

інтелігенції. А постійне вивчення рівня розвитку і вихованості кожного студента та колективу академічної групи дає змогу ефективно вибудувати навчально-виховний процес у ВНЗ із урахуванням тих змін, яких зазнає студентський колектив загалом і кожен його учасник зокрема, коригувати зміст і методику цього процесу. При цьому важливим завданням кожного викладача є допомогти студентові в процесі становлення його не тільки як майбутнього спеціаліста, але й як особистості, сприяти створенню атмосфери свободи, самоповаги та творчості.

БІБЛЮГРАФІЯ

1. Балакірова О. М., Яременко О. О. Проблеми соціального розвитку молоді на сучасному етапі // Молодь: стан, проблеми, шляхи розв'язання. – К.: АЛД, 1996. – Вип. 5. – С. 231-256.
2. Власенко А. С. Некоторые вопросы воспитания советского студенчества на современном этапе: Ученые записки. – Моск. обл. пед. инст. – М., 1971. – С. 54.
3. Власенко Л. В. Концепція соціально-психологічного супроводу студентів вищих навчальних закладів // Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Т. IV. – Ч. 2. – К., 2001. – С. 54-61.
4. Кобильченко В. В. Формування особистості як психолого-педагогічна проблема // Нові технології навчання. – 2001. – Вип. 31. – С. 3-12.
5. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи: Навч. посібник (для студ. вищих навч. закл.) / В. Л. Ортинський – К.: Центр учбової літератури, 2009. – С. 337-352.
6. Современные психолого-педагогические проблемы высшей школы / Под ред. Б. Г. Ананьева, Н. В. Кузьминой. – Ленинград, 1974. – С. 5-98.
7. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Т. І. Туркот. – К.: Кондор, 2011. – С. 350-427.
8. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи: Навчальний посібник / М. М. Фіцула. – К.: «Академвидав», 2006. – С. 32-45.
9. Чорний Г. М., Ястреб М. П. Організація навчально-виховного процесу у ВНЗ. Навчальний посібник / Г. М. Чорний, М. П. Ястреб. – К.: НУБіП України, 2008. – С. 28-41.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Дубінка Микола Михайлович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки та освітнього менеджменту Кіровоградського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка.

Коло наукових інтересів: самовизначення особистості майбутнього педагога; педагогіка вищої школи; вивчення педагогічної спадщини В. О. Сухомлинського.

НАПРАВЛЕННОСТЬ КОРРЕКЦИОННОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Николай ЕФИМЕНКО (Одесса)

В статті розглянуто історичну трансформацію спрямованості рухової реабілітації від суто медичних засобів реабілітування до сучасних глобальних педагогічних систем, що застосовують відновлення ортофункції дитині з порушеннями опорно-рухового апарату для її загального особистісного розвитку та успішної інтеграції в суспільство.

В статті розглянуто історичську трансформацію направленості двигательної реабілітації від суцільно медичних реабілітаційних підходів до сучасних глобальних педагогічних систем, які використовують для відновлення ортофункції дитини з порушеннями опорно-двигательного апарату для його загального особистісного розвитку та успішної інтеграції в суспільство.

Ключові слова: спрямованість, рухова реабілітація, корекційне фізичне виховання.

Сучасний етап становлення української спеціальної педагогіки характерен пошуком концептуальних підходів до рішення глобальних проблем інтеграції в суспільство різних категорій дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Одну з найбільш розповсюджених груп традиційно складають діти з порушеннями опорно-двигательного апарату (ОДА). На жаль, в Україні до сих пор відсутня єдина державна програма по корекційному фізичному вихованню дітей дошкільного віку, стражданих ДЦП та маючих інші порушення ОДА. В цій зв'язі актуальним представляється розгляд поняття «направленості двигательної реабілітації», її історичської трансформації та сучасної змістової ролі, що і викладається метою статті.

Вопросам корекційного фізичного виховання дітей з різними двигательними порушеннями в вітчизняній та зарубіжній науці приділяється багато уваги (Шевцов А. Г., Васильєва Л. Ф., А. Пете та його школа, Малофєєв Н. Н., Мастюкова Е. М., А. Фінк, Ефименко Н. Н.).

Обзор даної проблеми за останні десятиліття показав, що системи реабілітації дітей з порушеннями ОДА претерпели послідовні еволюційні трансформації: від суцільно медичних реабілітаційних технік до загальнопедагогічних та далі – до соціальних. Відповідно до тривимірної моделі за А. Г. Шевцовим [7] має сенс розглядати та варіанти направленості двигательної реабілітації.

Під *направленістю двигательної реабілітації* в нашому випадку розуміється пріоритетність у використанні медичних технологій та(або) педагогічного методичного потенціалу, а також їх взаємне поєднання, з метою досягнення максимального відновлення ортофункцій у дітей з порушеннями ОДА, що дозволить їм успішно інтегруватися в сучасне суспільство. Поняття «направленість» є стратегічним у всьому процесі двигательної реабілітації від народження дитини з ДЦП (або маючим інші порушення ОДА) до його дорослого становлення. Відповідно до історичної закономірності становлення двигательної реабілітації, а також внутрішньої логіки перебігу самого захворювання має сенс

выделить три основных варианта направленности в лечебно-педагогическом процессе детей указанного контингента:

1. *Лечебная двигательная реабилитация* – является первичной в раннем возрасте, а также при тяжелой степени двигательных нарушений. Данный лечебный блок курируют медицинские работники, а ведущими здесь являются такие медицинские мероприятия, как хирургические операции (ахиллопластика, надсечение спастических мышечных волокон по методике Ульзебад), кранио-сакральные техники (окципитальный релиз, сепарационные техники, люмбосакральная декомпрессия, техники насаивания, поперечные виды техник, тракции, техника «укачивания ребенка» и др.), ортопедические мероприятия (лечение положением, поэтапное гипсование голеностопов, ношение различных ортезов, ортопедической обуви), физиотерапевтические процедуры (электрофорез спазмолитиков по Ратнеру, техники теплолечения, специальные релаксационные ванны, электростимуляция паретичных мышц, магнитотерапия, бальнеолечение, криотерапия и т.д.). К медицинскому блоку также следует отнести различные виды массажа, мануальную терапию, рефлексотерапию, иглоукалывание. В общей системе двигательной реабилитации медицинские техники в хронологическом смысле являются первичными по отношению к вторичным педагогическим технологиям. Это видно из самой модели двигательного развития ребенка, в основе которой расположен блок «Физическое развитие» (рис. 1). Как известно, в понятие «физическое развитие» входят такие показатели как длина тела, масса тела, соотношение массы тела с длиной тела, антропометрия головы, грудной клетки, конечностей, состояние костей, суставов, связок, фасций, тонус мышц, осанка, состояние отделов стопы, естественная сила мышц и др. Таким образом, первичность лечебной двигательной реабилитации определяется, с одной стороны, возможно более ранним началом соответствующих процедур, а, во-вторых, необходимостью создания определенного морфо-функционального фундамента для дальнейших педагогических коррекционных мероприятий.

2. *Восстанавливающая направленность* процесса двигательной реабилитации определяется нацеленностью на преодоление имеющихся в морфо-функциональном статусе ребенка нарушений и создание предпосылок для дальнейшего раскрытия его биологического двигательного потенциала уже в образовательном пространстве (дома, в дошкольном учреждении, школе-интернате, общеобразовательной школе). В данном варианте направленности медицинские техники сочетаются с появившимися педагогическими возможностями, и это достаточно эффективно представлено в лечебной физической культуре (ЛФК). Это тот самый условный стык между медициной и педагогикой,

между специфическими медицинскими техниками, имеющими несколько локализованную направленность (на конкретные мышцы или суставы) и более общими, направленными на развитие всего организма и личности в целом, возможностями педагогических технологий. Именно на этом стыке в последние десятилетия и формируется новое направление, именуемое специальной педагогикой, в определенной степени – «медицинской педагогикой» (по А. Е. Штеренгерцу).

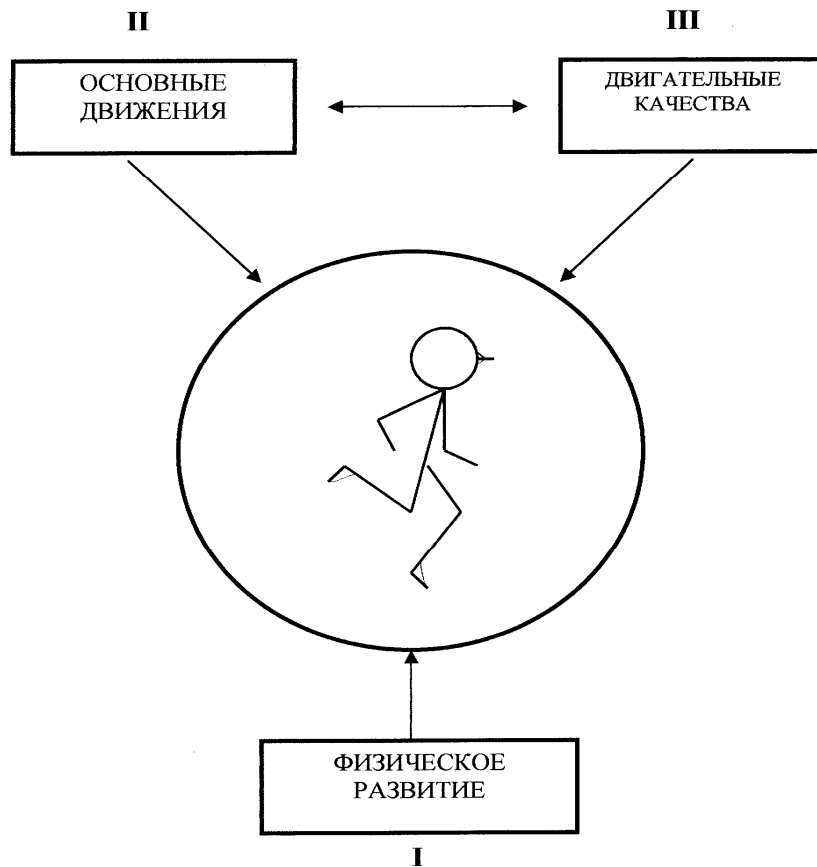


Рис. 1 Модель двигательного развития ребенка

3. *Коррекционно-развивающая (адаптивная) направленность* двигательной реабилитации детей с нарушениями ОДА должна быть представлена специально организованной системой физического воспитания с целью преодоления имеющихся двигательных нарушений, формирования доступных основных движений и создания предпосылок для успешной бытовой, учебной, трудовой и социальной адаптации данного контингента детей. В этом варианте направленности двигательной реабилитации ведущим являются методический потенциал коррекционного физического воспитания детей, что позволяет в более успешной форме осуществлять их социальную адаптацию. При этом некоторые медицинские техники не теряют своей актуальности, хотя и

имеют теперь в определенной степени второстепенное значение (массаж, физиопроцедуры, мануальная терапия).

Резюмируя сказанное выше, следует заметить, что каждому из перечисленных вариантов направленности двигательной реабилитации будет соответствовать адекватная форма реабилитации движением:

– лечебной двигательной реабилитацией будет заниматься *прикладная кинезиология*;

– восстанавливающую направленность двигательной реабилитации будет курировать *ЛФК*;

– коррекционно-развивающее направление двигательной реабилитации будет реализовываться посредством *коррекционного физического воспитания*.

В идеале, когда удастся практически полностью преодолеть имеющиеся двигательные нарушения у детей, доминирующим становится *адаптивное физическое воспитание*, приближенное к таковому у здоровых сверстников, но учитывающее некоторые особенности последствий перенесенного заболевания или травмы. Вершиной двигательной реабилитации детей с нарушениями ОДА является полное преодоление имеющихся у них двигательных нарушений и выход на уровень *физического воспитания здоровых сверстников* без каких-либо ограничений. Конечно, в реальности с каждым конкретным ребенком или группой детей удастся подняться на доступную для него (них) ступень двигательной реабилитации, что, в конечном итоге, и определяет выбор направленности двигательной реабилитации и соответствующую ее форму. К факторам, определяющим направленность двигательной реабилитации и выбор соответствующих ее форм, можно отнести:

– форму заболевания (церебральный паралич, спинальные парезы; прочие варианты);

– степень тяжести двигательных нарушений (легкая, средняя, тяжелая);

– сохранность интеллекта;

– возраст ребенка;

– сопутствующие отклонения в развитии («вторичные дефекты»);

– динамику преодоления двигательных нарушений.

Таким образом, двигательная реабилитация детей с нарушениями ОДА видится целостным непрерывным процессом, в котором последовательно или одновременно присутствует перечисленная выше направленность. Имеет смысл придерживаться подобной трехмерной модели при формулировании в проекте программы разделов задач двигательной реабилитации детей, страдающих ДЦП и имеющих другие нарушения ОДА. Это может выглядеть следующим образом:

1. Двигательные лечебно-восстановительные задачи (медицинский, частично педагогический блок).
2. Двигательные коррекционные задачи (педагогический, частично медицинский блок).
3. Адаптивные двигательные задачи (педагогический и социальный блоки).

Далее имеет смысл обозначить концептуальные подходы в двигательной реабилитации, сформировавшиеся в последние два десятилетия, в соответствие с вышеприведенной условной классификацией. Итак, лечебная направленность двигательной терапии наглядно представлена в *кинезиотерапии*, столь популярной за рубежом и становящейся реальностью на постсоветском пространстве, в том числе и в Украине. Первый семинар по кинезиологии для украинских специалистов был проведен осенью 2011 года в Ялте. Ведущим специалистом в этой области в СНГ является профессор Васильева Л. Ф. Уже в своих первых работах по данному направлению она стала предлагать рассматривать тело человека как единое целое и призвала заменить локальный подход к исследованию мышц и суставов более комплексной визуальной оценкой патобиомеханики *на уровне регионов позвоночника и конечностей, а также опорно-двигательного аппарата в целом* (выделено мной. – Н. Н.) [1, с.3]. Л. Ф. Васильева призывает не только оценивать место локализации боли в мышцах, но при этом не упускать, как пациент стоит и как он двигается: «Особенностью этих жалоб является то, что боль локализуется в том регионе, мышце, суставе, которые участвуют в поддержании статики или реализации конкретного движения, выполняя несвойственную им нагрузку, компенсируя несостоятельность ранее возникших дисфункций мышечно-скелетной системы» [1, с. 6]. В этих подходах также заметно неизбежное эволюционное сближение медицинского диагностирования с педагогическим тестированием – условно это направление можно назвать *педагогической диагностикой*. Автор настоящей статьи (Н. Н.) также осуществил интеграцию физкультурных тестов с неврологической диагностикой – в 2001 г. вышла монография «Методика игрового тестирования двигательного развития и здоровья детей в норме и при патологии». В последние годы нарабатывался опыт так называемой *диагностики движением*, когда даже дистанционное наблюдение за особенностями статики и двигательной активности ребенка могут дать важную информацию о состоянии его скелета в целом и имеющихся патологических моторных паттернах.

Особую значимость в русле данного исследования представляют разработки в области мануальной терапии с основами прикладной кинезиологии в педиатрии и геронтологии. Л. Ф. Васильевой с коллегами

[2] был разработан алгоритм диагностики недостаточной или патологической активности примитивных рефлексов структурного, химического и эмоционального генеза. Подобную диагностическую позицию мы находим в нейрогенетическом подходе к структуре двигательного дефекта при церебральном параличе, сформулированном в 1985 г. Е. М. Мастюковой [5]. Анализируя кинезиологические принципы школы Л. Ф. Васильевой, обращает на себя внимание интересный подход в общей схеме лечения дисфункций, предполагающий следующее [1, с.68-69]:

1. *Коррекцию структурных нарушений* (кранио-сакральная терапия, деторзия твердой мозговой оболочки, устранение функциональных блоков позвоночника и таза; нормализация физиологической мобильности висцеральных органов, а также релаксация диафрагмы).

2. *Коррекция химических нарушений* (устранение причин интоксикации и появления свободных радикалов).

3. *Коррекция эмоциональных нарушений* – активация нейрососудистых точек желудка и точек начала-конца меридианов на лице (массаж, эфирные масла, эссенции Баха, гелий-неоновый лазер) и др.

С одной стороны, нам импонирует комплексный подход, предполагающий поиск проблем в двигательной сфере на структурном, химическом и психическом уровнях. Однако, все эти направления в кинезиологии решаются только клиническими методами, при этом теряется столь значимая в коррекции педагогическая составляющая. И хотя прикладная кинезиология сегодня является официально медицинской наукой, дальнейшее повышение эффективности двигательной реабилитации детей с различными нарушениями ОДА представляется как раз *в ее педагогизации, т.е. сближении с коррекционным физическим воспитанием.*

Теперь обозначим концептуальные тенденции, характерные для постепенного перехода от медицинских средств двигательной реабилитации больных к общепедагогическим подходам в развитии личности. В этой связи остановимся подробнее на кондуктивной педагогике А.Пете, как современной системе, в которой наглядным образом воплощена эта естественная трансформация. Ниже будут представлены ее основные методологические положения:

– Пете не считал, что диагноз «нарушение опорно-двигательной системы» не оставляет больному никакой надежды и что у него есть лишь один выход – свыкнуться со своим дефектом. Напротив, он обозначил его сущность как *общее нарушение познавательных способностей* (выделено мной.– Н.Н.), которое отрицательно повлияло на моторику и развитие личности в целом [6, с.29]. По мнению Hári M. и

коллеги, неопытность, незнание, неумелость здорового ребенка не считается болезнью, в то время как неспособность, необученность, недостаточный опыт ребенка с функциональными расстройствами принимают за болезнь, которая требует излечения. Во главу угла в подобных случаях ставят *не обучение, а скорее лечение* (выделено мной. – Н.Н.) [8, с. 118].

– Для того, чтобы активизировать затормозившееся развитие личности, следует не лечить «нарушение опорно-двигательной системы», а по возможности *развивать с помощью специальных поддерживающих мероприятий лежащие в основе нарушенные познавательные процессы* (выделено мной. – Н. Н.). В этом смысле система Пете произвела революцию в существовавших ранее подходах [6, с. 29]. В этом плане характерен афоризм самого Пете: «Отвлечитесь, наконец, от парализованных мышц и займитесь личностью в ее целостности!».

– Предыдущее высказывание выражает принципиальную позицию создателя кондуктивной педагогики о *неразделимости тела, сознания и души* ребенка (выделено мной. – Н. Н.).

– Целью кондуктивной педагогики является гармоническое, целостное и взаимосвязанное развитие моторики, познавательных способностей, эмоциональности и социальных навыков детей на бытовом и интеллектуальном уровне. Целостность метода отражает и круг обязанностей педагога-кондуктолога, который создает возможность для *обучения детей*. Будучи убежденным, что каждый ребенок, даже с серьезными нарушениями способен развиваться, «кондуктолог не считает ребенка неспособным, наоборот, предполагает, что до сих пор он был лишен возможности нормально учиться. *Он ищет способности, заложенные в ребенке*» (выделено мной. – Н. Н.) [9, с. 1011]. Конечно, такая позитивная установка открывает родителям, привыкшим к методам лечения, в которых делается упор лишь на дефицитарность ребенка и симптомы болезни, обнадеживающую альтернативу [6, с. 29]. Кондуктивные меры воспитания определяются главной целью – интегрировать ребенка в общество, подтянуть его до уровня соответствующих возрастных групп и учебно-воспитательных учреждений, преодолев имеющуюся дисфункцию и восстановив ортофункцию. Под ортофункцией понимается *не просто восстановление моторики* (выделено мной. – Н. Н.), а способность ребенка включаться в пожизненный процесс обучения и выполнять стоящие перед ним задачи, брать на себя «активную роль в процессе собственного развития» [6, с. 121], адаптироваться к своему окружению и по возможности выполнять его требования [6, с.59]. «*Ортофункциональный*» (выделено мной. – Н. Н.) человек успешно справляется со своими задачами, но если

человек страдает дисфункцией, опыт неудач и фрустраций еще сильнее затормаживает его развитие. Здесь-то и начинается воспитательное действие кондуктивной педагогики. Кондуктолог выступает в роли социального партнера, выбирает те цели развития, которых ребенок может достигнуть, мобилизует его волю на выполнение поставленных задач, учит его самостоятельно ставить перед собой цель [6, с.14].

Таким образом, становится понятным, что только медицинскими средствами решить проблему успешной социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата невозможно. Именно педагогические возможности, система коррекционного физического воспитания данного контингента детей способна создать необходимые предпосылки для их успешной интеграции в общество.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Васильева Л. Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Васильева Л. Ф., Зотов И. Д., Крашенинников В. Л. Мануальная терапия с основами прикладной кинезиологии в педиатрии и геронтологии. – М.: ИД «Роликс», 2007. – 120 с.
3. Ефименко Н. Н. Театр коррекционного физического воспитания дошкольников в норме и при патологии [игровой метод] (Методические рекомендации для инструкторов по физической культуре, методистов ЛФК, воспитателей, психологов, учителей, дефектологов, слушателей ФПК, студентов и родителей). – Любашевка, 1991. – 22 с.
4. Малофеев Н. Н., Маркович М. М., Шматко Н. Д. Совместное воспитание и обучение – закономерный этап развития системы образования //Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2010. – №6 – С. 8-23.
5. Мастюкова Е. М. Нейрогенетический подход к структуре двигательного дефекта при церебральном параличе. // Дефектология, 1985. – №1. – С.23-29.
6. Финк А. Кондуктивная педагогика А. Пете: Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Предисл. О. Шпека; пер. с нем. Т. Е. Браудо, Б. А. Максимова, А. А. Михлина; Науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 136 с.
7. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: [монографія] / Андрій Гаррійович Шевцов. – К.: «МП Леся», 2009. – 483 с. – Бібліогр.: С. 461-481.
8. Hágy, M. et al. Das Pető-System. Prinzipien und Praxis der konduktiven Erziehung. – Budapest, 1992.
9. Tatlow, A. Konduktive Bewegungspädagogik (Pető-System) für zerebral-paretische Kinder. Krankengymnastik, 1990, 9, 1001-1002.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Єфименко Микола Миколайович – кандидат педагогічних наук, керівник авторського педагогічного Центру (АПЦ-ЦРД), м. Одеса.

Коло наукових інтересів: нові методичні підходи до фізичного виховання й оздоровлення дітей та дорослих; корекційне фізичне виховання дітей з різними руховими порушеннями.