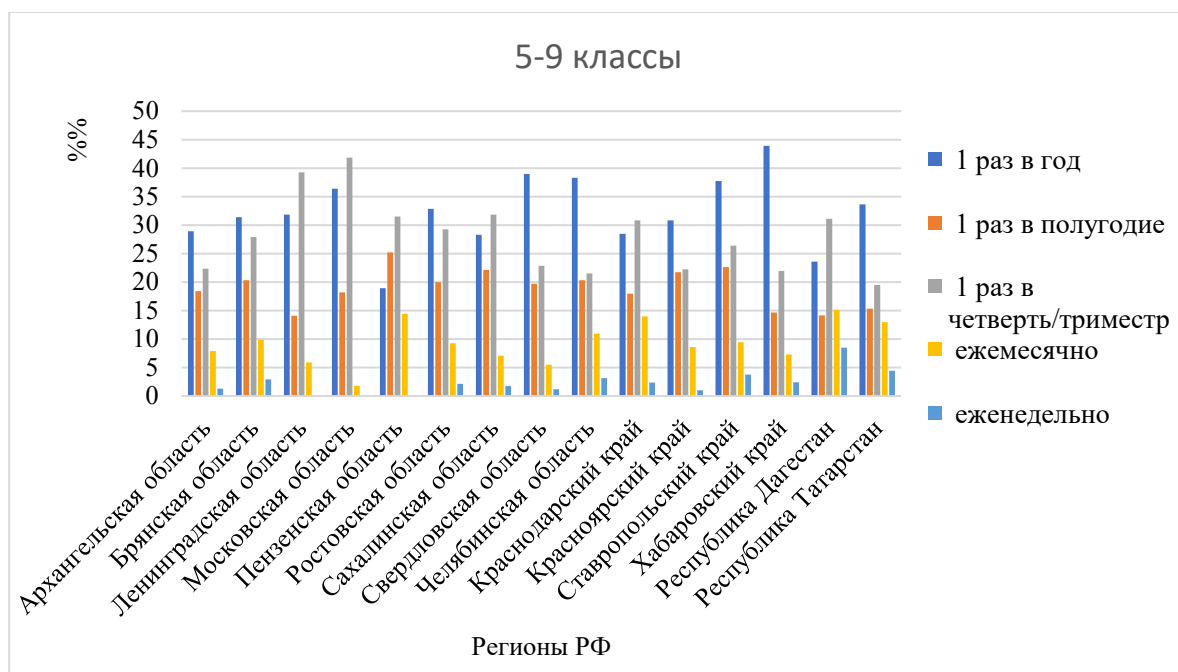


Рис.41. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД в 5–9 классах в образовательных организациях в разных регионах РФ

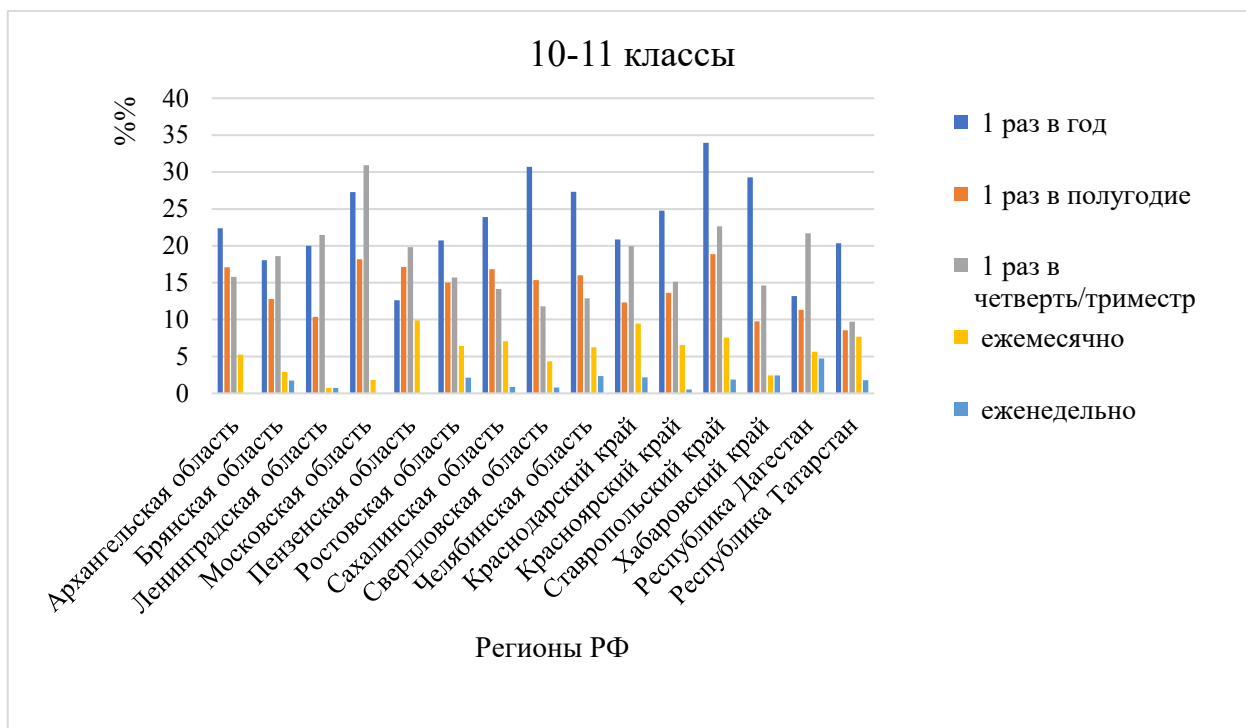


Рис.42. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД в 10-11 классах в образовательных организациях в разных регионах РФ

Анализируя результаты опроса работников образовательных организаций по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению часто и длительно болеющих детей, было установлено, что в большинстве регионов чаще всего такая работа проводится 1 раз в год (от 25 до 40%) на начальном и основном общем уровне образования и от 20 до 37% - на среднем общем уровне образования.

В то же время, в Ленинградской, Московской, Пензенской областях, а также в Республике Дагестан и Краснодарском крае такая работа проводится чаще - 1 раз в четверть (от 27 до 36%) на начальном и основном общем уровне образования и от 18 до 31% - на среднем общем уровне образования.

Естественно, что ничтожно мал процент образовательных организаций в разных регионах РФ, где такая работа проводится ежемесячно или еженедельно, но этого и не требуется.

В исследовании была проанализирована периодичность проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД в образовательных организациях разного типа.

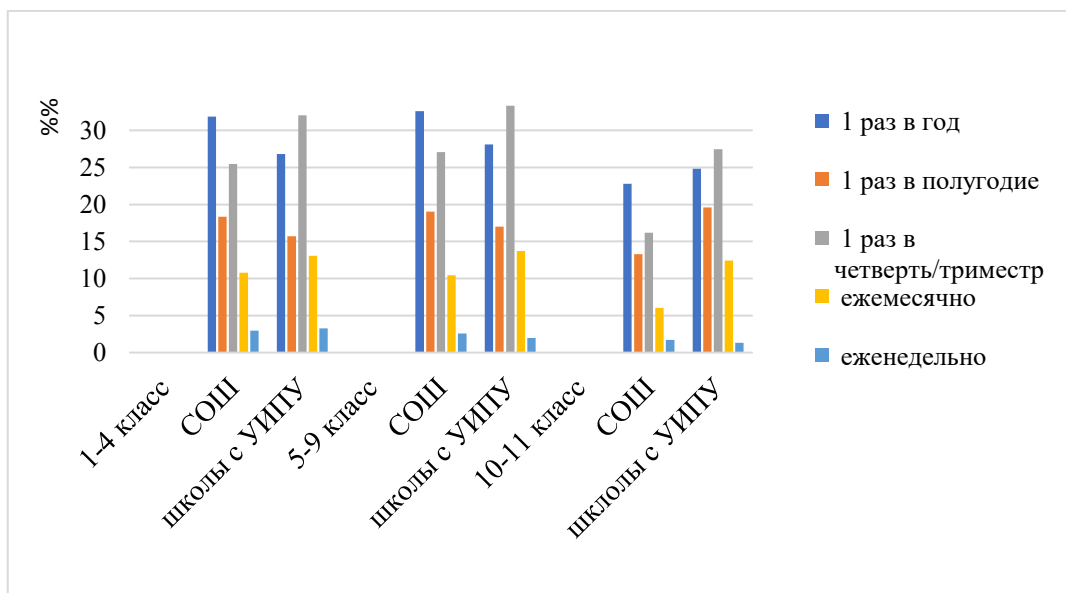


Рис.43. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД в образовательных организациях разного типа

На рисунке 43 видно, что в общеобразовательных организациях периодичность повышения компетенции педагогов чаще всего происходит один раз в год. На уровне начального и основного общего образования процент составляет по 32 %, на уровне среднего общего образования -23%.

В образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов на всех уровнях образования преобладает периодичность повышения компетенции педагогов 1 раз в четверть/триместр. На уровне начального и основного общего образования процент составляет по 32 - 33 % соответственно, на уровне среднего общего образования -27%.

Периодичность работы по повышению компетенции, проводимая 1 раз в полгода, не отличается на разных ступенях образования, в разных образовательных организациях и составляет от 15 до 19 %.

В работе был проведен анализ результатов опроса педагогов в отношении периодичности работы по повышению компетенции для индивидуального подхода к обучению ЧБД в образовательных организациях в разных населенных пунктах (рис.44).

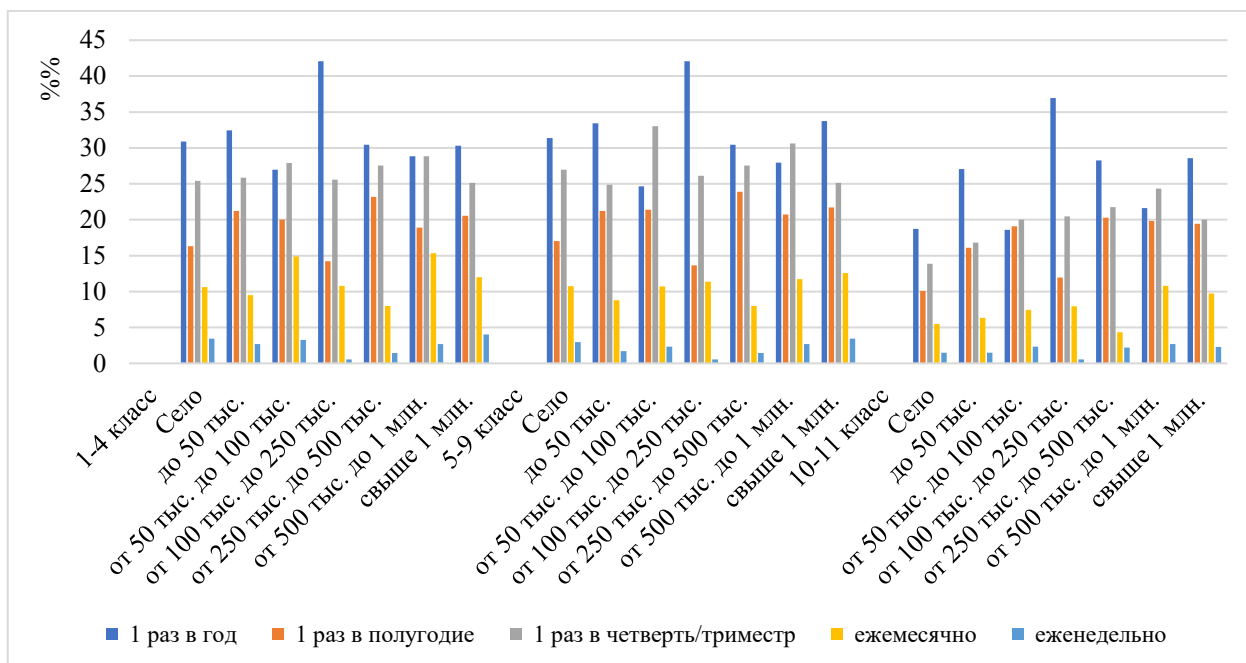


Рис.44. Распределение ответов респондентов о периодичности проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД на разных ступенях образования в образовательных организациях разных населенных пунктов.

Как следует из рисунка 44 преобладает периодичность повышения компетенции педагогов **1 раз в год** для индивидуального подхода к обучению ЧБД в образовательных организациях в разных населенных пунктах на разных ступенях образования. На уровне начального и основного общего образования (в среднем): в селе -31%, в городе до 50 тыс. -33%; в городе от 50 до 100 тыс. -26%, в городе от 100 до 250 тыс. -42%, в городе от 250 до 500 тыс. – 30%; от 500 до 1 млн.-28% и от 1 млн. – 33% педагогов образовательных организаций повышают свою компетенцию 1 раз в год. На уровне среднего общего образования: в селе - 19%, в городе до 50 тыс. -27%, в городе от 50 до 100 тыс. -19%, в городе от 100 до 500 тыс. – 28%, в городе от 500 до 1 млн.-22% и от 1 млн. – 28%.

Обнадёживает тот факт, что периодичность проведения работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД проводится не так уж редко (**1 раз в четверть/триместр**) на уровне начального и основного общего образования (в среднем): в селе -26%, в городе до 50 тыс. -26%; в городе от 50 до 100 тыс. -30%, в городе от 100 до 250 тыс. -26%, в городе от 250 до 500 тыс. – 28; от 500 до 1 млн.-30% и от 1 млн. – 25% педагогов образовательных организаций повышают свою компетенцию 1 раз в четверть год. Дело обстоит не так хорошо со старшей школой. А именно: в селе -14%, в городе до 50 тыс. -17%; в городе от 50 до 100 тыс. -20%, в городе от 100 до 250 тыс. -22%, в городе от 250 до 500 тыс. – 24; от 500 до 1 млн.-20% и от 1 млн. – 25% педагогов ответили утвердительно на вопрос о том, что повышение компетенции педагогов в отношении

индивидуального подхода к обучению ЧБД проводится 1 раз в четверть/триместр (рис. 44).

Мы полагаем, что периодичность работы по повышению компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению часто и длительно болеющих детей должна проводиться не реже 1 раза в четверть/триместр.

Школьные годы – это ответственный период в жизни ребенка, в котором происходит формирование физического здоровья и культурных навыков, обеспечивающих в дальнейшем укрепление и сохранение его здоровья. Высокий уровень здоровья взрослого человека в будущем во многом является результатом правильного **физического воспитания в школе**.

В образовательных организациях предмет «Физическая культура», пожалуй, в большей степени, чем другие дисциплины, отвечает за оздоровление организма ребенка, укрепление и сохранение физического и психического здоровья учащихся.

Занятия физической культурой кроме оздоровительного эффекта оказывают тренирующее воздействие на организм: повышается устойчивость организма к воздействиям факторов окружающей среды, укрепляется иммунитет [Прокопкина С.В., Барсуков К.В., 2021].

Как же в настоящее время организована физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми в образовательных организациях в разных регионах РФ? Проведенное исследование показало, что независимо от региона преобладают занятия с ЧБД в основной группе (от 60 до 90%), но с ограничением физической нагрузки. Это вполне возможно при соблюдении ряда условий. В зависимости от состояния здоровья и возможностей организма, педагогу необходимо устанавливать индивидуальную нагрузку, постепенно увеличивать объем, темп и интенсивность выполняемых упражнений, ограничивать упражнения, требующие проявления максимальной силы, скорости и выносливости. Также нужно ограничивать упражнения, вызывающие перенапряжение и задержку дыхания [Иванова С.С. с соавт., 2019]. На рисунках 45-47 представлена физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми на уровне начального, основного общего и среднего общего образования в разных регионах РФ.

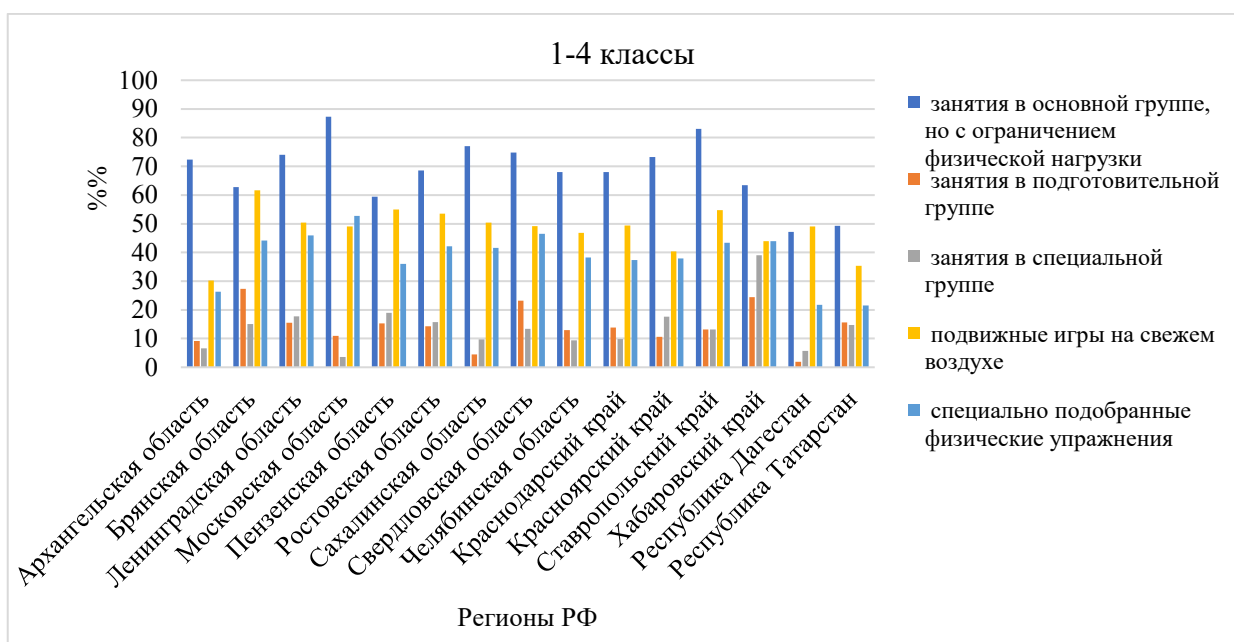


Рис.45. Распределение ответов респондентов о физкультурно-оздоровительной работе с ЧБД в 1-4 классах образовательных организаций в разных регионах РФ

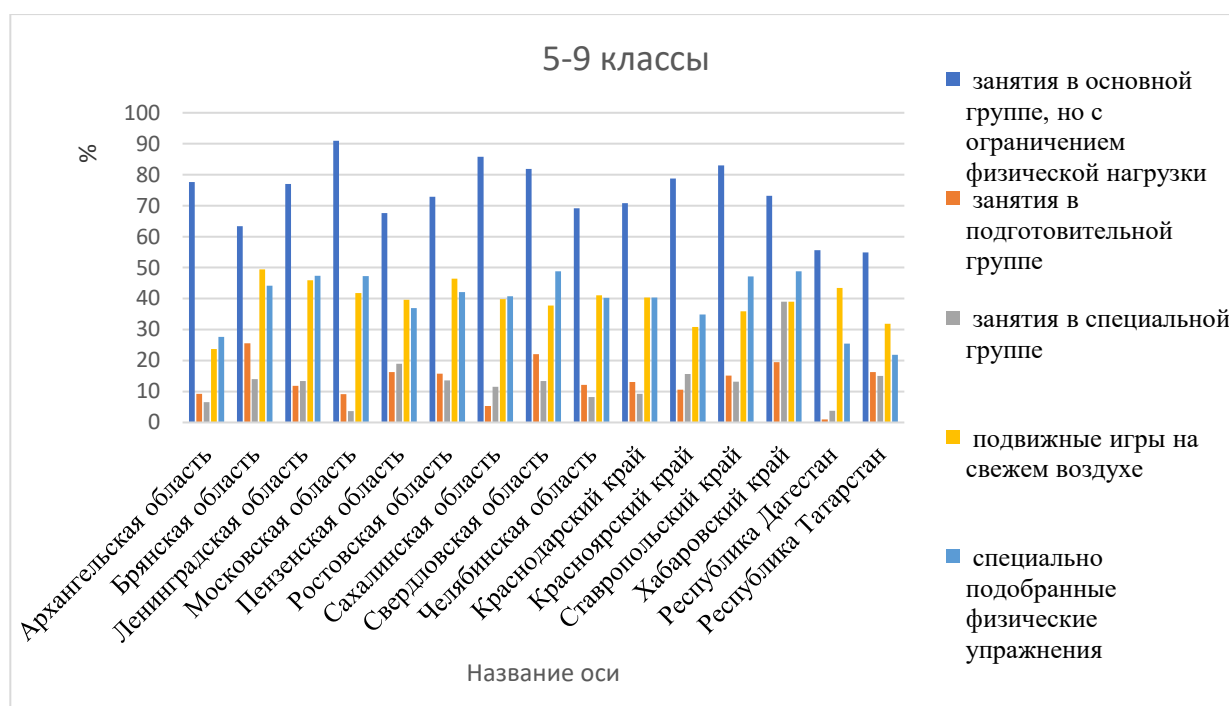


Рис.46. Распределение ответов респондентов о физкультурно-оздоровительной работе в 5-9 классах образовательных организаций в разных регионах РФ

На начальной и основной общей ступени образования этот процент составлял (72-87% и 77-90%) соответственно в следующих регионах: Архангельской, Ленинградской, Московской, Сахалинской, Свердловской областях, а также Краснодарском и Ставропольском краях, в остальных регионах – от 60 до 70%. На уровне среднего общего образования по сравнению с начальной и основной общей ступенями этот процент был ниже и составил от 52 до 73% в Архангельской, Московской, Сахалинской,

Свердловской областях, а также в Ставропольском крае, в остальных регионах от 30 до 50%.

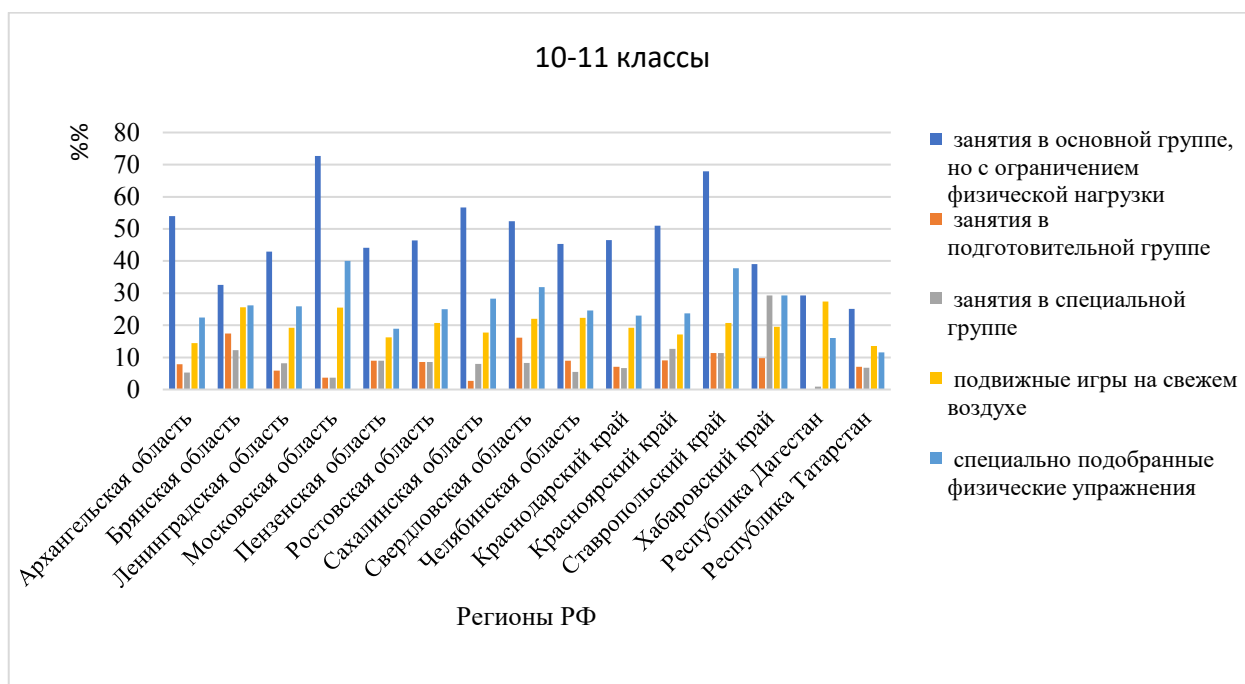


Рис.47. Распределение ответов респондентов о физкультурно-оздоровительной работе ЧБД в 10-11 классах образовательных организаций в разных регионах РФ

Одним из основных путей укрепления здоровья и развития двигательных качеств для часто и длительно болеющих детей в условиях школы является применение подвижных игр, особенно на свежем воздухе. Свежий воздух является одним из обязательных условий для предупреждения инфекционных заболеваний органов дыхания.

Следует отметить главную особенность подвижных игр - именно в игре сочетаются и развиваются все виды естественных движений, а это, и бег, и ходьба, и прыжки, и упражнения с различными предметами и т.д. Именно поэтому подвижные игры являются самыми универсальными средствами физического развития детей. Подвижные игры –это не только эффективное средство развития двигательных способностей ребенка, но, что, немаловажно, приводят к эмоциональной и психологической разгрузке.

Вместе с тем организация и проведение систематических занятий по физической культуре (игры) на свежем воздухе с часто и длительно болеющими детьми проводятся не так часто, как занятия с ЧБД в основной группе. В образовательных организациях разных регионов РФ этот процент колеблется от 27 до 50 %. Так в Архангельской области, Красноярском крае, Республике Татарстан от 27 до 30% образовательных организаций проводят занятия на свежем воздухе, в остальных регионах этот процент составляет от 40 до 55%.

На начальной и основной общей ступени образования этот процент составлял (40-60 и 40-55%) соответственно в большинстве регионов, однако в

Архангельской области, Красноярском крае и республике Татарстан только 27- 30 % образовательных организаций использовали на занятиях подвижные игры на свежем воздухе. На уровне среднего общего образования по сравнению с начальной и основной общей ступенями этот процент был еще ниже и составлял от 14 % (Архангельская область) до 27% (Московская область и Республика Дагестан). В остальных регионах этот процент находился в пределах от 17 до 20%.

Однако игры на свежем воздухе не только способствуют оздоровлению и профилактике заболеваний, но и вызывают эмоциональный подъем, радость совместного общения, а также способствуют гармоничному физическому и умственному развитию [Григорьева А.П., 2019; Зуева, 2020].

Занятия физической культурой с ЧБД в подготовительной и специальной медицинской группе проводятся редко, впрочем, занятия в специальной медицинской группе нужны для детей с ОВЗ, а не с ЧБД.

В нашем исследовании также был проведен анализ организации физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми на разных уровнях образования в образовательных организациях разных типов.

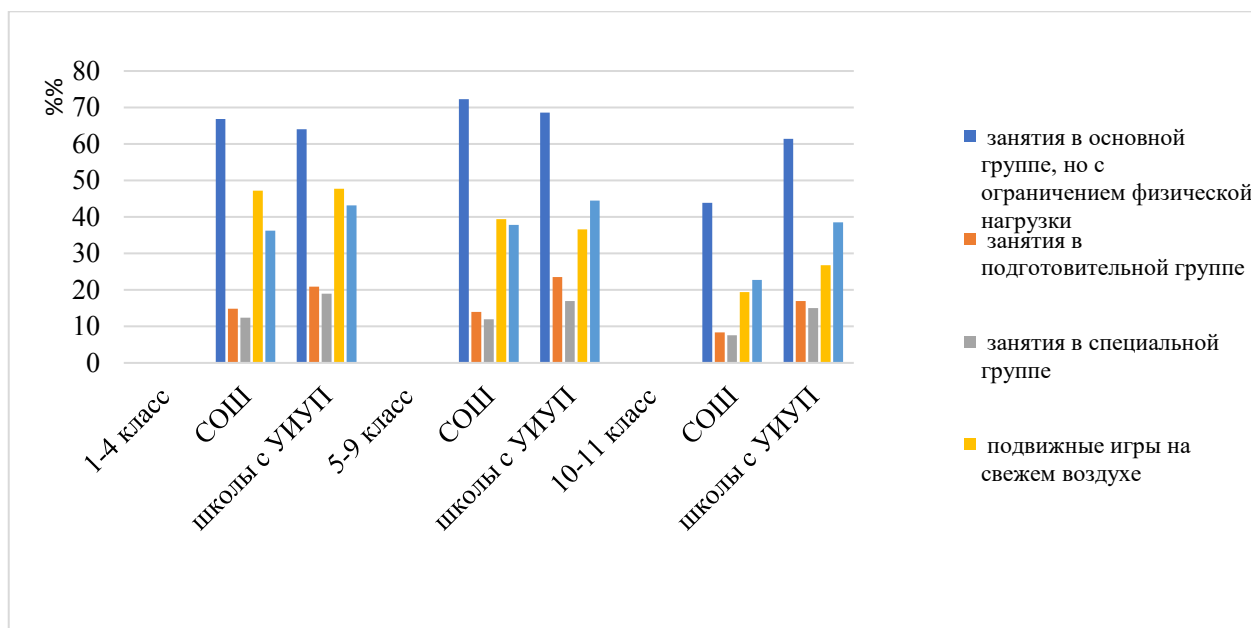


Рис.48. Распределение ответов респондентов о физкультурно-оздоровительной работе с ЧБД на разных уровнях образования в образовательных организациях разных типов

Как видно из рисунка 48, независимо от типа образовательной организации, физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими детьми чаще проводится в основной группе, но с ограничением физической нагрузки. На уровне начального образования этот процент составил 67% - в СОШ и 64% - в образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов; на уровне основного общего 72% - в СОШ и 68% – в образовательных организациях с углубленным

изучением отдельных предметов; на уровне среднего общего образования 44% - в СОШ и 61% - в образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов.

Подвижные игры с часто и длительно болеющими детьми проводятся не так часто, как занятия с ЧБД в основной группе. На уровне начального образования этот процент составил 47% - в СОШ и 47% - в образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов; на уровне основного общего 39% - в СОШ и 37% – в образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов; на уровне среднего общего образования 19% - в СОШ и 27% - в образовательных организациях с углубленным изучением отдельных предметов.

Анализ физкультурно-оздоровительной работы с ЧБД на разных уровнях образования в зависимости от населенного пункта показал следующее: педагоги, проводящие данные занятия с ЧБД, независимо от населенного пункта, также чаще используют занятия в основной группе, но с ограничением физической нагрузки (рис.49).

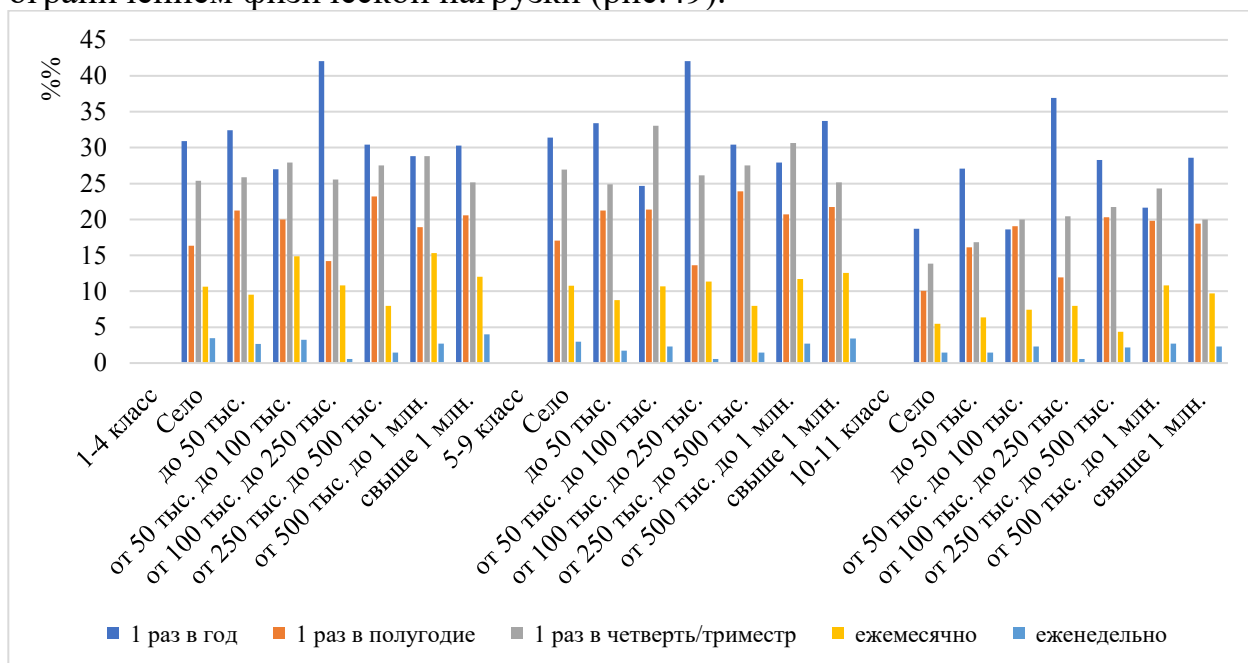


Рис.49. Распределение ответов респондентов о физкультурно-оздоровительной работе с ЧБД на разных уровнях образования в разных населенных пунктах.

Особенно часто такие занятия проводятся на уровне начального и основного общего образования и составляют в среднем: в селе -65%, в городе до 50 тыс. -70%; в городе от 50 до 100 тыс. -73%, в городе от 100 до 250 тыс. -75%, в городе от 250 до 500 тыс. – 68%; от 500 до 1 млн.-67% и от 1 млн. – 72%. На уровне среднего общего образования такие занятия по сравнению с другими видами физической подготовки также используются чаще других, но меньше, чем на уровне начального и основного общего образования: в селе - 45%, в городе до 50 тыс. -52%; в городе от 50 до 100 тыс. -54%, в городе от

100 до 250 тыс. -62%, в городе от 250 до 500 тыс. – 54%; от 500 до 1 млн.-54% и от 1 млн. – 58%.

Подвижные игры с часто и длительно болеющими детьми из разных населенных пунктов проводятся реже по сравнению с занятиями в основной группе. На уровне начального образования: в селе - 50%, в городе до 50 тыс. -48%; в городе от 50 до 100 тыс. -46%, в городе от 100 до 250 тыс. -46%, в городе от 250 до 500 тыс. – 44%; от 500 до 1 млн.-52% и от 1 млн. – 38%.

На уровне основного общего образования: в селе - 44%, в городе до 50 тыс. -38%; в городе от 50 до 100 тыс. -36%, в городе от 100 до 250 тыс. -30%, в городе от 250 до 500 тыс. – 30%; от 500 до 1 млн.-38% и от 1 млн. – 36%.

На уровне среднего общего образования такие занятия по сравнению с уровнями начального и основного общего образования *проводятся значительно реже*: в селе -18%, в городе до 50 тыс. -22%; в городе от 50 до 100 тыс. -18%, в городе от 100 до 250 тыс. -20%, в городе от 250 до 500 тыс. – 18%; от 500 до 1 млн.-22% и от 1 млн. – 22%.

В результате проведенного исследования было установлено, что физкультурно-оздоровительная работа с часто и длительно болеющими старшеклассниками, по сравнению с учащимися (ЧБД) начального и основного общего образования независимо от региона, от типа образовательной организации, от населенного пункта организована хуже.

Правильно организованные занятия физической культурой способствуют устранению учебной перегрузки, гиподинамии, укреплению здоровья.

Одной из важных составляющих профилактики заболеваний и реабилитации детей из группы ЧБД является проведение **просветительской работы в учебных организациях**. Регулярные занятия с учителями, родителями и учащимися по вопросам санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, оздоровления и закаливания, физического воспитания и питания необходимы для осуществления комплексного подхода в реализации психолого-педагогического сопровождения детей из группы ЧБД [Абрамова Н. А., Савенкова М. С., 2013, Доманецкая Л.В., 2013, Романцов М. Г., 2016].

Анкетирование среди различных регионов показало, что просветительская работа ведется практически во всех учебных учреждениях.

На рисунках представлены данные об организации просветительской работы среди ЧБД и их родителей в разных регионах РФ (рис. 50–52).

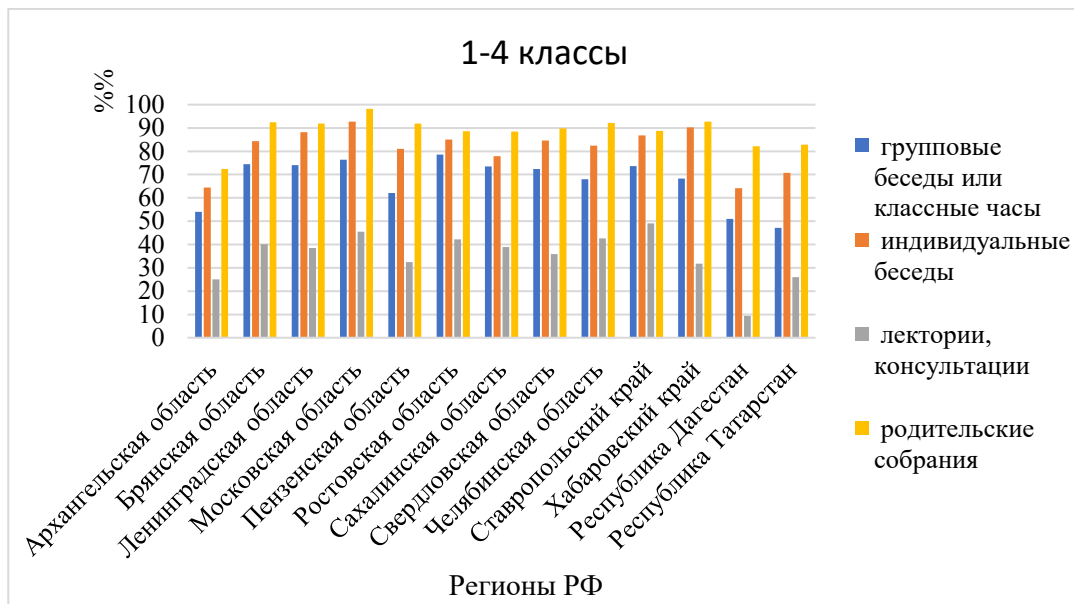


Рис.50. Распределение ответов респондентов о просветительской работе с ЧБД 1-4 классов и их родителей в образовательных организациях разных регионов РФ

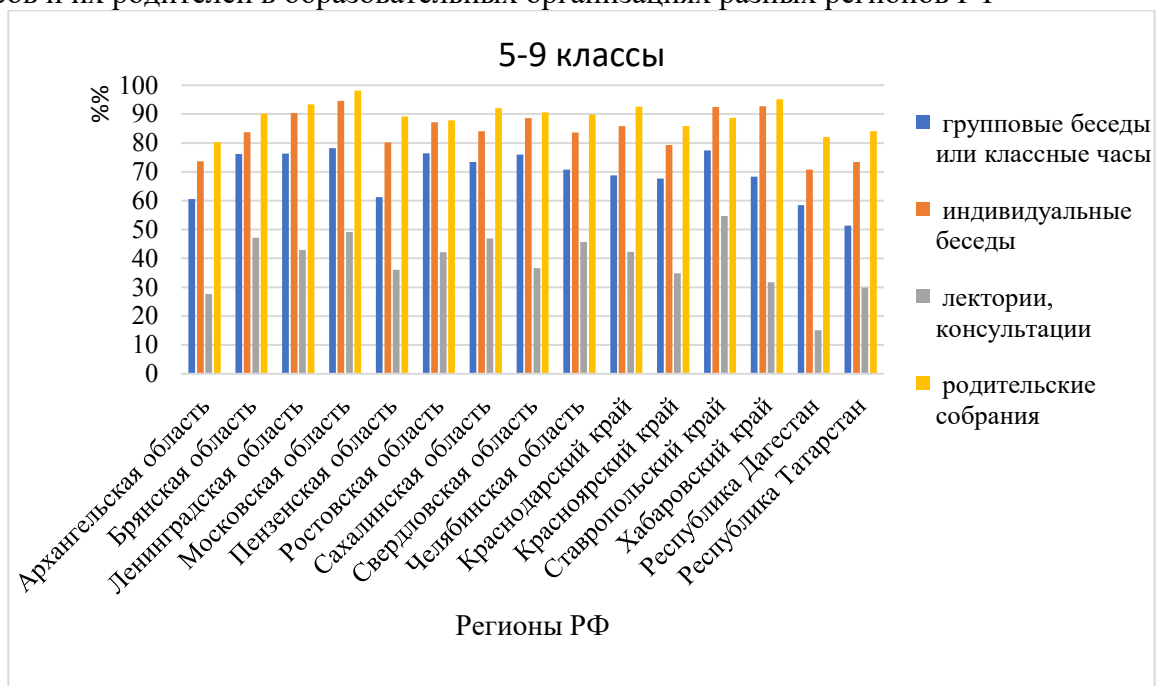


Рис.51. Распределение ответов респондентов о просветительской работе с ЧБД 5-9 классов и их родителей в образовательных организациях разных регионов РФ

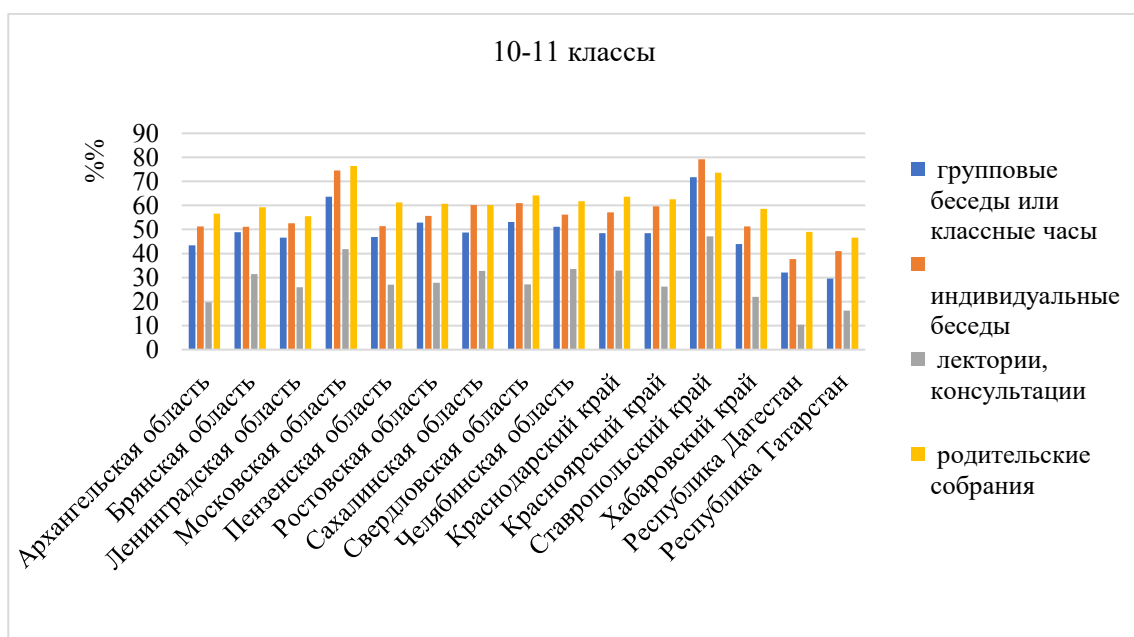


Рис.52. Распределение ответов респондентов о просветительской работе с ЧБД 10–11 классов и их родителей в образовательных организациях разных регионов РФ

Данные о деятельности образовательных организаций разного типа по организации просветительской работы среди ЧБД и их родителей представлены на рисунке 53.

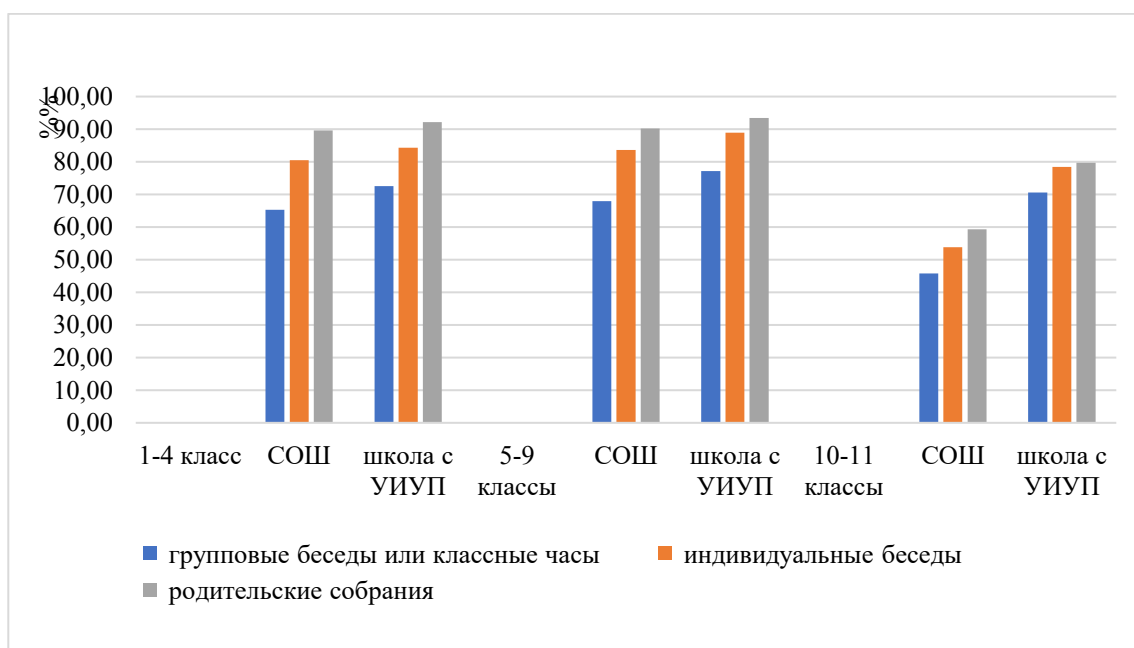


Рис.53. Распределение ответов респондентов о просветительской работе с ЧБД и их родителями в образовательных организациях разного типа

Проведенный анализ позволил обобщить все полученные данные, которые представлены на рисунке ниже (рис.54).

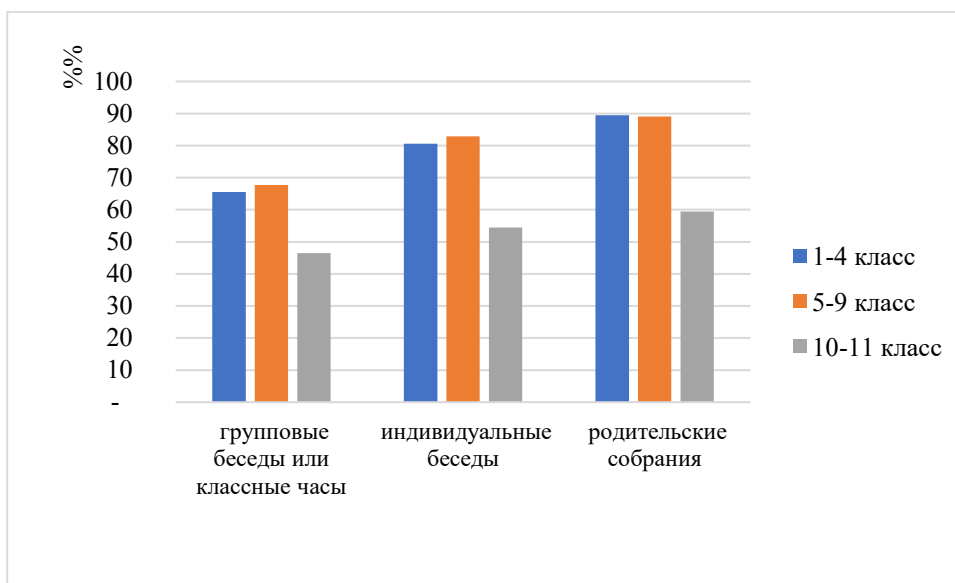


Рис.54. Распределение ответов респондентов о просветительской работе среди ЧБД и их родителями на разных уровнях образования

Образовательные организации разного типа уделяют просветительской деятельности приблизительно одинаковое внимание. Как видно из рисунка, наиболее популярной формой просветительской работы являются родительские собрания (60-90%). Также достаточно часто для работы с родителями и учениками используются индивидуальные беседы (55-80%) и классные часы (45-70%). Наиболее активно просветительская работа ведется в младшей и средней школе (70-90%), значительно меньше – среди старшеклассников и их родителей (45-60%) (рис.54). Между тем, старшие школьники в силу ряда причин (высокая загруженность внеучебными занятиями, психологическое давление перед сдачей ЕГЭ и поступлением в ВУЗ, наличие нежелательных контактов, склоняющих к употреблению алкоголя и табака и т.д.) являются весьма уязвимой группой детей, часто требующей психолого-педагогической помощи для разрешения возникающих проблем.

Комплексная профилактика ЧБД в семье и школе включает в себя организацию рационального режима дня ребенка. Основными элементами режима дня школьника являются: учебные занятия в школе и дома, активный отдых с максимальным пребыванием на свежем воздухе, регулярное и достаточное питание, физиологически полноценный сон, свободная деятельность по индивидуальному выбору. При организации режима следует учитывать состояние здоровья ребёнка и функциональные особенности данного возрастного периода. От рационального режима дня у детей напрямую зависят физическое развитие, самочувствие и школьная успеваемость. Рациональный режим дня нужен, чтобы ограничить нагрузки на организм ребенка. Если ребенок будет недосыпать или регулярно нарушать режим работы и отдыха, его нервная, сердечно-сосудистая и иммунная

системы дадут сбой. Ребенок начнет часто болеть, станет нервным, раздражительным, что отразится на успеваемости и общении в социуме.

В связи с тем, что ЧБД достаточно часто имеют различные функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, важно ограничить у них занятия, приводящие к переутомлению и перевозбуждению, такие как длительный просмотр телепередач, видеофильмов, компьютерные игры.

Не менее важен полноценный ночной сон. Для младших школьников полезен также дневной сон или спокойный отдых в середине дня. Крайне важны длительные прогулки на свежем воздухе, особенно перед сном.

При частых ОРИ у детей необходимо предусмотреть снижение частоты контактов с внешними источниками инфекции. Кроме того, необходимо придерживаться следующих правил: ношение масок членами семьи, больными ОРИ и тщательное мытье рук после контакта с больным. Формированию группы ЧБД способствует пассивное курение, поэтому его прекращение — основное условие лечения и реабилитации. Прекращение курения в помещении, где бывает ребенок, в большинстве случаев сопровождается сокращением у него числа ОРИ (Авезова Г.С., Косимова С.М., 2017).

На рисунках представлены данные о деятельности ОО по контролю за соблюдением режима дня у ЧБД в разных регионах РФ (рис. 55-57).

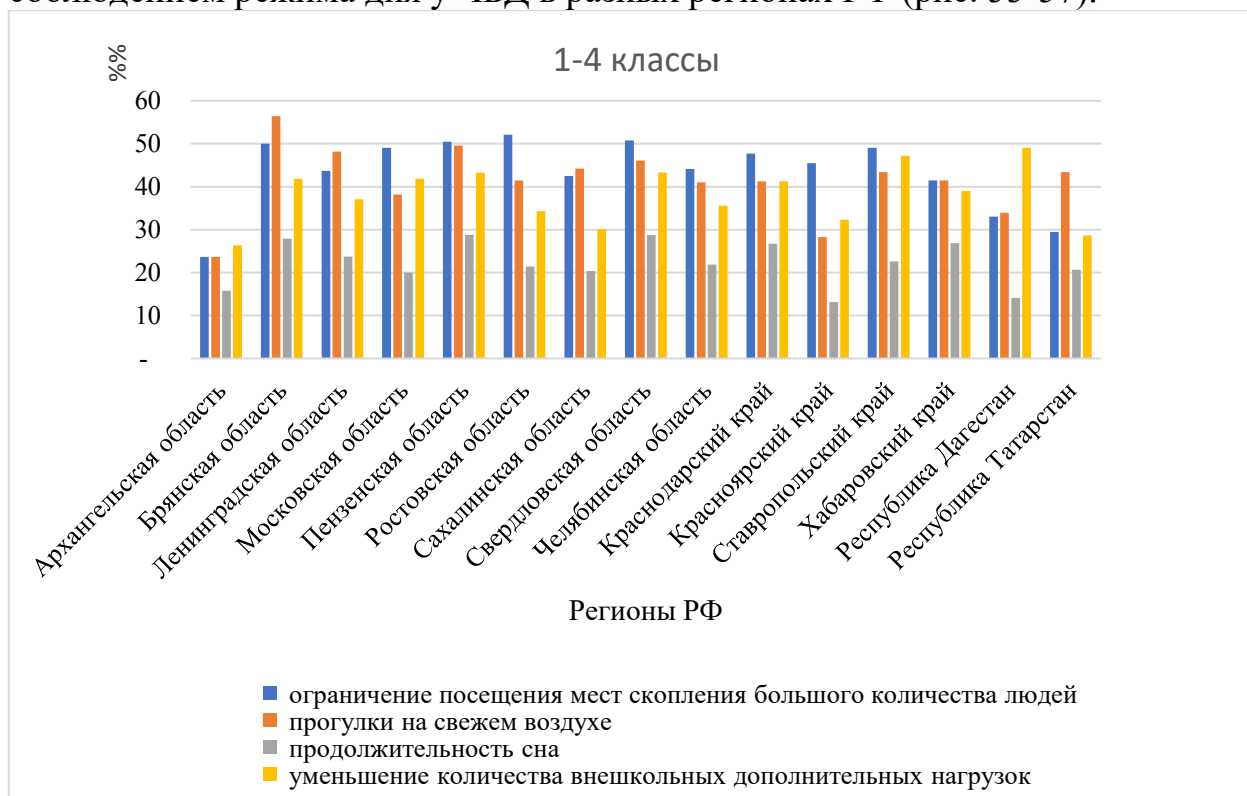


Рис.55. Распределение ответов респондентов о контроле за режимом дня ЧБД 1-4 классов в разных регионах РФ

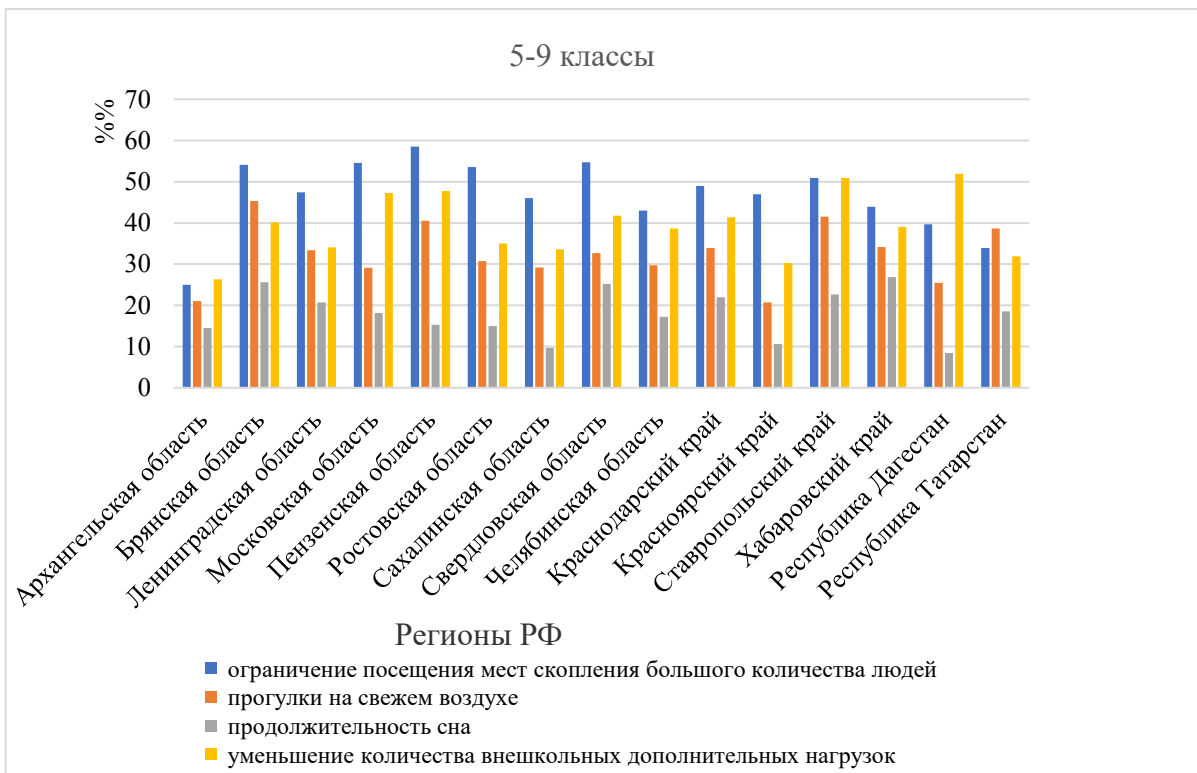


Рис.56. Распределение ответов респондентов о контроле за режимом дня ЧБД 5-9 классов в разных регионах РФ

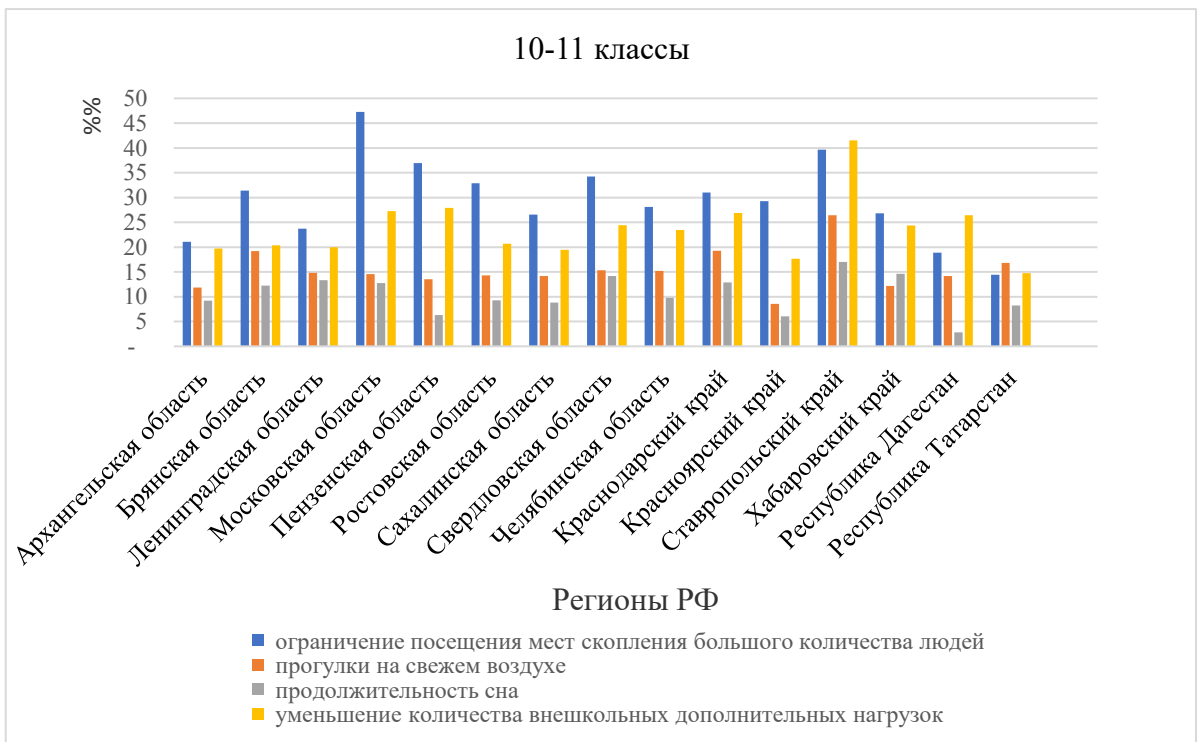


Рис.57. Распределение ответов респондентов о контроле за режимом дня ЧБД 10-11 классов в разных регионах РФ

Данные о деятельности образовательных организаций разного типа по контролю за режимом дня часто болеющих учащихся младшей, средней и старшей школы представлены на рисунке 58.

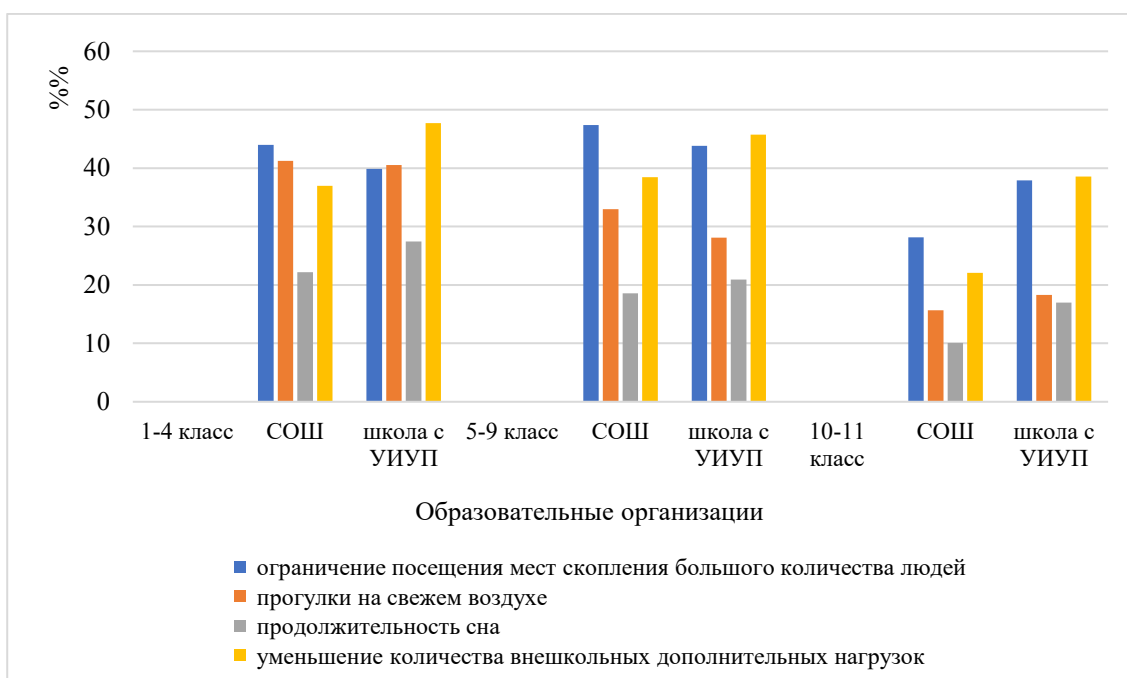


Рис.58. Распределение ответов респондентов о контроле за режимом дня ЧБД в образовательных организациях разного типа

Проведенный анализ позволил обобщить все полученные данные, которые представлены на рисунке 58.

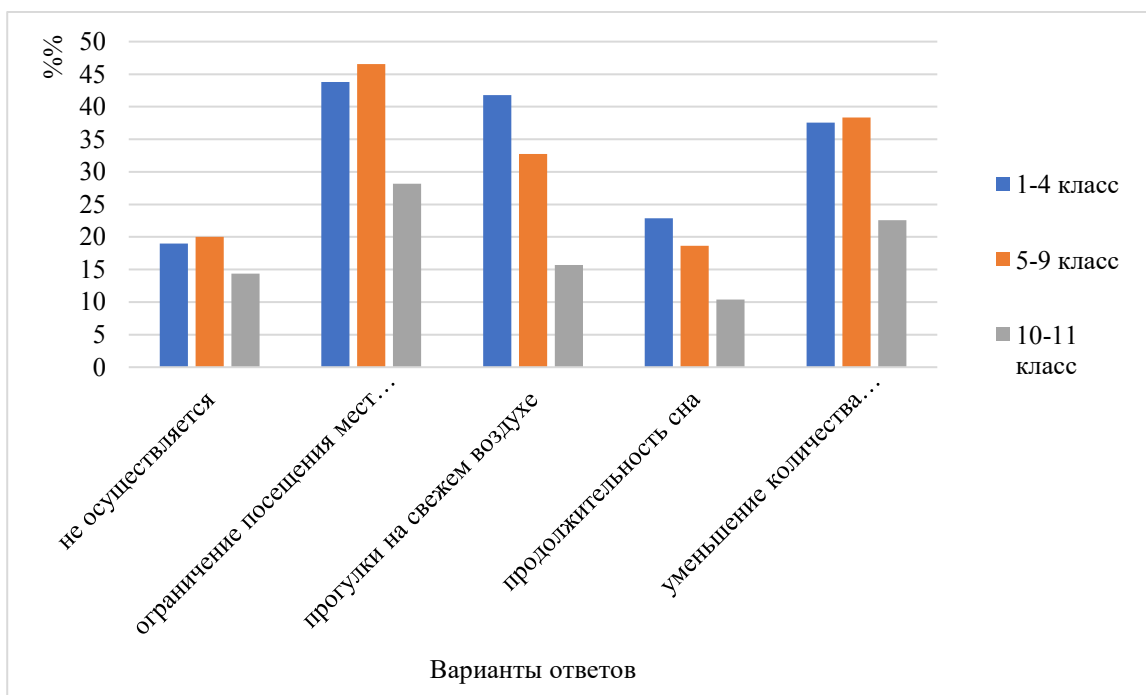


Рис.59. Распределение ответов респондентов о контроле за режимом дня ЧБД в общеобразовательных организациях

Анкетирование показало, что наибольшее внимание в режиме дня часто болеющих учащихся образовательные организации уделяют уменьшению количества внешкольных дополнительных нагрузок (особенно в школах с

УИУП) (25-40%) и (что в значительной мере обусловлено текущей неблагоприятной эпидемиологической ситуацией) ограничению посещения школьниками массовых мероприятий (30-50%). В младшей школе также внимание уделяется прогулкам на свежем воздухе (40%), что особенно актуально для ЧБД. Наибольший контроль за режимом дня школьников осуществляется в младшей и средней школе (20-45%), в старшей школе за соблюдением режима следят в значительно меньшей степени (10-25%) (рис.59). Необходимо также отметить, что существенное число учебных заведений (15-20%) не уделяют должного внимания режиму дня школьников, что безусловно может неблагоприятно отражаться на состоянии здоровья учащихся в целом и группы ЧБД, в особенности.

Проведя опрос педагогов из разных образовательных организаций, из разных регионов РФ, мы также хотели выяснить, какие **трудности** возникают **у педагогов при работе с часто и длительно болеющими детьми** (рис.59).

Было установлено, что трудности, возникающие у педагогов независимо от региона проживания и типа образовательной организации (поскольку ответы на этот вопрос были идентичны), можно разделить на три основных блока.

Блок первый – особенности часто и длительно болеющих детей

Блок второй - роль родителей

Блок третий – трудности педагогов

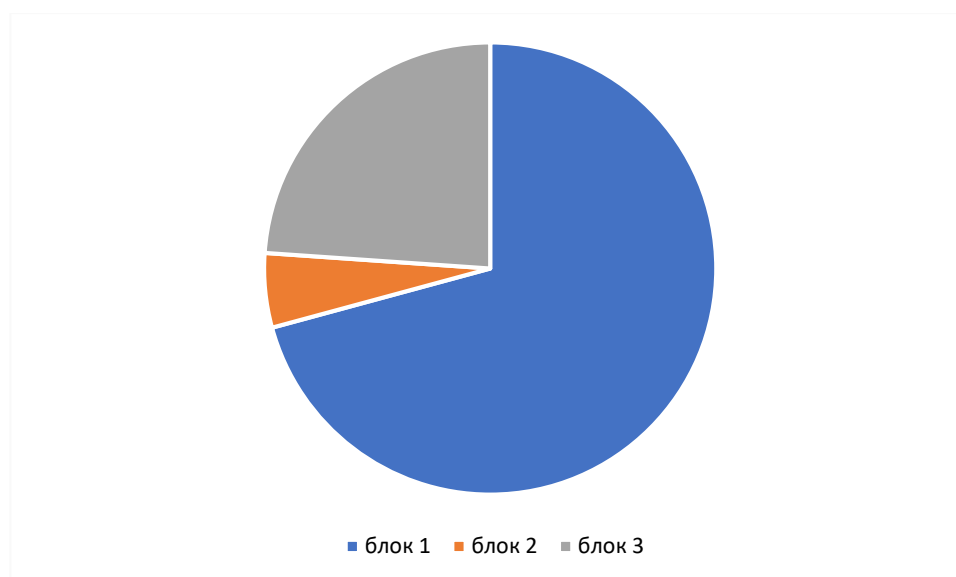


Рис.60. Распределение ответов респондентов о трудностях, возникающих у педагогов при работе с часто болеющими детьми.

Блок первый (особенности часто и длительно болеющих детей)

Большинство респондентов, отвечая на этот вопрос (около 70%), связывали возникающие трудности при обучении часто и длительно болеющих детей с их особенностями. Дети пропускают в среднем 30-40 учебных дней в году. В результате пропуска занятий возникают пробелы в

знаниях, ученики отстают от программы. У таких детей, как правило, низкая мотивация и познавательная активность, интерес к учебе отсутствует, домашние задания выполняются плохо, а дополнительные и индивидуальные занятия пропускаются. Наблюдается повышенная утомляемость, слабость, низкая работоспособность и темп работы. У часто болеющих детей могут развиваться и различные психологические проблемы. Прежде всего, это ощущение неуверенности в себе, ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, раздражительным, возможно постепенное формирование социальной дезадаптации и нарушение качества жизни [Романцов М.Г. Мельникова И.Ю., 2016; Гиниятова З.М., Габдуллина К.Т., 2019].

Блок второй (роль родителей)

Это, прежде всего, гиперопека со стороны родителей. Естественно, что у каждого любящего и здравомыслящего родителя есть желание оградить своего ребенка от всевозможных опасностей и болезней. Однако чрезмерная опека приводит к негативным последствиям.

Эти последствия могут проявляться в беспомощности, закомплексованности, безынициативности. Гиперопека может приводить и зачастую приводит к развитию неуверенности в себе [Богомолова Е.А., 2020; Волкова М.А., Петрова С.С., 2020].

Гиперопека - фактор, препятствующий качественному воспитанию и образованию детей.

Есть и другие причины, когда педагог не может «достучаться» до родителей вследствие отсутствия взаимопонимания, и не получает от них помощи. Это, и низкий домашний контроль за знаниями и успеваемостью часто и длительно болеющих детей, и игнорирование рекомендаций врачей, и несоблюдение режима дня. Некоторые родители неохотно обращаются за советом к психологу. Хотя у таких детей, как правило, высокий уровень тревожности и без помощи специалиста - психолога трудно помочь ребенку [Тимофеева с соавт., 2018].

Семейное воспитание играет значительную роль в развитии часто и длительно болеющего ребенка. Пытаясь проанализировать поведение ребенка в школе, учитель должен обратить внимание на взаимоотношения в семье. Возможно, ребёнок страдает от гиперопеки, или, наоборот, ребенку не уделяется должного внимания в семье.

Блок третий (трудности у педагогов) Учитывая все особенности часто и длительно болеющих детей, педагогу необходимо организовать учебный процесс таким образом, чтобы была возможность корректировать пропущенный материал, проводить дополнительные и индивидуальные занятия. Педагоги указывали, что не хватает методических разработок для работы с такими детьми, отсюда возникают трудности в составлении индивидуальных и дополнительных занятий, в выборе форм взаимодействия, поскольку здесь надо учесть массу факторов, не зависящих от педагога, а именно: в случае работы школы в 2 смены нет свободных кабинетов, зачастую

детей привозят и увозят домой на школьном автобусе и встает необходимость выстраивать индивидуальный маршрут, кроме того в связи с загруженностью учителей у них просто нет на это времени, а часто и длительно болеющий ребенок еще слаб. Казалось бы, здесь могут помочь дистанционные занятия, но в некоторых регионах такой возможности нет - сложно организовать видеосвязь, нет электронных средств для выхода в интернет, а то и самого интернета. В большинстве регионов нет узких специалистов: психологов, логопедов, социальных педагогов, медработников, а у учителей нет необходимых знаний по работе с часто и длительно болеющими детьми. Кроме того, педагогу трудно оценить знания, аттестовать учащегося из-за малого количества оценок, подготовить его к ЕГЭ. ОГЭ и ВПР. И, наконец, эта дополнительная нагрузка на учителя не оплачивается.

Заключение

На основе анкетирования общеобразовательных организаций в 15 регионах РФ проведены изучение и оценка образовательной среды для часто и длительно болеющих детей. Все включенные в исследование регионы распределяются в 3 группы по «Рейтингу социально-экономического положения - 2020»: 1 группа - Свердловская область, Республика Татарстан, Московская область. 2 группа - Сахалинская область, Челябинская область, Ленинградская область, Ростовская область, Красноярский край, Краснодарский край. 3 группа - Пензенская область, Брянская область, Архангельская область, Хабаровский край, Ставропольский край, Республика Дагестан.

Из 3720 анкет, участвующих в анализе, 54% анкет было получено из сельской местности, 15% - из городов с населением до 50 тыс. жителей или поселков городского типа, из остальных городов – от 4 до 8% анкет.

Из массовых общеобразовательных школ поступило 92% анкет, из образовательных организаций с углубленным изучением разных учебных предметов (лицеи, гимназии, школы с углубленным изучением иностранных языков и др.) – 6%, из начальных школ -1%, из школ-интернатов – 1%.

Анкетирование выявило, что в старших классах (10-11 классы) отмечается наименьшее количество ЧБД (4,75%), в 1-4-х и 5-9-х классах доля ЧБД больше и составляет 9-12%.

В сельской местности количество ЧБД наименьшее и составляет 4,35% (в 94% малокомплектных школ в сельской местности ЧБД отсутствуют); в городах количество ЧБД в общеобразовательных организациях увеличивается, в частности, в крупных городах (с населением от 500 тыс. человек и выше) количество ЧБД максимальное и составляет 6,67 - 7,16% .

В ходе анкетирования были проанализированы данные о сведениях, которые собираются по ЧБД в общеобразовательных организациях. При организации работы с ЧБД школы независимо от региона руководствуются в основном сведениями, получаемыми из медицинских организаций (50-80%),

учитывается группа здоровья ребенка, ведутся «Паспорт здоровья» и «Карта Здоровья». Также распространенным вариантом сбора данных о ЧБД является мониторинг посещаемости и успеваемости обучающихся (20-55%). Группа ЧБД в общеобразовательных организациях остается слабо дифференцированной: по результатам анкетирования в эту группу попадают дети не только с частыми эпизодами острых респираторных инфекций (4 и более раз в год), но и с разными нарушениями здоровья, часто и длительно пропускающие занятия в школе.

Важным экзогенным фактором риска формирования группы ЧБД являются экологические нарушения в окружающей среде, обусловленные повышением содержания различных вредных веществ в воздухе, воде и продуктах питания. Неблагоприятная экологическая обстановка способствует снижению адаптационных возможностей организма и росту заболеваемости. В соответствии с ответами респондентов были выявлены регионы с неблагоприятными экологическими условиями. В качестве неблагоприятных факторов рассматривались такие, как наличие вблизи населенного пункта крупных промышленных предприятий, оживленных магистралей, мусорных полигонов, очистных сооружений и т.д. Наиболее экологически неблагоприятными, с точки зрения респондентов, оказались Свердловская, Челябинская области и Красноярский край, в которых количество ЧБД максимальное и составляет 7,37 - 8,02%. Необходимо отметить, что данные регионы занимают в национальном экологическом рейтинге регионов РФ (<https://www.greenpatrol.ru>) 80, 82 и 83 места из 85 возможных (для сравнения: республика Дагестан (37 место) - 5,39%; Ростовская область (38 место) - 4,95%).

Наиболее распространенными формами организации образовательного процесса с ЧБД на всех уровнях образования являются: использование инновационных технологий обучения, консультирование родителей и дополнительная работа в школе. Менее распространенными формами работы с ЧБД являются индивидуальная работа на дому, обучение по индивидуальным адаптированным программам. В школах с углубленным изучением учебных предметов на всех ступенях образования чаще используются видеоконференции по сравнению с массовой школой.

Анализ ответов респондентов об использовании дистанционных и цифровых технологиях в образовательном процессе с ЧБД показал, что чаще всего обучающимся в 1-4-х и 5-9-х классах по заданию учителя используются электронные образовательные ресурсы (РЭШ, МЭШ, Яндекс-учебники, Я-класс, Учи.ру, Фоксфорд и др.), также распространенной формой взаимодействия всех участников образовательного процесса является использование электронной почты (особенно среди 5-9 классов) и собственных разработок учителей в электронном виде. Меньше всего используется онлайн участие обучающегося на уроках. Старшеклассники (5-9

и 10-11 класс) чаще занимаются самостоятельным поиском информации в интернете по сравнению с младшими школьниками.

Известно, что среди часто и длительно болеющих детей чаще встречаются школьники, испытывающие трудности в обучении. Результаты нашего опроса показывают, что примерно треть (33-37%) ЧБД имеют школьные трудности, причем самая большая доля (36% и 37%) школьников, не справляющихся с образовательной программой, отмечается в 5-9-х и 10-11-х классах, что видимо связано с высокой интенсификацией обучения и большой учебной нагрузкой в основной и старшей школах. При сравнении количества ЧБД с трудностями в обучении в 1-4-х и 5-9-х классах в разных типах населенных пунктов выявлена меньшая их доля в сельских школах (2,76% и 3,21% соответственно) по сравнению с городскими образовательными организациями, причем максимальное количество таких обучающихся отмечается в крупных городах с населением свыше 1 млн. жителей (7,29% и 8,18% соответственно).

Результаты опроса педагогов показали, что основной причиной, развития школьных трудностей у ЧБД, обучающихся по программам начального, основного и среднего общего образования являются пропуски занятий (53%, 60% и 30% соответственно). Кроме того, у младших школьников педагоги выделяют: низкий уровень развития познавательных функций (памяти, внимания, мышления и т.д.) (48%), несамостоятельность ребенка, несформированность организации деятельности (48%) и гиперопека со стороны родителей (39%). У обучающихся по программам основного общего образования (5-9 классы) выделяются такие причины, как зависимость от гаджетов (48%), отсутствие у ребенка интереса к обучению (45%), а также пробелы в знаниях, несамостоятельность ребенка, низкий уровень развития познавательных функций (35-37%). У старшеклассников (10-11 класс) кроме пропусков занятий отмечаются зависимость от гаджетов и нерациональный режим дня. Причем доля ответов о зависимости от гаджетов как одной из причин развития школьных трудностей у ЧБД 10-11 классов в школах с УИУП выше, чем в массовой общеобразовательной школе (35,3% против 21,7% соответственно), что может быть связано с более активным использованием компьютерных технологий в образовательном процессе в гимназиях, лицеях и др. Следует подчеркнуть, что комплексные исследования причин школьных трудностей не проводились, достоверных данных по этому вопросу не существует, поэтому мнение педагогов можно рассматривать только как предположение.

Наше исследование показало, что в образовательных организациях нет четкой модели и структуры деятельности разных служб с ЧБД. Как правило эта работа не системна, фрагментарна, а ее эффективность не анализируется.

Школьная психологическая служба призвана обеспечивать тесное взаимодействие всех участников образовательного процесса: обучающихся, учителей и родителей. Как показало исследование, психолого-педагогическое

сопровождение образовательного процесса в большинстве ОО во всех регионах РФ осуществляет педагог-психолог в 67% случаев в 1-4 классе, 69% - в 5-9 классе и 47% - в 10-11 классе. Лучше всего школьная психологическая служба представлена в школах с углубленным изучением отдельных предметов: от 90% до 93% на первых двух уровнях образования и 79% в 10-11 классе. Лидерами по обеспечению психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса являются очень крупные города, с населением от 500 тыс. и свыше 1 млн. жителей, где от 72% до 95% респондентов положительно ответили на данный вопрос по каждому уровню образования. В сельской местности работу педагога-психолога отметили чуть более половины респондентов в 1-4-х и 5-9-х классах (54% и 57%) и примерно треть респондентов в 10-11 классах (34%). Большинство респондентов указали, что психолого-педагогическая работа с часто болеющими детьми и их родителями в целом по выборке проводится ежемесячно. В этой работе также отсутствует системность и комплексность.

Чаще всего школьная психологическая служба занимается повышением компетенции родителей в области воспитания часто болеющего ребенка, оказывая помощь родителям в понимании потребностей и проблем ребенка с учетом уровня его развития, в определении оптимальных путей взаимодействия с ним. Однако просветительская работа с родителями осуществляется только в 50% случаев на первых двух образовательных уровнях и в 30% - в 10-11 классе.

Важное значение в повышении эффективности работы с ЧБД имеют компетенции педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению этих детей.

В настоящее время особо необходимо повышать компетенцию педагогов в отношении индивидуального подхода к обучению ЧБД.

Установлено, что только в Ленинградской, Московской, Пензенской областях, а также в республике Дагестан и Краснодарском крае педагоги, работающие с ЧБД на начальном и основном общем уровне образования, повышают свою компетенцию 1 раз в четверть (от 27 до 36%), на среднем общем уровне образования - от 18 до 31%. В остальных регионах – только 1 раз в год (от 25 до 40%) - на начальном и основном общем уровне образования и от 20 до 37% - на среднем общем уровне образования.

В массовых школах, независимо от региона такая работа проводится 1 раз в год. В школах с УИУП на всех уровнях образования преобладает периодичность повышения компетенции педагогов 1 раз в четверть. Все это свидетельствует о явно недостаточной работе с педагогами по повышению их квалификации.

Стоит отметить, что при работе с группой ЧБД очень мало внимания уделяется социально-бытовым условиям проживания ребенка (5-12% школ). Также практически не ведется работа по оценке физического развития детей из группы ЧБД (1-4%). Данный факт требует особенного внимания, так как

физкультурно-оздоровительная работа является важным инструментом в профилактике частых ОРИ у детей и ЧБД, в частности.

В образовательных организациях предмет «Физическая культура», пожалуй, в большей степени, чем другие дисциплины, отвечает за оздоровление организма ребенка, укрепление и сохранение физического и психического здоровья обучающихся. Проведенное исследование показало, что независимо от региона преобладают занятия с ЧБД в основной группе (от 60 до 90%), но с ограничением физической нагрузки. На уровне среднего общего образования по сравнению с начальным и основным общим образованием этот процент был ниже и составил от 52 до 73% в Архангельской, Московской, Сахалинской, Свердловской областях, в Ставропольском крае, в остальных регионах от 30 до 50%. Организация и проведение систематических занятий по физической культуре (игры) на свежем воздухе с ЧБД проводятся не так часто (от 27 до 50%), как занятия с ЧБД в основной группе.

Одной из важнейших задач общеобразовательной организации при работе с ЧБД является просветительская работа. Наиболее популярной формой такой работы являются родительские собрания (60-90%), достаточно часто для работы с родителями и обучающимися используются индивидуальные беседы (55-80%) и классные часы (45-70%). Наиболее активно просветительская работа ведется среди обучающихся 1-4-х и 5-9-х классов (70-90%), значительно меньше – среди старшеклассников и их родителей (45-60%).

Чёткий режим дня помогает правильно сбалансировать рабочую деятельность и отдых, что очень важно для часто болеющего ребенка и его здоровья. Анкетирование показало, что контроль за режимом дня ЧБД осуществляется в младшей и средней школе менее чем в половине образовательных организаций (20-45%), в старшей школе за соблюдением режима следят в значительно меньшей степени (10-25%). Наибольшее внимание уделяется снижению внешкольной дополнительной нагрузки (25-40%) и ограничению посещения ЧБД массовых мероприятий (30-50%). В младшей школе недостаточное внимание уделяется прогулкам на свежем воздухе, которые являются лучшим средством укрепления здоровья, повышения иммунитета, а значит и профилактикой простудных заболеваний у ЧБД. Необходимо также отметить, что существенное число общеобразовательных организаций (15-20%) не уделяют должного внимания режиму дня ЧБД, что безусловно может неблагоприятно отражаться на их состоянии здоровья.

Выводы

1. Отсутствие глубоких и системных исследований особенностей ЧБД на разных этапах возрастного развития затрудняет разработку адекватных мер организации образовательного процесса, психолого-педагогического

сопровождения и коррекционной педагогической помощи этим детям на разных уровнях общего образования.

2. Отсутствие системного анализа школьных трудностей у ЧБД затрудняет разработку рекомендаций по их коррекции.

3. Отсутствие нормативно-правовой базы на федеральном и региональном уровне, регламентирующей регистрацию и учет ЧБД, а также организацию образовательной среды для этих детей, осложняет организацию помощи этим обучающимся.

4. В целом работа с ЧБД в общеобразовательных организациях проводится, но нерегулярно, не комплексно и бессистемно.

5. Организационные формы образовательного процесса с ЧБД сводятся в основном к самостоятельной работе ребенка (с помощью родителей) с электронными образовательными ресурсами и взаимодействию с учителем через электронную почту. По данным анкетирования, дополнительные занятия в школе проводятся, как правило, только после выздоровления ребенка и выхода его в школу.

6. Педагоги указывают на трудности при работе с ЧБД на всех уровнях образования (соответствующих разделов знаний и практики нет в программах высшего и дополнительного профессионального образования педагогов, психологов, логопедов). Кроме того, эта дополнительная нагрузка педагогов не оплачивается.

Список литературы

1. Learning Disabilities Association of America. [Электронный ресурс]. URL: <https://ldaamerica.org/types-of-learning-disabilities/> (дата обращения октябрь 2021)

2. Абрамова Н.А., Савенкова М.С. Роль социальных и экологических факторов в формировании группы ЧБД в благополучных семьях г. Москвы // Детские инфекции. 2013. № 4. С. 52-57

3. Аvezова Г.С., Косимова С.М. Часто болеющие дети: распространенность и факторы риска // European Research. 2017. Т.28, № 5. С. 79–80.

4. Алшынбекова Г.К., Рахметова А.М., Оразбаева Б.С. Влияние неблагоприятных экологических факторов на здоровье населения Приаралья // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 5. С. 5-9.

5. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. М.: Академия, 2015. 282 с.

6. Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе: Причины, диагностика, комплексная помощь. М.: Эксмо, 2009. 464 с.

7. Богомоллова Е.А. Гиперопека: причины возникновения и последствия для ребенка // Сборник статей Международной научно-практической конференции «Педагогический форум». Пенза, 12 марта 2020 г., 2020

С. 21-23.

8. Волкова М.А., Петрова С.С. Проблема гиперопеки в семье // Вопросы педагогики. 2020. № 11-2. С. 79-82.

9. Гиниятова З.М., Габдуллина К.Т. К вопросу психологических особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями // Вопросы науки и образования. 2019. Т. 60, № 13. - С. 71-75.

10. Голиков Р.А., Суржиков Д.В., Кислицына В.В., Штайгер В.А. Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения (обзор литературы) // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 5. С. 20-31.

11. Горячева, Т.Г. Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2013. № 2. С. 46-54.

12. Григорьева А.П. Методика проведения занятий с часто болеющими детьми младшего школьного возраста // Современная наука. Актуальные вопросы, достижения и инновации Сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 2 ч. 2019. С. 255-257.

13. Григорьева М.Ю. Особенности психолого-педагогического сопровождения школьников в условиях интегрированного обучения // Проблемы современного образования. 2014. № 5. С. 128-137.

14. Джос Ю.С., Депутат И.С., Рысина Н.Н. Школьные трудности: особенности обучения и воспитания детей. Архангельск: Поморский университет. 2010. 63 с.

15. Доманецкая Л.В. Родители и часто болеющий ребенок: общение в контексте психосоматического похода. Красноярск, 2013. 304 с.

16. Драганова О.А. Климова И.В. Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в условиях реализации ФГОС // Методические рекомендации для педагогов-психологов образовательных организаций начального, основного и среднего общего образования Липецкой области на 2017-2018 учебный год. Липецк. 2017. 38 с.

17. Забабурина О.С., Степина Н. В. К вопросу о психолого-педагогической коррекции тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации: материалы научно-практической конференции. 2018. Орел: Изд-во Орловского гос. ун-та. С. 64–68.

18. Заплатников А.Л., Гирина А.А. К проблеме «часто болеющих детей». Педиатрия. 2015. Т. 94, № 4. С. 215–218.

19. Зуева К.И., Мазурина М.А., Захаров М.К. Подвижные игры как эффективное средство здоровьесбережения младших школьников // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции «Адаптация детей и молодежи к современным социально-экономическим условиям на основе здоровьесберегающих технологий.» Абакан, 2020. С. 183-184

20. Иванова И.А. Особенности родительско-детских отношений в

семьях, воспитывающих детей с проблемами в развитии // *Коррекционная педагогика: теория и практика*. 2017. № 3. С. 67-70

21. Иванова С.С., Воробьев Н.Б., Чаулина М.С., Иванов А.Д. Проектирование здоровьесформирующей технологии физического воспитания для часто болеющих детей младшего школьного возраста // *Известия Тульского государственного университета. Физическая культура. Спорт*, 2019. № 1. С. 9-16.

22. Исаев Д.Н. *Детская медицинская психология*. СПб.: Речь, 2004. 384 с.

23. Кравцова, Н.А., Катасонова, А.В. Нейропсихология формирования двигательных функций и пространственных представлений у часто болеющих детей младшего школьного возраста // *Психологическая наука и образование*. 2011. № 2. С. 91-100.

24. Майоров Р.В., Нежданова Е.В., Озерова И.В. Тип взаимоотношений в семье – фактор риска или следствие частых респираторных заболеваний у детей школьного возраста // *Вестник новых медицинских технологий*. 2020. № 4. С. 15-18.

25. Приказ Министерства Просвещения России от 31.05.2021 № 287 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования»

26. Прокопкина С.В., Барсуков К.В. Физкультурно-оздоровительная работа в группах часто и длительно болеющих детей // *Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции*. Нефтекамск, 2021. С.551-558.

27. Пфау Т.В., Небыкова С.В., Ганцева Е.В. Материнское отношение к часто болеющему ребенку дошкольного возраста // *Вестник Омского университета. Серия «Психология»*. 2020. № 3. С. 33-38.

28. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: медико-психологическое сопровождение, оздоровление и адаптация к образовательному учреждению // *Вестник науки и образования*. 2016. Т. 20, № 8. С. 74-80.

29. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Часто болеющие дети: не только медицинская, но и психолого-педагогическая проблема // *Проблемы педагогики*. 2016. Т. 20, № 9. С. 5-12

30. Савельев Б.А. Особенности психического развития у часто болеющих детей // *Актуальные проблемы физической культуры и безопасности жизнедеятельности / под ред. Л.В. Кашицыной*. Саратов. 2017. С. 110–113

31. Самсыгина Г.А., Выжлова Е.Н. Еще раз о проблемах понятия «часто болеющие дети»// *Педиатрия*. 2016. Т. 95, № 4. С. 209-215.

32. Силаев А.А., Лебедева Е.И. Психологические трудности у детей младшего школьного возраста на фоне проблем со здоровьем // *Педагогика и психология: Теория и практика*. 2016. № 3. С. 52-54.

33. Филатова О. А. Нейропсихологические трудности обучения младших школьников: обзор исследований и представленность в Дальневосточном федеральном округе // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2020. Выпуск 3. С.101

34. Тимофеева Е.С. с соавт. Часто болеющие дети – особенности семейного воспитания // Материалы научно-практической конференции «Молодежь XXI века: шаг в будущее». Благовещенск. 23 мая 2018. С. 337-338.

35. Хуторянская Т.В. Особенности детско-родительских отношений в семьях часто и редко болеющих детей младшего школьного возраста // Мат. VI межд. научной конференции «Социальное неравенство современности: новая реальность научного осмысления». Саратов: Изд-во «Саратовский источник», 2018. С. 548-551.

36. Цветкова Л.С.: Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М: Издательство: МПСИ. 2008. 424 с

УДК: 376.24

ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСОГЛОТКИ

В.П. Вавилова¹, А.М. Вавилов¹, А.Х. Черкаева²

¹ ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России, Кемерово, РФ

² ГСУВОУ «Губернаторская специальная общеобразовательная школа»,
г. Кемерово, РФ

Аннотация. Влияние негативных тенденций, таких как сложные социально – экономические преобразования, нарастающая агрессия окружающей среды, особенно в крупных промышленных городах, оказывают неблагоприятное воздействие на состояние здоровья детей. Когорту наиболее часто болеющих детей, составляют «организованные» дети, имеющие в анамнезе хронические очаги инфекции в носоглотке.

Ключевые слова: ЧБД, рецидивирующие ОРЗ, хронические воспалительные заболевания носоглотки, местный иммунитет.

Одна из наиболее актуальных проблем современной педиатрии – болезни органов дыхания, в структуре которой острые и хронические заболевания носоглотки, верхних дыхательных путей занимают первое место и составляют 70-80% от общей заболеваемости в детской популяции, из них почти 50% среди детей в возрасте до 14 лет и около 30% – среди подростков лет. Класс болезней органов дыхания формируется и приобретает свои медико-статистические особенности за счёт острой респираторной заболеваемости, сохраняя высокий уровень рейтинга в течение последних 10 лет [3, 6, 7]. При этом показатели заболеваемости ОРЗ выше среди лиц с

хронической патологией. В этой связи особого внимания заслуживают дети, подверженные частым и длительным ОРИ, вследствие высокого риска развития поражения ЛОР-органов, сопровождающиеся нарушениями функционального состояния организма и неблагоприятного влияния на физическое и нервно-психическое развитие ребенка.

Известно, что хроническое воспаление лимфоузлов отмечается более чем у 70% детей дошкольного возраста, хронические аденоидиты – у 50 – 75% детей всех возрастных групп. Данные категории детей подвержены высокому риску развития частых инфекций как верхних, так и нижних отделов дыхательных путей [1, 8].

Анализируя причины хронических воспалительных заболеваний носоглотки (ХВЗН), различные авторы делают акцент на следующих факторах: воспалении, конституциональной предрасположенности, аллергии, социально-бытовых условиях, снижения функции симпатoadренальной системы, гастроэзофагеальном рефлюксе [2, 3, 4, 11].

Для того чтобы подчеркнуть особенности течения постоянно рецидивирующего воспаления респираторного тракта, его затяжной характер, в отечественной педиатрической службе используется термин «часто и длительно болеющие дети» [9]. Зарубежные авторы предпочитают формулировку «дети с рецидивирующими инфекциями респираторного тракта - recurrent respiratory tract infection», и считают, что их численность в возрасте 1 - 6 лет составляет от 6 до 18% [13].

В целом общее число ЧБД в детской популяции колеблется от 15% до 75% в зависимости от возраста и условий воспитания, и составляет 1/2–1/7 часть всего детского населения, обуславливая половину всей детской заболеваемости. Респираторные заболевания у данной категории больных протекают достаточно длительно и заканчиваются осложнениями – тонзиллитами, аденоидитами, синуситами и отитами, которые у каждого 10-го ребенка носят рецидивирующий характер [1]. У 48–62% детей с ХВЗН в дальнейшем нередко развивается тяжелая бронхолегочная патология, болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, суставов, почек, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма и ряд др. заболеваний [5, 12].

Некоторые авторы считают, что дети с ХВЗН составляют 3-ю группу ЧБД с долей 30-35%, и характеризуются тем, что в развитии респираторного заболевания ведущим фактором у этих детей считается наличие ЛОР-патологии [6]. Другие предлагают делить ЧБД на пять групп, с акцентом на наследственные предрасполагающие факторы. Таким образом, пациентов с хроническими заболеваниями носоглотки следует выделять в 4-ую группу [10].

Кроме прочего, правомочно относить данную группу пациентов к «истинно» часто болеющим детям. В отличие от «условно» болеющих детей с частотой ОРИ не более 4 – 5 раз в год, индексом резистентности (ИР) 0,33 –

0,49 и отсутствия хронических заболеваний респираторного тракта, для «истинных», характерна выраженная наследственная отягощённость, частота острых заболеваний более 6-7 раз в год, с продолжительным и осложнённым течением. ИР составляет 0,5 и выше, отмечается склонность к формированию хронических очагов инфекции в носоглотке и хронических соматических заболеваний [10].

Ряд авторов дополнительно классифицируют «истинно» ЧБД по клиническим особенностям, и выделяют 3 основных «клинических типа»: соматический, оториноларингологический и смешанный [5]. Портрет оториноларингологического больного характеризуется гипертрофией миндалин, разрастанием аденоидной ткани, повторными отитами, увеличением регионарных лимфатических узлов.

Некоторыми авторами отмечается, что среди популяции ЧБД хронические заболевания ЛОР-органов встречаются в 47% – 50%. При этом ведущая роль чаще всего принадлежит аденоидным вегетациям, заболеваниям лимфаденоидного глоточного кольца. Одним из часто встречающихся состояний является гипертрофия нёбных миндалин, распространённость которой существенно варьирует от 5% до 87,3% [1, 2, 4, 11].

Как правило, рецидивирующие ОРЗ у больных с ХВЗН, начинаются в возрасте 1,5 – 2 года и сопровождаются чередованием обострений и неполных ремиссий. Предполагается, что причиной такого течения является задержка созревания иммунной системы с нарушением процессов интерферонаобразования, а также нарушение баланса микрофлоры носо- и ротоглотки [5]. Показано, что уровень IgA и его фиксация на слизистых оболочках обеспечивает резистентность к инфекциям, а в комплексе с лизоцимом и комплементом обеспечивается антибактериальное действие. Для данной группы пациентов характерен дефицит местного гуморального иммунитета, с достоверным дефицитом показателей уровня секреторного IgA и лизоцима в назальном секрете и слюне, что и предрасполагает к развитию частых респираторных инфекций [1, 2, 4, 11]. Следовательно, иммунный дисбаланс, приводящий к развитию осложнённых форм заболевания, поддерживается дисбиотическими нарушениями слизистых оболочек респираторного тракта.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое рандомизированное сравнительное клиническое исследование в параллельных группах условно здоровых (УЗД) и ЧБД с изучением показателей местного иммунитета носоглотки.

Исследование проводилось в период с 2017 по 2020 гг. на базе МБУЗ «ДГКБ № 7» (г. Кемерово). В соответствии с законом «О персональных данных» (выписка из Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных») родители пациентов, в качестве законных представителей, заполняли информированное согласие. Указанный документ состоял из разрешения на осмотр ребёнка и ознакомление с

медицинской документацией; разрешения на хранение и обработку персональной информации, исключительно в медицинских и научных целях, с учётом сохранения врачебной тайны и соблюдения нормативно-правовых документов РФ. Было сформировано две группы наблюдения. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту, условиям пребывания, гигиенической характеристике. Группу сравнения составили 268 условно здоровых детей. Распределение по полу составило: мальчиков – 256 (49,7%), девочек – 259 (50,3%).

Всем детям проводилась оценка клинико-функционально-лабораторного статуса. Комплексное обследование включало: сбор анамнеза, анализ медицинской документации, клиническое обследование педиатром, осмотр узкими специалистами, лабораторно-инструментальное исследование.

Дополнительно проведен мониторинг показателей местного иммунитета и факторов неспецифической резистентности (исходно, через 1, 3, 6 и 12 месяцев). Оценку активности содержания секреторного иммуноглобулина А (sIgA) осуществляли методом простой радиальной иммунодиффузии в геле по Г. Манчини (1965). Результаты исследований содержания sIgA выражали в г/л. Изучение активности лизоцима в назальном секрете проводилось нефелометрическим способом по методу В.Г. Дорофейчук (1968). Активность лизоцима выражалась в процентах. В качестве материала использовали мазки-отпечатки со слизистой оболочки носа, для чего в обе половины носа вводили стерильные ватные тампоны, полученный натант использовали для исследования.

Статистический анализ результатов выполнен с использованием пакета программ STATISTICA v. 6.0 (StatSoft Inc, США). Проверка распределения количественных признаков на нормальность осуществлена с применением критерия Колмогорова–Смирнова. Количественные показатели представлены в виде средних арифметических значений (стандартное отклонение). Средние показатели в независимых группах сравнивали с использованием соответствующего t-критерия Стьюдента. Сравнение долей осуществляли с использованием теста χ^2 Пирсона. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате проведённого комплексного клинического, лабораторного и функционального исследования установлено, что у часто болеющих пациентов, участвующих в данном исследовании, хронические заболевания носоглотки имели место в 100% случаев. В структуре патологии ЛОР-органов преобладали хронические аденоидиты с ГГМ I–II ст. (57,4%), хронические тонзиллиты (11,8%), рецидивирующие средние отиты (14,4%), имели место сочетанные очаги хронической носоглоточной инфекции (16,4%). Кроме того, в анамнезе 22,9% детям была проведена аденотомия, у 6,6% обследованных выявлено понижение слуха.

Выявленные в ходе исследования такие факторы, как неудовлетворительные материально-бытовые условия (23%), неполная семья (41,9%), психоэмоциональное напряжение (33,6%), вредные привычки

родителей (фактор пассивного курения – 80%), наличие у родителей хронической ЛОР-патологии (56%) и частых ОРИ (28%), особенности беременности и родов, особенности неонатального периода, наличие фоновой патологии (гипотрофии, анемии, рахита) в первом полугодии жизни (28%), острая заболеваемость органов дыхания в периоде новорожденности (19%) и до года (70%) и др., способствовали высокой заболеваемости с разной степенью тяжести и усугубляли клиническое течение и качество жизни обследуемых.

В структуре заболеваний органов дыхания и патологии ЛОР-органов встречались пневмонии (4,2%), острые бронхиты (10,3%), острые средние отиты (20,1%).

При анализе клинико-anamnestических данных в периоде ремиссии хронического аденоидита периодическое затруднение носового дыхания было выявлено у 62,5% обследуемых; периодическое слизистое отделяемое из носа – у 29%; ощущения дискомфорта и першения в горле – у 30,9%; храп во время сна – у 59,2%; около 40% детей спали с открытым ртом. В периоде ремиссии хронического тонзиллита 3,9% детей испытывали затруднения при глотании. При проведении эндоскопии (исследование носоглотки) выявлена гипертрофия глоточной миндалины I (16,6%) и II степени (79,4%). У подавляющего большинства (52,6%) регистрировались морфофункциональные расстройства, болезни нервной системы имели место у 23,2%, задержка развития речи, эмоциональные и гиперкинетические расстройства – 13,4%. Выявлены отклонения физического развития у 30,6% детей. Отмечалось превалирование удельного веса детей с третьей группой здоровья – 68,5%.

Исходные показатели sIgA и лизоцима назального секрета у детей с ХВЗН выявила некоторые отличительные черты по сравнению с детьми из группы условно здоровых детей (табл. 1). Отмечалось угнетение показателей местных и неспецифических факторов защиты. Выявленные особенности местного иммунитета указывали на несостоятельность неспецифических факторов защиты: снижение концентрации sIgA ($0,13 \pm 0,07$ г/л против $0,24 \pm 0,21$ г/л УЗД, $p_{1-2} = 0,001$) и ферментной активности лизоцима ($52,1 \pm 14,21\%$ против $65 \pm 19,45\%$ УЗД, $p_{1-2} = 0,0004$). К окончанию исследования и в течение года показатели уровня sIgA ($0,12 \pm 0,07$ г/л, $p_{1-2} = 0,0004$) и активности лизоцима ($50,9 \pm 16,62\%$, $p_{1-2} = 0,0002$) в назальном секрете у детей группы контроля оставались минимальными и отличались от данных значений в группе условно здоровых детей (табл. 1).

Таблица 1

Оценка динамики содержания секреторного IgA и лизоцима в назальном секрете, n=515 (исходно, через 1, 3, 6 и 12 мес.)

Показатели	Группы	Период исследования				
		Исходно	1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
sIgA, г/л	(p ₁) Контроль	0,13±0,07	0,12±0,07	0,12±0,07	0,13±0,07	0,12±0,07
	(p ₂) УЗД	0,24±0,21	0,24±0,21	0,24±0,21	0,24±0,21	0,24±0,21
	p ₁ – p ₂	0,001054	0,0004002	0,0004002	0,001054	0,0004002

Лизоцим, %	(p ₁) Контроль	52,1±14,21	51,9±18,46	51,2±15,20	51,4±14,85	50,9±16,62
	(p ₂) УЗД	65±19,45	65±19,45	65±19,45	65±19,45	65±19,45
	p ₁ – p ₂	0,0004098	0,0011301	0,0002427	0,000261	0,0002894

Примечание. * — Контроль: n=247; УЗД: n=268.

Таким образом, при сравнении факторов местного иммунитета у детей с хроническими очагами инфекции в носоглотке с группой условно здоровых, достоверно отмечалось угнетение показателей местных и неспецифических факторов защиты. Выявленные особенности, а именно снижение концентрации sIgA и лизоцима у детей с ХВЗН указывало на несостоятельность неспецифических факторов защиты.

Следовательно, незрелость иммунной системы у пациентов, страдающих хроническими воспалительными процессами в носоглотке, характеризуется низкой резервной возможностью гуморального звена слизистой оболочки респираторного тракта на фоне нарастания инфекционного индекса.

Заключение. Частые повторные ОРИ, хронические бактериальные инфекции у детей изменяют иммунологическую реактивность, в основе которой лежат многочисленные механизмы. Ряд авторов обосновывают точку зрения, согласно которой клиническая картина воспалительного процесса в носоглотке в значительной степени определяется состоянием системного иммунитета. В настоящее время убедительно аргументирована концепция, согласно которой состояние системного иммунитета, местного иммунитета респираторного тракта и реакций неспецифической резистентности определяют течение и исход ХВЗ в носоглотке любой этиологии.

Проблема лечения и реабилитации хронических очаговых инфекций ЛОР-органов всегда находилась в центре внимания врачей-клиницистов. Особую актуальность она приобрела в последние десятилетия, когда на фоне экологической ситуации, тенденции к росту рецидивирующей респираторной патологии, широкого применения антибиотиков, все чаще имеют место случаи вторичной иммунной недостаточности, способствующей хронизации воспалительного процесса.

Известно, что ведущая роль всей лимфоидной ткани носоглотки – создание иммунного барьера слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Именно в лимфоидной ткани носоглотки у детей происходят непрерывные процессы, обеспечивающие нормальное функционирование факторов местного иммунитета.

Среди основных принципов оздоровления данной категории больных особое внимание должно уделяться санации очагов хронических инфекций, как ребенка, так и родителей, рациональному режиму дня, уменьшению влияния провоцирующих факторов, ограничение воздействия на ребенка вредных привычек родителей, нормализации микрофлоры кишечника, использование адаптогенов и биогенных стимуляторов. Реабилитационные

программы, включающие физиотерапию, диетотерапию, лечебную физкультуру и массаж, позволяют значительно улучшить результаты лечения.

Список литературы

1. Борисенко Г.Т., Киклевич В.Т. Ранняя диагностика ЛОР-заболеваний при респираторной инфекции у детей // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015. № 5. С. 27–32.
2. Вавилова, В.П., Вавилов А.М., Вайман О.А. Рациональная ирригационная терапия острых респираторно-вирусных инфекций у детей с гипертрофией глоточной миндалины // Consilium Medicum. 2014. № 3. Педиатрия. С. 47–51.
3. Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Малыгина Л.В. и др. Воспалительные заболевания ЛОР-органов как осложнение ОРВИ и гриппа у детей // Рос. оториноларингология. 2013. № 5 (66). С. 145–149.
4. Гаращенко, Т.И. Аденоиды у детей и пути профилактики гиперплазии глоточной миндалины // Детская оториноларингология. 2013. № 4. С. 73–76.
5. Заплатников А.Л., Гирина А.А. К проблеме «часто болеющих детей» // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. 2015. № 4. С. 215–221.
6. Зайцева О.В. Рекуррентные респираторные инфекции: можно ли предупредить? // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. 2015. № 2. С. 185–192.
7. Акопов Э.С., Алексеева Ю.А., Андреева О.В. и др. Качество жизни детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями // Лечение и профилактика. 2015. № 1 (13). С. 58–62.
8. Лупан И.Н., Самарин О.И., Татуревич А.Ю. и др. Новые подходы в терапии рецидивирующих респираторных инфекций у детей // Детские инфекции. 2011. № 3. С. 55–58.
9. Мескина Е.Р., Медведева Е.А., Русанова Е.В. и др. Респираторные инфекции у часто болеющих детей: новый взгляд на проблему // Лечение и профилактика. 2015. № 4 (16). С. 47–53.
10. Романцов М.Г. Часто болеющие дети: медико-психологическое сопровождение, оздоровление и адаптация к образовательному учреждению // Вестн. науки и образования. 2016. № 8 (20). С. 74–80.
11. Вавилова В.П., Вайман О.А., Чернюк О.С. и др. Тактика ведения детей с сочетанной патологией лимфоглоточного кольца и аллергией // Детская оториноларингология. 2011. № 1. С. 64–68.
12. Левина А.С., Бабаченко И.В., Скрипченко Н.В. и др. Этиологическая структура заболеваний у часто болеющих детей в зависимости от возраста // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2017. Т. 62, № 2. С. 72–77.
13. Jesenak M., Ciljakova M., Rennerova Z. et al. Recurrent Respiratory Infections in Children // Definition, Diagnostic Approach, Treatment and Prevention. Martin-Loeches, ed. In: Bronchitis. In Tech, 2011.

МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ/ПОДРОСКОВ И ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Н.Г. Куликова^{1,2}, И.В. Волкова²

¹ *ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России,
г. Москва, РФ*

² *ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Минобрнауки России,
г. Москва, РФ*

Частота распространения синдрома соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (ССДВНС) в России и за рубежом колеблется в диапазоне 25–80%. Патогенетические механизмы развития ССДВНС достаточно хорошо изучены: конституциональные особенности, психофизиологические расстройства, кортико-висцеральные сдвиги, обусловленные дисбалансом между симпатической и парасимпатической нервной регуляцией, включая гомеостатические и гемореологические звенья компенсации. На этом фоне становления функциональных возможностей иммунной системы нередко развиваются иммунно-дефицитные состояния, свидетельствующие о том, что процесс созревания иммунной системы не заканчивается к 16-17 годам, поскольку физиологические иммунокомпрометации и повышенная чувствительность к внешним воздействиям не только сохраняется в организме молодого человека а, нередко, трансформируется в тяжелые психо-эмоциональные и сосудистые расстройства в зрелом трудоспособном и репродуктивно активном возрасте.

В условиях повышенного психоэмоционального перенапряжения адаптационные резервы человека приходят к быстрому истощению, что повышает уязвимость к рекуррентным и вирусно-респираторным инфекциям, где COVID-19 не является исключением.

Проводимые ранее исследования свидетельствуют о целесообразности применения методов физиотерапии у детей и подростков с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, как с целью повышения у них компенсаторных иммунных механизмов, так и с целью предупреждения иммунных aberrаций у лиц трудоспособного возраста, что по прогнозам исследователей позволит существенно снизить уровни восприимчивости к агрессивной внешней среде, рекуррентным и вирусно-респираторным инфекциям. Последнее требует дальнейшего исследования в отношении рисков перехода ССДВНС из подросткового периода в период молодого и зрелого возраста, что может иметь принципиальное значение для улучшения демографических показателей и уровня репродуктивного здоровья населения России.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

М.А. Хан¹; А.В. Червинская²; Н.А. Микитченко³

^{1,3} ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины ДЗМ
¹ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ
г. Москва, РФ

Аннотация. Статья посвящена вопросам применения галотерапии для оздоровления детей в общеобразовательных учреждениях. Частые острые респираторные инфекции нарушают функциональную активность компенсаторных механизмов ребенка, способствуют снижению иммунологической реактивности, приводят к нарушению резистентности слизистой ротоглотки, что создает условия для персистенции условно патогенной и патогенной микрофлоры, формирования хронических очагов инфекции. Галотерапия является эффективным методом оздоровления детей в школах. Сухой высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия оказывает противовоспалительное действие, способствует уменьшению колонизационной активности патогенной и условно-патогенной микрофлоры, стимулирует защитные свойства респираторного тракта, снижает частоту острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей.

Ключевые слова: галотерапия; острые респираторные заболевания; физиотерапия; профилактика; медицинская реабилитация

В последнее десятилетие отмечаются негативные тенденции в состоянии здоровья детей, характеризующиеся ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, социально значимой патологии, ухудшением показателей физического развития, снижением числа абсолютно здоровых детей [1,2]. Такая кризисная ситуация состояния здоровья школьников связана не только с влиянием социально-экономических и экологических факторов, но и с интенсификацией учебного процесса.

Среди болезней школьников наиболее распространенными остаются острые респираторные заболевания [1,2]. Известно, что на фоне частых острых респираторных заболеваний нарушается функциональная активность компенсаторных механизмов организма ребенка, снижается иммунологическая реактивность, возникает возможность формирования хронических очагов инфекции, снижаются показатели физического и нервно-психического развития, что нередко приводит к социальной дезадаптации детей и определяет необходимость научного обоснования и внедрения эффективных оздоровительных технологий в процесс обучения [3].

К настоящему времени накоплен большой опыт в области профилактике заболеваний и формирования здоровья с применением оздоровительно-профилактических и лечебно-реабилитационных технологий [4,5]. Однако

эти разработки до сих пор остаются недостаточно востребованными системой образования.

Одним из перспективных методов оздоровления является галотерапия. Галотерапия (от греч. «hals»- – «соль») - метод лечения в условиях искусственного управляемого микроклимата соляных спелеолечебниц. Параметры искусственной аэродисперсной среды имеют определенные характеристики, являющиеся аналогом природных условий, но адаптированные к условиям наземного лечебного помещения [6,7].

Для проведения галотерапии применяется аппаратура нового поколения - управляемый галокомплекс, реализующий принцип контроля и управления характеристиками аэродисперстной среды. Управляемая галотерапия, предусматривает дифференцированное дозирование и контроль уровня солевого аэрозоля в течение процедуры. В условиях помещений для воспроизведения терапевтически значимых параметров аэрозоля используется специальное оборудование – генераторы солевого аэрозоля (галогенераторы), с целью поддержания заданных режимов в лечебном помещении устанавливается датчик непрерывного контроля массовой концентрации аэрозоля [8].

Основным лечебным фактором, определяющим эффективность метода, является галоаэрозоль, воспроизводимый в широком диапазоне концентраций (от 0,5 до 10 мг/м³).

Основную массу частиц аэродисперсной среды (более 90%) составляет респирабельная фракция – частицы размером от 1 до 5 мкм, что способствует более эффективному воздействию в самых глубоких отделах дыхательных путей.

Благодаря диспергационному способу образования сухого аэрозоля путем мощного механического воздействия на кристаллы соли, частицы приобретают высокую поверхностную энергию и отрицательный электрический заряд. Взаимодействие таких частиц с молекулами воздуха приводит к его аэроионизации. Легкие отрицательные ионы являются дополнительным фактором терапевтического воздействия на организм и очищения среды помещения.

Частицы сухого солевого аэрозоля, обладающие высокой поверхностной энергией, связываясь за счет сил электростатического взаимодействия с частицами воздушных загрязнений (минеральные частицы, аллергены, микроорганизмы), ускоряют их оседание, что формирует гипобактериальную и безаллергенную воздушную среду в лечебном помещении [9].

В последние годы разработаны новые модификации галокамер в виде галокабинетов, не требующие значительных материальных затрат, выделения специальных помещений и нанесения солевого покрытия, что позволяет использовать метод галотерапии более массово. Важной особенностью галокабинетов является возможность точного дозирования концентрации аэрозоля. Безопасность метода, отсутствие побочных эффектов, хорошая

переносимость детьми открывают дополнительные возможности для применения метода в педиатрической практике.

Материалы и методы. Клинические наблюдения и специальные исследования проведены в динамике у 125 детей с повторными острыми респираторными заболеваниями в возрасте от 7 до 15 лет. Исследование проводилось в сравнительном аспекте у двух групп школьников: основная группа – получали галотерапию и группа сравнения – без включения галогенератора.

Проведено динамическое наблюдение с использованием общеклинических, лабораторных, функциональных и психологических методов исследования.

Анализ анамнестических данных проводился на основании «индивидуальной карты ребенка», журнала учета заболеваемости, справок о временной нетрудоспособности учащегося, анамнеза, собранного из анкет, разработанных специально для родителей.

Комплексная оценка состояния резистентности слизистой оболочки ротоглотки проводилась на основании бактериологического и цитологического исследования методом браш-биоптатов.

Изучение мукозального иммунитета по классу IgA (SIgA), проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини.

Уровень физической подготовленности оценивался на основании тестов определяющих основные направления развития физических качеств (уровня развития силовых, скоростно-силовых и скоростных возможностей).

Исследование психологического статуса проводилось по данным цветового теста Люшера с определением показателей вегетативного коэффициента, суммарного отклонения от аутогенной нормы, индекса тревоги и индекса нарушения работоспособности.

Катамнестические наблюдения проводились через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Критериями оценки являлись: частота эпизодов заболеваний (при этом учитывались ОРЗ, обострения хронических заболеваний ЛОР-органов и респираторного тракта), количество дней, пропущенных по болезни.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных компьютерных программ STATISTIKA 7.0 и SPSS 15.0.

Результаты исследования. На основании проведенных исследований установлено, что галотерапия является методом выбора в профилактике острых респираторных заболеваний и оздоровлении детей в условиях общеобразовательных учреждений.

Под влиянием галотерапии достоверно улучшается клиническая симптоматика острого респираторного заболевания, что характеризуется уменьшением воспалительных изменений слизистой оболочки носа, нормализацией риноскопической картины в более ранние сроки, уменьшением ринореи, кашля, облегчением отхождения мокроты.

По данным цитобактериологического и морфофункционального исследований под влиянием галотерапии отмечалась элиминация условно-патогенной микрофлоры (преимущественно пневмококка и гемофильной палочки), что проявлялось достоверным снижением индекса инфицирования и индекса адгезии. Выявленные благоприятные сдвиги свидетельствовали об уменьшении колонизационной активности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в ответ на курсовое воздействие галоаэрозолем.

Под действием аэрозоля наблюдалось изменение культуральных свойств микроорганизмов. Так, после галотерапии капсульная форма пневмококка регистрировалась лишь у 28,8% школьников вместо 88,4%, что указывает на снижение вирулентности этого микроорганизма.

Получены данные об усилении процессов естественной колонизации слизистой ротоглотки, в виде достоверного повышения индексов инфицирования и адгезии нормальной микрофлоры. Такое сочетание процессов указывает на повышение резистентности слизистой верхних дыхательных путей у школьников в ответ на курсовое воздействие высокодисперсным аэрозолем хлорида натрия.

Под влиянием галотерапии достоверно уменьшилось число школьников с персистенцией вирусной инфекции с 43,7% до 12,5%.

После курса галотерапии улучшилось морфофункциональное состояние слизистой ротоглотки, что подтверждалось статистически значимым повышением уровня полиморфоядерных лейкоцитов (с $6,4 \pm 1,0$ до $9,6 \pm 2,2$, $p < 0,05$) и лимфоцитов (с $7,6 \pm 1,2$ до $4,1 \pm 1,3$, $p < 0,02$), увеличением показателей фагоцитарной активности (с $6,5 \pm 1,6$ до $13,0 \pm 3,7$, $p < 0,05$), фагоцитарного индекса (с $1,4 \pm 0,3$ до $3,4 \pm 0,9$, $p < 0,02$). Наблюдалось снижение сенсibilизации слизистой, характеризующееся статистически значимым снижением уровня эозинофилов (с $1,2 \pm 0,4$ до $0,3 \pm 0,2$, $p < 0,02$). В группе сравнения достоверных изменений вышеуказанных показателей не наблюдалось.

Комплексный анализ выявил у 93,7% детей положительную динамику показателей бактериологического и морфофункционального исследований под влиянием галотерапии. Полученные данные свидетельствуют об улучшении защитных свойств слизистой верхних дыхательных путей вследствие ослабления колонизационной активности условно патогенных микроорганизмов, вирусной активности, улучшении биоценоза, что указывает на саногенетическое действие галоаэрозоля.

Воздействие сухим высокодисперсным аэрозолем хлорида натрия способствует нормализации показателей мукозального иммунитета, что обусловлено элиминационным действием галоаэрозоля, ослаблением процессов колонизационной активности патогенной и условно патогенной микрофлоры, улучшением состояния биоценоза слизистой ротоглотки.

Под влиянием галотерапии улучшаются показатели психологического статуса учащихся, что характеризуется снижением исходно повышенных

индексов нарушения работоспособности и суммарного отклонения от аутогенной нормы, снижением уровня тревожности.

Курс галотерапии способствовал нормализации показателей физической подготовленности, что подтверждалось положительной динамикой скоростных возможностей у 69,7% школьников и скоростно-силовых характеристик у 62,8% учащихся, тенденцией к улучшению силовых возможностей.

Галотерапия в общеобразовательных учреждениях, проводимая на фоне учебного процесса, является эффективным методом оздоровления (91,6%). Курс галотерапии способствует снижению заболеваемости острыми респираторными инфекциями в 2 раза. Отдаленные результаты применения галотерапии через 6 и 12 месяцев свидетельствуют о стойкости терапевтического эффекта, что характеризуется снижением количества дней, пропущенных в связи с острыми респираторными заболеваниями в 1,6 и 1,4 раза соответственно.

Уменьшение количества эпизодов ОРЗ сопровождалось благоприятными изменениями характера заболевания, менее манифестным его течением.

Сравнительный анализ выявил, что 39,8% школьников, получавших галотерапию, могут быть переведены из группы часто болеющих в группу эпизодически болеющих детей, в группе сравнения этот показатель был в 4 раза меньше (11,9%).

Заключение. Галотерапия является эффективным методом оздоровления детей в общеобразовательных учреждениях. Сухой высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия оказывает противовоспалительное действие, способствует уменьшению колонизационной активности патогенной и условно-патогенной микрофлоры, стимулирует защитные свойства респираторного тракта.

Галотерапия снижает частоту острых респираторных заболеваний у детей и уменьшает число пропусков занятий в школе в связи с ОРЗ, улучшает психоэмоциональное состояние школьников и уровень их физической подготовленности.

С профилактической целью галотерапия проводится детям с частыми острыми респираторными заболеваниями 3 раза в неделю в течение 2 недель (6 процедур на курс) по 30 минут, в период эпидемических вспышек ОРЗ (осенне-весенний сезон года).

При начальных и остаточных признаках острого респираторного заболевания галотерапия показана с лечебной целью и может проводиться в образовательных учреждениях в условиях галокабинетов 5 раз в неделю по 30 минут (10 процедур).

Список литературы

1. Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю. и др. Физическое развитие подростков Российской Федерации: учеб. пос. - М., 2019. - Вып. VII.

2. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина И., Скоблина Н.А., Милушкина О.Б. Популяционное здоровье детского населения, риски здоровью и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технологии деятельности // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 10. С. 990 – 995
3. Хан М.А., Лян Н.А. Болезни органов дыхания // В книге: Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. Краткое издание. Под редакцией Г.Н. Пономаренко. Москва, 2017. С. 452-457.
4. Хан М.А., Мизерницкий Ю.Л., Лян Н.А. Принципы и современные технологии медицинской реабилитации в детской пульмонологии // Детская и подростковая реабилитация. 2012. № 2 (19): С. 53-62.
5. Вахова Е.Л., Хан М.А., Лян Н.А., Микитченко Н.А., Новикова Е.В. Оздоровительные технологии медицинской реабилитации часто болеющих детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2018. - № 1 (52). - С. 4 - 13.
6. Хан М.А., Лян Н.А., Корчажкина Н.Б., Червинская А.В., Иванова И.И. Галотерапия в педиатрической практике // Физиотерапевт. - 2019. - № 6. - С. 15-24.
7. Червинская А.В., Лян Н.А., Вахова Е.Л., Микитченко Н.А., Калиновская И.И., Летуновская С.О. Галотерапия в медицинской реабилитации детей // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2017. - Т. 94, № 52. - С. 157.
8. Червинская А. В., Конеченкова Н. Е., Назарова Л. В., Матросова Л. М. Управляемая галотерапия для респираторной профилактики и реабилитации // Клиническая больница. – 2013. – № 1(4). – С. 162.
9. Хан М. А., Рассулова М. А., Червинская А. В. Роль галотерапии в профилактике и медицинской реабилитации детей // Вестник восстановительной медицины. – 2015. – № 6(70). – С. 36-41.

1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

УДК: 616.9+376.4/371.71

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ ИНДЕКСОМ

Е.А. Теплер, Т.Е. Таранушенко, А.А. Савченко

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск, РФ

Аннотация. Частые заболевания ОРВИ способствуют дезадаптации детей к школьным условиям, создают трудности в обучении часто болеющих детей (ЧБД) и могут трансформироваться в хроническую соматическую патологию.

Ключевые слова: дети, здоровье школьников, заболеваемость, метаболические параметры лейкоцитов.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) в структуре детской заболеваемости по обращаемости в поликлинику занимают ведущее место. Частые заболевания ОРИ способствуют дезадаптации детей к школьным условиям, создают трудности в обучении часто болеющих детей (ЧБД) могут трансформироваться в хроническую соматическую патологию. Наряду с этим причины, по которым частота острых респираторных инфекций у детей в школьном возрасте, остается предметом дискуссий.

Обследование школьников проводилось в типовых школах разных районов г. Красноярска. Школьный процесс (обучение в первую смену, суточная и суммарная недельная нагрузка, продолжительность урока, продолжительность перемен, число учебных дней в неделю) не имел существенных различий по условиям и программам обучения. Обследовано 437 школьников. Динамическая оценка состояния здоровья обучающихся выполнялась на протяжении 10 лет в следующие этапы наблюдения: до поступления в школу (I), после завершения первого года обучения (II), после окончания начальной школы (III), завершение школьного обучения (IV). Анализ состояния здоровья учащихся проводился в конце учебного года (апрель-май). Комплексная оценка представлена заключениями узких специалистов, сведениями анамнеза из анкет, которые заполняли родители, а также данными из истории развития ребёнка (ф. 112) и медицинской карты ребёнка (ф. 026).

Определение цитохимической активности ферментов лейкоцитов крови. Активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) определялась по методике Р.П.

Нарциссова (1969 г.). Кислая фосфатаза в лимфоцитах (КФЛ) и нейтрофилах (КФН) оценивалась по методу А.Ф. Goldberg, Т.Варка, (1962 г.) с использованием нафтола As-E фосфата.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA 6.0 и BIOSTATISTIKA. Для всех данных рассчитывали абсолютные показатели и процент, характеризующий долю детей с определенным признаком

Цель настоящего исследования – оценка состояния здоровья школьников в течении 10-летнего наблюдения (в периоды высокого риска развития стресс ситуаций) с позиции анализа характера и частоты выявляемости респираторных заболеваний и изучения некоторых метаболических параметров лейкоцитов крови.

В процессе школьного обучения возрастает доля детей с заболеваниями дыхательных путей, при этом в структуре заболеваний патологии преобладают острые и хронические инфекции (тонзиллит, отит, фарингит), нарастает число случаев аллергического ринита и хронического воспаления небных миндалин по окончании начальной школы. Доля детей с кратность ОРВИ 3 и более эпизодов в год в разные периоды наблюдения превышает 40% и не имеет значимых гендерных различий.

Важно, что частые респираторные заболевания сопровождаются изменениями лабораторных иммунологических показателей (повышение активности исследуемых параметров ферментативного статуса лейкоцитов крови), указывающих на увеличение функциональной активности иммунокомпетентных клеток преимущественно к окончанию школьного обучения.

УДК 376.1+371.21

ИЗ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

О.Л. Гуцина¹, О.А. Савельева²

*¹ Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 11,
г. Коломна, Московская обл., РФ*

*² Научно-методический центр сопровождения обучения детей с ОВЗ Института развития образования ГБОУ ВО МО «Академия социального управления»,
г. Москва, РФ*

Аннотация. В статье представлен опыт работы МБОУ СОШ № 11 по использованию инновационных образовательных технологий для организации образовательного процесса для часто и длительно болеющих детей, который поможет правильно выстроить образовательную траекторию каждого ребенка, адаптировать его к новым реалиям и развить компетенции, необходимые в различных жизненных ситуациях.

Ключевые слова. часто и длительно болеющие дети, социализация, инновационные технологии, образовательный маршрут

Для каждого ребенка именно школа является главной интеллектуальной и социализирующей системой, в которой он находится в условиях равных возможностей. К сожалению, распространенное явление – часто болеющий школьник и школьник, находящийся на длительном лечении. Плохое самочувствие, регулярное посещение врача, пропуски уроков, необходимость самостоятельно изучать сложный учебный материал. Все это приводит к снижению мотивации к обучению и уровню интеллектуального развития, моторному дефициту. Зачастую ребенок и его родители остаются с этой проблемой наедине.

В XXI веке современную жизнь сложно представить без использования инновационных, в том числе информационно-коммуникационных технологий. При стремительном информационном росте человеку требуется учиться практически всю жизнь. Сегодня идея "образования через всю жизнь" приводит к необходимости поиска новых технологий обучения. Именно использование электронного и обучения с использованием дистанционных образовательных технологий открывает новые возможности для получения качественного образования, делает обучение более доступным и непрерывным. Как показывают исследования, можно выделить несколько групп обучающихся, нуждающихся в особых формах организации образовательного процесса.

В отечественной медицине часто болеющим считается ребенок, который переносит простудные заболевания четыре и более раз в год. Есть дети, которые страдают хроническими заболеваниями. Как правило, в результате регулярного обострения заболевания дети также вынуждены часто пропускать школу. Часто болеющий ребенок более раздражителен, быстро утомляется, менее работоспособен [1, 2].

Общая ослабленность организма может быть и врожденной. Систематическая длительная учебная нагрузка для таких детей становится непосильной. И по состоянию здоровья дети не могут посещать школу.

Данные категории учащихся ограничены в получении квалифицированной помощи педагогов в школе и возможности присутствовать на уроках, что отрицательно сказывается на качестве знаний и социализации детей [4].

Стратегия развития МБОУ СОШ № 11 г. Коломны Московской области основывается на том, что наша школа отвечает принципу качественного непрерывного образования. Поэтому свою миссию мы видим в том, чтобы создать благоприятные условия обучения и воспитания опыта самостоятельной деятельности и личной ответственности в условиях средней общеобразовательной школы на максимально возможном качественном уровне с учетом индивидуальных возможностей учащихся.

Учебный процесс длительно болеющих детей основан на интеграции очного и дистанционного обучения и составлен в соответствии с учебным планом по индивидуальному образовательному маршруту обучения детей на дому с применением дистанционных образовательных технологий. Таким образом, выстроенное информационно-образовательное пространство отвечает требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

В школе учебные кабинеты оборудованы комплектом оборудования для проведения учебных и воспитательных занятий с применением дистанционных образовательных технологий. В семьи, для обучения детей, так же выданы комплекты оборудования. Оборудование передано родителям (законным представителям) по договору в безвозмездное пользование на полный срок обучения в общеобразовательной школе. Все участники дистанционного обучения обеспечены качественным бесперебойным Интернет-доступом [6]. К обучающимся на дом приходят учителя-предметники, тьютор и педагог – психолог, которые помогают справиться с возникшими проблемами или трудностями, оказывают психолого–педагогическое сопровождение учебного процесса [3, 5]. Дистанционные технологии помогают ребенку не только развить свои способности, но и освоить общеобразовательную программу, а при желании и приступить к углубленному изучению предмета.

Мы убедились, что обучение детей на дому с применением дистанционных образовательных технологий является эффективным инструментом для развития интеллектуального потенциала детей, стимулирует развитие у них навыков самоорганизации учебной деятельности и самостоятельного поиска информации [4].

Педагогический коллектив умело сочетает традиционные методики обучения и воспитания с инновационными образовательными технологиями для организации образовательного процесса для часто и длительно болеющих детей.

Все учителя нашей школы имеют собственные профессиональные сайты, которые используют как образовательные платформы при обучении детей на дому с применением дистанционных технологий. Мы работаем в тесном контакте с родителями, знаем об особенностях всех детей. Каждый учитель разрабатывает авторские обучающие презентации, консультативные карты урока, занимательные тематические задания, размещают в разделах собственного сайта и предоставляют в пользование обучающимся.

В школе реализуется проект «Школьные обучающие квесты». Все школьное сообщество вовлечено в разработку школьных квестов по различным предметам школьной программы. Их составляют учителя и ученики. Школьный обучающий квест — это самоучитель, который снабжен исторической справкой, необходимым справочным материалом для выполнения заданий. Занимательное изложение учебного материала,

возможность подробно разобрать приведенные примеры и проверить себя с помощью предложенной схемы, помогает школьникам, обучающимся на дому, подробно изучить учебный материал и самостоятельно выполнить предложенные задания. Данный методический подход обеспечивает образовательную и социализирующую функцию. Карта школьного квеста позволяет объединяться в группы и обсуждать изучение предложенной темы.

Особый интерес вызывает составление интеллектуальных (ментальных) карт. Их составление и использование позволяет решить главные проблемы, с которыми сталкивается часто болеющий ребенок – преодолеть моторный дефицит, увеличить интеллектуальное воздействие, повысить мотивацию к обучению. Вариантов применения и составления карт огромное множество. Учитель имеет возможность с помощью ментальной карты составить план изучения новой темы, закрепления или повторения пройденного учебного материала. Ученик может найти применение ментальной карте в виде конспектирования учебного материала, установить последовательность действий, запоминания новых терминов, произвести группировку учебных задач. Даже решение примера или уравнения можно не записать, а нарисовать. При обучении детей целесообразно использовать различные виды карт. Для иллюстрирования контекста, для иллюстрирования свойств, для сравнения и поиска различий, для иллюстрирования последовательности, для иллюстрирования компонентов целого, для классификаций. А как составит интеллектуальную карту ребенок – это его фантазия и воображение.

При организации обучения возможна организация сотрудничества средствами информационно-коммуникационных технологий.

Popplet—сервис для создания ментальных карт, структурных схем, блоков информации и плакатов, с возможностью организации коллективной работы в сети, размещением мультимедийных объектов и текста на русском языке.

MindMeister –онлайн-программа для создания интеллектуальных карт. Она поможет генерировать новые идеи, учить других людей, быстрее и лучше справляться со своими задачами.

Наиболее эффективна и востребована обучающимися проектно-исследовательская деятельность. В практике работы нашей школы платформа для организации сетевой проектно-исследовательской деятельности «Глобаллаб» (Globallab) стала инновационной моделью, позволяющей реализовать требования ФГОС оптимальными средствами. Данный ресурс прост, не требует специальной подготовки, доступен каждому школьнику. Именно здесь ученики могут получить навыки проектной и исследовательской работы. «Глобаллаб» позволяет ученикам проходить учебный материал и одновременно, применять полученные знания в проектно-исследовательской работе, непосредственно участвуя в процессе формирования нового знания в партнёрстве с профессиональными учеными. Очень важно, что исследования можно выполнять на том уровне, на котором ребята способны работать в

данный момент. «Глобаллаб» является средой, в которой ученики смогут овладеть предметной областью не только теоретически, но и в ходе решения практических задач и самостоятельных исследований явлений реальной жизни.

Главной особенностью при организации проектно-исследовательской деятельности является разнообразие выбора темы работы из любой содержательной области близкой пониманию, волнующей в личном плане, социальных и коллективных взаимоотношений.

Для формирования стойкого внимания ребенка можно использовать, разработанную нами «Карточку сетевого проекта»:

1. Используйте ссылку.
2. Пройдите регистрацию:
3. Внимательно прочитайте Пользовательское соглашение (Правила пользования платформой).
4. После регистрации выберите тему «ПРОЕКТЫ».
5. Найдите проект _____.
6. Изучите аннотацию к проекту.
7. Перейдите к исследованию.
8. Изучите протокол проведения исследования.
9. Войдите и заполни анкету.
10. Отправь заполненную анкету на обработку.
11. Дождитесь результатов.
12. Узнай, что у тебя получилось?
13. Оцени свое участие в проекте.
14. Поделись результатами с друзьями.

Проектная и исследовательская деятельность, реализуемая с использованием «Глобаллаб» имеет ряд особенностей:

- тему проектно-исследовательской деятельности из предметной области ребенок выбирает сам;
- ребенок самостоятельно дома изучает заданный проект и отвечает на вопросы исследования;
- результат можно увидеть на карте.
- участники «Глобаллаб» — как взрослые, так и дети — могут опубликовать на сайте свои собственные проекты или поделиться идеей для исследования с многотысячной аудиторией единомышленников из разных стран.

Нами разработан и успешно реализуется общий план воспитательной работы с часто и длительно болеющими детьми, обучающихся на дому с использованием дистанционных образовательных технологий. Мы изучаем социальные запросы наших детей, обучающихся на дому с применением дистанционных образовательных технологий и с учетом этого делаем рассылку различных творческих заданий, викторин, конкурсов, по итогам которых дети награждаются грамотами. Для ребят, обучающихся на дому с

применением дистанционных образовательных технологий, педагогами нашей школы разработаны мини проекты, благодаря которым дети совершают виртуальную экскурсию по городу, школьному музею, участвуют в воспитательных мероприятиях профилактической направленности. В различных воспитательных мероприятиях, проводимых в стенах школы, дети с ограниченными возможностями здоровья принимают участие по мере своих возможностей. И надо сказать, что это участие приносит интересные результаты. Уже традиционными стали праздники и мероприятия, которые организывает школьный волонтерский отряд «Лучи добра». Конечно же, по итогам проведения мероприятий совсем не обязательно требовать от этих детей высоких результатов, само их участие – это уже результат их трудолюбия и целеустремленности.

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: Радуга. 1986.
2. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т.2,3.
3. Малиновская М.А., Савельева О.А. Профилактика эмоционального выгорания педагогов, специалистов системы сопровождения и родителей, воспитывающих детей с ОВЗ и инвалидностью // Материалы XXXI международной конференции «Современные информационные технологии в образовании». Троицк-Москва. 1-2 июля 2020 г.
4. Меланченко Е. Влияние заболеваний на учебную деятельность детей и подростков. // «Первое сентября». 2007. № 23.
5. Михеева А.А., Смирнова Е.О. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. 1999. № 1.
6. Савельева О.А. и др. Психолого-педагогическое и организационно-методическое сопровождение надомного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий // Методические материалы к дополнительной профессиональной программе (повышения квалификации) «Психолого-педагогическое и организационно-методическое сопровождение надомного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья с использованием дистанционных образовательных технологий». 72 часа. М.: АСОУ. 2018. 120 с.

СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ МОУ «СОШ № 1» ГОРОДА

*И.А. Подольская, Е.А. Юдина, Ю.А. Малова,
МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 1»,
г. Магнитогорск, РФ*

***Аннотация.** В статье рассматривается специфика организации образовательного пространства для часто и длительно болеющих детей в МОУ «Средняя общеобразовательная школа № 1» города Магнитогорска. Представлен опыт реализации курса внеурочной деятельности «Здоровые дети», программы дополнительного образования «Оздоровительное плавание». Авторы статьи отмечают особенности психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих детей.*

***Ключевые слова:** часто и длительно болеющие дети, психолого-педагогическое сопровождение, адаптированные образовательные программы, индивидуальный образовательный маршрут.*

Катаклизмы и катастрофы XXI века в различных сферах жизни современного общества оказывают негативное воздействие на здоровье подрастающих поколений. Пандемия, войны, социальные болезни, экономическая нестабильность, усложнение социальной жизни, школьные перегрузки, экологические и другие глобальные проблемы выводят вопросы охраны здоровья детей и подростков из сферы узко медицинской и санитарно-гигиенической на уровень острых социальных проблем защиты здоровья детей. Мы не можем отрицать тот факт, что здоровье детей в значительной мере составляет фундаментальную основу для формирования потенциала здоровья взрослых членов общества, являющегося важнейшим фактором и главным условием успешного функционирования общества в целом. Именно поэтому, общеобразовательные организации не могут оставаться в стороне от решения проблемы сохранения и укрепления здоровья обучающихся [1].

В условиях нестабильной эпидемиологической ситуации общеобразовательным учреждением необходимо больше акцентировать внимание на статистику заболеваемости обучающихся, особенно в самые неблагоприятные осенне-весенние периоды.

Проводя ежегодный комплексный анализ результатов деятельности МОУ «СОШ № 1» города Магнитогорска, мы неоднократно отмечали, что по сравнению с прошлым десятилетием отмечается значительный рост количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей – инвалидов. В Федеральном законе от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» для таких обучающихся предусмотрено обучение по соответствующим адаптированным программам и индивидуальным планам, обучение с применением дистанционных форм, обучение на дому.

Но школа сталкивается также и с часто и длительно болеющими детьми, не имеющими статуса ребёнка с ОВЗ или инвалида. Термин «часто и длительно болеющие дети» в отечественной медицине, как правило, применяются к ребятам, которые болеют от четырех и более раз в год и «выпадают» из учебного процесса» на значительный период. [2, 34].

Необходимо отметить тот факт, что распространение патологии и рост заболеваемости среди детей в возрасте от трех до 17 лет ежегодно увеличивается на четыре-пять процентов. До 60–70% обучающихся к выпускному классу имеют нарушенную структуру зрения, 30 % - хронические заболевания, 60% - нарушенную осанку. Здоровыми можно считать только 10% обучающихся, а остальные 90% имеют проблемы и отклонения в физическом, психологическом, нервном развитии.

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) половина детей подвержена болезням органов дыхания (рис.1) [3].

К одному из факторов, повышающих частоту заболеваемости острыми респираторными инфекциями, медики относят психологический, то есть нарушение адаптации к нагрузкам, вегетативные дисфункции, высокий уровень личностной тревожности.



Рис. 1. Показатели здоровья детей и подростков в России

Нами так же было отмечено, что почти 6% от общего числа обучающихся МОУ «СОШ № 1» города Магнитогорска являются часто болеющими детьми, потому что в течение года болеют острыми респираторными заболеваниями от 4 до 7 раз. Такие обучающиеся из-за значительного по времени отсутствия в школе не только не могут освоить в полном объёме учебную программу, но и начинают со временем испытывать трудности в общении с одноклассниками.

Для формирования, сохранения и укрепления составляющих целостного здоровья человека, необходимо внедрение в деятельность здоровьесберегающих технологий. Здоровьесберегающая технология обучения – это такая модель педагогической деятельности, в которой

раскрываются способы реализации учебных программ и взаимодействие педагога с обучающимися, а также используются разнообразные формы, методы и средства обучения с целью наиболее эффективного достижения обучающимися Федерального государственного образовательного стандарта и достижения оздоровительного эффекта.

На основании ст. 41. Охрана здоровья п. 4 в нашей школе были созданы условия по реабилитации часто болеющих обучающихся, включающие в себя мероприятия по обеспечению наблюдения за состоянием здоровья обучающихся, проведению санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, обучению и воспитанию в сфере охраны здоровья, пропаганде и обучению навыкам здорового образа жизни, организации и созданию условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом.

МОУ «СОШ №1» города Магнитогорска ведет системно-комплексную работу с часто и длительно болеющими детьми, которая включает с себя не только мероприятия по повышению мотивации к ведению здорового образа жизни, но и включение в образовательный процесс курсов дополнительного образования и внеурочной деятельности, направленных на формирование культуры здорового образа жизни. Наша школа успешно реализуют курс внеурочной деятельности «Здоровые дети» спортивно-оздоровительной направленности для детей младшего школьного возраста (1-4 классы) цель которого – сохранение и укрепление здоровья обучающихся. Курс раскрывает основы физической культуры не только как способа укрепления здоровья, но и как средства физического развития и физической подготовки человека; направлен на повышение индивидуальных показателей физического развития (длину и массу тела), а также развития основных физических качеств. В курсе много внимания уделяется беседам о пользе и правилах здорового питания, правилах оздоровительной и лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики.

Материально-техническая база МОУ «СОШ № 1» города Магнитогорска позволяет осуществлять общеразвивающую программу дополнительного образования «Оздоровительное плавание». Как известно, плавание не только оказывает благоприятное влияние на иммунную и сердечно-сосудистую системы ребенка, но также предотвращает проявления астмы, так как тренирует дыхательные мышцы человека, укрепляет опорно-двигательный аппарат, исправляет осанку. Цель программы - формирование у обучающихся устойчивых мотивов и потребностей в бережном отношении к своему здоровью, целостному развитию физических и психических качеств, творческом использовании средств физической культуры в организации здорового образа жизни, а также приобщение детей к регулярным занятиям плаванием.

В результате реализации курса внеурочной деятельности «Здоровые дети» и программы дополнительного образования «Оздоровительное плавание», младшие школьники стали болеть ОРВИ почти в два раза реже по сравнению с 2019 годом, даже в условиях нестабильной эпидемиологической ситуации в стране и городе, в частности. Часто и длительно болеющие дети, а также дети с ОВЗ и инвалиды в обязательном порядке (исключая медицинские противопоказания) проходят программу дополнительного образования «Оздоровительное плавание».

Необходимо отметить, что наша пришкольная территория имеет хорошо оборудованную баскетбольную площадку, беговые дорожки, теннисные столы, а также имеет уличные тренажеры. Уроки физической культуры строятся таким образом, чтобы дети чаще проводили время на улице, если позволяют климатические условия.

В современном постиндустриальном обществе возрастает значимость не только теоретических знаний и практических умений, получаемых и приобретаемых человеком, но и коммуникативных умений, навыков быстрой социальной адаптации.

Поэтому системно-комплексная работа с часто и длительно болеющими детьми включает в себя и обязательное психолого-педагогическое сопровождение, которое заключается в создании для ребенка эмоционально-благоприятного микроклимата в группе сверстников, одноклассников, организацию адаптационных мероприятий классными руководителями, после длительного отсутствия часто болеющих детей. Работа социально-педагогической службы направлена на изучение индивидуальных особенностей развития детей, на оказание помощи детям, нуждающимся в особых условиях по усвоению образовательных программ, специальных формах организации их урочной и внеурочной деятельности. Социальный педагог и педагог-психолог систематически проводят диагностику и коррекцию нарушений в социальной адаптации таких обучающихся, а также проводят индивидуальные консультации, обучающие семинары, которые способствуют повышению компетентности учителей, родителей по вопросам воспитания и развития часто болеющих детей.

Стоит отметить, что наша школа активно внедряет квестовые технологии в образовательный процесс. Большой популярностью среди учеников среднего звена пользуется квест-игра «В поисках здоровья». Передвигаясь от станции к станции, команды вспоминают пословицы и поговорки про здоровый образ жизни, решают загадки о физической культуре и спорте, ищут правила здорового питания, собирают тематические пазлы. Таким образом, в процессе игры ребята лучше запоминают правила/законы здорового образа жизни. Со сценарием квест-игры можно познакомиться на нашем школьном сайте в рубрике «Репозиторий квестов» (<https://sch1mgn.educhel.ru/activity/rip/bib/post/1197925>).

Наша школа обеспечивает условия для приобретения этих жизненно необходимых умений каждому обучающемуся. Педагоги, совместно с сотрудниками школьной психолого-педагогической службы, а также с учетом заключения медицинского работника и интересов родителей, разрабатывают индивидуальные образовательные маршруты. В настоящее время по ИОМ обучается 3% обучающихся от общей численности часто болеющих детей. Необходимо отметить, что ребенок, который по причине болезни находится дома, не «выпадает» из учебного процесса, так как, если позволяет общее самочувствие, ведется дистанционное обучение с использованием официальных образовательных платформ «ЯКласс», «Российская электронная школа», а также платформы ZOOM, а приступив к учебным занятиям, после длительного отсутствия, имеет возможность получить дополнительные индивидуальные часы занятий с учителями.

Таким образом, организация образовательного пространства для часто и длительно болеющих детей требует системного и комплексного подхода, тесного взаимодействия всех участников образовательных отношений.

Список литературы

1. Лившиц С.А., Нагорная О.В. Анализ состояния здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2.
2. Зайкова Н.М. Часто болеющие дети: что делать? // Практика педиатра. 2019. № 2. С34-39.
3. Инклюзивное образование в России [Электронный ресурс]: <https://wciom.ru/>

УДК: 371.72 + 371.78

РЕАЛИЗАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ПЛАНА ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ШКОЛЫ

О.Е. Краснохина
МБОУ СОШ № 27
г. Пенза, РФ

Аннотация. Для получения качественного образования для обучающихся на дому или в медицинской организации предусмотрены, разнообразные формы: сетевая форма реализации образовательных программ, реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий и различные формы организации образовательного процесса (приходящий на дом учитель, дистанционное обучение, посещение уроков в школе)

Ключевые слова: дети с ОВЗ; инклюзивное образование, обучение на дому

В 2021 году в Российской Федерации по данным Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей Минобрнауки России в образовательных организациях обучалось свыше 840 тыс. детей ОВЗ и инвалидностью. Все они нуждаются в качественном и доступном образовании, отвечающим их особым образовательным потребностям. Для детей с ОВЗ принцип инклюзивного образования означает, что разнообразию потребностей учащихся с ограниченными возможностями здоровья должна соответствовать образовательная среда, которая является для них наименее ограничивающей и наиболее включающей. Реализация этого принципа означает, что все дети должны быть включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства.

МБОУ СОШ №27 г. Пензы занимается работой по созданию условий и реализации инклюзивного образования с 2002 года.

В 2021–22 учебном году в школе обучается 399 человек. 76 детей с ОВЗ: с НОДА –20%, слабовидящие –60%, с ЗПР – 7%, слабослышащие – 4%, с РАС – 6%, с тяжелыми нарушениями речи – 2%, 64 ребенка-инвалида.

Динамика количества обучающихся детей-инвалидов за последние 10 лет в МБОУ СОШ № 27 г. Пензы является показателем высокого уровня востребованности инклюзивного образования в обществе (табл.1).

Таблица 1

Количество обучающихся детей-инвалидов за последние 10 лет в
МБОУ СОШ № 27 г. Пензы

Учебный год	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
Количество детей-инвалидов	36	41	45	39	45	53	56	56	58	64

Школа реализует следующие формы обучения: 1. Очная: коррекционные классы, реализующие адаптированные основные образовательные программы для слабовидящих обучающихся; инклюзивное образование. 2. Очно-заочная: ресурсный класс для детей с расстройствами аутистического спектра; очно-заочная форма по адаптированной программе, индивидуальному учебному плану на дому.

В Письме Рособнадзора от 07.08.2018 № 05-283 сказано, что для получения качественного образования для обучающихся на дому или в медицинской организации предусмотрены, например, сетевая форма реализации образовательных программ, реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий и различные формы организации образовательного процесса (приходящий на дом учитель, дистанционное обучение, посещение уроков в школе).

В ОО обучение детей на дому организовано таким образом, что ребенок получает образовательную программу в полном объеме за счет часов индивидуальной работы с учителями, а также обучающиеся могут посещать уроки в классе и коррекционные занятия – со специалистами, а часть материала изучают заочно при консультативном сопровождении педагога.

МБОУ СОШ № 27 г. Пензы является доступным для категории детей с ОВЗ и инвалидов с НОДА, частично доступным для слепых и слабовидящих, слабослышащих и позднооглохших. Это стало возможным благодаря тому, что в 2012 году школа вступила в государственную программу Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 гг.

Для детей с ОВЗ и инвалидностью есть возможность беспрепятственного доступа: специальная входная группа, пандус, лестницы, санитарные комнаты, имеется гусеничное подъемное устройство и кресло для передвижения детей с НОДА, в наличии элементы системы навигации для слабовидящих.

Специально оборудованы: сенсорная комната для проведения психологом психопрофилактических и психокоррекционных занятий; кабинет охраны зрения для профилактики и лечения офтальмологом и медицинской сестрой ортоптисткой глазных болезней (оборудован всей необходимой для диагностики и лечения аппаратурой); ресурсный класс для детей с РАС; комната для индивидуальных занятий с детьми-инвалидами и учащимися с ОВЗ, специальное оборудование для слабовидящих учащихся (графические планшеты, видеоувеличитель с экраном, прибор для письма по Брайлю и др.).

Реализуются адаптированные основные общеобразовательные программы начального общего образования: для слабовидящих обучающихся (Вариант 4.1., 4.2), для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (Вариант 6.1, 6.2, 6.3), для слабослышащих и позднооглохших обучающихся (Вариант 2.1), для обучающихся с задержкой психического развития (Вариант 7.2), для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (Вариант 8.2, 8.3), для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (Вариант 5.1); адаптированные основные общеобразовательные программы основного общего образования: АООП ООО ФГОС для детей с ОВЗ слабовидящих, слабовидящих с ЗПР, с ТНР, с НОДА, с РАС с ЗПР, с РАС с интеллектуальными нарушениями, с ЗПР. На основе данных документов составлены рабочие программы по предметам, адаптированные для детей с ОВЗ разных категорий, а также программы внеурочной деятельности.

В учебный план для учащихся с ОВЗ включены часы обязательных занятий коррекционной направленности: развитие зрительного восприятия; лечебная физическая культура; коррекционные занятия коммуникативной направленности; социально-бытовая ориентировка; занятия с логопедом. Данный блок занятий обеспечивает коррекцию нарушений психического и физического развития детей с ОВЗ и инвалидов.

Разработан проект в МБОУ СОШ № 27 г. Пензы «Школа равных возможностей» на 2018-2021 годы, который предлагает систему по созданию развивающей образовательной среды в условиях инклюзивного образования, в которой первые пробы ребенка в различных видах деятельности являются необходимыми и обязательными. Пройдя их, человек, не зависимо от состояния здоровья, может в дальнейшем успешно самоопределиться, в том числе и в профессии.

Все дети с ОВЗ и инвалиды заняты в системе дополнительного образования. Внеурочная занятость обучающихся школы организована с учетом маломобильности особенных участников образовательного процесса. Занятия внеурочной деятельности для обучающихся начальных классов проводятся по 12 направлениям, для 5-11 классов функционируют школьные проектные офисы по 9 направлениям. Договоры о сетевом взаимодействии и сотрудничестве заключены с территориальной ПМПК г. Пензы, КЦСПСиД Ленинского района г. Пензы, МБОУДО «Дворец детского (юношеского) творчества» г. Пензы, МБОУ ДО ДДТ №2 г. Пензы, МБОУ ДО ДЮЦ «Спутник», ГБУЗ городская детская поликлиника №3, МБОУДОД «Детская музыкальная школа № 2» г. Пензы, библиотекой им. М.Ю. Лермонтова.

Образовательная и воспитательная деятельность в школе осуществляется при взаимодействии с широким кругом социальных партнеров: клубом родителей детей с ОВЗ МБОУ СОШ №27 г. Пензы «Доверие»; общественной организацией «Пензенское областное объединение родителей детей-инвалидов», волонтерским отрядом «Пульс» МБОУ классической гимназии №1 им В.Г. Белинского г. Пензы, клубом для детей-инвалидов «Равновесие». При организации учебных экскурсий в рамках региональных проектов «Промтур» и «Культурный дневник школьника» учитываются условия доступности посещаемых организаций. Библиотекой для слепых и слабовидящих организован выездной абонемент в школе. Ежегодно школьный оздоровительный лагерь с дневным пребыванием детей «Радуга» посещает 80 человек, среди них 20 детей имеют статус ребенка с ОВЗ.

Психолого-медико-педагогическое сопровождение учебно-воспитательного процесса осуществляют специалисты: педагог-психолог, социальный педагог, учитель-логопед, тьютор, врач-офтальмолог, медицинская сестра-ортопедистка, медицинская сестра. Комплексное изучение ребенка, выбор наиболее адекватных проблеме ребенка методов работы, отбор содержания обучения с учетом индивидуально-психологических особенностей детей осуществляется на школьном психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк).

МБОУ СОШ № 27 г. Пензы взаимодействует с ресурсными организациями Пензы и Пензенской области: Центральной ПМПК Пензенской области, Территориальной ПМПК г. Пензы, ГАОУ ДПО «Институт регионального развития Пензенской области». Ресурсные организации

проводят обучающие мероприятия с педагогами и специалистами школы, привлекают для обмена опытом с другими образовательными учреждениями, реализующими практику инклюзивного образования.

Ежегодно по составленному графику проходит повышение квалификации педагогов (курсовая подготовка) предметной направленности и по вопросам организации инклюзивного образования в г. Пензе и за пределами региона: ГАОУ ДПО «Институте регионального развития Пензенской области», ГБОУ ВПО г. Москвы МГПУ, ФГБНУ ИУО РАО (г. Москва) и др. Для всех педагогов организовано участие в вебинарах. Технологиями обучения детей с ОВЗ владеют все педагоги и специалисты школы.

Мы регулярно делимся своим опытом инклюзивного обучения на уровне города, региона и РФ. На Всероссийском конкурсе «Инклюзивная школа России-2016» МБОУ СОШ № 27 г. Пензы стала лауреатом в номинации «Лучшая школа России, реализующая инклюзивную практику».

Сегодня мы гордимся всеми своими учениками. Самая большая награда для нас - стремление детей с ОВЗ и инвалидностью идти в школу, часто через боль, к сверстникам и любимым педагогам. Это является главной составляющей частью их жизни. Слова благодарности из уст этих ребят и родителей, их достижения и успехи стоят для нас очень дорого.

Список литературы

1. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении (Утверждены Минздравом России 17.10.2019, Минпросвещением России 14.10.2019)

УДК: 371.24+ 371.71

ШКОЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*О.А. Дроботова, С.А. Караман
МБОУ СОШ №30 имени М.Л. Попович
Пос. Мостовского, Краснодарский край, РФ*

***Аннотация.** Школьный центр дистанционного обучения является эффективной формой организации учебного процесса для часто и длительно болеющих детей.*

***Ключевые слова:** педагоги, школьное образование, дистанционное обучение, дети с ОВЗ, длительно болеющие дети.*

В Российской Федерации образование является доступным, обязательным и бесплатным. Школа является важным элементом в осуществлении этого непрерывного процесса. Нарушение непрерывности

обучения по состоянию здоровья является актуальной проблемой обучающихся, родителей и педагогов.

Для решения данной проблемы МБОУ СОШ № 30 имени М.Л. Попович поселка Мостовского Краснодарского края практикует использование следующих форм организации учебного процесса для часто и длительно болеющих детей: обучение на дому, семейное и дистанционное обучение. При этом реализуются различные модели интеграции детей с ОВЗ: эпизодическая инклюзия, постоянная полная и постоянная неполная инклюзия.

Цель реализуемой в нашей школе системы обучения детей с ОВЗ: построение модели коррекционно-развивающей среды в образовательном учреждении, которая создаст оптимальные условия для обучения и воспитания, адаптации, социализации, профессионального самоопределения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, часто болеющих детей.

Задачи:

- своевременное выявление детей с трудностями адаптации, обусловленными ограниченными возможностями здоровья;
- определение особых образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов;
- организация образовательного процесса в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребёнка, структурой нарушения развития и степенью его выраженности;
- создание условий, способствующих освоению детьми с ограниченными возможностями здоровья основной образовательной программы начального общего образования и их интеграции в общеобразовательном учреждении.
- подготовка учащихся с ОВЗ и детей-инвалидов к осознанному выбору профессии, удовлетворяющему как личные интересы, так и общественные потребности.

Материально-технические условия для социальной адаптации детей с ОВЗ. В целях создания условий для социальной адаптации детей с ОВЗ в 2015 году в рамках целевой программы «Доступная среда» проведён капитальный ремонт в здании школы и приобретено реабилитационное оборудование:

- проведён ремонт крыльца, рядом с которым установлен вертикальный подъёмник для колясочников;
- на крыльце уложили тактильную плитку для слабовидящих, установили поручни–ограждения;
- для обеспечения свободного доступа инвалидов-колясочников в здание школы, в кабинет информатики, в столовую, в библиотеку и в туалетную комнату, расширены дверные проёмы.
- на первом этаже полностью переоборудовано свободное помещение под туалет, где установлена специальная сантехника.
- две лестницы трёхэтажного блока оснащены поручнями-ограждениями;

- для адаптации детей с нарушением слуха и зрения в школе установлены тактильные таблички около каждого кабинета, а также тактильные пластиковые пиктограммы жёлтого цвета в рекреациях и на лестничных клетках. У входа в здание установлена тактильная мнемосхема движения по первому этажу;

- приобретён инвентарь для сенсорной комнаты (проектор и фиброволокна для релаксации, тактильная панель, мягкие модульные кресла для детей с нарушением работы опорно-двигательного аппарата, оборудование для песочной терапии для детей с задержкой психического развития и лёгкой умственной отсталостью).

Школьный центр дистанционного обучения. Дистанционная форма обучения активно используется педагогическим коллективом нашей школы уже 10 лет. В ходе реализации комплекса мер по модернизации общего образования в Краснодарском крае в июле 2011 года было принято решение модернизировать наиболее оснащенные образовательные учреждения путем создания на их базе муниципальных Центров дистанционного обучения (ЦДО). На базе нашей школы был организован Центр дистанционного образования Мостовского района Краснодарского края. Главными задачами центра стали организация и координация дистанционного образования детей-инвалидов, повышение качества образования через информационно-компьютерные технологии, дистанционное обучение, использование ИКТ для непрерывного профессионального образования педагогов.

В МБОУ СОШ № 30 пос. Мостовского было утверждено Положение об инклюзивном образовании обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Приказами по школе определены модели инклюзивного образования для каждого из обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов. По согласованию с родителями (законными представителями) составляются индивидуальные учебные планы для каждого ребенка, обучающегося в Центре дистанционного обучения, учителями разрабатываются адаптированные программы.

Учителя-предметники, работающие в школьном ЦДО, практикуют дистанционное обучение с использованием популярных мессенджеров Skype, Zoom, так как данные приложения позволяют реализовать индивидуальный подход к обучающимся: проводить занятие с классом, осуществляя одновременное видеоподключение болеющего ребёнка к уроку, а также проводить индивидуальные уроки и консультации.

Изначально дистанционное обучение было организовано на интернет-площадках «i-класс» и «Телешкола». В последние два года учителя обращаются к образовательным онлайн-платформам Учи.ру, Российская электронная школа, InternetUrok, Яндекс.Учебник, ЯКласс, адаптируя процесс обучения под индивидуальные особенности каждого ребенка.

Особой популярностью у педагогов пользуется образовательный ресурс – система дистанционного образования Кубани (СДО Кубани <https://lms.edu-kuban.ru/>).

СДО Кубани - открытая платформа для получения качественных образовательных услуг, а также это IT-сфера для творческой самореализации педагогов. Педагоги нашей школы совместно с коллегами проводят большую работу по наполнению СДО Кубани качественным образовательным контентом (авторскими электронными образовательными курсами). Так, учителями нашей школы были разработаны:

- курс «Информатика и ИКТ 9 класс», УМК Босова Л.Л. (Дроботова О.А., Пахомов А.С.) - представлена рабочая программа 5-9 класс по информатике, КТП 9 класс, поурочные разработки (теоретический материал и практические задания) – методическая помощь учителям, которые работают в 9 классах;
- курс «Путешествие по сказкам народов России»: Самые большие (ингушская сказка) – интегрированный урок информатика и английский язык.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ. В МБОУ СОШ № 30 имени М.Л. Попович поселка Мостовского работают социальный педагог Назаренко С.Р., педагоги-психологи Лосева Т.Ю. и Баракoвская С.В. с 2020 года в школе появилась ставка учителя-логопеда, Карелина С.Е. осуществляет логопедическую поддержку и сопровождение детей с ОВЗ.

Социально-психологической службой школы организована работа с обучающимися с ОВЗ по следующим направлениям:

- психолого-педагогическое сопровождение и диагностика;
- психологическая коррекция познавательных процессов; развитие у ребёнка памяти, внимания, мышления;
- психологическая коррекция эмоциональных нарушений: формирование умения самостоятельно находить нужные формы эмоционального реагирования и управлять ими;
- психологическая коррекция социально-психологических проявлений: умений включаться в разнообразные повседневные школьные дела, принимать посильное участие в них, брать на себя ответственность;
- психолого-педагогическая поддержка: работа по профилактике внутриличностных и межличностных конфликтов в классе/школе; индивидуальные консультации для родителей, педагогов;
- медицинская коррекция и реабилитация: лечебно-воспитательные мероприятия и контроль за состоянием здоровья.

Внеурочная и социокультурная деятельность. В воспитательной работе с учащимися с ОВЗ в нашей школе широко используется личностно-ориентированный подход к учащимся. Деятельность всего педагогического коллектива направлена на реализацию принципа индивидуализации, то есть поддержки и развития того единичного, особого, своеобразного, что заложено в каждом ребенке от природы или что он приобрел в индивидуальном опыте:

-оказание индивидуально ориентированной помощи ученикам в реализации первичных базовых потребностей;

-создание условий для максимально свободной реализации заданных природой способностей и возможностей, характерных именно для этого ребенка;

-поддержка каждого учащегося в творческом самовоплощении, в развитии способности к жизненному самоопределению через участие в творческих событиях школы, сценариях различных праздников, конкурсах рисунков и поделок.

Многообразны формы взаимодействия педагогического коллектива с детьми: встречи с интересными людьми, экскурсии, спортивные игры на местности, спецкурсы, работа кружков, летний пришкольный оздоровительный лагерь, участие в различных акциях, где учащиеся с ОВЗ и дети-инвалиды оказывают свою посильную помощь.

Целью любого досугового мероприятия, проводимого в нашей школе, всегда является социальное взаимодействие детей с ОВЗ и установление или развитие социальных контактов, проживание положительных эмоций.

Традиционными стали «Праздник 1 сентября», «Здравствуй, Новый год», «Масленица», где ребята обязательно присутствуют вместе с родителями; творческие мастерские для детей с ОВЗ и их родителей; социально-образовательная акция по развитию толерантного отношения к людям с ОВЗ; ежегодный День открытых дверей для учащихся школьного Центра дистанционного образования и их родителей.

Формы участия в школьном празднике детей с ОВЗ различны в зависимости от их специфических особенностей, статуса здоровья и ограничений жизнедеятельности. Например, в процессе проведения праздничного мероприятия, посвящённого Дню Матери, ребята готовят стихи и читают их на сцене во время праздника.

Работа с родителями. Одним из важных направлений в работе с детьми с ОВЗ является взаимодействие с родителями детей с ОВЗ и с родителями «здоровых» детей.

Работе с родителями детей с ОВЗ неслучайно уделяется достаточно большое внимание. Для таких детей, контакт которых с окружающим миром сужен, именно семье принадлежат значительные возможности в решении определённых вопросов: воспитания детей, включение их в социальные и трудовые сферы, становление детей с ОВЗ как активных членов общества. Но многочисленные исследования свидетельствуют о том, что появление в семье ребёнка с ОВЗ накладывает отпечаток на всю жизнь семьи.

Согласно исследованиям, выявлены основные проблемы, возникающие в семьях детей с ОВЗ:

- умышленное ограничение в общении: родители детей с ОВЗ ограничивают круг общения (как свой, так и ребёнка), избегают новых

знакомств. Таким образом, социальная среда ребёнка с ОВЗ ограничивается семейным кругом, и это отрицательно сказывается на социализации ребёнка;

- гиперопека: часто чрезмерная опека является единственным способом самореализации для родителей ребёнка с ОВЗ. Вследствие этого дети часто окружены излишней заботой и начинают использовать свою уязвимость, становятся ревнивы, требуют повышенного внимания;

- родители испытывают чувство уязвимости, смотрят на проблему, как на свой «крест».

Отсутствие знаний и навыков, необходимых для воспитания ребёнка с особым статусом здоровья не позволяют родителям создавать оптимальные (иногда и специальные) условия для ребёнка дома.

Именно помощь в решении этих проблем является приоритетным направлением в системе психолого-педагогической работы с родителями детей с ОВЗ в нашей школе.

Итоговый контекст:

1. С 2011 года произошли качественные изменения в развитии и функционировании образовательной организации, создана вариативная внутришкольная система обучения и воспитания детей с ОВЗ, в результате чего реализуется конституционное право детей на получение образования, социальную адаптацию и реабилитацию.

2. В школе происходит апробация успешных практик работы с обучающимися с особым статусом здоровья. У учителей, работающих с детьми ОВЗ, повысилась активность и педагогическая компетентность через обучение на специализированных курсах, участие в научно-практических конференциях различного уровня, семинарах.

3. Реализованная образовательной организацией модель организации образовательного процесса детей с ОВЗ имеет потенциал тиражируемости. Опыт работы педагогических работников школы по различным вопросам работы с детьми с ОВЗ был представлен на методических мероприятиях различного уровня:

Шипелёва Анастасия Александровна, учитель начальных классов выступала на краевом семинаре «Методологические и методические аспекты обучения письменной речи обучающихся с ОВЗ» 28 марта 2018 года по теме: «Развитие устной речи у первоклассников с тяжёлыми нарушениями речи» в г. Армавир.

Карелина Светлана Евгеньевна, школьный логопед, приняла участие
- во Всероссийской конференции для педагогов. ПЕДЖУРНАЛ 2020, «Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе», 04 октября 2020 г. ДИПЛОМ участника конференции № 878638. Выступление по теме: «Здоровьесберегающие технологии в коррекции нарушений речи у младших школьников»

- во Всероссийском интернет – проекте «Педагогический опыт. Инновации, технологии, разработки», 30.12.2020 г. СЕРТИФИКАТ № 6696

Публикация авторской работы на всероссийском педагогическом портале МЕТОДКАБИНЕТ. РФ: «*Коррекция и развитие навыков чтения и письма у младших школьников с трудностями в обучении*»

Караман Светлана Анатольевна, учитель начальных классов обобщила опыт по теме «*Создание условий для адресной работы с детьми-инвалидами. Постоянная полная инклюзия, дистанционное обучение детей-инвалидов*» в рамках федерального конкурса лучших учителей РФ.

4. Родители детей с ОВЗ, детей-инвалидов и часто болеющих детей отмечают преимущества инклюзивного и дистанционного образования, так как считают, что дети лучше подготовлены к условиям реальной жизни, лучше осознают и признают свои слабые и сильные стороны. Родители удовлетворены качеством оказываемых в учреждении образовательных и коррекционно-развивающих услуг.

5. Важнейшим результатом нашей работы считаем личностные достижения и развитие индивидуальных способностей каждого ученика с учетом интересов и имеющегося жизненного опыта.

В 2017 году выпускница школьного Центра дистанционного обучения Елена И. (ребенок-инвалид) сдала ЕГЭ на общих основаниях, получив высокий балл по литературе и поступила в Краснодарский педагогический институт на Кафедру декоративно-прикладного искусства и дизайна.

Выпускница ЦДО 2019 года Диана Ц. (ребёнок-инвалид, ДЦП) – член паралимпийской сборной России. По итогам 2017 года спортивная общественность Кубани определила 20 лучшим представителей адаптивного спорта в регионе. В их число вошла - Диана Ц. — победительница Европейских молодежных игр по бочча (спорт лиц с поражением ОДА).

Выпускница 2020 учебного года Виктория З. (ребёнок-инвалид, врожденная аномалия развития левой нижней конечности) – победитель Всероссийских соревнований по пауэрлифтингу. Виктория обучалась на базе Центра дистанционного образования с 3 класса, сейчас она студентка Кубанского государственного Техникума олимпийского резерва КГУФКСТ.

Выпускница 2020 учебного года Дарья Д. (ребенок-инвалид, ДЦП) по результатам аттестата за 9 класс поступила в Московский финансово-промышленный колледж «Синергия».

В феврале 2021 года ученик 9 класса Алан Г. (обучающийся по АООП ОО с задержкой психического развития (ЗПР) успешно прошел итоговое собеседование по русскому языку. Результат собеседования - 13 баллов (проходной – 10 баллов). Алан успешно прошел государственную итоговую аттестацию по образовательным программам основного общего образования, сдал ГВЭ по русскому языку на 4 (хорошо) и сейчас обучается в Анапском индустриальном техникуме.

Подводя итог, следует сказать, что дистанционное обучение – технология удобная и полезная, эффективный инструмент онлайн-

образования, который даст положительные плоды, только при условии взаимного сотрудничества и взаимодействия ученика, учителя и родителя.

Список литературы

1. Международные акты о правах человека. Сборник документов. М.: Изд. группа НОРМА-ИНФРА-М. 1998.
2. Психологическая служба школы. Под ред. И.В. Дубровиной. М. 1995.
3. Система образования для детей с проблемами в здоровье. Под ред. Л.Е. Курнешовой. М.: Центр «Школьная книга». 2008.

УДК: 371.24+ 371.71

ОБЗОР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ INTERNET-РЕСУРСОВ В ПРОЦЕССЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

О.В. Мурзабекова

*КГУ «Школа-гимназия ОО города Лисаковска» УОАКО,
г. Лисаковск, респ. Казахстан*

Аннотация. В статье рассматривается вопрос о возможностях цифровых образовательных технологий в обучении длительно и часто болеющих учащихся. Стремительное развитие информационной сферы позволяет создать единое информационное пространство школы для полноценного общения и учебы. В докладе приведен обзор казахстанских и российских internet-ресурсов, использованы примеры из учительской практики.

Ключевые слова: *internet-образование, школьное образование, дистанционное обучение, траектория обучения.*

Внедрение новых цифровых форматов во все сферы жизни находится в тесной связи с развитием IT-отрасли. Важным фактором экономической конкурентоспособности Республики Казахстан является уровень развития рынка информационно-коммуникационных технологий.

Отпечаток на образовательную деятельность наложило дистанционное образование в условиях пандемии. В первую очередь сложности дистанционного обучения испытали на себе те дети, которые по причине заболевания не смогли обучаться в одинаковом темпе с одноклассниками. Стало очевидным, что выстраивание индивидуальной образовательной траектории для детей, которые имеют хронические или временные длительные заболевания, является главной задачей для педагогов. Необходимость сохранить качество урока привела к поиску более вариативных методик обучения. Для больного ребенка учитель становится не только фасилитатором знаний, но и наставником. Условия создания единого образовательного пространства ребенка подразумевают реализацию личностно-ориентированной модели взаимодействия даже в условиях online-

общения. [1] С помощью Интернета открылись новые возможности системы дистанционного обучения, которая позволяет создать виртуальную образовательную среду. [2]

Практически все учащиеся школы-гимназии являются активными пользователями портала bilimland.com и обучаются в цифровой школе OnlineMekter. Портал Bilimland является крупнейшей в Казахстане интеллектуальной образовательной трехязычной internet-платформой. Занятия в OnlineMekter позволяют детям с заболеваниями проходить обучение по удобному для них графику, возвращаться к изученным темам, иметь постоянную обратную связь с учителем. Каждый учитель школы-гимназии в своей учебной деятельности использует материалы цифрового образовательного ресурса smk.edu.kz. Активно в моей школе используются российские образовательные платформы - лидирующая в России цифровая образовательная платформа Stepik, онлайн-школа МГУ «Фоксфорд».

Важно отметить, что все ресурсы позволяют педагогу формировать личность ребенка даже при тяжело протекающем заболевании. Дети, не имеющие возможность работать с классом, не чувствуют отрыва от коллектива. В своей преподавательской деятельности я использую самые разнообразные цифровые ресурсы, как готовые, так и созданные мной: просмотр обучающимися мини-роликов на видеохостинге Youtube и анализ контента, использование ресурсов сети internet для поиска нового решения знакомой проблемы, различные формы работы с google-ресурсами, изучение биографий известных ученых и их открытий.

Вывод: часто или длительно болеющие дети могут хорошо ориентироваться в изучаемой теме, но недостаточность общения со сверстниками приводит к ослаблению коммуникативных навыков. Педагогу необходимо не только направлять учащегося при работе с электронными ресурсами и в глобальной сети, но и помогать заболевшим детям в вербальной передаче полученной информации.

Заключение: использование возможностей интеллектуальных образовательных платформ для всех категорий пользователей вне зависимости от состояния здоровья позволяет значительно улучшить учебное взаимодействие педагогов и учащихся и способствует решению актуальных вопросов современного казахстанского образования.

Список литературы

1. Цыгановская М. В., Охочинская Н. С. Психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих детей дошкольного возраста // Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции // Ханты-Мансийск. 2012. С. 21.
2. Блюмин А. М., Феоктистов Н. А. Мировые информационные ресурсы // Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о». 2010. С. 106.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ И ПЕДАГОГА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Т.М. Зуева, учитель математики и информатики,
Э.Р. Шишова, учитель географии
МБОУ «Основная общеобразовательная школа № 168 с продлённым днём обучения для
детей с соматическими заболеваниями»,
г. Казань, респ. Татарстан, РФ*

***Аннотация.** Использование цифровых технологий в учебном процессе и в работе с часто и длительно болеющими детьми, а также с детьми ОВЗ - один из способов повышения мотивации обучения. Цифровые технологии помогают реализовать главные человеческие потребности - общение, образование, самореализацию. Внедрение цифровых технологий в образовательный процесс призвано повысить эффективность проведения уроков, освободить учителя от рутинной работы, усилить привлекательность подачи материала, осуществить дифференциацию видов заданий, а также разнообразить формы обратной связи.*

***Ключевые слова:** цифровые технологии, цифровые инструменты, дети с ОВЗ, мультимедийные уроки, познавательная активность.*

Цифровые технологии, безусловно, кардинально изменили образовательный процесс в деятельности учителя и педагога дополнительного образования. Их повсеместное распространение в образовательных учреждениях говорит о растущем значении цифровых средств обучения. Одна из проблем, стоящих перед учителем – организация образовательного процесса для часто и длительно болеющих детей поиск тех или иных сервисов и приложений, которые были бы максимально адекватны конкретному учебному предмету. Безусловно, такие цифровые инструменты есть. И очень важно эффективно использовать их. Часто и длительно болеющие дети со временем приобретают ряд хронических заболеваний и уже на этапе получения основного образования они получают статус ОВЗ.

Дети с ОВЗ или, проще говоря, с ограниченными возможностями здоровья – это определенная группа, требующая особого внимания и подхода к обучению и воспитанию. Определение «дети с ОВЗ» подразумевает наличие у ребенка временного или постоянного отклонения в физическом или психическом развитии. При этом существует необходимость создания для него специальных условий для обучения и воспитания.

Учитывая, что часто и длительно болеющие учащиеся и учащиеся с ОВЗ отличаются низкой учебной мотивацией и пониженной познавательной активностью, немаловажную роль играет создание ситуации успеха на уроке,

а также подбор таких заданий, которые воспринимаются учащимися как игра, ребята почти всегда выполняют их с удовольствием, так как они позволяют поддерживать интерес к изучаемому в течение всего урока.

Применение цифровых технологий на уроках географии и занятий кружка «Юный эколог». Важно знать, что материал должен усложняться постепенно, подаваться небольшими дозами. Сначала даются простые задания. Обязательно частое переключение с одного вида деятельности на другой. Основная задача моей работы — формирование сознательных представлений и понятий о географических объектах, помочь часто и длительно болеющим учащимся и учащимся с ОВЗ встать на верный путь, исправить по возможности его недостатки, сделать все, чтобы он их не чувствовал, включить его в общественно полезную деятельность. Для осуществления этой задачи я отбираю наиболее эффективных методы и формы преподавания и совершенствую весь учебный процесс

На уроках географии я применяю традиционные и нетрадиционные подходы: игровые моменты по теме, объяснение с использованием стихотворений, кроссворды, занимательный материал, нетрадиционные формы обучения на разных типах уроков с использованием цифровых технологий.

География оперирует пространственными представлениями, понятиями, которые очень сложно объяснить, не обращаясь к моделям, в т.ч., виртуальным. Сегодня трудно представить работу учителя географии без использования цифровых технологий, позволяющих с помощью компьютера, различных информационных программ строить уроки, проводить внеклассные и внеурочные мероприятия. В географии заложены огромные возможности для применения новых информационных технологий.

Применение цифровых образовательных ресурсов позволяет расширить рамки учебника, углубить знания учащихся, проиллюстрировать учебный материал, что делает учебный процесс по освоению его содержания по-настоящему интересным.

Применение цифровых технологий на уроках математики и занятий кружка «Финансовая грамотность». Использование цифровых технологий открывает дидактические возможности, связанные с визуализацией материала, его «оживлением», возможностью совершать визуальные путешествия, представить наглядно те явления, которые невозможно продемонстрировать иными способами, позволяет совмещать процедуры контроля и тренинга.

Урок с применением компьютерной презентации, созданный методически грамотно, хорошо помогает справиться с этой задачей.

Ребенку с особыми потребностями для усвоения способов ориентировки в окружающем мире, для выделения и фиксирования свойств и отношений предметов, для понимания того или иного действия требуется гораздо больше повторений, чем нормально развивающемуся ребенку.

Дидактические компьютерные игры позволяют обеспечить нужное количество повторений на разном материале при сохранении эмоционально положительного отношения к заданию.

Мультимедийные уроки помогают решить следующие дидактические задачи:

- усвоить базовые знания по теме;
- систематизировать усвоенные знания;
- сформировать навыки самоконтроля;
- сформировать мотивацию к учению в целом, а главное – повысить познавательный интерес на уроках математики.

Используя учебно-игровые средства и тренажёры в коррекционно-развивающей работе, можно сказать, что компьютерные технологии открывают новые возможности использования педагогических приемов в традиционной коррекционной методике:

1) возможность подобрать материал разной степени сложности; конкретному ребенку всегда можно предложить именно то, что в данный момент соответствует его возможностям и задачам обучения;

2) сделать “видимым” проблемы в развитии ребенка, трудно обнаруживаемые в традиционном обучении; показать, как трансформировать выявленные проблемы в специальные задачи обучения;

3) сформировать у ребенка процесс осмысливания собственных навыков;

4) занятие на компьютере создает более комфортные условия для успешного выполнения упражнений;

5) появляется возможность освоить обучающимся модели коммуникации с вымышленными героями компьютерной программы, как основные для освоения межличностной коммуникации;

6) обучающийся стремится исправить увиденную ошибку, ищет приемы самоконтроля, ориентируясь на привлекательную графику;

7) во время коррекционных занятий с использованием компьютерной программы у обучающихся исчезает негативизм, связанный с необходимостью многократного повторения определенных правил, формул; появляется уверенность в своих силах и желание продолжить свое обучение, повышается мотивация в трудной для него работе;

8) дети меньше утомляются, дольше сохраняют работоспособность;

9) глядя на экран монитора, ребенок сам видит результат своей работы.

Таким образом, использование цифровых технологий и компьютерной программы повышает мотивацию не только за счет игровой стратегии, на которой программа базируется, но и потому, что ребенок получает одобрение, похвалу не только со стороны взрослых, но и со стороны компьютера.

В процессе работы в области применения цифровых технологий на уроках и занятиях кружка можно отметить:

1. повышение уровня познавательных процессов часто и длительно болеющих детей и у детей с ОВЗ, благодаря применению информационных технологий.

2. повышение уровня личного профессионализма в области информационных технологий и методики коррекционно-развивающей работы.

3. формирование мотивационных компонентов деятельности у большинства обучающихся.

Одним словом, проводя уроки и занятия кружков с использованием цифровых технологи, мы пользуемся принципом: «Тебе скажут — ты забудешь. Тебе покажут — ты запомнишь. Ты сделаешь — ты поймёшь» — это утверждение лишней раз убеждает нас в необходимости использования информационных технологий в учебном процессе для часто и длительно болеющих детей и детей с особыми образовательными потребностями.

Список литературы

1. Апатова Н.В. Информационные технологии в школьном образовании. М.: Полиграфический участок Института общеобразовательной школы Российской академии образования, 1994. 216 с.

2. Бабанский Ю.К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса: методические основы. М., 1982. 375 с.

3. Буйлова Л.Н. Педагогические технологии в дополнительном образовании детей: теория и опыт. М.: 2002.

4. Голованов В.П., Методика и технология работы педагога дополнительного образования / В.П. Голованов. М., Владос, 2004.

5. Гончарик Н. Г. Цифровые мультимедийные технологии – смысловые средства передачи информационного содержания // Проблемы создания информационных технологий: сб. науч. тр. – 2012. – Вып. 21. – С. 74-76.

6. Джашитов В. Э. Мультимедийные информационно-компьютерные технологии в научно-образовательных курсах лекций и экспресс-контроле знаний по точным наукам / В. Э. Джашитов, В. М. Панкратов, А. В. Голиков // Информ. технологии. – 2011. – № 1. – С. 44-48

7. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года // Вестник образования. 2002. № 6. С. 11–40.

8. Кравцова А.Ю. Основные направления использования зарубежного опыта для развития методической системы подготовки учителей в области информационно-коммуникационных технологий (теория и практика). М.: Образование и Информатика, 2003. 232 с.

9. Цифровые образовательные ресурсы как составляющая часть электронного образовательного пространства учителя. <http://www.bestreferat.ru/referatcategory-18-1.html>;

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ МОНИТОРИНГА ВЫЯВЛЕНИЯ ЧБД СРЕДСТВАМИ «ДНЕВНИК.РУ» ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Н.Н. Кузнецова¹, канд. биол. наук, доцент,
кафедра педагогики и психологии;*

Н.В. Маркова², заместитель директора;

С.В. Никольская², учитель информатики

*¹ГАОУ ДПО «Архангельский областной институт открытого образования»,
г. Архангельск, РФ;*

*²МБОУ городского округа "Город Архангельск" "Средняя школа № 52 имени Героя
Советского Союза Г.И. Катарина", г. Архангельск, РФ*

Здоровье детей является специфическим медико-социальным индикатором качества жизни. Однако, наличие факторов риска, как внешних, так и внутренних, увеличивают риск заболеваемости. В медицинском понимании риск - есть сочетание условий, которые значительно повышают вероятность утраты здоровья, возникновения рецидивирования и прогнозирования болезней, а факторы риска - определённые неблагоприятные воздействия, характеристика обстоятельств, которые в совокупности снижают резистентность организма и его развитие (Ю.Е. Вельтищев).

Проживая в Арктической зоне, будем рассматривать проблему с учетом анализа внешнесредовых факторов. В научной литературе принято выделять специфические и неспецифические климатические факторы Севера (В.И. Турчинский). Неспецифические — это холод, высокая относительная влажность, т.е. факторы, которые встречаются и в других регионах. К специфическим факторам северных широт относится изменение фотопериодизма, колебания атмосферного давления и факторы электромагнитной природы. Отрицательное воздействие этой группы факторов практически не блокируется мерами защиты. В силу этих причин Север предъявляет к организму человека повышенные требования, организм включает защитные физиологические реакции (рефлекторное ограничение глубины вдоха, увеличение функциональной остаточности емкости легких, изменение частоты дыхания, изменение структуры теплопотерь, повышение системного артериального давления и др.).

Проводя анализ содержания Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области», следует отметить, что по данным эпидемиологического надзора в Архангельской области в 2020 году отмечалось снижение заболеваемости по 32 нозологическим формам. Не регистрировалась заболеваемость такими инфекциями, как дифтерия, краснуха, корь, эпидемический паротит, полиомиелит. В 2020 году, как и в предыдущие годы, наибольший удельный вес составляют болезни органов дыхания, в том числе и у детского населения.

В структуре общей заболеваемости, заболеваемость системы органов дыхания у детей 0-14 лет составила в 2020 г. 63,8%, у подростков 14-17 лет – 57,1%. Заболеваемость в структуре совокупного населения увеличилась: ОРВИ на 16,2%, внебольничной пневмонией по сравнению с 2019 годом в 1,7 раза (соответственно 8562 и 14859 случаев). Эти показатели выше, чем по Российской Федерации.

В сложном комплексе неблагоприятных факторов Севера выделяют 3 группы экзогенных причин, вызывающих значительное напряжение дыхательной системы человека и способствующих возникновению легочной патологии (А.П. Милованов):

1. Реальные факторы с выраженным пневмотропным эффектом - холодовое воздействие, а также антропогенное воздействие.
2. Реальные факторы с неясным механизмом действия на дыхательную систему - изменчивость метеофакторов, флюктуирующая гипоксия Севера, геомагнитные возмущения.
3. Гипотетические факторы, тонкие механизмы влияния которых на легкие человека еще не раскрыты.

Особую роль в 2020 году сыграло распространение новой коронавирусной инфекции COVID -19.

Несмотря на то, что северяне имеют специфические морфофункциональные особенности дыхательной системы, системное мониторинговое обследование здоровья часто болеющих детей (ЧБД) не проводится – данная отчетность не является предметом анализа в образовательных организациях, не представляется в качестве показателей в Государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области». Это, скорее всего, обусловлено тем, что ЧБД – это не нозологическая форма, в группу часто болеющих принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, вследствие преходящих нарушений в защитных системах организма. Изучение специфики работы с часто болеющими детьми является предметом научных исследований врачей (А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, З.С. Макарова, С.О. Ключников, В.С. Сухоруков, В.И. Струков, Р.Т. Галеева, С.Л. Морозов, Г.С. Авезова, С.М. Касимова, В.К. Таточенко и др.), но результаты выполненных исследований в недостаточном объеме доносятся до педагогических работников, что затрудняет организацию профилактической и коррекционной работы в системе образования.

В связи с положительными результатами работы школы № 52 в области здоровьесбережения, считаем целесообразным представить опыт субъект-субъектного взаимодействия в области мониторинга здоровья участников образовательного процесса и организации профилактической работы.

Проблема сохранения и укрепления здоровья, обучения часто болеющих детей в школе существует. Усугубляется она тем, что медицинские работники школы не анализируют в общей структуре заболеваемости эту категорию

школьников. Нами проведен мониторинг выявления часто болеющих детей и подростков за период 2017–2021 учебный год средствами «Дневник.ру». Организация мониторинга в школе вызывает определённые трудности. Нет системы сбора, хранения, анализа и использования полученной информации для решения проблем здоровьесбережения. Это связано, в том числе, и с отсутствием статистических данных у медицинских работников школы по выявлению часто болеющих детей и причин их заболеваемости. На основании сведений из классных журналов, справок от врача классные руководители составляют паспорта здоровья классов. Но наиболее трудным моментом для администрации школы является систематизация и обобщение полученных от медработников и классных руководителей сведений, их наглядное оформление и отслеживание какой бы то ни было динамики.

В связи с переходом школы на работу с электронным журналом на платформе «Дневник.ру» появилась дополнительная возможность и инструмент организации мониторинга посещаемости детей, причин их отсутствия, выявления часто болеющих детей по всей школе и отдельно по каждому классу. На основании отчётов о посещаемости в разделе «Отчёты» платформы «Дневник.ру» можно сделать вывод, что при средней посещаемости по школе за 2020-2021 учебный год 89% по болезни пропущено 6,1% уроков. Анализируя данные за последние четыре учебных года можно сделать вывод, что численность пропусков уроков по болезни растёт (табл.1, рис.1). Снижение этого показателя в 2020-2021 учебном году связано, скорее всего, с дистанционным обучением в 4 четверти.

Таблица 1

Динамика заболеваемости учащихся за период 2017-2021 уч. г.

учебный год	% посещаемости	всего пропусков	пропуски по болезни (Б)	кол-во уроков * кол-во учеников	% пропусков уроков по болезни
2017-2018	91	70993	36903	755279	4,9
2018-2019	89	81662	43506	776869	5,6
2019-2020	91	67112	38704	739365	5,2
2020-2021	89	75988	43234	713604	6,1

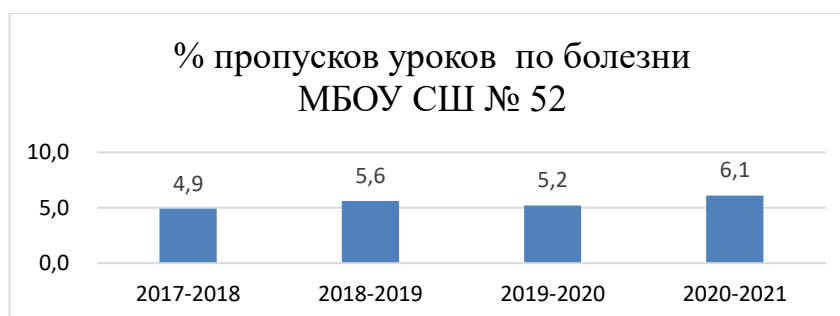


Рис. 1. Анализ данных пропусков уроков по болезни

Есть возможность отслеживать динамику заболеваемости по сезонам (табл. 2) и по месяцам.

Таблица 2

Динамика заболеваемости по сезонам и месяцам

	% посещаемости	всего пропусков	пропуски по болезни (Б)	кол-во уроков * Кол-во учеников	% пропусков по болезни
1 сентября - 30 ноября	89	28063	16804	254278	6,6
1 декабря - 28 февраля	88	28068	15969	229385	7,0
1 марта - 31 мая	90	47925	26430	459326	5,8

Проводя такой мониторинг по классам (рис. 2) администрация может выяснить, в каких классах проблема с часто болеющими детьми стоит наиболее остро, целенаправленно выяснять причины таких ситуаций и разрабатывать дорожные карты их решений.

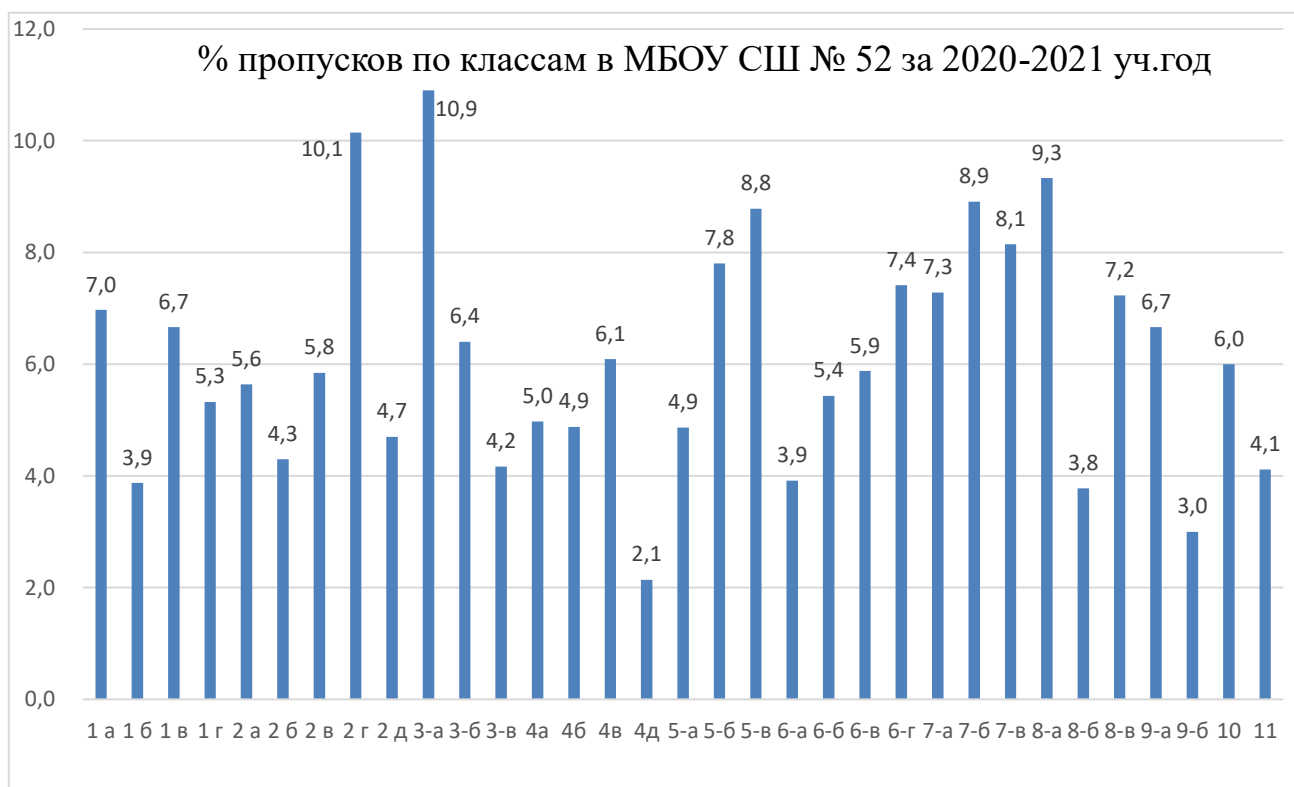


Рис. 2. Сравнительный анализ пропусков обучающихся в МБОУ СШ № 52 за 2020-2021 учебный год по классам

Используя в разделе «Отчёты» отчёт по классам автоматически формируются списки часто болеющих детей и их количество по параллелям и ступеням образования, что также удобно для систематизации и обобщения

информации и работе с ней администрации школы. Это помогает формировать программу работы с такими детьми и их родителями на уровне школы.

Важным направлением в деятельности школы является работа с родителями. В силу определенных причин в последнее время она больше направлена на просвещение родителей в таких вопросах, как профилактика различных форм девиантного поведения у детей и подростков.

Одной из самых востребованных форм работы с семьями остается родительское собрание. Так как самые распространенные заболевания у часто болеющих детей это - заболевания органов дыхания, часто обусловленные ослабленным иммунитетом, то на собраниях делается акцент на таких вопросах, как

- формы закаливания детей и подростков;

- гигиена одежды и обуви;

- режим дня;

- рациональное питание школьников с учетом сезонных изменений в природе;

- организация занятости детей и подростков в системе дополнительного образования: бассейн и секции общефизической подготовки.

С целью повышения эффективности родительских собраний школа осуществляет межведомственное взаимодействие. Нашими партнерами в организации просветительской работы являются Архангельский областной центр медицинской профилактики, Северный Государственный Медицинский Университет, Архангельский медицинский колледж. Участвуют в работе с родителями не только сотрудники этих учреждений, но и студенты-волонтеры.

Администрация школы, организуя родительские собрания, привлекает также и учащихся, например из классов «Здоровый стиль» и «Здоровейка», созданных по инициативе школы и сотрудников Архангельского центра медицинской профилактики. Ведущим направлением воспитательной работы в таких классах является пропаганда здорового образа жизни.

Значимую помощь родителям, в том числе часто болеющих детей, оказывают мероприятия, организуемые Архангельским центром медицинской профилактики. Родители наших школьников участвуют в областных родительских собраниях, проводимых специалистами данного центра с привлечением сотрудников Архангельского областного института открытого образования (АО ИОО). Формы помощи семьям, чьи дети относятся к категории часто болеющих детей, на собраниях всегда обсуждаются с различных позиций. Родителям предоставляется возможность получить информацию, проконсультироваться с медицинскими работниками, приобрести разнообразную печатную продукцию.

К активным формам работы с родителями в нашей образовательной организации можно отнести «Школу для родителей». Здесь для немногочисленной группы взрослых, объединенных общей проблемой

(например, часто болеющий ребенок) организуются занятия, в проведении которых задействованы медицинские работники наших организаций-партнеров и педагоги.

Актуально становится информирование (просвещение) родителей с использованием Интернет-ресурсов через группы классов ВКонтакте и школьный сайт. Родители в любое время могут познакомиться с размещенной информацией (видеоматериалы, памятки, рекомендации и т.п.).

Анкетирование родителей в данном направлении работы позволяет сделать следующий вывод: взрослые с интересом изучают предлагаемую для них информацию, занимаются самообразованием, но в реальную жизнь удается не всегда претворять рекомендации специалистов и помогать детям формировать навыки по предупреждению заболеваний.

Таким образом, данные частоты заболеваемости учащихся школы, полученные в результате работы специалиста школы с электронным дневником, позволяют администрации выстроить определенную профилактическую работу по данному направлению со всеми участниками образовательных отношений.

1.3. ОБУЧЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ДЕТЕЙ С ОВЗ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОБЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ШКОЛАХ САНАТОРНОГО ТИПА.

УДК:371.21

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*Е.В. Ботулева
МБОУ «СШ № 24»,
г. Смоленск, РФ*

Аннотация: особенности организации образовательной среды для детей, находящихся на лечении в больнице. Адаптация образовательной программы к условиям медицинского учреждения и особенностям процедуры лечения.

Ключевые слова: педагоги, образовательная среда, образовательный процесс, медицинское учреждение.

Каждый ребенок в нашей стране имеет право на получение образования независимо от места его пребывания [8].

По данным Минздрава России, ежегодно 6 миллионов детей по разным основаниям и на разные сроки находится на стационарном лечении в детских больницах, из них около 250 тысяч – на длительном лечении. Дети с разной этиологией и характером течения заболевания могут находиться в медицинской организации как короткий (до 21-го дня), так и длительный период времени (больше 21-го дня). При длительном лечении у детей появляется эмоциональное напряжение, связанное с нарушением привычного образа жизни, в который входят: общение с родственниками, друзьями и одноклассниками. Это может привести к нарушению взаимоотношений в системе «ребенок – социум» и быть причиной психологических проблем у ребенка. Вторая причина – это прерывание образовательного процесса, в ходе которого происходит отставание ребенка в учебе, снижение уровня знаний, по сравнению с одноклассниками, что может привести к потере уверенности в себе в дальнейшем будущем. Особенно такому подвержены обучающиеся 9-ых и 11-ых классов, которые в дальнейшем должны сдавать экзамены для получения аттестата об основном общем или среднем общем образовании и поступления в средние или высшие учебные заведения.

Поэтому на сегодняшний день во всем мире активно используется термин «госпитальная педагогика», которая направлена на формирование эффективной образовательной среды для детей, находящихся на лечении в медицинских учреждениях. Задача образовательной организации, имеющей лицензию на работу в медицинских учреждениях, выстроить совместную работу с руководством и персоналом медицинского учреждения, а также с родителями (законными представителями) ребенка. Для получения

положительной динамики в освоении образовательной программы у обучающихся необходима полная согласованность действий врачей, педагогов, родителей (законных представителей) и самого ребенка.

При определении содержания образовательного процесса необходимо учитывать несколько факторов: условия медицинского учреждения, характер течения болезни, способность ребенка к обучению, психофизическое состояние. Так как у детей в связи с лечением и особенностями диагноза изменение физического и психологического состояния может происходить достаточно быстро и часто, даже в течение дня, а при ухудшении состояния занятие необходимо прекратить немедленно и возобновлять только при стабильном состоянии ребенка и с разрешения лечащего врача. Построение образовательного процесса предполагает адаптацию образовательной программы не только к особенностям диагноза детей, но и к динамике численности обучающихся (прибытия и выписки пациентов).

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя школа № 24» города Смоленска уже на протяжении длительного времени осуществляет образовательную деятельность на основании лицензии в ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница» по адресу: г. Смоленск, поселок Гедеоновка, д. 10 [4,5].

За годы работы создана система, которая позволяет осуществлять эффективную образовательную деятельность в медицинском учреждении с учетом его специфики. Педагоги осуществляют обучение детей, находящихся в больнице, с разной этиологией болезни и характером лечения, применяют индивидуальный подход к каждому ребенку, определяют объем необходимой для изучения информации по предметам, формы и методы работы, а также систему оценки достигаемых результатов.

Мы используем классно-урочную систему, которая адаптирована к условиям медицинского учреждения – «один возраст (разный возраст) – один класс – одна программа и содержание обучения – разный период обучения», что позволяет включать в образовательный процесс детей, которые находятся разное количество дней в больнице, и тех, кто проходит курс лечения периодически в течение года. Максимальный общий объем недельной образовательной нагрузки на обучающихся установлен «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 (СП 2.4. 3648-20) [6].

Наш подход в обучении детей, находящихся на лечении, – это применение различных требований, исходя из их личных возможностей и условий реабилитации [8,9]. Главными условиями эффективности индивидуального подхода обучения являются:

- установление доверительного контакта с ребенком, создание благоприятной атмосферы во время занятий, сохранение позитивного настроения;

- исключение любой возможности возникновения стрессовой ситуации для ребенка;
- изучение диагноза ребенка, особенностей лечения;
- координация воспитательной, обучающей и лечебной деятельности врачей, медсестер, учителей и родителей (законных представителей);
- учет уровня обученности и длительности пребывания в больнице;
- создание системы посильных учебных заданий, познавательных задач, игровых ситуаций, дифференцированной помощи каждому ребенку с учетом его способностей.

При индивидуальном подходе к ребенку, находящемуся на длительном лечении, наши педагоги соблюдают определенные принципы:

- коррекционная направленность (определение пробелов в знаниях);
- доступность и наглядность обучения (индивидуальный подход к выбору форм и методов обучения для каждого обучающегося);
- ситуация успеха (поддержание у ребенка веры в свои силы и адекватной самооценки) [7].

В процессе обучения используются следующие технологии: ИКТ, здоровьесберегающие, игровые, дифференцированное обучение, которые позволяют работать с детьми с разным уровнем знаний, разными способностями, разными диагнозами и особенностями процесса лечения.

Информационно-коммуникативные технологии позволяют повысить познавательный интерес детей, увеличить объем изучаемой информации. В условиях больницы педагоги используют следующие формы: электронные учебники, презентации, флеш-анимации, видеофрагменты, а также тестовые программы, которые позволяют сразу после прохождения заданий узнавать результат и оценку уровня знаний. При этом оборудование проходит обработку дезинфицирующими средствами. В некоторых случаях, по состоянию здоровья, ребенку противопоказано использование информационных технологий, тогда используются беседы, опорные схемы по отдельным темам, таблицы с краткой информацией, памятки по пройденному материалу, инструкции по выполнению заданий.

С целью обеспечения условий для функционирования принципа индивидуального подхода наши учителя используют следующие учебные приемы, которые можно изменять в зависимости от специфики предмета:

- дифференцированные задания с последующим усложнением;
- познавательные задачи для выведения формул, определения свойств, формулирования правил;
- задания с развернутым ответом для определения уровня усвоенности пройденного материала;
- тестовые задания с одним и несколькими правильными ответами для определения способностей ребенка применять свои знания;
- работа с текстом для проверки способности устанавливать причинно-следственные связи, выбирать правильные утверждения;

- задания по таблице, графику, рисунку для определения умения сопоставлять данные, сравнивать показатели, выбирать необходимые данные [9,10].

Особое значение на занятиях с детьми в условиях больницы отводится сохранению здоровья, поэтому здоровьесберегающие технологии являются неотъемлемой частью каждого занятия у всех учителей-предметников. Данная технология реализуется прежде всего посредством создания обстановки доброжелательности, положительного эмоционального настроения. Часто состояние здоровья ребенка доставляет ему физическую боль, поэтому учителя используют разнообразные формы работы, смену видов деятельности, проведение своеобразных физкультурминуток (для глаз, для рук, для головы и шеи), учитывая индивидуальные возможности каждого ребенка, для сохранения хорошего самочувствия, формирования необходимых знаний, универсальных учебных действий и умения использовать полученные знания в дальнейшем. На каждом этапе своей работы учителя следят за эмоциональным и физическим состоянием детей и четко соблюдают гигиеническую оптимизацию всех этапов урока.

В организации образовательной среды в больнице мы выделяем несколько основных этапов, которые позволяют эффективно организовать процесс обучения с учетом специфики медицинского учреждения.

Первый этап включает в себя:

- оформление документации по организации обучения в медицинском учреждении (договор с медицинским учреждением, заявление родителей (законных представителей), медицинское заключение о возможности обучения ребенка;
- разработка учебного плана;
- согласование расписания занятий с администрацией учреждения;
- формирование педагогического состава, который будет осуществлять обучение;
- беседа с родителями (законными представителям) и лечащим врачом о психофизиологических характеристиках ребенка и особенностях состояния ребенка, курса лечения;
- диагностика психологической адаптации ребенка к условиям больницы (разработана школьным педагогом-психологом, социальным педагогом);
- диагностика обученности обучающегося.

В учебном плане определяется количество уроков, перечень учебных дисциплин, формы контроля уровня знаний и аттестации. Также в учебном плане выделяется определенное количество часов на самостоятельное изучение материала по учебным дисциплинам.

Второй этап – организация процесса обучения в больнице:

- проведение занятий в соответствии с учебным планом и расписанием, а также с учетом состояния ребенка;
- мониторинг психоэмоционального состояния обучающихся;
- проведение контрольно-оценочных процедур;

- проведение промежуточной аттестации;
- проведение ГИА (если обучающиеся 9-го или 11-го класса находятся в больнице в период проведения экзаменов);
- оформление соответствующей документации (журнал учета успеваемости, отчет учителей о прохождении образовательной программы, результаты контрольно-измерительных процедур, характеристики обучающихся).

Каждый этап сопровождается административным мониторингом и методической помощью в течение всего периода организации обучения:

- сотрудничество со школой по месту жительства (обучения) обучающегося;
- контроль работы педагогического состава, осуществляющего обучение в больнице;
- проверка оформления документации;
- мониторинг удовлетворенности родителями (законными представителями) качеством оказания образовательных услуг в условиях больницы.

Считаем, что показателем успешного создания образовательной среды в больнице является 100% охват детей, находящихся на лечении. При этом удовлетворенность образовательным процессом среди обучающихся составляет 95% и родителей (законных представителей) – 96%. При организации процесса обучения 100% детей отметили, что не испытывают эмоциональных проблем при общении с педагогами, материал излагается в доступной форме. По результатам текущей успеваемости 80% обучающихся показывают стопроцентный уровень успеваемости. За последние три года на базе больницы для двух обучающихся, которые находились в больнице длительное время, были организованы пункты проведения ГИА в форме ОГЭ. Данные обучающиеся успешно прошли государственную итоговую аттестацию и получили аттестат об основном общем образовании.

В заключении можно сказать, что образование в стационаре должно быть обязательным элементом лечебного процесса, так как оно эффективно не только для социальной адаптации ребенка к условиям больницы, но и является вспомогательным механизмом процесса лечения. Академик А. Г. Румянцев отмечает, что для ребенка учеба – это основной вид деятельности, и возврат к этой важной составляющей жизни положительно сказывается на самочувствии больного ребенка: «Мы, врачи, работаем над целями излечения ребенка, обучаем его семью медицинским навыкам и знаниям, а цель высокую нашим детям ставит именно педагог, который работает в школе и в больнице».

Если ребенок имеет желание учиться, значит, будет иметь стимул к выздоровлению. Успех в выздоровлении, обучении и развитии обучающихся достигается только в результате совместной деятельности медицинских, педагогических работников и родителей (законных представителей).

Список литературы

1. Клюкина В.М. Адаптация к новым условиям детей, находящихся на длительном лечении в стационаре и их родителей//Образовательная социальная сеть (nsportal.ru). 2019.
2. Лоскутов, А.Ф. Особенности обучения детей при их длительном лечении в стационаре медицинского учреждения. // Физика в школе. 2019. - №4. С. 22-26.
3. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации (утв. Министерством просвещения РФ и Министерством здравоохранения РФ 14 и 17 октября 2019 г.).
4. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.08.2015 №ВК-2101/07 «О порядке организации получения образования обучающимися, нуждающимися в длительном лечении».
5. Письмо Министерства просвещения Российской Федерации от 11.11.2019 №ОВ-1078/03, Министерства здравоохранения России от 07.11.2019 №15-2/и/2-10455 «О методических рекомендациях об организации обучения детей, находящихся на длительном лечении и которые не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации.
6. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28. СП 2.4. 3648-20.
7. Суркова Н.Е. Я все смогу, я все сумею! // «УГ Москва». 2017. №31.
8. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
9. Шариков С.В., Курикалова Н.М. Особенности проектирования образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений. // Третий международный интеллектуальный форум «Чтение на евразийском перекрестке». Материалы форума. Челябинск. 2015.
10. Шариков С.В. Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений // Вопросы детской гематологии и онкологии. 2015. Т. 2. № 4.
11. Шариков С.В. Педагогическая поддержка образовательных возможностей детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах. //Альманах института коррекционной педагогики. 2020. № 40.
12. Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. М.: Смысл. 2001. - 365с.

ОПЫТ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ «УЧИМЗНАЕМ» КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ БУДУЩИХ ПЕРВОКЛАССНИКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*О.Е. Головина
ГБОУ специальная (коррекционная) школа № 91,
г. Краснодар, РФ*

***Аннотация.** Работа региональной площадки Краснодарского края федерального проекта «УчимЗнаем» в летний период направлена на организацию подготовки будущих первоклассников, находящихся на лечении в стационаре, с учетом их самочувствия, возрастных и индивидуальных особенностей.*

***Ключевые слова:** проект «УчимЗнаем», предшкольная подготовка, групповые занятия, индивидуальное обучение.*

В медицинских учреждениях Краснодарского края ежегодно проходят длительное стационарное лечение свыше 10 тыс. детей. Лечение и реабилитация таких детей является длительным процессом, который растягивается на месяцы, а иногда годы. Для обеспечения полноценной образовательной среды в детских больницах для детей, находящихся на длительном лечении, на протяжении 3 лет в Краснодарском крае действует региональная площадка федерального проекта «УчимЗнаем». Федеральный проект «УчимЗнаем» является российской моделью госпитальной школы, функционирует с 2014 года и включает более 20 площадок различных уровней (региональных, флагманских и др.). Задачей проекта «УчимЗнаем» является создание условий для реализации гарантированного права ребенка на получение качественного и доступного образования в условиях длительного лечения и отсутствия возможности посещать обычную школу или детский сад.

Данная статья посвящена опыту работы педагогов ГБОУ специальной (коррекционной) школы № 91 г. Краснодара в летний период, который не прекращается в связи с окончанием учебного года.

Многие родители, погружаясь в болезнь ребенка, искусственно создают условия дополнительной изоляции для своих детей, обесценивая такой важный и сензитивный период развития. Своевременная помощь без отрыва от лечения, в том числе консультационная, дает возможность «сгладить» имеющиеся недостатки и проблемы в развитии, а в ряде случаев даже устранить их, обеспечив тем самым полноценное развитие ребенка. К тому же, в процессе общения и игры формируются так необходимые первые навыки взаимодействия. Поэтому педагоги госпитальной школы продолжали работать с детьми и родителями: проводили разъяснительные и консультативные беседы по включению детей в проект «УчимЗнаем», подключали детей к

онлайн-экскурсиям и различным мероприятиям проекта, в том числе к акции «Памяти павших будем достойны».

ГБОУ школа № 91 имеет в своем штате узких специалистов – дефектологов, логопедов, психологов. В школе на постоянной основе проходят стажировку студенты-дефектологи Кубанского государственного университета. В связи с этим особое внимание педагогов в работе с дошкольниками было уделено развитию сенсомоторных и познавательных функций, развитию речи и мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы детей, имеющих онкологические заболевания.

За летний период педагогами школы были проведены 12 индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих занятий с 24 дошкольниками. Предшкольная подготовка осуществлялась с учетом самочувствия, возрастных и индивидуальных особенностей детей в составе двух возрастных групп: до 4 лет и с 4 до 7 лет детей, находящихся на лечении в стационаре.

Групповые занятия были организованы с учетом пожеланий родителей и обеспечивали возможность публичной самопрезентации детей, их общения, формированию навыков коммуникации друг с другом (ритуальные приветствия и прощания и др.). В совокупности работа педагогов помогла детям получить заряд позитивной энергии и энтузиазма, вызывала улыбки и смех вместе с желанием жить и бороться с болезнью.

Индивидуальное обучение детей проводилось в очном и дистанционном форматах. Для этого в помещении ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края выделено специальное помещение, в котором оборудован класс для занятий с детьми. Использование планшетов, электронной доски, предоставленными компанией Samsung Electronics Co. – технологическим и социальным партнером проекта «УчимЗнаем», позволили педагогам в полном объеме интересно и познавательно провести индивидуальные занятия.

Таким образом, региональная площадка проекта «УчимЗнаем» Краснодарского края, не прекращая образовательной деятельности в летний период, продолжает способствовать полноценной жизни ребенка в период борьбы с болезнью, его выздоровлению и социализации, успешной подготовке к поступлению в первый класс.

Список литературы

1. Агафонова С.А. Арт-терапия как средство психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья// сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции «Психологическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательного учреждения», АмГПУ. 2014.

2. Атлы С.Б. Учитель в больнице: социальный, профессиональный, человеческий аспект деятельности// Сетевое издательство "Слово учителю". 2017.

УДК: 373.31+376.24

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ.

Т.А. Костырева

*Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Архангельская санаторная школа – интернат №1»
г. Архангельск, РФ*

***Аннотация:** в данной статье рассмотрены особенности обучения часто и длительно болеющих младших школьников. Проанализированы психолого-педагогические проблемы, которые могут возникнуть в учебном процессе. Обозначены цель, задачи и специфика организации обучения часто болеющих младших школьников.*

***Ключевые слова:** часто болеющий младший школьник, факторы риска, педагогическая работа, здоровьесберегающая среда.*

Сегодня, в период социально-экономического переустройства общества, по данным многих исследователей, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков (А.А. Баранов, М.М. Безруких, С.П. Ефимова, Н.И. Быкова, Л.А. Кожевникова, Л.И. Дручина, А. Лекманов, А.Г. Румянцев, В.Н. Касаткин и др.). Неудовлетворительные показатели состояния здоровья детей, обучающихся в учебных заведениях, являются актуальной проблемой современности. Практика современной школы в последние годы выдвигает целый ряд острых проблем, связанных с нарастающим ухудшением состояния здоровья учащихся. В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70–75%, а 15-20% имеют хронические заболевания [3]. Часто болеющие дети (ЧБД), таким образом, являются самой большой группой детей, нуждающихся в системной медико-психолого-педагогической поддержке.

К категории часто болеющих относят детей, наиболее подверженных респираторным инфекциям (4 и более эпизодов ОРЗ в год). Причем повышенная заболеваемость ОРЗ у этих детей не связана с наследственными болезнями и приобретенными патологиями, а является следствием изменения иммунной защиты организма.

Прогнозируемые трудности организации педагогической работы с ЧБД.

Как правило, чаще всего острыми респираторными заболеваниями болеют дети, посещающие первый год начальные классы школы. Таким образом, момент поступления в школу является критическим для здоровья

часто болеющего ребенка. Уже к концу первого класса у таких школьников имеют место негативные психологические переживания, обусловленные низкой самооценкой сформированности у себя значимых личностных качеств, повышенной тревожностью [2]. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью приводит к трудностям формирования социальных навыков и закреплению таких негативных черт характера, как замкнутость, скованность, грубость, раздражительность и т.п.

Болезнь ослабляет ребенка, ухудшает состояние его нервной системы. Ослабленные, часто болеющие дети, как правило, имеют низкую, неустойчивую работоспособность, повышенную утомляемость, они не могут сосредоточиться на выполнении задания, легко отвлекаются, что неизбежно ведет к целому комплексу трудностей в обучении, особенно на начальном этапе. Частый пропуск занятий усугубляет ситуацию, а попытки догнать пропущенное, когда ребенок еще не оправился от болезни, не улучшают здоровье.

На основании исследований Е.Г. Головановой [5] установлено, что частое отсутствие по причине болезни ребенка на занятиях в начальной школе, если не принимать соответствующих воспитательных усилий со стороны учителя, негативно сказывается на его межличностных отношениях и является одним из факторов непринятия его группой сверстников (высокостатусных членов группы) в классном коллективе.

Круг общения часто болеющего школьника ограничен, присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей), стремление получить от них помощь. Часто такие дети растут и развиваются в обстановке гиперопеки. Общение с ребенком становится схематичным: на все случаи даются прямые советы, разъясняются варианты поведения. Таким образом, нивелируется стремление к самостоятельности, что, в свою очередь, не может не сказаться на процессе и результатах обучения. При этом многие родители опекают больного ребенка чрезмерно и, боясь очередного заболевания, не дают ему в достаточной мере развиваться, лишая прогулок и общения со сверстниками. Учитель и родители должны выработать общую тактику и общие требования к ребенку, сбалансировать нагрузку и профилактические меры.

Таким образом, можно выделить факторы риска возникновения трудностей в обучении часто и длительно болеющих младших школьников, к которым относятся:

- повышенная тревожность;
- снижение мотивации к обучению;
- несформированность элементов учебной деятельности;
- неумение приспособиться к темпу школьной жизни;
- трудности в осуществлении межличностных отношений в классном коллективе;
- организация взаимодействия с родителями ЧБД.

Цель, задачи и специфика организации педагогической работы с часто и длительно болеющими младшими школьниками.

Целью работы педагога с ЧБД является создание благоприятных условий для успешной адаптации, обучения и развития школьника.

Задачи педагога начальной школы, в первую очередь, должны быть направлены на оказание психологической помощи часто и длительно болеющему ребенку:

1. стабилизация эмоционального состояния, снижение тревожности;
2. профилактика переутомления;
3. формирование «внутренней позиции школьника»;
4. развитие навыков взаимодействия в группах детей и в классном коллективе;
5. содействие родителям в осознании мотивов своего отношения к часто болеющему ребенку, собственных внутренних конфликтов и личностных качеств, формирование у родителей конструктивных форм взаимодействия с детьми.

Что может сделать учитель, чтобы часто болеющие дети не стали отстающими?

1. Оказывать больше внимания.

Всем детям приятна забота и заинтересованность со стороны учителя. С часто болеющими детьми нужно лишь временное усиление, чтобы помочь пройти период адаптации после болезни, «встать на учебные рельсы» и выстроить отношения с одноклассниками.

2. Не торопить.

Не просить сразу работать в полную силу, когда ученик только вышел в школу после болезни. Лучше подождать с написанием проверочных работ за время его отсутствия — велика вероятность, что из-за ослабленности и стрессовой ситуации ребенок будет выполнять задания не в полную силу и получит оценки, не отражающие его реальных знаний.

3. Поддерживать ощущение успешности.

Хорошо понимать слабые места конкретного ребенка и выстроить работу на уроке таким образом, чтобы ребенок мог, наоборот, продемонстрировать свои сильные стороны. Задайте ученику вопрос, ответ на который он точно знает, или попросите его объяснить соседу по парте тему, в которой он силен, чаще хвалите за дельные комментарии и добавления к ответам других учеников.

4. Организовать дистанционное обучение, когда острый период болезни уже позади.

Для организации дистанционного обучения можно использовать онлайн-ресурсы и сервисы, которые позволяют учителю выдавать ученикам индивидуальные задания, видеть результат и, таким образом, давать им возможность заниматься параллельно с классом.

Оптимальной моделью организации электронного обучения для обучающихся начальной школы является смешанная модель (частичное использование электронного обучения и бумажного носителя).

Необходимо работать и с родителями, ведь теперь ребёнок учится дома, и только они могут организовать этот процесс эффективно. Поручая им какую-то задачу, педагог должен обеспечить родителей учеников ресурсами: научить, объяснить, показать, дать образец, выслать материалы, ответить на вопросы. И, как в случае с детьми, необходим контроль и обратная связь. Составьте для родителей подробную технологическую карту. Пропишите в ней алгоритм их действий по каждой из учебных задач.

Существует несколько форматов дистанционного обучения с помощью интернета: тестовая форма, аудиоурок, видеоурок, аудиоконференция и видеоконференция. Рекомендуемые бесплатные платформы для создания и проведения онлайн – уроков: Skype, Uchi.ru, ЯКласс, Google Classroom, Zoom, Discord, Core и др. Выбор зависит от предпочтений учителя и технических возможностей обучаемых.

Однако, учитывая ослабленное здоровье ЧБД и отрицательное воздействие на зрение работающего монитора компьютера, предлагаем использовать в процессе обучения запись коротких видеороликов длительностью не более 5–7 минут (и меньше) вместо 45 минут урока по обозначенным темам. Учитель может записывать их дома, даже с помощью телефона, делать ссылки на просмотр фильмов или на аудиопрослушивание книг или их фрагментов, связанных с изучаемым материалом, а ученик, в свою очередь, может работать с этим роликом в любое удобное время. Пример такого ролика для обучающихся 3 класса по теме «Деление двузначных чисел» можно посмотреть, перейдя по ссылке: https://vk.com/video?z=video166084519_456239139%2Fpl_cat_updates

Также задачей образовательного учреждения и учителя является создание *здоровьесберегающей среды* для часто и длительно болеющего ребенка. Не случайно ст. 51 закона «Об образовании» гласит: «Образовательное учреждение создаёт условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников». Федеральный закон «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения» ст. 28 вменяет системе образования санитарно – гигиенические требования, охраняющие здоровье детей.

В санаторной школе – интернат №1 г. Архангельска, где я работаю 25 лет, накоплен определенный опыт в этом направлении. Школа одновременно является лечебным и образовательным учреждением для детей с патологией позвоночника, работает в режиме круглосуточного пребывания детей при пятидневной рабочей неделе. Режим работы школы построен на основе сочетания медицинских и педагогических мероприятий.

Уроки, длительностью 40 минут, проводятся в хорошо проветриваемом помещении и сопровождаются обязательной, специально разработанной

физкультминуткой с элементами самомассажа и дыхательных упражнений, которые, как известно, являются профилактикой ОРЗ, снимают утомление и способствует повышению работоспособности обучающихся. В расписание, наряду с общешкольными дисциплинами, внесены уроки лечебной физкультуры и плавания.

Кроме того, система воспитательной работы школы направлена на формирование у школьников навыков здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью. Эта задача реализуется через цикл классных часов по здоровью, спортивных мероприятий «Поморские старты», «Папа, мама, я – спортивная семья!», «Будь здоров!», «Смотр строя и песни, посвященный 23 февраля». Ежегодно, в начале апреля, проводится Декада здоровья, которая включает викторины, игры, выставки плакатов и рисунков на тему «Быть здоровым – здорово!», спортивные флешмобы, уроки Здоровья, театрализованные представления.

В школе функционирует медицинское отделение, которое, помимо своей основной деятельности – профилактики и лечения патологий позвоночника обучающихся, проводит работу, направленную на оздоровление часто и длительно болеющих детей: дополнительная витаминизация, комплекс физиотерапевтических процедур и закаливание. Врачи контролируют составление расписания уроков с учётом лечебно-охранительного режима, осуществляют методическое руководство деятельностью педагогического персонала по вопросам лечебно-профилактической работы. Тщательно организованный режим дня: пятиразовое питание, тихий час, прогулки на свежем воздухе (не менее трех раз в день), чередование учебной нагрузки и отдыха способствуют укреплению иммунитета часто и длительно болеющих детей и снижают риск возникновения рецидивов.

Исследования, проведенные в школе, показали эффективность такой профилактической работы. Количество часто болеющих младших школьников после двух лет пребывания в учреждении снижается в среднем на 1,5- 2% (2019-2021 гг. с 8,7% до 5,8%). Кроме того, уменьшились число обострений заболеваний ОРВИ в течение учебного года на 2% и продолжительность ОРВИ легкой степени с восьми дней до 4-5 дней. Возможно, результаты могли быть и выше, но в нашей школе сменный состав обучающихся, некоторые поступают только на один год и у них динамику улучшений проследить сложно.

Таким образом, эффективное обучение часто и длительно болеющих младших школьников предусматривает систему медико-психолого-педагогического поддержки обучающихся, установление позитивных и доверительных отношений на основе сотрудничества и взаимопонимания, создание ситуации успеха в учебной деятельности, организацию индивидуально-дифференцированного подхода в учебно-воспитательном процессе, повышение социального статуса ЧБД среди сверстников,

регулирование физической и умственной нагрузки и профилактическую работу по сохранению и укреплению здоровья.

Список литературы

1. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т.2. №3. С.116 – 125.
2. Бадьина Н.П. Динамика показателей школьной адаптации часто болеющих учащихся начальных классов // Вопросы психологии. 2007. № 1. С. 53 – 62.
3. Бадьина Наталья Петровна. Психологические условия адаптации часто болеющих детей в начальной школе: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07: Москва, 2004. 195 с.
4. Бадьина, Н.П. Часто болеющие дети: психологическое сопровождение в начальной школе. М.: ГЕНЕЗИС, 2007.
5. Голованова Е.Г. Взаимосвязь социометрического статуса и уровня школьной тревожности у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Актуальные проблемы общества, науки и образования: современное состояние и перспективы развития. Материалы II-международной научно-практической конференции. Курский институт социального образования (филиал) ФГБОУ ВПО РГСУ, 2015. С. 80–85.
6. Жукова С.В. Эффективная организация электронного обучения в начальной школе // Актуальные вопросы профессиональной подготовки современного учителя начальной школы. 2018. № 5. С. 48-59.
7. Полякова С.В., Ракутина Д.В. Организация работы с родителями в рамках дистанционного обучения в начальной школе // Теория и практика современной педагогики: Сборник статей Международной научно-практической конференции. Пенза, 2020. С. 88-92.
8. Романцов М. Г., Мельникова И. Ю. Часто болеющие дети: не только медицинская, но и психолого – педагогическая проблема // Проблемы педагогики. 2016. № 9 (20). С. 1-8.

УДК: 376.23

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Т.Л. Воронько
ГК ОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28»,
г. Ростов-на-Дону, РФ

Аннотация. В статье говорится о нормативно-правовом регулировании в актуальной редакции 2019–2021 годов организации обучения детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные учреждения, и практике освоения ими основных общеобразовательных программ с применением исключительно электронного обучения,

инновационных дистанционных образовательных технологий в «Центре дистанционного образования детей-инвалидов».

Ключевые слова: *дети-инвалиды, образовательная среда, инновационные технологии.*

На основании обновленной редакции Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, принятой Государственной Думой 18 июля 2019 года, одобренной Советом Федерации 23 июля 2019 года и подписанной Президентом РФ В. Путиным 26 июля 2019 г. № 232-ФЗ, а именно: статьи 16 «Реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий», статьи 41 «Охрана здоровья обучающихся»; вступившего в силу с 1 сентября 2021 года и действующего до 1 сентября 2027 года «Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», утвержденного приказом Минпросвещения РФ от 22 марта 2021 г. № 115 и зарегистрированного Минюстом РФ 20 апреля 2021 г. под № 63180, подтверждена с некоторыми изменениями установленная ранее возможность организации обучения детей, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные учреждения.

Нуждающиеся в длительном лечении, находящиеся время от времени в больничном стационаре или условиях прохождения комплексной реабилитации и абилитации учащиеся, могут получать образовательные услуги на дому, в больницах и оздоровительных центрах. Основанием для реализации такой формы обучения являются заключение медицинского учреждения и письменное обращение родителей (законных представителей). [3, 5, 7]

Для практического решения проблем обучения детей, часто и длительно болеющих, а также детей-инвалидов, и оказания методической поддержки при осуществлении их образовательной деятельности разработаны «Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации», утвержденные Минпросвещения России от 14 октября 2019 г. и Минздравом РФ от 17 октября 2019 г.

Продолжая актуальную традицию, заложенную в особенности организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, измененный закон вводит в действие часть новой редакции статьи 16 о реализации основных общеобразовательных программ с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в учреждении, осуществляющем соответствующую деятельность, указывая на создание специальных условий, обеспечивающих освоение названных программ в полном объеме независимо от места нахождения учащихся [5, 7]

Регламентацию и оформление отношений образовательного учреждения и родителей (законных представителей) учащихся, часто и длительно болеющих, а также детей-инвалидов, в части организации их обучения по основным общеобразовательным программам на дому, в медицинских или оздоровительных учреждениях определяет с 1 сентября 2021 года и до 2027 года «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

Стоит вспомнить, что идея дистанционного обучения детей в процессе их лечения применилась на практике за два года до выхода в свет первой редакции закона. В ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» открылась инновационная инфраструктура — «Центр дистанционного образования детей-инвалидов» (далее — ЦДО). Вначале проект Президента РФ В. Путина был физически реализован как эксперимент, однако результативностью своей деятельности ЦДО смог доказать жизнеспособность и целесообразность подобного проектирования в образовании. [5, 7]

Одиннадцать лет ЦДО осуществляет сетевое взаимодействие со своими областными филиалами — Волгодонским, Зерноградским и Новошахтинским, позволяющее охватить обучением и оздоровлением более 700 детей с особыми образовательными потребностями. Все они являются участниками цифрового образовательного процесса в соответствии с их возрастным цензом и психофизическими возможностями, что и определяет построение их персонализированной траектории обучения и оздоровления. Учащиеся мотивированы и определенным образом подготовлены к пользованию сетевого контента, предоставляемого им на условиях защиты современной цифровой образовательной средой (далее — ЦОС).

В процессе обучения администрация ЦДО вместе с родителями (законными представителями) составляют индивидуальные учебные планы (далее — ИУП) с включением в них предметов по выбору, расписание; подбирают учителей, тьюторов и специалистов возрастного развития — психолога, дефектолога, логопеда. В рабочих программах педагогов наблюдаются особенности организации образовательного процесса для детей с различными диагнозами. Таким образом выстраивается персонализированная траектория развития и обучения каждого учащегося [3, 5]

При улучшении или ухудшении состояния здоровья ребенка по заявлению родителей (законных представителей) нагрузка в ИУП пересматривается: происходит ее сокращение или увеличение, составляется индивидуальное расписание уроков, оговаривается их количество в день, время для занятий (первая или вторая половина дня) и отдыха. [5]

Стоит особо отметить обеспечение современной ЦОС ЦДО постоянства прямого выхода на личность учащегося для освоения им заданной

образовательной траектории, где бы он ни находился: дома, в дороге, стационаре на длительном лечении, в другом населенном пункте и т. д. В любом случае образовательный процесс осуществляется непрерывно — или в режиме онлайн: уроки, дискуссии, совместная проектная деятельность и др., или оффлайн: общение через электронную почту, Скайп, сообщения, блоги, социальные сети [5].

У детей с особыми образовательными потребностями и сохранным интеллектом, творческий потенциал и социальный заряд, в том числе и по способности к освоению компьютерных технологий, достаточно высок. Наличие у них неиспользуемого резерва свободного времени и неизрасходованный творческий потенциал позволяют им в дальнейшем осуществлять обучение специальностям, связанным с овладением современными информационно-коммуникационными технологиями (далее — ИКТ).

Возможности ЦОС ЦДО помогают учащимся расширять их информационно-познавательное пространство, поддерживают мотивацию к обучению, интерес к окружающему миру и активно воздействуют на интеллектуальное развитие [1, 2, 4]

Некоторые из применяемых в ЦДО современных цифровых образовательных технологий (форматов):

- дистанционное образование (Онлайн-формат в режиме реального времени. Может быть использован в компакт-форматах — гранулированных.);

- видео-уроки и курсы (Их полную или фрагментарную запись с использованием интенсивных ИКТ и ссылок обучающиеся могут просматривать в удобное для них время. Онлайн- и компакт-формат.);

- форсайт-лаборатория (Образовательное пространство, созданное в конструкторах Гугла, для обучения прогнозированию, построению согласованного образа будущего и ускорения совместных действий по его достижению. Индивидуальные и коллективные дорожные карты позволяют решать поставленные в определенные сроки задачи. Может быть использован в компакт-формате — гранулированном, но обычно это онлайн-формат.);

- аудиокнига (Прослушивание учебного курса в автомобиле, общественном транспорте, дома, в больничном стационаре или оздоровительном центре. Гранулированный формат.); -аудиогид (Запись лекционного материала о предмете обучения с привязкой к визуальному осмотру. Особенность данного формата в необходимости его прослушивания в определенном месте: экскурсии по музеям, памятным местам и т. д. Гранулированный формат.);

- интернет-серфинг (Поиск информации по Интернету на заданную тему с предоставлением отчетности. Может быть онлайн- и компакт-форматом.);

- WIKI-энциклопедизм (Самостоятельная работа обучающихся с базой данных, в результате которой они создают и наращивают уже базу собственную. Может быть как онлайн-форматом, так и гранулированным.);

- социальные сети (Формат неформального обучения, но очень деятельностный. Вход с любого девайса.) оптимизируют образовательный процесс;

- мобильные форматы (Современные приложения — мессенджеры. Организуют постоянную обратную связь педагога с его детьми; персонализируют обучающее пространство при помощи дополненной реальности; повышают мотивацию учащихся за счет использования ими знакомых технических средств и виртуального окружения.) оптимизируют образовательный процесс и др.

Стандарты качества образования являются едиными для всех новых цифровых форматов, продуктивно функционирующих в организации образовательного процесса (кроме соцсетей и мобильных приложений). Их актуальность состоит в том, что ими предусмотрены изменения нашей нервно-психической деятельности в ситуации всесторонней информатизации. Они поддерживаются ЦОС ЦДО и во многом определяют то, как мы учимся, работаем, общаемся и живём.

Использование новых образовательных форматов (технологий) и их цифрового контента поддержано условиями и ресурсами современной ЦОС ЦДО, а это значит, что она наделена способностью к мобильной маневренности в ответ на изменения информационного пространства и может соответствовать социальным запросам и требованиям ФГОС.

С 2018 года мир шагнул в шестой технологический уклад, который будет характеризоваться развитием робототехники, биотехнологии, нанотехнологий, космических технологий, систем искусственного интеллекта, глобальных информационных сетей, интегрированных высокоскоростных транспортных систем и мн. др.

Прогнозировать и создавать новые технологии, пользоваться ими в шестом технологическом укладе придется уже нынешним обучающимся [1, 2, 4].

ЦДО реализует программ дополнительного образования по следующим направлениям:

- Реализация STEM технологий — проект «Инженерный класс» (Цель: создание инновационных элементов системы ранней профориентации и основ профессиональной подготовки в области проектирования, конструирования и программирования. Результат: технический подход учащихся к изучению окружающего мира через развитие у них продуктивного мышления и социальных компетенций при сохранении физического и психологического здоровья.);

- Виртуальная реальность, как инструмент ранней профориентации детей с особыми образовательными потребностями (Цель: формирование профессиональной ориентации по различным ИТ-направлениям в пространстве VR — цифрового трехмерного мира, создаваемого компьютерами. Результат: процесс познания больше не ограничен страницами учебника. VR-технологии

заменяют лаборатории и учебные классы. Учащиеся решают в игровой форме вполне реальные задачи из разных сфер деятельности.);

- Образовательная робототехника и профориентация детей с особыми образовательными потребностями на ее занятиях (Цель: развитие научно-технического творчества и повышение престижа инженерных профессий среди школьников. Результат: развивается способность к решению проблемных ситуаций — умению исследовать проблему, анализировать имеющиеся ресурсы, выдвигать идеи, планировать решения и реализовывать их.);

- Клуб интеллектуальной элиты «Движение вверх» (Цель: вовлечение школьников в научно-исследовательскую деятельность с выявлением одаренных детей и качественного формирования человеческого капитала в условиях инноваций. Результат: самостоятельная творческая деятельность учащихся при решении проектных и исследовательских задач в области науки, техники, искусства и социальной практики в рамках современных требований к научно-исследовательской работе.);

- Совместный проект Министерства информационных технологий и связи и ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» — «Школьный центр космических услуг» (Цель: создание и внедрение практических заданий с использованием геоинформационных и космических технологий. Результат: профессиональная ориентация школьников в мире приоритетных информационных технологий; возможность самостоятельной работы с современным программным обеспечением; участие в мероприятиях по геоинформационной и космической тематике.);

- Инновационная площадка «Электронная образовательная среда» (Цель: постоянное подтверждение инновационности такой модели через особенности условий и ресурсов ЦОС ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» — учреждения, в котором она реализуется. Результат: целесообразность площадки подтверждена действенной поддержкой известных педагогических технологий средствами современных ИКТ с последующим интенсивным формированием ИКТ-компетентности у детей. Новые практики обучения способствуют активизации образовательного процесса, делая его более эффективным.) и др. [7].

Практикой ЦДО установлено, что обучающихся к продуктивным действиям побуждают следующие активные методы обучения:

- проблемный (Предполагает постановку проблемы — ситуация, вопрос, явление — и поиск ее решений через анализ аналогов.);

- исследовательский (Перекликается с проблемным. Только здесь учитель сам формулирует проблему. Учащиеся организуют исследовательскую работу по ее изучению.);

- эвристический (Объединяет разнообразные игровые приемы в форме конкурсов, деловых и ролевых игр, соревнований, исследований.);

- развития критического мышления через чтение и письмо (направлен на развитие критического — самостоятельного, творческого, логического мышления; работают этапы вызова, осмысления и размышления);
- проектов (Предполагает самостоятельный анализ заданной ситуации и умение находить разрешение ее проблемности. Объединяет исследовательские, поисковые, творческие методы и приемы обучения по ФГОС.);

- кейс-метод (Задается ситуация, реальная или максимально приближенная к реальности. Учащиеся ее исследуют и предлагают свои варианты решений с выбором лучших из возможных).

Одним из лучших и устойчивых трендов современного образования РФ является регулируемое актуальными нормативно-правовыми актами дистанционное обучение детей с ОВЗ и/или инвалидностью. Этот инновационный проект научно обоснован и на определенных этапах реализован в РФ. Он имеет достойный опыт своего осуществления, открывая детям, часто и длительно болеющим, доступ к получению общего образования, совершенно новым возможностям для творчества, обретению и закреплению различных профессиональных навыков, вхождению в социум.

Успешно реализовывать такой современный образовательный формат могут лишь определенным образом подготовленные и мотивированные учителя.

Список литературы

1. Ахметова Н.Ш., Никитина В.А., Ульянова М.А. Использование инновационных методов в процессе обучения детей с ограниченными возможностями // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 1. С. 574-577.

2. Кривых Н.И., Багринцева О.Б. Современные образовательные технологии: интерактивность как принцип эффективности // Журнал «Педагогические исследования». 2020. № 2. С. 1-11.

3. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации ((утв. Министерством просвещения РФ и Министерством здравоохранения РФ, 14 и 17 октября 2019 г.).

4. Насырова Э.Ф., Муллер О.Ю. Технологии работы с детьми с особыми образовательными потребностями в условиях сетевой формы реализации дополнительных общеразвивающих программ // Учебно-методическое пособие. 2019. С. 33-56.

5. Приказ Минпросвещения России от 22.03.2021 №115 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

6. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с изменением структуры федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих полномочия в сфере образования и науки» от 26 июля 2019 г. № 232-ФЗ.

УДК: 371.21

ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ МАТЕМАТИКЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Н.В. Присячева, Н.И. Панфилова, Л.Е. Христенко
ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28»,
г. Ростов-на-Дону, РФ*

***Аннотация.** Внедрение дистанционных обучающих систем дает возможность получить качественное образование каждому школьнику в любое удобное время и в любом месте. Такая форма образования позволяет учиться в своем собственном темпе, по индивидуальной траектории, исходя из личностных особенностей.*

***Ключевые слова:** педагоги; основное общее образование; дистанционное обучение.*

Законодательство Российской Федерации каждому ребенку гарантирует вне зависимости от каких-либо обстоятельств доступность и бесплатное получение среднего общего образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами. Для детей, часто болеющих и нуждающихся в длительном лечении, должны быть созданы все необходимые условия получения образования.

В настоящее время педагогами не рассматриваются в характеристике этих детей недостатки, нарушения, отклонения от нормы как неспособность получить качественное образование, а лишь отмечается потребность в особых условиях и средствах обучения.

На базе ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» в 2010 году в соответствии с программой реализации приоритетного национального проекта «Образование», направления «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов» был создан и успешно функционирует Центр дистанционного образования детей-инвалидов. В нашем центре обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья Ростова-на-Дону и Ростовской области по программам начального, основного и среднего общего образования. Это дети с очень ослабленными показателями здоровья, проходящие длительные реабилитационные мероприятия, часто отсутствующие по причинам ухудшения самочувствия.

Ребята обучаются в режиме реального времени по сети Интернет с применением современных информационных и коммуникационных технологий.

Автоматизированное рабочее место учителя и ученика оснащено компьютерами Apple. Комплекты компьютерного оборудования, точка доступа к интернету предоставляются учителям и детям во временное безвозмездное пользование. Дистанционное образование детей с особыми образовательными потребностями предполагает организацию рабочего места учащегося на месте проживания. Рабочие места учителей и других педагогических работников могут быть организованы по месту работы (в школе) или по месту проживания.

Подбор и адаптация педагогических средств и методического оснащения образовательного процесса, качественная индивидуализация обучения с учетом особенностей психофизического развития, режима лечения и реабилитации, максимальное расширение образовательного пространства, непрерывный целенаправленный процесс социализации ребенка — вот лишь основные векторы деятельности учителей Центра в организации обучения с часто болеющими и нуждающимися в длительном лечении детьми-инвалидами.

В индивидуализированной образовательной среде нашего Центра обеспечивается эффективное развитие ребенка и его способностей, формируется положительная самооценка, мотивация к самообучению, побуждение к исследованиям, открытиям и познанию. Такая форма учебного взаимодействия дает возможность учащимся проявить себя, помогает отвлечься от тревог и переживаний, связанных с заболеванием.

Ключевую роль в процессе дистанционного обучения неоспоримо занимает подготовленный к работе с особым ребенком педагог. Родители тоже получают эмоциональную поддержку от осознания того, что их особый ребенок вовлечен в обычную школьную жизнь. Это помогает им справиться с каждодневными требованиями, которые предъявляет болезнь ребенка.

Одним из перспективных направлений педагогической практики учителей математики Центра стало использование облачных технологий для создания образовательного пространства с выходом на совместную деятельность учителей и учащихся. Педагоги получили прекрасную возможность вовлечения обучающихся в образовательный процесс как его активных создателей, тем самым выполняя требования современных ФГОС.

Ориентация на индивидуальную образовательную траекторию учащихся, на расширение образовательной среды приводят к тому, что готовых материалов, существующих в открытом доступе сети Интернет, педагогу не хватает. Поэтому современный учитель становится автором и разработчиком собственных дидактических материалов.

Рассмотрим основные возможности сервисов «электронного облака» для проведения уроков математики, внеурочной деятельности и организации

работы учителей методического объединения с часто и длительно болеющими детьми.

Документы с общим доступом позволяют создавать и редактировать текстовые документы, работать в них удаленно, не загружая на компьютер. Предоставляя «общий доступ для редактирования», отпадает необходимость пересылать документы друг другу, что значительно экономит время для проверки и доработки учебного материала. Имеется возможность применения функции «Формула» при записи математических символов. Поэтому для учащихся, у которых слабо развит навык письма, обычная тетрадь с помощью «облачных технологий» превращается в электронную.

Основная идея использования облачных сервисов Интернет состоит в качестве онлайн-доски. Но также применяются учителями математики в различных целях: создание схем, чертежей, интерактивных рабочих листов (ИРЛ), рисунков для наглядного представления при решении геометрических задач.

Облачный конструктор тестов и опросов - без них не обойтись при создании современного урока. Конечно, это и краткий устный тест на несколько минут урока, и письменная проверочная работа, а можно объединить устные вопросы с письменными. Безусловно, этот сервис удобен тем, что все ответы сохраняются отдельной таблицей. Отчет можно представить в виде диаграмм, который автоматически создается.

Презентации с общим доступом можно применять на отдельном этапе урока или в качестве электронной доски в течении всего урока. Предоставив ученикам доступ для редактирования, появляется возможность одновременно писать, рисовать, чертить, перемещать различные элементы, рисунки, фигуры. Поскольку наши дети обучаются дистанционно, это позволяет ученикам не просто «посмотреть и послушать», а стать активными участниками процесса.

Многоуровневый облачный конструктор сайтов незаменим во внеурочной деятельности преподавателей математики. Позволяет создавать уникальные математические квесты, виртуальные музеи, математические газеты, конкурсы, выставки. Обучающимися используется для создание творческих проектов в рамках недели математики, докладов в рамках научно-практических конференций, исследовательской и проектной деятельности.

В целях развития их математических способностей, закрепления и оценки знаний учащихся в решении заданий, учителя математики активно используют разнообразные интернет-ресурсы, такие как: LearningApps, Wizer.me, Geniale.lu, Padlet, Geogebra, OnlineTestPad, на которых создают собственные авторские интерактивные упражнения и задания.

Созданные учителем материалы хранятся в открытом доступе, и ученик может в любое время воспользоваться ими, многократно повторить изученный материал и ещё раз проверить свои знания.

С целью подготовки к проверочным, контрольным работам, а также к итоговой аттестации (ГВЭ, ОГЭ, ЕГЭ) используются следующие сервисы: ЯКЛАСС, ЯндексУчебник, Учи.Ру, Фоксфорд, Skysmart и др.

Совсем недавно в копилке инновационных инструментов обучения математике прочно занял свое место сервис Skysmart. Бесплатная интерактивная тетрадь по математике с 5 по 11 класс стала одним из средств обратной связи учитель-ученик на этапе закрепления материала в системе удаленной работы с часто болеющими детьми. Сервис содержит специальный раздел «Подготовка к ОГЭ и ЕГЭ». Онлайн-тренажеры генерируют уникальные тестовые варианты, доступные по единой ссылке, но ученики не смогут списывать друг у друга - у каждого будет индивидуальный вариант на основе типового задания. Подготовка становится персонализированной.

Наша школа является площадкой по апробации инновационной модели учительского роста в рамках научно-практической лаборатории «Гуманизация образовательной системы учителя математики в контексте новых ценностей, отношений и технологий контрольно-оценочной деятельности». Контрольные работы представлены в двух вариантах, выполняются поэтапно в течение двух дней. Задания подобраны по уровню увеличения сложности, а также содержат дополнительную информацию с целью формирования функциональной грамотности ученика. Система оценивания действует по накопительным баллам, что позволяет обучающимся получить высокую отметку, проанализировав результаты первого этапа. Выполнение работы второго этапа проводится после рефлексии первого этапа, что значительно снижает уровень стресса ученика во время урока контроля знаний, тем самым повышается продуктивность часто болеющих и длительно отсутствующих учащихся.

Одна из категорий часто и длительно болеющих учащихся в нашей школе, на которой хотим заострить внимание — это слабовидящие и тотально слепые дети. Обучение ребят с нарушением зрения - чрезвычайно сложный и кропотливый процесс. Для организации инновационных методов работы с такими детьми учителя нашей школы получили дополнительное образование тифлопедагога, которое позволило проанализировать ЭОР в сети Интернет. Нам стало понятно, что нет готовых цифровых учебных материалов, учитывающих особенности памяти, мышления и внимания детей данной категории. Чтобы сделать обучение максимально разнообразным и эффективным, педагоги нашей школы создали собственную электронную фонотеку. Это аудио записи по темам основных определений, правил, формул и теорем, чтобы учащиеся при необходимости могли прослушать и актуализировать пройденный материал, использовать его при решении практических заданий. Ведь даже повторить что-то по учебнику Брайля или своей рабочей тетради для таких детей достаточно сложно. Таким образом, данная инновационная практика учебного взаимодействия раскрывала новые возможности для решения проблем в образовании слепых и слабовидящих детей.

С помощью описанных выше разнообразных сервисов в нашей школе активно ведется и внеурочная деятельность. В качестве базисного вектора в процессе внеурочной деятельности было выбрано гражданско-патриотическое направление: воспитание любви к Родине, сохранение памяти о знаменательных датах и событиях, формирование сознания гражданской ответственности за судьбу Отечества, поддержание экологически-чистой среды своего региона, страны и земного шара. Одним из актуальных и инновационных направлений внеклассной работы для часто болеющих и длительно отсутствующих учащихся является сетевой проект. Под сетевым проектом мы понимаем совместную учебно-познавательную, исследовательскую, творческую или игровую деятельность учащихся-партнеров, организованную на основе компьютерной телекоммуникации, имеющую общую проблему, цель, направленную на достижение совместного результата деятельности. Учителями математики нашей школы разработаны различные тематические проекты.

Тематика заданий математического интернет-конкурса «Занимательные задачки по экологии» очень разнообразная: это и биоэкологические, и геоэкологические, социологические проблемы страны, и конечно, проблема природопользования. Сетевой проект «Космос далекий и близкий» был создан ко Дню Космонавтики и к 85-летию со дня рождения Ю. А. Гагарина, чтобы еще раз напомнить детям о важных датах, которые стали символом безграничных возможностей человека над Вселенной. Создавая командную математическую игру, посвященную юбилею Ростовской области, творческая группа учителей математики решила дать ей название «Моя малая Родина». В результате игры ребятам удалось узнать много различных интересных фактов о Ростовской области. В 2020 году педагогами методического объединения учителей математики был разработан долгосрочный образовательный математический проект «Победная летопись войны: цифры и факты». Это огромная совместная исследовательская работа, которую проделали совместно ученики с учителями. Обучающиеся собирали информацию по трем направлениям: «Мои деды и прадеды», «Учителя математики в годы ВОВ», «Роль ученых-математиков в военное время», подготовили и защитили исследовательские проекты «Календарь Победы: хронология событий моей малой Родины». Проект «Победная летопись войны: цифры и факты» стал местом, где хранится героическая судьба каждой семьи. В результате работы мы увидели презентации, видео с авторскими рисунками, стихотворениями, архивными фотографиями, совместные проекты учителей и детей.

Необходимо отметить, что одним из ключевых положительных моментов данных сетевых проектов является то, что практически все они долгосрочные, и часто и длительно болеющие дети могут поучаствовать в них, тогда, когда у них есть для этого физическая возможность, могут ознакомиться с результатами участия других обучающихся и почувствовать себя частью большой школьной семьи.

Дети ежедневно совершают новые победы, стремясь вперед, несмотря на тяжелое самочувствие и борьбу за выздоровление. Наши учащиеся принимают участие во многих международных и всероссийских олимпиадах и конкурсах.

	2018-2020	2019-2020	2020-2021
Международные	57	62	75
Всероссийские	46	51	53

По результатам проведения таких мероприятий ребята получают сертификаты и дипломы призеров и победителей. Даже небольшие успехи всегда мотивируют их к дальнейшему успешному освоению школьной математики. Можно перечислить некоторые из них: онлайн-школа «Фоксфорд»; электронная школа «Знаника»; проект «Меташкола»; интерактивная образовательная онлайн-платформа «Учи.ру»; проект «Инфоурок»; ЦРТ «Мега-Талант» и прочие.

Наша многолетняя работа приводит к замечательному результату, который отражает динамику поступления наших выпускников в ведущие высшие и средние учебные заведения города, области и страны в целом.

	2019	2020	2021
Всего выпускников	36	44	36
Проходят обучение в ССУЗах	21	14	15
Проходят обучение в ВУЗах	11	18	17
Проходят обучение на курсах профессионального мастерства	4	12	4

Все выпускники успешно сдают ГВЭ, ЕГЭ и вступительные испытания при вузах, становясь студентами, которые показывают дальнейшие отличные успехи. Приведенные примеры не исчерпывают всей гаммы инновационных методов и средств педагогического мастерства, с помощью которых учителя математики Центра дистанционного образования стараются сделать интересной жизнь наших особенных учеников. Организация уроков, занятий и внеклассной работы позволяет не только углубить знания обучающихся по предмету, но и развить творческие способности, проектную деятельность и обеспечить оптимальный уровень коммуникации и социализации.

Список литературы

1. Облачные сервисы. Взгляд из России. Под ред. Е. Гребнева. — М.: CNews, 2011. 282 с.

2. Коломийцев М.А. Использование облачных технологий при организации дистанционного обучения учащихся с ограниченными возможностями здоровья// [Электронный ресурс] <https://infourok.ru>

3. Лапина Е. В. Внеклассные мероприятия по математике, проводимые для детей-инвалидов, обучающихся в дистанционной форме. // [Электронный ресурс] <https://infourok.ru>

4. Программа развития ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28».

УДК:376.24+371.21

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ДОМУ И В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Ю.И. Барсукова, И.А. Свиридова
ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей»
г. Москва, РФ

***Аннотация.** Мониторинг организации обучения на дому и в медицинских организациях (в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий) обучающихся из числа обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, нуждающихся в длительном лечении проведен в 85 субъектах РФ.*

***Ключевые слова:** организация обучения; обучение на дому; дети с ограниченными возможностями здоровья; дети-инвалиды; мониторинг.*

Изучение условий обеспечения соблюдения норм законодательства в части реализации прав детей-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, на получение образования на дому, а также в части реализации прав на обучение детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации является одной из задач, стоящих перед Министерством Просвещения РФ.

В 2019, 2020 годах проведен мониторинг организации обучения на дому и в медицинских организациях (в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий) обучающихся из числа обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, нуждающихся в длительном лечении проведен в 85 субъектах Российской Федерации. Во всех субъектах Российской Федерации ведется работа по организации обучения детей на дому по медицинским показаниям, в большинстве субъектов организована система обучения детей в медицинских организациях.

Из 16565,6 тыс. детей по данным мониторинга по состоянию на 01.09.2020 года в организациях, осуществляющих образовательную

деятельность по образовательным программам начального, основного и среднего общего образования, доля обучающихся с ограниченными возможностями здоровья составляет 4,34% (далее – дети с ОВЗ), инвалидов и детей-инвалидов - 1,68% от общей численности обучающихся. Детей, обучающихся на дому, по данным мониторинга – 133003, что составляет 0,93% от общей численности обучающихся (в 2019 г. – 123526 (0,93%)), из них детей с ограниченными возможностями здоровья – 92013, что составляет 69,18% от общей численности детей, обучающихся на дому, детей-инвалидов, обучающихся на дому – 68296, что составляет 51,35% от общей численности детей, обучающихся на дому. Отмечена общая тенденция снижения детей, обучающихся на дому, как по общей численности на 0,32%, так и по численности детей с ОВЗ (на 5,54% от численности детей, обучающихся на дому) и детей-инвалидов (на 4,19% от численности детей, обучающихся на дому). Численность детей, обучающихся на дому, получающих образование исключительно с использованием дистанционных образовательных технологий – 7695 (5,78% от численности обучающихся на дому).

В предмет мониторинга входила оценка ситуации в регионах по обучающимся в медицинских организациях. Детей, обучающихся в медицинских организациях по данным мониторинга – 14092 (0,1% от общей численности обучающихся), из них получают образование исключительно с использованием дистанционных образовательных технологий – 26,19% (3 690 детей).

В мониторинге 2020 года ставилась цель дать оценку ситуации с государственной итоговой аттестацией (далее – ГИА) в регионах, проводимых на дому и в медицинских организациях. Так, в целом в Российской Федерации численность обучающихся 9-х классов составила 1164127 (8,14% от общей численности обучающихся), из них 0,72% (8393 человек) обучались на дому, 0,01% (91 человек) в медицинских организациях и на период сдачи ГИА в домашних условиях сдавали ГИА 719 человек, в медицинских организациях 33. По выпускникам 11-х классов ситуация по данным мониторинга следующая (в связи со сложной эпидемической ситуацией, связанной с распространением COVID-19 ГИА сдавали по желанию обучающиеся, планирующие поступление в профессиональные образовательные организации, образовательные организации высшего образования): численность обучающихся составила 504877 (3,53% от общей численности обучающихся), из них 0,4% (2008 человек) обучались на дому, 0,03% (128 человек) в медицинских организациях и на период сдачи ГИА 447 человек сдавали ГИА в ППЭ на дому, в медицинских организациях - 112.

Ранжирование федеральных округов (далее - ФО) по уровню численности, обучающихся по сравнению с 2019 годом практически не изменилось: сохраняется наибольшая численность обучающихся в Центральном (26,91%) и Приволжском (14,24%) ФО, значительное число детей обучаются в Уральском (11,19%), Сибирском (10,68%), Северо-

Западном (10,48%) и Южном (9,8%) ФО, наименьшая численность обучающихся в Северо-Кавказском (9,24%) и Дальневосточном (6,98%) ФО.

Сведения о численности детей, обучающихся на дому в федеральных округах ранжированы в зависимости от общей численности обучающихся на дому: наибольшая численность обучающихся на дому в Центральном (19,66%), Приволжском (18,29%) и Сибирском (17,06%) ФО, далее значительное число детей, обучается на дому в Южном (11,69%), Северо-Западном (9,11%), Северо-Кавказском (9,98%) и Уральском (7,58%) ФО, наименьшая численность обучающихся на дому в Дальневосточном (6,63%) ФО.

Распределение ФО по численности детей с ОВЗ в зависимости от численности обучающихся в Российской Федерации также не претерпело значительных изменений: Приволжский ФО (19,94%), Сибирский ФО (18,53%), Уральский ФО (14,18%), Центральный ФО (13,44%), Северо-Западный ФО (12,07%), Южный ФО (9,92%), Дальневосточный ФО (7,12%), Северо-Кавказский ФО (4,8%). Вместе с тем, отмечен рост численности детей с ОВЗ во всех федеральных округах: более чем на 35 тыс. в Приволжском федеральном округе, на 19,5 тыс. в Южном федеральном округе, на 15 тыс. в Сибирском федеральном округе.

Распределение ФО по доле детей с ОВЗ в численности детей ФО, обучающихся на дому: Приволжский ФО (19,04%), Сибирский ФО (17,48%), Центральный ФО (15,43%), Южный ФО (12,94%), Северо-Кавказский ФО (9,30%), Уральский ФО (9,25%), Северо-Западный ФО (9,09%), Дальневосточный ФО (7,48%). Аналогичное распределение в 2019 году выглядело следующим образом: Сибирский ФО (19,03%), Приволжский ФО (18,4%), Центральный ФО (16,58%), Северо-Кавказский ФО (10,59%), Уральский ФО (10,10%), Северо-Западный ФО (9,25%), Южный ФО (8,53%), Дальневосточный ФО (7,51%).

Распределение ФО по численности детей-инвалидов в зависимости от численности обучающихся в Российской Федерации: Приволжский ФО (21,33%), Центральный ФО (18,80%), Сибирский ФО (12,41%), Северо-Кавказский ФО (10,32%), Южный ФО (10,25%), Уральский ФО (9,73%), Северо-Западный ФО (9,45%), Дальневосточный ФО (7,7%).

Распределение ФО по доле детей-инвалидов в численности детей ФО, обучающихся на дому: Приволжский ФО (20,81%), Центральный ФО (19,8%), Сибирский ФО (14,34%), Южный ФО (13,9%), Северо-Кавказский ФО (11,04%), Уральский ФО (8,4%), Северо-Западный ФО (7,06%), Дальневосточный ФО (4,65%). Аналогичное распределение ФО по доле детей-инвалидов в численности детей ФО, обучающихся на дому в 2019 году выглядело следующим образом: Центральный ФО (20,63%), Приволжский ФО (19,85%), Сибирский ФО (12,85%), Северо-Кавказский ФО (12,57%), Уральский ФО (10,68%), Северо-Западный ФО (8,51%), Южный ФО (8,22%), Дальневосточный ФО (6,7%).

Детей, обучающихся в медицинских организациях по данным мониторинга – 14092. Основная доля детей, обучающихся в медицинских организациях приходится на Центральный ФО (65,78%). Далее распределение выглядит следующим образом: Приволжский ФО (4,59%), Сибирский ФО (10,58%), Дальневосточный ФО (7,55%) Северо-Кавказский ФО (5,29%), Северо-Западный ФО (4,55%), Уральский ФО (1,15%), Южный ФО (0,52%).

Анализ сведений по численности обучающихся в субъектах Российской Федерации включал в себя анализ сведений о численности обучающихся на дому и в медицинских организациях, в том числе получающих образование только с применением дистанционных образовательных технологий. Проведено изучение сведений об обучающихся 9-х, 11-х классов, получающих образование на дому и в медицинских организациях, в том числе проходящих ГИА в пунктах проведения экзамена, созданных соответственно на дому или в медицинских организациях.

Численность детей с ОВЗ в Российской Федерации по данным мониторинга, обучающихся по адаптированным образовательным программам – 92013 (69,18% от численности детей Российской Федерации, обучающихся на дому).

Из них численность обучающихся на дому по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования (далее – АООП НОО) (подготовительный, 1, 2, 3, 4 классы) - 21786 (23,65%), при этом преимущественно обучение проводится по 1 и 2 вариантам (9727 и 8308 обучающихся соответственно), вариант 3 определен 1943-м обучающимся, вариант 4 – 1808 обучающимся; численность обучающихся на дому по адаптированным основным общеобразовательным программам образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (подготовительный, 1, 2, 3, 4 класс) - 24473 (26,57%); численность обучающихся на дому по адаптированным основным общеобразовательным программам основного общего образования (далее – АООП ООО) (5-9 классы) и адаптированным основным общеобразовательным программам среднего общего образования (АООП СОО) (10-11) - 17688 (19,2%), численность обучающихся на дому по адаптированным основным общеобразовательным программам образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (АООП УО) (5-13 класс) – 28156 (30,57%).

В структуре адаптированных основных образовательных программ наибольший вес составляют программы для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) 57,14% (52629 обучающихся), для обучающихся с задержкой психического развития (далее – ЗПР) 22,05% (20312 обучающихся), удельный вес программ для глухих обучающихся составляет 0,44% (408 обучающихся), удельный вес программ для слабослышащих и позднооглохших обучающихся 0,84% (776 обучающихся), удельный вес программ для слепых обучающихся 0,53% (487

обучающихся), удельный вес программ для слабовидящих обучающихся 1,74% (1605 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (далее - ТНР) 2,24% (2066 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее - НОДА) 10,09% (9291 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (далее - РАС) 4,92% (4529 обучающихся).

Численность детей с ОВЗ в Российской Федерации по данным мониторинга, обучающихся по адаптированным основным образовательным программам в медицинских организациях - 846 (6% от численности детей Российской Федерации, обучающихся в медицинских организациях).

Из них численность обучающихся в медицинских организациях по АООП НОО (подготовительный, 1, 2, 3, 4 классы) - 307 (36,29%), при этом обучение проводится по 1 и 2 вариантам (96 и 99 обучающихся соответственно); численность обучающихся в медицинских организациях по АООП УО (подготовительный, 1, 2, 3, 4 класс) - 63 (7,45%); численность обучающихся на дому по АООП ООО (5-9 классы) и АООП СОО (10-11) - 252 (29,79%), численность обучающихся на дому по АООП УО (5-11 класс) - 224 (26,48%).

В структуре АООП, по которым обучаются дети, проходящие обучение в медицинских организациях, наибольший вес составляют АООП УО 33,92% (287 обучающихся), для обучающихся с ЗПР 30,61% (259 обучающихся), удельный вес программ для глухих обучающихся составляет 0,24% (2 обучающихся), удельный вес программ для слабослышащих и позднооглохших обучающихся 2,01% (17 обучающихся), удельный вес программ для слепых обучающихся 0,47% (4 обучающихся), удельный вес программ для слабовидящих обучающихся 2,72% (23 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с ТНР 11,94% (101 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с НОДА 10,4% (88 обучающихся), удельный вес программ для обучающихся с РАС – 7,68% (65 обучающихся).

Таким образом, изучив условия обеспечения соблюдения норм законодательства в сфере образования в части реализации прав детей-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, на получение образования на дому, а также в части реализации прав на обучение детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации определено, что ряд регионов не использует практику госпитальных школ или не ведет учет численности лиц, находящихся на обучении в медицинских организациях. Необходима разработка единых подходов к учету контингента обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, выбранных формах получения образования, структуре типов нарушения здоровья; необходима разработка законодательных механизмов регламентации образовательной

деятельности, учитывающей специфику обучения детей в условиях стационаров медицинских организаций; необходима разработка программ специальной подготовки педагогов, направленная на понимание ими особых образовательных потребностей конкретного ребенка, особенностей протекания заболеваний и форм взаимодействия в процессе его длительного лечения и обучения на дому.

УДК: 371.21

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ГКОУ РО «РОСТОВСКАЯ САНАТОРНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ № 28» ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИМЕНЕНИЮ В УРОЧНОЙ И ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕТОДА СЕТЕВЫХ ПРОЕКТОВ, С ЦЕЛЬЮ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ МЕТОДОМ СЕТЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

*Е.А. Полина, М.В. Казьмина, И.А. Попова
ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28»,
г. Ростов-на-Дону, РФ*

***Аннотация.** В данной статье представлен практический опыт ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» по организации и применению в урочной и внеурочной деятельности метода сетевых проектов, с целью социализации детей с ОВЗ методом сетевого взаимодействия, а также формирования информационной культуры обучающихся.*

***Ключевые слова:** Центр дистанционного образования детей-инвалидов, ЦДО; образовательное пространство; метод Веб-квестов; метод сетевых проектов; сетевое учебное взаимодействие.*

ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат №28» - уникальное, единственное в ЮФО, учреждение, где учащиеся оздоравливаются и обучаются по программам начального общего, основного общего, среднего общего образования, в том числе с помощью дистанционных технологий. В учреждении, география которого охватывает территорию всей Ростовской области и опирается на функционал трех филиалов, которые расположены в городах Волгодонске, Зернограде и Новошахтинске, обучаются более 700 детей и подростков. С 2010 года на базе школы открыт и успешно функционирует «Центр дистанционного образования детей-инвалидов», в котором обучаются более 500 учащихся города Ростова-на-Дону и Ростовской области, в том числе из отдаленных и труднодоступных районов [3].

Особенности учебного пространства детей, получающих образование в дистанционной форме, имеют свою специфику: дистанционный класс — это уникальная учебная микрогруппа, в которой обучается от 1 до 3-х детей, имеющих схожие образовательные потребности. Положительной стороной такого обучения является то, что каждый ребёнок находится под пристальным контролем педагогов, которые подбирают эффективные методы учебного взаимодействия адекватные для конкретного ученика. Опрос всех учеников

класса происходит практически на каждом уроке. Выполненные домашние задания не только оцениваются, но и комментируются учителем в устной форме с разбором всех допущенных ошибок. Такая среда способствует получению устойчивых предметных знаний. Но подобную образовательная среда вряд ли способствует социализации, так как дети общаются с ограниченным кругом взрослых людей и своих сверстников [3].

Следует отметить, что фундамент социальной активности личности необходимо заложить как можно раньше. Дети с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) в большей степени нуждаются в комплексе последовательных мероприятий, направленных на их включение в общественную жизнь. Мы считаем, что важнейшим направлением социализации детей с ОВЗ, обучающихся в начальной школе, является подготовка к обучению в основной и средней школе, а в дальнейшем и к осознанному выбору профессии и готовности получить образование в любой доступной для них форме. Для того, чтобы профессиональное самоопределение учащихся с ОВЗ было успешным, важно развивать у них активную позицию в отношении к себе, своим возможностям, в связи с осознанием важности и необходимости самоопределения и адекватного отношения к ситуации выбора профессии, основанного на осознании своих желаний и возможностей. На данный момент на рынке труда сформировался целый кластер профессий, в которых люди с ОВЗ могут себя успешно реализовать.

В условиях дистанционного обучения в ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» разработаны и реализуются методы, направленные на активизацию сетевой коммуникации учащихся в смешанных очно-дистанционных и разновозрастных группах и формированию социальных навыков [3].

Используя метод Веб-квестов, мы учим детей с ОВЗ решать предложенные проблемные задания с использованием информационных ресурсов сети Интернет, которые могут быть разноуровневыми по степени сложности и должны быть направлены на развитие аналитического и творческого мышления. Задания веб-квеста могут быть связаны с приключениями или игрой, которые актуальны на данном возрастном этапе, проблемного задания с элементами ролевой игры, для выполнения которых необходимы совместные усилия команды единомышленников позволяют моделировать жизненные ситуации и найти пути решения задач, поставленных условиями квеста.

Учащиеся 1–4 классов ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28», начиная с 2018 года, принимали участие в школьных, региональных, всероссийских сетевых проектах: «Мост Памяти», «Дон литературный», «Познание и творчество», «Краски осени», «Мы и Другие» (ОРКСЭ).

Следующим этапом развития проектной деятельности стал сетевой проект «Математический марафон», автором которого стала ученица 3 класса, а соавтором - её учитель. В этом проекте ребенок смог выйти за пределы игровой деятельности и создать реальный образовательный продукт, вовлекающий других участников образовательного процесса в совместную учебную деятельность. В проекте приняли участие 25 учеников начальной школы, их родители и учителя.

В течение 2020–2021 учебного года учащиеся ГКОУ РО «Ростовская школа-интернат № 28» приняли активное участие в двух масштабных сетевых проектах, организованных Академией биологии и биотехнологии им. Д. И. Ивановского южного федерального университета. Сетевые проекты «Юный биолог» и «Занимательная палеонтология», которые проходили в рамках ежегодной Проектной смены в два этапа и длились более полугода. За это время учащиеся выполнили ряд проектных заданий по выбранной теме, и самые целеустремленные подошли к их защите. Защита проектов учащихся проходила в онлайн режиме 20 мая 2020 и 26 мая 2021 года на платформе Microsoft Teams. Среди семи представленных к защите работ три были выполнены учениками нашей школы, а 14 учащихся нашей школы представили коллективный сайт «В гостях у динозавров».[1] Мотивация учащихся к дальнейшему послешкольному обучению должна начинаться как можно раньше и для детей с особыми образовательными потребностями она ещё более важно. Наши ученики не только познакомились с преподавателями Академии биологии и биотехнологии, но и реально осознали, что они могут там учиться. На защите проектов присутствовали ребята с различными нозологиями и их особенности не явились препятствием к эффективному представлению своих работ. Слушая защиту работ других учеников, понимая, что не только им приходится преодолевать трудности, видя, что многие ребята с этим справляются, наши ученики получили положительный эмоциональный заряд к дальнейшему обучению.

Анализ итогов участия в сетевых проектах показал, что проекты дают возможность участникам с ОВЗ сплоченно работать в команде, узнавать об исследовательской работе и применять знания на практике, способствовать сплочению участников разного возраста в командах, позволяют углубить знания по тематике проекта [2].

Таким образом, метод сетевых проектов – это эффективное средство социализации детей с ОВЗ, реализации ФГОС в образовательном пространстве учебно-исследовательской деятельности, в котором формируются универсальные учебные действия обучающихся: коммуникативные умения, критическое и системное мышление, умение работать с информацией, в том числе цифровой. Этот метод направлен на реализацию межличностного взаимодействия и сотрудничества в коллективе, на саморазвитие, социальную ответственность. В процессе участия в сетевых проектах у детей формируется исследовательская, учебно-познавательная,

ценностно-смысловая и коммуникативная компетенции. Систематическая практика в командной работе формирует не только самостоятельность, но и ответственность за собственную работу и работу всей группы. При этом дети учатся выполнять разные социальные роли: лидера или исполнителя, организатора совместной деятельности, генератора идей.

Список литературы

1. Материалы конкурсных работ сотрудников ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28».
2. Отчёты творческих групп.
3. Программа развития ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28».

УДК: 371.21+371.39

ТРЕХМЕРНАЯ ГРАФИКА В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ.

Я.Г. Рябов

ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат №28»,

г. Ростов-на-Дону, РФ

Аннотация. На примере индивидуального курса по выбору «Трёхмерная графика для детей», показывается реализация внедрения инновационных технологий в образовательный процесс для часто и длительно болеющих детей.

Ключевые слова: компьютерная графика, когнитивная функция, иллюстративная функция, компьютерное моделирование, обучение.

Создание и совершенствование компьютерных наук привело к созданию новых технологий в различных сферах научной и практической деятельности. Одной из таких сфер стало образование. Появление и развитие средств компьютерной графики открывает для сферы образования принципиально новые потенциалы, благодаря которым появилась возможность не только использовать графические образы в качестве иллюстраций, но и изменять их по своему усмотрению, исследовать поведение объектов, динамически управлять их содержанием, формой, размерами и цветом, добиваясь наибольшей наглядности.

В настоящее время компьютерная графика - это одно из наиболее бурно развивающихся направлений информационных технологий. С помощью компьютерной графики можно сделать зримыми или визуализировать такие явления и процессы, которые не могут быть увидены в действительности, можно создать наглядный образ того, что на самом деле никакой наглядности не имеет (например, эффекты теории относительности, закономерности числовых рядов и т.п.).

Важным условием для формирования человека является его способность воспринимать, обрабатывать и использовать графическую информацию. В

настоящее время процесс информатизации образования стремительно развивается, что позволяет использовать в обучении целый ряд новых информационных технологий. Изучение компьютерной графики в школе - одна из важнейших областей применения персональных компьютеров и одно из ведущих направлений в развитии новых информационных технологий.

Использование компьютерной графики позволяют детям, даже без художественных способностей, ощущать себя творцом, создавать художественные образы и предоставляет широкие возможности для самореализации. А самое главное - использование графических возможностей компьютера позволяет повышать интерес учащихся к занятиям и активизировать их познавательную деятельность.

Компьютерное моделирование позволяет получать наглядные динамические иллюстрации физических экспериментов и явлений, воспроизводить их тонкие детали, которые часто ускользают при наблюдении реальных явлений и экспериментов. При использовании моделей компьютер предоставляет уникальную, не достижимую в реальном физическом эксперименте модель. При этом можно поэтапно включать в рассмотрение дополнительные факторы, которые постепенно усложняют модель и приближают ее к реальному физическому явлению. Кроме того, компьютерное моделирование позволяет варьировать временной масштаб событий, а также моделировать ситуации, не реализуемые в физических экспериментах.

Системы с компьютерной графикой, которые применяют в сфере образования, позволяют увидеть глубинные закономерности изучаемых процессов и в значительной степени усиливают конструкторскую мысль. Компьютерная графика выполняет при этом прежде всего когнитивную, а не иллюстративную функцию, поскольку в процессе учебной работы с компьютерными системами процедурного типа у учащихся формируются сугубо личностные, т.е. не существующие в таком виде ни у кого, компоненты знаний.

Визуальные возможности современных средств наглядности влияют на создание условий, необходимых для процесса мышления. Они играют большую роль в запоминании материала и, создавая яркие опорные сигналы, помогают выявить логику учебного материала, способствуют систематизации полученных знаний. Во время восприятия усвоения визуальной информации зрительные впечатления ассоциируются с представлениями об истинных предметах, явлениях и процессах.

В ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат №28» на протяжении 9 лет работает индивидуальный курс по выбору, трёхмерная графика «Blender для детей». Программа соответствует требованиям ФГОС. На базе школы существует «Центр дистанционного образования детей-инвалидов». Именно в центре и осуществляется образовательный курс. Основой спецификой является профориентация курса.

Достижения в области ИКТ актуализируют вопросы подготовки специалиста в области представления информации в виде графических образов чертежей, схем, рисунков, эскизов, презентаций, визуализаций, анимационных роликов, виртуальных миров и др. Профессиональная подготовка будущих специалистов в области компьютерной графики должна быть ориентирована на подготовку конкурентоспособного специалиста, востребованного рынком труда в условиях нарастающих темпов информатизации образования, создания единой информационной среды и формирования соответствующих профессиональных компетенций в условиях стремительно развивающихся программных, интеллектуальных продуктов и решений в области ИКТ.

Программа курса включает особенности развития и здоровья детей-инвалидов и рассчитана на 3 года. Ученики начинают изучать трёхмерную графику с 6 класса, к окончанию изучения курса дети имеют необходимые начальные навыки владения программой. По окончанию каждого года обучения, учащийся представляет к защите творческий проект. На протяжении обучения дети принимают участия в профессиональной направленности как всероссийских, так и международных. Так в 2018 году ученик 9 класса школы стал победителем Международного конкурса по компьютерной графике, проводимым СФУ (Сибирским Федеральным Университетом). Через год трое учеников школы разделили призовые места в разных возрастных категориях, в конкурсе от СФУ. В 2019 году ученик школы стал финалистом конкурса «ВЗДУМАЙ» профессиональному конкурсу трехмерного моделирования и трехмерной печати. После удачного выступления на данном конкурсе, был приобретен принтер трехмерной печати, и тем самым расширен диапазон навыков учеников. В 2020 году ученики школы приняли участие во Всероссийском конкурсе трехмерной графики от Чувашского государственного университета им. В.И. Ленина, и заняли весь пьедестал. Участвуя в студенческой конференции, ребята показали достойный уровень в своих секциях и заняли призовые места. В 2021 году ученики приняли участие во Всероссийском конкурсе «Я-3D моделлер» и заняли призовые места с ценными призами. По тематике предмета существует сайт «Blender для детей», который в 2016 году стал победителем Всероссийского конкурса от компании «Ростелеком» «Классный интернет» в номинации IT- выбор профессии, в 2017 году стал победителем в номинации IT-скрайбинг, технология которого непосредственно используется на уроках трехмерной графики.

Для детей с особыми образовательными потребностями это прекрасная возможность проявить себя, укрепить навык публичного выступления и защиты проекта, раскрыть свой потенциал. К выпускным классам формируется четкая позиция о продолжении обучения специальностям, связанным с IT-технологиями. На этапе обучения некоторые из учащихся, реализуют свои идеи в творческих проектах сети Интернет. Получение

первых профессиональных навыков, а в некоторых случаях и первый опыт коммерческой работы, делает данный предмет профессионально ориентированным. Учитывая специфику обучения и здоровья наших детей, возможность получать столь необходимые навыки в реализации себя как полноценной социальной ячейки - приоритетный критерий выполнения программы курса. На протяжении 6 лет ведется мониторинг дальнейшего обучения выпускников. 80% из них поступили в ВУЗы и ССУЗы по направлению, связанному с IT-технологиями. Шестидесять процентов выпускником непосредственно связаны с компьютерной графикой в своем обучении. На данном этапе проходит процесс разработки еще одного инновационного течения в рамках предмета - виртуальной реальности.

Перспективный взгляд администрации школы, работа педагогического состава, демонстрация опыта на международном уровне (ММСО-2018,2019,2020), успешное участие воспитанников в конкурсах различного уровня несомненно говорят об успешной реализации инновационной программы трёхмерного моделирования в ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат №28», города Ростова-на-Дону.

Список литературы

1. Абдуразаков М.М., Сухарев М.А., Симонова И.Н. Возможности информационно-коммуникационной образовательной среды для достижения новых образовательных результатов / Информатика и образование. 2012. № 1.
2. Сурхаев М.А. Новые требования к образовательному процессу в условиях становления информационного общества / Стандарты и мониторинг в образовании. 2008. № 1.
3. Зенкин, А.А. Когнитивная компьютерная графика / А.А. Зенкин; под ред. Д.А. Поспелова. М.: Наука. 1991
4. Ресурсы Интернет: сайт учителя информатики: <https://3dforchildren.blogspot.com/>

УДК: 37.018.32+159.933.73

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ВОСПИТАННИКОВ САНАТОРНОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Е.В. Диденко

*ГКООУ «Санаторная школа-интернат №21»
с. Подлужное, Ставропольский край, РФ*

Аннотация. В статье освещаются вопросы, касающиеся проблем сохранения здоровья воспитанников санаторной школы-интерната, предрасположенных к заболеваниям лёгких и туберкулёзом, а также о важной роли, отводимой личностным ресурсам обучающихся в деле оптимизации образовательного процесса. На основе представленных результатов исследования личностных ресурсов дана оценка эффективной работы.

Ключевые слова: личностные ресурсы, образовательный процесс, здоровье детей, санаторная школа-интернат, волевые качества.

Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья детей становится всё очевиднее. В настоящее время для России данная проблема остаётся стратегически важной. Туберкулез, несмотря на очевидные успехи и достижения современной медицины, остается тяжелым и опасным заболеванием в мире. В России действует целевая государственная федеральная программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» с подпрограммой «Туберкулез».

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире болеет туберкулезом 10 миллионов человек, а 3 миллиона умирают в течение года. ВОЗ не скрывает, что в мире миллионы людей заражаются этим вирусом и подвержены риску заболеть. В том числе и дети. В регионах Российской Федерации действуют долгосрочные программы «Детский туберкулез». Региональные министерства (департаменты) здравоохранения курируют процесс лечения и оздоровления тубинфицированных детей [8].

В лечебно-профилактических целях активно используется в работе Федеральный Закон РФ от 18.06.2001 №77-ФЗ (ред. от 26.05.2021) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулезу, что обуславливает необходимость разработки конструктивных комплексных мероприятий по профилактике заболеваемости, инвалидности и реабилитации больных вследствие данной патологии. К причинам увеличения заболеваемости туберкулезом детей в России относят: ухудшение условий жизни значительной части населения; рост социальной напряженности в обществе; интенсификация миграционных процессов за счет беженцев из бывших союзных республик и очагов этнических конфликтов на территории России; ухудшение экологической ситуации в ряде регионов РФ; значительное уменьшение объема и снижение качества мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза. Нельзя не учитывать и социальный фон, оказывающий эмоционально-психологическое влияние на детское население, которое ведет к стрессовым реакциям, снижению сопротивляемости к специфической инфекции.

Санаторная школа-интернат существует как оздоровительное общеобразовательное учреждение для оздоровления и реабилитации детей, предрасположенных к заболеваниям лёгких. Уникальность этого учреждения не только в профильности, но и в благоприятных ландшафтно-климатических условиях. Воспитанники санаторной школы-интерната чаще всего имеют ослабленное физическое здоровье. Эти дети длительно и часто болеют. Наряду с тубинфицированностью, они имеют сопутствующие заболевания различных этимологий. Дети, имеющие непростые показатели в своем анамнезе с туберкулезным заболеванием, часто имеют нарушения и отклонения в физическом и психическом развитии.

В ситуации хронического заболевания изменяется структура жизнестойкости личности. Отмечается снижение по всем параметрам жизнестойкости, включая интегральную ее характеристику. В ситуации хронического соматического заболевания состояние людей характеризуется со стороны снижения адаптивных способностей преодоления. Больные не склонны к ощущению удовольствия и удовлетворения от собственной деятельности, наличной ситуации и своего состояния. В ситуации хронического соматического заболевания люди в меньшей степени воспринимают свою жизнь как наполненную смыслом, интересную и продуктивную. Они склонны к пессимизму и восприятию жизни в серых тонах [1].

В настоящее время существует ряд научных трудов о значимости и структуре личностных ресурсов, необходимых в деле оптимизации образовательного процесса и реабилитации воспитанников в санаторной школе-интернате. Мотивация, оптимизм, самоконтроль, жизнестойкость, целеустремленность - наиболее встречаемые ресурсы в трудах ученых. Личностные ресурсы как возможности и особенности личности, используемые для мобилизации и достижения позитивных результатов в реабилитации и, в конечном итоге, для счастливой гармоничной жизнедеятельности, подразделяются на компоненты: эмоциональные, поведенческие, интеллектуальные, физические, когнитивные, духовные.

В Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова под ресурсами понимаются запасы, источники чего-либо, а также средство, к которому обращаются в необходимом случае [7]. По мнению Ивановой Т. Ю. (2016), ресурсы – это всё то, что может быть задействовано человеком для эффективного существования и поддержания качества жизни [4].

Личностные ресурсы включают в себя различные свойства и качества личности, а также ее установки, оказывающие влияние на регуляцию поведения в сложных жизненных ситуациях и выражающиеся в самоконтроле, самооценке и другом [9]. В деле оптимизации образовательного процесса личностные ресурсы воспитанников санаторной школы-интерната являются вспомогательным компонентом. Особенности контингента воспитанников интерната – это высокая утомляемость и истощаемость, низкая учебная мотивация, слабое интеллектуальное развитие, несформированность познавательных интересов – во многом определили выбор методов исследования.

Целью исследования стало выявление уровня развития личностных ресурсов, необходимых в оптимизации образовательного процесса у воспитанников санаторной школы-интерната. За основу содержания методологического подхода к исследованию личностных ресурсов у детей, воспитывающихся в санаторном образовательном учреждении, взяты категориальные характеристики понятия ресурсов личности, как совокупность: волевых качеств, адекватного восприятия себя и окружающей

действительности, наличия энергетического потенциала для активной деятельности, мотивационно-потребностных составляющих и требования ФГОС к выпускнику школы: ответственность, навыки самообразования и саморегуляции, готовность к активному конструктивному взаимодействию с людьми, формирование активной жизненной позиции, развитие стремления улучшать собственные результаты [10].

Методика исследования. В исследование была включена методика А.И. Высоцкого «Использование метода наблюдения для оценки волевых качеств», с помощью которой происходит оценка силы волевых качеств: настойчивость, инициативность, решительность, самостоятельность, выдержка, организованность и дисциплинированность, проявляемые в каких-либо видах деятельности (в учении, труде, спорте, общественной работе). Оценка устойчивости того или другого волевого качества производится по частоте проявления признаков данного качества. Волевое качество считается более или менее устойчивым, если один из его признаков обнаруживается у наблюдаемого подростка в данной деятельности в среднем три и более раз в неделю или если два и более признака проявляются в среднем не менее двух раз в неделю за время наблюдения. При более редком проявлении признаков волевое качество считается неустойчивым. Если волевое качество определенной силы и устойчивости проявляется только в одном виде деятельности, то это влияние мотива, интереса к данной деятельности, если в двух и более видах деятельности – то это, скорее всего качество личности [2].

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенного исследования по методике А.И. Высоцкого показали разноуровневость развития волевых качеств: их силы и устойчивости. На констатирующем этапе исследовательской работы устойчивость волевых качеств наблюдалась у 37% детей, обучающихся в санаторной школе-интернате; неустойчивость - у 63% воспитанников. На формирующем этапе эксперимента возросло число школьников с устойчивостью волевых качеств: у 56% детей; неустойчивость волевых качеств снизилось до 44%. По результатам проведенного исследования можно отметить, что на начальном этапе эксперимента у большинства воспитанников наблюдается низкий уровень силы волевых качеств и неустойчивость этих волевых качеств. Это говорит о том, что сдерживающая функция воли у школьников слабо развита.

В категории дисциплинированность (то есть сознательное выполнение установленного в данной деятельности порядка; добровольное выполнение правил, установленных коллективом класса; недопущение проступков; соблюдение дисциплинированного поведения при изменении обстановки), на начальном констатирующем этапе низкий уровень развития показали результаты у 57% детей, средний – у 30%, высокий – лишь у 13% воспитанников. На формирующем этапе результаты улучшились: низкий уровень снизился на 28%. Данный уровень – у 29% обучающихся. Средний – у 39%, высокий – у 32%. Средний и высокий, как положительные показатели,

в сумме – у 71% детей. Признаки таких качеств, как самостоятельность выражены в выполнении посильной деятельности без помощи и постоянного контроля со стороны, умении самому найти себе занятие и организовать свою деятельность, умении соблюдать выработанные привычки самостоятельного поведения в новых условиях деятельности. Результаты по данной категории следующие. На стадии констатирующего этапа эксперимента: низкий уровень – у 44%, средний уровень – у 41%, высокий уровень – у 15%. На формирующем этапе: низкий уровень – у 22%, средний уровень – у 45%, высокий уровень – у 33%.

Волевое качество – настойчивость, как стремление постоянно доводить начатое дело до конца; длительно преследовать цель, не снижая энергичности в борьбе с трудностями; умение проявлять упорство при изменившейся обстановке, в начале эксперимента также имело низкие показатели: низкий уровень – у 62%, средний – у 28%, высокий – у 10% воспитанников санаторной школы-интерната. Итоговый срез диагностики по данной методике А. Высоцкого, в стадии формирующего этапа, показал улучшенные результаты: высокий – у 43%, средний – у 32%, низкий – у 25%.

Признаки выдержки (это проявление терпения в деятельности, выполняемой в затрудненных условиях; умение держать себя в конфликтных ситуациях; умение тормозить проявление чувств при сильном эмоциональном возбуждении; умение контролировать свое поведение в непривычной обстановке) на констатирующем этапе с высоким уровнем развития, показали 3% обучающихся оздоровительно-образовательного учреждения. Средний уровень – у 12% воспитанников; низкий уровень (невыдержанность) – у 85%. Результаты были улучшены на момент обследования на формирующем этапе: высокий уровень – у 10%, средний уровень – у 44%, низкий – у 46% воспитанников.

Организованность как компонент волевого качества подростка, в виде соблюдения определенного порядка, способствующего успеху в деятельности; планирования своих действий и рационального расходования времени с учётом обстановки, по результатам констатирующего эксперимента наблюдается также с низким уровнем развития. На формирующем этапе результаты изменились в лучшую сторону.

Результаты данных по волевому качеству – инициативности (то есть проявление творчества, выдумки, рационализации; участие в осуществлении разумного новшества; стремление проявить инициативу в непривычной обстановке) [5] на начальном этапе эксперимента весьма низки: 88% воспитанников санаторной школы-интерната имеют низкий уровень развития; средний уровень – у 10%, высокий – у 2% детей. На формирующем этапе результаты улучшились: высокий уровень развития – у 11% школьников; средний уровень – у 22%, низкий – у 67% воспитанников.

В итоге, в ходе исследования по методике Высоцкого было изучено наличие волевого качества личности. У 62% воспитанников школы-интерната

диагностировалось именно качество личности. У остальных 38% детей это влияние мотива, интереса к данной деятельности.

Деятельность по оптимизации образовательного процесса с опорой на личностные ресурсы воспитанников школы-интерната обеспечивается совместными усилиями всего коллектива образовательного учреждения санаторного типа: медиками, воспитателями, психологами, учителями, социальными педагогами, педагогами дополнительного образования.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что деятельность, направленная на развитие личностных ресурсов обучающихся в санаторном учреждении, благотворно влияет на эффективную реабилитацию и оздоровление детей длительно болеющих. А оптимальная физическая нагрузка в сочетании с рациональным питанием и здоровым образом жизни является наиболее эффективной в преодолении и предупреждении многих заболеваний. Это: физкультурные и музыкально-ритмические занятия, утренняя гимнастика, «тропа здоровья», спортивный досуг, подвижные игры, прогулки, экскурсии, стопотерапия, кинестетические упражнения, фитоаэрация. Кроме того, это организация и контроль санитарно-гигиенического режима (правильное чередование режима дня, достаточное пребывание на свежем воздухе, щадящий режим труда и отдыха); индивидуальный подход к физическим нагрузкам (группа здоровья, ЛФК); восстановление системы ГТО; формирование у подростков здорового образа жизни. Пребывание на свежем воздухе, воздействие солнца и дозированных физических нагрузок, разнообразие впечатлений нормализуют деятельность ЦНС, восстанавливают силы, повышают работоспособность. Психолого-педагогическая работа с детьми в оздоровительном учреждении состоит из: оптимизации психоэмоционального состояния воспитанников, развития у них стрессоустойчивости; создания психологически благоприятного микроклимата в классах; раскрытия индивидуального личностного потенциала; формирования активной жизненной позиции с акцентом на здоровый образ жизни; создания условий для личностного роста и оптимизма; развития уверенности в себе и саморегуляции; стимулирования самостоятельности; борьбы с вредными привычками; адаптивности поведения; формирования системы жизненных ценностей; готовности к активному конструктивному взаимодействию с окружающими; поощрительных мер.

А.С. Макаренко указывал, что детская радость, удовольствие, развлечения должны предоставляться детям не в качестве награды за хорошие поступки, а в естественном порядке удовлетворения правильных потребностей. То, что воспитаннику необходимо для личностного роста, нужно дать ему при всех условиях, независимо от его заслуг, а то, что для него не нужно или вредно, нельзя давать ему в виде награды [6].

Исследователями неоднократно наблюдалась положительная динамика качества жизни в рамках психологического и физического здоровья за счёт

роста числа положительных эмоций, роста самооценки, улучшения отношения к себе [3].

Результаты оценки эффективности мобилизации и развития личностных ресурсов воспитанников санаторной школы-интерната через внедрение комплекса мер по оптимизации образовательного процесса, показали положительную динамику изменений: повысилась самооценка, мотивация и степень заряженности на успех в различных видах деятельности; повысилась необходимость и удовлетворенность потребности в активности. Улучшились показатели эмоционального состояния детей, самоконтроля, оптимизма и волевых качеств. Повысился уровень внутреннего энергетического потенциала воспитанников для проявления ими активности.

Таким образом, для эффективности работы по оптимизации образовательного процесса в санаторной школе-интернате с детьми, часто и длительно болеющими, необходимы внешние и внутренние возможности, используемые в качестве средства достижения позитивных результатов, то есть личностные ресурсы. Задача образовательной организации санаторного типа состоит в том, чтобы создать условия для более полного развития личностного потенциала воспитанников школы-интерната.

Список литературы

1. Василенко Т.Д., Селин А.В. Структура жизнестойкости и психологических факторов с ней, связанных в ситуации хронического соматического заболевания// Психологическое сопровождение лечебного процесса. Сборник трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции. Курск: Курский государственный медицинский университет. 2010. С. 79.
2. Высоцкий А.И. Волевая активность школьников и методы её изучения/ Учебное пособие. Челябинск.: ЮУрГУ. 2003. С. 136.
3. Горбунова Л. А. Медико-социальные аспекты реабилитации впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на санаторном этапе лечения: автореф. дис... канд. мед. наук. Москва, 2011. С. 18.
4. Иванова Т. Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дис. ...канд. психол. наук. Москва, 2016. 206 с.
5. Ильин Е.П. Психология воли. СПб: Питер. 2000. С. 239 - 241.
6. Макаренко А.С. Книга для родителей: Лекции о воспитании детей. М.: Правда, 1986. С. 390.
7. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка. М.: Мир и Образование. 2013. С. 546.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2020 г. №1246н «Об утверждении стандартов медицинской помощи детям при туберкулезе»

9. Рогозян А.Б. Стресс-устойчивость в контексте теоретического конструкта психологических ресурсов личности // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. № 1. С. 140–145.

10. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. №1897 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».

УДК 376.24+159.922.73

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА ОСМЫСЛЕННОГО ЧТЕНИЯ У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНО- ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Н.А. Сериков, В.В. Серикова
ГКООУ «Санаторная школа-интернат № 21»,
с. Подлужное, Ставропольский край, РФ

***Аннотация.** В статье отражена информация о том, что современное образование сильно подвержено влиянию разрушительных внешних факторов, которые особенно активно проявили себя в последнее десятилетие. Дети перестали читать, а значит, страдают и грамотность, и интеллект, и нравственное воспитание, и многие составляющие гармоничного развития личности ребенка, а также психологии его здоровья.*

***Ключевые слова:** здоровье; осмысленное чтение; понимание; текст; усвоение; языковые навыки; катарсис.*

Психологическое здоровье, как один из уровней психического здоровья является актуальной проблемой современного мира. По данным ВОЗ примерно 25% жителей Земли страдают расстройствами, связанными с состоянием психического здоровья [4]. Для системы образования важным аспектом деятельности выступает психология здоровья.

Современный мир стал другим. Гаджеты и телевизор заполнили у детей всё свободное время и отняли желание обращаться к книге. Перед родителями и педагогами часто встает вопрос: как пробудить у ребенка интерес к чтению? Ведь отношение к книге формируется в младшем школьном возрасте. Именно в этот сенситивный период решается вопрос, будет ли отношение читателя к книге активным или пассивным. Здесь же видна взаимосвязь психологии здоровья обучающихся с одним из видов учебной деятельности, осмысленным чтением. Понимание смысла текста, его значимости – главная цель чтения. В тот момент, когда происходит переориентация с развития памяти ребенка на развитие его мышления, роль книги неизмеримо возрастает. В «Национальной программе поддержки и развития чтения», принятой в ноябре 2006 года, говорится, что Россия подошла к критическому пределу

пренебрежения чтением, и на данном этапе можно говорить о начале необратимых процессов разрушения ядра национальной культуры [2].

В сегодняшнем, стремительно меняющемся мире научить ребенка осмысленному чтению трудно, так как данное умение несет в себе множество аспектов и полагается на огромное количество разных навыков. Если ученик не может ответить на вопросы касающиеся понимания смысла и релевантности прочитанного текста, то он не понимает более широких концепций, к которым эти вопросы непосредственно относятся. На самом деле многие подростки не отвечают на более глубокие вопросы не потому, что не знают, как правильно и широко думать, а потому, что они попросту не поняли прочитанное, и пытаются совершить скачок с ошибочной позиции основополагающих знаний.

Филологи часто задают детям понятные и достаточно трудные вопросы, знакомясь, насколько те осмыслили прочитанное, но эти педагоги обращают внимание на преграды, которые мешают правильному пониманию. Яркий пример, вопросы уровня слов и фраз, описывает Дуг Лемов в своей книге «Мастерство учителя». Ученики, не освоившие в дошкольном возрасте развитых языковых навыков, часто не понимают разговорных выражений и фраз, а также синтаксиса сложных предложений. В данном случае юный читатель не способен ощутить, как нарастает напряжение в описываемой сцене. Важно выявлять пробелы в правильном понимании текста, чтобы лучше оценить и осмыслить прочитанное [3]. Подспорьем может стать совместное с детьми посещение литературных музеев и мест, связанных с именем определенного писателя, в качестве мотивации знакомства с творчеством писателя.

Есть утверждение, что самым сильным стимулом к чтению книг, является испытанный катарсис - эмоциональное потрясение, возникающее в результате сопереживания с героями книги и полностью захватывающее читателя [1]. Ведь одной из главных особенностей психологического здоровья является его эмоциональное структурное строение. Именно, благодаря эмоциональному окрасу катарсиса, во внутреннем мире ребенка-читателя остаётся глубокий след от осмысленного прочитанного, а также желание вновь испытывать эти позитивные, полезные для здоровья, чувства.

Список литературы

1. Библиотечная энциклопедия / сост.: Е.И. Ратникова, Л.Н. Уланова. М.: Пашков дом. 2007. 1300 с.
2. Денисова С.А. Родители о детском чтении и роли библиотек / Родительское собрание по детскому чтению // Приложение к журналу "Школьная библиотека". Серия 1. Выпуск 7-8. 2008.
3. Осипова Н.В. Психическое здоровье личности в условиях современного общества // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции

«Психологическое здоровье личности: теория и практика» 2021.10.2016. Ставрополь: Изд-во СКФУ. С. 102 – 103.

3. Дуг Лемов Мастерство учителя. М.: Изд-во «Манн, Иванов и Фербер». 2014.

УДК 371.72+376.24

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ МЕТОДИК ЛОГОРИТМИКИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*О.В. Семенкина
педагог-дефектолог, учитель МАОУ «Лицей № 11» (Заботливая школа «УЧИМЗНАЕМ»),
г. Ростов-на-Дону, РФ*

***Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы актуальности и эффективности применения здоровьесберегающих технологий логопедической ритмики и образовательной кинезиологии в процессе обучения школьников с особыми потребностями, находящихся на длительном лечении в онкологических и гематологических отделениях.*

***Ключевые слова:** детский возраст, обучение, здоровьесберегающие технологии, логоритмика*

Вопросы здоровьесбережения в преподавание предметов школьной программы имеют особое значение при обучении ребят, находящихся на длительном лечении в онкологических и гематологических отделениях. Эти дети относятся к категории ребят с особыми потребностями, поскольку в большинстве случаев, страдают нарушением функций памяти, речи, моторики рук, крупной моторики, координации, быстро устают, эмоционально нестабильны, плохо вступают в дискуссию и диалог. Задача госпитального педагога не только объяснить информацию, но и мотивировать ребенка на выполнение учебных заданий. При этом педагог должен учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, состояния здоровья на текущий момент, окружающий эмоциональный фон. Учителю необходимо организовать обучение так, чтобы потребность в знаниях стала естественной для ребенка, находящегося на длительном лечении, а урок имел не только информационный, но и оздоровительный эффект. В этом педагогу может помочь применение здоровьесберегающих блоков. Они не только позволяют разнообразить учебную деятельность, формировать представление о здоровом образе жизни, но и способствуют более эффективному усвоению учащимся получаемой информации.

К сожалению, госпитальных педагогов немного, и ребята, находящиеся на длительном лечении, часто выпадают не только из среды общения со

сверстниками, но и из учебного процесса. Помимо этого, далеко не все педагоги-предметники, работающие в больницах, готовы применять здоровьесберегающие технологии.

В данном исследовании рассматривается актуальность, эффективность и доступность применения простых, адаптированных здоровьесберегающих блоков, сочетающих в себе элементарные упражнения логопедической ритмики и образовательной кинезиологии.

Логопедическая ритмика (логоритмика) — это система музыкально-двигательных, музыкально-речевых игр и упражнений. Образовательная кинезиология – наука об усовершенствовании процесса обучения через движение.

Тесная связь простых движений со звуком (классическая музыка, звуки природы и т.д.) нравится детям и позволяет не только разрядить обстановку, гармонизировать эмоциональный фон, но и делает любой урок более интересным и легким для восприятия.

Специфика госпитальной педагогики в том, что комплексы логоритмических упражнений должны быть индивидуально адаптированными для каждого ребенка. Это, часто, становится препятствием для их внедрения в учебный процесс. Педагогу предметнику необходимо работать в тандеме с психологом, учителем-дефектологом, родителями и лечащим врачом. Очень важен доверительный контакт с родителями, поскольку, когда ребенок выпишется из отделения, он еще значительное время будет находиться дома, вне школьной среды и общения со сверстниками, и именно родителям необходимо будет поддерживать нарабатанную практику здоровьесбережения.

Каждое упражнение внедряемого здоровьесберегающего блока должно быть применимо к текущему физическому и эмоциональному состоянию ребенка. Мини здоровьесберегающий комплекс можно встроить практически в любой предмет, как в начале занятия (для включения учащегося в работу), так в середине (для разрядки) или в конце (для расслабления и разгрузки).

Продолжительность здоровьесберегающего блока в условиях обучения в стационаре на начальном этапе может составлять несколько минут и иметь следующую структуру: упражнения на развитие внимания и памяти, пальчиковая гимнастика, артикуляционные дыхательные упражнения.

Для достижения максимального эффекта от применяемых в ходе здоровьесберегающего блока упражнений, педагогу необходимо установить с ребенком позитивный эмоциональный контакт, должно возникнуть доверие. Перед началом выполнения комплекса нужно объяснить ученику, с какой целью и как часто ему необходимо выполнять упражнения. При хорошем физическом и эмоциональном состоянии ребенка комплекс можно усложнить элементарными упражнениями на координацию движений с речью из положения сидя.

Практика применения автором логоритмических упражнений при работе с детьми с особыми потребностями старшего дошкольного и младшего школьного возраста показывает, что наибольший позитивный отклик от детей получают здоровьесберегающие блоки, проводимые на творческих занятиях (изобразительное искусство, музыка, технологии) в малых группах, госпитальных классах как очно, так и онлайн. Работая в группах или парах, дети отвлекаются от индивидуальных ограничений, охотнее вступают в общение. Хороший эффект показывают упражнения под музыку с мячом, сопровождающиеся речью. Они не только развивают общую и мелкую моторику, ориентировку в пространстве, регулируют точность движения, но и нормализуют эмоциональную сферу. В условиях стационара, особенно при дистанционных занятиях, сложно проводить стандартные игры с мячом, но можно использовать маленькие массажные мячики разного диаметра или силиконовые мячи для разработки кисти.

Занятия с мячом хорошо сочетаются с приемами образовательной кинезиологии, в частности с 26 упражнениями из комплекса гимнастики, который разработал американский психолог, доктор философии, основатель образовательной кинезиологии Пол Деннисон. Его упражнения просты, интересны, нравятся детям, и достаточно легкие, чтобы их могли выполнять люди со слабой физической подготовкой, а также те, кто перенес тяжелую болезнь. Они условно делятся на 4 группы. Первая - упражнения на объединение правой и левой стороны тела. Цель — улучшить координацию движений и ориентацию в пространстве, укрепить слух, зрение, навык письма. Вторая - упражнения, нормализующие протекание процессов между нервными клетками головного мозга. Третья - упражнения на растяжку. Четвертая - упражнения для стабилизации нервных процессов.

Часть данных упражнений может быть адаптирована под условия работы госпитального педагога, и существенно упростить все виды обучения, способствовать улучшению мыслительной деятельности, запоминания, повышению концентрации внимания.

Указанные выше 26 упражнений – это только один из методов образовательной кинезиологии. Интересным и доступным практически каждому приемом, хорошо подходящим для установления первичного положительного эмоционального контакта с ребенком является «Зеркальное рисование». В самых простых вариантах, например, с использованием природных материалов, данный метод может применяться с детьми от трех лет. Хорошо развивает тактильную чувствительность, мелкую моторику, обогащает и расширяет сенсорный опыт, прекрасно подходит для только начинающих обучение в школе детей.

Обобщая изложенный в статье материал, можно сделать вывод, что использование в госпитальной педагогике здоровьесберегающих блоков, включающих упражнения из логопедической ритмики и образовательной

кинезиологии, актуально для повышения эффективности учебного процесса и мотивации ребят, находящихся на длительном лечении.

Регулярное применение адаптированных простых упражнений способствует развитию или восстановлению утраченных речевых навыков, помогает решить проблемы с нарушенной моторикой рук, улучшить координацию движений, установить позитивный эмоциональный контакт, развивает пространственные представления, чувство ритма. Пространственные представления повышают эффективность обучения ребенка счету, письму, рисованию, чтению и другим предметам. Развитие чувства ритма помогает растормозить речь, способствует лёгкому запоминания материала.

Список литературы

1. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2002. 272 с.
2. Воробьева Т.А., Крепенуч С.И. Мяч и речь. Санкт-Петербург: Дельта, 2001. 96 с.
3. Филатова Ю.О., Гончарова Н.Н., Прокопенко Е.В. Логоритмика: Технология развития моторного и речевого ритмов у детей с нарушениями речи: Учебно-методическое пособие / под редакцией Л.И. Беяковой. М.: Национальный книжный центр, 2017. 208 с.
4. Деннисон П., Деннисон Г. Гимнастика мозга. Книга для учителей и родителей. Дополнение к "Гимнастике мозга": простые упражнения для активизации обоих полушарий. Санкт-Петербург: ИГ «Весь», 2015. 320 с.
5. Шариков С.В. Педагогическая поддержка образовательных возможностей детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах // Альманах Института коррекционной педагогики. Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов. 2021. № 40.
6. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. Москва: АРКТИ, 2005.
7. Колбанов В.В. Компоненты профиограммы будущего учителя здоровья // Образование и наука. 2016. № 6. С.152-167.

СЕКЦИЯ 2.

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ.

2.1. ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ

УДК 371.21+613.01

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ДЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т.В. Горбунова¹, С.А. Астащенко²

¹ НГУ им. П.Ф. Лесгафта, г. Санкт-Петербург, РФ

² ГБОУ школа № 574 Невского района г. Санкт-Петербурга, РФ

Аннотация. Разработка и применение научно-обоснованной методики проведения физкультурно-оздоровительных занятий в различных режимах для часто болеющих детей младшего школьного возраста, занимающихся в системе дополнительного образования, позволяет добиться улучшения физической и функциональной подготовленности, снизить респираторную заболеваемость у младших школьников.

Ключевые слова: методика, физкультурно-оздоровительные занятия, физическая подготовленность, функциональное состояние, часто болеющие дети, младший школьный возраст.

Поиском эффективных путей оздоровления часто болеющих детей (ЧБД) занимаются специалисты-профессионалы, как в области медицины, так и в области физической культуры. По мнению Л.А. Боярской часто болеющие дети (ЧБД) – это дети, переносящие острые респираторные инфекции чаще, чем условно здоровые дети. В группу часто больных людей входят дети, которые переносят более 4–6 эпизодов ОРЗ в год, которые могут протекать в различных клинических формах. Понятие «часто болеющие дети» не является диагнозом и самостоятельной нозологической формой: за ним могут скрываться различные заболевания респираторной системы [1]. Основной причиной частых заболеваний детей младшего школьного возраста является начало обучения в школе, связанное с увеличением умственных нагрузок, гиподинамическим режимом, нарушением режима питания и режима дня. Недостаточной физической активностью, гипокинезией, особенно страдают дети, ослабленные перенесенными заболеваниями. Чрезмерная опека родителей, которые всячески стремятся освободить их от занятий физической культурой, лишь усугубляет проблемы со здоровьем у часто болеющих детей. В последнее время ряд авторов классифицируют детей на «условных» и «истинных» ЧБД. Под «истинными ЧБД» они подразумевают детей,

страдающих заболеваниями носоглотки или аллергическими болезнями. Под «условными» ЧБД – детей с частыми ОРЗ и ОРВИ (острое респираторное заболевание и острая респираторная вирусная инфекция) без хронических заболеваний респираторного тракта [3, 5].

Физкультурно-оздоровительная работа с такими детьми должна проводиться на основе научно-обоснованных методик оздоровления, с учётом физического развития, физической подготовленности школьников, мониторингом функциональных возможностей, а также интересов школьников при выборе видов деятельности. Целью нашего исследования являлось обоснование эффективности применения специально разработанной методики проведения физкультурно-оздоровительных занятий в различных режимах для ЧБД младшего школьного возраста в рамках дополнительного образования.

Методы исследования. Для разработки научно-обоснованной методики проведения физкультурно-оздоровительных занятий (ФОЗ) для ЧБД и решения поставленных задач нами были подобраны следующие методы исследования: анализ медицинских карт, антропометрия, функциональные пробы, тестирование, педагогический эксперимент, математико-статистическая обработка данных с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование, включающее педагогический эксперимент, проводилось в ГБОУ школах №6 и №574 города Санкт-Петербурга в течение 7 месяцев в 2019-2020 году. В нём приняли участие 40 часто болеющих младших школьников, разделённых на контрольную (КГ) и экспериментальную (ЭГ) группы по 20 человек (10 мальчиков и 10 девочек) в каждой. В контрольную группу вошли дети, которые посещали занятия оздоровительным плаванием. Экспериментальная группа занималась по специально разработанной методике 2 раза в неделю по 45 минут в рамках дополнительных внеурочных занятий. Анализ медицинских карт и антропометрические измерения, в частности определение индекса Пинье, у детей экспериментальной и контрольной группы до начала эксперимента позволил выявить очень слабое телосложение, астенический тип [4]. Таким образом, нами сделано предположение, что школьники, имеющие подобные характеристики пропорциональности телосложения, чаще подвержены респираторным заболеваниям.

Для проведения физкультурно-оздоровительных занятий для ЧБД были предложены следующие режимы: щадящий, развивающий и поддерживающий. В подготовительной части физкультурно-оздоровительных занятий применялись следующие средства: строевые упражнения, ходьба, общеразвивающие упражнения на месте и в движении, бег в медленном темпе, беговые упражнения, статическая звуковая дыхательная гимнастика. Средствами для проведения основной части занятия являются: подвижные игры низкой и средней интенсивности, динамическая дыхательная гимнастика сэйтай «Кенсо тай дзюцу», закаливающая процедура «босохождение».

Статическое закаливающее носовое дыхание, упражнения которого улучшают кровообращение и работу верхних отделов дыхательных путей за счёт регуляции силы потока вдыхаемого воздуха, проводилось в заключительной части занятия. Соотношение упражнений и средств оздоровления в зависимости от режима тренировок представлено в таблице 1.

Щадящий режим применялся на начальном этапе занятий, для разучивания новых комплексов дыхательных гимнастик, выявления особенностей адаптации к физическим нагрузкам, закаливающим процедурам. Протяжённость этого этапа составляет 6–8 недель (сентябрь, октябрь). Щадящий режим повторно используется также в течение 2 недель при организации занятий с детьми, которые переносят респираторные заболевания в течение периода занятий. При проведении таких занятий применяется групповой метод организации занимающихся. Для занятий в щадящем режиме подбираются упражнения низкой и средней интенсивности, направленные на развитие гибкости, координации движений и общей выносливости. Занятия в развивающем режиме, с ноября по февраль, посвящены активному развитию двигательных способностей, улучшению физической подготовленности, увеличению функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой системы, повышению резистентности организма к холодному фактору. Процедура «босохождения» усиливается за счёт увеличения длительности и применения мокрых дорожек. С марта по май основными задачами являются поддержание достигнутого уровня здоровья, продолжающееся увеличение интенсивности занятий для повышения физической и функциональной подготовленности, позволяющей противостоять общей утомляемости организма школьников в конце учебного года.

Таблица 1

Примерное соотношение упражнений в зависимости от режима ФОЗ для часто болеющих детей младшего школьного возраста (в %, мин.)

№	Средства	Режим ФОЗ		
		Щадящий	Развивающий	Поддерживающий
Подготовительная часть				
1	Строевые упражнения	4,4% (2мин.)	2,2% (1мин.)	2,2% (1мин.)
2	Ходьба	до 4,4% (1-2мин.)		
3	-ОРУ на месте	15,6% (7мин.)		
4	-ОРУ в движении		8,9% (4мин.)	6,7% (3мин.)
5	-Бег в медленном темпе	8,9%(4мин.)	2,2% (1мин.)	2,2% (1мин.)
6	-Беговые упражнения		6,7% (3мин.)	6,7% (3мин.)
7	Звуковая дыхательная гимнастика (статическая)	до 4,4% (1-2 мин.)	6,7% (3мин.)	6,7% (3мин.)
8				
Основная часть				
9	Подвижные игры: -низкой интенсивности -средней интенсивности	44,5% (20 мин.)	22,2% (10мин) 22,2% (10мин)	37,8% (17 мин.)

1 0	Дыхательная гимнастика сэйтай «Кенсо тай дзюцу» (динамическая)	11,1% (5мин.)	13,3% (6мин.)	15,6% (7мин.)
1 1	Босохождение	4,4% (2 мин)	11,1% (5мин)	17,8% (8мин)
	Заключительная часть			
1 2	Закаливающее носовое дыхание (статическая)	2,2% (1мин)	4,4% (2мин)	4,4% (2мин)

Особенностями нашей методики является комплексное применение различных дыхательных гимнастик и закаливающей процедуры «босохождение» в сочетании с традиционными средствами физической культуры в различных режимах проведения занятий. Объём нагрузки с использованием дыхательных гимнастик постепенно увеличивается с 17,7%, при работе в щадящем режиме, до 26,7% в поддерживающем режиме. Длительность «босохождения», включающая и ходьбу по мокрым дорожкам, на занятиях постепенно увеличивается по времени в 4 раза. Игровой метод, применяемый в основной части занятий, позволяет развивать выносливость, гибкость, скоростные, скоростно-силовые и координационные способности школьников ЭГ. Применяется поточный метод выполнения упражнений с регулированием темпа и учётом интервалов отдыха в зависимости от утомления занимающихся. Моторная плотность физкультурно-оздоровительных занятий в щадящем режиме составляет 50–60% всего времени занятия, постепенно увеличиваясь до 80-90% в развивающем и поддерживающем режимах занятий.

В проведённом нами исследовании, в начале эксперимента, испытуемые мальчики контрольной и экспериментальной группы продемонстрировали очень низкий уровень устойчивости к недостатку кислорода по показателям дыхательных проб Штанге, Генчи, и хороший уровень по индексу Руфье. На конец эксперимента у мальчиков экспериментальной группы функциональная подготовленность повысилась в пробах Руфье, Генчи до уровня «отлично», в пробе Штанге до «хорошо». В контрольной группе мальчиков уровень функциональной подготовленности повысился в пробе Руфье до уровня «отлично», а в пробах Генчи, Штанге до хорошего уровня. Необходимо отметить, что в ЭГ у мальчиков достигнуты более высокие результаты в пробе Штанге, на 19% лучше, чем в КГ. По показателям пробы Генчи в обеих группах показано статистически достоверное улучшение показателей в конце эксперимента. Но в КГ у девочек и у мальчиков достигнут более высокий прирост в пробе Генчи, на 58% и 48% лучше, чем в ЭГ. Что говорит об особенностях проведения занятий оздоровительным плаванием, в котором применяется продолжительный выдох в воду. Тогда как, в разработанной нами методике применяется дыхательная гимнастика «Кенсо тайдзюцу», особенностями которой является акцент на более продолжительной фазе вдоха [2]. Функциональное состояние кардиореспираторной системы по

показателям в пробах Штанге, Генчи, Руфье в конце эксперимента в ЭГ у девочек улучшилось до уровня «отлично». У девочек КГ в пробах Штанге и Руфье результаты достигли уровня «отлично», а в пробе Генчи «хорошо». В таблице 2 представлены результаты изучения функционального состояния кардиореспираторной системы ЧБД младшего школьного возраста.

Таблица 2

Показатели функциональной подготовленности школьников 2 класса экспериментальной и контрольной группы до и после эксперимента

Пробы		Средние показатели				t	P	
		ЭГ(n=20)		КГ(n=20)				
		до	после	до	после			
Руфье (с)	М.	16,3±1,3	8,0±0,9	15,2±1,1	8,6±0,8	0,6	≤0.05	
	Д.	16,8±1,5	8,6±1,1	17,4±1,4	10,0±1,1	0,8	≤0.05	
Штанге (с)	М.	19,9±2,0	46,9±1,8	20,5±1,8	44,5±1,6	0,7	≤0.05	
	Д.	28,6±2,5	57,0±2,0	25,8±3,0	49,4±2,4	1,8	≤0.05	
Генчи (с)	М.	21,7±2,1	40,5±1,6	15,3±2,0	35,8±1,8	2,2	в зоне неопределённости	
	Д.	21,8±2,3	40,0±1,8	15,2±2,2	36,6±2,0	0,8	≤0.05	
Проба Кестнера-Маршака	t наст. гиперемии (с)	М.	26,0±2,6	8,8±1,3	24,9±2,9	7,7±1,5	1,1	≤0.05
		Д.	23,8±2,8	7,6±1,4	26,4±2,5	8,4±1,7	0,6	≤0.05
	t исч. гиперемии (с)	М.	76,9±3,6	48,8±2,8	75,7±3,8	48,8±2,8	0	≤0.05
		Д.	73,8±3,4	48,4±2,4	78,2±3,9	52,4±2,7	1,0	≤0.05

Надо отметить, что занятия оздоровительным плаванием и по экспериментальной методике благотворно отразились на уровне закалённости школьников по показателям пробы Кестнера - Маршака. Время наступления и исчезновения гиперемии у школьников КГ и ЭГ статистически достоверно сократилось ($p \leq 0.05$).

Тестирование двигательных способностей в начале эксперимента у ЧБД школьников ЭГ и КГ выявило низкие показатели физической подготовленности. Мальчики и девочки не справлялись с нормативами школьной программы по физической культуре в беге 30 м, челночном беге 3x10 м, наклоне вперёд сидя, поднимании туловища, прыжка в длину с места и подтягивании. В конце эксперимента у испытуемых показатели физической подготовленности повысились, что выразилось в выполнении нормативных требований. Прирост результатов у мальчиков в беге на 30 м и в прыжках в длину с места находится в зоне значимости ($p < 0,05$), а в тесте «челночный бег 3x10м», «поднимание туловища», «подтягивание» и «наклон вперёд сидя» наблюдаются достоверные улучшения показателей на уровне значимости $p < 0,01$. У девочек прирост результатов в беге на 30 м, в челночном беге, в прыжках в длину с места и подтягивании находится в зоне незначимости

($p > 0,05$). Результаты в тесте «поднимание туловища» находятся в зоне неопределенности, а результаты в тесте «наклон вперед сидя» в зоне значимости ($p < 0,01$). Таким образом, исследование физической подготовленности показало, что у ЧБД школьников, особенно у мальчиков экспериментальной группы, достигнуты в большинстве тестов более высокие результаты, чем в контрольной группе.

Заключение. Специально разработанная методика физкультурно-оздоровительных занятий для часто болеющих детей младшего школьного возраста, включающая комплексное применение различных дыхательных гимнастик и закаливающей процедуры «босохождение» в сочетании с традиционными средствами физической культуры в различных режимах проведения занятий, показала свою эффективность. У школьников, занимающихся по экспериментальной методике, наблюдается убедительная динамика улучшения показателей функциональной и физической подготовленности, по сравнению с контрольной группой. Частота респираторных заболеваний снизилась за аналогичный период предшествующего года в экспериментальной группе на 80%, а в контрольной группе на 55%. Оздоровительный эффект при занятиях плаванием у ЧБД младшего школьного возраста также достигнут. Вариативность применения, предложенных в разработанной нами методике средств, позволяет добиваться более высоких результатов в оздоровлении часто болеющих детей.

Список литературы

1. Боярская Л.А. Методика и организация физкультурно-оздоровительной работы: учеб. пособие /М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. Екатеринбург. 2017. С. 120
2. Горбунова Т.В., Асташенкова С.А. Комплексное применение дыхательных гимнастик на физкультурно-оздоровительных занятиях для часто болеющих детей младшего школьного возраста // Материалы итоговой научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава Национального государственного Университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург за 2019 г., посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне и Дню российской науки / Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. СПб., 2020. С. 202-204
3. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях поликлиники // Поликлиника. 2005. № 1. С. 14–17.
4. Пашин А.А. Анисимова Н.В., Опарина О.Н. Мониторинг физического развития, физической и функциональной подготовленности учащейся молодежи: учеб. пособие. Пенза: Изд-во ПГУ. 2015. С.46-47.
5. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети: современная фармакотерапия. М.: ГЕОТАР-Медиа. 2006. 192с.

РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» С ОБУЧАЮЩИМИСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ: ОПЫТ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.П. Щербак¹, А.Н. Беляев²

¹ГАУ ДПО ЯО «Институт развития образования», г. Ярославль, РФ

²МОУ «Средняя школа № 48», г. Ярославль, РФ

Аннотация. В статье представлен опыт разработки региональных разъяснений по реализации учебного предмета «Физическая культура» для обучающихся, отнесенных к специальной медицинской группе. Данные разъяснения описывают: комплектование специальных медицинских групп; медицинские противопоказания; контроль за состоянием здоровья обучающихся; особенности методики физического воспитания обучающихся специальной медицинской группы.

Ключевые слова: специальная медицинская группа, физическая культура.

Актуальность темы определяется тем, что, с одной стороны, за последние годы менялись нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения (прежде всего, порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и санитарные правила для образовательных организаций), с другой стороны, соответствующих разъяснений и рекомендаций на федеральном уровне по линии Министерства просвещения нет.

В рамках деятельности регионального методического объединения учителей физической культуры Ярославской области была поставлена *цель* [1, 3]: разработать проект разъяснений по реализации учебного предмета «Физическая культура» для обучающихся, отнесенных к специальной медицинской группе и утвердить его на региональном уровне.

В соответствии с поставленной целью в течение двух лет решались *задачи*:

1. Изучение нормативно-правовых актов, регулирующих образовательную деятельность с обучающимися, отнесенных к специальной медицинской группе.

2. Обобщение регионального опыта по реализации учебных программ «Физическая культура» для обучающихся специальной подгруппы «А» и специальной подгруппы «Б».

3. Согласование проекта разъяснений по реализации учебного предмета «Физическая культура» для обучающихся, отнесенных к специальной медицинской группе для занятий физической культурой, с департаментом образования и департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

Для решения поставленных задач были проведены: семинары и круглые столы с привлечением представителей всех муниципальных образований

Ярославской области [1, 2]. Вопросы реализации учебного предмета «Физическая культура» обсуждались на региональном слете учителей физической культуры, в рамках программ повышения квалификации, конференциях со специалистами Ярославского государственного медицинского университета (института постдипломного образования) и Ярославского государственного педагогического университета (факультета физической культуры) [1-4].

Изучение правовых актов, методических рекомендаций и обобщение регионального опыта позволило разработать итоговый документ разъяснений, состоящий из четырех основных разделов. Остановимся на основных положениях каждого из них.

1. Комплектование специальных медицинских групп для занятий физической культурой.

1.1. Врач определяет медицинскую группу для занятий физической культурой и оформляет медицинское заключение по форме (приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514н).

Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой должно быть завершено к началу учебного года. Списки обучающихся утверждаются локальным нормативным актом (приказом) общеобразовательной организации не позднее 5 сентября. Обучающиеся, не прошедшие медицинское обследование, к занятиям физической культурой не допускаются или допускаются по результатам прошлогоднего профилактического осмотра врачом медицинской организации.

В соответствии с санитарными правилами СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» в классном журнале оформляется лист здоровья, в который по каждому обучающемуся вносятся сведения о его антропометрических данных, группе здоровья, медицинской группе для занятий физической культурой, а также медицинские рекомендации.

Изменение медицинской группы обучающихся для занятий физической культурой в течение учебного года устанавливается врачом медицинской организации. При положительной динамике показателей возможен переход из специальной медицинской группы «А» в подготовительную группу.

1.2. Занятия по физической культуре для обучающихся специальной подгруппы «А» проводятся по специальным программам. Приказом директора общеобразовательной организации утверждается состав группы, время и место проведения занятий, ответственный учитель за проведение занятий в соответствии с его тарификацией (или с дополнительной тарификацией).

Медицинские группы комплектуются по параллелям. При недостаточном количестве обучающихся они объединяются по уровням образования (начального общего, основного общего, среднего общего) или с учетом рекомендаций по ограничениям к занятиям физическими упражнениями. Наполняемость специальной медицинской подгруппы «А»

может составлять до 12 обучающихся. Нулевые уроки (в 1 смене) и сдвоенные уроки в таких группах не допускаются.

Занятия по физической культуре фиксируются в отдельном журнале учёта занятий с обучающимися. Итоговые отметки из отдельного журнала переносятся в итоговую ведомость классного журнала классным руководителем. В Автоматизированной системе информационного обеспечения управления (АСИОУ) – в отдельную страницу по каждой специальной медицинской подгруппе.

Оплата труда учителей физической культуры производится в соответствии с их тарификацией и доплатами, предусмотренными локальными нормативными актами общеобразовательной организации.

1.3. Занятия лечебной физической культурой для обучающихся специальной подгруппы «Б» являются обязательными. Они проводятся на базе медицинской организации, а также самостоятельно в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

2. Медицинские противопоказания к выполнению физических упражнений

2.1. Перед началом занятий физической культурой учителю следует проконтролировать самочувствие обучающихся. Не разрешается допускать к занятиям физической культурой при:

- наличии жалоб на боли различной локализации, головокружение, тошноту, слабость, сердцебиение;
- остром периоде заболевания (повышение температуры тела, озноб, катаральные явления и др.);
- травматическом повреждении органов и тканей организма (острый период): ушиб, рана, растяжение, гематома и др.;
- опасности кровотечения (носовое кровотечение в день занятия, состояния после удаления зуба, менструальный период);
- выраженном нарушении носового дыхания;
- выраженной тахикардии или брадикардии (с учетом возрастнo-половых нормативов).

2.2. Противопоказания и ограничения к выполнению физических упражнений:

– следует обращать особое внимание и проявлять повышенную осторожность при использовании физических упражнений, потенциально опасных и вредных для здоровья детей (приложение 2 к Письму Минобрнауки России от 30.05.2012 № МД-583/19 «О методических рекомендациях «Медико-педагогический контроль над организацией занятий физической культурой обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья»).

– следует строго дозировать физическую нагрузку и исключить физические упражнения, противопоказанные к их выполнению по состоянию

здоровья (приложение 3 к письму Минобрнауки России от 30.05.2012 № МД-583/19).

3. Контроль за состоянием здоровья обучающихся на занятиях по физической культуре и условиями их проведения

3.1. Необходимо оценивать характер физиологической кривой, среднюю частоту пульса или частоту сердечных сокращений (далее - ЧСС) и внешние признаки утомления в течение урока, гигиенические условия его проведения, а также одежду и обувь занимающихся. Особое внимание уделяется профилактике травматизма.

При выполнении физических нагрузок в основной части занятия средняя ЧСС у обучающихся специальной медицинской подгруппы «А» не должна превышать 120-130 уд./мин в начале учебного года с постепенным увеличением физических нагрузок до 130-150 уд./мин к концу первого полугодия.

Выполнение физических упражнений при ЧСС 130-150 уд./мин. является наиболее оптимальным для кардио-респираторной системы в условиях аэробного дыхания и дает хороший тренирующий эффект. Учитывая, что большинство обучающихся специальной медицинской подгруппы «А» страдают гипоксией и не адаптированы к интенсивным физическим нагрузкам, выполнение физических нагрузок при ЧСС выше 150 уд./мин не рекомендуется.

Средняя ЧСС у обучающихся специальной медицинской подгруппы «Б» не должна превышать 120-130 уд./мин в основной части урока в течение всего учебного года.

3.2. Условия проведения занятий по физической культуре должны соответствовать требованиям санитарных правил СП 2.4.3648-20 к организации воспитания и обучения.

4. Особенности методики физического воспитания обучающихся специальной медицинской группы

4.1. Особенности методики физического воспитания обучающихся специальной медицинской подгруппы «А».

Рабочие программы по учебному предмету «Физическая культура» для обучающихся специальной медицинской подгруппы «А» разрабатываются учителем, который проводит занятия, в соответствии с требованиями ФГОС. Возможны занятия адаптивной физической культурой.

Продолжительность подготовительной и заключительной части урока увеличивается, а основной – сокращается. Физические упражнения подбираются индивидуально в соответствии с показаниями и противопоказаниями при конкретных заболеваниях.

Уровень физической подготовленности обучающихся определяется с помощью контрольных упражнений (тестов), которые с учетом формы и тяжести заболевания не противопоказаны обучающемуся:

- нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» при наличии допуска (приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2020 № 1144н);

- контрольные упражнения (приложение 7 к письму Минобрнауки России от 30.05.2012 № МД-583/19).

В ходе текущей и итоговой аттестации обучающихся специальной медицинской подгруппы «А» по всем разделам учебного предмета «Физическая культура» необходимо учитывать [1, 4]:

– глубину, полноту знаний, аргументированность, умение использовать их применительно к конкретным занятиям физическими упражнениями;

– степень самостоятельности двигательной (физкультурной) деятельности;

– технику владения двигательных действий;

– уровень физической подготовленности.

4.2. Особенности организации уроков по физической культуре с обучающимися специальной медицинской подгруппы «Б».

Занятия лечебной физической культурой организуются в поликлинике или врачебно-физкультурном диспансере. Обучающийся обязан посещать занятия ЛФК два раза в неделю с перерывами на каникулы (не менее 25 занятий за полугодие). При невозможности занятий в условиях поликлиники допустима форма самостоятельных занятий в домашних условиях или на физкультурно-спортивной базе. Врач во время консультаций с родителями (законными представителями) обучающихся проводит контроль качества выполнения самостоятельных упражнений по дневнику наблюдений, даёт рекомендации по физической нагрузке.

В конце каждой четверти (триместра, полугодия) врач ЛФК поликлиники (диспансера) выдаёт обучающемуся для предъявления в общеобразовательную организацию справку, содержащую сведения о проведённом курсе лечебной физкультуры в кабинете ЛФК поликлиники или врачебно-физкультурном диспансере. Эта справка является основанием для обязательной аттестации обучающегося по учебному предмету «Физическая культура».

Для получения отметки удовлетворительно достаточно наличия справки.

Для получения отметки «хорошо» или «отлично» обучающемуся необходимо:

1) по разделам «Двигательная (физкультурная) деятельность», «Физическое совершенствование»: регулярно посещать занятия ЛФК в поликлинике (диспансере) – не менее 85% от общего количества уроков физической культуры по основной образовательной программе;

2) по разделам «Знания о физической культуре», «Двигательная (физкультурная) деятельность» на усмотрение учителя физической культуры:

– пройти собеседование по теоретическим вопросам;

- подготовить устное сообщение по теоретическим вопросам;
- написать реферат на тему по профилю заболевания;
- выполнить комплекс лечебных упражнений по профилю заболевания.

Отметки за четверть (триместр, полугодие, год) и итоговые отметки выставляются в итоговую ведомость классного журнала учителем физической культуры.

В заключение отметим, что опыт Ярославской области показывает возможность и необходимость взаимодействия педагогов с департаментом образования и департаментом здравоохранения и фармации для эффективной организации образовательной среды обучающихся, отнесенными к специальной медицинской группе для занятий физической культурой.

Список литературы

1. Щербак А. П. Модернизация технологий и содержания обучения предметной области «Физическая культура» в соответствии с ФГОС: методические рекомендации. Ярославль: ГАУ ДПО ЯО ИРО. 2018. 96 с.

2. Щербак А. П. Реализация «Концепции преподавания учебного предмета «Физическая культура» в образовательных организациях Ярославской области: методические рекомендации. Ярославль: ГАУ ДПО ЯО ИРО. 2020. 80 с.

3. Щербак А. П., Беляев Ан. Н. Нормативные установки организации занятий физической культурой в общеобразовательных организациях с учетом распределения обучающихся по медицинским группам // Физкультура. Спорт. Здоровье: материалы конференции «Чтения Ушинского» факультета физической культуры ЯГПУ. Ярославль: Изд-во «Канцлер». 2019. С. 57-68.

4. Щербак А. П., Филимонова А. В. Нормативные основы преподавания учебного предмета «Физическая культура» в общеобразовательных организациях Ярославской области // Физкультура. Спорт. Здоровье: материалы Международной научно-практической конференции «Чтения Ушинского». Ярославль: изд-во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского. 2020. С. 78-84.

УДК 376.24+613.01

ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*С.В. Прокопкина
Полоцкий государственный университет,
г. Полоцк, респ. Беларусь*

Аннотация: Статья посвящена проблеме увеличения количества часто и длительно болеющих детей. Постоянно усиливающее влияние на организм человека разнообразных

отрицательных факторов окружающей среды, что приводит к ухудшению состояния здоровья, как взрослых, так и детей, к снижению их физического и умственного потенциала.

В данной статье проанализирована проблема часто болеющие дети (ЧБД), прогнозированы принципы оздоровления детей, продуман и рекомендован единый план работы дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) с родителями, для оздоровления детей, рассмотрены формы работы по оздоровлению дошкольников.

Ключевые слова: *дошкольное учреждение, заболеваемость, дети дошкольного возраста, родители, физическая культура.*

В структуре детской заболеваемости ОРВИ твердо стоят на первом месте. Снижая сопротивляемость организма, грипп и ОРВИ нередко вызывают различные осложнения в виде воспаления среднего уха, гайморитов, бронхитов, пневмоний и т.д. Но самое главное – это, что грипп и ОРВИ наносят мощнейший удар по иммунной системе ребенка, которая у маленьких детей и без того хрупкая. Вследствие чего появляются повторные заболевания ОРВИ, поскольку всякий раз они вызываются новыми вирусами-возбудителями. А если к тому же ребенок страдает неврозом, у него аллергический диатез, есть нарушения со стороны почек или желудочно-кишечного тракта, то резко возрастает вероятность того, что он станет часто и длительно болеть.

В лечебно-профилактических и образовательных целях часто и длительно болеющим детям в первую очередь необходима двигательная активность для сохранения и укрепления здоровья, нарушенного перенесенными заболеваниями. Они должны заниматься физической культурой по программам, адаптированным к различным видам заболеваний.

В группу часто болеющих детей (ЧБД) принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям в основном из-за отклонений и возрастных особенностей иммунной системы детского организма.

По данным В.Ю. Альбицкого, А.А. Баранова, здоровье ребенка зависит на 15 % от наследственности, еще на 15% от состояния окружающей среды и на 70 % - от его образа жизни [1].

Согласно В.П. Вавиловой, Н.К. Перевощиковой «в настоящее время под ЧБД подразумевают детей, часто болеющими острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ); при этом частота респираторных инфекций зависит от возраста ребенка. Такие дети не имеют наследственных, врожденных или хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них указанных инфекций. Следовательно, ЧБД – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, которая включает детей с частыми ОРЗ, возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма без стойких органических нарушений в них» [5].

С.П. Евсеев и другие авторы к средствам лечебно-оздоровительной физической культуре относятся физические упражнения, естественно-средовые (природные) и гигиенические факторы. Основным специфическим

средством являются физические упражнения, с помощью которых решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные, профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи [7].

Физическое воспитание ослабленных и часто болеющих детей, если оно правильно организовано, и педагог учитывает все обстоятельства, связанные с их здоровьем, способствует не только устранению имеющихся у них отклонений в развитии двигательных умений, но и улучшению их психофизического статуса.

Первый этап организации двигательного режима, как средства реабилитации, для ослабленных и часто болеющих детей должен включать все не противопоказанные им виды двигательной деятельности, однако содержание её должно быть щадящим. В этот период вводятся ограничения физических упражнений, связанных с интенсивной мышечной деятельностью и физическими усилиями. Это относится к таким упражнениям, как бег, прыжки, подвижные игры с высокой интенсивностью движений, игры – соревнования (игры – эстафеты); исключаются упражнения, выполняемые в ускоренном темпе, и упражнения, связанные преимущественно со статическими нагрузками. При выполнении детьми обычных упражнений, не требующих большого напряжения сил, темп и частота их повторений должны быть умеренными [3].

Подобные назначения делаются врачом индивидуально после тщательного медицинского обследования ребёнка. На основании анализа данных комплексного обследования детям рекомендуется определённое, наиболее адекватное для них содержание занятий по физической культуре, включающее эффективное в оздоровительном отношении сочетание упражнений.

Организуя занятия лечебно-оздоровительной физической культурой, как средства реабилитации, с детьми, имеющими некоторые ограничения по состоянию здоровья, целесообразно, прежде всего, широкое использование различных общеразвивающих упражнений, активизирующих разные группы мышц и улучшающих кровоснабжение внутренних органов.

Особая роль в этом принадлежит упражнениям, направленным на развитие и укрепление дыхательной мускулатуры и опорно-двигательного аппарата. Для тренировки дыхания наиболее полезны доступные детям естественные движения – дозированная ходьба и бег умеренной и малой интенсивности. Для правильного выполнения дыхательных упражнений большое значение имеет исходное положение рук: положение "руки на пояс" способствует созданию благоприятных условий для вентиляции лёгких. Положение и движение рук на уровне головы и выше активизирует дыхательные функции мышц нижней части грудной клетки и диафрагмы [9].

Укрепление дыхательной мускулатуры достигается также использованием упражнений, направленных на развитие мышц плечевого пояса. Положение рук «вверх», «вперёд», отведение их назад, вращение

руками с разной амплитудой в замедленном темпе или вращение руками из разных исходных положений также способствует укреплению мышц плечевого пояса и дыхательной мускулатуры. Сходные функции выполняют упражнения для мышц туловища, живота и нижних конечностей: сгибание и разгибание ног, маховые движения ногами, разнообразные движения туловища – наклоны в стороны, вперед, легкое сгибание назад, вращательные движения туловищем. Значительное повышение внутрибрюшного давления, которое наблюдается при напряжении мышц живота, вызывают ответную реакцию со стороны диафрагмы – это один из путей повышения её тонуса, что способствует полноценному дыханию и нормальному газообразованию. Укрепление мышц туловища, живота, ног можно усилить за счет использования гимнастического оборудования и различных предметов – гимнастических палок, обручей, мячей [4].

Основные принципы мероприятий по реабилитации ЧБД:

- проведение индивидуальной целенаправленной круглогодичной программы профилактики и оздоровления;
- комплексность;
- неспецифичность методов воздействия.

ЧБД, особенно в возрасте 3–6 лет, требуют некоторых особенностей воспитания:

- коррекция режима дня, достаточное пребывание на свежем воздухе;
- осторожное закаливание в теплое, а затем и в холодное время года с использованием природных и климатических факторов — воздушные и солнечные ванны, водные обтирания;
- оздоровливание в привычном климатическом поясе;
- санация хронических и формирующихся очагов инфекции;
- коррекция питания;
- повышение сопротивляемости организма.

Лечебно-оздоровительная физическая культура и закаливание.

Утро рекомендуется начинать с утренней гимнастики, в которой физкультурные упражнения чередуются со специальными дыхательными в соотношении 1:1. Специальные дыхательные упражнения позволяют очистить слизистую оболочку дыхательных путей, укрепить дыхательную мускулатуру, восстановить нарушенное носовое дыхание, повысить общую сопротивляемость организма, его тонус, качество иммунных процессов, улучшить самочувствие и нервно-психическое состояние ребенка. На занятиях по физкультуре (в том числе ЛФК) используются комплексы дыхательной гимнастики по А.Н. Стрельниковой и К.П. Бутейко. Грамотно организованное физическое воспитание детей с отклонениями в состоянии здоровья способствует прекрасной адаптации организма, и после года занятий физическое развитие больных детей соответствует таковому у здоровых.

Основные принципы закаливания ЧБД:

- проведение закаливающих процедур с учетом состояния здоровья ребенка;
- постепенное увеличение интенсивности закаливающих процедур;
- систематическое и последовательное их проведение;
- учет индивидуальных особенностей ребенка, недопустимость проведения процедур при отрицательном эмоциональном отношении к ним ребенка;
- возобновление закаливающих процедур после перерывов следует начинать с тех степеней воздействия, которые были в начале закаливания, но с более быстрым их нарастанием.

Для повышения сопротивляемости детского организма используется следующая система закаливающих мероприятий:

- методика контрастного воздушного закаливания, предусматривающая закаливание воздушным потоком путем снижения температуры в одном из помещений на 3-5 °С.
- во время оздоровительного бега дети несколько раз перебегают из теплого (температура 18-20 °С) в холодное помещение (температура воздуха снижена до 12-15 °С);
- ежедневно после еды проводится полоскание полости рта 1%-ным солевым раствором комнатной температуры;
- умывание лица и рук холодной водой;
- регулярные водные процедуры (купание в бассейне, контрастное обливание ног, контрастный душ).

Организация оздоровительной работы в Новополоцком ДОУ № 7 с ослабленными и часто болеющими детьми.

Основная цель коррекционной работы — комплексная реабилитация часто болеющих детей, включающая проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболевания и укрепление здоровья воспитанников. Для ее достижения создана необходимая предметно-пространственная среда, подобрано физкультурное оборудование.

Для решения задач по укреплению здоровья и физическому развитию детей в ДОУ имеются:

- физкультурные уголки в каждой группе, оснащенные в достаточном количестве специальным оборудованием и инвентарем, мягкими модулями, реабилитационными мячами;
- медицинский кабинет;
- оборудованная физкультурная площадка на улице;
- разнообразный спортивный инвентарь.

В детском саду работает комплексная система оздоровления, предназначенная для ослабленных и часто болеющих детей (ЧБД):

- отработана модель взаимодействия педагогического и медицинского персонала в работе с часто болеющими и ослабленными детьми;

- разработаны здоровьесберегающие технологии с целью профилактики заболеваний и коррекции оздоровления детей.

Воспитательно-образовательный процесс построен на основе создания благоприятных условий для обеспечения физического и психического развития детей, эмоционального благополучия каждого ребенка, повышения его познавательной активности, функциональных и адаптивных возможностей.

Для детей разработан гибкий режим, предусматривающий:

- увеличение периода приема детей в утренние часы (до 9.00);
- увеличение продолжительности дневного сна;
- строгое соблюдение продолжительности и организации прогулок на воздухе;
- творческий подход к содержанию и методике проведения занятий;
- чередование умственной и физической деятельности.

Воспитательно-образовательный процесс в группах строится с учетом лечебно-оздоровительных мероприятий, которые проходят в индивидуальной и подгрупповой форме:

- кварцевание рециркулярными лампами;
- витаминотерапия (ревит);
- щадящий режим нагрузок;
- дыхательные упражнения и лечебные игры в группе и на занятиях по физической культуре;
- индивидуальная работа в группе и на прогулке, проводимая воспитателями групп.

В детском саду разработаны формы оздоровительной работы с детьми (табл. 2)

Таблица 2

Формы работы по оздоровлению дошкольников

формы	содержание
обеспечение здорового ритма жизни	щадящий режим (адаптационный период); гибкий режим; организация микроклимата и стиля жизни группы
физические упражнения	утренняя гимнастика; физкультурные занятия; подвижные игры; профилактическая гимнастика (дыхательная, звуковая, алгоритмическая, улучшение осанки, коррекция плоскостопия); спортивные игры; ритмика
гигиенические и водные процедуры	умывание; мытьё рук; обеспечение чистой среды; ножные ванны
световоздушные ванны	проветривание помещений (в том числе сквозное);

	сон при открытых фрамугах (в теплое время года); прогулки на свежем воздухе; обеспечение температурного режима и чистоты воздуха
активный отдых	развлечения, праздники; дни здоровья; каникулы.
специальное закаливание	босохождение; дыхательная гимнастика; солевые дорожки
физиотерапия	УФО по назначению врача
гигиеническое воспитание	периодические информационные материалы; «Круглые столы» (в том числе по здоровому образу жизни); занятия по основам безопасности жизнедеятельности

А для каждого ребенка составляется индивидуальный план оздоровления, куда вносятся все проводимые с ним мероприятия (табл. 3).

Таблица 3

План оздоровления ЧБД

№	мероприятия	дата
1.	Осмотр врачом: - педиатром; - отоларингологом; - стоматологом; - хирургом; - дерматологом	2 раза в год
2.	Лабораторные исследования: - общий анализ крови; - общий анализ мочи; - анализ на выявление гельминтов	2 раза в год
3.	Сезонная профилактика простудных заболеваний: - поливитамины; - глюконат кальция; - аскорбиновая кислота.	2 раза в год
4.	Специальные закаливающие процедуры: - влажное обтирание лица, рук, шеи; - полоскание рта кипяченой водой комнатной температуры после приема пищи; - воздушные, солнечные ванны; - босохождение; - хождение по дорожкам здоровья	
5.	Физкультурно-оздоровительная работа: - утренняя гимнастика; - физкультурные занятия; - дыхательная гимнастика; - ежедневные прогулки; - гимнастика пробуждения; - сон при открытых фрамугах; - оздоровительный бег;	ежедневно

	- физкультурные минутки; - полноценное питание; - соблюдение режима дня	
6	Физиотерапия по назначению врача: - ингаляции; - УФО, УВЧ; - массаж грудной клетки	2 раза в год
7.	Лечебное питание: - восстановление микрофлоры кишечника (курсы пребиотиков); - овощные салаты; - фрукты, соки	Декабрь В течение года
8	Сквозное проветривание в отсутствие детей	В течение года
9.	Витаминация 3-х блюд витамином «С»	В течение года
10.	Мини-туризм, праздники, развлечения	В весенне-летний период

Необходимое условие успешной работы по оздоровлению воспитанников — взаимодействие с семьей.

Формы работы с родителями:

- собеседование, анкетирование;
- наглядная агитация (стенды, памятки, статьи из периодической печати);

- групповые родительские собрания: ознакомительные в начале года, общепрофилактические со специалистами, итоговые;

- групповые и индивидуальные беседы;
- дни открытых дверей (с показом физкультурных занятий);
- совместные мероприятия детей и взрослых (спортивные развлечения, спортивные праздники и т.д.).

Родителям рекомендован следующий план оздоровления, единый с ДОУ:

1. Обеспечение оптимального режима:
2. Осенью и весной в течение 10-15 дней необходимо включать комплекс профилактических мероприятий:

3. Использование оксолиновой мази в период повышенной заболеваемости.

4. Консультации 1-2 раза в год у оториноларинголога, осмотр детей стоматологом, анализы мочи, крови.

Можно сделать вывод, что только совместными усилиями педагогов, медицинских работников и родителей можно достичь эффективности в оздоровлении ослабленных и часто болеющих детей.

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети: Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та. 1986. 181 с.

2. Альбицкий В.Ю. Баранов, А.А. Камаев, И.А. Часто болеющие дети. СПб.: Морской Петербург, 2003. 180 с.
3. Анисимова М.С., Хабарова, Т.В. Двигательная деятельность детей младшего и среднего дошкольного возраста. М.: Издательство «Детство-Пресс». 2014. 208 с.
4. Быкова Л.И. Обучение детей дошкольного возраста основным движениям. М.: Просвещение, 1991. 60 с.
5. Вавилова В.П., Перевощикова Н.К. Образовательная программа для педиатров и врачей общей практики «Реабилитация часто болеющих детей». М., 2004. 44 с.
6. Василевский И.В. Реабилитация часто болеющих детей: учебно-методическое пособие). Минск: БелМАПО. 2006. 44 с.
7. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура, её философия, содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. СПб.: Наука, 1996. С. 45-50.
8. Логвина Т.Ю. Физкультура, которая лечит: Пособие для педагогов и мед. Работников дошк. учреждений. Мозырь: ООО ИД «Белый ветер». 2003. 149 с.
9. Макарова З.С. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях. М.: ВЛАДОС, 2004. 180 с.
10. Учебная программа дошкольного образования / Министерство образования Республики Беларусь. 2012. 415 с.

УДК 612.1+371.71+613.01

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ФИТНЕСОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ШКОЛЬНИКОВ

*С.Н. Бобкова, Г.С. Бобков
ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»,
г. Москва, РФ*

***Аннотация.** В статье рассматривается влияние занятий оздоровительным фитнесом на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у часто болеющих подростков подготовительной медицинской группы. В исследовании участвовали 57 школьников. У 35,5% детей ЭК и 19% КГ отмечалось улучшение результатов пробы Руфье, показателей Миокард, индексов детализации. 22,6% детей ЭГ были переведены в основную медицинскую группу.*

***Ключевые слова:** сердечно-сосудистая система, школьники, оздоровительный фитнес, дисперсионное картирование.*

Проблема здоровья детей и подростков является одной из приоритетных. Часто болеющие дети находятся в зоне риска по развитию

хронических заболеваний, так как у них снижены адаптационные возможности практически всех функциональных систем. Одной из ведущих систем, обеспечивающих адаптацию детского организма к воздействию окружающей среды, является сердечно-сосудистая система (ССС) [1]. Известно положительное влияние на адаптационные резервы организма человека дозированных физических нагрузок аэробного характера [6]. Поэтому, целью нашей работы было оценить влияние оздоровительного фитнеса на функциональное состояние ССС часто болеющих подростков.

Методы исследования. Исследование проводилось в течение 4 месяцев. В нём приняли участие 57 школьников, средний возраст которых составил $15,3 \pm 0,6$ лет. Все дети были разделены на две группы: контрольную (КГ) - 26 человек (10 мальчиков и 16 девочек) и экспериментальную (ЭГ) – 31 человек (13 мальчиков и 18 девочек). По результатам предварительного тестирования группы были однородны ($p > 0,05$). Все дети занимались физической культурой в подготовительной медицинской группе. Дети контрольной группы обучались по утвержденной программе, а экспериментальной группы по модифицированной программе, в которой в основную часть урока по физической культуре был включен комплекс различных танцевальных движений (ритмических, циклических) с предметами, направленный на тренировку разных групп мышц и выполняемых в зоне низкой интенсивности. Также дети обеих групп занимались дополнительно в домашних условиях: дети КГ выполняли стандартный комплекс упражнений, а ЭГ - оздоровительные фитнес-тренировки. Для оценки своего состояния подросткам было предложено тестирование по опроснику САН [3]. Сердечная деятельность оценивалась методом дисперсионного картирования с помощью кардиовизора [5]. Для оценки адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам проводилась проба Руфье-Диксона, являющаяся также косвенным показателем физической работоспособности.

Результаты исследования и их обсуждение. Данное исследование является продолжением работы по изучению функционального состояния школьников подросткового и юношеского возраста при разных видах двигательной активности и психофизического состояния [2, 5]. На констатирующем этапе исследования проводилось тестирование всех участников по опроснику САН. Почти у 40 % школьников полученные средние данные были в диапазоне 3-4 баллов, что можно было рассматривать как неблагоприятный результат. Особенно низкие результаты отмечались в категории «Самочувствие». В конце исследования наблюдалась положительная динамика: низкие баллы были получены у 15% участников эксперимента. При проведении пробы Руфье-Диксона в начале исследования у всех участников показатели индекса Руфье-Диксона (ИРД) соответствовали среднему уровню адаптации ССС к дозированной физической нагрузке. На контрольном этапе отмечалась положительная динамика у подростков обеих

групп: переход из зоны средней адаптации ССС в зону хорошей адаптации осуществили 19% детей КГ и 35,5% школьников ЭГ (таблица 1).

Таблица 1

Динамика перехода школьников КГ (n = 26) и ЭГ (n = 31) из зоны средней адаптации ССС к физическим нагрузкам в зону хорошей адаптации по результатам изменения ИРД на констатирующем и контрольном этапах исследования

Показатели	Экспериментальная группа (n = 31)		Контрольная группа (n = 26)	
	До эксперимента	После эксперимента	До эксперимента	После эксперимента
Средняя адаптация ССС	31	20	26	21
Хорошая адаптация ССС	-	11	-	5

При оценке стабильности сердечной деятельности по результатам показателей дисперсионного картирования ЭКГ на констатирующем этапе исследования у подростков как КГ, так и ЭГ отмечалось повышение электрической активности миокарда (рисунок 1).

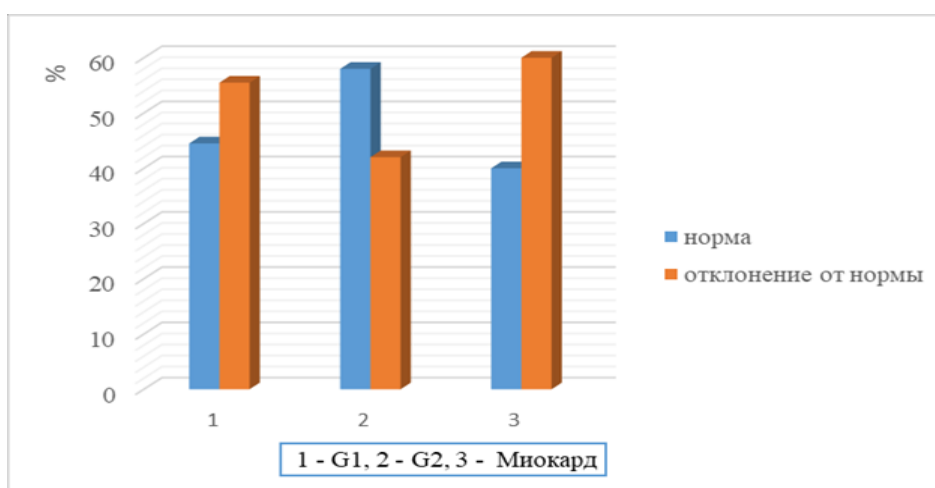


Рисунок 1. Распределение школьников (n=57) (в %), имеющих отклонения от нормы показателей стабильности сердечной деятельности, на констатирующем этапе исследования.

В основном эти изменения были незначительными и превышали верхнюю границу нормы не более, чем на 3–5% (Ритм, Миокард, Пульс, индексы детализации, отвечающие за работу предсердий). Такие результаты были получены почти у 60% школьников и свидетельствовали об электрической нестабильности миокарда. Включение аэробного оздоровительного фитнеса в уроки по физической культуре, а также фитнес-тренировки, выполняемые подростками самостоятельно, стабилизировали сердечную деятельность у 80% детей ЭГ, имеющих отклонения по

вышеперечисленным показателям. У школьников (45% детей) КГ также наблюдалась положительная динамика результатов дисперсионного картирования ЭКГ. По результатам медицинского обследования 22,6% школьников ЭГ и 8% детей КГ были переведены из подготовительной в основную медицинскую группу.

Заключение. Из выше сказанного можно заключить, что полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют о положительном влиянии оздоровительного фитнеса на функциональные возможности сердечно-сосудистой системы часто болеющих подростков и его можно рекомендовать для включения в программы как уроков по физической культуре школьников подготовительной медицинской группы, так и в самостоятельные занятия часто болеющих детей, особенно с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии.

Список литературы

1. Сим И.А., Ковалева Н.В., Бугринская М.В., Расулов М.М. Бобкова С.Н. Адаптационные возможности девочек // Вестник Московского государственного областного университета. 2013. № 3. С. 44.
2. Бобков Г.С., Федорова Е.Ю., Бобкова С.Н. и др. Влияние онлайн-тренировок по фитнесу на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у старших школьников с избыточной массой тела в условиях дистанционного обучения // Бизнес. Образование. Право. 2021. № (55). С. 298-303.
3. Доскин В.А. Лаврентьева Н.А., Строгина О.М., Доскин В.А. Психологический тест «САН» применительно к исследованиям в области физиологии труда // Гигиена труда и профессиональных заболеваний. 1975. № 5. С. 28.
4. Зверева М.В., Бобкова С.Н., Бобков Г.С. Обучение самодиагностике здоровья учащихся старших классов и студентов мегаполиса // Проблемы современного педагогического образования. 2021. № 70-4. С. 140-143.
5. Зверева М.В. Бобкова С.Н., Исакова Ж.Т. Скрининг сердечной деятельности студентов института физкультуры методом дисперсионного картирования ЭКГ // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 58-2. С. 93-97.
6. Невзорова Е.В., Засядько К.И., Шакула А.В., Воробьева К.А. Метод оздоровительной фитнес-аэробики как способ реабилитации пациентов с бронхиальной астмой // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021. Т. 98. № 3-2. С. 133-134.

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО ШКОЛА-УЧИТЕЛЬ-СЕМЬЯ-УЧЕНИК В ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ

Е.А. Мячина

*МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №22»,
г. Южно-Сахалинск, РФ*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы организации учителем занятий физической культурой с часто и длительно болеющими детьми совместно с их родителями.

Ключевые слова: физическая культура, учитель, часто болеющие дети, родители.

В современном обществе основным институтом воспитания является семья, которая формирует, в том числе и мировоззрение ребенка по вопросам сохранения и укрепления здоровья и формирования культуры здоровья. Тем не менее, можно отметить, что оптимальных средств и методов, необходимых компетенций по воспитанию у детей навыков здорового образа жизни у большинства родителей недостаточно. Зачастую мы видим противоречие между необходимостью воспитания здоровьесформирующих навыков с детства в семье и реальным пассивным отношением родителей к собственному здоровью и здоровью членов семьи. Все чаще личные субъективные представления об успешности человека (бренды, гаджеты и т.п.) в социуме подменяют истинные ценности. Многие родители считают, что здоровье можно улучшить, установив то или иное приложение на смартфон, и первые кто страдают от этого заблуждения, это наши дети.

Опираясь на данные мониторинга уровня здоровья школьников за последние 10-15 лет, мы наблюдаем ухудшение состояния здоровья детей и подростков. Около 90% детей дошкольного и школьного возраста имеют отклонения в состоянии физического и психического здоровья, растет число часто и длительно болеющих детей. И всё это происходит на фоне низкой двигательной активности населения нашей страны, гиподинамия среди детей и взрослых составляет около 80 %. Двигательная деятельность детей – это, прежде всего, естественная потребность, удовлетворение которой является важнейшим условием и стимулирующим фактором развития интеллектуальной, эмоционально-волевой сфер, основных структур и функций организма, одним из способов познания мира и ориентировки в нем.

Обновленный федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования (ФГОС ООО) включает в содержательный раздел, в том числе, рабочие программы воспитания, которые в интеграции с рабочими программами учебных предметов должны быть направлены на укрепление психического здоровья и физическое воспитание обучающихся, содействовать развитию педагогической компетентности родителей

несовершеннолетних обучающихся и обеспечивать совместную деятельность обучающихся с родителями [2].

Рассмотрим возможности реализации вышеуказанных требований ФГОС ООО через организацию учителем занятий физической культурой обучающихся совместно с родителями. Физическая культура – это процесс, направленный на создание условий, способствующих укреплению, поддержанию здоровья, физического и двигательного развития ребенка. При решении задач, связанных с формированием культуры здоровья личности на различных этапах возрастного развития ребенка, является целесообразным обращение к системе физического воспитания, способной решать задачи обучения, воспитания и развития детей, молодежи и взрослого населения в аспекте приобщения их к здоровому образу жизни, формирования мотивации здоровья, обучения навыкам самостоятельной физкультурно-оздоровительной деятельности.

Так как у детей и родителей полноценно не сформировано представление о средствах и методах формирования здорового образа жизни, в своей работе я, прежде всего, начинаю с приобщения родителей к образовательному процессу. В нашей школе обучается 1227 учащихся с 5 по 11 класс.

Согласно сведениям медицинского работника школы к категории часто и длительно болеющих детей относятся почти 5% учащихся (51 человек). В течение 2020-2021 учебного года на уроках физической культуре в целях профилактики заболеваний, в рамках консультативных занятий участвовало 20 пар родитель + ребенок.

В течение всего учебного года часто и длительно болеющие учащиеся занимались на уроках физической культуры с использованием дополнительных комплексов упражнений для профилактики того или иного заболевания, также выполняли данные комплексы дома с помощью своих родителей. Для ознакомления с комплексами упражнений родителям учащихся было предложено посещать консультативные физкультурные занятия совместно с детьми, где была возможность разучить комплекс упражнений, отработать его в паре со своим ребенком, задать все интересующие вопросы и узнать приемы и методы контроля при выполнении данных упражнений.

Так же учащимся было предложено вести дневник самоконтроля, где ежедневно ребенок мог оценить свое состояние и самочувствие.

Таблица 1.

Пример дневника самоконтроля обучающихся МБОУ СОШ № 22

	ЧСС	самочувствие	настроение	сон	аппетит
УТРО					
До выполнения комплекса					

физических упражнений					
Во время выполнения комплекса физических упражнений					
После выполнения комплекса физических упражнений					
ВЕЧЕР					
Общее впечатление о прошедшем дне					

Анализ дневника самоконтроля, который часто болеющий ребенок заполняет совместно с родителями, является одним из важных факторов в построении индивидуальной профилактической работы с ребенком, как со стороны учителя, так и со стороны родителя.

Родители, по моему опыту, делятся на две категории: первые – опираясь на субъективное представление о физической культуре, навязанное социумом, считают – «мой ребенок и так имеет ослабленное здоровье, часто и длительно болеет, а учитель может только усугубить его состояние, привлекая к занятиям физической культурой и спортом». Вторые считают, что часто и длительно протекающие заболевания у детей не должны влиять на получение ребенком полноценных физических нагрузок с первого дня выхода на занятия после болезни. А значит, родители не понимают, что после болезни организм ослаблен и требует особого, бережного отношения к себе, постепенного увеличения физических нагрузок и применения индивидуального подбора двигательных действий в зависимости от перенесенного заболевания.

За более 20-летний период работы учителем физической культуры, я выработала алгоритм взаимодействия с родителями детей, которые длительно и часто болеют.

1. Нужно убедить родителей в необходимости и пользы физкультурно-оздоровительной деятельности.

2. Вовлечь родителей в процесс занятий физическими упражнениями.

3. Осуществлять систематический контроль за выполнением рекомендаций учителя физической культуры, в том числе через дневник самоконтроля.

4. Проводить систематический мониторинг физической подготовленности и состояния здоровья часто и длительно болеющих детей не реже 1 раза в триместр.

Примерная модель организации социального партнерства ШКОЛА-УЧИТЕЛЬ-СЕМЬЯ-УЧЕНИК в вопросах формирования физической культуры

личности обучающихся МБОУ СОШ №22 г. Южно-Сахалинска представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Примерная модель организации социального партнерства ШКОЛА-УЧИТЕЛЬ-СЕМЬЯ-УЧЕНИК в вопросах формирования физической культуры личности обучающихся МБОУ СОШ № 22 г. Южно-Сахалинска.

Известно, что оптимальная двигательная активность в сочетании с рациональным питанием и образом жизни является наиболее эффективной в профилактике многих заболеваний. Занятия физическими упражнениями обеспечивают адаптацию сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма к условиям мышечной деятельности, сокращают длительность функционального восстановления после сдвигов, вызванных физической нагрузкой, активизируют и совершенствуют обмен веществ, улучшают деятельность центральной нервной системы [1].

По моим наблюдениям, дети, чьи родители активно принимают участие в образовательном процессе, регулярно (1-2 раза в месяц) посещают совместные занятия, более мотивированы самостоятельно заниматься физической культурой и поддерживать ЗОЖ в семье. Такие ребята с удовольствием посещают занятия и с интересом выполняют все упражнения и

задания, особенно охотно демонстрируют выполнение домашнего задания, выполненного совместно с мамой или папой. Стоит отметить, что при регулярных занятиях ФК, состояние здоровья данных детей улучшается, сокращается количество заболеваний в год, уменьшается срок протекания болезни и улучшается здоровье в целом.

Список литературы

1. Лях В.И. Физическая культура: 10-11 классы: учеб. для общеобразоват. организаций: базовый уровень: 7-е изд., перераб. и доп. М.: Просвещение. 2019. 271 с.

2. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 31 мая 2021 г. №287 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».

УДК 371.21+613.71

ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ В ДОУ

Е.А. Зеленцова

МБДОУ «Вехнеуслонский детский сад «Берёзка»,
с. Верхний Услон, респ. Татарстан, РФ

***Аннотация.** В данной статье раскрываются основные направления работы воспитателя детского сада с часто и длительно болеющими ОРВИ и ОРЗ детьми. В последние годы увеличивается количество детей, которые постоянно имеют простудные заболевания. Коррекционной работе по этой теме посвящено множество статей. Большая работа по профилактике таких детей проводится в детских дошкольных учреждениях: воспитатели разрабатывают специальные адаптированные программы по возрастным группам с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Итогом такой кропотливой работы является улучшение общего состояния у детей.*

***Ключевые слова:** ОРВИ, ОРЗ, программа, дети, профилактика.*

В последнее время заметна тенденция к ухудшению состояния здоровья детей. Уровень заболеваемости детей в дошкольном возрасте очень высок. Первое место в структуре заболеваемости (65% всей патологии) занимают болезни органов дыхания, среди которых 90% - ОРЗ и грипп.

Наибольшее число перенесенных заболеваний приходится на часто болеющих детей, абсолютный уровень заболеваемости которых в 2-4 раза выше, чем у редко болеющих. Часто болеющими детьми, принято считать детей, которые за год переболели 4 и более раз ОРВИ и ОРЗ. Высокая распространенность ОРВИ и ОРЗ объясняется тем, что они передаются воздушно-капельным путем и наличием большого числа серологических типов разнообразных респираторных вирусов. Часто болеющий ребенок

заболевает практически независимо от времени года, поэтому работа по оздоровлению таких детей проводится круглогодично.

В МБДОУ «Верхнеуслонский детский сад «Берёзка» для присмотра и оздоровления часто болеющих детей разработана физкультурно-оздоровительная программа, направленная на оздоровление ЧБД в условиях ДОУ и дома, которая является результатом:

- изучения специальных медико-педагогических источников литературы;

- анализа современных здоровьесберегающих технологий:

- обобщения опыта оздоровительно-профилактической работы с детьми в условиях дошкольного образовательного учреждения;

В программе представлены рациональные подходы к организации и проведению оздоровительных и закаливающих мероприятий в общеразвивающих группах.

Цель программы.

Программа направлена на профилактику ОРВИ, ОРЗ, на реабилитацию и повышение устойчивости организма часто болеющих детей к данным заболеваниям.

Основные задачи:

- внедрение в практическую деятельность оздоровительной программы;
- мониторинг результатов реализации оздоровительной программы в условиях ДОУ;

- перевод детей из группы часто болеющих в группу эпизодически болеющих;

- формирование у детей, родителей, педагогов ответственного отношения к собственному здоровью.

Ожидаемые результаты:

- снижение уровня заболеваемости;
- расширение знаний взрослых и детей о понятии «здоровья» и влияния образа жизни на состояние здоровья;
- умение использовать полученные знания для самооздоровления.

Основные направления программы.

1.Профилактические:

- решение реабилитационных задач ЧБД всеми средствами физической культуры.

- предупреждение ОРВИ и ОРЗ методами неспецифической профилактики.

- выполнение санитарно-гигиенического режима.

- обеспечение семей ЧБД всей имеющейся информацией о передовых и эффективных технологиях и методиках по оздоровлению детей.

- предоставление родителям права выбора метода закаливания ребёнка.

- соблюдение единых требований к режиму детей дома и в ДОУ (продлённый дневной сон , регулярные закаливающие процедуры (не

прекращать после ОРВИ ,а только снизить интенсивность),полоскание рта после еды, дотация фруктов и овощей по сезону, в том числе лука и чеснока; настойка шиповника; витамины в возрастной дозе).

-формирование навыков правильного дыхания (с использованием игровых пособий для укрепления дыхательной мускулатуры), правильной осанки, профилактика плоскостопия.

2. Учебные:

-обучение основам оздоровительной гимнастики.

-совершенствование навыков владения точечным и самомассажем.

-обучение всем видам дыхательной гимнастики и дыхательных упражнений.

Ю. Буланова, «Метод задержки дыхания»

Ю.И. Першина «Оздоровительное дыхание»;

Э.В. Стрелковой «Респираторная гимнастика»;

Б.С. Толкачёва «Гимнастика выжимания»;

3. Коррекционные:

-увеличение жизненной ёмкости легких.

-увеличение физической работоспособности и выносливости.

-повышение сопротивляемости организма простудным и другим заболеваниям.

4. Валеологические:

-формирование осознанного отношения к своему здоровью и здоровью близких людей (стремление к здоровому образу жизни).

-создание благоприятных условий для оздоровления организма.

-выработка гигиенических навыков.

5. Психологические:

-улучшение эмоционального состояния.

-снятие психологической напряжённости.

-воспитание воли, сознательной дисциплины, организованности.

-развитие коммуникативных навыков.

Мероприятия по снижению заболеваемости.

-медицинский и административный контроль за заболеваемостью.

-работа с родителями по профилактике инфекционных и простудных заболеваний детей. большое значение придаётся вакцинопрофилактике, закалывающим процедурам, своевременной изоляции больных детей.

-выполнение комплекса оздоровительной программы.

-мероприятие по профилактике гриппа и ОРЗ в эпидемиологический период.

-строгое соблюдение режимных моментов.

С учётом специфики дошкольного учреждения (у каждого ребёнка свой период оздоровления и пребывания в детском саду) и необходимости создания здоровьесберегающего образовательного процесса его развитию и повышению уровня здоровья каждого воспитанника, были определены

следующие особенности организации физкультурно-оздоровительной деятельности ДОУ:

Практические методы:

- 1.Создание комфортной обстановки в группе.
- 2.Знакомство с семьёй ребёнка.
- 3.Составление социального паспорта.
- 4.Составление щадящей программы оздоровления.
- 5.Экскурсия по ДОУ.
6. Совместные игры для установления личностного контакта.
- 7.Цикл игровых упражнений по развитию мелкой моторики рук.
- 8.Система профилактики психоэмоционального состояния детей средствами физического воспитания, массажа, оздоровительных игр, приемов релаксации.

Физкультурно-оздоровительные мероприятия:

- утренняя гимнастика,
- физкультурные занятия,
- гимнастика после дневного сна,
- закаливание,
- дыхательная гимнастика по Стрельниковой,
- психогимнастика.
- создание ПРС для осуществления двигательной активности ребёнка.
- предоставление возможности самостоятельной деятельности в условиях ДОУ для занятий на спортивных снарядах.
- цикл прогулок в парк.
- проведение совместных с родителями спортивных праздников и развлечений.

Словесные методы:

- 1.Беседы с ребёнком, направленные на установление личностного контакта.
- 2.Беседы с родителями для тесной, плодотворной работы по оздоровлению ребёнка.
- 3.Использование сказок-импровизаций на физкультурных занятиях и во время проведения закаливания.
- 4.Использование фольклора в режимных моментах.
- 5.Музыкальная терапия (музыкальные паузы, игры на детских музыкальных инструментах.)
- 6.Психотренинг, аутотренинг «Я здоров».
- 7.Консультации для родителей.

Наглядные методы:

- 1.Накопление фотоматериала по оздоровительной работе в группе.
- 2.Оформление папок-передвижек для родителей.
- 3.Рассматривание альбомов о спорте, о здоровье.
- 4.Внешний вид педагога и детей.

5. Смехотерапия.
6. Использование диапроектора и кукольного театра.
7. Создание совместных творческих работ в семье «Наше здоровье».
8. Выставки совместных работ детей и родителей.

Игровые методы:

1. Сюжетно-ролевые игры.
2. Развлечения.
3. Театрализованные игры.
4. Игры эстафеты.

Ожидаемые результаты.

- Укрепление здоровья детей.
- Выработка привычки заботиться о своем здоровье (соблюдение гигиенических и закаливающих процедур дома).
- Усвоение образовательной программы.
- Умение ориентироваться в помещении детского сада.
- Коммуникабельность детей, сотрудничество педагога с детьми в группе в игровой и познавательной деятельности.
- Умение самостоятельно проводить точечный массаж, дыхательные упражнения, закаливающие процедуры.
- Воспитание толерантности по отношению к сверстникам, умение сопереживать и сорадоваться.
- Воспитание в детях убежденности, что их любят, защищают, ими дорожат.

Форма организации оздоровительной работы.

1. Утренняя гимнастика - танцевально-ритмическая, на воздухе при температуре не ниже 18 градусов., в виде подвижной игры, оздоровительного бега.
2. Занятия: обычные, сюжетно - игровые, занятия- прогулки,
3. Гимнастика: после сна, игровая, лечебно-восстановительная, дыхательная, звуковая, физкультминутки, релаксация.
4. Оздоровительные процедуры в водной среде
5. Закаливание: традиционное (местные и общие) и нетрадиционное...
6. Гигиенические требования к одежде.
7. Воспитание у детей ценностей здорового образа жизни.
8. Привитие культурно-гигиенических навыков.

Стержнем всей работы является индивидуальная программа (план) оздоровления, которая разрабатывается для каждого ребенка в начале учебного года совместно с родителями на основе всесторонней диагностики состояния его здоровья и психомоторного развития, включающей:

- составление анамнеза,
- осмотр ребенка специалистами и общее обследование (заключение педиатра),
- анализ навыков детей в основных видах движений,

анкетирование родителей по вопросам воспитания здорового ребенка.

Диагностика ЧБД.

Мониторинг состояния физического здоровья детей.

Таблица 1.

Критерии физического развития группы «Колобок»

Уровень двигательной активности	2019 сентябрь	2020 май	2020 сентябрь	2021 май
высокий	-----	5	5	8
средний	17	15	15	14
низкий	6	3	3	1

По данным таблицы 1 можно сделать вывод: уровень двигательной активности за год улучшился. Дети стали более подвижными, с удовольствием играют в подвижные игры, стали более выносливыми. Уровень физического развития определяют медработники в конце учебного года по антропометрическим данным.

Таблица 2.

Заболеваемость детей

	2018г	2019г	2020г.
Уровень заболеваемости В промилле	3463%	2997%	2664%
Число обращений по ОРВИ и ОРЗ за 3 года.	52	45	38

Вывод: по таблице 2 видно снижение числа обращений по ОРВИ и ОРЗ за каждый год. В 2019 году заболеваемость снизилась на 14%, по сравнению с 2018 годом, в 2020 году снизилась на 16% по сравнению с 2019 годом. Дети стали более коммуникабельными выработалась привычка заботиться о своем здоровье.

Список литературы

1. Алямовская В.Г. Как воспитать здорового ребенка. М.: Просвещение. 2003. 243с.
2. Вареник Е.Н. Физкультурно-оздоровительные занятия с детьми 5-7 лет. М.: ТЦ Сфера. 2008 с.
3. Вареник Е.Н., Кудрявцева С.Г., Сергиенко Н.Н. Занятия по физической культуре с детьми 3-7 лет: Планирование и конспекты. М.: ТЦ Сфера. 2007. 208 с.
4. Галанов А.С. Игры, которые лечат. М.: ТЦ Сфера. 2003.
5. Подольская Е. Лечебная гимнастика // Дошкольное воспитание. 2005. № 8. С. 64.

УДК: 373. 21+371.21

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*А.А. Горшенина, Л.Ф. Ракипова
МБДОУ «Детский сад комбинированного вида № 53 «Светофорик»»,
г. Альметьевск, респ. Татарстан, РФ*

Аннотация: в данной статье рассматриваются дыхательные упражнения на укрепление здоровья, снижение заболеваемости и формирование основ здорового образа жизни детей.
Ключевые слова: дыхательные упражнения, дети дошкольного возраста.

Однажды Сократа спросили: «Что является для человека наиболее ценным и важным в жизни — богатство или слава?» Великий мудрец ответил: «Ни богатство, ни слава не делает еще человека счастливым. Здоровый нищий счастливее больного короля!»

Всем нам известно, что именно в дошкольном возрасте закладывается фундамент здоровья: происходит становление всех жизненно - важных систем и психических функций организма, развиваются его адаптивные механизмы, мелкая и крупная моторика, повышается устойчивость к воздействиям внешних факторов, формируются основные физические качества, выносливость и работоспособность. Именно в этом возрасте зарождаются привычки, представления, черты характера ребенка, от которых будет зависеть образ жизни человека в дальнейшем.

Цель: привлечь детей к здоровому образу жизни через выполнение общеразвивающих упражнений, упражнений дыхательной гимнастики. Постепенно включать детей в активную деятельность, переводя от состояния торможения к бодрствованию. Вызвать у детей положительные эмоции, доставить детям удовольствие от общения друг с другом и педагогом. Создать бодрое настроение на весь остаток дня.

Самая важная задача-укрепление здоровья, снижение заболеваемости и формирование основ здорового образа жизни.

Дети чаще подвержены простудным заболеваниям, особенно с приходом холодов – поздней осенью, зимой, ранней весной. Частые ОРЗ приводят к нарушению развития и функционирования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы и снижению иммунитета. Дети меньше двигаются, меньше находятся на свежем воздухе, происходит отставание в физическом и психомоторном развитии и нарушается социальная адаптация ребёнка (теряются контакты со сверстниками)

Статистика показывает, что почти 90% всех заболеваний составляют инфекции дыхательной системы. ЧБД – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими в организме ребёнка

Профилактика детских респираторных заболеваний, особенно нижних дыхательных путей, должна стать приоритетной задачей не только врачей, но и в первую очередь родителей и педагогов ДОО. Надо помнить: бронхит или воспаление в раннем детстве могут стать началом формирования хронических заболеваний в более старшем возрасте.

Большое значение имеют закаливающие процедуры, которые нужно сочетать с дыхательной гимнастикой и массажем грудной клетки. Систематическое проведение комплексов лечебной физкультуры, чтобы обеспечить хороший дренаж бронхов и повысить тонус дыхательной мускулатуры.

Еще одно необходимое условие правильного развития ребёнка – умение правильно дышать. Ребенка легко можно научить правильному дыханию. Девять детей из десяти дышат неправильно и по этой причине плохо себя чувствуют. Ребенка, не умеющего правильно дышать, можно узнать сразу: узкие плечи, слабая грудь, рот открыт, движения нервозны. Во-первых, через рот в лёгкие попадает значительно меньше воздуха, работают только их верхние отделы. Во-вторых, изменяется голос, нарушается речь, ребёнок начинает гнусавить, говорить монотонно. Кроме того, ему становится труднее есть, пережевывать пищу, притупляется обоняние и пропадает аппетит, зубы постепенно искривляются, может развиваться кариес. Такие дети раздражительны и плаксивы. Нередко у них появляется шум в ушах, ощущение тяжести в голове и даже приступы удушья, переходящие в астму.

Суть правильного дыхания в том, чтобы впустить воздух в легкие и насытить кислородом кровь в легочных альвеолах. Дыхание распадается на два акта: вдох, во время которого грудь расширяется и воздух проникает в легкие; и выдох – грудная клетка возвращается к своему обычному объему, легкие сжимаются и выталкивают имеющийся в них воздух.

Наша задача – научить ребенка хорошо очищать легкие. Если он полностью не выдыхает, то в глубине легких остается изрядное количество испорченного воздуха, а кровь получает мало кислорода. Научив ребенка дышать через нос, вы поможете ему избавиться от частых насморков, гриппа, ангины и т.п. От правильного дыхания зависит физическое и интеллектуальное развитие ребёнка.

Во время физкультурных занятий, в режимные моменты большое внимание мы уделяем упражнениям по развитию органов дыхания. Были проведены исследования с группой часто болеющих детей. Дети выполняли упражнения в течение нескольких месяцев. Это специальная группа дыхательных упражнений с произвольным изменением характера или продолжительности вдоха-выдоха в сочетании с движениями туловища и конечностей или без движений. Это дыхательные упражнения с изменением ритма и глубины дыхания, паузами между вдохом и выдохом, усилением движений грудной клетки, с произнесением звуков, длительный и ступенчато длительный выдох, в сочетании с движениями тела. При этом они должны

облегчать или усиливать дыхание. Например, наклон туловища вперёд сочетается с выдохом, выпрямление туловища – с вдохом. Нужно приучить ребенка к полному дыханию, чтобы он расширял грудную клетку и развивал мышцы живота. Покажите, как втягивать живот во время дыхания, сделать его плоским и впалым. Для этого выполним упражнение «Животик надулся, животик сдулся». Понять, что такое дыхание, поможет упражнение «Бабочки и конфетки».

Для развития бронхолёгочной системы надуваем резиновые шарики, играем с детьми в игру «Ветерок, доведи шарик до дома», «Забей в ворота», «Задувай в обруч», коллективная игра «Не урони», «Закинь в лунку», «Кто выше»

И ещё одно коллективное упражнение, которое нравится детям «Солнечные лучики». С помощью палочек нужно провести шарик по лучикам и поймать шарик в стаканчик. После выполнения этих упражнений мы заметили, что дети меньше стали болеть. У детей улучшилась координация движений, более внятное произношение звуков, появилась уверенность, радость в общении со сверстниками. Они с удовольствием играют, выполняют физические упражнения. Таким образом, тщательно подобранные оздоровительные дыхательные упражнения, применяемые с учетом особенностей данной категории детей, способствуют профилактике заболеваний, повышению иммунитета. ЧБД приобретают необходимые физические качества, у них формируются полезные привычки и представления о мире движений. Появляется осознанное отношение к собственному здоровью, развивается уверенность в собственных силах. Восстановление их жизненных сил наступает значительно быстрее.

Дыхательная гимнастика прекрасно дополняет любое лечение (медикаментозное, гомеопатическое, физиотерапевтическое), развивает ещё несовершенную дыхательную систему ребёнка, укрепляет защитные силы организма.

Ежедневная кропотливая работа воспитателя и инструктора по физкультуре позволяет заложить основы здорового образа жизни детей и сохранить их здоровье для будущего.

«В нашем распоряжении восемь врачей, данных природой, всегда готовых помочь в создании стопроцентного здоровья. Это солнечный свет, свежий воздух, чистая вода, естественное питание, физические упражнения, отдых, хорошая осанка, разум» Поль Брегг.

Наша задача, как педагогов, применять это всё в комплексе и вырастить здорового ребёнка!

Список литературы

1. Подольская, Е.И. Формы оздоровления детей 4–7 лет: кинезиологическая и дыхательная гимнастики, комплексы утренних зарядок. Волгоград: Учитель, 2009 г.

2. Яковлева Л., Юдина Р. Дошкольное воспитание. 1997. № 2. с. 14–20

3. Горбатенко О.Ф., Кардаильская Т.А., Попова Г.П. Физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ: планирование, занятия, упражнения, спортивно-досуговые мероприятия. Волгоград: Учитель, 2008 г.

УДК 371.21+613.71

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ

*И.А. Неверова, инструктор по физической культуре
МДОУ «Детский сад «Солнышко»
г. Новодвинск, Архангельская область, РФ*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы применения различных форм работы с часто болеющими и длительно болеющими детьми в условиях дошкольного образовательного учреждения и в домашних условиях.*

***Ключевые слова.** Часто болеющие дети, здоровье, закаливание, физкультура, технологии.*

Проблема часто болеющих детей привлекает большое внимание специалистов, занимающихся вопросами сохранения и укрепления здоровья детей: медиков, педагогов, физкультурных работников, психологов. Актуальность этой проблемы связана с высоким удельным весом часто болеющих детей. В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий количество детей, часто болеющих респираторными инфекциями, достигает в раннем и дошкольном возрасте от 15 до 75% [6]. В общей структуре заболеваний детей болезни органов дыхания прочно занимают первое место.

Число часто болеющих детей и уровень заболеваемости среди организованных детей (посещающих дошкольные учреждения) раннего и дошкольного возраста выше, чем у неорганизованных детей (воспитывающихся в домашних условиях). [5]

Ситуация существенно осложняется в условиях севера, мегаполисов с экологически неблагоприятной обстановкой (загрязнение воздуха и воды).

В Архангельской области, где имеют место значительные сезонные колебания температуры воздуха с преобладанием низких ее величин и высокой влажности зимой, и ниже комфортных летом, целесообразно формировать устойчивость организма детей преимущественно к холодовым раздражителям, используя в системе оздоровления детей метод закаливания охлаждением.

В нашей дошкольной организации созданы условия для своевременной и квалифицированной помощи детям в вопросах оздоровления и коррекции, существующих отклонений в состоянии здоровья. На протяжении многих лет ведется работа по здоровьесбережению, физическому развитию детей,

повышению двигательной активности. Этому способствует созданная предметно-развивающая среда: оборудованный спортивный зал, музыкальный зал, центры здоровья в групповых комнатах, площадка для физкультурных занятий на воздухе, детские тренажёры.

Для реализации физкультурно-оздоровительных задач проводятся традиционные и инновационные формы работы с детьми:

1. Утренняя гимнастика для старшего возраста на воздухе в любое время года.
2. Физкультурные занятия в зале и на воздухе.
3. Подвижные игры, эстафеты, спортивные игры.
4. Профилактические гимнастики: дыхательная, пальчиковая, для глаз, корригирующая после сна.
5. Гигиенические и водные процедуры (умывание, мытье рук до локтя, мытье ног в летнее время года, полоскание горла кипяченой водой).
6. Воздушные ванны: проветривание помещений, прогулки на свежем воздухе.
7. Активный отдых: праздники, развлечения, дни здоровья, динамический час, туристские походы.
8. Ароматизация помещений: чеснок, лук сезонно.
9. Фитопитание: кислородный коктейль, отвары шиповника сезонно.
10. Закаливание: ежедневные прогулки, физкультурные занятия в зале босиком, игровой точечный массаж, босохождение после сна по дорожкам здоровья, оздоровительный бег ежедневно на утренней прогулке.
11. Рециркуляторы для очищения воздуха.
12. Ритмическая гимнастика для коррекционных групп по программе «Са-Фи-Дансе».
13. Дополнительное образование: спортивные кружки «Растишка» - спортивные тренажёры, «Детский фитнес» - фитбол, элементы хаха-йоги.
14. Физкультминутки во время занятий.
15. Криомассаж – новая технология закаливания и оздоровления.

Конечно, профилактическая работа не приносит стремительных положительных результатов (требуется некоторое время, чтобы стали заметны изменения) и их сложно отследить, однако, наш опыт говорит об эффективности предпринимаемых мер.

Положительной динамики здоровья детей можно достичь только совместными действиями педагогов, медицинских работников и семей воспитанников. Работа с семьями воспитанников строится по следующим направлениям:

- Анкетирование и беседы о здоровье, здоровьесбережении дошкольников.
- Работа детско-родительского клуба «Островок здоровья».

- Консультации: педагога – психолога, врачей детской поликлиники, инструктора по физической культуре (по проблемам здоровья, по физическому развитию).

- Тетрадь взаимодействия с медицинским работником, где прописаны рекомендации после перенесенного заболевания ребенком для педагогов, инструктора по физической культуре.

- Информационные стенды «Будь здоров!», «Правильное питание», «Спортивная мозаика», газета ДООУ для родителей «Солнечный зайчик», сайт ДООУ.

- Семейные конкурсы, проекты «Быть здоровыми хотим», праздники, развлечения.

Разработанные мероприятия позволяют эффективно осуществлять психолого-педагогическую, медицинскую поддержку здоровья дошкольников на основе совместных усилий воспитателей, медицинских работников, узких специалистов, семей воспитанников. Эффективность такого здоровьесбережения обеспечивается прежде всего:

- Системностью воспитательно-оздоровительных действий;
- Их последовательностью;
- Созданием условий для психического и физического здоровья, наличием положительной эмоциональной атмосферы в ДООУ;
- Формированием знаний о сохранении и укреплении здоровья у всех участников образовательного процесса.

Итак, если ребенок часто болеет, ему необходимо оказывать своевременную оздоровительно-реабилитационную помощь, позволяющую преодолеть последствия заболевания, не отставать от сверстников в психомоторном развитии. Подчеркивая эффективность комплексного подхода к оздоровлению детей, все специалисты отдают предпочтение не медикаментозным средствам:

1. *Рациональный режим дня.* Увеличивать продолжительность дневного сна. Предоставлять возможность уединяться для самостоятельной игры. Следить за появлением признаков переутомления у ребенка.
2. *Полноценное и витаминизированное питание.* Предложить съесть столько целой порции, сколько возможно на данный момент. Осуществлять кормление детей с повышенной возбудимостью отдельно от всей группы. Обогащать домашнее питание фруктами, овощами, свежесжатыми соками, особенно богатыми витамином С.
3. *Физиотерапия* применяется для устранения остаточных явлений в органах дыхания. Ингаляция травяными настоями (мать-и-мачехи, пустырника, эвкалипта), масляно-щелочные ингаляции, общее ультрафиолетовое облучение.
4. *Лечебная физическая физкультура.* Базируется на преобладании дыхательной гимнастики и общеразвивающих упражнений.
5. *Массаж* общий курсами на грудную клетку и межреберные мышцы.

6. *Закаливающие процедуры.* Умывание прохладной водой, орошение зева, антисептическим раствором комнатной температуры, обтирание, ножные ванны, контрастное обливание ног, упражнения в бассейне, ежедневные прогулки.
7. *Занятия физической культурой* ориентированы на физическое и духовно-нравственное воспитание, обязательное включение элементов дыхательной гимнастики, продолжение обучению правильному дыханию при выполнении физических упражнений.
8. *Фармакотерапия.* Интерферон, оксолиновая мазь, иммуномодуляторы.

Высокоэффективное оздоровление часто болеющих детей дошкольного возраста становится мощным потенциалом в снижении заболеваемости и повышении адаптационных возможностей растущего организма. Уменьшение количества эпизодов острых заболеваний и продолжительности каждого из них существенно влияет на качество жизни семьи в целом. Социальная значимость своевременного индивидуально-дифференцированного оздоровления дошкольников в условиях образовательного учреждения и дома неоспорима.

Список литературы

1. Козырева О.В. Если ребенок часто болеет. Москва: «Просвещение». 2008.
2. Каштанова Г.В., Мамаева Е.Г., Сливина О.В., Чуманова Т.А. Лечебная физкультура и массаж. Москва: АРКТИ. 2007.
3. Бабенкова Е.А., Федоровская О.М. Игры, которые лечат. Москва: Творческий центр. 2009.
4. Хохлова Н.Н. Современные принципы и основные методы закаливания детей дошкольного возраста. Архангельск. 2003.
5. Кузнецов О.Ф., Стяжкина Е.М., Гусарова С.А. ЛФК и массаж. 2003. № 5.
6. Доманецкая Л.В. Родители и часто болеющий ребенок: общение в контексте психосоматического похода. Красноярск. 2013.

УДК:371.71+613.71

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

*А.В. Сунгурова,
старший преподаватель кафедры спортивных дисциплин
САФУ имени М.В. Ломоносова
г. Архангельск, РФ*

Наш регион (Архангельская область) находится в зоне Европейского Севера России. Климатическая зона сурового климата, дискомфортная для проживания предъявляет высокие требования ко всем системам организма [3].

Детский организм очень чувствителен, его органы и системы реагируют на различные климатические изменения, особенно подвержена воздействию дыхательная система, которая выполняет функцию терморегуляции и обеспечение организма кислородом. У детей, проживающих на Севере, в состоянии функционального напряжения находится система внешнего дыхания, снижаются функциональные резервы, что неблагоприятно отражается на их физическом и нервно-психическом развитии. Одной из проблем лечения, реабилитации и профилактики часто и длительно болеющих детей является многообразие причин, приводящих к частым вирусным инфекционным заболеваниям [2].

В профилактической работе с часто и длительно болеющими детьми используют дозированные физические нагрузки (дозированная ходьба и бег), специальные дыхательные упражнения, закаливающие процедуры, здоровьесберегающие технологии, подвижные игры и др.

Использование закаливающих процедур — это необходимое средство в профилактической работе, а адаптационные возможности ребенка хорошо поддаются тренировке, поэтому необходимо систематическое контрастное воздушное или водное закаливание, которое будет сопровождаться повышением устойчивости организма к температурным колебаниям окружающей среды и повышением иммунологической реактивности организма. Закаливающие процедуры в образовательных организациях проводятся круглогодично. На примере школы, можно отметить, что, начиная с первой четверти (раздел «Легкая атлетика»), дети занимаются на улице, также в третьей четверти реализуется региональный компонент «Лыжная подготовка». В детских дошкольных учреждениях спектр закаливающих процедур намного выше: «Хожение босиком», «Гимнастика пробуждения», а также прогулки на свежем воздухе [1].

Закаливающие процедуры являются одним из самых эффективных средств физической культуры и способствуют выработке устойчивости организма к заболеваниям, вырабатывает у детей гигиенические навыки.

Здоровьесберегающие технологии на сегодняшний день являются неотъемлемым орудием специалистов в образовательных организациях. По федеральным государственным образовательным стандартам их необходимо использовать на уроках физической культурой или на занятиях по физическому воспитанию. Их спектр очень широк, это может быть, как малая форма - физкультминутка, которая используется на всех уроках в образовательной организации, так и целая отдельная технология, например занятие дыхательной гимнастикой.

Систематические занятия физической культурой для часто и длительно болеющих детей, включают в себя: общефизические и дыхательные упражнения, которые проводятся с детьми всех возрастов. На сегодняшний день существует множество разновидностей дыхательной гимнастики. Она может состоять из имитационных дыхательных упражнений (имитация игры

на духовом инструменте, ходьба на лыжах, гудок паровоза и другие), дыхательные упражнения игрового характера (с речитативами и стихами, надувание шариков, задувание свечки, дренажные упражнения, а также и запатентованные комплексы дыхательной гимнастики (дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой).

Подвижные игры играют большую роль в оздоровлении часто болеющих детей. Подвижные игры стоит выбирать малой и средней интенсивности, игры для развития различных физических качеств, но лучше их проводить на свежем воздухе, а в игру необходимо включать задания для тренировки дыхательной системы. На таких практических занятиях, у детей, создаётся положительный эмоциональный фон, который создает хорошие предпосылки для ускорения процессов выздоровления

Регулярные занятия физической культурой и спортом укрепляют общую и дыхательную мускулатуру, увеличивают полезный дыхательный объем легких, способствуют развитию нормального носового дыхания, повышая тем самым сопротивляемость детского организма к острым респираторным заболеваниям [2].

Список литературы

1. Борисова М.М. Кожухова Н.Н., Рыжкова Л.А. Воспитатель в дошкольных образовательных организациях. Физическое воспитание дошкольников: учебное пособие /под ред. С.А. Козловой. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ИНФРА-М. 2021. 508 с.
2. Агарков Н.М., Гонтарев С.Н., Зубарева Н.Н., Куликовский В.Ф., Кича Д.И. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. Москва: ИНФРА-М. 2021. 560 с. (Высшее образование: Специалитет). DOI 10.12737/textbook_5ce7fa7a9a02b5.37927752.
3. Абрамова М.А., Афанасенкова Н.В., Броварова Г.А. и др. Методика работы вожатого в лагере: учебное пособие для вузов. Архангельск: КИПА. 2020. 286 с.

2.2. ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ, ДЕТЬМИ С ОВЗ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОБЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ШКОЛАХ САНАТОРНОГО ТИПА.

УДК: 373.1+613.71

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ.

К.А. Лапина

ГБОУ АО Архангельская санаторная школа-интернат №1,
г. Архангельск, РФ

Аннотация. ДОТ являются основным инструментом для обеспечения непрерывности процесса обучения. Большое значение для часто и длительно болеющих детей приобретает физкультурно-оздоровительная работа, повышение двигательной активности и оздоровление обучающихся. В работе представлен опыт использования электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в организации физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми ГБОУ АО АСШИ №1.

Ключевые слова: электронное обучение, дистанционные образовательные технологии, физкультурно-оздоровительная работа, лечебная физическая культура, цифровая платформа.

В настоящий момент ДОТ являются основным инструментом для достижения одной из целей цифровизации образования – обеспечения непрерывности процесса обучения. Таким образом, использование дистанционных образовательных технологий в учебном процессе становится обязательной частью работы современного преподавателя.

В современных условиях, а тем более в условиях дистанционного обучения, большое значение для часто и длительно болеющих детей приобретает физкультурно-оздоровительная работа, повышение двигательной активности и оздоровление обучающихся.

Государственное бюджетное образовательное учреждение Архангельской области Архангельская санаторная школа-интернат №1 одновременно является лечебным и образовательным учреждением, реализует комплексный лечебный подход, включающий в себя ортопедический режим, рациональное питание, массаж, физиопроцедуры и водолечение. Лечебный режим построен с учетом особенностей заболевания каждого ребёнка, дети лечатся по трем щадящим режимам. Физкультурно-оздоровительная работа в школе представлена, в первую очередь, уроками физической культуры, занятиями лечебной физической культурой, плаванием, занятиями лечебной хореографией, также на каждом уроке проводятся физкультурные паузы.

Кроме традиционной двигательной деятельности детей (утренняя гимнастика, физкультурные занятия, физкультминутка, подвижные игры, прогулки), проводятся физкультурно-спортивные праздники в зале и на улице, двигательные перемены между занятиями; дни здоровья; соревнования, викторины, классные часы, родительские собрания.

Программа ГБОУ АО АСШИ №1 по физической и лечебной физической культуре, включает в себя: комплексы упражнений для формирования и закрепления навыков правильной осанки, создания мышечного корсета; упражнения в разгрузке позвоночника; корригирующую гимнастику; дыхательные упражнения; упражнения на координацию движений и равновесие; упражнения для расслабления мышц и укрепления нервной системы; упражнения для укрепления мышц стоп и профилактики плоскостопия; упражнения для профилактики усталости глаз; дыхательную гимнастику А.Н. Стрельниковой; гимнастику с элементами массажа и самомассажа; гимнастику с элементами хатха-йоги; выполнение контрольных мероприятий.

Все комплексы упражнений на уроках ЛФК подбираются в соответствии с рекомендациями врача ЛФК, врача ортопеда и врача педиатра с учетом индивидуального состояния здоровья и характера протекания болезни. Таким образом, данные программы рассчитаны на любой уровень физического развития, двигательной подготовленности ребенка и реализуется в зависимости от анатомо-физиологических и возрастных особенностей, степени тяжести заболевания.

Электронное обучение и ДОТ позволяют организовать физкультурно-оздоровительную работу на новом, более высоком уровне, обеспечивать более полное усвоение учебного материала. С помощью ЭО можно решать проблемы поиска и хранения информации, планирования, контроля и управления занятиями физической культурой, диагностики состояния здоровья и уровня физической подготовленности обучающихся.

Возможности электронного обучения и ДОТ позволили обеспечить непрерывность образования и физкультурно-оздоровительной работы:

1. Для всех групп обучающихся во время карантина, пандемии, эпидемии опасных заболеваний, при низких температурах;
2. Для часто и длительно болеющих детей;
3. Для обучающихся, проживающих в области или в труднодоступных местах, например, на островных территориях Архангельска во время ледостава или ледохода;
4. Для детей, по состоянию здоровья обучающихся на дому и т.д.

Процесс обучения с использованием ДОТ может проходить в режиме реального времени, например, в программах, которые могут обеспечивать реализацию учебного занятия в онлайн-формате («Skype», «Zoom», чаты, виртуальные доски), а также в оффлайн-формате (заранее записанные педагогом видеолекции, задания в группах социальных сетей и т. д.).

Для онлайн занятий физической культурой и ЛФК мы выбрали «Zoom» - сервис для проведения видеоконференций, онлайн-встреч и дистанционного обучения школьников. Бесплатная учетная запись позволяет проводить видеоконференцию длительностью 40 минут. Программа отлично подходит для индивидуальных и групповых занятий, обучающиеся могут заходить как с компьютера, так и с планшета с телефоном. К видеоконференции может подключиться любой, имеющий ссылку, или идентификатор конференции. Обучающимся не требуется регистрация. Мероприятие можно запланировать заранее, а также сделать повторяющуюся ссылку, то есть для постоянного урока в определенное время можно сделать одну и ту же ссылку для входа. Есть возможность использовать мультимедийные материалы: видео, изображения, тексты и аудиозаписи, вести видеозапись занятия.

Конечно, для проведения онлайн занятий не обходится без корректировки программного материала, так как некоторые темы по программе требуют непосредственного нахождения в спортивном зале или зале ЛФК. Занятия в режиме реального времени чаще построены в традиционной форме «педагог показывает — ребенок смотрит и повторяет». Для занятий выбираются элементы более статичного характера, так как сложно координационные элементы при самостоятельном исполнении могут быть травмоопасны.

Для оффлайн обучения были созданы кейсуроки, подготовленный материал по разным видам деятельности (обучающее видео, тесты, задания). Данные задания дети могут выполнить в любое время и, как доказательство проделанной работы, прислать фото или видео отчет. Хочется отметить, что многие обучающиеся, особенно старшеклассники, очень творчески подходят к выполнению таких заданий, пользуются различными эффектами, выполняют монтаж фото- и видеосъемки.

Так как уроки физической культуры и ЛФК включают большой объём теоретического материала, на который выделяется минимальное количество часов, применение электронных презентаций позволяет эффективно решать эту проблему. Электронная презентация может содержать большой теоретический материал, который, тем не менее, легко усваивается из-за неординарной формы ее подачи. Сама презентация, являясь, по сути, конспектом урока может быть использована как средство самообучения и самостоятельной работы. Наличие визуального ряда информации позволяет закрепить её в памяти.

Для самостоятельной работы школьников мы также используем электронные ресурсы, на которых по тематикам собраны готовые цифровые ресурсы (видеолекции, интерактивные задания, тесты и практические работы), к примеру, сайты «Российская электронная школа». В качестве цифровой платформы удобен CORE - адаптивная онлайн-платформа, в которой возможны конструирование образовательных материалов и проверка знаний с аналитической системой выработки индивидуальных рекомендаций для

пользователей. С его помощью можно создавать интерактивные уроки, интерактивные рабочие листы. Для создания интерактивных заданий разных уровней сложности: викторин, кроссвордов, пазлов и игр. используем онлайн сервис LearningApps.

Некоторые задания даются для выполнения в электронном виде и затем отсылаются учителю в личном сообщении. Возможно оформление работы в виде текстового документа. Для коммуникации мы используем, в первую очередь, единую образовательную среду Дневник.ру, реже электронную почту либо родительские и детские чаты в социальных сетях «ВКонтакте», WhatsApp, Viber.

К профессиональным трудностям учителя физической культуры при организации физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми можно отнести отсутствие мотивации и недостаточно сформированные навыки самостоятельного использования физических упражнений у обучающихся. Следует также учитывать, что любая задача, поставленная перед школьником, должна приобретать для него личностный смысл. Он должен быть заинтересован в результатах своего труда и, самое главное, видеть эти результаты не в отдаленном будущем, а сейчас, сегодня. Поэтому необходимо перед школьниками ставить такие цели, достижение которых возможно за относительно короткий промежуток времени.

Поставленные цели должны быть эмоционально окрашены, достижение их должно приносить ощутимые, конкретные результаты. Параллельно с формированием мотивации, необходимо воспитывать интерес к различным видам физической культуры и привлекать родителей к совместным занятиям. В физкультурно-оздоровительной работе мы используем дневники самоконтроля, в которых обучающиеся могут проследить динамику своих физических показателей и оценить эффективность нагрузки.

В организации физкультурно-оздоровительной работы с часто и длительно болеющими детьми электронное обучение и дистанционные образовательные технологии являются важными инструментами в работе педагогов, но их использование должно в полной мере соответствовать возможностям ребенка, его физическому и психологическому состоянию, способствовать оздоровлению и поддержанию интереса к обучению.

Список литературы

1. Валинуров Р.Р. Перспективы развития дистанционного обучения в системе дополнительного образования // Сборник материалов муниципального семинара для педагогов дополнительного образования. 2021. С. 6-10.

2. Косарева И.Е., Киселева М.И., Захарова Е.Н., Городничева О.Ю. Из опыта по апробации моделей электронного обучения и обучения с использованием дистанционных образовательных технологий // Обучение и воспитание: методики и практика. 2013. №8. С. 65-72.

3. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации (утв. Министерством просвещения РФ и Министерством здравоохранения РФ, 14 и 17 октября 2019 г.)

УДК 376.24+613.71

ОСОБЕННОСТИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ДИСТАНЦИОННО

М.Н. Макеева

*ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28»,
г. Ростов-на-Дону, РФ*

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются особенности работы дистанционно с детьми с ограниченными возможностями здоровья на уроках адаптивной физической культуры в рамках общего образования. Представлен опыт работы ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28».*

***Ключевые слова.** Физическая культура (ФК), адаптивная физическая культура (АФК), дистанционное образование (ДО), интерактивные информационные технологии, учащиеся, исходное положение (И.П.).*

В обществе эпохи XXI века к знаниям, способностям ребёнка и взрослого человека предъявляются всё более высокие требования. Но в современных условиях, в том числе и пандемии, происходит негативное влияние на организм человека разнообразных отрицательных факторов окружающей среды, что способствует ухудшению состояния здоровья, как взрослых, так и детей, к снижению их физического и умственного потенциала.

В этих условиях дистанционное обучение (далее – ДО) переживает период стремительного развития и даёт возможность обеспечения доступности качественного российского образования для каждого ребёнка вне зависимости его местожительства и здоровья. Как показывает опыт работы наряду с традиционной формой обучения, ДО является достойной формой образовательного процесса. Именно во взаимодействие учителя и учащихся между собой на расстоянии и заключается дистанционное образование.

ДО использует современные интерактивные информационные технологии. В настоящее время всё большую популярность получает дистанционное обучение на базе Интернет-технологий. Телекоммуникационная среда Интернет обладает рядом специфических особенностей (доступность, открытость, вариативность, интерактивность и т.д.), которые необходимо учитывать при проектировании, создании и проведении дистанционных учебных занятий. На сегодняшний день в таком режиме обучается достаточно большое количество детей. Так как урок физкультуры необычный для дистанционного обучения. Это урок, где

основным фактором является движение, а значит практическая часть урока обязательно предусматривает индивидуальный комплекс упражнений для учащихся в зависимости от их индивидуальных потребностей и особенности заболевания.

В нашей школе дети имеют различные заболевания и часто в классе обучаются учащиеся с различной физической подготовкой и двигательными возможностями. Поэтому основные упражнения включают в себя элементы адаптивной физической культуры, направленные не только на укрепление здоровья детей, но и на корректировку различных патологий, с учётом особенностей каждого ребёнка. Коррекция двигательных нарушений средствами лечебной физической культуры является обязательным и важным направлением оздоровительно-физкультурной работы, так как процесс физического воспитания оказывает значительное влияние на развитие личностных качеств особенного ребенка и в известной мере на становление его познавательной деятельности.

Рассмотрим особенности физического воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) и детским церебральным параличом (ДЦП).

К категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата относятся дети с детским церебральным параличом; с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями

(миопатия, мышечная дистрофия, рассеянный склероз и др.); с последствиями полиомиелита; с врожденным или приобретенным недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата.

Так как двигательные расстройства при ДЦП характеризуются нарушениями координации, темпа движений, ограничением их объема и силы, что приводит к невозможности или частичному нарушению осуществления движений и требует их учета в процессе физического воспитания. Исходя из вышеизложенного на уроках в нашей школе дистанционно мы проводим дыхательную гимнастику по методу А.Н. Стрельниковой. Она считала, что «она не просто «разминает» и «тренирует» тело, как любые физические упражнения, которые делают по утрам после сна или на уроках физкультуры в школах и учебных заведениях. А оказывает лечебный эффект, прежде всего, на органы дыхания и вместе с ними на весь организм в целом. Здесь и опорно-двигательный аппарат, и желудочно-кишечный тракт, и мочеполовая система; болезни эндокринной и нервной системы и многое-многое другое. Гимнастика по методу Войта. Она направлена на обучение ребенка правильности движений: формированию выпрямительных реакций, нормальной опоры стоп и рук, перекрестному паттерну движения. Основа Войта-терапии является рефлекторная локомоция.

Пример одного из комплексов упражнений, если есть необходимость, проводить при помощи родителей. Данный комплекс показан при ДЦП в

форме спастической диплегии. Предназначен для детей младшего школьного возраста.

Пассивно – активная гимнастика нижних конечностей

Пассивная гимнастика, проводим при помощи родителей без резких движений и не превышая болевых ощущений ребенка.

Лёжа на спине, руки вдоль туловища.

1. И.П. Лёжа на спине, руки вдоль туловища. Одной рукой прижать правую ногу ребёнка, другой обхватить левую ногу так, чтобы зафиксировать коленный сустав в положении максимального разгибания медленно поднимать и опускать прямую левую ногу до максимально возможной высоты, не допуская перерастяжения мышц задней поверхности бедра, в медленном темпе, повторить тоже самое с другой ногой 15-20 раз.

2. Аналогично выполнить приведение и отведение в тазобедренном суставе. Темп и количество повторений сохраняются, в таком же темпе 20 раз.

3. Согнуть ногу в коленном суставе так, чтобы стопа ребёнка была на уровне коленного сустава другой ноги. Произвести отведение и приведение бедра, выполнять по 10–15 раз каждой ногой.

4. Согнуть обе ноги в коленном суставе. Качание бёдер ребёнка влево–вправо. 10–15 раз.

5. Из И.П. лежа на спине перевести ребёнка в И.П. сидя, опирая ребенка на левое и правое предплечья поочередно. Повторить 6–8 раз.

6. И.П. лёжа на животе. Прижать область таза, поднимать и опускать прямую ногу, фиксируя коленный сустав, повторить 15 раз каждой ногой.

7. Прижав область таза к поверхности кушетки, производить сгибание –разгибание в коленном суставе, повторить 20 раз каждой ногой.

8. И.П. лёжа на животе, нога согнута в коленном суставе. Сгибание–разгибание стопы. Повторить 20–25 раз каждой стопой.

Активная гимнастика

1. Переворачивание со спины на живот и наоборот.

2. Наклоны туловища при фиксированных конечностях.

3. Ползание на четвереньках и только на коленях.

4. Приседания, держась за опору.

Комплекс упражнений для детей со сколиозом I степени из положения лёжа.

1. И.П. лежа на спине, поднимание поочередно правой и левой руки вверх и приведение её к уху, при этом стараться вытянуться за рукой. (10–15 раз)

2. И.П. лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднимание, если нет противопоказаний, обеих рук вверх к ушам и вытягивание туловища в позвоночном столбе.

3. И.П. лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять голову и посмотреть на стопы, задержаться в этом положении 4–8 счётов, повторить 4–6 раз.

4. Лёжа на спине, руки вдоль туловища. Сгибание–разгибание стопы. (30 раз каждой ногой)

5. Лёжа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах с опорой на пол. Правой рукой дотянуться до левого колена, а левой рукой до правого, повторить 8–10 раз.

6. Лёжа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах с опорой на пол. Двумя руками, потянуться и положить ладони на колени, задержаться в этом положении 4–8 счётов, Лёжа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах с опорой на пол.

7. Лёжа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах с опорой на пол. Ноги в коленных суставах вместе. Разводим колени в стороны и стараемся ими достать до пола, выполнять в среднем темпе, повторить 10–12 раз.

8. И.П. лежа на спине, руки в стороны, поднимаем поочередно правую ногу вверх и тянем её к левой руке, а левую ногу к правой руке, повторить 8–10 раз.

С учётом дистанционного обучения учащихся в нашей школе и большого количества времени, которое они проводят за компьютером, обязательно проводится гимнастика для глаз по различным методикам (Э.С. Аветисова, П. Брегга).

Проводим мы и различные игры на развитие таких качеств как: внимание, сила, ловкость, координация, выносливость.

Для примера приведу игру на внимание, которая хорошо повышает настроение ребёнка, а соответственно улучшает его здоровье.

Учитель показывает разные органы чувств в верхней части туловища (уши, нос, рот, глаза) и плечи. А затем говорит учащимся повторять за ним, но только то, что он называет, а не показывает. Задача детей показать правильно.

Внеклассные мероприятия воспитывают у ребят любовь и понимание важности здорового образа жизни во всех аспектах деятельности человека. Это беседы о гигиене, интерактивные игры по физической культуре в learningapps.org и другие мероприятия, которые прививают любовь и привычку к ведению здорового образа жизни.

Подводя итоги, надо сказать: «Здоровье для наших детей понятие, конечно, относительное, но сохранить то, что ребята имеют и способствовать улучшению его можно только при регулярных занятиях физическими и оздоровительными упражнениями. Это должно являться важнейшим принципом здорового образа жизни наших детей.

Список литературы

1. Лечебная физическая культура. М.: Физкультура и спорт. 2008. 376 с

2. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик. М.: Сова, АСТ. 2007. 992 с.
3. Щетинин М.Н. «Полный курс дыхательной гимнастики Стрельниковой» / Издательство АСТ». 2019. 352 с.
4. Патриция Брегг «Улучшение зрения по системе Брегга». 1973.
5. Гимнастика для глаз. Лечение аккомодации методом проф. Аветисова. [Электронный ресурс]: <https://tochka-zrenia.ru>
6. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л.В. Шапковой. М.: Советский спорт. 2009. 464 с.

УДК 371.21+613.71

СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ: ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Т.Н. Семенова

Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева,
г. Чебоксары, РФ

***Аннотация.** В статье рассматривается значение адаптивной физической культуры (далее – АФК) с точки зрения интеграции человека с ОВЗ в общество. Показано, что приобщение лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью к занятиям АФК не только совершенствует их физически, но и формирует их жизненные приоритеты, меняет мировоззрение, объединяет людей разных социальных групп, способствует формированию мотивации к самосовершенствованию, развивает морально-нравственные качества личности, гармоничное отношение к обществу людей без особенностей развития.*

***Ключевые слова:** адаптивная физическая культура, воспитание, ограниченные возможности здоровья, социокультурная среда*

В настоящее время физическая культура и спорт можно считать одной из важнейших составляющей государственной политики, пропагандирующей рациональный подход к здоровью и формирующей необходимые в этом отношении личностные качества человека. Это деятельность и ее результаты, как социально, так и индивидуально значимые, по формированию максимальной готовности человека с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) к жизни, по оптимизации его психофизического состояния в ходе комплексной реабилитации. Это также методы и средства гармонизации всех свойств индивида с ОВЗ (физических, эмоционально-волевых, эстетических и интеллектуальных): физические упражнения, гигиенические и естественно-средовые факторы.

Работа учителя адаптивной физической культуры осуществляется с учетом аксиологической концепцией жизни человека с ОВЗ и обязательным соблюдением правила «здесь и сейчас» – это учет половозрастных и психофизиологических особенностей детей с особыми образовательными потребностями, этнической принадлежности, менталитета, и даже

климатогеографических и ряда других условий. Важное значение в процессе адаптивного физического воспитания имеет формирование у них установки на здоровый образ жизни, самореализацию, максимально возможное самовыражение в любом виде деятельности, мобилизацию ресурсов свободной нравственной личности к саморазвитию.

Главным принципом, определяющим особенности работы при организации занятий адаптивной физической культурой, является стратегия «на встречу природе», при которой внимание дефектолога должно быть нацелено на развитие тех физических качеств и задатков занимающихся, к которым у них имеется наследственная предрасположенность, а не на «подтягивание слабых звеньев», отстающих от среднестатистических норм. Эта стратегия обучения прочно согласуется с основными положениями коррекционной педагогики – «ориентация не на нарушение, а на потенциал ребенка с ОВЗ; на то, что есть у ребенка с инвалидностью, а не на то, что отсутствует».

Адаптивное физическое воспитание удовлетворяет потребности человека с ОВЗ в его подготовке к жизни, бытовой, учебной и трудовой деятельности, в формировании позитивного, активного и мотивационно-ценностного отношения к адаптивной физической культуре. Цель такой работы формирование у занимающихся обдуманного отношения к своим морально-психологическим и физическим силам, уверенности и решительности в действиях, преодолению физических нагрузок, мотива и потребности в регулярных занятиях физическими упражнениями и в соблюдении рационального подхода к своему здоровью. На специальных занятиях формируется система социально и профессионально необходимых знаний, перцептивно-двигательных умений и навыков; повышаются функциональные возможности органов и систем; корригируются, совершенствуются и используются в новом, компенсаторном, качестве имеющиеся телесно-двигательные характеристики.

Значимым компонентом адаптивной физической культуры, удовлетворяющим потребности человека с ОВЗ и инвалидностью в интересном проведении досуга при смене вида деятельности, общении, отдыхе и развлечении, получении удовольствия является адаптивная двигательная рекреация. Ее содержание нацелено на активизацию либо восстановление физических возможностей, затраченных человеком с ОВЗ на осуществление разного рода деятельности, на предупреждение утомляемости, на оздоровление и увеличение жизнестойкости через получение удовольствия или с удовольствием.

Творческие художественно-музыкальные и телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры помогают обучающимся с ОВЗ самоактуализироваться, самовыражаться через двигательный или музыкальный образ, снимаются психическое напряжение и зажимы.

Воспитательный аспект адаптивной физической культуры заключается в реализации принципа приоритетной роли микросоциума. Дефект – явление биологическое, но результат его влияния на субъекта с ОВЗ всегда социален, потому что опосредует и судьбу ребенка, и влияет на его близких. С появлением «особенного» ребенка привычная жизнь семьи кардинально меняется, в частности из-за возникновения трудностей психологического, этического, нравственного, материального характера, сужается круг общения: формируется некий микросоциум, который должен являться первой ступенькой в социализации ребенка. Часто родители крайне недостаточно информированы об эффективности физических упражнений в развитии ребенка с ОВЗ и в коррекции его психомоторных и речевых нарушений. В образовательных организациях необходима просветительская работа, разработка коррекционно-оздоровительных программ, обучение родителей, консультативная помощь и сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ

В системе воспитательной работы по адаптивной физической культуре используются методы организации деятельности и формирования опыта общественного поведения. Так, содержание педагогического требования в адаптивном спорте определяется принципами честной игры, закрепленными в правилах соревнований, а также в Конституции Международного параолимпийского комитета. Методы приучения и упражнения предполагают организацию планомерного и систематического выполнения занимающимися определенных действий, заданий с целью превращения их в привычные формы поведения. В конспекте АФК особо место занимает режим жизни и деятельности человека. Организация воспитывающих ситуаций на занятиях АФК представляет собой создание обстановки, которая вызывает у обучающихся нужное психическое состояние и побуждает к выполнению требований: он переосмысливает и перестраивает свое поведение в соответствии с актуальной обстановкой.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья важную роль в организации воспитывающей среды как метода стимулирования своей деятельности играет семья. Именно там должно начинаться приобщение детей к физической культуре, труду и другим ценностям общества. В адаптивной физической культуре среда является не только сферой общества, но и «сквозной системой» и необходимым механизмом комплексного влияния на воспитание человека с ОВЗ. Метод воспитывающей среды и воспитывающей деятельности помогает вовлекать человека с инвалидностью во все доступные ему виды деятельности, в том числе и АФК, что обеспечивает его активное отношение к реальности. В то же время, занятия адаптивной физической культурой, воздействуя на окружающий мир и преобразуя его, служат средством удовлетворения двигательных, коммуникативных, познавательных и других потребностей человека с ОВЗ и одновременно является фактором его собственного физического и духовно-психологического роста.

Метод осмысления человеком себя в реальной жизни также имеет большое значение в системе АФК. Формирование собственного «Я» в мире и мира в себе, особенно с учетом наличия ограничений по здоровью, это сложная проблема, связанная с адекватной социализацией личности. Данный процесс у людей с инвалидностью и ОВЗ имеет естественное осложнение, обусловленное меньшей мобильностью, ограниченными возможностями вербальной коммуникации. Поэтому АФК как часть социальной среды, исходя из тезиса «несмотря ни на что, я могу!» помогает формировать адекватную самооценку самого себя.

Хотелось бы отметить, что при проведении занятий по АФК недостаточно ограничиваться тренировкой только технических аспектов и формированием двигательных умений и навыков. Профессиональное внимание педагога должно быть также сосредоточено на поведении, эмоциональных состояниях, речевом сопровождении, интонации обучающегося с ОВЗ, а также его отношении к социально-культурным ценностям – это помогает выработать у него внутренние установки. Это позволяет преобразовать каждый момент своей деятельности в проживание ценностных отношений: забота о своих двигательных возможностях, внешности, фигуре, походке – это поиск эстетических переживаний, красоты; участие в мероприятиях соревновательного характера – это самоутверждение; уборка спортивного зала, подметание дорожки – наведение порядка на планете. Лишь собственная активность и личностная позиция «не существовать», а «быть», самовоспитание и работа над собой действительно способны преобразовать судьбу, вселить уверенность в своих силах.

Исходя из вышеизложенного, адаптивная физическая культура, с точки зрения интеграции человека с ОВЗ в общество, обладает высочайшим уровнем потенциала. Приобщение лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью к занятиям АФК не только совершенствует их физически, но и, что самое главное, формирует жизненные приоритеты, меняет мировоззрение. АФК объединяет людей разных социальных групп, способствует формированию мотивации к самосовершенствованию, развивает морально-нравственные качества личности, гармоничное отношение к обществу людей без особенностей развития.

Список литературы

1. Андрюхина Т.В. и др. Адаптивная физическая культура в комплексной реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / под общ. ред. Т.В. Андрюхиной. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та. 2019. 158 с.

СЕКЦИЯ 3.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ШКОЛЫ С РОДИТЕЛЯМИ

3.1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ И ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

УДК: 371.71+159.922.72

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*З.М. Гиниятова, к.пед.н., доцент
Башкирский государственный университет
г. Уфа, респ. Башкортостан, РФ*

Аннотация: В статье представлен теоретический анализ понятия «часто болеющий ребенок». Приведены статистические данные по структуре «Классы болезней по МКБ-Х» заболеваемости болезни органов дыхания по обращаемости детского населения (от 0 до 14 лет) по классам болезней по Республике Башкортостан. Обосновано, что исследование болезней органов дыхания детей и подростков актуально для Республики Башкортостан, обладающей развитой нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей и нефтехимической отраслями промышленности, которые являются мощными источниками загрязнения атмосферного воздуха.

Ключевые слова: часто болеющий ребенок, психологические особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

В настоящее время все большее значение приобретает изучение психологических особенностей часто болеющих детей. По сведениям Федеральной службы государственной статистики РФ заболеваемость болезнями органов дыхания у детей в возрасте от 0–14 лет в 2020 году увеличилась на 3,8% [16].

Самой большой группой заболеваний является группа заболеваний, связанных с органами дыхания. За последние 10 лет такие заболевания составили 60–80% всей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет. В группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5% из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более 4-х раз в год). И, как показывают исследования, проведенные такими учеными как В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, Н.В. Михайлова, М.М. Слободян, В.К. Таточенко,

свыше 46% болеющих дошкольников к 8-9 годам приобретают одно или несколько хронических заболеваний [1].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), критерием для присвоения статуса «часто болеющий ребенок» является частота эпизодов ОРЗ в год. При этом подходы к определению частоты заболеваемости в детском возрасте в разных странах не всегда бывают, схожи. Так, например частота ОРВИ восемь раз в год является нормальным показателем для детей дошкольного и младшего школьного возраста, посещающих детские учреждения. В практике зарубежных педиатров (Великобритания, США) также считается, что обычно здоровые дети в возрасте от 1 до 3 лет переносят до восьми эпизодов ОРЗ в год. Если частота респираторных инфекций составляет восемь и более случаев в год, то принято говорить о рекуррентных (повторных) респираторных инфекциях. В нашей стране, согласно таблице критериев Альбицкого – Баранова, одним из главных оснований для включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста. Кроме того, для детей старше трех лет может использоваться инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка: $ИИ = \frac{\text{сумма всех случаев ОРЗ в течение года}}{\text{возраст ребенка (годы)}}$. ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2–0,3, а у детей из группы ЧБД – 1,1–3,5. По классификации, разработанной сотрудниками Института гигиены детей и подростков, ЧБД относятся к II группе здоровья: дети с отягощенным акушерским анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями без наличия у них хронического заболевания [17].

В исследовании Н.Г. Веселова указано, что в медицине часто болеющими считаются:

- дети до 1 года, если случаи острых респираторных заболеваний (ОРЗ) - 4 и более в год;
- дети от 1 до 3 лет - 6 и более ОРЗ в год;
- дети от 3 до 5 лет - 5 и более ОРЗ в год;
- дети старше 5 лет - 4 и более ОРЗ в год.

В последние годы проявилась тенденция к проявлению заболеваний в более раннем возрасте. Общее количество заболеваний среди детей, в том числе детей дошкольного возраста, постоянно растет. Возросло число детей с функциональными расстройствами и хроническими болезнями. В частности, дети первой группы здоровья (отсутствие функциональных и морфологических отклонений) составляют всего лишь 16,2%, второй группы (функциональные и морфологические отклонения со сниженной сопротивляемостью организма - ЧБД) - 82,2%, третью группу здоровья (хронические заболевания в стадии компенсации) составляют 1,6% детей. Соответственно, группа часто болеющих детей является наиболее обширной в нашем обществе [4].

Нами было отмечено выше, в группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5% из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более 4-х раз в год). Несмотря на успехи в диагностике и лечении, частота ОРЗ у детей в разных регионах России увеличивается, что связано:

- с ухудшением экологии и загрязнением среды обитания, которые приводят к неспецифической гиперактивности респираторного тракта и повышенной восприимчивости к инфекции,
- с влиянием социальных факторов, изменениями стиля питания с преимущественным употреблением продуктов длительного хранения, быстрого приготовления, обилием рафинированных продуктов, а также с влиянием несбалансированного питания, что сопровождается дефицитом белка, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов, витаминов и снижает иммунную защиту ребенка,
- с широким, часто необоснованным и бесконтрольным использованием антибиотиков, что обуславливает формирование дисбиоза слизистых оболочек (особенно кишечника) и способствует повышенной восприимчивости к инфекциям,
- с отсутствием адекватной массовой иммунопрофилактики и иммунореабилитации детей,
- с кратковременностью иммунитета к различным вирусным инфекциям, что связано с разнообразием серо- и биотипов вирусов и пневмотропных бактерий,
- с психофизическими перегрузками детей на фоне вынужденной гиподинамии, усугубляющими нарушения функций иммунной системы растущего организма и повышающими восприимчивость к инфекции.

Конечно, контакт и взаимодействие организма ребенка с возбудителями респираторных инфекций являются необходимыми условиями становления его иммунной системы, приобретения иммунологического опыта для адекватного реагирования на микробную агрессию. Тем не менее, частые ОРЗ, следующие одно за другим, оказывают на ребенка негативное воздействие.

Таким образом, часто болеющие дети – это категория детей, подверженных высокому уровню заболеваемости острыми респираторными заболеваниями вследствие проходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. В группу часто болеющих включены дети, переносящие более 4–6 эпизодов ОРЗ в год, которые могут протекать в различных клинических формах. Часто болеющие дети должны быть обследованы педиатром, ЛОР-врачом, аллергологом-иммунологом; алгоритм диагностики включает: ОАК, посев со слизистых зева и носа, выявление инфекций методом ПЦР, аллерготесты, исследование иммунограммы, рентгенографию придаточных пазух и грудной клетки. Часто болеющие дети нуждаются в санации очагов хронической инфекции, этиопатогенетической терапии ОРЗ, вакцинации и неспецифической профилактики.

Следовательно, часто болеющие дети – это дети, переносящие острые респираторные инфекции чаще, чем условно здоровые дети (т.е. более 4-6 раз за год). Понятие «часто болеющие дети» не является диагнозом и самостоятельной нозологической формой: за ним могут скрываться различные заболевания респираторной системы (ринит, назофарингит, синусит, ларинготрахеит, бронхит и др.) [19].

Исследование болезней органов дыхания детей и подростков актуально для Республики Башкортостан, обладающей развитой нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей и нефтехимической отраслями промышленности, которые являются мощными источниками загрязнения атмосферного воздуха. [14].

Болезни органов дыхания считаются экологозависимой группой заболеваний [2,3] и являются ведущей причиной потерь здоровья у детей и подростков [5,13].

Анализируя данные сборников «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан» за 2018-2020 годы мы видим, что в структуре заболеваемости по обращаемости детского населения (от 0 до 14 лет) по классам болезней по Республике Башкортостан болезни органов дыхания составляют в 2018 г. - 52,8 %; 2019 г. - 52,8 %; 2020 г. - 51,5%, занимают первое место в структуре «Классы болезней по МКБ-Х».

Таблица 1

Заболеваемость по обращаемости детского населения (от 0 до 14 лет) по классам болезней

Классы болезней по МКБ-Х	Дети (от 0 до 14 лет включительно)			Структура в % к итогу		
	Общая заболеваемость	Впервые выявленная заболеваемость	Диспансерное наблюдение	Общая заболеваемость	Впервые выявленная заболеваемость	Диспансерное наблюдение
Болезни органов дыхания	2018 год					
	114249,4	108673,5	30,7	52,8	65,9	9,6
	2019 год					
	112180,6	107479,8	34,9	52,8	65,9	10,0
Болезни органов дыхания	2020 год					
	103302,4	99645,4	36,6	51,5	64,9	9,8

Болезни органов дыхания считаются наиболее предотвратимой причиной потерь здоровья детского и подросткового населения [5,6,18], однако их профилактика представляет особую проблему в крупных и промышленных городах, атмосферный воздух которых имеет высокий уровень загрязнения [2,5].

Таким образом, исследование психологических особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями актуально для Республики Башкортостан, обладающей развитой нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей и нефтехимической отраслями промышленности, которые являются мощными источниками загрязнения атмосферного воздуха.

Такие дети чаще отстают в физическом и психомоторном развитии. Они часто не могут посещать детские дошкольные учреждения, а в школьном

возрасте вынуждены пропускать занятия в школе. Среди детей этой группы в школьном возрасте наблюдается в 2 раза больше неуспевающих. Психолого-педагогические данные свидетельствуют о низких показателях развития памяти. У таких детей часто встречаются психологические комплексы, прежде всего - комплекс неполноценности, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным) [17].

В группу длительно болеющих принято включать детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. Эти дети подвержены развитию осложнений, таких как пневмония, тяжелое течение бронхиальной астмы, ринит и других заболеваний. В подростковом возрасте такие дети предрасположены к хроническим заболеваниям ЖКТ, сосудистым дистониям, быстрому утомлению.

При лечении ОРЗ у таких детей используется большое количество медикаментов, в том числе антибиотики, которые обладают побочным действием и способствуют иммуносупрессии и сенсibilизации. Поэтому частые ОРЗ у детей представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Из опыта медицинской практики можно сделать заключение об отсутствии стойких результатов в лечении таких детей, так как, пройдя курс лечения, они вскоре заболевают снова и вынуждены повторно обращаться к лечащему врачу. Соответственно, жизнь этих детей ограничивается кругом семьи, они лишаются полноценного общения со сверстниками, что препятствует их психическому развитию.

При повышенной заболеваемости ОРЗ у ребенка врач-педиатр определяет его во 2-ю группу диспансерного наблюдения, которую необходимо расценивать как группу риска, что требует повышенного внимания к пациенту и проведения, как дополнительных обследований, так и комплексов реабилитационных мероприятий, которые должны включать не только медицинские, но и психолого-педагогические, логопедические методы воздействия [7].

Принято считать, что часто болеющие дети - феномен специфически возрастной. Эту группу составляют преимущественно дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году. Однако исследования показывают, что острые респираторные вирусные инфекции не единственная причина частых заболеваний. В число причин входят детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения [7].

Российский врач-психиатр, медицинский психолог, Д.Н. Исаев характеризует общее состояние таких детей проявлениями, которые можно

обозначить как преневротические (нарушения сна, тики, патологические привычки, беспричинный плач), вегетодистонические (головокружения, головные боли, нарушения ритма сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи, отрыжка воздухом), соматические (жажда, булимия, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, кожный зуд и высыпания).

Имеется целый ряд исследований, в результате которых установлено, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является «качественно иным». Сегодня существует достаточно большое количество исследований в области психосоматической медицины, касающихся именно детской практики. Основная их часть посвящена обсуждению влияния психологического фактора на возникновение психосоматических расстройств. В данных исследованиях определен сегмент заболеваний, в этиологии которых эмоциональные факторы играют неоспоримо важную роль, например: термоневрозы, дискинезии кишечника, головные боли, боли в суставах, психогенная рвота, гипо-и гипертонический синдром.

В настоящее время современная медицина признает два вида патогенного влияния соматической болезни на психику:

- соматогенное (посредством интоксикационных воздействий на центральную нервную систему)
- психогенное (реакция личности на заболевание и его последствия).

Основным социальным фактором, располагающим к частым соматическим заболеваниям, является факт поступления и посещения ребенком детского дошкольного учреждения, которое, в свою очередь, сопровождается такими провоцирующими стресс факторами: длительное расставание с родителями и домашними; попадание в незнакомую, новую по организации и структуре предметно-пространственную среду; длительный контакт с чужими детьми, воспитателями, персоналом [8].

Естественно, немаловажную роль играют и хронические стрессовые состояния у детей, связанные с отрывом от семьи и неадекватными интеллектуальными нагрузками, нарушением должного режима труда и отдыха. Особенно это касается детей, имеющих в анамнезе минимальное повреждение нервной системы. Привыкание к коллективу у них происходит столь трудно и болезненно, что ребенок не может адекватно отвечать на стрессовую ситуацию, выпадает фаза тренировки и наступает дезадаптация. Важно добавить то, что уровень осознания и разрешения человеком различных жизненных ситуаций во многом определяется степенью зрелости его личности в целом, но ребенок дошкольного возраста, в силу своих возрастных особенностей, не способен адекватно осознать происходящее. Именно поэтому очевидна зависимость развития ребенка от количественных и качественных показателей его общения со взрослыми: родителями, педагогом, а также от содержания деятельности, в которую они вовлекают ребенка.

Необходимо отметить, что важным фактором развития личности выступает ее активность, а условием развития - успешность ее самореализации в деятельности и во взаимодействии с окружающими. В процессе изучения этого вопроса было показано, что для полноценного психического развития ребенок должен активно и адекватно действовать в окружающем мире.

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг [9].

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооенок, в установке на деятельность.

Параллельно с адекватной и даже несколько завышенной осознанной самооенкой у болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное самоотношение. В этом случае часто имеет место сравнение с матерью, проявляющееся в самоуничижении, приписывании себе отрицательных эмоций, таких, как горе (печаль), страх, гнев (злость) и чувство вины.

Развитие ребенка в условиях заболеваний влияет на формирование его личности. Понятию "Я" у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооенка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь "выгодна", потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. (Ковалевский В. А., Урываев В.А., 2006).

Анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоих полов (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков («девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное», «девочки- красивые, а мальчики - не такие красивые», «мальчики дерутся, а

девочки – добрые» и пр.). Обнаружены различия и в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий "внешние признаки" (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее, девочки чаще мальчиков ориентируются на качества личности, а мальчики на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях [15].

Следовательно, болеющие мальчики (в сравнении с болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что частые ОРЗ у детей младшего дошкольного возраста, следующие одно за другим, оказывают негативное воздействие на его физическое и психомоторное развитие. Психолого-педагогические данные свидетельствуют о низких показателях развития памяти. У таких детей часто встречаются психологические комплексы, прежде всего - комплекс неполноценности, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным) [17].

Выделены отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Доказано, что статус часто болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности.

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно рассмотрены многими авторами. Но все они солидарны в том, что все психологические нарушения неизменно связаны со стойким эмоциональным напряжением ребенка, в том числе, со сложностями в развитии волевого поведения. В психологической литературе приводятся статистические данные, четко указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. По наблюдениям, таким детям свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность. Статус болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания. У детей активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград, создаваемых болезнью в реализации жизненно важных потребностей, присутствует стремление к компенсации дефекта. В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми.

Во всех исследованиях подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей. Так, опубликованы научные работы по изучению психологических особенностей соматически больных детей, например:

- исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006);
- особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);
- особенности поведения детей и педагогическая работа с ними при некоторых острых детских инфекциях (скарлатина, корь) (Бурмистрова Н.Н., 1996);
- изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);
- интеллектуальное развитие детей, больных сахарным диабетом (Гнедова С.Б., 1998);
- исследование психологических особенностей часто болеющих детей (Михеева А.А., 1999);
- особенности развития речи у соматически больных детей на протяжении дошкольного возраста (часто болеющие дети и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата); факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста (Груздева О.В., 2004);

- мотивационно-потребностное развитие часто болеющих детей, изучение преобладающих мотивов деятельности (Вылегжанина Г.Г., 2005);
- особенности проявления тревожности часто болеющими детьми дошкольного возраста (Дубовик Е.Ю., 2006);
- специфика самосознания и самооценки часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста (Мосина Н.А., 2007, Чекрякова С.В., 2008);
- родительское отношение к часто болеющим детям дошкольного возраста (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009);
- гендерные особенности проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста (Дусказиева Ж.Г., 2009);
- особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста (Штумф В.О., 2009) и др.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что список авторов, занимавшихся изучением психологических особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, достаточно широк.

Подводя итоги, анализа проблемы психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, можно сказать, что данная проблема имеет большое общественное значение. Дошкольник, попадающий в детский сад, впервые оказывается в обществе, где наряду с другими детьми, он приобретает социальные навыки взаимодействия и задатки учебной деятельности. В этом возрасте у детей активно развиваются мыслительные и речевые процессы, они учатся управлять своими эмоциями и осваивают окружающий мир. Такие негативные проявления, как повышенная тревожность и агрессивность оказывают сильное влияние на дошкольников. Ребенок, проявляющий высокую тревожность, будет неуверенным, ожидать неудач. У такого дошкольника появляются страхи, агрессия, которая может выступать в роли защитного механизма. Тревожность негативно влияет на развитие личности, с ней связаны различные психические расстройства, как истерия, фобии, навязчивые состояния. Так, в детском саду тревожный ребенок будет проявлять повышенное напряжение, робость. Он может оглядываться все с видимым напряжением и робостью, очень тихо здороваться и садиться только на краешек стула, может показаться, что ребенок ждет каких-то неприятностей.

Абсолютно каждый человек имеет относительно постоянное эмоциональное состояние, которое определяет в течение ограниченного периода времени его поведение. Такое состояние называют настроением. У взрослых людей настроение зависит от таких причин, как здоровье, успех в работе, личные проблемы в семье, взаимоотношения с любимым человеком, с другом, с детьми, с родителями.

Позитивное психическое состояние ребенка – это хорошее, бодрое настроение, тяга к веселью и шалостям. Нормальные дети пробуждаются с улыбкой на устах. Они рады новому дню и хотят приобщиться к своей радости

окружающих. Недаром в спальнях комнатах, где спят несколько малышей, поутру слышится веселый смех, возникают потасовки и невероятная возня. Восстановленная за ночь готовность к активной жизни реализуется безотлагательно с пробуждением. Здоровый малыш с утра активен и восприимчив. Устав от взаимоотношений со сверстниками и прочих форм активности, он легко и быстро засыпает в установленное время послеобеденного сна. Вторая половина дня также насыщена его активными действиями и освещена хорошим настроением. Вечером, едва прикоснувшись к подушке, он засыпает глубоким здоровым сном. Уснув, он видит приятные сновидения и много летает.

Психическое состояние - психическое явление, которое в науке рассматривается, как взаимодействие человека с жизненной средой. Критериями оценки, которого являются гармоничность и уравновешенность. Трудности, встречающиеся человеку, могут быть им преодолены, а могут быть и сильнее его. Человек способен выйти из своего субъективного состояния, но только если он осознает тот факт. То есть взаимодействие с жизненной средой (окружением, природой, миром и т.д.) можно назвать гармоничным, при этом сохраняются здоровье, способность к адекватному поведению и деятельности, а также возможности полноценного личностного развития человека. Всё это относится и к детям. Психическое состояние ребёнка находится под наблюдением родителей, воспитателей детских садов, учителей. Характеристика психического состояния может быть как положительной, так и негативной.

Таким образом, для эффективного и устойчивого лечения детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, как показывают результаты многих исследователей, что медицинского подхода к этой проблеме недостаточно, так как необходимо принимать во внимание психологический аспект и рассматривать соматический статус болеющего ребенка как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов.

Основополагающую роль в возникновении нарушений в состоянии здоровья детей и подростков играют 3 группы факторов: 1) факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»); 2) образ жизни; 3) состояние окружающей среды.

Такие психологические особенности, как повышенная тревожность и агрессивность оказывают сильное влияние на дошкольников. Ребенок, проявляющий высокую тревожность, будет неуверенным, ожидать неудач. У такого дошкольника появляются страхи, агрессия, которая может выступать в роли защитного механизма. Тревожность негативно влияет на развитие личности, с ней связаны различные психические расстройства, как истерия, фобии, навязчивые состояния. Так, в детском саду тревожный ребенок будет проявлять повышенное напряжение, робость. Он может оглядываться все с видимым напряжением и робостью, очень тихо здороваться и садиться только

на краешек стула, может показаться, что ребенок ждет каких-то неприятностей.

Естественно, что психическое состояние часто болеющего ребенка будет значительно отличаться от психоэмоционального состояния здорового ребенка, но среди детского населения абсолютно здоровых детей нет. Все дети любого возрастного периода болеют респираторными заболеваниями, а дети младшего дошкольного возраста более уязвимы, и более подвержены подобным заболеваниям.

Список литературы

1. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети Издательство: Нижегородская медицинская ассоциация (НГМА). 2003. 180 с.
2. Антонов, Н.С. Эпидемиология бронхолегочных заболеваний в России // Пульмонология. 2006. №4. С.83-88.
3. Апашева, Ш.А. Распространенность хронических болезней органов дыхания у подростков в зависимости от факторов экосистемы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2006. 26с.
4. Балева Л. С., Вавилова В. Л., Доскин В. А. Современные проблемы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология). Москва. 2006. 46 с.
5. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.». М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 176 с.
6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. М.: Литтерра. 2007. 216 с.
7. Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - № 2., 2010. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
8. Дубровина И.В. «Психическое здоровье детей и подростков». М.: Академия, 2000. 256 с.
9. Забрамная С.Д., Боровик О.В. От диагностики к развитию. М., 2004.
10. Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2020 году / Государственное казенное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Медицинский информационно-аналитический центр // Ответственный за выпуск: директор ГКУЗ РБ Медицинский информационно-аналитический центр Хуснуллина И.Р. Уфа. 2020.
11. Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2019 году / Государственное казенное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Медицинский

информационно-аналитический центр // Ответственный за выпуск: директор ГКУЗ РБ Медицинский информационно-аналитический центр Ахметгареева Г.Р. Уфа. 2020.

12. Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2018 году / Государственное казенное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Медицинский информационно-аналитический центр // Ответственный за выпуск: директор ГКУЗ РБ Медицинский информационно-аналитический центр Суфияров Р.С. Уфа. 2019.

13. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: Проблемы и перспективы / под ред. Стародубова В.И., Михайловой Ю.В., Ивановой А.Е. М.: Медицина, 2003.288с.

14. Максимов Г.Г., Максимова Ю.Г. Проблемы загрязнения окружающей среды глобальными и региональными экотоксикантами // Актуальные проблемы клинической токсикологии и методы детоксикации организма: Материалы 1-й республиканской научно-практической конференции 18-19 декабря 1997 г. Уфа, 1997. С. 263-269.

15. Мамаева М. А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. С-ПБ.: Издательский Дом СТЕЛЛА. 2014. 60 с

16. Официальный Интернет-портал Росстата http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf

17. Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон». 2017. №3.

18. Яковлева, Т. В. Опыт изучения предотвратимой смерти детей в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. 2005. №9 (97). С. 12 – 16.

19. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/frequently-ill>

УДК: 371.21+.376.24

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*С.С. Миронова
МОУ Рахмановской СОШ,
г.о. Павловский Посад, РФ*

***Аннотация.** Рассмотрены основные подходы к организации работы с родителями при психолого-педагогическом сопровождении часто или длительно болеющих детей в школе.*

***Ключевые слова:** болеющие дети, родители, адаптация, мотивация, организация работы.*

Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей в нашей школе направлено преимущественно на создание и сохранение таких условий, при которых процесс адаптации к школе или новым способам обучения протекает достаточно быстро и успешно, предупреждая перегрузки обучающихся, и способствующих сохранению психического здоровья и помощи в их личностном и межличностном развитии.

Организация работы по данному направлению должна учитывать всех участников образовательного процесса.

Для достижения поставленной цели необходима реализация следующих задач:

- помощь часто болеющим детям в осознании и принятии школьных правил, формирования «внутренней позиции школьника»;
- формирования реалистичного отношения к самому себе;
- стабилизация эмоционального состояния, снижение тревожности
- развитие навыков взаимодействия в группе детей
- содействие родителям в осознании мотивов своего отношения к часто болеющему ребенку, собственных внутренних конфликтов и личностных качеств;
- формирования у родителей конструктивных форм взаимодействия с детьми
- повышение компетентности педагогических работников и администрации по вопросам психического развития и школьной адаптации часто болеющих детей [1].

Анализ предыдущего года обучения показал, что среди обучающихся 1-11 классов за 2020-2021 учебный год доля часто и длительно болеющих детей в среднем не увеличилась и составляет около 10% в каждом классе. И в целом у ребят мотивация к деятельности и к полноценной жизни, которой живут их сверстники, достаточно высока. Однако у таких детей отмечена повышенная тревожность, связанная с межличностными отношениями со сверстниками и родителями, с оценкой окружающих, а также с ситуациями проверки знаний и самовыражения. В связи с чем заметно значительное отставание по предметам у большинства детей, особенно в начальных классах.

При планировании психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих обучающихся немаловажную роль играет организация работы с их родителями. Рассмотрим основные принципы и методы работы с родителями.

Принципы психолого-педагогического сопровождения родителей:

1. Рекомендательный характер советов сопровождающего.
2. Приоритет интересов сопровождаемого, «на стороне ребенка».
3. Непрерывность сопровождения.

Используются различные методы и формы работы, такие как:

- поддержка родителей, устранение психотравмирующих ситуаций в семье;

- постоянная связь классного руководителя с родителями, совместное обсуждение с родителем дальнейшего пути сопровождения ребенка, обсуждается, как и когда будет продолжаться образовательная деятельность;
- консультирование по вопросам обучения и воспитания;
- психологическое просвещение по вопросам школьной адаптации и преодоления психологических проблем часто и длительно болеющих детей.

Часто болеющий ребенок более раздражителен, быстрее утомляется, у него снижен уровень физической и умственной активности, он менее устойчив к разного рода нагрузкам, менее работоспособен. Но не многие родители осознают последствия длительного или частого прерывания обучения ребенка, которые сказываются на адаптации в будущем.

Большое внимание на школьную успешность часто болеющего ребенка оказывают социально-бытовые условия семьи и выбор, который делает родитель по направлению воспитания. Ребенок, растущий в условиях социально-педагогической запущенности, как правило, не получает дома достаточного лечения, что приводит к еще большему учащению случаев заболевания. Частые пропуски уроков, пробелы в знаниях, нарушение дружеских связей приводит к тому, что ребенок перестает справляться с доступным ему материалом, мотивация учения снижается.

Еще одна проблема – воспитание в стиле гиперопеки, которое затрудняет формирование у ребенка самостоятельности и адекватной самооценки [2]. Фиксация ребенка на его болезненности, занижение уровня требований приводит к тому, что, столкнувшись с реальными школьными трудностями, он не готов преодолеть их для достижения необходимого результата. Ребенок, чувствуя дискомфорт, склонен скорее к уходу от решения проблемы, чем к тому, чтобы прикладывать какие-либо усилия для ее разрешения. При этом многие родители опекают больного ребенка настолько чрезмерно что, боясь очередного заболевания, не дают ему в достаточной мере развиваться, лишая прогулок и общения со сверстниками.

Другие родители считают, что поводом для ухудшения здоровья могут быть самые разные причины, но не школьные нагрузки, не перенапряжение, не ежедневные микрострессы от неудач и недовольства взрослых. Такие родители больше внимания уделяют познавательному развитию. Даже в период болезни, детей нагружают чтением, развивающими занятиями. Совершенно забывая о прогулках и подвижных играх.

Поэтому школа и родители должны выработать общую тактику и общие требования к ребенку, сбалансировать нагрузку и профилактические меры.

В первую очередь обсуждаются моменты, как должен быть организован режим для обучающегося и поведение родителя. Чтобы не допустить желаний ребенка постоянно болеть и оставаться дома. При консультировании родителей целью деятельности является создание ситуации сотрудничества и формирование установки ответственности родителей по отношению к проблемам обучения и развития ребёнка.

После периода дистанционного обучения из-за пандемии Covid-19 многие родители приобрели навыки использования цифровых образовательных ресурсов и самого дистанционного обучения, что теперь позволяет выбрать данную форму обучения, как временно замещающую посещение школы на время восстановления от болезни. Поэтому одной из тем просветительской работы является рекомендации по времени использования компьютеров и гаджетов, а также учет состояния ребенка и времени, отведенного на выполнение домашней работы и на изучение нового материала.

Также некоторые родители предпочитают ограничиваться выполнением домашних заданий. Большую часть материала болеющему ребенку приходится осваивать дома самостоятельно под руководством родителей. Современные подходы к обучению и способы оформления материала в учебниках и тетрадях на печатной основе существенно отличаются от традиционной системы, по которой учились родители ребенка. Родители не всегда могут самостоятельно разобраться в заданиях и объяснить ребенку новый материал. Поэтому необходимо поддерживать постоянный контакт с учителем.

С началом выхода ребенка в школу перед педагогами школы стоит важная задача, направленная на создание благоприятного психологического климата на учебных занятиях, оказание дополнительной помощи ребенку и профилактику переутомления.

Педагог-психолог по необходимости проводит коррекционно-развивающие занятия в сенсорной комнате, индивидуально привлекая ребенка к деятельности без принуждения, опираясь на интерес ребенка к содержанию и форме занятий и активизируя его своим партнерским участием.

Опрос родителей длительно болеющих детей за предыдущий учебный год показал эффективность работы педагогов школы в данном направлении. Таким образом можно сделать вывод, что при правильно организованной работе психолого-педагогическое сопровождение обеспечивает эффективное и комплексное решение проблем развития часто и длительно болеющих детей в образовательном процессе.

Список литературы

1. Бадьина Н.П. Роль психолога в адаптации часто болеющих детей // Вестник практической психологии образования. 2007. №02. С. 98-103.
2. Вараева, Н.В., Ревягина Н.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей, имеющих трудности развития, в условиях начальной школы // Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т, Гуманитар.-худож. ин-т. 2008. 181 с.

СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДОО

Е.В. Улыбина
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»,
г. Красноярск, РФ

Аннотация. В статье затрагивается тема актуальности психолого-медико-педагогического сопровождения родителей, имеющих детей с соматическими заболеваниями. Автором представлены результаты изучения социально-валеологического состояния семей воспитанников ДОО. Выделены основные направления и содержание развивающей работы специалистов ДОО с родителями часто и длительно болеющих детей.

Ключевые слова: соматическое заболевание, часто и длительно болеющий ребенок, ортобизоз, ДОО, ЗОЖ.

Публикация подготовлена по результатам работ с использованием средств гранта Красноярского краевого фонда науки №2020020505906 «Разработка и апробация типологической модели потребностей и затруднений современных родителей».

Ежегодно в России и мире наблюдается снижение уровня здоровья населения, крайне остро ситуация обстоит с категорией лиц от 0 до 18 лет. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики наблюдается ежегодный рост количества инфекционных заболеваний среди детского населения. В Сибирском федеральном округе по числу инфекционных заболеваний общероссийские показатели превышены более, чем на 4%. (их количество составляет 72,2 на 1000 человек населения)¹. Наряду с этим снижается и общее количество детей, относящихся к I группе здоровья (имеющих нормальное физическое и психическое развитие, не имеющих анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений), среди причин в большинстве случаев отмечаются болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни². Данные тенденции особенно характерны для детей дошкольного возраста [1]. Таким образом, часто и длительно болеющие дети являются категорией, особо нуждающейся в комплексном медико-психолого-педагогическом сопровождении.

Болезнь ребенка влияет на психическое и физическое развитие, изменяет личность ребенка, вызывая серьезные последствия. Для болеющего ребенка необходимо создание особых развивающих условий, использование индивидуализированного педагогического подхода, обеспечивающего формирование компенсаторных механизмов личности, адаптацию ребенка в

¹ Российский статистический ежегодник. 2020: Стат.сб./Росстат. М., 2020. 700 с.

² Россия в цифрах. 2021: краткий статистический сборник. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12993>

социуме [1;4]. Таким образом проблема заболеваемости детей носит междисциплинарный характер, актуальна не только в медицинской, но психологической, педагогической, социальной областях науки.

Семья в случае заболевания ребенка становится главным ресурсом для развития его личности. Образ жизни родителей имеет свое отражение в реальном состоянии здоровья детей, их представлениях о здоровье и здоровом образе жизни, появлении механизмов компенсации и выздоровления [5]. При этом важным представляется соблюдение родителями идей ортобиоза. Под ортобиозом понимаются типичные способы и формы жизнедеятельности человека, которые оздоравливают организм и совершенствуют его резервные ресурсы, позволяя успешно функционировать в профессиональной сфере, семье, социуме [3].

Методы исследования. Статистический сбор данных о заболеваниях детей, Анкетирование родителей «Методика изучения социально-валеологического состояния семей» Р.А. Захаровой [2].

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие 46 родителей детей 5-7 лет, посещающих группы общеразвивающей и компенсирующей направленности детских садов г. Красноярска. Среди заболеваний детей, согласно заполненным родителями анкетам, можно отметить (в совокупности): заболевания опорно-двигательной системы (2,2%), хронические лор-заболевания (6,5%), болезни органов пищеварения (6,5%), болезни органов зрения (11%), подверженность частым заболеваниям ОРВИ (61%). Таким образом, большинство респондентов регулярно сталкиваются с детскими заболеваниями.

С учетом данных, полученных в ходе анкетирования родителей, проведена оценка факторов, входящих в идеальное представление родителей об ортобиозе и реально ими соблюдаемых, основные данные представлены в рисунке 1.



Рисунок 1. Анализ представлений родителей об ортобиозе и реального соблюдения его факторов

Анкетирование родителей проводилось в анонимном формате, ввиду этого соотнести степень соблюдения идей ортобиоза в семьях и наличие, специфику заболеваний у детей не представляется возможным. По результатам анкетирования выделены особенности:

- представления родителей о важности факторов ортобиоза и реальное их соблюдение отличны: идеальное представление об ортобиозе у отдельных родителей и в обобщенной выборке выражено шире, чем реально выполняемая совокупность факторов;

- наибольшую значимость в представлении родительской общности имеют такие факторы, как полный отказ от наркотиков (98%), физическая активность (98%), полный отказ от курения (89%); к наименее важным факторам родители относят самоотдачу в работе (48%), материальный достаток (54%), сексуальную удовлетворенность (59%);

- среди наиболее часто соблюдаемых родителями факторов можно выделить полный отказ от наркотиков (98%), физическую активность (91%), соблюдение режима питания (72%); наименьшая значимость в реализации отводится родителями таким факторам, как самообладание (41%), отказ от алкоголя (41%), самоотдача в работе (43%), эти факторы выполняются меньше, чем половиной опрошенных родителей.

Таким образом, при высоком уровне понимания опрошенными родителями важности соблюдения большинства факторов ортобиоза,

мотивация к их выполнению является недостаточной, что косвенно может предопределять низкую культуру выполнения идей ортобиоза у детей. Поскольку социальный фактор, включающий окружение ребенка, является значимым в сфере влияния на его здоровье и развитие, работа специалистов дошкольных образовательных организаций (ДОО) по формированию у детей с соматическими заболеваниями системы знаний, элементарных умений валеологического характера, устойчивой положительной мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья, предполагает работу с родителями часто и длительно болеющих детей (рис. 2).



Рисунок 2. Направления работы ДОО с родителями часто и длительно болеющих детей

В работе по выделенным направлениям используются следующие виды и формы работы с родителями. Индивидуальные и групповые консультации просветительского характера, конкурсы (на лучшую поделку из природных материалов), экскурсии (в лес, к реке), оформление стендов и иное наглядное информирование, подготовительная работа с детьми к валеологическим занятиям (подготовка проектов, творческих работ на тему здоровья и ЗОЖ), участие в открытых занятиях, праздновании Дней здоровья, семейных эстафетах, спортивных праздниках, проводимых ДОО.

Содержанием просветительской работы с родителями является раскрытие основных факторов здорового образа жизни: внимательное отношение к здоровью, режим в жизни ребенка и взрослого, культура и гигиена в жизни человека, питание взрослых и детей, физическая активность как фактор ЗОЖ, психологическое здоровье, вредные и полезные привычки, человек и окружающая среда. Так же возможно проведение с родителями индивидуальных и групповых консультаций на темы: «Охранительный режим в ДОУ», «Каким бывает отдых», «Вред и польза телевизора и компьютера», «Безопасность в вашем доме», «Профилактика ОРЗ у детей».

Заключение. В условиях роста заболеваемости детского населения остро встает вопрос о необходимости разработки системы сопровождения часто и длительно болеющих детей, а также их семей на разных уровнях, в том числе, и в ДОО. Социально-валеологическое состояние семьи – ведущее условие формирования мотивации к сохранению и укреплению здоровья ребенка, однако, соблюдение идей ортобиоза родителями не является удовлетворительным. Основными направлениями работы ДОО с семьей, таким образом, должны выступить повышение психолого-педагогической грамотности, компетентности родителей в направлении ЗОЖ, развитие мотивации родителей к соблюдению идей ортобиоза, укрепление сотрудничества родителей и педагогов в направлении развития детей.

Список литературы

1. Арамачева Л.В., Дубовик Е.Ю. Модель медико-социально-психологического сопровождения семей с часто болеющими детьми // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2017. № 1(39). С. 124-128.
2. Захарова Р.А. Методика изучения социально-валеологического состояния семей // Здоровый ребенок – в здоровом социуме. М.: Илекса, Ставрополь: Ставропольсервисшкола. 1999. 320 с.
3. Мечников И.И. Академическое собрание сочинений: в 16 т./ ред. кол.: Ф.Г. Кротков (гл. ред.) и др. М.: Медгиз, 1962. Т.15. 468 с.
4. Вербианова О.М., Груздева О.В., Дубовик Е.Ю. и др. Семья как фактор развития личности ребенка дошкольного возраста: коллективная монография. Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2018. 160 с.
5. Улыбина Е.В., Груздева О.В. Представления часто болеющих детей старшего дошкольного возраста о здоровье и здоровом образе жизни, применение идей ортобиоза родителями на пути преодоления болезни детей // «Мир науки». 2018. №5.
6. Улыбина Е.В. Направления психолого-педагогического сопровождения формирования ортобиоза часто болеющих дошкольников в условиях детского сада // Учитель создает нацию (А-Х.А. Кадыров): сборник материалов V международной научно-практической конференции, Грозный, 25 ноября 2020 г. Махачкала- Грозный: Издательство «АЛЕФ». 2020. С. 164-170.

УДК: 373.1 + 37.048.2

СИСТЕМА РАБОТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ

А.Л. Демидова
МБОУ СОШ № 51
г. Пенза, РФ

Аннотация. В статье рассматривается система работы образовательной организации с часто болеющими детьми, связанная с психологическими особенностями данной категории детей. Представлены этапы и содержание сопровождения часто болеющих детей и их родителей, а педагогов школы, рассмотрен алгоритм действий педагогов и родителей в случае возникающих проблем со здоровьем у детей.

Ключевые слова. Признаки здоровья учащихся, психологические особенности часто болеющих детей, психолого-педагогическое сопровождение детей и родителей; алгоритм действий педагогов и семьи

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, указанному в Уставе ВОЗ³, здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому, когда мы рассматриваем систему работы образовательной организации с часто и длительно болеющими детьми, мы должны брать во внимание не только физическое, но и психическое здоровье. В данном контексте важнейшими признаками здоровья у детей будут являться, кроме уровня соматического здоровья, состояние психической сферы ребенка, уровень развития системы ценностей, волевых и мотивационных установок, гармоничность социальной среды. Поэтому подход к работе с часто и длительно болеющими детьми должен быть междисциплинарным.

Вопросу психологических особенностей часто болеющих детей посвящено достаточное количество научных исследований. В частности, в исследованиях А.А. Михеевой было доказано большое влияние семьи на развитие болезни у детей [2]. Исследователи сходятся в одном – часто болеющие дети имеют общие психологические особенности, которые провоцируют школьную дезадаптацию, такие как: повышенная тревожность, повышенная утомляемость, инфантильность, несамостоятельность и др. Наличие и частые повторы болезни могут выступать как психотравмирующая ситуация, которая может переходить в хронически действующую форму и продолжать оказывать негативное влияние на здоровье ребенка. Поэтому очень важно проводить работу по исключению таких негативных факторов, влияющих на психическое состояние детей. Безусловно причинами школьной дезадаптации могут выступать наследственные аномалии, патологии

³ Устав Всемирной организации здравоохранения был принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля, 1946 года

физического развития и другие биологические причины, на которые трудно повлиять, оказывая лишь педагогическое воздействие. Кроме того, в последнее время среди обучающихся общеобразовательных школ увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья, что требует создания специальных условий обучения и воспитания.

Но существует ряд трудностей, препятствующих реализации здоровьесберегающей технологии в школе:

- недостаточная укомплектованность школ медицинскими работниками;
- отсутствие комплексного взаимодействия педагогов и медицинских работников, зачастую медицинские рекомендации образовательная организация не получает своевременно, усилия, прилагаемые медиками и педагогами разрозненны и часто не дают желаемых результатов;
- слабое владение педагогами знаниями в области валеологии, специальной психологии и других смежных наук;
- неготовность родителей принять особенности развития своих детей.

Часто именно в школе ребенок сталкивается с первыми трудностями, для преодоления которых необходимо единство требований к ребенку. Некоторые родители не готовы изменять стиль родительского воспитания, прислушиваться к рекомендациям специалистов. Характерно и недопонимание родителями особенностей образовательной программы: родители могут требовать увеличения, снижения учебной нагрузки или менять содержание, не осознавая индивидуальные особенности усвоения учебного материала детьми.

Поэтому очень важно проводить диагностическую, профилактическую, развивающую, информационно-просветительскую работу по вопросам, связанными с особенностями образовательного процесса для данной категории детей, со всеми участниками образовательного процесса - учащимися (как имеющими, так и не имеющими проблемы со здоровьем), их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.

Основная работа с часто и длительно болеющими детьми и их родителями в МБОУ СОШ № 51 г. Пензы строится в рамках программы психолого-педагогического сопровождения [1]. Любая работа по развитию, воспитанию и обучению таких детей начинается с выявления специальных образовательных условий, а также определения и создания этих условий. Данный процесс организуется следующим образом: на первом этапе выявляется ребенок, который имеет трудности в здоровье. Ежедневный мониторинг посещаемости школы помогает выявить детей, которые часто пропускают школьные занятия по состоянию здоровья. Определяется категория заболеваемости и проводится консультирование родителей ребенка. Источником информации для скрининга развития ребенка являются заключение врачей-специалистов из медицинской карты, медицинские справки, опрос родителей. Далее с ребенком проводятся диагностические

мероприятия специалистами образовательной организации. Педагог-психолог анализирует развитие ребенка по следующим факторам:

- психофизиологический возраст;
- состояние высших психических функций;
- эмоционально-личностные особенности;
- особенности поведения, в том числе и способы адаптации;
- наличие\отсутствие психопатологических реакций;
- уровень родительских притязаний.

Социальный педагог составляет социологическую карту ребенка. Педагоги предоставляют информацию по классу, межличностным отношениям и по характеру трудностей школьного обучения. Вся информация заносится в технологическую карту сопровождения часто болеющего ребенка, что позволяет различным специалистам школы консультироваться по вопросам особенностям данного ребенка и выработать единую тактику профилактики и развития. Так как в карте хранится информация не только о состоянии, но и о динамике развития ребенка, это позволяет проследить обследуемых детей на всех возрастных этапах их развития. При хранении и использовании карт соблюдается принцип конфиденциальности. При наличии данной карты психолого-педагогический консилиум легко может определить стратегию по сопровождению часто болеющего ребенка и его родителей. На коллегиальном заседании психолого-педагогического консилиума проводится также анализ ресурсов образовательной организации по обеспечению реализации здоровьесберегающих технологий для ученика. Для каждого конкретного случая возможен свой вариант мероприятий по сопровождению. Эти мероприятия могут касаться только индивидуальной работы с ребенком, например по повышению стрессоустойчивости или снижению тревожности. Возможен вариант организации индивидуальной помощи со стороны педагогов по восполнению учебных пробелов. Основным направлением сопровождения может быть и индивидуальная работа с родителями, если в ходе диагностики было выявлено, что со стороны семьи происходит воспитание по типу астенизации и инфантилизации ребенка.

Таким образом, педагогам можно предложить следующий алгоритм по работе с часто и длительно болеющими детьми и их родителями: проведение ежедневного мониторинга посещаемости и заболеваемости; выяснение причины и консультирование родителей; направление на углубленную диагностику ребенка и семьи специалистами образовательной организации; ознакомление с технологической картой сопровождения часто болеющего ребенка; приглашение родителей на заседание психолого-педагогического консилиума с целью составления плана сопровождения ребенка и семьи; реализация рекомендаций специалистов и помощи в развитии и в усвоении учебной программы.

Анализ технологической карты сопровождения часто болеющего ребенка позволяет определить основные направления профилактической и

развивающей работы. Помимо индивидуальной работы с ребенком в школе должна проводиться профилактическая работа на уровне всей образовательной организации, представленная, например, таким курсом как «Основы здорового образа жизни».

В связи с тем, что основные трудности у часто болеющих детей в усвоении учебной программы, возникает вопрос «Как педагогам организовать помощь часто болеющим детям?». Для того чтобы действительно каждый ребенок хорошо усваивал программу не зависимо от состояния здоровья, необходимо педагогу в первую очередь знать особенности и возможности учащихся, а уже потом определить приемлемые формы организации занятий, отобрать приемы и средства обучения, способы стимулирования детей в зависимости от их индивидуальных особенностей. С этой целью с педагогами проводится методическая работа по изучению особенностей построения процесса обучения школьников на основе технологических карт сопровождения часто болеющих детей. В ходе методических семинаров, стажировочных площадок внутри образовательной организации вырабатываются рекомендации и определяются основные методы работы с часто болеющими детьми. В частности, в МБОУ СОШ № 51 г. Пензы на протяжении нескольких лет реализуется проект по психолого-педагогическому сопровождению обучения, в рамках которого педагоги изучают влияние индивидуальных психолого-педагогических особенностей учащихся на обучение, а также механизмы учета индивидуальных и возрастных особенностей учащихся в процессе обучения.

Безусловно, участие родителей в реабилитационных мероприятиях в настоящее время считается одним из решающих факторов эффективной развивающей и профилактической работы по сохранению здоровья. Поэтому без привлечения родителей к развитию собственного ребенка, без тесного и эффективного контакта со специалистами, постоянного взаимодействия не только с педагогами, но и с другими специалистами образовательной или медицинской организаций, эффективная реабилитация часто болеющих детей невозможна. Среди основных направлений работы с родителями часто болеющих детей можно выделить диагностику с целью изучения эмоционального самочувствия ребенка в семье; выявление уверенности/неуверенности ребенка в родительской любви; идентификация детей с родителями; поведение ребенка по отношению к родителям и др. Объективную картину состояния формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях часто болеющих детей, помогают получить следующие методы исследования: анкетирование, индивидуальные беседы, наблюдение, анализ документации. Второе направление – это просвещение родителей по вопросам развития детей и состояния их здоровья, которое может осуществляться как на заранее спланированных мероприятиях (тематические выступления специалистов психолого-педагогического и медицинского профиля во время родительских собраний; тренинги для

родителей; индивидуальное и групповое консультирование и другие мероприятия), так и на оформленных стендах, информационных листках, сайте образовательной организации. Немаловажным является и привлечение родителей к участию в жизни образовательной организации, к включению и совместному участию в различного рода мероприятиях класса и школы в целом.

В зависимости от запроса родителей на сопровождение часто болеющих детей можно выделить алгоритм действий для семьи: при постоянно повторяющихся случаях заболеваний родителям необходимо точно установить диагноз, пройдя необходимое медицинское обследование; обратиться за психолого-педагогической помощью; выполнять рекомендации специалистов.

Итак, говоря о системе работы образовательной организации с часто и длительно болеющими детьми и их родителями, мы должны понимать, что все субъекты образовательного процесса должны быть вовлечены в данную работу. С каждым участником проводятся все мероприятия в зависимости от результатов комплексной диагностики, а также только с согласием участников. Разработка и ведение единой технологической карты сопровождения часто болеющего ребенка позволяет специалистам оперативно реагировать, отслеживать динамику развития ребенка и проводить работу согласно рекомендациям всех специалистов, работающих с данным случаем.

Список литературы

1. Приходько О.Г. и др. Деятельность специалистов сопровождения при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для специалистов сопровождения: учителей-логопедов, учителей-дефектологов, педагогов-психологов, тьюторов и социальных педагогов образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях»). М.: ГБОУ ВПО МГПУ. 2014. 102 с.
2. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: автореф. диссерт. на соиск. канд.псих.наук. 1999.

УДК: 371.24 + 371.21

**ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В
УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
(НА ПРИМЕРЕ МБОУ «ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР
«СОЗВЕЗДИЕ»» Г.КРАСНОГОРСКА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

*С.Н. Сюрин, О.В. Сюрин, Ю.Б. Баранова, Е.С. Тоц
МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»»,
г.о. Красногорск, РФ*

***Аннотация:** в статье проанализированы особенности применения технологий психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих детей в условиях образовательной организации (на примере МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»» г.о. Красногорска Московской области).*

***Ключевые слова:** особые образовательные потребности, междисциплинарный подход, сетевое взаимодействие, многофункциональность, инклюзия*

Современный этап развития инклюзивного образования в России связан с активным развитием системы педагогического сопровождения и комплексного психолого-медико-социального сопровождения воспитанников и обучающихся с особыми образовательными потребностями (далее – ООП), в системе как общего, так и профессионального образования. В последние годы Министерством просвещения России издан ряд важных приказов, формирующих современный образовательный ландшафт для обучающихся с ООП, в т.ч.:

– приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 N1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (далее - ФГОС НОО с ОВЗ);

– приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 г. № 1599 «Об утверждении ФГОС О обучающихся с УО (интеллектуальными нарушениями)» (далее - ФГОС О У/О);

– приказ Министерства просвещения России от 28.08.2020г. № 442 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» (раздел III настоящего Порядка «Особенности организации образовательной деятельности для лиц с ограниченными возможностями здоровья») [1].

Благодаря внедрению ФГОС НОО с ОВЗ и ФГОС О У/О на сегодняшний день, значительно расширились возможности для применения междисциплинарного подхода в вопросах комплексного психолого-медико-

социального сопровождения детей с ООП, а также оказания действенной помощи таким обучающимся, при этом:

- содержание общего образования и условия организации обучения обучающихся с ООП определяются адаптированной основной образовательной программой (далее – АООП), которая теперь реализуется в любой образовательной организации системы образования России;

- в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогических комиссий (далее – ПМПК) и психолого-педагогических консилиумов (ППК) создаются специальные условия для получения образования детьми с ООП;

- исходя из типа дизонтогенеза обучающихся с ООП их численность в классе определяется санитарными нормами и правилами;

- при организации образовательной деятельности по различным вариантам АООП создаются условия для лечебно-восстановительной работы, образовательной деятельности и коррекционных занятий с учетом индивидуальных особенностей обучающихся, вводятся штатные единицы: учителей-дефектологов, сурдопедагогов, тифлопедагогов, учителей-логопедов, педагогов-психологов, тьюторов, ассистентов и др.;

- для обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, на основании заключения медицинской организации и письменного обращения родителей (законных представителей) обучение может быть организовано на дому или в медицинских организациях. На сегодняшний день, по желанию родителей и основании их письменного заявления, решения врачебной комиссии, выдавшей заключение о необходимости обучения на дому, ребенок имеет возможность осваивать образовательную программу в нескольких формах: обучение на дому, обучение на дому с использованием дистанционных образовательных технологий, обучение по части предметов школьной программы совместно с другими обучающимися класса. Вне зависимости от выбранной формы обучения образовательная организация вправе, с целью социализации ребенка, находящегося на надомной форме обучения, приглашать его на внеклассные и досуговые мероприятия, привлекать его к экскурсионным поездкам в случае отсутствия медицинских противопоказаний для участия в культурно-массовых мероприятиях [2].

Система общего образования к настоящему времени существенным образом обогатила репертуар возможностей для оказания помощи воспитанникам и обучающимся с ООП. Ребята имеют возможность обучаться по АООП в общеобразовательных организациях, коррекционных образовательных организациях, в т.ч. по месту жительства, получать в них психолого-педагогическую и дефектолого-логопедическую помощь, услуги тьютора и ассистента. Если несовершеннолетнему органами медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ) разработана индивидуальная программа реабилитации и абилитации (далее – ИПРА) и установлен статус «ребенок-инвалид», то образовательной организацией дополнительно разрабатываются и реализуются мероприятия по выбору образовательного

маршрута, меры психолого-педагогической поддержки и профориентационная работа.

Мы считаем, что формирование современного образовательного ландшафта для обучающихся и воспитанников с ООП должно строиться в условиях использования ряда важных принципов оказания помощи, в т.ч. многофункциональности и трансформируемости образовательной среды, междисциплинарного взаимодействия специалистов и сетевого взаимодействия образовательных организаций. Опыт функционирования образовательной организации, с позиций междисциплинарного подхода, многофункциональности и сетевого взаимодействия в работе с обучающимися с ООП имеется у МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»» г.о. Красногорска Московской области (далее – Центр).

Основной задачей функционирования Центра в режиме междисциплинарного подхода и позиций многофункциональности является разработка и реализация на практике современной разноуровневой модели инклюзии для обучающихся с разными вариантами дизонтогенеза, обеспечивающей их обучение и воспитание, развитие и социализацию, социально-трудовую адаптацию, получение профессионального обучения и (или) образования с учетом особенностей дизонтогенеза и последующим трудоустройством к работодателю.

С 01.09.2019г. Центр функционирует в многофункциональном здании, вмещающем в себя 5 структурных подразделений, в т.ч.: коррекционное, школьное, медико-реабилитационное, профессионально-трудовой адаптации и профессионального обучения, дифференцированного и вариативного образования детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития (далее – ТМНР). Общий охват несовершеннолетних с ООП и детей-инвалидов различными видами помощи ежегодно возрастает. По состоянию на 2021г. ежегодно различными видами помощи обеспечивается свыше 13500чел. Здание Центра равнодоступно для всех категорий детей и подростков, за исключением тотально глухих и тотально слепых. Благодаря применению междисциплинарного подхода к процессам первичной углубленной психолого-педагогической, дефектолого-логопедической и медицинской диагностики развивается механизм эффективной маршрутизации детей с ООП. Особо сложные в диагностическом плане случаи обсуждаются специалистами коррекционного совета центра и направляются на дообследование в клинические учреждения Московской области и Федеральные клиники [4].

Для обучения часто и длительно болеющих детей в Центре создано и функционирует отделение дифференцированного и индивидуализированного обучения детей с ТМНР и службой раннего развития. В данном отделении реализуются:

– АООП (ФГОС НОО с ОВЗ - варианты 2.3., 4.3., 6.3., 7.2, 8.3.); (вариант 1 и 2 ФГОС О с У/О);

– специальные индивидуальные программы развития (далее – СИПР), организовано обучение в соответствии с индивидуальным учебным планом детей-инвалидов и лиц с ООП (вариант 6.4., 8.4. ФГОС НОО с ОВЗ и вариант 2 ФГОС О с У/О).

Комплексное психолого-педагогическое и реабилитационное сопровождение реализуется специалистами коррекционного и медико-реабилитационного отделения Центра, в т.ч. часто и длительно болеющим обучающимся в Центре:

– оказываются услуги по комплексному медико-реабилитационному сопровождению: физиотерапевтическое и стоматологическое лечение, бальнеолечение, спелео- и климатотерапия, ароматерапия, ЛФК, механотерапия, роботехническая коррекция двигательной активности у детей с НОДА и последствиями травм ЦНС, коррекция нарушений зрения, дыхания, осанки, амблиопии, миопии, дальновзоркости с использованием БОС технологий и компьютерного коррекционно-развивающего сопровождения;

– все обучающиеся наблюдаются штатными врачами-специалистами (педиатр, психиатр, психотерапевт, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, реабилитолог, физиотерапевт и стоматолог) и получают медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями специалистов;

– осуществляется индивидуальное, подгрупповое и групповое дефектологическое, логопедическое и психологическое сопровождение часто и длительно болеющих обучающихся.

Специалистами отделения профессионально-трудовой адаптации и профессионального обучения обучающихся с ООП осуществляется подготовка часто и длительно болеющих обучающихся, а также детей-инвалидов и лиц с ООП к самостоятельной трудовой деятельности, формирование ключевых профессиональных компетенций по рабочим профессиям; профессиональное обучение лиц с ООП, детей-инвалидов и обучающихся, имеющих трудности в обучении по рабочим профессиям (повар, парикмахер, слесарь по ремонту ТС, работник клининговой службы). В отделении созданы кабинеты-лаборатории по прикладным специализациям (мастер ногтевого сервиса, работник типографии, гончар и пр.).

Для части обучающихся, имеющих проблемы с соматическим и психическим здоровьем применяются не только технологии обучения на дому, но и другие варианты дифференциации и индивидуализации процесса обучения ребенка с ООП в образовательной организации. Охарактеризуем их вкратце:

1. Технология неполного перехода на надомную форму обучения. Данная форма дифференциации образования подходит для ребят, имеющих признаки минимальной мозговой дисфункции, соматически ослабленных и часто болеющих обучающихся, имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности, синдром гипермоторного ребенка, гиперкинетические расстройства поведения, расстройства аутистического спектра, невротические

и психосоматические расстройства, повышенную утомляемость и др. Применяется данная технология на основании врачебного заключения, решения психолого-педагогического консилиума образовательной организации или психолого-медико-педагогической комиссии. Своевременное использование такой технологии позволяет снизить степень негативных эмоционально-волевых проявлений у ребенка, степень выраженности утомления, повышенной утомляемости, признаки раздражительности и агрессивности, улучшить соматическое здоровье, и в итоге сформировать мотивацию к обучению, улучшить школьную адаптацию, академическую успеваемость.

2. Технология дозированных домашних заданий. Помогает снизить внеучебную нагрузку на ученика с ООП, признаками школьной дезадаптации, деструктивным поведением, сохранить мотивацию обучению, снизить негативные реакции на школьную неуспешность (высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, агрессивности, психоэмоциональное утомление и пр.).

3. Технология индивидуального опроса обучающегося во внеурочное время (во время перемен, после уроков). Применяется у обучающихся с нарушениями коммуникации (дети с расстройства аутистического спектра, логоневрозами, неврозами, задержкой психического, речевого развития, специфическими расстройствами развития школьных навыков, акцентуациями и психопатиями характера и пр.). Реализация технологии позволяет дифференцировать опрос учащегося таким образом, что не нарастают негативные эмоциональные проявления.

4. Технология минимизации объема домашних заданий для обучающихся с ООП и (или) деструктивным поведением. Данная технология применяется у обучающихся с задержками психического, речевого развития, психопатиями и акцентуациями характера, расстройствами аутистического спектра, ММД, синдромом гиперактивного ребенка, СДВГ. Минимизация объемов внеучебной нагрузки способствует восстановлению обучающихся, снизить степень негативных эмоциональных переживаний и, сохраняет определенную степень мотивации к обучению.

5. Технология сюжетно-ролевой игры и сказок. Актуальным периодом использования данной технологии является период начального этапа общего образования. Использование сюжетно-ролевой игры и сказок позволяет обучающимся сформировать мотивационный компонент к обучению.

6. Технология создания специальных условий для обучения детей с ООП в соответствии с рекомендациями ПМПК. К вышеназванным специальным условиям относятся: увеличенный шрифт учебников, использование звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования, слуховых протезов, видеоувеличителей, обустройство рабочего места учащегося с использованием ограничителей, вертикализаторов, поддерживающих устройств и пр.

7. Технологии здоровьесбережения. в т.ч. с проведением физкультминуток на пространственный гнозис и праксис, зрительно-моторную координацию. Использование разнообразных приемов активизации познавательной деятельности учащихся на уроке и во время организованной педагогической деятельности, элементов тренинга памяти, внимания, мышления, приемов коррекции дисграфии, дискалькулии и дислексии особенно необходимо осуществлять на этапе начального общего образования. Применение подобранного комплекса упражнений позволяет своевременно предупреждать многочисленные проблемы у обучающихся уже на начальном этапе обучения, не формируя социально-педагогическую запущенность и десоциализацию.

8. Технология психологического, дефектолого-логопедического, общего и индивидуального тьюторского сопровождения обучения ребенка с ООП.

9. Технология замены системы устного опроса на письменные формы, в том числе с использованием тестовых заданий.

10. Технология индивидуальных карточек-заданий с опорой на основной образовательный материал по учебным предметам или тестовая форма опроса.

11. Технология сдачи учебного материала в форме докладов и рефератов.

12. Компьютерные технологии для детей с расстройствами коммуникации.

13. Технология альтернативной коммуникации для детей с нарушениями слуха и зрения, расстройствами аутистического спектра, нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Безусловно, рассмотренный выше перечень технологий, форм и методов дифференциации образования для «особых» детей, не исчерпывающий, однако использование образовательными организациями даже этого репертуара технологий позволяет сформировать позитивную мотивацию на обучение и способствует освоению учебного материала у большинства обучающихся с ООП [2].

Таким образом, описанные в данной статье особенности применения технологий психолого-педагогического сопровождения часто и длительно болеющих детей в условиях образовательной организации апробированы и внедрены в системный учебно-воспитательный процесс в образовательных организациях г.о. Красногорск Московской области. Практика доказала эффективность реализуемых технологий. Ежегодно до 23-28% обучающихся, относящихся к категории длительно и часто болеющих детей переходят на очную форму обучения, у них улучшаются показатели соматического и психического здоровья. Междисциплинарный подход к комплексному психолого-медико-социальному сопровождению является авторской моделью функционирования современной образовательной организации для обучающихся с ООП. Позитивный опыт реализации модели позволил осуществить перспективное планирование деятельности Центра по дальнейшему развитию системы комплексного психолого-медико-

социального сопровождения детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. В краткосрочной перспективе планируется: открыть отделение стационарной медико-реабилитационной помощи детям с ООП, ТМНР и несовершеннолетним из зон боевых действий; сформировать Центр второго мнения для оказания экспертной, консультативной и медико-психологической помощи педагогам образовательных организаций и родительской общественности Московской области; инициировать создание на базе Центра регионального ресурсного консультативного центра по оказанию помощи детям с ООП.

Список литературы

1. Психолого-педагогические программы и технологии в образовательной среде: каталог - 2019. Коллективная монография / под ред. В.В. Рубцова, Ю.М. Забродина, И.В. Дубровиной, Е.С. Романовой. М.: ФГБОУ ВО МГППУ. 2019. 297 с.

2. Рачковская Н.А., Сюрин С.Н., Новиков Р.А., Тумаева О.В. Социально-педагогическая профилактика деструктивного поведения несовершеннолетних (учебно-методическое пособие для социальных педагогов, работников социальной сферы, занимающихся вопросами социально-педагогической профилактики). М.: ООО "Авиакнига". 2015. 192 с.

3. Сюрин С.Н. Из опыта реализации структурно-функциональной модели современной образовательной среды для развития личности учащихся с особыми образовательными потребностями в системе образования г.о. Красногорск // Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. Москва, 2020. №5. С. 140-148.

4. Сайт МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»»: <http://center-psi.ru>.

УДК:376.24+159.922.73

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ШКОЛЫ С РОДИТЕЛЯМИ

Е.Л. Ким
МАОУ «СОШ № 1»,
г. Корсаков, РФ

Аннотация: Раскрыты теоретико-методологические аспекты психологического сопровождения часто болеющих детей младшего школьного возраста с целью улучшения их школьной адаптации. Раскрыто содержание и условия применения психологических методов, используемых для оптимизации процесса адаптации к обучению в школе часто болеющих младших школьников.

Ключевые слова: психолого-педагогическое сопровождение, часто болеющие младшие школьники, методы психолого-педагогического сопровождения

Актуальность проблемы адаптации детей с ослабленным здоровьем к школе в настоящее время обретает все большую значимость, так как именно эти дети испытывают наибольшие трудности на начальном этапе обучения. По данным Национального доклада о здоровье населения России, число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70-75%, а 15-20% имеют хронические заболевания. Таким образом, часто болеющие дети являются самой большой группой, нуждающейся в системной медико-психолого-педагогической поддержке. К категории часто болеющих (ЧБД) относят детей, наиболее подверженных респираторным инфекциям (4 и более эпизодов ОРЗ в год).

Как правило, чаще всего острыми респираторными заболеваниями болеют дети, посещающие первый год начальные классы школы. Они, в первую очередь, медленнее и хуже других усваивают материал, а, во-вторых, из-за частого отсутствия на уроках могут со временем приобретать черты и качества социально неуверенного ребенка. С самого начала обучения у этих детей обнаруживается снижение работоспособности и продуктивности умственной деятельности. Уже к концу первого класса у часто болеющих младших школьников имеют место негативные психологические переживания, обусловленные низкой самооценкой сформированности у себя значимых личностных качеств, повышенной тревожностью. Таким образом, многое из описанного выше будет в равной степени относиться и к данной категории детей. Лонгитюдное исследование Н.П. Бадьиной показало, что часто болеющие дети склонны завышать оценку собственного здоровья, по-видимому, они не осознают у себя наличия отклонений в состоянии здоровья. Однако физические последствия болезни ими осознаются и переживаются (о чем свидетельствует низкая оценка у себя таких качеств как «красивый», «сильный»). В связи с этим вопрос об эффективности и целенаправленности психолого-педагогического сопровождения в период адаптации к обучению в школе детям с ослабленным здоровьем является обоснованным.

Анализ литературы показал, что психологи в работе над проблемой школьной адаптации часто болеющих младших школьников используют широкий комплекс психологических методов воздействия, разработанные представителями различных психологических школ: психодинамической, гуманистической, когнитивной, бихевиоральной.

Наиболее эффективным методом работы с часто болеющими младшими школьниками является игра в сфере межличностных отношений, ведь именно в сфере общения констатируют основной источник невротизации детей. Межличностное взаимодействие часто болеющих младших школьников в процессе ролевой игры является основой психокоррекционного влияния в процессе школьной адаптации. Кроме ролевых игр, с целью школьной адаптации часто болеющих младших школьников, используют метод арт-терапии методы прогрессивного расслабления. Положительное влияние арт-

терапевтических методов работы с часто болеющими учащимися, которые имеют выраженные сложности в процессе их школьной адаптации, не вызывает сомнений. Через искусство психологическое воздействие происходит легко и непринужденно, что очень важно в работе с младшими школьниками. По этому поводу Т. Башкеева отмечает, что арт-терапевтические методы актуальны в русле всех основных направлений психотерапии. Кроме арт-терапевтических методов для стабилизации психоэмоционального состояния часто болеющих младших школьников в рамках различных терапевтических подходов эффективно применять методики прогрессивного расслабления. Человек может внушить себе радость, бодрость и другие чувства, которые улучшают самочувствие, поднимают настроение. Самовнушение влияет положительно не только на психику человека, но и на состояние внутренних органов, расслаблением мышц снижает тонус мускулатуры внутренних органов и таким образом ликвидирует спазматические состояния, которые не редко присущи часто болеющим младшим школьникам из-за проблем их школьной адаптации. Для младшего школьного возраста методы релаксации оказывают положительное влияние, ведь умение регулировать эмоциональное состояние, путем расслабления тела и положительного самовнушения, способствуют преодолению внутреннего напряжения, которое является следствием школьной дезадаптации. Поэтому целесообразным для ускорения процесса школьной адаптации часто болеющих детей является использование элементов аутогенной тренировки в виде психологической гимнастики, релаксации и позитивного самовнушения. Практика показывает, что психологи чаще всего используют в процессе психологического сопровождения часто болеющих младших школьников следующие виды помощи, направленные на оптимизацию процесса их школьной адаптации: развитие школьной мотивации, формирование интересов, развитию навыков общения со сверстниками и взрослыми, развитие уверенности в себе, формирование адекватного отношения к успехам и неудач, формирование представления о себе как о человеке с большими возможностями.

Организация психолого-педагогического сопровождения часто болеющих учащихся младших классов может быть представлена по следующей схеме, предложенной Н. Ржецким:

- 1) погружение учащихся в педагогическую среду, где они принимают ее требования;
- 2) осознание учащимися необходимости адаптироваться в соответствии со школьными требованиями, возникновения «цели – желания»;
- 3) выработка «цели – намерения» по выполнению конкретных действий;
- 4) выделение «цели – достижения», то есть получение результата на основе выполнения действий.

Согласно этой схеме, можно выделить три момента школьной адаптации, на которых нужно акцентировать внимание часто болеющих младших школьников, организуя процесс их деятельности:

1) осознание и принятие педагогических требований. Это предоставляет учащимся общий ориентир в процессе их адаптации;

2) возникновение «цели – желания», указывающее на область возможной активности субъекта и выступает как зарождение конкретной деятельности; 3) выработка «цели – намерения», определяющей конкретный план деятельности.

Основной задачей сопровождения часто болеющих младших школьников, является обеспечение психолого-педагогических условий рефлексии и умения учиться. Школьники должны самостоятельно определять уровень своих знаний, умений и навыков, стремясь их развивать. Рефлексивное развитие часто болеющих младших школьников осуществляется в условиях выхода за границу их возможностей, при поиске новых способов решения задач. Расширение знаний и умений учащихся будет представлено как собственное, зависящее, в первую очередь, от их собственных усилий личностное изменение, как личный вклад часто болеющих учащихся в саморазвитие.

При правильной организации педагогического процесса и режима ребенка во внеучебное время к 9 годам, то есть к третьему классу частота заболеваний снижается. Но этот параметр больше отслеживают медицинские работники.

Для учителя показателем успешности педагогических воздействий на часто болеющего ребенка будет повышение уровня его адаптации к учебной деятельности и коллективу одноклассников, что включает в себя: успешность обучения по программам; сформированность познавательных процессов и учебной деятельности; степень психологического комфорта ребенка в семье, особенности родительского отношения и воспитательных позиций

Список литературы

1. Аннелизе Х., Хайгл Ф., Отт Ю. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь. 2002. 784 с.
2. Башкеева Т.С., Горайнова Д.П. Влияние арт-терапии на поведение подростков // Воспитание школьников: теоретический и научно-методический журнал. 2010. № 7. С. 58–60.
3. Бек Дж. Когнитивная терапия. М.: Вильямс. 2006. 400 с.
4. Вараева Н.В., Ревягина Т.А. Психолого-педагогическое сопровождение детей, имеющих трудности развития, в условиях начальной школы. 2008. 164с.

УДК: 374.24+159.922.73

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ.
ОПЫТ РАБОТЫ МБОУ СОШ 23 (КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ).**

*М.Г. Манкевич, Г.А. Попова
МБОУ СОШ 23
Краснодарский край, РФ*

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются новые формы и методы, применяемые в консультировании подростков с девиантным поведением. Наиболее эффективным, с нашей точки зрения, в психологической коррекции является научение подростка способам поведения, направленным на конструктивное разрешение проблем. Индивидуальное и семейное консультирование. Игры, применяемые в консультировании. Педагог-психолог как корректор девиантного поведения.*

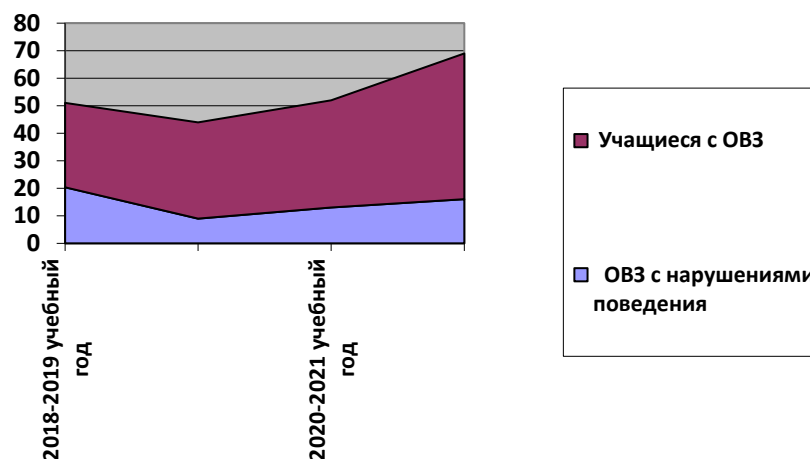
«Бывает только неправильный путь, но не бывает безвыходного положения».

Китайская мудрость.

На протяжении последнего десятилетия в образовательной политике России складываются значительные изменения: формируется культура поддержки и помощи ребенку в учебно-воспитательном процессе – психолого-педагогическое сопровождение. Связано это с тем, что одной из основных функций образовательного Стандарта общего образования является реализация права каждого ребенка на полноценное образование, отвечающее его потребностям и в полной мере использующее возможности его развития, в особенности тех детей, кто в наибольшей степени нуждается в специальных условиях обучения - детей с ограниченными возможностями здоровья [6].

Забота о здоровье детей – это важная часть работы педагогов. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, стойкость знаний, вера в свои силы. Формирование, сохранение, укрепление здоровья детей и взрослых – это одна из актуальных задач нашей школы. Реалии настоящего обязывают педагогов находить и применять в работе с детьми новые формы образовательно-воспитательного процесса с учётом здоровьесберегающих технологий. Особое внимание уделяется работе с часто и длительно болеющими детьми.

Обращает на себя внимание высокий уровень поведенческих нарушений у часто и длительно болеющих детей, что позволяет некоторым исследователям относить частую заболеваемость к психосоматическим расстройствам. Для часто и длительно болеющих детей характерен высокий уровень тревожности, превалирование отрицательных эмоций. В последние годы растет количество детей с ОВЗ, и многие из них имеют нарушения поведения.



Проблема девиантного поведения детей школьного возраста занимает одно из первых мест среди других социальных и психологических проблем. Современный школьник живет в мире, сложном по своему содержанию и способности к социализации. Даже учитывая то, что в настоящее время очень трудно оценить девиантное поведение учащихся, можно сказать, что масштабы этого явления растут по многим критериям. Педагоги и психологи отмечают, что дети школьного возраста наиболее чувствительны к социальным и психологическим стрессам. Именно в этом возрасте наблюдается резкий рост конфликтных, недисциплинированных, не умеющих владеть собой школьников.

Поведение некоторых детей и подростков обращает на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемых советов и рекомендаций, отличается от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества. Это поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, называют девиантным. Оно включает антидисциплинарные, антисоциальные, делинквентные противоправные и аутоагрессивные (суицидальные и самоповреждающие) поступки. Они по своему происхождению могут быть обусловлены различными отклонениями в развитии личности и ее реагирования. Чаще это поведение - реакции детей и подростков на трудные обстоятельства жизни.

Девиантное поведение подростков может проявляться как в незначительных отклонениях от норм и ценностей, так и серьезных правонарушениях и асоциальных действиях. Важно подчеркнуть, что выделенные формы могут встречаться как в отдельности друг от друга, так и во взаимодействии, когда один вид девиации провоцирует возникновение других, что сильнее затрудняет работу по реабилитации подростка и возвращение его в привычную социальную среду [2].

Социология под девиантным поведением понимает реальную угрозу для физического, а также социального выживания человека в определенной

социальной среде, коллективе или ближайшем окружении. Девиации отмечаются нарушениями социально-нравственных норм, культурных ценностей, процессом усвоения, а также воспроизводства ценностей и норм. Это может быть единичное действие индивида, которое не соответствует нормам. Как пример, это криминализация общества, развод, коррупция чиновников. Понятие о норме и отклонение определяется социально [1].

Возникновение девиантного поведения может быть обусловлено психологическими особенностями. У младших подростков отмечаются диспропорции в уровне и темпах развития личности. Появляющееся чувство взрослости приводит к завышенному уровню притязаний. Эмоциональность становится неустойчивой, отличается резкими колебаниями настроения, быстрыми переходами от экзальтации к сниженному настроению. При столкновении подростка с непониманием его стремлений к самостоятельности, а также в ответ на критику физических способностей или внешних данных возникают вспышки аффекта. Наиболее неустойчивое настроение отмечается в 11-13 лет у мальчиков и в 13-15 лет у девочек. На этот же возраст приходится наиболее выраженное упрямство. Старших подростков волнует право на самостоятельность, они ищут свое место в жизни. Происходит дифференциация способностей, интересов, вырабатывается мировоззрение, определяется психосексуальная ориентация. Однако целеустремленность и настойчивость в этом возрасте все еще уживаются с импульсивностью и неустойчивостью. Чрезмерная самоуверенность и категоричность сочетаются с чувствительностью и неуверенностью в своих силах. Стремление к широким контактам уживается с желанием быть в одиночестве, бесцеремонность со стеснительностью, романтизм с прагматизмом и цинизмом, потребность в нежности с садизмом.

Развитие личности подростка происходит под влиянием культуры и общества, воспитавших его, связано с социально-экономическим положением и полом. Половое созревание у современных подростков завершается раньше наступления социальной зрелости, имеющаяся свобода выбора жизненного пути удлиняет время приспособления. При этом социальное созревание происходит неравномерно и зависит от завершения образования, материальной независимости или наступления совершеннолетия. Подросток в некоторых сферах жизни может оказаться неприспособленным и тяжело переживать свою несостоятельность. Например, располагая авторитетом в группе спортсменов, подросток может оказаться совершенно незрелым во взаимоотношениях с лицами противоположного пола.

Как же преодолеть или ослабить действие мешающих развитию подростков социальных установок и стереотипов? Как снизить присущие им некоторую ригидность, ущербное представление о самих себе? Как сформировать стремление к активному участию в жизни? Позитивное отношение к себе и другим людям? Есть ли средства, способные подвести подростков к переосмыслению и перестройке своего жизненного опыта?

Что мешает подростку добиться успеха? Прежде всего негативное отношение к себе, память о прошлых неудачах и проступках, которая оставляет в душе след неверия в себя, заниженной самооценки... Для того, чтобы исправить ситуацию следует принять себя, поверить в себя, довериться себе и своим силам.

Задача психолога – укрепить веру подростка в то, что он может управлять своей жизнью, с надеждой смотреть в будущее. Ведь надежда – это жизненная установка, которая помогает человеку пережить тяжелые обстоятельства. Когда все в порядке, то в ней нужды. Но все изменяется в трудной жизненной ситуации.

Оказание помощи учащимся, склонным к девиантному поведению. При оказании помощи учащимся, склонным к девиантным формам поведения, можно выделить следующие основные направления работы:

- диагностическое обследование;
- коррекция и развитие;
- профилактика;
- консультирование.

Основываясь на представленных выше направлениях работы психологического сопровождения, можно выделить этапы работы с учащимися, имеющими те или иные дезадаптационные нарушения.

I этап — диагностический

Диагностические технологии позволяют как можно раньше выявить подростков, склонных к тому или иному типу девиаций. Целесообразно использовать алгоритм поэтапной диагностики:

1-й уровень. Диагностика и дифференцирование отклоняющихся поведенческих реакций отдельных индивидуумов в коллективе, на основании чего вычленяется группа риска.

2-й уровень. Оценка социальных критериев отклоняющихся стереотипов поведения внутри группы риска.

3-й уровень. Собственно психологическая диагностика. Проводится опытным психологом. Цель психодиагностики — установить структуру проблем поведения каждого учащегося из группы риска, выявить степень склонности к различным девиациям.

4-й уровень. Анализ данных и принятие решений по тактике работы с выявленными представителями группы риска.

Основными методами диагностики девиантного поведения несовершеннолетних являются: наблюдение, опрос, анализ документов, собственно психологическое обследование.

II этап — коррекционная и развивающая работа

Коррекционная работа — это работа, направленная на изменение и решение конкретных проблем подростка.

В зависимости от выявленных проблем, применяются различные виды психокоррекции.

При наличии положительной динамики целесообразно продолжать просветительскую и профилактическую деятельность с целью предупреждения и актуализации различных деструктивных проявлений.

Просвещение — формирование у несовершеннолетних, учителей, воспитателей, администрации потребности в психологических знаниях, желания использовать их в интересах собственного развития; повышение психологической культуры, при этом делается акцент на огромном вреде различных форм деструктивного поведения.

Содержание работы психолога по профилактике девиантного поведения. Важнейшим принципом деятельности психолога является учет индивидуальных особенностей подростка, уровень развития его психических процессов, адекватности самооценки, эмпатийности, автономности личности с целью коррекции этих качеств.

Психолог в индивидуальной коррекционной работе с девиантными детьми использует следующие методы:

- профилактическую индивидуальную беседу;
- интервью;
- психологическое консультирование;
- индивидуальную психотерапию;
- групповую психотерапию.

Наиболее эффективным методом индивидуальной психокоррекционной работы с агрессивными детьми является метод психологического консультирования.

Рассмотрим более подробно особенности психологического консультирования девиантных подростков.

Особенности психологического консультирования подростков. Психологическое консультирование – это нестандартный процесс. Его протяженность, форма, глубина будут определяться, прежде всего, необходимостью и достаточностью для разрешения затруднений подростка. При этом в ходе психологического консультирования реализуется индивидуальный подход, суть которого состоит в коррекции комплекса качеств, связанных с агрессивностью подростка.

В своей консультативной работе с подростками и детьми использую различные игры и арт-альбомы:

1. Социально-психологическая игра «Лепешка». Социальные игры Гюнтера Хорна дают возможность решать проблемы детей незаметно для них самих, так как работа проходит в виде игры – самого естественного состояния для ребенка. Такая терапия органично вписывается в детскую жизнь и не оставляет следов от специальной работы с психологом.

Для улучшения работы с детско-родительскими проблемами я использую психологические игры, в которые играют - ребенок, родители и психолог. Использование психологических игр позволяет психологу увидеть специфику проблем данной семьи и построить коррекционную работу с данной семьей,

родителю и ребенку – дает шанс на формирование новых взаимоотношений, тренировку определенных навыков. Важным является то, что данный вид работы естественно вписывается в детскую жизнь. Применяя игру Гюнтера Хорна «Лепешка», как одну из форм совместной деятельности родителя и ребенка мною были выявлены некоторые особенности игрового взаимодействия ребенка и родителя.

Пример из практики. На консультации у педагога-психолога — мама и дети 9 и 10 лет. Родители в разводе, дети проживают с мамой, но папа очень хочет забрать детей себе, рассказывая и описывая им будущее, строя «воздушные замки». (рассказывает о том, какая мама плохая, как им будет без нее хорошо. Их жизнь превратится в настоящий праздник, без обязанностей и обязательств). Мама обеспокоена взаимоотношениями с детьми.

Во время игры в «Лепешку» дети очень хотели, чтобы мама попала в их дом. С удовольствием предъявляя ей претензии. Один из детей даже хотел сначала сделать из мамы лепешку, но после нескольких ходов (дети успели высказать свою точку зрения и обвинить маму) дети просто приглашали маму в свой дом.

Мама отметила: в игре все было так, как происходит в их реальной жизни, им есть над чем задуматься.

Когда ребенок играет вместе с родителями и психологом, он соотносит свои нормы поведения с родительскими и общепринятыми нормами. Если родители завышают нормы, они отличаются от общепринятых, ребенок может увидеть относительность этих норм и отказаться от них. Развитие социальной компетенции помогает семьям достичь единства взглядов и ценностей, не концентрироваться на удовлетворении личных потребностей, обратить внимание на потребности других членов семьи.

В ходе многих занятий «Лепешка» превращается в режиссерскую игру (приглашение в гости, подарками друг другу).

Даже при большом наличии детских игр, в этих играх есть оговоренный сюжет и герои в то время, как возможности «Лепешки» практически безграничны. В контексте психоанализа существенным оказывается то, что игра способствует развитию «Сверх-Я» ребенка. Причем акцент направлен не на эгоцентрическую позицию, а на учет позиций и мнений других людей.

2. Комплект арт-альбомов «Я+МЫ» Е.А. Мартинес.

Он предназначен для семейного консультирования при решении проблем, связанных с конфликтами между подростками и их родителями, а также профилактики в семейном общении в рамках детско-родительских отношений. Знакомясь с навыками конструктивного общения и приемами саморегуляции, подросток и родитель учатся лучше понимать друг друга, преодолевать конфликты. В дальнейшем подросток и взрослый могут использовать полученный опыт и в общении с другими людьми - родными, друзьями, коллегами.

Консультирование направлено на:

- Развитие навыков конструктивного разрешения конфликта;
- Развитие навыков саморегуляции в системах «Я-Я» и «Я –Другой»;
- Раскрытие личностного потенциала и креативности;
- Развитие самопознания и познания Другого (ребенка/родителя).

Эффективному решению этих задач способствует то, что работа с арт-альбомом строится на основе интегрированного подхода: в поле теории психологического консультирования это сочетание клиент-центрированной терапии с терапией искусствами и когнитивно-поведенческой терапией. Они сочетаются с психологическими упражнениями (развитие навыков слушания, техника «Я-высказывания» и т.д.). Арт-терапевтические техники используются для усвоения теоретического материала, так и для соединения теоретических знаний с личным опытом клиентов.

Такая форма работы весьма эффективна. Она очень сближает родителей и детей. Каждый из них создает свою творческую работу на одну и ту же тему, позволяет в образной форме увидеть позицию друг друга, особенности восприятия той или иной ситуации. Проблема как бы «выносится извне», ее становится легче обсуждать. Наглядное представление чувств и мыслей очень помогает взаимопониманию и нахождению общего языка, а потому одновременное арт-альбомов как нельзя лучше подходит для работы с конфликтами.

В процессе совместной деятельности происходит изменение атмосферы, среды, в которой закладываются и формируются отношения, а также происходит развитие ребенка на интеллектуальном, эмоциональном и поведенческом уровнях. И в данном случае работа родителя над собой служит примером и ориентиром в будущей взрослой жизни подростка.

Подросток и родитель начинают чувствовать и признавать уникальность Другого и свою уникальность. Таким образом осуществляется переход от деструктивных форм общения к конструктивному диалогу и позитивным отношениям.

3. Развитие у подростков эмоционального интеллекта не происходит само собой и требует специальных усилий родителей, педагогов и психологов. Использую психологические игры и занятия для развития эмоционального интеллекта Юлии Гиппенрейтер, а также психогимнастику (она предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы).

Человек с низким уровнем эмоционального интеллекта:

- не способен к сочувствию, сопереживанию другому человеку. Его не трогает ни чужая печаль, ни чужая радость. Принять чужую помощь и поддержку такой человек тоже не может, ему непонятны мотивы людей;
- близкие отношения по типу любви, дружбы такому человеку недоступны, поскольку дружба требует взаимных уступок, обмена эмоциями, сострадания и эмоциональной поддержки. Даже если такой человек и создает семью, теплой атмосферы любви и внимания там не будет;

- не умеет контролировать свои эмоции. Часто такой человек демонстрирует то безудержную радость, то неконтролируемую ярость, то затяжную печаль. Он не всегда понимает, что с ним происходит и как помочь себе в таких ситуациях. В эмоционально напряженных ситуациях такие люди тоже теряются.

- не понимает, что его собственные неконтролируемые эмоции могут привести к плачевным последствиям; в любой неприятной ситуации винит других людей, но не себя.

- не умеет говорить о чувствах, не может ответить на вопрос «Что ты сейчас чувствуешь?», не прислушивается к собственным ощущениям.

4. Также в консультировании использую МАК «Мастер сказок» Зинкевич-Евстигнеевой. Для меня ценно, что при работе с картами не требуется времени для установления психологического контакта.

Основные преимущества работы:

- снятие защиты и сопротивления;
- выстраивание диалога между внутренним и внешним миром;
- восстановление, реконструкция событий.

Архетипические карты разработаны на основании концепции Универсальных Архетипов, принятой в Комплексной Сказкотерапии. Знание архетипов оказывает подростку большую помощь. Он перестает быть в жизни "слепым котенком". Он знает закономерности развития жизненных событий, все ловушки, возможные испытания. Он предупрежден об искушениях и вооружен инструментами преодоления трудностей. Но главное - он понимает смысл текущих жизненных обстоятельств. Он освобождается от пустых душевных терзаний, причина которых кроется в ощущении бессмысленности происходящего.

Карты будят интуицию и дают ответы на многие жизненные вопросы – и подростки находят в них подсказки о том, как строить свою жизнь, и уроки, зашифрованные в проверенной веками мудрости сказочных сюжетов.

В настоящее время существует множество направлений и методических приемов психотерапии. Психолог в своей практической индивидуальной коррекционной работе использует различные формы внушения, арт-терапию, библиотерапию, музыкотерапию, танцтерапию, игротерапию, логотерапию, психодраму и др.

Заключение. В заключение хотелось бы отметить, что поиск наиболее оптимальных путей, средств, методов для успешной адаптации и интеграции детей с ОВЗ в общество – это задача всех и каждого.

Результатом психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ следует считать не столько успешное освоение ими основной образовательной программы, сколько освоение жизненно значимых компетенций:

- развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении, способности

вступать в коммуникацию со взрослыми по вопросам медицинского сопровождения и созданию специальных условий для пребывания в школе, своих нуждах и правах в организации обучения;

- овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни;

- овладение навыками коммуникации;

- дифференциация и осмысление картины мира и ее временно-пространственной организации;

- осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей.

«Добро воспитывается добром, а зло – злом». Дети делают плохое не всегда потому, что его учат делать плохое, а чаще потому, что его не учат делать хорошее. Как помочь ребенку поверить в себя, осознать свои возможности и реализовать их? Для этого мы должны создавать детям ситуации успеха.

Список литературы

1. Болдина М.А., Никонов Ю.С. Девиантное поведение подростков как социальная проблема // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2016. Т.15. №1. С. 98-101.

2. Девиантное поведение в подростковом возрасте: основные формы и факторы. // Молодежный научный форум: Общественные и экономические науки: электр. сб. ст. по материалам XI студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. М.: «МЦНО». 2014. № 4(11)

3. Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: учеб. пособие для вузов. М.: Академия. 2008. 288с.

4. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М.: Академия. 2004. 192с.

5. Павленок П.Д. Теория, история и методика социальной работы: Учеб.пособие, -8е изд., испр. и доп. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К». 2009. 568с.

6. Приказ Минобрнауки РФ от 17.12.2010 N 1897 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного образования"

УДК:159.922.73

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ.

С.В. Фейзијева
Председатель ТПМПК
МКУ «Дербентское городское управление образования» РД,
г. Дербент, РФ

***Аннотация.** В статье отражены наиболее основные причины эмоциональных нарушений, которые приводят к функциональному расстройству организма ребенка и к частым заболеваниям. Основным методом наблюдения вот уже 17 лет работы автора с детьми является наблюдение и постановка гипотезы с последующим доказательством эмпирически на основе психодиагностических исследований.*

***Ключевые слова:** эмоциональная деструкция, психосоматические расстройства, астенический синдром, вегетативная реактивность, тревожность, стресс, депрессия*

Сегодняшнее общество претерпевает ряд стремительных социальных преобразований, начиная от экономических завершая духовно-нравственными. Подобное переустройство общества способствует тому, что дети, как самое мало защищенная часть социума, более всего становится подвержена эмоциональному прессингу. В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, часто и длительно болеющие дети составляют 70-75%, а 15-20% имеют хронические заболевания. Поэтому часто болеющие дети нуждаются в большей медико-педагогической помощи и сопровождении. Психосоматическими проявлениями болеющих детей по сравнению со здоровыми детьми является: выраженность астенического синдрома, утомляемость, повышенную вегетативную реактивность, обусловленную тревогой, большую частоту соматических жалоб, в частности на головные боли.

Частыми причинами заболеваний детей становятся такие эмоциональные состояния как -тревожность и стрессы, затяжные формы которых приводят к депрессии. Тревожные расстройства начинают проявляться в раннем, 3-5 лет, или подростковом возрасте. Они связаны с дальнейшим нарушением формирования адаптации в обществе, а также развитием когнитивной и поведенческой сфер. Депрессивные расстройства проявляются в более позднем возрасте, 11-12 лет, и возникают, как правило, вторично по отношению к тревоге. Более склонны к депрессивным расстройствам дети, у которых трудно складываются взаимоотношения со сверстниками, имеет место постоянная тревога, отсутствует социальная поддержка, были негативные переживания и проблемы с поведением в раннем детстве, а также при наличии депрессии у родителей. Чувство одиночества в детстве предсказывает ухудшение социального функционирования в подростковом возрасте, а это, в свою очередь, предсказывает депрессию в зрелом возрасте. Нарушения в эмоциональной сфере у детей могут быть вызваны и другими факторами. К примеру, психологическую травму детскому организму могут нанести фильмы, которые он смотрит или компьютерные игры, в которые играет. Эмоциональные нарушения у детей проявляются чаще всего в переломные периоды развития. Ярким примером такого психически нестабильного поведения может служить так называемый «переходный возраст».

Эмоции ребенка связаны с его внутренним миром и различными социальными ситуациями, переживание которых вызывает у него определенные эмоциональные состояния. В результате нарушения социальных ситуаций (изменение режима дня, образа жизни и т.п.) у ребенка может возникнуть стрессовое состояние, аффективные реакции, страх. Это вызывает негативное самочувствие ребенка, эмоциональное неблагополучие.

Развитие эмоций как описано в трудах зарубежных и отечественных психологов проходит ряд этапов развития. И только зная особенности каждого периода возможность предсказать на каком возрастном этапе произошла деструкция и задержка эмоционального созревания. До года ребенок выражает эмоции при помощи крика, который имеет определенную эмоциональную окраску. У новорожденного крик негативно интонирован. С 2-3 месяцев ребенок способен эмоционально реагировать на эмоциональное состояние матери. С 4-5 месяцев появляются эмоционально окрашенные движения, с 5–6 месяцев – радость, с 7-8 месяцев – спокойное состояние неудовольствия. К концу первого года ребенок способен утешать расстроенную мать. На втором году жизни у малыша формируется эмоциональная реакция на похвалу, отрицательные эмоции выражаются не только криком – он топает ногами, дерется, кусается. В этом возрасте ребенок легко перенимает отрицательное эмоциональное состояние другого человека, поэтому, если в яслях заплакал один малыш, начинают плакать все остальные.

В период от 2 до 6 лет эмоции носят бурный, но нестойкий характер, ребенок быстро переходит от одного эмоционального состояния к другому; его легко испугать, рассердить, но легко и заинтересовать, вызвать удовольствие и радость. Ребенок трехлетнего возраста действует под влиянием возникших в данный момент чувств и желаний, которые неустойчивы, но очень сильны. Он может плакать, кричать, хлопать в ладоши, визжать, кусаться и т.д. К концу третьего года жизни у крохи появляется чувство юмора. В период от 2 до 4 лет у ребенка начинают формироваться моральные переживания – «что такое хорошо и что такое плохо». Пятилетний ребенок способен воспроизвести переживания других людей и связать их с определенными действиями, что проявляется в ролевых играх. В этом возрасте дети очень рады совместной деятельности с родителями, способны резко реагировать на разлад в семье, ссоры. У детей может возникнуть чувство ревности, гордости и самоуважения, появляется эгоизм. Крайне выражены в этом возрасте чувства удивления и любознательности. Начинается становление и социальных эмоций – переживания ребенком своего отношения к окружающим людям, которые формируются в системе межличностных отношений.

В младшем школьном возрасте (6-11 лет) происходит дальнейшее развитие эмоциональной выразительности, интонаций, оттенков мимики. У ребенка формируется система личных отношений в классе.

В подростковом (11–17 лет) и более старшем возрасте продолжается развитие социальных эмоций с интенсивным ростом социально ценных побуждений и переживаний. Подросток острее испытывает сочувствие при виде горя других людей, ему свойственно стремление бескорыстно отказаться от чего-то ценного ради другого человека. При переходе от подросткового к юношескому возрасту самопознание теряет свою эмоциональную напряженность и существует уже на более спокойном эмоциональном фоне.

Нарушение нормального становления эмоций и сознания у детей, особенно раннего возраста, проявляется заболеваниями внутренних органов. При этом физическое неблагополучие ребенка приобретает двойственный характер. С одной стороны – это рефлексорное отражение его эмоций внутренними органами, а с другой – привлечение внимания взрослых и возможность манипулировать ими.

Как правило за всеми часто встречающимися проявлениями характера у дезадаптивных детей прячется обычная затяжная (хроническая) депрессия. В разном возрасте признаки депрессии проявляются по-разному. У малышей дошкольного возраста – плохой аппетит, капризы, вялые движения, незначительная прибавка в весе по сравнению с нормой.

Депрессия в дошкольном возрасте напрямую связана с состоянием физического здоровья. У ребенка в этом возрасте можно заметить и характерные для взрослой депрессии признаки, такие как: печаль, тихий голос, скудная мимика, "шаркающая" стариковская походка.

У ребят младшего школьного возраста наблюдаются: снижение или потеря интереса к играм и хобби, ощущение тоски и печали, отсутствие друзей, безразличие к окружающему миру. Типичные жалобы ребенка будут звучать примерно так: "скучно", "плохо", "мне это не интересно", "как-то мне не так". Одной из самых распространенных жалоб у детей и самым распространенным признаком депрессии бывает именно жалоба на скуку. Слово "скучно" является своеобразным маркером, указывающим на потерю интереса к жизни.

Признаками ее могут быть:

- негативное отношение к школе и сверстникам;
- низкая самооценка, подкрепляемая внутрисемейными конфликтами;
- невнимательность, гиперактивность и агрессия, приводящие к проблемному поведению;
- вспыльчивость, уязвимость, как проявления тонкого восприятия окружающих раздражителей;
- низкий уровень доверия, чувство дискомфорта, слабая коммуникация как фактор нарушения социальных связей.

Ранняя диагностика и своевременно оказанная медико-психологическая помощь – основной фактор успешного преодоления проблемы. Родителям стоит обратить серьезное внимание на эмоциональное состояние своего ребенка и на признаки его деструкции. Игнорирование, избегание проблем –

не выход из ситуации. В некоторых случаях при не ярко выраженных признаках, она может со временем пройти сама и не потребует вмешательства специалиста. В более трудных ситуациях стоит обратиться к врачу, психологу, психотерапевту, ведь далеко не всегда ребенок может описать свои переживания и эмоциональные проблемы. Чем раньше будет оказана помощь, тем быстрее изменится состояние и меньше будет неблагоприятных последствий. Как показывает опыт, залогом достижения стабильного результата служит не только медикаментозная терапия, психотерапия, но и активное вовлечение родителей, членов семьи и самого ребенка в процесс выздоровления.

Долгое время, работая в психолого-медико-педагогической комиссии, я обратила внимание на эмоции, которые транслируют наши маленькие обследуемые. И чаще всего эти состояния передаются от мамы к ребенку, который чутко схватывает эти состояния. Тут уже важна наша работа со взрослыми и помощь ребенку идет через взрослого. Еще очень сильно удивляет огромное количество детей с задержкой психо-речевого развития, у которых тоже наблюдаются расстройства эмоций по типу аутизма. Словно подобные состояния у этих детей как реакция защиты на неприятие реальности жизни с ее бурно текущим потоком информации.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб: Издательство «Речь». 2002. 556с.
2. Бадина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. М.: Генезис. 2007. 152 с.
3. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // [Электронный ресурс] <http://www.consilium-medicum.com/pediatrics>
4. <https://suhareva-center.mos.ru/services/enlightenment/rasstroystva-nastroeniya/kak-maskiruetsya-depressiya-u-detey/>
5. <https://dszn.ru/press-center/news/5929>
6. <https://dgkp3.medkhv.ru/Полезная-информация/Воспитание-часто-болеющего-ребенка>
7. https://www.defectologiya.pro/zhurnal/trevozhnyie_rasstrojstva_u_detey
8. <https://www.promedicina.clinic/child/articles/emocionalnye-narusheniya-u-detey>
9. <https://clinic-complex.ru/novosti/psikhologicheskie-osobennosti-chastoboleyushchikh-detey-v-kontekste-semi>
10. <https://medi.ru/info/11859>

ПОЗНАВАТЕЛЬНО-РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ЗАНЯТИЯХ УЧИТЕЛЯ –ЛОГОПЕДА И ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА

*М.Н. Незговорова, учитель-логопед,
Е.В. Попова, педагог- психолог
МДОУ «Детский сад «Солнышко»
г. Новодвинск, Архангельская область, РФ*

***Аннотация.** Бинарные занятия педагога-психолога и учителя-логопеда способствуют физиологическому, эмоциональному и психологическому здоровью часто болеющих и длительно болеющих детей дошкольного возраста.*

***Ключевые слова:** дети, заболеваемость, интеграция, дошкольное образование, бинарные занятия, здоровьесберегающие технологии.*

По данным Всемирной организации здравоохранения, только 20 % рождающихся детей условно являются здоровыми, остальные по-своему психофизиологическому состоянию либо занимают пограничное положение между здоровьем и болезнью, либо страдают нарушениями психического развития, либо больны. И. А. Кравченко в своих исследованиях дошкольного возраста выявил, что у детей сохраняется высокий уровень общей заболеваемости во всех возрастных группах. Максимальная частота заболеваний регистрируется у детей в возрасте 4 лет [2].

Сегодня к категории часто болеющих детей относят каждого четвертого ребенка. Частые ОРЗ и ОРВИ отягощают физическое и психическое развитие детей, ограничивают их физическую и умственную активность, прерывают процесс становления социальных отношений. Такие дети, как правило, испытывают трудности в общении со сверстниками, их отличает психологическая и речевая инфантильность. Особенности часто болеющих детей является: снижение интеллектуальной и речевой активности, нарушение координации движений, недостаточное развитие моторной сферы, пространственных представлений, неустойчивое внимание, эмоционально-волевая незрелость. Они нуждаются в укреплении здоровья и профилактической помощи, которая должна носить комплексный характер. Важно предусмотреть учет речевых, двигательных, психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка [4].

В связи с этим, большинство дошкольных организаций имеют в штатном расписании педагога-психолога и учителя-логопеда. А коррекционно-развивающие занятия с детьми выделены как особая форма работы.

Важнейшей задачей в процессе профилактической работы с часто болеющими детьми, является сотрудничество специалистов дошкольной образовательной организации: педагога-психолога и учителя-логопеда. Каждый специалист уделяет внимание вопросам развития воспитанников в

рамках своей практической деятельности. Педагоги совместно планируют формы и методы работы, каждый проводит свою часть познавательно-речевого занятия автономно (педагог психолог – познавательную, учитель-логопед – речевую).

Образовательная деятельность с часто болеющими детьми осуществляется по следующим направлениям:

- создание здоровьесберегающей образовательной среды;
- индивидуально подобранный режим коррекционных занятий;
- разработка индивидуальной программы речевого развития.

Профессиональная деятельность психолога и логопеда дошкольного учреждения направлена на комплексное сопровождение детей, которое наиболее эффективно и актуально в условиях интеграции. Интеграция - (лат. Integratio - целый) - это объединение в целое каких-либо частей или элементов [2].

Одной из форм интегрированного обучения является организация и проведение бинарных занятий. На бинарных занятиях предполагается деятельность двух или более педагогов. Это эффективное средство реализации поставленных задач по познавательному и речевому развитию часто и длительно болеющих детей, которые организуются с учетом принципа здоровьесбережения. На бинарных занятиях внедряются здоровьесберегающие технологии - это совокупность приемов и методов организации учебно-воспитательного процесса без ущерба для здоровья дошкольников и педагогов, система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленная на сохранение и укрепление здоровья детей на всех этапах его обучения и развития. Это нетрадиционный вид занятия, в подготовке и проведении которого участвуют два, а может три педагога.

Основой для проведения бинарных занятий является тренинговая программа «Здравствуй, я сам!» С.В.Крюковой, которая включает в себя цикл занятий:

- Первая серия занятий: «Потрогаю, понюхаю, посмотрю, послушаю, и, если можно есть, то конечно, скушаю» (14 занятий);

- Вторая серия занятий: «Моя первая ступень в телесный мир» (8 занятий)

В каждое занятие нами включены пальчиковые игры. По насыщенности акупунктурными зонами кисть не уступает уху и стопе. В восточной медицине существует убеждение, что массаж большого пальца повышает функциональную активность головного мозга. На каждом занятии используются следующие методы и приемы: артикуляционная гимнастика, дыхательные упражнения, фонетические упражнения, гимнастика для глаз, самомассаж, динамические паузы, релаксационные упражнения, психоэтические этюды, логоритмика.

В результате взаимодействия учителя-логопеда и педагога-психолога в процессе коррекционно-развивающей деятельности стимулируется речевое,

познавательное, психологическое и соматическое здоровье часто болеющих детей.

В результате планомерной работы учителя-логопеда и педагога-психолога, у часто болеющих и длительно болеющих детей развились способности к восприятию окружающего мира, расширился кругозор, произошла активизация речевого развития детей, о чем свидетельствуют данные мониторинга по образовательной программе.

Список литературы

1. Антонов Ю.Е., Кузнецова М.Н., Саулина Т.Ф. Здоровый дошкольник: социально-оздоровительная технология 21 века / М.: АРКТИ, 2000
2. Кравченко И.А. Заболеваемость детей дошкольного возраста по данным выборочного исследования // Детская больница. 2013. № 2 С.6-8.
3. Крюкова С.В. Здравствуй, Я сам! Тренинговая программа работы с детьми 3 – 6 лет. М.: «Генезис», 2002. – 144 с.
4. Кудрявцев В.Т. Программа развития двигательной активности и оздоровительной работы с детьми 4 – 7 лет. М.: РИНО, 1998.
5. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: Азбуковник, 1992.
6. От рождения до школы. Инновационная программа дошкольного образования / под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, Э.М. Дорофеевой. М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2021 г. – 368 с.

УДК 159.922.73

СИСТЕМА ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ШКОЛЫ С РОДИТЕЛЯМИ УЧАЩИХСЯ, ИМЕЮЩИХ ЧАСТЫЕ ПРОПУСКИ ЗАНЯТИЙ ПО ПРИЧИНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.

*Е.В. Креницкая
КГУ «Школа-гимназия отдела образования города Лисаковска» УОАКО,
г. Лисаковск, респ. Казахстан*

***Аннотация.** В статье описаны формы взаимодействия школы с родителями учащихся, которые часто болеют и пропускают занятия. Эти формы работы практически не отличаются от форм работы с родителями других детей, поэтому в статье нет частого упоминания о болеющих детях, но небольшие нюансы в работе с такими детьми указываются. Также приведены примеры новых, инновационных форм работы с родителями.*

***Ключевые слова:** обучающиеся, педагоги, родители, школа, дистанционное образование, взаимодействие*

Если мы будем стремиться к тому, чтобы все силы ребенка были поглощены уроками, жизнь его станет невыносимой. Он должен быть не только

школьником, но, прежде всего, человеком с многогранными интересами, запросами, стремлениями. (В. А. Сухомлинский).

Дети школьного возраста обладают неотъемлемым правом на посещение школы и получение образования. Однако, есть дети с хроническими заболеваниями, часто болеющие дети, вынужденные длительное время пропускать занятия в школе. По данным медицинской статистики, в структуре детской заболеваемости первое место составляют острые респираторные заболевания (ОРЗ). Детей, наиболее подверженных респираторным инфекциям (4 и более эпизодов ОРЗ в год), относят к категории часто болеющих (ЧБД). Причем повышенная заболеваемость ОРЗ у этих детей не связана с наследственными болезнями и приобретенными патологиями, а является следствием изменения иммунной защиты организма. [1]

Такие дети нуждаются в особом подходе и индивидуальной организации учебного процесса. И, если раньше эта проблема решалась, прежде всего, в форме домашнего обучения, когда педагог должен организовать учебный процесс при непосредственном контакте с учеником, посетив его после уроков, то на сегодняшний день дети с длительными заболеваниями переводятся на дистанционное обучение.

Дистанционные образовательные технологии позволяют педагогу взаимодействовать с учащимися на расстоянии. Ни для кого не секрет, что в условиях пандемии эти технологии получили особое развитие и более широкое внедрение в системе образования.

Безусловно, в вопросе обучения часто болеющих детей огромное значение имеет участие родителей, которые должны обеспечить условия для дистанционного обучения, а также контроль выполнения ребенком учебного графика и заданий. Кроме того, очень важно, чтобы ребенок не просто воспринимал информацию от учителя, но был способен к самостоятельной учебной работе и готов нести ответственность за ее результаты. Ведь, если ученик, сидящий в классе, находится под контролем учителя, который стимулирует его внимание и активность, заставляет сосредоточиться на учебных задачах, не отвлекаться, выполнять то, что необходимо для успешного обучения, то для тех, кто учится дистанционно, без учительского строгого присмотра, очень важна собственная образовательная активность и самостоятельность.[4]

Большую часть материала болеющему ребенку приходится осваивать дома самостоятельно под руководством родителей. Современные подходы к обучению и способы оформления материала в учебниках и тетрадях на печатной основе существенно отличаются от традиционной системы, по которой учились родители ребенка. Родители не всегда могут самостоятельно разобраться в заданиях и объяснить ребенку новый материал. Поэтому необходимо поддерживать постоянный контакт с учителем.[2]

Стоит отметить, что учитель в системе дистанционного образования не перекладывает весь груз проблем и ответственности на плечи ученика. Педагог постоянно поддерживает в ребенке желание учиться. Прежде всего, это должно осуществляться за счет удобной подачи учебного материала, с которым ученику комфортно и легко работать. Кроме того, учитель постоянно поддерживает обратную связь с учеником, реагируя на все его учебные проблемы и достижения. Причем, реакция эта – не просто традиционная школьная отметка, а реальная качественная оценка: что получилось, что нет, что надо сделать, чтобы улучшить учебные результаты. Такая реакция поддерживает ученика психологически, показывая, что, несмотря на фактическое отсутствие педагога рядом, ребенок не останется один на один с учебными проблемами. Еще один важный момент, который позволяет сделать дистанционное обучение для детей более привлекательным, связан с возможностями общения и взаимодействия со сверстниками в процессе совместной творческой деятельности (реализация дистанционных проектов). Ведь использование современных интернет-технологий обеспечивает возможности сетевого общения с учителями и соучениками.

Школа несет ответственность за информирование родителей или законных представителей об условиях и особенностях дистанционного обучения; за обеспечение обучающихся информационными ресурсами; за обеспечение образовательного процесса квалифицированными кадрами, прошедшими специализированное обучение в области использования дистанционных технологий в образовательной деятельности; за соответствие реализуемых учебных программ государственным образовательным стандартам; за выполнение образовательных программ и соблюдение педагогами графика (расписания) учебных занятий; за организацию сопровождения обучающихся и их родителей (законных представителей) в процессе обучения с использованием дистанционных технологий. [3]

Подытожив вышесказанное можно сделать вывод, что успешность дистанционной формы обучения ребенка напрямую зависит от постоянного контакта, слаженности действий и ответственности всех участников процесса (педагогов, родителей и детей).

В целях обеспечения непрерывности и качества образовательного процесса, а так же постоянного взаимодействия педагога с родителями и учениками в школе активно используются интернет сервисы, такие как WhatsApp и образовательная платформа Online Мектеп, кроме того, уже не являются чем-то новым родительские собрания в формате online.

При возникновении проблем, в ходе дистанционного обучения, родители всегда могут обратиться за помощью к школьному психологу, классному руководителю, администрации школы.

Если у родителей есть претензии к преподавателям, они могут обратиться в совет по педагогической этике в школе, который рассмотрит проблему и даст рекомендации и родителям, и педагогам.

Кроме того, в школе функционирует совет по профилактике правонарушений, на который могут вызвать родителей, если у ребенка есть проблемы с обучением или он не выполняет домашние задания; а также работает совет по примирению сторон, который помогает в решении возникших проблем.

Многие родители считают, что поводом для ухудшения здоровья могут быть самые разные причины, но не школьные нагрузки, не перенапряжение, не ежедневные микрострессы от неудач и недовольства взрослых. При этом многие родители опекают больного ребенка чрезмерно и, боясь очередного заболевания, не дают ему в достаточной мере развиваться, лишая прогулок и общения со сверстниками. Учитель и родители должны выработать общую тактику и общие требования к ребенку, сбалансировать нагрузку и профилактические меры. [2]

Поэтому, кроме учебной работы, учащихся, которые находятся дома по причине болезни или пришедшие в школу после длительного отсутствия, стараются привлекать к участию в различных конкурсах, челленджах, онлайн акциях и проектах. Большая роль здесь возлагается на родителей: помочь ребенку снять видеосюжет, подсказать, как лучше сделать и самому поучаствовать в процессе. Здесь важна мотивация и родителя, и ребенка. В школе-гимназии города Лисаковска уже несколько лет работает семейный клуб «Содружество». Заседания клуба проходили по субботам, когда родители могли прийти вместе с детьми поучаствовать в конкурсах, квестах, поработать в творческих мастерских. Если раньше, до пандемии, мог прийти любой желающий, то сейчас эта работа проводится в основном в режиме онлайн или с ограниченным количеством участников с соблюдением всех санитарно-гигиенических правил. Все мероприятия размещаются в школьном Инстаграм. Сейчас реализуется республиканский проект «Читающая школа». Цель проекта: активизация интереса к чтению у обучающихся, педагогов, родителей и обучение навыкам читательской и информационной грамоты. Привлекаются, по-возможности, все категории родителей, в том числе и родители часто болеющих детей.

В целях формирования активной позиции родителей в организации эффективного взаимодействия семьи и школы на основе единой педагогической позиции, внедрения новых форм сотрудничества родителей и педагогов, КГУ «Региональный Центр психологической поддержки и дополнительного образования» Управления образования Костанайской области разработал областной проект «Үндестік», который был внедрен в школы Костанайской области с сентября 2021 года.

Цель проекта: обеспечение системного, комплексного, скоординированного социально-психолого-педагогического долгосрочного взаимодействия семьи и организации образования на принципах и условиях социального партнёрства, направленного на создание комфортного учебно-воспитательного поля.

Задачи проекта:

1. Активное вовлечение родителей во все сферы деятельности организации образования;
2. Организация родительского просвещения на паритетных началах: педагоги-родители, родители – родители, педагогического сопровождения семьи (изучение, консультирование, оказание помощи в вопросах воспитания, просвещения и др.).
3. Совершенствование форм взаимодействия организация образования-семья. Усиление роли семьи в организации воспитательного процесса организации образования.
4. Создания условий для профилактики асоциального поведения детей и подростков, формирования основ здорового образа жизни в семьях.
5. Создание комфортной безопасной образовательной среды, содействующей сохранению и укреплению психологического здоровья обучающихся, их социализации.

Направления проекта: научно-методическое, диагностико-аналитическое, профилактическое, консультативно-просветительское, развивающее.

Методы реализации проекта:

- 1.Использование краудсорсинга: привлечение широкой аудитории (*желательно, профессионалов*) для решения определенных задач в системе взаимодействия организации образования и семьи; обобщение знаний, опыта, навыков педагогов, которые систематизируются с помощью ИКТ-технологий. Педагоги и родители получают актуальную информацию; решение взаимосвязанных задач: сбор и обработка информации, сбор и обработка конструктивных идей, сбор предложений, формирование группы независимых экспертов; наставничество для содействия процессу обучения и воспитания.
2. Открытые диалоговые площадки с обсуждением передового опыта взаимодействия организации образования и семьи.
3. Онлайн-библиотеки и сообщества педагогов региона, где учителя находят бесплатные пособия, обмениваются методиками и материалами.
4. Коллаборация, как процесс совместной деятельности педагогов и родителей для достижения общих образовательно-воспитательных целей, при котором происходит обмен знаниями, обучение и достижение согласия.

Формы взаимодействия с родителями:

Коллективные: открытые родительские собрания, родительский лекторий, родительские конференция по обмену опытом, вечер вопросов и ответов, диспут-размышление по проблемам воспитания и обучения, встреча родителей с педагогическим коллективом в формате «Дни открытых дверей», клуб «Диалог» (*в формате «TEDx»*), творческие мастерские с участием родителей, мероприятия, инициированные самими родителями.

Групповые: взаимодействие с родительским комитетом, взаимодействие с творческими группами; групповые консультации со специалистами (*заместитель директора по ВР, педагог-психолог, социальный педагог, логопед и др. узкие специалисты*), тимбилдинг кофе-монинг, диалоговые

площадки, практические занятия для родителей с привлечением специалистов (*педагог-психолог, социальный педагог, логопед и др. узкие специалисты*), Семейный клуб, квесты, часы творчества, профориентация «Один день на работе у родителей», совместная театральная деятельность, школьные СМИ совместно с родителями, конкурсы по работе с семьей.

Индивидуальные: «Час директора» (*установленное время для индивидуальной работы директора с родителями*);- «Административная приемная»(*установленное время для индивидуальной работы заместителей директора по ВР,УВР с родителями*);индивидуальные консультации с педагогами - предметниками(*перед общешкольным родительским собранием проводятся индивидуальные консультации специалистов, педагогов-предметников для родителей обучающихся*).

Для классных руководителей, психологов, социальных педагогов рекомендуем такие формы индивидуальной работы с родителями:

- интерактивная беседа;
- анкетирование и диагностика;
- посещение на дому;
- консультация;
- выполнение родителями индивидуальных поручений.

Ожидаемый результат:

1. повышение психолого-педагогической культуры родителей и педагогов
2. Формирование у родителей, детей и педагогов опыта продуктивной совместной деятельности и успешной самореализации в учёбе, творчестве и социальной жизни через создание открытой и доступной социально-педагогической системы в организации образования.
3. Создание системы массовых мероприятий с родителями, работы по организации совместной общественно значимой деятельности.
4. Усиление роли семьи в воспитании детей.
5. Создание информационного пространства для социального партнерства педагогов и родителей, а также общественности.
6. Повышение удовлетворенности родителей содержанием и результативностью учебно - воспитательной деятельности (*степень доверия родителей, контроль за успеваемостью обучающихся со стороны родителей, высокая скорость реакции родителей на запросы школы, и наоборот, - готовность родителей к активному участию в школьной жизни*). [5]

Вывод: работа с родителями учащихся, имеющих частые пропуски занятий по причине длительной болезни, ведется также, как и с другими родителями, им оказывается своевременная помощь в решении их проблем, они могут обратиться к классному руководителю, администрации школы, психологу, социальному педагогу и любому учителю. Единственное отличие

таких родителей – более частые обращения к медицинскому работнику школы, классному руководителю и учителям-предметникам.

Заключение: задача образовательного учреждения состоит в том, чтобы быть в курсе событий в семьях с длительно болеющими детьми, привлекать учащихся и их родителей к общественной жизни класса и школы по мере возможности, следить за успеваемостью и обучением часто болеющих учащихся.

Список литературы

1. <https://infourok.ru/rabota-s-chasto-boleyuschimi-detmi-3714705.html>
2. <https://urok.1sept.ru/articles/103853>
3. Смирнова З.Ю. Дистанционное обучение вашего ребенка (материалы для родителей) // СПб.: ГОУ ДПО ЦПКС СПб «Региональный центр оценки качества образования и информационных технологий». 2010. С. 57.
4. Беланова Н.В., Маневич В.А., Котвицкая Н.Г., Горбач С.Ю. Применение элементов дистанционного обучения в современном образовательном процессе (совместное обучение)// КГУ СОШ №30. г. Караганда.
5. <https://rcppido.kz/index.php/ru/>

УДК:371.71+159.922.73

САМООЦЕНКА И САМООТНОШЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О.С. Забабурина,
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева»,
г. Орел, РФ

Аннотация. Представлены результаты эмпирического изучения самооценки и самоотношения часто болеющих детей дошкольного возраста в сравнении с их условно здоровыми сверстниками. Выявлены различия в уровне общей самооценки, ее адекватности и дифференцированности, а также в характере самоотношения.

Ключевые слова: часто болеющие дети, самооценка, самоотношение.

Проблема изучения психологических особенностей часто болеющих детей является, на наш взгляд, одной из актуальных для современной детской психологии. Устойчивая тенденция увеличения численности часто болеющих детей диктует необходимость определения содержания и методов их обучения и воспитания, а также содержания и средств психолого-педагогического сопровождения их развития.

Имеющиеся психологические исследования, посвященные изучению особенностей часто болеющих детей, говорят о наличии определенной специфики их интеллектуального и личностного развития [1, 2, 5]. Эта специфика имеет не только количественный, но и качественный характер и проявляется практически во всех сферах психики (познавательные процессы, мотивация, общение, различные виды деятельности, самосознание и т.д.) [3, 10]. Нам представляется актуальным изучение особенностей формирования самосознания часто болеющих детей, поскольку именно система Я личности является мощным регулятором деятельности и поведения человека, во многом определяет успешность и содержание его социальной адаптации. Важными компонентами самосознания личности являются самооценка и самоотношение.

Исследователи, занимающиеся изучением психологических особенностей часто болеющих детей, указывают на противоречие между уровнем развития их самосознания, необходимым для полноценной и активной деятельности в социуме, и их физическими и психическими возможностями, формирующимися в особой социальной ситуации развития. Для самооценки детей этой категории характерен заниженный уровень и неустойчивость, а специфика их эмоционально-ценностного отношения к себе проявляется в выраженности симптомокомплексов «тревожность и агрессивность», «повышенный интерес к своему Я», «неудовлетворенность и неуверенность в себе» и «конфликтность» [8]. Многие исследователи говорят об отсутствии значимых различий в уровне общей самооценки часто болеющих детей в сравнении со здоровыми сверстниками (однако у часто болеющих детей выявлена тенденция к более высокой самооценке), а также несоответствие реальной самооценки и ожидаемой оценки взрослых (родители и воспитатель) [4, 6]. Указывают на определенную неустойчивость, двойственность эмоционально-ценностного отношения к себе часто болеющих детей дошкольного возраста: при общем положительном эмоционально-ценностном отношении к себе эти дети демонстрируют заниженную самооценку. Кроме того, у часто болеющих дошкольников преобладает адекватная самооценка [9].

Таким образом, очевидна некоторая рассогласованность имеющихся эмпирических данных, что определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения различных компонентов самосознания часто болеющих детей.

Под нашим руководством было проведено эмпирическое исследование эмоционально-ценностного компонента самосознания часто болеющих детей старшего дошкольного возраста [7]. Общая выборка исследования составила 40 детей: 20 условно здоровых детей (согласно информации, полученной при изучении их медицинских карт и в беседе с воспитателями, у них нет хронических заболеваний и они не болеют чаще 5 раз в год); 20 часто

болеющих детей (согласно их медицинским картам и информации, полученной со слов воспитателей, они болеют ОРВ и ОРЗ чаще 6 раз в год).

В исследовании были использованы следующие методы: «Лесенка» (В.Г. Щур) – была применена для изучения уровня общей самооценки, ее дифференцированности и адекватности, а также уровня частных самооценок; «Нарисуй себя» (А.М. Прихожан и З. Василяускайте) – применялась для изучения самоотношения детей. Для статистической обработки данных мы использовали U - критерий Манна-Уитни.

Показатели общей самооценки в группе *условно здоровых детей* составили 6,3 баллов — это соответствует высокому уровню. Однако в этой группе были дети не только с высоким уровнем общей самооценки (они составили 70% группы), но и дети со средним уровнем (30%). Выполняя задание методики, дети с высокой самооценкой, как правило, не задумываясь, ставили себя на самую верхнюю ступень, говоря при этом, что они самые-самые хорошие. Дети со средней самооценкой говорили, что они хорошие, но иногда бывают непослушными. Низкий уровень общей самооценки среди условно здоровых детей нашей выборки выявлен не был.

По данным нашего исследования, 50% условно здоровых детей показали дифференцированную самооценку, но степень этой дифференцированности очень низкая. Выше всего эти дети оценили себя по шкалам «уверенность в себе» (6,7) и «ум» (6,6), ниже всего они оценили свою старательность.

У 75% условно здоровых детей выявлена неадекватная самооценка, причем у большинства из них (87%) самооценка неадекватно завышена и у 13% - неадекватно занижена. Остальные 25% испытуемых оценивают себя адекватно (важно, что в обосновании своей оценки, они ссылались на реальные ситуации и свои реальные достижения).

Изучение эмоционально-ценностного отношения к себе условно здоровых детей показало, что в среднем по группе оно имеет положительный характер (средне групповое значение составило 5,5). При этом, у 25% детей выявлено отрицательное эмоционально-ценностное отношение к себе.

Интересно, что наиболее часто положительное отношение к себе у этих детей проявилось в сопоставлении «автопортрета» с изображением «хорошего» ребенка (у 85%) в величине рисунка (у 75%) и самом «автопортрете» (у 65%). Отрицательное отношение к себе чаще проявлялось в семантике пространства рисунка (у 55%). У детей с положительным отношением к себе рисунки имели различные детали (обычно декоративного характера); сама фигура ребенка была крупной, располагалась в центре или в верхней части листа и была изображена в движении или включена в какой-либо сюжет; «автопортрет» совпадал с изображением «хорошего» ребенка (чаще всего по деталям и величине, цветовому решению).

В группе *часто болеющих детей* общая самооценка соответствует среднему уровню (5,9). Однако в этой группе выявлено большое разнообразие

индивидуальных показателей общей самооценки: у 60% - высокая самооценка, у 25% - средний уровень самооценки и у 15% обнаружен низкий уровень общей самооценки.

Интересно, что большая часть часто болеющих детей (70%) имеет дифференцированную самооценку (однако, как и у их условно здоровых сверстников, степень этой дифференциации невелика). Наиболее высоко часто болеющие дети оценили свою старательность (6,2) и ум (6,2), ниже всего - свою силу (5,6).

У 90% часто болеющих детей нашей выборки самооценка имеет неадекватный характер, причем в большинстве случаев это завышенная самооценка (у 72%). Однако у 28% детей этой группы самооценка неадекватно занижена. Интересно, что дети с завышенной самооценкой, аргументируя ее, часто ссылались на мнение родителей, а дети с заниженной самооценкой не могли обосновать свою самооценку.

У 10% часто болеющих детей самооценка адекватна, при этом они ссылались на реальные ситуации и свои реальные достижения.

В среднем по группе у часто болеющих детей выявлено отрицательное отношение к себе (4,4) – оно присуще 65% детей, однако, у 35% - положительное эмоционально-ценностное отношение к себе. Наиболее часто положительное отношение к себе проявилось в величине рисунка и сопоставлении «автопортрета» с изображением «хорошего ребенка»; отрицательное отношение – в проективной семантике рисунка и в содержании автопортрета.

Сравнение результатов нашего исследования позволило выявить некоторые особенности эмоционально-ценностного компонента самосознания у часто болеющих детей.

Так для них характерны более низкие показатели общей самооценки: у условно здоровых детей они соответствуют высокому уровню (6,3), а у часто болеющих детей – среднему уровню (5,9). Однако эти различия статистически не подтверждены. В то же время, мы считаем важным, что среди условно здоровых детей не выявлено низкого уровня самооценки, который присущ 15% часто болеющих детей (что может свидетельствовать об их психологическом неблагополучии).

У детей обеих групп самооценка достаточно дифференцирована для их возраста, однако этот показатель более присущ часто болеющим детям (что может говорить о более высоком уровне развития их самооценки и самосознания в целом).

Наиболее высоко условно здоровые дети оценили свой ум и уверенность в себе, а часто болеющие дети – ум и старательность. Условно здоровые дети больше всего сомневаются в своей старательности, а часто болеющие дети – низко оценивают свою силу. Однако статистически значимых различий не обнаружено ни по одной шкале.

Для детей нашей выборки, не зависимо от их соматического статуса, характерно преобладание неадекватной самооценки, но это более выражено у часто болеющих детей (75% условно здоровых детей и 90% часто болеющих детей). В обеих группах преобладает неадекватно завышенная самооценка, однако среди часто болеющих детей в два раза больше тех, кто имеет неадекватно заниженную самооценку.

Сравнение результатов изучения эмоционально-ценностного отношения к себе показало, что у условно здоровых детей преобладает положительное отношение к себе (5,5), а у часто болеющих детей – отрицательное отношение к себе (4,4). Данные различия статистически подтверждены при $p < 0,05$.

Анализ рисунков показал, что эмоционально-ценностное отношение к себе у детей нашей выборки практически одинаково проявилось в разных параметрах рисунков. Так положительное эмоционально-ценностное отношение к себе отразилось прежде всего в величине рисунка и сопоставлении «автопортрета» с «хорошим ребенком», а отрицательное эмоционально-ценностное отношение к себе – в проективной семантике рисунка и анализе автопортрета (это больше характерно для часто болеющих детей). Интересно, что в обеих группах некоторые дети (15%) вносили поправки в свои рисунки. Однако у условно здоровых детей эти поправки улучшали качество рисунка (а это, согласно авторам данной методики, говорит об их положительном эмоционально-ценностном отношении к себе), а у часто болеющих детей эти поправки ухудшали качество рисунка.

Таким образом, можно говорить об определенной специфике эмоционально-ценностного компонента самосознания часто болеющих детей дошкольного возраста, причем эта специфика касается прежде всего характера самоотношения, а также уровня общей самооценки и ее адекватности. Эти особенности указывают на необходимость психолого-педагогического сопровождения детей данной категории, их важно учитывать при организации учебной и воспитательной работы с ними.

Список литературы

1. Волкова О.В. Особенности развития личности часто болеющего ребенка [Электронный ресурс]//Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2010, №2: <http://medpsy.ru>
2. Гордиец А.В., Груздева О.В. Особенности психологического развития часто болеющих детей /Российский педиатрический журнал. -2013. - № 4. - С. 24 – 27.
3. Губанова А.П. Психологические особенности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста // Современная психология и педагогика: проблемы и решения: сб. ст. по матер. V междунар. науч.-практ. конф. № 5(4). – Новосибирск: СибАК, 2017. – С. 80-84.
4. Забабурина О. С. Особенности эмоционально-ценностного компонента самосознания часто болеющих детей младшего школьного/

/ Теоретические и прикладные проблемы психологии. Научный журнал. - Орёл: изд-во ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева». - 2017. - №1(3). - с. 64-75.

5. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. - Красноярск, 1997. - 122 с.

6. Кокорева С.П., Конопина Л.М., Илунина Л.М. Психология часто болеющих детей/ сб. науч. Трудов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». №2, 2010 (т.12)

7. Лановая М.С. Эмоционально-оценочный компонент самосознания часто болеющих детей дошкольного возраста. ВКР магистра. Орел, 2021. 94 с.

8. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющих младших школьников. автореф. канд. психол. н., Казань, 2006.

9.Чекрякова С.В. Специфика самооценки часто болеющего ребенка дошкольного возраста/ Вестник Бурятского государственного университета. 2008, №5, с. 153-160.

10. Шеботинова Е.А. Особенности личности часто болеющих детей /Психология и педагогика. 2016. № 52. С. 46 – 50.

УДК:371.21+376.24

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ С ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМИ ДЕТЬМИ, ИХ РОДИТЕЛЯМИ И ПЕДАГОГАМИ

*М.А. Абрамова
к.б.н., доцент кафедры спортивных дисциплин
САФУ имени М.В. Ломоносова
г. Архангельск, РФ*

В последнее десятилетие наблюдается снижение здоровья школьников, ухудшение физического развития детей и адаптации к учебным нагрузкам. Задачей педагогов и родителей является создание условий для сохранения и укрепления здоровья детей. Для того чтобы реализовать данные задачи необходимо увидеть отклик среди родителей, учителей и школьников. Поэтому необходимо проводить просветительскую работу по формированию здорового образа жизни, а также укреплению и поддержанию часто болеющих детей. Данная проблема является актуальной так как, к сожалению, часто в учебных заведениях данному вопросу уделяется мало внимания. Школьники и родители остаются без должной помощи наедине со сложностями в обучении в связи с длительными отсутствиями на занятиях [1].

В образовательной организации педагоги используют в своей просветительской работе различные приемы: здоровьесберегающие

технологии; правильно организованные занятия по физической культуре у различных групп здоровья; просветительская работа с родителями по формированию здорового образа жизни и сохранению здоровья; проведение мониторинга по выявлению часто болеющих детей и видов основных заболеваний, совместная работа педагога и медицинского работника, включение образовательных программ, направленных на формирование бережного отношения к здоровью и здорового образа жизни в образовательный процесс («Разговор о правильном питании») [2].

В учебном заведении необходимо создавать здоровьесберегающую среду. Работать можно через взаимодействие школьника и родителя, родителя и педагога, педагога и родителя, т.е. создание окружения вокруг ребенка, заинтересованных в здоровье. Необходимо мотивировать родителей на профилактически-оздоровительные мероприятия и если есть необходимость создание индивидуального маршрута оздоровления и поддержания. При работе с родителями уделяется важное значение пропаганде здорового образа жизни, обучение закаливающим процедурам, физкультурно-оздоровительным приемам. В просветительской работе используют: памятки, собеседования, опросы, анкетирования, беседы, дискуссии, индивидуальные консультации, дни открытых дверей, совместные праздники, соревнования, открытые мероприятия по работе с часто болеющими детьми, тренинги, семинары, родительские собрания, рассматривающие вопросы формирования здоровья, практикумы для родителей, знакомящие с новыми методами оздоровления и т.д. [3].

Просветительская работа с детьми должна включать в себя уроки и предметы, направленные на формирование ценности здорового образа жизни лекции (лекторий), беседы, консультации по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики вредных привычек; проведение «Дней здоровья», конкурсов, праздников и т.п.; создание общественного совета по здоровью, включающего представителей администрации, учащихся старших классов, родителей [1].

Так же для профилактики обострения у часто болеющих детей, и сохранения здоровья школьников используют занятия небольшими подгруппами с учетом психофизических возможностей и состояния здоровья ребенка, усиленный медицинский контроль за организацией уроков по физической культуре, использование средств восстановления (дыхательная гимнастика, закаливающие процедуры, ежедневные прогулки, самомассаж) , совместная со стороны родителей, педагогов и ребенка для организации единого оздоровительного процесса.

В школах города Архангельска, работа с часто болеющими детьми организуется путем проведения консультаций по предметам педагога, для поддержания образовательного процесса. Консультации проводятся с родителями и детьми после уроков. На консультациях школьники задают вопросы касательно того материала, который вызывает у них затруднения и

сложен для понимания. Так же если ребенок пропустил более 2/3 учебного процесса, то ему дается дополнительное время для закрытия задолженностей по учебе и посещения консультаций педагога. В некоторых учебных заведениях ведется мониторинг здоровья для проведения профилактической работы, но, к сожалению, в большинстве случаев там, где обучается большое количество лиц с ограниченными возможностями здоровья. Дети общеобразовательных школ, зачастую не имеют должного подхода в профилактической работе.

Просветительская работа с родителями проводится в виде родительских собраний, а через цифровую образовательную платформу «Дневник.ру» выкладывают информацию по укреплению здоровья и профилактике сезонных заболеваний и заболеваний которым подвержены школьники нашего региона. Также организуется работа кабинетов лечебной физической культуры для детей спецмедгрупп, а психологом проводится оценка адаптации детей к обучению и оценка личностных психофизических особенностей, на уроках физической культуры оценка физического развития и уровня физической подготовленности. В школах достаточное количество спортивных секций и кружков по интересам с динамической составляющей.

И все таки этого не достаточно необходимо повышать эффективность профилактических мер в периоды зимне-весенних эпидемий простудных заболеваний, использовать на уроках по физической культуры современных оздоровительных форм, методик и педагогических технологий для профилактики нарушений осанки, профилактики нарушений зрения и т.п.; регулярный анализ и обсуждение на педсоветах данных о состоянии здоровья школьников, доступность сведений для каждого педагога; регулярный анализ результатов динамических наблюдений за состоянием здоровья и их обсуждение с педагогами, родителями, введение карты здоровья класса (школы), что позволит наглядно увидеть динамику заболеваемости, проанализировать причины и своевременно принять необходимые меры; создание системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи детям со школьными проблемами; привлечение медицинских работников к реализации всех компонентов работы по сохранению и укреплению здоровья школьников, просвещению педагогов и родителей [4].

Список литературы

1. Абрамова М.А., Афанасенкова Н.В., Броварова Г.А. и др. Методика работы вожатого в лагере: учебное пособие для вузов. Архангельск: КИПА, 2020. 286 с.
2. Русякова Е.Е. Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья школьников // Интернет-журнал «Мир науки». 2015. № 3. 25 с.
3. Свиридова Л.П. Формирование культуры здоровья младших школьников как неотъемлемая часть воспитательно-образовательного

процесса в начальной школ // Сборник статей всероссийской заочной научно-практической конференции «Теория и технологии внеурочной деятельности в современной модели образования». 18-19 мая 2016 г. Орел. 2016. С. 14-17.

4. Шевердина Н.А. Оздоровительная работа в начальной школе. Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. 246 с.

3.2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, ДЕТЕЙ С ОВЗ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОБЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ШКОЛАХ САНАТОРНОГО ТИПА

УДК: 376.24+ 159.922.73

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ю.Е. Куртанова, М.С. Ракова

*ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»,
г. Москва, РФ*

***Аннотация.** Исследование демонстрирует особенности в развитии коммуникативных качеств подростков с онкологическими заболеваниями, находящихся в условиях длительного пребывания в стационаре по сравнению с их здоровыми сверстниками, а также получены результаты о том, что уровень коммуникативных качеств подростков после продолжительного лечения в стационаре выше, чем у детей, находящихся на лечении в стационаре.*

***Ключевые слова:** подростки, коммуникативная сфера, онкологические заболевания, продолжительное лечение.*

За последние двадцать лет медицина продвинулись очень далеко в области диагностики и лечения детского рака. Появились новейшие технологии и современные препараты, которые помогают спасти жизни детей и подростков, новейшие технологии позволяют вернуть ребенка после тяжелого заболевания обратно в социальную жизнь и при этом сохранить качество этой жизни.

Подростковый возраст один из самых сложных с точки зрения психологической реабилитации. Время, проведенное в стационаре, не проходит бесследно для этой группы детей. «Выпав» из учебного процесса, привычной среды, подростки оказываются в информационном вакууме, утрачивают связь с друзьями и даже современные средства связи не помогают восполнить эту пустоту.

Для того, чтобы понять, как помочь подростку вернуться в привычную социальную среду после продолжительного лечения мы в нашем исследовании проанализировали особенности коммуникативной сферы подростков, столкнувшихся с онкологическими заболеваниями во время и после продолжительного лечения и их здоровых сверстников.

Цель исследования: изучить коммуникативную сферу подростков с онкологическими заболеваниями во время и после продолжительного лечения и выявить ее особенности.

Гипотезы исследования:

1. Отмечается своеобразие в развитии коммуникативных качеств подростков с онкологическими заболеваниями, находящихся в условиях длительного пребывания в стационаре по сравнению с их здоровыми сверстниками.

2. Уровень коммуникативных качеств подростков после продолжительного лечения в стационаре выше, чем у детей, находящихся на лечении в стационаре.

В исследовании приняли участие 60 детей. Экспериментальная выборка была разделена на три группы.

Первая экспериментальная группа – 20 детей в возрасте от 13 до 18 лет, находящиеся на длительном лечении от онкологического заболевания в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, из которых 10 подростков в возрасте от 13 до 15 лет и 10 подростков в возрасте от 16 до 18 лет.

Вторая экспериментальная группа – 20 детей в возрасте от 13 до 18 лет, находящиеся на реабилитации после продолжительного лечения от онкологического заболевания в ЛНРЦ «Русское поле», из которых 10 подростков в возрасте от 13 до 15 лет и 10 подростков от 16 до 18 лет.

Контрольная группа – 20 детей без соматических заболеваний в возрасте от 13 до 18 лет, обучающихся в ГБОУ г. Москвы «Школа № 109», из которых 10 подростков в возрасте от 13 до 15 лет и 10 подростков в возрасте от 16 до 18 лет.

Для исследования особенностей развития коммуникативной сферы подростков с онкологическими заболеваниями во время и после продолжительного лечения были использованы следующие методики:

1. сокращенный вариант методики незаконченные предложения Джозефа М. Саксома и С. Леви (12 предложений по шкале общение);

2. сокращенный вариант методики оценки коммуникативных и организаторских склонностей КОС-1 авторы В.А. Сиявский, Б.А. Федоришин (20 предложений на оценку коммуникативных навыков);

3. методика «Q-сортировка» автор В. Стефансон (20 предложений по шкале «общительность» и «необщительность»);

4. проективная методика «Дерево» Джон и Дайана Лампен (модификация Л.П. Пономаренко).

Результаты исследования позволили нам сравнить между собой различные группы подростков: находящихся на длительном лечении, после продолжительного лечения и без соматических заболеваний и выявить для каждой группы особенности коммуникативных качеств.

Подростки, находящиеся на лечении от онкологического заболевания в стационаре. Коммуникативные качества таких подростков менее развиты, чем у их здоровых сверстников. Подростки этой группы не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в коллективе и предпочитают проводить время наедине с собой. Как следствие, у таких подростков в период лечения нет дружеской поддержки. При этом подростки, находящиеся на длительном лечении от онкологического заболевания в стационаре, мотивированы на преодоление препятствий. Они отмечают высокую субъективную значимость внутрисемейных отношений. Часть этих подростков находится в кризисной ситуации.

Подростки, находящиеся на реабилитации после продолжительного лечения от онкологического заболевания. Коммуникативные качества у таких подростков более развиты, чем у их сверстников, находящихся в процессе лечения, но менее развиты, чем у здоровых подростков. Такие подростки легко адаптируются в новой обстановке, быстро находят общий язык с друзьями, стремятся расширить круг своих знакомых, готовы помочь близким и друзьям, принимают участие в мероприятиях. Они мотивированы на преодоление препятствий. Также отмечают высокую субъективную значимость внутрисемейных отношений. Можно отметить, что подростки, находящиеся на реабилитации, начинают испытывать потребность в коммуникативной деятельности.

Подростки без соматических заболеваний испытывают необходимость в общении, их коммуникативные качества более развиты, чем у сверстников, находящихся на лечении и реабилитации от онкологического заболевания. Они также могут испытывать трудности в общении, но эти трудности не усугубляются наличием жизнеугрожающего заболевания. Подростки без соматических заболеваний не демонстрируют тесной связи с семьей, семья для таких подростков менее субъективно значима.

Таким образом, наше исследование подтверждает мнение разных авторов о том, что продолжительное лечение от тяжелых соматических заболеваний в стационаре вносит коррективы в развитие коммуникативных качеств подростков (Свистунова Е.В., Шариков С.В., Шац И.К., Куртанова Ю.Е. и другие).

Помимо выявленных особенностей коммуникативной сферы была отмечена важность семьи для детей, находящихся на лечении и в период реабилитации от онкологического заболевания, эту же закономерность отмечают и другие авторы научных трудов (Лазуренко С.Б., Иовчук Н. М.).

Важным выводом нашего исследования стал вывод о том, что подростки, находящиеся на реабилитации, начинают испытывать потребность в

коммуникативной деятельности, что может являться показателем их физического и психологического восстановления, о положительном эффекте реабилитации также свидетельствуют научные труды других авторов (Щербакова А.М., Румянцев А.Г.)

Итак, по результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. Коммуникативные навыки подростков, находящихся на длительном лечении от онкологического заболевания, менее развиты, чем у подростков, находящихся на реабилитации и подростков без соматических заболеваний. Различия статистически значимы.

2. Подростки, находящиеся на длительном лечении, менее общительны, чем подростки без соматических заболеваний. Подростки, находящиеся на длительном лечении, проявляют такие качества, как безынициативность в общении, молчаливость, нелюдимость, пассивность и инертность.

3. Подростки с онкологическими заболеваниями, находящиеся на длительном лечении в стационаре, и подростки, находящиеся на реабилитации после продолжительного лечения от онкологического заболевания, чаще отмечают субъективную значимость своей семьи, чем подростки без соматических заболеваний.

4. Подростки, находящиеся на длительном лечении и в период реабилитации, мотивированы на преодоление трудностей и не ощущают дружескую поддержку.

5. Подросткам, находящимся на длительном лечении в стационаре, необходима помощь специалистов для восстановления коммуникативных навыков и успешного возвращения в социальную среду.

Изучив и проанализировав специализированную научную литературу по данной теме, мы выявили, что подростковый возраст один из самых сложных периодов в жизни человека, важной составляющей которого является коммуникация. От коммуникации с друзьями, одноклассниками, сверстниками во дворе, родителями и учителями зависит то, как будет воспринимать себя подросток в настоящее время и как сложится его дальнейшая жизнь. Подросток, столкнувшийся с жизнеугрожающим заболеванием, теряет связь с внешним миром, что затрудняет реализацию ведущей деятельности данного возрастного периода. От того, насколько грамотно будет выстроена работа врачей, психологов, реабилитологов и госпитальных педагогов по взаимодействию с подростком, столкнувшимся с онкологическим заболеванием, будет зависеть дальнейшая судьба молодого человека. В нашем исследовании мы выявили осознание подростками, находящимися на длительном лечении и в период реабилитации, значимости семьи, что говорит о необходимости вести психологическую работу не только с подростками, но и с членами семей.

Список литературы

1. Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лаузернко С.Б. Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям. // Культурно-историческая психология 2016. Т. 12. №1.
2. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакова А.М., Щукина В.Д., Иванова А.А. Социальная адаптация детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 3. С. 127–138.
3. Свистунова Е.В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы. // Педиатрия. № 3. 2010. С. 29–33.
4. Шариков С.В. Педагогическая поддержка образовательных возможностей детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах // Альманах института коррекционной педагогики. №40. 2020.
5. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография. СПб.: Речь. 2010. 192 с.
6. Щербакова А.М., Шехорина А.В. Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях / Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: научное издание / Отв. ред. А.М. Щербакова. М. 2011. С.53-55.

УДК 159.922.73

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*С.А. Вильдгрубе, Е.В. Крамаренко, Г.М. Фирсова
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака
г. Донецк, ДНР*

Аннотация. В данной статье изучены и доказаны различия в эмоциональной сфере и защитно-совладающем поведении у подростков с сердечно-сосудистой патологией и у подростков без сердечно-сосудистой патологии в условиях соматической болезни. Данные исследования позволят улучшить не только процесс лечения, но и создать оптимальные коррекционные мероприятия для адаптации подростков в сложных жизненных ситуациях.
Ключевые слова: эмоциональная сфера, совладающее поведение, соматическая болезнь, сердечно – сосудистая патология.

Актуальность темы определяется психолого-педагогическими потребностями целого ряда общественных институтов, непосредственно включенных в процесс формирования и воспитания членов общества.

Подростковый возраст - наиболее сложный, критический период в становлении личности человека. Общие особенности этого возраста: изменчивость настроения, эмоциональная неустойчивость, неожиданные

переходы от веселия к унынию и пессимизму. Говоря о подростковом периоде развития человека, мы всегда подразумеваем, что это сложный, трудный период. Трудность этого периода состоит не только в вышеперечисленных особенностях подросткового возраста, но в первую очередь, в пубертатном кризисе, кризисе подростковой идентичности, успешный выход из которого будет одним из важнейших условий формирования правильного, просоциального, неагрессивного поведения подростка в будущем. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых показывают, что любое заболевание делает человека эмоционально лабильным, более внушаемым, а в более серьезных случаях наблюдаются и более серьезные личностные изменения (депрессия, апатия, изменение отношения к себе и окружающим, нарушение активности и др.). Лурия Р.А. отмечает, что болезнь как процесс зависит не только от внешних, но и от внутренних, субъективных моментов, от личности больного, от его эмоциональной сферы, совладающего поведения.

Цель данной работы: изучение особенностей эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков в условиях соматической болезни, на примере подростков с сердечно-сосудистой патологией (ССП) и без нее. *Объект* исследования: эмоциональная сфера и совладающее поведение личности. *Предмет* исследования: особенности эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков с сердечно-сосудистой патологией.

Гипотезы исследования: 1. Существуют различия в эмоциональной сфере и защитно-совладающем поведении у подростков с сердечно-сосудистой патологией и у подростков без сердечно-сосудистой патологии. 2. Существует связь между эмоциональной сферой и совладающим поведением подростков в условиях соматической болезни.

Методы исследования. Опросник Б.И. Додонова «Определение общей эмоциональной направленности личности»; опросник «САН: самочувствие, активность, настроение» В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошникова; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса; методика «Диагностика стресс-совладающего поведения» (копинг-поведение в стрессовых ситуациях) Д. Амирхана.

Методы математической статистики: описательная статистика; для сравнения средних величин с нормальным распределением (тест Колмогорова-Смирнова) использовали t-критерий Стьюдента, для обнаружения взаимосвязей между эмоциональной сферой и совладающим поведением подростков использовали корреляционный анализ (коэффициент линейной корреляции Пирсона).

Исследование особенностей эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков в условиях соматической болезни проходило на базе отделения детской кардиохирургии «Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака» и Муниципального общеобразовательного учреждения школы № 120 города Донецка. В

исследование приняли участие 50 человек, среди которых 25 школьников подросткового возраста без сердечно сосудистой патологии и 25 школьников-подростков с сердечно сосудистой патологией. Школьники, имеющие патологию на момент исследования, находились в стационаре отделения детской кардиохирургии «Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака».

Результаты исследования. Изучение особенностей эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков в условиях соматической болезни позволило сделать нам вывод о том, что существуют различия в эмоциональной сфере и выборе защитно-совладающего поведения у подростков с сердечно-сосудистой патологией и у подростков без сердечно-сосудистой патологии.

Подростки с сердечно-сосудистой патологией имеют выраженную потребность в получении переживаний и эмоций от содействия («альтруистическая направленность», $t_{эмп.}=9,04$; $p\leq 0,001$), помощи другим людям, им хочется отдавать и делиться с другими людьми тем, что у них есть. Это подкрепляется выраженным стремлением получать переживания от общения и взаимодействия с другими людьми («коммуникативная направленность», $t_{эмп.}=2,37$; $p\leq 0,05$). Также эмоциональное насыщение они получают через удовлетворение потребности в получении новой информации и новых знаний, что способствует расширению их опыта («гностическая направленность», $t_{эмп.}=7,21$; $p\leq 0,001$).

Подростки с ССП не стремятся получать эмоциональные впечатления от активной жизни, наполненной различной деятельностью и постоянной постановкой перед собой целей и их достижением, им в большей мере нравится созерцать и размышлять по поводу действительности («глицерическая направленность», $t_{эмп.}=9,11$; $p\leq 0,001$). Подобная тенденция может свидетельствовать о потребности подростков с соматической патологией в расслаблении и снятии напряжения, что может быть обусловлено их жизненной ситуацией. Помимо прочего для них не свойственно стремление получать эмоции от риска и преодоления опасности, они ощущают себя комфортнее в знакомых и безопасных условиях. Слава, успех и популярность не вызывают у них эмоционального отклика («праксическая направленность», $t_{эмп.}=6,61$; $p\leq 0,001$).

Показатели «самочувствие» ($t_{эмп.}=7,73$; $p\leq 0,001$) и «активность» ($t_{эмп.}=8,21$; $p\leq 0,001$) находятся у них не на высоком уровне, они не ощущают себя работоспособными и полными сил, у них присутствует эмоциональное напряжение, усталость и некоторая болезненность в собственном состоянии, а также рассеянность. Подобные проявления они связывают с тем, что ведут малоподвижный и размеренный образ жизни. Однако, многие среди подростков с данной патологией указали, что стремятся к тому, чтобы не унывать и поддерживать положительный эмоциональный настрой, они

стараятся сохранять жизнерадостность, оптимизм и получать удовольствие от жизни и имеющихся у них возможностей.

Касательно особенностей совладающего поведения, подростки с сердечно-сосудистой патологией в сложных жизненных ситуациях и при столкновении с трудностями чаще используют рациональные и адаптивные копинг-стратегии. Негативные переживания, которые появляются в проблемных ситуациях, они пытаются преодолеть за счет сдерживания своих эмоциональных реакций и минимизирования их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения (шкала «самоконтроль» $t_{эмп.}=6,04$; $p \leq 0,001$). Благодаря этому они избегают эмоциональных импульсивных поступков. Также они стремятся брать на себя ответственности за происходящее и отслеживать связь между собственными действиями и их последствиями, у них выражена готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках (шкала «принятие ответственности» $t_{эмп.}=5,9$; $p \leq 0,001$). Как следствие, они лучше понимают свою роль в возникновении актуальных трудностей, стараются использовать все имеющиеся у них личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. Благодаря стремлению планировать решение проблемы, подростки с сердечно-сосудистой патологией могут целенаправленно анализировать ситуацию и перебирать возможные варианты поведения и определенных действий (шкала «планирование решения проблем» $t_{эмп.}=5,94$; $p \leq 0,001$). Подобный анализ позволяет учитывать не только объективные условия, но и принимать во внимание свой прошлый опыт и личные ресурсы и возможности. При этом они не боятся обращаться за помощью и поддержкой к семье, друзьям, значимым другим в случае, если не знают, как справиться с проблемой.

Стремление сохранять оптимизм и жизнерадостность также отразилось на выборе стратегий совладающего поведения. Подростки с сердечно-сосудистой патологией предпринимают попытки в преодолении негативных переживаний по поводу проблемной ситуации за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее с другой стороны, поиска в ней возможностей для личностного роста (шкала «положительная переоценка» $t_{эмп.}=7,84$; $p \leq 0,001$).

Также изучение особенностей эмоциональной сферы и совладающего поведения подростков в условиях соматической болезни позволило сделать нам вывод о том, что: существуют связи между особенностями эмоциональной сферы и совладающим поведением у подростков с сердечно-сосудистой патологией и у подростков без сердечно-сосудистой патологии.

Между проявлениями эмоциональной сферы и совладающим поведением подростков в условиях соматической болезни были обнаружены связи. Подростки с сердечно-сосудистой патологией, которые стремятся занимать активную позицию и ищут возможности для получения эмоциональных впечатлений, в меньшей степени склонны к самокритике,

переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой ($r=0.51$, $p\leq 0,01$). Предпочитая получать эмоциональные впечатления от помощи и поддержки другим людям, подростки выбирают более рациональные копинг-стратегии, проявляя меньшую зависимость от своего окружения, не ожидая помощи извне ($r=0.42$, $p\leq 0,05$). Стремление использовать личностные ресурсы для поиска решения проблемы, а также умение переоценивать негативные переживания, возникшие в связи с проблемной ситуацией, рассмотрение их как стимула для личностного роста, сопровождается тем, что подростки с сердечно-сосудистой патологией не проявляют тенденции к тому, чтобы ставить во главу стремление получать эмоциональные впечатления от удовлетворения своих потребностей в телесном и духовном комфорте ($r=0.52$, $p\leq 0,01$).

Также, чем сильнее у подростков с ССП выражено стремление получать положительные эмоции при накоплении, коллекционировании вещей, тем больше они совершают попыток преодолеть негативные переживания, связанные с жизненными трудностями ($r=0.49$, $p\leq 0,05$) за счет субъективного снижения значимости проблемы и в меньшей мере стремятся к решению этих проблем за счет самоконтроля, самообладания и целенаправленного сдерживания эмоций ($r=0.69$, $p\leq 0,01$). Помимо прочего, склонность подростков к романтизации окружающей действительности, тяга к эмоциональным впечатлениям от необычного и таинственного сопровождается нежеланием занимать активную деятельную позицию в решении проблем ($r=0.48$, $p\leq 0,05$).

Таким образом, существуют различия в эмоциональной сфере и защитно-совладающем поведении у подростков с сердечно-сосудистой патологией и у подростков без сердечно-сосудистой патологии. Существует связь между эмоциональной сферой и совладающим поведением подростков в условиях соматической болезни. Изучение стратегий совладающего поведения, а также, особенностей эмоциональной сферы в условиях соматической болезни в подростковом возрасте позволит улучшить не только процесс лечения, но и создать оптимальные коррекционные мероприятия для адаптации подростков в сложных жизненных ситуациях.

Список литературы

1. Барсукова Ж.А. Общая психология. Эмоции и мотивация. Могилев: МГУ имени А.А. Кулешова. 2017. 136 с.
2. Дурсунова А.И., Гайфуллина Н.Г. Особенности эмоционального развития в подростковом возрасте // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 6-1. С. 80-80;
3. Карамышева Е.О., Головченко Д.А. Эмоции человека // Молодой ученый. 2016. №23. С.433-437.
4. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь. 2010. 352 с.

УДК: 37.04 + 159.922.73

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНОЙ ШКОЛЫ - ИНТЕРНАТ

Т.В. Таборская

*ГБОУ АО «Архангельская санаторная школа-интернат № 1»,
г. Архангельск, РФ*

***Аннотация.** Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей в условиях санаторной школы-интернат. Сопровождение периода адаптации. Формы и методы сопровождения обучающихся и их родителей.*

***Ключевые слова:** адаптация, психолого-педагогическое сопровождение, часто и длительно болеющие дети.*

Одной из важнейших задач современной школы является сохранение и укрепление физического и психического здоровья школьников. В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 г., ст. 41, образовательная организация создает условия для охраны здоровья обучающихся.

Согласно Федеральным государственным образовательным стандартам, психолого-педагогические условия реализации основной образовательной программы общего образования направлены на обеспечение вариативности направлений психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса (сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся; формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни; развитие своей экологической культуры, дифференциации и индивидуализации обучения).

На современном этапе многие исследователи отмечают резкое ухудшение состояния здоровья детей и подростков (М.М. Безруких, С.П. Ефимова, А.А. Баранов, Н.И. Быкова Л.А. Кожевникова и мн. др.). Число абсолютно здоровых детей снижается, растет число часто и длительно болеющих детей. [3]

Целью практической психолого-педагогической работы с обучающимися в санаторной школе - интернат для детей с заболеванием сколиоз является психологическое сопровождение обучающихся, охрана и укрепление психического и физического здоровья школьников. А условием, средством этого здоровья - психическое и личностное развитие ребенка.

ГБОУ АО «Архангельская санаторная школа-интернат №1» является образовательным учреждением для детей с заболеванием «сколиоз». Срок пребывания детей в школе определяется тяжестью заболевания и периодом роста ребенка и колеблется от одного года до семи-девяти лет. Ученики с 1-го по 9-ый класс обучаются и лечатся в школе - интернат в условиях ортопедического режима. Режим дня строго расписан по часам, соблюдается режим разгрузки позвоночника, есть ограничения в двигательной сфере. Таким образом, существующая система оздоровления детей в школе, с одной

стороны, обеспечивает регуляцию их здоровья, а с другой стороны, предъявляет высокие требования к физическим и психическим возможностям ребенка, его адаптационным механизмам.

В школе проводится реабилитационная работа, представляющая собой систему мер, направленных на осуществление позитивных изменений в жизни ребенка и его семьи, координацию и интеграцию усилий различных специалистов (врачей-ортопедов, инструкторов ЛФК, педагогов, психолога, логопеда). Усилия специалистов сводятся к выполнению задачи не допустить ухудшения здоровья, стабилизировать характер течения основного заболевания, сохранить физический и психический статус ребенка, способствовать его дальнейшей социализации.

Кроме того, у сколиоза много сопутствующих, в том числе соматических заболеваний. У ряда детей снижен иммунитет, часть из них относятся к категории «часто и длительно болеющие дети», таких детей в школе ежегодно 8-12%. Это является дополнительными «стрессогенными факторами» для детского организма и требует мобилизации внутренних сил на их преодоление.

Физическое состояние, ощущения и переживания могут способствовать появлению психологического новообразования больного ребенка, которое Р.А. Лурия назвал «внутренней картиной болезни» (ВКБ). ВКБ - это представление человеком своей болезни, осознание ее и отношение к ней - реакция на болезнь. «...в начале сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не преобразовать психику. Однако, как правило, более или менее длительное отражение (особенно затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений в сознании и сопутствующее усложнение отношения к болезни приносят преходящие или стойкие изменения в психике...» (Г.К. Ушаков, 1984г.) Таким образом, важно учить ребенка адекватному отношению к болезни. Что это означает? Это означает, что ребенок учится реально оценивать свое состояние, хочет его улучшить и прилагает все усилия для этого, сотрудничая со взрослыми.

В условиях оторванности от семьи, перехода в новый детский коллектив, проблем со здоровьем, наши дети особенно нуждаются в поддержке и помощи педагогов, медицинских работников, школьного психолога. Для всех обучающихся, независимо от тяжести заболевания, в школе создаются благоприятные условия, способствующие умственному, физическому и нравственному развитию личности, подготовке успешной социализации детей с особенностями здоровья к жизни в обществе.

Детский коллектив школы ежегодно обновляется на 20-25 %. Вновь принятые обучающиеся требуют работников школы организации условий, способствующих их благоприятной адаптации. Процесс адаптации «новичков», в том числе часто и длительно болеющих, может сопровождаться нарушениями в различных сферах. Специфика этих нарушений обусловлена

опытом взаимоотношений ребенка в семье и формирующимися на этой основе его психологическими особенностями [3]

Многие исследователи отмечают, что специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку может стать пусковым механизмом формирования деформаций в его психическом и личностном развитии, а также причиной дальнейших нарушений соматического статуса ребенка (Николаева В.В., 1987; Исаев Д.Н., 2001) [4]. В литературе описано, что часто болеющие дети могут иметь ряд особенностей, дезадаптирующих их, и, как следствие, провоцирующих рецидивы болезни: например, чрезмерная зависимость от взрослого, высокий уровень тревожности, психологическая инфантильность, трудности в реализации способов и средств общения с окружающими (Николаева В.В., 1987; Захаров А.И., 2000; Арина Г.А., 2003; Менделевич В.Д., 2007 и др.) [2].

Учитывая особенности часто и длительно болеющих детей, непосредственно психологическая реабилитация определенной части обучающихся осуществляется в процессе индивидуальных занятий школьного психолога с обучающимися, взаимодействии с его родителями. Программа индивидуальной работы выстраивается исходя из принципов учета «зоны ближайшего развития» (предполагает сотрудничество с взрослым в пространстве проблем самосознания, личностной самоорганизации и саморегуляции, интеллектуальной и личностной рефлексии), возрастных особенностей, учета психологических проблем детей с заболеванием «сколиоз» и часто болеющих детей, добровольного участия в занятиях. Работа осуществляется по программе «Индивидуальная комплексная коррекционно-развивающая арт-терапевтическая программа для обучающегося». За основу в разработке индивидуальной программы работы взяты упражнения и техники, предложенные М.В. Киселевой в Руководстве «Арт-терапия в работе с детьми» [6] и медитативные сказки С.А. Черняевой [9].

Индивидуальная работа выстраивается исходя из принципов учета «зоны ближайшего развития» (предполагает сотрудничество с взрослым в пространстве проблем самосознания, личностной самоорганизации и саморегуляции, интеллектуальной и личностной рефлексии), возрастных особенностей, учета психологических проблем детей с заболеванием «сколиоз» часто и длительно болеющих детей, добровольного участия в занятиях. Показания к прохождению цикла занятий по данной программе: дети с проблемами адаптации, повышенной тревожностью, неадекватной самооценкой, негативным представлением о себе, испытывающие сложности в общении. Сам процесс изобразительного творчества или восприятие его результатов влияют на физическое самочувствие человека. Мысль, утверждающая здоровье, оздоравливающе действует на весь организм [6].

В результате занятий у ребенка наблюдаются три основных эффекта:

- эффект успокоения (устранение эмоциональной напряженности);
- эффект восстановления (ослабление проявлений утомления);

- эффект активизации (повышение психофизиологической реактивности, мобилизация ресурсов).

Психолого-педагогическое сопровождение адаптации часто болеющих детей предполагает работу по оптимизации адаптационного процесса. При этом следует учитывать биологический, психический, социальный и духовный уровни организации болезни / здоровья ребенка. [5]

Прогрессирующее снижение показателей адаптированности на протяжении адаптационного периода у часто болеющих «новичков» можно предотвратить посредством реализации в адаптационный период соответствующих психолого-педагогических условий. В санаторной школе разработана и реализуется «Программа сопровождения вновь принятых обучающихся». Программа реализуется последовательно в три этапа:

1. Диагностический. Цель: выявление обучающихся, испытывающих трудности в адаптации к условиям школы.

2. Практический. Цель: профилактика дезадаптации. Создание условий, способствующих успешной школьной адаптации вновь принятых обучающихся.

3. Аналитический. Цель: взаимообмен информацией, анализ проблемных зон адаптации обучающихся. Проведение школьного ПМПК. Выстраивание дальнейшей работы с обучающимися и родителями.

На диагностическом этапе зарекомендовали себя «Тест-анкетные методы диагностики», основанные на принципах экспертных оценок [8]. Метод экспертных оценок позволяет выявить обучающихся с затруднениями адаптации в условиях школы. Предметом экспертной оценки являются: изменения в эмоциональном состоянии, образе жизни и здоровье обучающегося в адаптационный период. Экспертами могут быть классный руководитель, воспитатели, лечащий врач, инструктор ЛФК, родители обучающегося. Используется тест-анкета «Изменения в образе жизни и состоянии здоровья учащегося». Похожая анкета «Самооценка изменений своего состояния и здоровья» используется для получения самооценки от школьника. Для этого педагогом проводится анкетирование обучающихся (текст корректируется с учетом возраста школьников) со строгим соблюдением конфиденциальности ответов. Баллы может проставить сам педагог, проводящий обследование, в процессе беседы-интервью со школьником. От эксперта ждут не применения верифицированных, валидных методик, а суждений и заключений, основанных на его опыте, наблюдениях и профессионализме.

Средняя оценка каждого эксперта вычисляется как частное от деления суммы всех выставленных им баллов на число позиций, по которым давалась оценка. Итоговая оценка для каждого школьника по каждой тест-анкете - среднее от суммы баллов всех экспертов и среднего балла самооценки.

Данный метод является активизирующим, так как служит элементом дополнительной мотивации обучающихся на заботу о своем здоровье,

тренировки навыков биологической обратной связи (самооценка школьника своего состояния и здоровья). Главным инструментом диагностики при этом подходе служит не прибор, а человек, возможности которого неизмеримо выше самых совершенных технических средств. Участие в процедуре диагностики педагогов, школьных специалистов, родителей ученика в качестве экспертов служит дополнительным фактором (рычагом) вовлечения их в работу школы, направленную на сохранение и укрепление здоровья обучающихся. Используемые методики позволяют проводить как скрининг с последующим выделением групп риска, так и мониторинг здоровья учеников.

Многолетний анализ применения тест-анкетных методов диагностики позволил сделать выводы: средний балл оценок экспертов в 70% случаев отличается от самооценки обучающегося в сторону уменьшения. Таким образом, ученик дает себе более высокую оценку по параметру «средняя оценка здоровья».

На итоговом «аналитическом» этапе осуществляется организация деятельности школьного консилиума в системе комплексного сопровождения детей со школьной дезадаптацией, социально-психологическая помощь детям через работу с родителями.

Психологическое содействие успешной адаптации часто болеющих детей к обучению в школе интернатного типа и преодоление их психологических проблем осуществляется и педагогами начальной школы. Совместно с психологом была разработана и апробирована программа «Я здоровье берегу, сам себе я помогу». За основу взята программа В.А. Ананьева, С.Я. Захарова [1]. В программе, наряду с педагогами, принимали участие школьные врачи и родители обучающихся. Цель программы: профилактика школьной дезадаптации, активизация установки на здоровый образ жизни и социализации младших школьников. В младшем школьном возрасте у детей активно происходит развитие самостоятельного мышления, внутреннего плана действий, начинает формироваться способность к рефлексии [1]. Именно поэтому в таком возрасте ребенок может успешно овладевать средствами и способами анализа своего состояния и поведения. А также состояния и поведения других людей. А значит, профилактика социально-психологической дезадаптации часто и длительно болеющих детей с опорой на их возрастные особенности будет достаточно эффективной.

Показаниями к прохождению занятий могут являться: нарушения адаптации на трех уровнях: поведенческом (мотивация избегания неуспеха, неуверенное поведение, низкая «социальная смелость» и т.д.), эмоциональном (тревожность, пониженный фон настроения, раздражительность, агрессивность и т.д.) и когнитивном (искаженная карта мировосприятия, пессимистическое восприятие окружающего мира). Повышенное внимание, как утверждают исследования, необходимо уделить возрастанию уровня жизненной компетентности, включающей в себя социальную, личностную и экологическую компетентности. Недостаточное развитие социальной,

личностной и экологической компетентности существенно снижает адаптационные возможности ребенка, и это является фактором риска развития как психических расстройств, так и психосоматических заболеваний, а также различных форм отклоняющегося поведения [1].

Результатами работы по программе являются: дети открывают богатство мира чувств, учатся обходиться с чувствами и выражать их, не бояться делать ошибки и совершать неудачи. Принятие ответственности за окружающую среду и собственное здоровье, критичность в восприятии средств массовой коммуникации и информации, рекламы. Развитие и укрепление способностей, содействующих самостоятельности, дающих возможность постепенно принимать ответственность за себя и свое здоровье.

Основная цель в работе с родителями часто и длительно болеющих детей- формирование родительской позиции – принятие субъектности ребенка в сфере детско-родительских взаимоотношений, установление оптимальных (эффективных) взаимоотношений между родителями и детьми; создание в семье установки на здоровый образ жизни.

В настоящее время остро возникла необходимость в организации образовательной деятельности обучающихся с использованием дистанционных образовательных технологий. В работе с родителями также применяются дистанционные формы работы. Проведение консультаций и собраний, тематика их разнообразна («Адаптация вновь принятых обучающихся к условиям санаторной школы-интернат», «Адаптация первоклассников к школьному обучению. Пути оказания помощи», «Истоки отношения детей к своему здоровью» и т.д.)

Практика внедрения представленных направлений системы психолого-педагогической помощи часто и длительно болеющим детям и их родителям позволяет говорить об эффективности используемых форм работы. Нам удалось добиться значимых позитивных изменений по показателям эмоционального напряжения родителей (уменьшились запросы на консультацию о проблемах адаптации к обучению в школе интернатного типа), уровня социально-психологической адаптации обучающихся в условиях школы (повысился уровень комфортности детей в адаптационный период).

Список литературы

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. СПб.: Речь. 2007. 320 с.
2. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? //Школа здоровья. 1995. Т.2. № 3. С. 116–125.
3. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. М.: Генезис. 2007. 152 с.

4. Доманецкая Л.В. Родители и часто болеющий ребенок: общение в контексте психосоматического подхода: монография: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск. 2013. 304 с.
5. Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: биопсихосоциоэтическая модель развития личности и ее здоровья // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 99-103.
6. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей. Спб.: Речь. 2006. 160 с.
7. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной: 4-е изд. Екатеринбург: Деловая книга. 2000. 176 с.
8. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М.: АРКТИ, 2005. 320 с.
9. Черняева С.А. Психотерапевтические сказки и игры. СПб.: Речь. 2007. 168 с.

УДК: 371.38

**РЕАЛИЗАЦИЯ ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В
УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ ПОСРЕДСТВОМ
ОРГАНИЗАЦИИ ЕДИНОГО ИНТЕРАКТИВНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА
(ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ УЧИТЕЛЕЙ ОДНКНР
ГКОУ РО «РОСТОВСКАЯ САНАТОРНАЯ ШКОЛА-ИНТЕРНАТ №28»)**

*М.А. Бабанская, Н.В. Твердохлебова
ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28»,
г. Ростов-на-Дону, РФ*

Аннотация. В статье рассматривается пример использования инновационных технологий в процессе организации единого интерактивного образовательного пространства - сайта «Душегрея», разработанного с целью повышения эффективности реализации духовно-нравственного образования (преподавания ОРКСЭ и ОДНКНР) в условиях дистанционного обучения детей с особыми образовательными потребностями.
Ключевые слова: инновационные технологии, сайт, духовно-нравственное образование, интерактивный контент

На современном этапе развития образования возникла потребность модернизации технологий и методов обучения. Педагоги и обучающиеся должны быть готовы к тенденциям изменчивости в системе образования, поэтому внедрение инновационных технологий, направленных на индивидуальный подход, мобильность и цифровизация в образовании, становятся необходимостью для общеобразовательных учреждений.

В процессе реализации духовно-нравственного образования в условиях дистанционного обучения в ГКОУ РО «Ростовская санаторная школа-интернат № 28» появилась необходимость совершенствования системы методов и технологий обучения с целью создания условий, учитывающих особые образовательные потребности обучающихся. Педагогами, реализующими преподавание Основ духовно-нравственной культуры народов России, был разработан план по созданию сайта «Душегрея» - единого образовательного интерактивного пространства, объединяющего в себе образовательный контент духовно-нравственного содержания курса ОРКСЭ, предмета ОДНКНР и краеведения.

Создание интерактивного пространства способствовало решению актуальных задач духовно-нравственного образования и воспитания: осуществить преемственность курса ОРКСЭ и предмета ОДНКНР, способствовать развитию интеллектуально - нравственных интересов обучающихся и формированию поликультурной компетенции, позволило создать условия для получения обучающимися знаний о духовно-нравственной культуре народов России, формирования коммуникативных навыков и информационно-коммуникационных компетенций в условиях дистанционного обучения посредством комплекса электронных образовательных материалов, реализовать потребности в исследовательской, проектной и творческой деятельности обучающихся и педагогов.

Разработка единого образовательного интерактивного пространства по реализации духовно-нравственного образования в условиях дистанционного обучения на начальном этапе была представлена определением актуальности проекта, разработкой концепции образовательного контента, выбором интернет-ресурсов для конструирования сайта и создания электронных образовательных материалов, подбором модулей и разделов для осуществления навигации по сайту.

Концепция сайта «Душегрея» была определена духовно-нравственной составляющей образовательного контента. Название, этимологически образованное от слияния двух слов «греть» и «душа», отражает нравственные ориентиры гуманистического воспитания.

На сайте предусмотрена сложная перекрестная навигация, что позволяет совершать переход от одной страницы к другой в удобной последовательности, модули помогают сориентироваться в учебном предмете и классе, поэтому обучающиеся могут с легкостью получить доступ ко всем материалам в любое время.

На следующем этапе осуществлялось наполнение сайта, производились подбор и создание образовательного контента к урокам ОДНКНР и ОРКСЭ, включающий в себя адаптированные по типу заболевания электронные рабочие тетради по ОДНКНР для обучающихся 5-6 классов, интерактивные рабочие листы, методические рекомендации к урокам ОДНКНР и ОРКСЭ с использованием электронных образовательных материалов; коллекции

интерактивных упражнений и игр, разработанных педагогами и обучающимися, примеры творческой и проектной деятельности преподавателей и обучающихся.

В разделе «Приложения» размещены работы преподавателей и обучающихся, представленные для участия в различных конкурсах. На страницах сайта можно познакомиться с виртуальной галереей «Код нашей памяти», призванной привлечь внимание к проблемам и вызовам сегодняшнего времени по сохранению нашего исторического и культурного кода, а также интерактивным проектом «Квадратные ориентиры», направленном на развитие эмоционального интеллекта, коммуникативных навыков учащихся и расширение их познаний в области искусства. В проекте предусмотрены страницы «Искусство вслух», содержащие описание картин и позволяющие приобщиться к искусству живописи детям с утраченным зрением.

Единое интерактивное образовательное пространство постоянно расширяет свои горизонты. С каждым годом на сайте «Душегрея» появляются новые интерактивные разработки, которые могут применяться не только на уроках ОДНКНР или ОРКСЭ, но и на уроках литературы, МХК, истории и других смежных дисциплин. Регулярно разрабатываются сетевые проекты, способствующие совместной деятельности и сотворчеству, позволяющие объединить участников различных возрастных групп и населенных пунктов посредством дистанционных технологий. Например, сетевой проект «Тихая моя родина» позволил ребятам из разных концов Ростовской области расширить знания о своей малой родине и научиться работать в команде в режиме онлайн. Проект-альбом «Страницы Красной Книги Ростовской области» способствовал формированию бережного отношения к природе, а также развитию ИКТ-компетенций и навыков исследовательской деятельности и коммуникации.

Дополнительным модулем, стимулирующий мотивацию обучающихся к познавательной и творческой деятельности, стал модуль «Наши победы», содержащий награжденные материалы учеников и преподавателей за участие в международных, всероссийских и региональных конкурсах, викторинах и веб-квестах.

Организация единого интерактивного образовательного пространства, основанного на трех главных составляющих инновационной деятельности: современное содержание обучения, современные методы и современная инфраструктура обучения, способствует взаимодействию между всеми участниками образовательного процесса и позволяет выйти на качественно иной уровень: использование информационно-коммуникационных технологий в рамках предмета ОДНКНР превратилось в эффективный инструмент по развитию креативности, самопознания и самовоспитания.

Следует отметить, что данная модель сотрудничества актуальна для всех участников образовательного процесса не только при дистанционной форме обучения, но и при очном обучении в любом общеобразовательном учреждении.

Список литературы

1. Федеральный закон «О свободе совести и о религиозных объединениях» от 26.09.1997 № 125-ФЗ (Статьи 3, 5).
2. Колюткин Ю.Н., Муштавинская И.В. Образовательные технологии и педагогическая рефлексия. СПб.: СПб ГУПМ. 2002, 2003
3. Письмо Минобрнауки России от 25.05.2015 г. № 08-761 «Об изучении предметных областей «Основы религиозных культур и светской этики» и «Основы духовно-нравственной культуры народов России».
4. Письмо Минобрнауки России от 01.09.2016 г. № 08-1803 «О реализации предметной области «Основы духовно-нравственной культуры народов России».
5. Письмо Минобрнауки России от 19.01.2018 г. № 08-96 «О методических рекомендациях».
6. Примерная программа «Основы духовно-нравственной культуры народов России» (основная школа). Минобрнауки России ФГАУ «Федеральный институт развития образования» - М.: 2016.
7. Распоряжение правительства Российской Федерации об утверждении Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года от 29 мая 2015 г. № 996-р.
8. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (Статьи 48, 87).

УДК: 376.23+ 159.922.73

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ОБУЧЕНИЯ В САНАТОРНОЙ ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ

В.О. Чилингарова, О.В. Калинина
ГКОУ РО «Ростовская на-Дону санаторная школа-интернат № 74»,
г. Ростов-на-Дону, РФ

Аннотация. В статье раскрыты теоретико-методологические аспекты психологического сопровождения часто и длительно болеющих детей среднего школьного возраста, их психологические особенности. Обоснован выбор психологических методов и эффективность их применения в психолого-педагогическом сопровождении, используемых для оптимизации процесса адаптации в условиях санаторной школы-интерната.

Ключевые слова: школьная адаптация, часто и длительно болеющие дети, методы психолого-педагогического сопровождения.

Выбор темы статьи обусловлен спецификой нашего учреждения. Санаторная школа-интернат функционирует для детей тубинфицированных микобактериями туберкулеза, с малыми формами туберкулеза, нуждающихся в длительном консервативном лечении и состоящих на учете в ГБУ РО «Областной клинический центр фтизиопульмонологии». В контингент обучающихся также входят дети с тубконтактом, нуждающиеся в изоляции от родственников, больных активными формами туберкулеза.

В последние годы в России отмечается стремительное увеличение числа часто болеющих детей. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) часто болеющими детьми принято считать тех, кто переносит в год 4 и более респираторных заболеваний. Некоторые авторы выделяют среди ЧБД очень часто болеющих детей, переносящих 7 и более раз в год повторные острые респираторные заболевания (ОРЗ). [6]

Наиболее весомый вклад в изучение данной проблемы внесли: Г. Арина, Н. Бадина, О. Зайцева, Т. Сидоркина, С. Трусова, А. Михеева и другие исследователи. Различные аспекты сопровождения часто болеющих детей рассматривались и коррекционными педагогами: Л. Бадалян, Л. Винокурова, В. Ковалев, В. Лебединский, А. Маллер, Г. Сухарева и другими. [6]. Часто и длительно болеющие дети – одна из наиболее актуальных и пока не решенных проблем, которая стала важной социальной проблемой. [8] Заболеваемость приводит к социальной дезадаптации ребенка, ограничивая его общение со сверстниками, формируя педагогические проблемы (снижение успеваемости, отставание от учебной программы). [2] Часто и длительно болеющие дети отличаются от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Так часто болеющим детям свойственна выраженная тревожность, неуверенность, быстрая утомляемость. У детей, имеющих соматические заболевания, может возникнуть симптом ослабленности (астении) [3]. Как это влияет на учебную деятельность?

В учебной деятельности этих детей отличает нестабильность, мотивация к учебе носит неустойчивый характер. Уровень концентрации внимания невысокий, степень активности (утомляемости) [1] может расти в течение урока, отрезок времени, проработанного без ошибок, короткий. У детей часто меняется настроение. Они не могут долго сосредоточиться на решении задачи или на выполнении письменного задания по русскому языку. [5]

В своей работе по психолого-педагогическому сопровождению часто и длительно болеющих детей мы руководствуемся современными концептуальными подходами, согласно которых психологическое здоровье рассматривается как интегративная характеристика личности, охватывающая как ее внутренний мир, так и все своеобразие взаимоотношений с окружением, включающая в себя физический, психический, социальный и духовный аспекты. [9] Ввиду того, что проблема трудностей школьной адаптации часто болеющих детей в условиях санаторной школы-интерната проявляется во

внутреннем дискомфорте школьника, мы пришли к выводу что необходимо использовать в работе по психологическому сопровождению эклектический подход, то есть, сочетать когнитивные, поведенческие и эмоционально-личностные концепции развития личности. [6]

Психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей в условиях санаторной школы-интерната мы организуем на основе личностно-ориентированной психотерапии, поведенческой терапии. Наиболее эффективным методом работы с часто болеющими детьми в возрасте 9-12 лет является игра. Игровые технологии ориентированы на развитие социальных навыков в процессе адаптации к учебной деятельности соматически ослабленных детей, на формирование у них коммуникативных, организаторских способностей, умения анализировать проживаемый в игре.

Результатом использования методов игровой терапии является установление дружеских взаимоотношений между учениками в классе, повышение эмоционального тонуса, психологической комфортности.



Кроме ролевых игр, с целью адаптации часто болеющих школьников, мы используем метод арт-терапии и методы прогрессивного расслабления. Положительное влияние арт-терапевтических методов очень велико. В процессе арт-терапии психологическое воздействие происходит легко и непринужденно, что очень важно в работе с детьми [4].

Выбор метода арт-терапии в коррекционно-развивающей работе с часто и длительно болеющими детьми в санаторной школе-интернате основан на преимуществах арт-терапии в сравнении с другими методами психотерапии. Эти преимущества заключаются в следующем [7]:

1. арт-терапия способствует раскрытию эмоций и чувств, которые

связаны с большой потерей (детские страхи, травмы, насилие, гибель близких людей) и необходимых для дальнейшего анализа и избавления человека от их последствий;

2. в процессе художественного творчества усиливается чувство личностной целостности, реализуются навыки и способности человека к творчеству;

3. арт-терапия способствует выходу накопленных за долгое время негативных чувств, посредством творчества, о которых человек никогда не решился бы рассказать;

4. детей привлекает возможность экспериментировать с различными художественными материалами, создавать свой творческий рисунок на темы: «Веселые брызги» (акварель), «Рисуем воском» (восковая свеча), «Монотипия» (нанесение брызг на бумагу и перенос их на стекло) и другие.

Работа по программе «Арт-терапия» имеет свои положительные результаты: в процессе занятий арт-терапией у детей происходит осознание наличия разных эмоциональных состояний и умение выражать свои эмоции и чувства, осознание своего внутреннего «Я», повышение самооценки, развитие креативности мышления.

Наша практическая работа показала, что в процессе психологического сопровождения часто и длительно болеющих детей для стабилизации их психоэмоционального состояния эффективными являются методы прогрессивного расслабления. Для среднего школьного возраста методы релаксации оказывают положительное влияние, ведь умение регулировать эмоциональное состояние, путем расслабления тела и положительного самовнушения, способствуют преодолению внутреннего напряжения, которое является следствием школьной дезадаптации. Поэтому целесообразным для ускорения процесса школьной адаптации часто и длительно болеющих детей является использование элементов аутогенной тренировки [3] в виде психологической гимнастики, релаксации и позитивного самовнушения.

Выводы: благодаря комплексу мер – медицинских, педагогических по сохранению и укреплению психического здоровья обучающихся, дети с ослабленным здоровьем проходят успешную адаптацию в нашей санаторной школе-интернате.



Рис.1. Результаты диагностики адаптации к школе

По результатам диагностики за 2020-2021 учебный год имеем следующие результаты: адаптированность – 83,4%, дезадаптированность – 16,6%, активность, лидерские способности – 75,8%, отстраненность от учебного процесса, пассивность – 24,1%, завышенная самооценка, неприятие других – 8,3%, адекватная самооценка, приятие себя, приятие других – 91,6%.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение часто и длительно болеющих детей, основанное на профилактике и коррекции дезадаптации, способствует сохранению и укреплению психического здоровья обучающихся санаторной школы-интерната, снижению уровня их школьной тревожности, развитию чувства собственного достоинства, умения преодолевать неуверенность, способность поверить в себя.

Список литературы

1. Астения – синдром усталости// https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/asthenia
2. Балева Л. С., Вавилова В.Л., Доскин В. А. Современные проблемы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология). 2005. 46 с
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. канд. мед. наук С. Н. Бокова. Воронеж: Издательство НПО «Модекс». 1995 г. С. 46, 52
4. Кисилева М.В. Арт-терапия в работе с детьми. Спб.: Речь, 2008
5. Пивоварова А.М. Астенические состояния у детей и подростков. Профилактика и лечение. Практика педиатра декабрь. 2012. С. 56-61

6. Психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих младших школьников как необходимое условие их школьной адаптации. (Педагогика и психология: тенденции и перспективы развития // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Волгоград. 2014. 170 с.

7. Рекаева Н.Ю. Арт-терапевтический подход в работе с детьми и подростками // Экономика, психология, право: современные тенденции и перспективы развития: Материалы международной научно-практической конференции. Шахты ИСОиП (филиал) ДГТУ. 2013. С.162-168

8. Романцов М. Г., Мельникова И. Ю. Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей // Педагогика и психология: Теория и практика. 2016. № 2 (4). С. 68-71

9. Романцов М. Г., Силаев А. А., Мельникова М. Ю. Психологические особенности детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих проблемы со здоровьем. // Проблемы современной науки и образования. 2016. № 12 (54). С.137-143

Алфавитный указатель

- Абрамова М.А. 287
Адамовская О.Н. 8
Асташенкова С. А. 171
Бабанская М.А. 305
Баранова Ю.Б. 251
Барсукова Ю.И. 147
Беляев А.Н. 177
Бобков Г.С. 190
Бобкова С.Н. 190
Ботулева Е.В. 121
Вавилов А.М. 73
Вавилова В.П. 73
Вильдгрубе С.А. 294
Волкова И.В. 80
Воронько Т.Л. 134
Гиниятова З.М. 225
Головина О.Е. 127
Горбунова Т. В. 171
Горшенина А.А. 204
Гущина О.Л. 88
Демидова А.Л. 246
Диденко Е.В. 158
Догадкина С.Б. 8
Дроботова О.А. 102
Ермакова И.В. 8
Забабурина О.С. 282
Зеленцова Е.А. 198
Зуева Т.М. 111
Казьмина М.В. 152
Калинина О.В. 308
Караман С.А. 102
Ким Е.Л. 257
Кмить Л.В. 8
Костырева Т.А. 129
Крамаренко ЕВ. 294
Красохина О.Е. 98
Криницкая Е.В. 276
Кузнецова Н.Н. 115
Куликова Н.Г. 80
Куртанова Ю.Е. 290
Лапина К.А. 213
Малова Ю.А. 94
Манкевич М.Г. 261
Макеева М.Н. 217
Маркова Н.В. 115
Микитченко Н. А. 81
Миронова С.С. 237
Мурзабекова О. В. 109
Мячина Е.А. 194
Неверова И.А. 207
Незговорова М.Н. 274
Никольская С.В. 115
Панфилова Н.И. 141
Подольская И.А. 94
Полина Е.А. 152
Попова Г.А. 261
Попова И.А. 152
Попова Е.В. 274
Присячева Н.В. 141
Прокопкина С.В. 182
Ракипова Л.Ф. 204
Ракова М.С. 290
Рублева Л.В. 8
Рябов Я.Г. 155
Савельева О.А. 89
Савченко А.А. 87
Свиридова И.А. 147
Семенкина О.В. 167
Семенова Т.Н. 221
Сериков Н.А. 165
Серикова В.В. 165
Сунгурова А.В.. 210
Сюрин С.Н. 251
Сюрина О.В. 251
Таборская Т. В. 299
Таранушенко Т.Е. 87
Твердохлебова Н.В. 305
Теппер Е.А. 87
Тоц Е.С. 251
Улыбина Е.В. 241
Фейзиева С.В. 269
Фирсова Г.М. 294
Хан М. А. 81
Христенко Л.Е 141
Червинская А. В. 81
Черкаева А.Х. 73
Чилингарова В.О. 308
Шарапов А.Н. 8
Шишова Э.Р. 111
Щербак А.П. 177
Юдина Е.А. 94

