

Здоровьесберегающие технологии повышения качества жизни школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Антипов В.А.1, Гаврилина Р.Н.2, Антипова Е.В.3, Мишарина С.Н.

¹Санкт-Петербургский университет МВД России

²Специализированная детско-юношеская спортивная школа олимпийского резерва по лыжным гонкам, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы повышения качества жизни детей школьного возраста с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Предложен региональный компонент образовательной программы по АФК для коррекционных школ VI вида, который, помимо общего физкультурного образования, включает прикладную адаптивную физическую культуру (АФК) социально-бытовой направленности, профессионально-ориентированную АФК (в соответствии с Перечнем профессий, подготовка к которым может быть предложена учащимся коррекционных школ VI вида), предпрофильную подготовку и профильное обучение (начальное обучение специальности АФК).

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, поражение опорно-двигательного аппарата, качество жизни, прикладная АФК социально-бытовой направленности, профессионально-ориентированная АФК, предпрофильная подготовка, профильное обучение.

По статистике, врожденные и приобретенные нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) наблюдаются у 5-7% детей, в т.ч. до 85% приходится на детский церебральный паралич (ДЦП) [1]. Школьники с ПОДА частично или полностью ограничены в произвольных движениях. В зависимости от характера заболевания и степени выраженности дефекта дети с ПОДА условно подразделяются на 3 группы: I группа - дети, страдающие остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника) и т.п. II группа - дети, страдающие различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной системы), а также дети, страдающие тяжелыми формами сколиоза. III группа - дети с последствиями полиомиелита и церебрального паралича, у которых нарушения ОДА связаны с патологией развития или повреждением двигательных механизмов центральной нервной системы (ЦНС).

У детей с ДЦП отмечаются расстройства координации движений, выявлены нарушения функций захвата предметов, противопоставление большого пальца остальным, проблемы с

разведением и разгибанием пальцев. У больных данной нозологии отмечается плохая изолированность двигательных действий, их неточность, неадекватность, а также расстройство зрительно-моторной реакции. Умственное развитие у детей с ДЦП может варьировать от нормального до выраженных форм психического недоразвития.

Основными формами проявления координационных нарушений у детей с ДЦП являются: неумение провести целенаправленное движение, несогласованности движений верхних и нижних конечностей, неспособность дифференцировать пространственные параметры двигательного действия [3].

Исследования, проведенные ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ физической культуры», показали, что среди мальчиков младшего школьного возраста с гармоническое развитие, 6% - дисгармоническое, 47% - резко дисгармоническое; среди девочек младшего школьного возраста 33% - гармоническое развитие, 13% - дисгармоническое, 53% - резко дисгармоническое. У мальчиков среднего школьного возраста гармоническое развитие составляет 41%, 32% - дисгармоническое, 27% - резко дисгармоническое. У девочек среднего



школьного возраста преобладает резко дисгармоническое развитие (71%); мальчики старшего школьного возраста имеют дисгармоническое (31%) и резко дисгармоническое развитие (69%). Среди девочек старшего школьного возраста 27 % имеют гармоническое развитие, дисгармоническое развитие наблюдается у 18% девочек данной возрастной группы и 55 % имеют резко дисгармоническое развитие. У мальчиков младшего школьного возраста с гармоническим развитием микросоматотип выявлен у 33 %, мезосоматотип - у 67 %; у девочек этого же возраста с гармоническим развитием микросоматотип определен у 40 %, мезосоматотип - у 60 %. Мальчики среднего школьного возраста с гармоническим развитием в 56% случаев имеют микросоматотип, 33% - мезосоматотип и 11% - макросоматотип. Девочки среднего школьного возраста с гармоническим развитием обладают микросоматическим типом сложения. Среди девочек старшего школьного возраста с гармоническим развитием микросоматический тип сложения имеется у 33 % и среднее физическое развитие – у 67 % [4]. Различные формы нарушения функций ОДА (спастическая диплегия, гиперкинез, органическое нарушение коры головного мозга, гемипарез, атоническая и астатическая форма) значительно влияют на отклонения в росте и развитии детей школьного возраста. В данной категории обследуемых школьников определилось 70% детей с дисгармоническим и резко-дисгармоническим физическим развитием. Но даже при антропометрических параметрах, характеризующих гармоническое развитие школьников, в большинстве случаев (54%) преобладает микросоматотип [2].

Важной социальной задачей является повышение качества жизни школьников с ПОДА. В этих целях в дополнение к федеральному компоненту образовательной программы «Физическая культура в коррекционных школах VI вида для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата», который решает образовательные и оздоровительные задачи, нами был разработан региональный компонент программы, способный обеспечить школьникам с нарушенным развитием приобретение жизненных компетенций, необходимых для повышения качества жизни, интеграции в общество. Задачи регионального компонента образовательной программы:

1. Создание педагогических условий для прочного усвоения школьниками базовых знаний по физической культуре.

2. Формирование устойчивых ценностных ориентаций к физической культуре, спорту и здоровому образу жизни; повышение интереса школьников с ПОДА к занятиям физическими упражнениями и паралимпийским спортом.

3. Приобретение жизненно важных двигательных умений и двигательными умений, необходимых для будущей профессии, и достижение уровня физической подготовленности к ней.

4. Социализация личности и интеграция индивидуума в общество.

5. Отвлечение школьников от вредных привычек (употребления наркотиков и алкоголя, курения), профилактика преступности среди несовершеннолетних.

6. Повышение уровня физической активности, ориентация на здоровый образ жизни.

7. Получение учащимися профильных классов углубленных знаний по теории АФК и знакомство с будущей профессией педагога.

8. Улучшение качества жизни детей с ПОДА.

Основными средствами АФК являются здоровьесберегающие технологии, включающие физические упражнения, которые в сочетании с дополнительными средствами укрепляют организм, обеспечивают развитие физических качеств, способствуют физической коррекции и социальной адаптации, повышению качества жизни детей с нарушениями ОДА. Региональный компонент адаптивного физкультурного образования школьников с ПОДА содержит следующие виды физической культуры: оздоровительную, развивающую, корригирующую (коррекционную), социально-бытовую, профессионально-ориентированную и спортивно-ориентированную. Для улучшения качества жизни, способности самостоятельно себя обслужить школьники с ПОДА осваивают прикладные физические упражнения социально-бытовой направленности. Занятия включают освоение учащимися необходимых умений, выработку жизненно необходимых навыков, и проводятся в игровой форме. Составляется «полоса препятствий», которая должна быть преодолена учащимися в игровой (соревновательной) ситуации. На I ступени обучения (1-3 классы) это могут быть

простейшие бытовые умения; На II и III ступенях обучения перечень упражнений социально-бытовой направленности расширяется, а сами задания усложняются. В программу обучения школьников 9-11 классов с ПОДА включается профессионально-ориентированная АФК. Физические упражнения в данном случае носят прикладной характер и связаны с выбором школьниками будущей профессии. Для старших школьников с ПОДА коррекционной школы VI вида может быть введено профильное обучение: 9 класс - предпрофильная подготовка (элективный курс), 10-11 классы – профильное обучение. Исключение составляют школьники с тяжелыми формами ДЦП. Дополнительные средства АФК являются сопутствующими, и могут широко применяться в семейном физкультурном образовании (закаливающие процедуры) и предоставляться в качестве оздоровительных услуг (массаж).

Литература:

1. Виды патологий опорно-двигательного аппарата. – [Электронный ресурс]. – 30.06.2013. – URL: <http://lesnaya.nethouse.ru/articles/57165>. - Дата обращения: 02.11. 2015.
2. Мишарина, С.Н. Оценка психофизического развития и отношение школьников с ограниченными возможностями к урокам адаптивной физической культуры / С.Н. Мишарина, А.В. Шевцов, А.А. Баряев и др. // Теория и практика физической культуры. – 2008. - № 3. - С. 8-12.

3. Пануш, В.Г. Шахматы как вспомогательное средство развития психомоторных способностей детей с последствиями церебрального паралича: автореф. дисс. ... канд. пед. наук /В.Г. Пануш. – М.: РГАФК, 2001. – 29 с.

4. Технологический проект и типовая образовательная программа «Физическая культура в коррекционных школах VI вида для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата»: региональный компонент /авторы: д.п.н., проф. Евсеев С.П.; к.п.н., доц. Мишарина С.Н.; к.п.н., доц. Антипова Е.В. – СПб.: СПбНИИФК, 2008. - 47 с.

Информация об авторах:

Антипов Вячеслав Александрович, канд. пед. наук, Санкт-Петербургский университет МВД России

Гаврилина Розалия Николаевна, специализированная детско-юношеская спортивная школа олимпийского резерва по лыжным гонкам, Санкт-Петербург, Россия

Антипова Елена Васильевна, канд. пед. Наук, доцент, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Мишарина Светлана Николаевна, канд. пед. наук, доцент, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Поступила в редакцию 16.11.2015