

374
С-289

На правах рукописи

Сековец -

Сековец Людмила Сергеевна

**КОРРЕКЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ
ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ
С МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ**

13.00.03 — коррекционная педагогика

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации
на соискание ученой степени
доктора педагогических наук

Москва
2002

СРС

У

Работа выполнена
на кафедре коррекционной педагогики и специальной психологии
Нижегородского института развития образования

Научный консультант: доктор психологических наук,
профессор *Плаксина Л.И.*

Официальные оппоненты: доктор педагогических наук,
член-корр. РАО *Малофеев Н.Н.*
доктор психологических наук,
профессор *Кручинин В.А.*
доктор медицинских наук,
профессор *Козлова Л.П.*

О.С.У.
Ф.Ф. НАУЧНАЯ
БИБЛИОТЕКА
И.А. УШЕНИНСКОГО

03-22293

Ведущая организация: Академия повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования РФ

Защита состоится «14» марта 2002 года в 14-00 часов на заседании диссертационного совета Д 008.005.01 в Институте коррекционной педагогики РАО по адресу: 119121, Москва, Погодинская ул., д. 8, кор. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в Институте коррекционной педагогики Российской академии образования.

Автореферат разослан « 9 » февраля 2002 г.



Alle

Алле А.Х.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

374
С-289

Актуальность исследования. Динамика современного общественного развития требует серьезного анализа и кардинального пересмотра системы образования и, в частности, физического воспитания как одной из ее составляющих. Из этого вытекает потребность пересмотра понятийного аппарата, связанного с проблемой физического воспитания и развития, серьезного структурного анализа целей и задач, содержания, форм и методов физической культуры. Возникает необходимость и систематизации научно-экспериментальных и практических данных по проблеме физического воспитания детей с нарушением зрения, позволяющих разработать эффективные пути совершенствования медико-психолого-педагогической работы в специальных дошкольных учреждениях для детей с косоглазием и амблиопией.

Современный подход к исследованию проблемы физического развития и воспитания представляется как многоплановая, многогранная и исторически обусловленная потребность общества в обновленном видении целеполагающих основ физического совершенствования личности, которая в наши дни поставлена перед необходимостью быть устойчивой, физически закаленной, социально адаптированной к быстроменяющимся условиям жизнедеятельности.

Предпосылкой к решению проблемы исследования мы считаем необходимость пересмотра отношения к уже устоявшимся в теории и практике терминам и понятиям, целям, задачам и конечному результату существующей системы физического воспитания.

Такой пересмотр диктуется двумя причинами:

— во-первых, проблема физического воспитания, являясь составной частью всей образовательной системы, по некоторым ее аспектам в силу изменившихся социально-экономических и идеологических реалий общественной жизни требует от личности наиболее совершенных индивидуальных, самодостаточных и жизнеустойчивых качеств;

— во-вторых, в коррекционной педагогике до сих пор специалисты при осознании своеобразия физического воспитания детей с отклонениями в развитии в большей степени придерживались идеи выравнивания тех сторон их физического развития, которые страдают на фоне той или иной патологии, а в своих содержательных и методических установках следовали за общеобразовательной системой физического воспитания. Но время расставляет свои акценты, которые диктует идейно-политическая и экономическая ситуация в обществе. Политика нашего государства по отношению к детям с проблемами развития пока еще не стала действенной и подлинно гуманной. Наоборот, снижение уровня жизни населения привело к увеличению количества детей с нарушениями в развитии, а их психофизический статус, по сравнению с тем, который отмечался у детей с отклонениями в развитии пятнадцать лет тому назад, значительно утяжелился. Появилось значительное количество детей с заболеваниями и дефектами. В этих условиях проблему реабилитации здоровья и физического развития нельзя решать только на

основе общепедагогических подходов и устоявшихся дефектологических принципов.

Идея Л. С. Выготского о роли социального фактора в преодолении первичного дефекта требует дальнейшего развития в направлении слияния медико-психолого-педагогической помощи ребенку. В свете этого необходимо отметить взаимодействие общего и частного в специфических проявлениях индивидуальных особенностей физического развития ребенка с особыми проблемами.

Однако, подчеркивая важность специализации, мы должны провести анализ тех психолого-педагогических основ физического воспитания, без которых немислимо решение проблемы интеграции детей с отклонениями развития в общество. Остановимся на анализе уже имеющейся системы физического воспитания, которая складывается под влиянием практических запросов общества и требований к полноценной физической подготовке подрастающего поколения и взрослых к труду.

У Э.Я.Степаненковой в теории и методике физического воспитания и развития ребенка основной их целью называется «подготовка к жизни, труду, защите Отечества».

Если исходить из этой цели, то по всем направлениям у детей с отклонениями в развитии отмечаются осложнения. По данным Министерства образования, в настоящее время 98% детей рождаются с нарушенным здоровьем. Поэтому на первое место выдвигается задача укрепления его, что является залогом успешного физического развития человека. И только при взаимодействии медицины и педагогики мы сможем прийти к положительному результату коррекции недостатков физического развития детей.

Что же касается установки на труд и защиту Отечества, то, вероятнее всего, она не может быть актуальной для возраста, когда еще только закладываются основы здоровья и формируются элементарные физические способности к овладению основными видами движений, позитивное психоэмоциональное отношение к двигательным актам, позволяющее ощущать радость и гедоническое чувство.

При этом надо учитывать, что введение понятия «подготовка к жизни» лишает важного смысла повседневный уклад жизни ребенка, где обеспечение двигательной активности выступает как одна из ведущих целевых установок. К этому подвигает нас изучение и анализ практики дошкольного воспитания, в которой мы обнаруживаем значительное количество игр, занятий, бытовых мероприятий малоподвижного характера, вследствие чего уже в течение многих лет обсуждается проблема гиподинамии и ее пагубного влияния на здоровье детей дошкольного возраста.

Если мы имеем среди нормально видящих дошкольников 50—52% нарушений опорно-двигательного аппарата, а среди детей с нарушением зрения — 98%, то со всей определенностью можем говорить только по одному этому показателю, что существующая традиционная общеобразовательная система физического воспитания не решает задач выравнивания недостатков двигательной сферы. В связи с этим требуется переориентация ее на

формирование и развитие всех функциональных систем ребенка в естественных двигательных актах. Тогда как в специальных детских садах для детей с нарушением зрения до сих пор сохраняется тенденция оценки физического развития по параметрам нормально видящего ребенка. Такая практика, конечно же, недопустима. Подобных проявлений общепедагогических подходов к анализу состояния физического воспитания в специальных дошкольных учреждениях можно обнаружить более чем достаточно. Но это неправомерно по отношению к детям с отклонениями в развитии, так как в этом случае должны ставиться иные цели и задачи, направленные на преодоление недугов и коррекцию физического развития.

Об этом особенно начинаешь задумываться, когда рассматриваешь физиологические механизмы развития движений у детей, в которых обнаруживается системная взаимосвязь и иерархия как регулирующих, так и исполняющих структур организма человека.

Опираясь на сложившиеся в тифлологии представления о своеобразии развития детей с нарушением зрения (Л.П.Григорьева, В.П.Ермаков, М.И.Земцова, Н.Н.Зислина, Д.М.Маллаев, В.А.Кручинин, И.С.Моргулис, Н.Г.Морозова, Л.И.Плаксина, Л.А.Семенов, В.В.Сермеев, Л.И.Солнцева, Б.К.Тупоногов, В.А.Феоктистова), а также исходя из теории становления системы специального образования в России (Н.Н.Малофеев), автор которой указывает на историческую необходимость пересмотра концепции содержания специального образования, считаем важной разработку модели коррекционной направленности физического воспитания детей с парциальным дефектом зрения как эффективного средства преодоления недостатков физического развития и его выравнивания, а также развития двигательных возможностей детей с косоглазием и амблиопией.

Целью исследования явилось теоретическое обоснование, разработка концептуальной модели коррекционной направленности физического воспитания и научно-методической концепции коррекционно-компенсаторных средств выравнивания нарушений физического недоразвития и двигательной сферы детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией.

В соответствии с целью решались следующие **задачи**:

— на основе системного анализа литературных данных и собственных экспериментальных результатов теоретически обосновать модель коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения;

— обосновать необходимость коррекционной работы на основе изучения состояния здоровья, зрения, физического развития и двигательных возможностей дошкольников с косоглазием и амблиопией;

— разработать основные направления, содержание методики и средства поэтапного выравнивания двигательной недостаточности и улучшения состояния физического развития детей с нарушением зрения;

— решить проблему внедрения коррекционной модели в процесс физического воспитания детей.

Объект исследования — коррекционная работа с детьми дошкольного возраста, имеющими зрительные нарушения.

Предмет исследования — коррекционная направленность физического воспитания детей дошкольного возраста с нарушением зрения как средство выравнивания двигательной недостаточности, преодоления гиподинамии, коррекции физического развития.

Гипотеза исследования. Коррекционная направленность физического воспитания детей с косоглазием и амблиопией является основным условием выравнивания физического развития и преодоления отклонений в двигательной сфере детей, трудностей зрительно-двигательной ориентации, обусловленной нарушениями зрения. Она включает в себя специфическое содержание, формы, средства и методику и проявляется в пропедевтических курсах и занятиях, пронизывает все виды и формы, системы физического воспитания.

Методолого-теоретической основой исследования явились теории: о всестороннем развитии личности (А.Г.Асмолов, П.П.Блонский, С.И. Гессен, В.П.Зинченко, Э.В.Ильенков, П.Ф.Каптерев, Л.Ф.Обухова, К.Д.Ушинский, Д.И.Фельдштейн, Д.Б.Эльконин), о физиологических механизмах развития движений (Н.А.Бернштейн; Н.Е.Введенский, Л.А.Орбели, И.П.Павлов, А.А.Ухтомский); теории деятельности (А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн), поэтапного формирования двигательных и умственных действий (Н.А.Бернштейн, П.Я.Гальперин), их произвольности (В.В.Гориневский, А.В.Запорожец, П.Ф.Лесгафт), двигательных способностей (А.А.Ухтомский, В.С.Фарфель), компенсации нарушенных функций (П.К.Анохин), компенсации слепоты (М.И.Земцова, Л.И.Солнцева), социокультурного развития, о первичном дефекте и вторичных отклонениях (Л.С.Выготский); положение о ведущей роли обучения в развитии (Л.С.Выготский); учение о роли анализаторной деятельности (П.К.Анохин, В.И.Бельтюков, А.М.Зимкина, А.Р.Лурья), а также теоретические основы коррекционной работы (Л.И.Плаксина).

Методы исследования. В процессе решения поставленных задач использовались следующие методы:

- системно-структурный анализ научных данных;
- физиологические (антропометрические измерения, оценка функционального состояния и уровня физической работоспособности);
- клинические (анамнез, клиническое наблюдение), анализ данных клинических исследований о состоянии здоровья и зрения;
- психолого-педагогические (наблюдение, хронометрирование, шагометрия, тестирование, моделирование, анкетирование);
- статистические (методы математической обработки);
- графический и компьютерный.

Изучение коррекционной направленности в системе физического воспитания осуществлялось на основе:

- констатирующих экспериментов, позволивших выявить состояние здоровья и зрения у детей, своеобразие их физического развития и двигательных возможностей;

— формирующих экспериментов, показывающих значимость коррекционной помощи в системе физического воспитания детей с нарушением зрения.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые разработана концептуальная модель коррекционной направленности физического воспитания детей с косоглазием и амблиопией, свидетельствующая о возможности выравнивания отклонений и преодоления двигательной недостаточности в физическом развитии.

Впервые определена сущность и содержание взаимосвязи лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работы в процессе физического воспитания, осуществляемой на принципах взаимообусловленности и взаимодействия всех средств медико-психолого-педагогического воздействия.

Теоретическая значимость работы состоит:

— в разработке концепции модели коррекционной направленности в процессе физического воспитания детей с нарушением зрения;

— в теоретическом обосновании нового понятийного аппарата, характеризующего специфику физического воспитания детей с нарушением зрения исходя из их возможностей и особенностей двигательной сферы.

Введение терминов «выравнивание двигательной недостаточности», «психофизиологические возможности», «коррекционная направленность системы физического воспитания» определяет понятия специализации задач, содержания и методики коррекционной работы, связанные с физическим воспитанием.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования позволили усовершенствовать систему педагогического воздействия на ход психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией. Концептуальная модель коррекционной помощи детям подтверждена научно-методическими разработками: программами и методическими пособиями, отражающими специфику физического воспитания детей с косоглазием и амблиопией, которые успешно внедрены в практику специальных дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения. Значительная часть практического материала используется при подготовке учителей-дефектологов (тифлопедагогов).

На защиту выносятся следующие положения:

1. Системно-ретроспективный анализ сущности и структуры физического воспитания дошкольников, а также система его категорий, закономерностей, принципов и методов позволяет утверждать, что необходимо концептуальное обоснование специфики коррекционной направленности физического воспитания детей с косоглазием и амблиопией сообразно их психофизическим возможностям.

2. Модель — концепция медико-психолого-педагогического обеспечения физического воспитания детей с монокулярным характером зрения — включает в себя три субмодели:

— диагностика психофизического развития и комплекс специальных медико-педагогических форм коррекции;

— коррекционная направленность воспитания и организация жизнедеятельности;

— взаимосвязь медицинских и психолого-педагогических средств выравнивания недостатков психофизического развития.

3. Концептуальная модель коррекционной направленности физического воспитания и научно обоснованные подходы к организации, содержанию, методике, формам и средствам коррекционно-педагогической работы во взаимосвязи с лечебно-восстановительной работой обеспечивают выравнивание физического развития детей, преодоление недостаточности и отклонений в их двигательной сфере и формирование социально-адаптивного поведения.

Внедрение полученных результатов. Теоретические положения исследования и соответствующие практические разработки внедрены в практику детских садов компенсирующего и комбинированного видов в различных регионах России: Н. Новгороде, Москве, Самаре, Йошкар-Оле и др.

На основе результатов проведенных исследований опубликованы учебно-методические пособия «Физическое воспитание детей дошкольного возраста с монокулярным зрением» (2000), «Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушением зрения» (2001).

На материалах исследования разработаны лекционные курсы для учителей-дефектологов (тифлопедагогов), учителей, воспитателей, социальных педагогов. Для слушателей факультета профессиональной переподготовки по направлению «Коррекционная педагогика» разработаны и внедрены спецкурсы: «Пути коррекционной работы в процессе физического воспитания детей с нарушением зрения», «Современные подходы к коррекционно-развивающему обучению в системе воспитания детей с нарушением зрения».

Апробация результатов. Результаты исследования обсуждались и получили одобрение на научных сессиях по дефектологии (IX, 1983; X, 1990); на педагогических чтениях (1988, 2001); Всесоюзных конференциях по вопросам физического воспитания аномальных детей (Москва, 1987; Одесса, 1989); Всесоюзном совещании-семинаре преподавателей вузов (Ульяновск, 1991); научно-практических конференциях (Н.Новгород, 1983, 1984, 1989, 1991, 1992; Ровно, 1992; Шадринск, 1992); международных научно-практических конференциях по проблемам психолого-педагогической коррекции и реабилитации детей с отклонениями в развитии (Воронеж, 1993; Самара, 1997; Эссен, 1999; Дюссельдорф, 2000); I Всероссийских Католиковских чтениях (Сыктывкар, 1997); Всероссийских совещаниях по проблемам развития, обучения и воспитания детей с особыми потребностями (1997—2000).

Основные положения исследования были использованы более чем в 200 курсовых мероприятиях системы повышения квалификации руководителей образовательных учреждений, учителей-дефектологов, учителей, воспитателей и др., а также на республиканских курсах учителей и воспита-

телей специальных детских садов и школ (Москва, 1992, 1996; Йошкар-Ола, 1999, 2000; Норильск, 1988; Нерюнгри (Саха), 1996).

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, списка используемой литературы. Представлено 273 страницы основного текста. Список литературы включает 300 названий. Основные публикации автора по проблеме исследования приведены в конце автореферата.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** дается общая характеристика диссертации: обосновываются новизна, актуальность, теоретическая и практическая значимость темы исследования; формулируются цель, задачи, предмет, гипотеза исследования и основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Теоретические основы проблемы физического воспитания дошкольников с нарушением зрения

В первой главе рассматриваются основные подходы и тенденции развития научно-теоретических взглядов на физиологические механизмы становления двигательной сферы детей с отклонениями в развитии.

Для обоснования концептуальных подходов к коррекционной направленности физического воспитания детей с монокулярным характером зрения осуществлен анализ состояния проблемы физического воспитания слепых и слабовидящих ребят, изучен опыт работы специальных дошкольных учреждений для детей с косоглазием и амблиопией.

В диссертации отмечается, что поиск оптимальных путей коррекционной работы в процессе физического воспитания детей невозможен без рассмотрения теоретических основ управления движениями, закономерностей формирования двигательных навыков, сущности координации (нервной, мышечной и двигательной — Н.А. Бернштейн), а также теории компенсации нарушенных функций П.К. Анохина.

Учение о физиологической природе произвольных движений разрабатывалось в течение многих десятилетий. Неоценимый вклад в него внесли П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, Н.Е. Введенский, И.М. Сеченов, А.А. Ухтомский.

И.М. Сеченов в учении о произвольных движениях как системе рефлексов показал, что все произвольные движения, психические процессы и мышление человека по своей природе являются рефлекторными, возникающими как результат отражения объективных явлений, воздействующих на него.

Исследование физиологических функций в целостном организме было продолжено И.П. Павловым. Его учение обосновывает главные принципы рефлекторной теории: детерминизм, структурность, принцип анализа и синтеза, которые являются основополагающими в методологических подходах к системе физического воспитания и в настоящее время.

Огромный вклад в обоснование физиологических механизмов двига-

тельной активности внесли Н.Е.Введенский и А.А.Ухтомский. В теории Н.Е. Введенского раскрывается генетическое единство процессов возбуждения и торможения, определяющих акты двигательной деятельности.

Изучение физиологических процессов двигательной деятельности представлено в учении Л.А.Орбели об универсальном характере адаптационно-трофических влияний симпатической нервной системы на обмен веществ, физиологические механизмы поддержания оптимального состояния тканей и клеток организма в зависимости от текущих условий.

Для понимания физиологических механизмов управления движениями важное значение имеет учение А.А.Ухтомского о доминанте. Согласно ему, доминирующие нервные центры в центральной нервной системе выполняют координирующую роль в целенаправленной двигательной деятельности, которая формируется в соответствии с двигательной доминантой и установкой на конечный результат. При выполнении физического упражнения происходит мобилизация функций человеческого организма, направленная на решение двигательной задачи, наиболее значимой в момент выполнения действия. А.А.Ухтомский указывает на значение психологической установки в доминанте, которая предопределяет успех, результат выполняемого движения.

Н.А.Фомин и Ю.Н.Вавилов раскрывают роль сенсорных систем в управлении движениями.

В анализе отдельных характеристик движения выражена роль слухового и зрительного анализаторов. Оценка длительности отдельных фаз его основана на различении интервалов времени между звуковыми сигналами, которые поступают к рецепторам слухового анализатора. Слуховой аппарат берет на себя функцию оценки продолжительности и частоты отдельных движений. Пространственные параметры движений корректируются зрительной оценкой расстояния или взаимного расположения частей тела.

Большое значение в вопросах методологии имеет разработка физиологической сущности координации, заключающаяся в согласовании деятельности отдельных органов и систем в целостном физиологическом акте. Н.А. Бернштейн выделяет три вида координации: нервную, мышечную и двигательную. Все они весьма значимы для решения двигательной задачи. Правильность и точность выполнения произвольных движений зависит от взаимодействия и согласованности работы мышц, отдельных частей тела и нервных процессов, в них протекающих.

Для нашего исследования принципиально важно понимание проблемы физического развития и воспитания детей с нарушением зрения с позиций целостности и иерархичности структуры первичного дефекта и вторичных отклонений. В этом случае концепция Н.А.Бернштейна о многоуровневой иерархии управления и регуляции двигательных действий, согласно которой любой двигательный акт может быть построен только благодаря строгой иерархии уровней мозга, выступает как основополагающая теория влияния на первичный дефект и вторичные отклонения, так как деятельность каждого уровня двигательных актов обусловлена регуляцией отделов центральной

нервной системы (ЦНС). При этом Н.А.Бернштейном дан анализ уровней регуляции двигательных актов отделами ЦНС.

Теория Н.А.Бернштейна является основой для нового взгляда на понимание процесса обучения движениям, дидактические подходы которого опирались на многократность повторения упражнений. Н.А.Бернштейн полагал, что суть овладения навыком состоит не в «повторении и не в проторении движения, а в совершенствовании многоуровневой системы построения движений». По этому поводу Н.А.Бернштейн писал: «Правильно проводимое упражнение повторяет раз за разом не средство, используемое для решения данной двигательной задачи, а процесс решения этой задачи, от раза к разу изменяя и улучшая средства» (Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность. М., 1990. С. 166).

Важное значение Н.А.Бернштейн придавал образу, функция которого состоит в осмыслении двигательной задачи и предвосхищении результата ее решения: «...образ или представление того результата действия (концевого или поэтапного), на который это действие нацеливается осмыслением возникшей двигательной задачи» (Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина, 1966. С. 240). На этом уровне лишь намечается решение поставленной задачи и определяется программа, которая будет реализована задающим комплексом, который, помимо содержания двигательной задачи, получает и рецепторную информацию. Как мы уже отмечали, в движении осознается только ведущий уровень, а выработка двигательного навыка — это процесс формирования в ходе обучения и тренировки уровня состава движения, выделение ведущего уровня и координация между собой всех вовлеченных в управление уровнем.

Значительный вклад в изучение физического воспитания аномальных детей сделан П.К.Анохиным. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование определили специфические подходы к физическому воспитанию детей с отклонениями в развитии.

Сопоставление физиологического содержания дефекта с характером первой афферентной сигнализации позволяет выстроить ряд компенсаторных приспособлений, за счет которых в дальнейшем возможно восстановление положения тела человека в пространстве и установление координационных соотношений между органами.

В связи с этим убедителен пример, приведенный П.К.Анохиным: «Если человеку удалось перераспределением тонических усилий скелетной мускулатуры добиться правильного положения тела, то нормальная лабиринтная импульсация, сигнализирующая о достигнутом положении тела, закрепляет это последнее перераспределение мышечных усилий, оно делается стабильным и превращается потом в автоматизированный навык» (Труды научной сессии по дефектологии. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958. С. 52).

Формирование двигательного навыка J.Adams объясняет как процесс научения простым дискретным движениям в системе замкнутого контура, определяющего правильное действие и обратную связь о совершенном действии. Важную роль J.Adams отводит знанию результатов каждого выполнен-

ного движения. Как правило, такое знание используется человеком для того, чтобы перестроить движение, исключить ошибку в последующей деятельности, что в итоге приводит к выработке правильного движения. Данное положение представляет для нас интерес с точки зрения образности мыслительных процессов, которые, как мы знаем, в условиях зрительной депривации страдают. Это позволяет полагать, что механизмы регуляции двигательных актов в условиях зрительной патологии могут быть недостаточными, поэтому как на уровне афферентных сигналов, так и на уровне «акцептора результата действия» (П.К.Анохин) мы можем ожидать недостаточность действия регуляторных механизмов и результатов исполнительских усилий, то есть самих двигательных актов (качественность движений).

Мы можем полагать, что в условиях зрительной недостаточности ожидать качественной двигательной деятельности, вероятнее всего, невозможно.

А.М.Зимкина подчеркивает смысл функциональной компенсации, имеющей для человека особое значение и позволяющей ему компенсировать тяжелейшие нарушения, что свидетельствует о больших функциональных возможностях организма.

М.И.Земцова в изучении физиологических механизмов и путей компенсации показала, что они открывают возможность для разработки профилактических средств, направленных на охрану здоровья, зрения, позволяют раскрыть резервные возможности организма в разных видах деятельности, в том числе и двигательной.

Деятельностный подход к организации коррекционно-педагогической помощи детям с отклонениями развития, представленный с разных сторон в работах известных отечественных дефектологов Т.А.Власовой, В.П.Ермакова, М.И.Земцовой, А.Г.Зикеева, С.А.Зыкова, Т.С.Зыковой, К.Г.Коровина, Ю.А.Кулагина, А.Г.Литвака, В.И.Лубовского, Д.М.Маллаева, Н.Н.Малофеева, И.С.Моргулиса, Л.П.Носковой, Л.И.Плаксиной, Л.А.Семенова, Л.И.Солнцевой, Е.А.Стребелевой, Л.И. Тиграновой, Б.К.Тупоногова, Г.В.Чиркиной и др., позволяет нам рассмотреть понятие системности физического воспитания аномальных детей.

Включение теории компенсации в систему физического воспитания дало возможность с теоретических позиций обосновать особенности развития движений у детей с различными патологиями, обеспечить процесс компенсации специальными методами, формами, содержанием с учетом физических способностей детей.

Любой вид аномального развития имеет свои, обусловленные тем или иным дефектом, специфические проявления, отличающие одну аномальную категорию детей от других. В силу этого требуется глубокое знание этиопатогенеза, структуры дефекта, диагностики, дифференциальных диагностических критериев отличия одних состояний от других, так как лишь на основе раскрытия внутренних закономерностей и зависимостей возможно понять и охарактеризовать состояние ребенка и разработать научно обоснованные коррекционно-педагогические или лечебные мероприятия.

При подходе к анализу своеобразия детей с нарушением зрения необ-

ходимо опираться на учение дефектологической науки о первичных и вторичных дефектах, которое позволяет объяснить общие и специфические закономерности аномального развития детей (Л.С.Выготский), время возникновения первичного дефекта и его влияние на ход психофизического развития ребенка, а также на учение о ведущей роли деятельности в процессе онтогенетического развития (Л.И.Божович, Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, М.И.Лисина, А.К.Маркова, Д.Б.Эльконин).

Указанный подход, являющийся составной частью образовательной системы, обеспечивает возможность интеграции средств педагогического воздействия, содержательной направленности, специфики методов, приемов обучения и организационной структуры различных форм физкультурных мероприятий, позволяет раскрыть картину состояния проблемы физического воспитания и развития аномальных детей (Р.Н.Азарян, Р.Д.Бабенкова, Н.Г.Байкина, А.А.Дмитриев, Л.Ф.Касаткин, В.А.Кручинин, Д.М.Маллаев, Л.С.Сековец, Л.А.Семенов, Б.В.Сермеев, Б. Г. Шеремет, W.P.Morgan, V.Kohler, H.Reber, R.Held, Д.Хьюбел и др.).

Одним из общих проявлений своеобразия детей с отклонением является неравномерность развития разных сторон психики, процесс психического развития у них сдвигается во времени и замедляется.

В связи с этим дифференциация детей по видам дефекта, характеру и степени его выраженности, времени наступления и потребности в специальной коррекционно-компенсаторной помощи является основой для построения системы коррекционно-педагогической деятельности.

К сожалению, работ, претендующих на систематизацию теоретических и практических исследований, в которых бы комплексно рассматривался клиничко-психолого-педагогический статус физического развития и воспитания детей с отклонениями развития, в дефектологической литературе недостаточно.

Вместе с тем на современном этапе наблюдается острейшая потребность в обосновании концепции и модели образования и коррекции не только двигательных актов у детей с патологией органов зрения как весьма специфического явления в коррекционной педагогике, но и теоретико-методологическом обосновании структуры, средств, методов и условий физического воспитания и развития детей с косоглазием и амблиопией.

Исходя из имеющихся научных данных о характере становления двигательных актов у детей с нарушением зрения (В.А.Кручинин, Д.М.Маллаев, Ю.В.Павлов, В.С.Полынкин, Л.А.Семенов, Л.С.Сековец, Б.В.Сермеев, Б.Г.Шеремет и др.), мы можем полагать, что генезис двигательного акта в процессе физического воспитания у детей с патологией зрения предопределяет необходимость коррекционно-развивающего обучения.

Принцип соединения обучения с лечебными и оздоровительными мероприятиями с детьми дошкольного возраста при косоглазии и амблиопии, отраженный в работах Л.И. Плаксиной, позволяет нам концептуально представить физическое воспитание детей с патологией зрения как целостную систему, решающую специфические задачи и ориентирующую на задачи

общего физического развития как зону возможного развития ребенка с нарушением зрения в условиях многоэтапности, вариативности и многогранности средств, форм и методов специальной помощи детям.

Чтобы выстроить систему коррекционно-педагогической работы, необходимо рассмотреть иерархию нарушений и отклонений у детей с патологией зрения. К нарушениям мы относим первичный дефект (глазные заболевания и нарушения в состоянии здоровья), к отклонениям — все то, что обусловлено первичным дефектом и состоянием здоровья.

Как известно, развитие морфофункциональных систем у детей с нарушением зрения характеризуется отставанием от нормы по показателям роста, веса, окружности грудной клетки. Состояние функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем свидетельствует о некоторых отклонениях от нормы и в определенной степени обусловлено снижением активности детей и вызывает малоподвижность.

При таком функциональном состоянии организма из-за отсутствия специальной коррекционной помощи появляются вторичные отклонения, выражающиеся в своеобразных трудностях овладения движениями, которые обусловлены сложностью зрительно-двигательной ориентации. Это, в свою очередь, влечет за собой нарушение естественного хода развития основных двигательных локомоций (ходьба, бег, прыжки, метание, лазание, равновесие), отставание которых ведет у детей к процессу сдерживания развития основных локомоторных функций, что в целом приводит к гиподинамии — снижению процесса двигательной активности и появлению отклонений личностного развития ребенка: страх перед движением, скованность при выполнении любых действий, отсутствие желания двигаться, уединение, замкнутость, предпочтение малоподвижных занятий.

Предлагаемая на рис. 1 модель причинной обусловленности коррекционной помощи детям с нарушением зрения раскрывает взаимосвязь первичного дефекта и вторичных отклонений и является детерминантом обоснования необходимости как медицинской, так и психолого-педагогической помощи детям с нарушением зрения.

Усматривая взаимосвязь между состоянием здоровья и глазной патологией и исходя из теории целостности функционального состояния организма, мы видим необходимость комплексного лечения, которое направлено на общее оздоровление организма и лечение зрения.

Иерархия отклонений демонстрирует трудности овладения детьми определенным уровнем двигательных навыков и умений, сформулированных в общеобразовательной программе воспитания и обучения в детском саду. Наряду с этим возникает задача осуществлять коррекционную работу в двух направлениях:

- на специальных коррекционных занятиях;
- на занятиях физической культурой и при участии в других формах организации физического воспитания.

Вероятнее всего, следует выделить роль и содержание специальных коррекционных занятий в преодолении трудностей зрительно-пространствен-

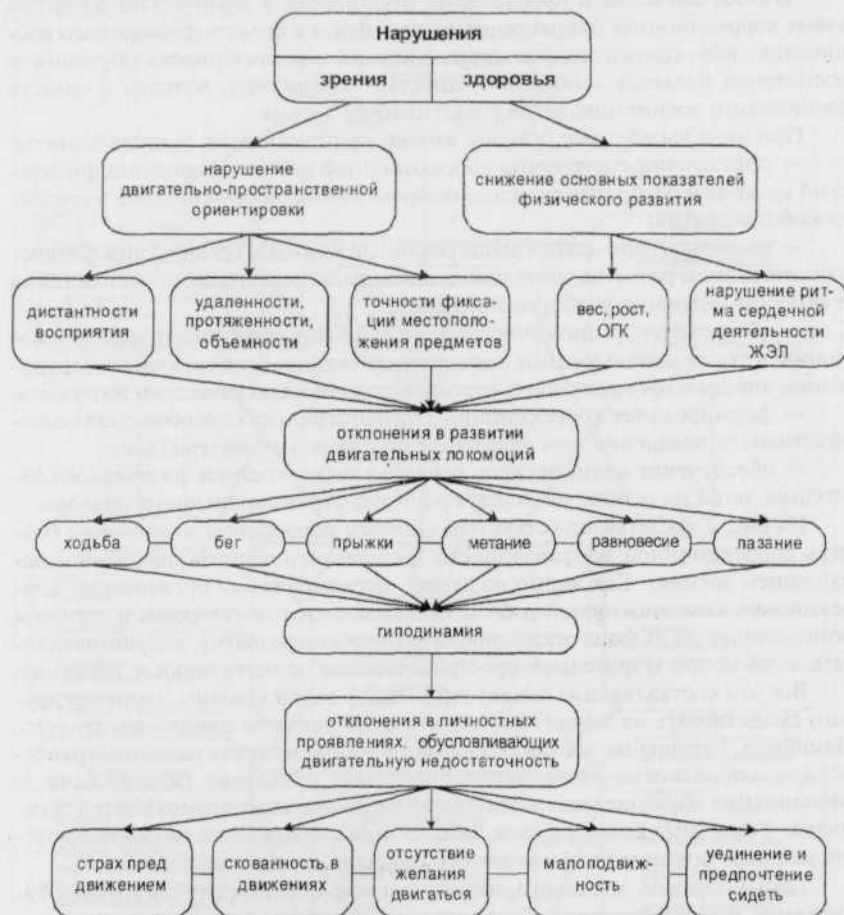


Рис. 1. Причинная обусловленность коррекционной помощи детям с нарушением зрения

ной, зрительно-двигательной ориентации, неточности, нескоординированности, нарушений поэтапности выполнения двигательных актов, в развитии чувства ритма.

Исходя из принципов коррекционной работы, предложенных Л.И. Плаксиной, целесообразными основами в этих коррекционных занятиях являются предупреждение появления отклонений, если рано выявлен дефект, и пропедевтика — подготовка ребенка к общеразвивающим формам организации физического воспитания и формирования коррекционно-компенсаторного поведения, связанного с двигательной деятельностью.

Особое значение в преодолении отклонений в физическом развитии имеет коррекционная направленность всех форм и средств физического воспитания, ибо компенсаторно-коррекционная направленность обучения и воспитания является основной сущностью содержания, методов и средств физического воспитания детей с нарушением зрения.

При этом выделяются, на наш взгляд, принципиально важные аспекты:

— определение содержания коррекционной работы на занятиях физической культурой сообразно функциональным возможностям ребенка и состоянию его развития;

— индивидуально-дифференцированный подход к организации физических нагрузок и развитие зрительно-двигательной ориентации с учетом темпа и скорости усвоения учебного материала;

— обеспечение эргономичности зрительно-моторных ориентаций и локомоций, а также использование специальных технических средств и оборудования, специальных приемов и способов подачи дидактического материала;

— формирование коррекционно-компенсаторных способов социально-адаптивного поведения при овладении программным материалом;

— обеспечение медицинского контроля и диагностики физического состояния детей на основе индивидуально-дифференцированного подхода.

На рис. 2 представлена структура системы коррекционной помощи (модель коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения). Как видно из схемы, первопричиной организации коррекционно-компенсаторной работы является состояние здоровья и зрения и возникающие на их фоне отклонения в физическом развитии, нарушения двигательной сферы и зрительно-пространственной ориентировки и движения.

Все эти составляющие объективно между собой связаны, одно без другого существовать не может, потому что одно является следствием другого. Например, нарушение зрения оказывает влияние на зрительно-пространственную мобильность, которая предопределяет появление гиподинамии, а гиподинамия обуславливает снижение функциональных возможностей организма. Различные соматические заболевания сказываются на морфофункциональных показателях физического развития и развития локомоций.

Таким образом, мы видим, что все детские неблагополучия взаимообусловлены и взаимосвязаны. Такая же взаимосвязь должна сохраняться и в средствах воздействия на них, так как основной целью его является исправление, преодоление недостаточности, восстановление нарушенных функций в пределах возможного и компенсация нарушенных функций, не поддающихся восстановлению.

Чтобы войти в общеобразовательный процесс физического воспитания, необходима организация специальной педагогической коррекционной работы и медицинской коррекции. Практически цель комплексной коррекционной работы состоит в том, чтобы обеспечить детям включение в общеобразовательный процесс с учетом имеющихся у них к этому физических особенностей и возможностей. Поэтому коррекционно-педагогическая работа продолжается и в общеобразовательном процессе физического воспитания и обучения.

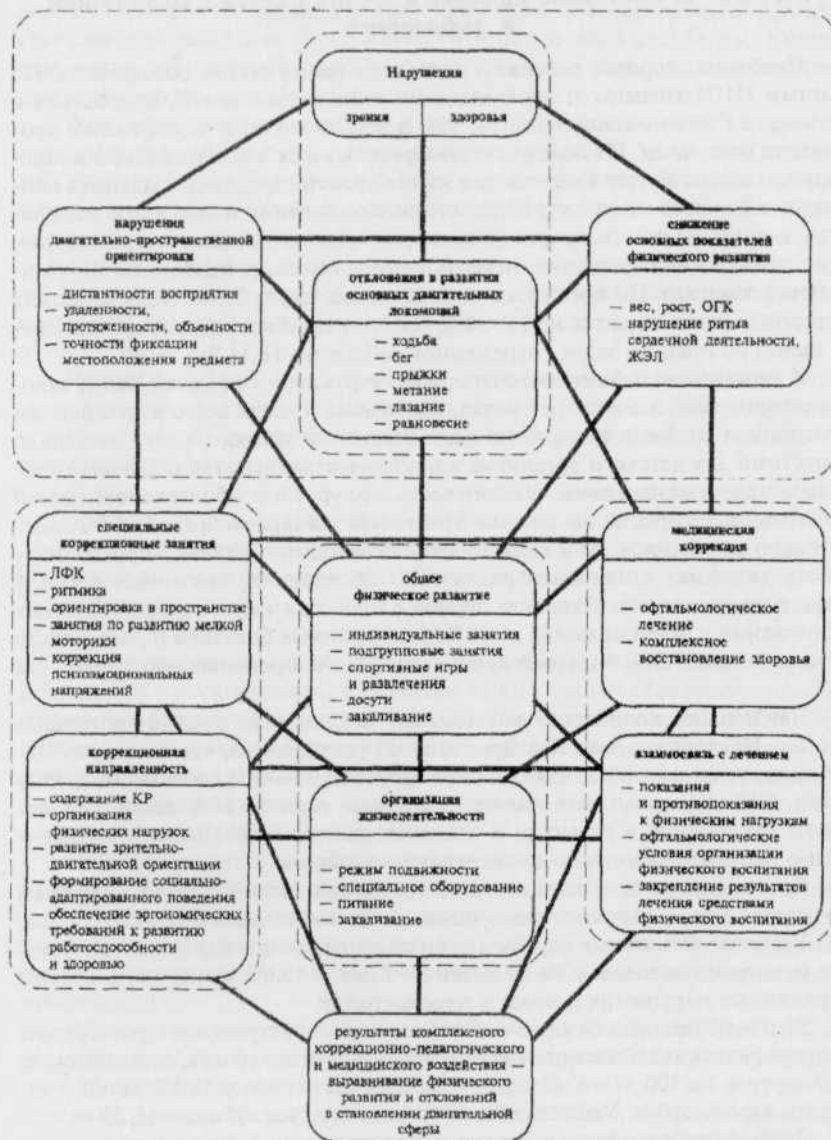


Рис. 2. Модель коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения

Глава 2. Состояние здоровья и зрения у детей с косоглазием и амблиопией

Проблема здоровья ребенка в настоящее время весьма обострилась. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи Госкомсанэпиднадзора, 55% детей приходит в первый класс хронически больными. Их болезни «приобретены» еще в младенческом и дошкольном возрасте: уже в первый год жизни уровень здоровья младенцев снижается в два раза из-за неправильного вскармливания и еще вдвое ухудшается в дошкольном возрасте (раннее вставание, поездки в транспорте, психологические перегрузки, неполноценное питание, недостаток положительных эмоций). По прогнозам специалистов, через 20 лет доля здоровых новорожденных снизится на 15–20%, поэтому проблема здоровья становится одной из главных задач современного общества (В.Н.Чумаков).

К сожалению, общеобразовательные учреждения (детский сад и школа) сегодня, как и много лет назад, озабочены прежде всего выполнением программ и учебных планов, но мало внимания уделяют тому, насколько допустимо для детского организма как количественное, так и качественное содержание этих программ. А если учесть, что уровень заболеваемости детей дошкольного возраста, по данным Министерства здравоохранения РФ, значительно увеличился, то в связи с этим необходимо детально проанализировать динамику увеличения различных заболеваний, связанных с темой нашего исследования. Только за период с 1990 года частота онкологических заболеваний у детей возросла на 13%, эндокринных болезней и расстройств питания — на 29,5%, болезней крови — на 35,4%, бронхиальной астмы — на 40%.

Наибольшее количество заболеваний наблюдается в крупных городах России. Исследованиями Л.А.Дружининой установлено, что по городу Челябинску только 7–8% дошкольников здоровы, 35–40% составляют группу риска, 90% дошкольников имеют нарушения осанки, 80% детей 3–7 лет имеют отклонения в развитии и здоровье, из них наибольший процент — дети с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Пролонгированное отслеживание состояния здоровья детей в Нижнем Новгороде также выявляет тенденцию роста заболеваний (Н.А.Матвеева, Е.П.Усанова). Различные нарушения со стороны костно-мышечной системы при осмотрах выявлены у 86,7% детей 3–7 лет, у 50,6% из них установлены выраженные нарушения осанки и плоскостопие.

За последнее десятилетие наблюдается распространение хронических неспецифических заболеваний желудочно-кишечного тракта, составляющих 32,9 случаев на 100 детей. Следует отметить также, что у 58,5% детей установлен кариес зубов. Увеличились аномалии прикуса зубов до 18,2%.

Особую озабоченность вызывает непрекращающийся рост неврологических заболеваний, в том числе неврозов, астенических, церебростенических и неврозоподобных состояний, а также пограничных психических заболеваний. Средние показатели их у мальчиков 3–7 лет составляют 63%, у

девочек — 74,1%. Современные дети, как пишет В.Ф.Базарный, в большинстве своем от рождения уже физически и психически ослаблены. Количество таких заболеваний возросло более чем в два раза, они выявляются у каждого третьего дошкольника и каждого пятого школьника.

Рост аллергических реакций и заболеваний связан с наследственной предрасположенностью, вакцинальной, лекарственной, холодовой, пыльцевой, пищевой сенсибилизацией детского организма. Одной из главных причин в аллергизации организма является загрязнение токсическими веществами атмосферного воздуха, применение в быту полимерных материалов.

Анализ основных заболеваний у детей показывает, что здоровье и его характеристика обусловлены биологическими и социальными факторами, от состояния которых целиком и полностью зависит физическое состояние детей.

Изменение общей характеристики состояния здоровья детей дошкольного возраста за 30 лет является тревожным. Выявлено резкое снижение количества детей с первой группой здоровья, увеличение, и особенно за последние десятилетия, со второй и третьей.

Вышесказанное свидетельствует о тесной взаимосвязи между ростом числа заболеваний у детей, с одной стороны, и состоянием их здоровья — с другой. Возникает своего рода порочный круг: повторные заболевания способствуют возникновению морфофункциональных отклонений и хронической патологии, которые, в свою очередь, снижая сопротивляемость организма, обуславливают возникновение новых заболеваний.

В диссертационном исследовании представлены данные о состоянии здоровья детей с отклонениями в развитии в дошкольных образовательных учреждениях Нижнего Новгорода: это умственно отсталые, с тяжелыми нарушениями речи, задержкой психического развития, нарушением опорно-двигательного аппарата, косоглазием и амблиопией — по основным показателям здоровья: группы здоровья, основные заболевания, пропуски по болезни, динамика простудных заболеваний.

Основной контингент обследованных детей относится ко второй группе здоровья, его показатель составляет от 40 до 84,5%. Исключением в этой группе являются дети с нарушением зрения. Их показатели равны 7,6—13,6%. Такая разница в показателях может быть объяснена тем, что у этой подгруппы детей отмечается много сочетанных зрительных и некоторых других заболеваний.

Общее ухудшение здоровья, увеличение числа болезней привели к тому, что среди всех детей с отклонениями в развитии стабильно растет процент третьей группы здоровья (с 3,3 до 42,7% за три года). У детей с нарушением зрения эти показатели составляют 27,9—30,5%. Данные, полученные при обследовании детей с нарушением зрения, характеризуют состояние ребенка как отягощенное различными заболеваниями.

Четвертая группа здоровья распределяется следующим образом: дети с задержкой психического развития (1,6—3,2%); умственно отсталые (8—10%), с нарушением опорно-двигательного аппарата (0,6—2,2%). Детей с наруше-

Диспансерное обслуживание детей с нарушением зрения и заболеванием глаз нередко сводится к их учету без дальнейшего систематического наблюдения и лечения. Далеко не полностью удовлетворена потребность в дошкольных учреждениях для детей с нарушением зрения. Далее А.В.Хватова указывает на целесообразность более широкого использования небольших видов офтальмологической помощи детям, в частности, обслуживания в укороченных дневных стационарах.

Е.И.Ковалевский уделяет серьезное внимание организации системы охраны зрения, подразделяя ее на шесть этапов. Первый этап — это работа с матерью в период беременности; второй — работа с ребенком после рождения, если выявлены хотя бы слабые проявления нарушений зрения; третий и четвертый — выявление достоверной группы детей с патологией зрения, дети включаются в системное офтальмологическое обследование; пятый — подготовка зрительной системы к обучению в школе; шестой — работа с детьми 14—16 лет перед переводом их во взрослую медицинскую группу.

Таким образом, анализ литературных данных по состоянию офтальмологического обслуживания показывает, что в современных условиях наблюдается тенденция ухудшения состояния зрения и недостаточность соответствующей офтальмологической помощи. В свете этого, как указывает Л.П.Козлова, необходима ранняя профилактическая помощь и комплекс различных лечебных мероприятий по восстановлению детского зрения.

Одной из распространенных зрительных патологий является косоглазие. По литературным данным, она представлена следующим образом: 1,5—3% — Э.С.Аветисов, Е.И.Ковалевский, Н.И.Пильман; 5,4% — Л.И.Медведь; 5,8% — В.Г.Маймулов, М.П.Литвинова; 7,0% — Е.И.Духанина. Приведенные данные демонстрируют тенденцию увеличения глазной патологии, причем косоглазие занимает в ней ведущее место.

Косоглазие характеризуется отклонением одного из глаз от общей точки фиксации. Оно наблюдается в 1,5—3% случаев от всех нормально видящих детей.

В определении Л.И.Сергиевского косоглазие рассматривается как утрата бинокулярного зрения и торможение восприятия образа, рецептируемого одним из глаз, что приводит к снижению остроты косящего глаза, нарушению зрительных образов и их осознания.

Э.С.Аветисов, Т.П.Кашенко, Л.А.Григорян, А.В.Хватова считают, что главной причиной появления косоглазия является расстройство бинокулярного зрения и отсутствие его; поэтому неблагоприятные факторы, приводящие к затруднению формирования бинокулярного зрения, в свою очередь, являются причиной развития косоглазия.

В возрасте 1—2 лет бинокулярное зрение очень несовершенно, может расстраиваться при воздействии разнообразных факторов и привести к развитию содружественного косоглазия. В связи с этим Э.С.Аветисов подчеркивал значение ранней оптической коррекции аномалий рефракции как реального средства профилактики содружественного косоглазия. Л. П. Козлова, Л.И.Плаксина также указывают на роль ранней педагогической коррекции

сдерживающего прогрессирование заболевания глаз, а также психоэмоциональных напряжений, связанных с нарушением зрения.

Таким образом, низкий уровень здоровья и зрения обусловлен значительной распространенностью морфофункциональных отклонений, хронических и длительно протекающих заболеваний, преодоление которых возможно через систему мер долговременной (ре)абилитации, при соблюдении принципа индивидуально-дифференцированного подхода с учетом клинико-психофизиологических особенностей детей. Решение этих задач должно осуществляться поэтапно, на основе комплексной научно-целевой программы профилактики и первоочередных лечебных мероприятий по укреплению здоровья детского населения.

Косоглазие в настоящее время рассматривается не только как косметический дефект, но и как заболевание центральной нервной системы, подавляющее функцию одного глаза (чаще косящего), сопровождающееся эмоциональными расстройствами, среди которых первое место занимают невротические реакции.

Степень проявления невротических реакций, по данным ряда авторов, зависит от разных причин. Л.В.Фомичева указывает, что само заболевание и его лечение вызывает возбуждение центральной нервной системы. Другой формой психических расстройств у детей является психомоторная заторможенность. Дети с этим нарушением отличаются заметным снижением двигательной активности, замедленным темпом психической деятельности, обыденностью диапазона и выраженности эмоциональных реакций.

У детей с косоглазием и амблиопией значительно чаще, чем у дошкольников с нормальным зрением, наблюдается рассеянность, неспособность длительно сосредоточиваться на чем-либо, отсутствие длительных усилий, активного напряжения внимания.

Используя характеристику динамики психоэмоционального состояния ребенка в период окклюзионного лечения, разработанную Л.И.Плаксиной, мы проследили, каков характер движений у детей в этот период и их психоэмоциональная окраска.

Исследование показало, что психоэмоциональные состояния детей скажутся на свободе передвижения и подвижных играх, появляется страх при движении, снижается двигательная активность, повышается эмоциональная напряженность при выполнении двигательных актов.

В комплексе (ре)абилитационных воздействий на детей с нарушением зрения выделяются меры медицинского и педагогического характера. Концептуальные основы, объединяющие их в процесс (ре)абилитации, рассматриваются исходя из необходимости совершенствования организации медико-психолого-педагогической помощи детям с нарушением зрения.

Успешность решения лечебных, восстановительных задач зависит от взаимодействия педагогической и медицинской коррекции, основными путями которой являются: совершенствование методик лечебной и коррекционно-педагогической работы с детьми на научной основе; обеспечение

профилактических мероприятий (установление четкого режима дня с учетом глазной патологии, индивидуализация режима подвижности, коррекция питания, выполнение мероприятий по ослаблению адаптационного синдрома после операций по поводу косоглазия, после заблуждения, отпуска родителей); проведение закалывающих процедур в сочетании с физическими упражнениями и массажем (обширное умывание, обтирание рукавичкой, контрастное закалывание); использование педагогических оздоровительных мероприятий (соблюдение режима двигательной активности во всех возрастных группах, включение во все формы организации упражнений на коррекцию осанки и профилактику плоскостопия, использование различных видов коррекционной гимнастики (для глаз, дыхательной, пальчиковой, психогимнастики).

Специфика работы дошкольного образовательного учреждения для детей с нарушением зрения определяет содержание взаимодействия педагогического и медицинского персонала: проведение индивидуальной комплексной оценки состояния здоровья детей с использованием специального социально-гигиенического скрининга; составление и реализацию индивидуальных планов оздоровления (реабилитации) с учетом выявленной у детей патологии; обеспечение динамического наблюдения и коррекции проводимого детям оздоровления (восстановительного лечения); ежегодную оценку социальной эффективности проведенного оздоровления детей в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Такой подход к взаимодействию в решении оздоровительных задач учитывает разные стороны развития ребенка и включает в себя комплекс методов и приемов работы по установлению взаимосвязи между содержанием двигательных заданий, индивидуальными особенностями и отклонениями, имеющимися у него.

Глава 3. Своеобразие физического развития дошкольников с косоглазием и амблиопией

В отечественной психологии и педагогике давно признана необходимость систематического контроля за ходом психофизического развития ребенка. Система контроля основывается на знании общих и специфических закономерностей физического и психического развития нормально развивающегося ребенка и детей с отклонениями в развитии.

Однако проблема диагностики уровня физического развития и двигательной сферы детей с нарушением зрения в коррекционной педагогике и специальной психологии не получила самостоятельного изучения. Основные подходы, вопросы организации и методика оценки уровня физического развития и двигательной сферы дошкольников с нарушением зрения опираются на общую систему контроля за физическим воспитанием детей с нормальным развитием.

Современные исследования данной проблемы (Э.Я. Степаненкова) ори-

ентированы на всестороннюю оценку уровня физического развития детей дошкольного возраста, при которой учитываются антропометрические, физиометрические данные, показатели физической подготовленности, физической работоспособности и сенсомоторного развития.

Применение указанных методов оценки физического развития к детям с нарушением зрения может быть лишь частичным. Чаще всего эти методы не учитывают специфики физического развития таких детей, не принимают во внимание те трудности, которые испытывает ребенок в силу особенностей зрительно-пространственной ориентации.

Впервые в специальной педагогике методика врачебно-педагогического контроля учащихся с нарушением зрения разработана Б.В.Сермеевым. Он доказывает, что аномалии зрения определяют характер проведения врачебного контроля, в значительной мере отличающегося от методики наблюдения за здоровыми детьми.

Комплексный характер диагностики двигательной сферы учитывает данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики), которые сопоставляются с показателями нейрофизиологических, биоклинических методов и данными, полученными при обследовании детей Е.М.Мастюкова). Это важно для диагностирования различных форм отклонений, степени сформированности высших психических функций и выявления характера клинических и психологических механизмов нарушений.

В своих исследованиях мы опирались на современные подходы к психолого-педагогической диагностике развития детей дошкольного возраста (Л.А.Стребелева, А.Н.Орлова, Ю.А.Розенкова, Н.Д.Шматко) и теоретические подходы Л.И.Плаксиной к особенностям физического развития детей дошкольного возраста с нарушением зрения.

При проведении антропометрических измерений особое значение мы уделяли требованиям комфортности. Это позволяло нам изменять существующие правила в оценке физического развития детей, не нарушая требований валидности, надежности, научно обоснованных подходов к измерениям физического развития.

В общей программе оценки функционального состояния измерение физической работоспособности по тесту PWC_{170} было изменено.

Этот тест, несмотря на валидность и надежность, для дошкольников с нарушением зрения труден. Его выполнение детьми требует повышенного зрительного контроля и помощи со стороны взрослых (придерживание за руки, страховка положения тела).

Наши рекомендации относительно оценки работоспособности детей с косоглазием и амблиопией имеют характер интегральной индивидуальности. Для оценки функционального состояния разрабатываются индивидуальные программы.

Детям с высокой степенью амблиопии, большим углом косоглазия, отнесенным ко II—IV группам здоровья, тесты подбирались индивидуально. Для определения работоспособности использовались дозированная ходьба и бег, в которых оценивалось время активной деятельности до первых при-

знаков утомления. Данные измерений частоты сердечных сокращений, их динамика определяют критериальные оценки.

Результаты измерений жизненной емкости легких воздушным спирометром показывают отставание у детей с нарушением зрения на 13,3—43,8% от дошкольников с нормальным зрением. Известно, что снижение жизненной емкости легких более чем на 40% является показателем дыхательной недостаточности, что характерно для состояния детей с нарушением зрения.

Для определения силы мышц наиболее известны два основных теста: динамометрия кистей рук и станковая динамометрия.

С помощью этих тестов нами исследовано состояние мышечной силы у детей с нарушением зрения в сравнении с нормально видящими сверстниками. Так же как и в предыдущих оценках, дети с нарушением зрения отстают в показателях силы на 35—40%. Учитывая значительные расхождения в показателях станковой силы (свыше 50%), считаем нецелесообразным их использование в диагностике физического развития детей с нарушением зрения.

Распространенным методом определения физического развития детей в практике общеобразовательных дошкольных учреждений является метод индексов, включающий пять основных показателей: ростовой, весополовой, жизненный, силовой индексы и индекс пропорциональности.

Использование этого метода связано с большими временными затратами, поэтому в работе с детьми, имеющими нарушения зрения, его использование нецелесообразно. Однако он может применяться для индивидуальной оценки физического развития детей.

Для определения функциональных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем и влияния на организм ребенка различных средств физического воспитания проводилось измерение артериального давления (систолического и диастолического), частоты сердечных сокращений, частоты дыхания. Как наиболее доступные, эти показатели широко используются в работе с детьми, имеющими нарушения зрения. Сравнительные данные артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания также свидетельствуют об отставании детей с косоглазием и амблиопией от нормально развивающихся дошкольников на 15—30%. Эти показатели используются для определения функционального состояния организма и решения вопроса об индивидуальных назначениях нагрузок.

Для детей 5—7 лет с косоглазием и амблиопией, относящихся ко II и III группам здоровья, может быть рекомендована функциональная проба Мартинэ-Кулишевского: 20 приседаний за 30 секунд. Менее подготовленным детям этого же возраста можно выполнять 10 приседаний за 30 секунд с использованием опоры (спинки стула, перекладины). Проба считается благоприятной, если пульс после нагрузки увеличивается на 25—30%, артериальное давление повышается на 5—15 мм рт. ст., частота дыхания — на 5—8 единиц в минуту.

В работе с детьми важно соблюдать интервал отдыха между отдельными видами нагрузки (у детей с нарушением зрения он может составлять 3 минуты) и учитывать типы реакций сердечно-сосудистой системы на одномо-

ментную физическую нагрузку (Б.В.Сермеев). Тип реакций необходимо учитывать при подборе упражнений, нормализующих деятельность сердечно-сосудистой системы.

В предложенной Б. В. Сермеевым программе оценки физического развития и двигательной подготовленности слабовидящих школьников впервые уделено внимание контролю за измерением показателей важнейших зрительных функций под воздействием физических нагрузок. Автором доказано, что дозированные физические нагрузки умеренного характера снижают внутриглазное давление, а упражнения с отягощением его увеличивают.

Были апробированы различные методы регистрации основных параметров зрительных функций в процессе мышечной работы школьников (определение остроты центрального зрения, оценка глубины зрения, зрительное утомление), которые, по утверждению автора, могут быть использованы офтальмологами, учителями на уроках физической культуры. Однако, на наш взгляд, это затруднительно для практики, так как применение указанных методов требует соблюдения офтальмо-гигиенического режима, что, скорее, возможно в условиях офтальмологического кабинета.

Определение объема физических нагрузок и оценку состояния зрительных функций у детей необходимо проводить регулярно 3—4 раза в год.

На занятиях физическими упражнениями целесообразно оценивать пространственную и временную разрешающую способность зрительного анализатора (Л.П.Григорьева).

В общей оценке физического развития детей с нарушением зрения важны данные соматоскопии. Как правило, наружный осмотр детей проводится после антропометрии. В программу соматоскопии входит определение состояния скелетной мускулатуры, которое оценивается как хорошее, среднее или слабое.

Состояние подкожной клетчатки целесообразно оценивать пальпаторно (минимальная жировая прослойка — 1 см, средняя — в пределах 2 см, повышенная — 3 см и более). Затем необходимо описать форму грудной клетки, позвоночника, спины, положение плеч и лопаток. Несмотря на то что оценка этих показателей осуществляется в соответствии со стандартами физического развития, в диагностике детей с нарушением зрения целесообразно пользоваться показателями последних 5 лет (1996—2001 гг.), а также учитывать некоторые специфические особенности развития: осанку в различных пропорциях, походку, длину верхних и нижних конечностей.

В общей оценке физического развития следует исходить из того, что закономерности его у детей с нормальным зрением и при его нарушениях в онтогенезе идентичны, что свидетельствует о единстве общебиологических процессов в целостном организме.

Наши подходы к изучению физических (двигательных) качеств у детей с нарушением зрения определяются исходя из теоретического положения о том, что дошкольники обладают различными природными возможностями и биологическими предпосылками, развитие которых возможно в благоприятных условиях воспитания.

Экспериментальные исследования и анализ литературы позволяют высказать мнение, что определенные физические (двигательные) качества более уместно рассматривать как двигательные возможности. Их диагностика у детей с нарушением зрения затруднительна из-за ограничений выбора тестов: исключаются висы, прыгивание с высоты, резкие наклоны, повороты, упражнения с отягощением по показаниям врачей-офтальмологов.

Сложившаяся система оценивания двигательных возможностей у детей дошкольного возраста раскрывает лишь количественные стороны показателей.

С нашей точки зрения, в теории и методике физического воспитания дошкольников недостаточно уделено внимания анализу качественных сторон движения. Наряду с количественной оценкой следует проводить качественный анализ выполнения каждого движения, который позволит индивидуально корректировать недостатки. Целесообразно выделять следующие качественные характеристики:

— при беге: положение головы и туловища, согласованность движений рук и ног, легкость бега, отрыв стоп от опоры (пола, почвы), сохранение направления бега;

— при прыжке: исходное положение, замах рук, отталкивание, сохранение равновесия при приземлении;

— при метании: исходное положение, прицеливание, замах, бросок, направление, сохранение равновесия.

Таким образом, оценка развития физиометрических показателей и двигательных возможностей детей с нарушением зрения может определяться тремя уровнями: удовлетворительный, если средние показатели находятся в пределах $M \pm 1\sigma$; хороший — выше средних значений; плохой — ниже средних значений.

Одной из сторон общей оценки физического развития является характеристика антропометрических данных. Антропометрия рассматривается как метод изучения размеров и формы человеческого тела, позволяющий судить о возрастных особенностях роста и развития организма ребенка.

Программа данных обследований включает в себя измерение длины тела (роста), массы, окружности грудной клетки, желательны также определение мышечной силы рук и жизненной емкости легких.

Рассматривая антропометрические данные детей 3—7 лет, можно сказать, что существует некоторая диспропорция в соотношении веса и роста у детей с нарушением зрения. Если в росте они отстают от нормы, то в весе превышают ее вследствие недостаточной двигательной активности, обусловленной сложностями зрительно-пространственной ориентации.

Проведенный анализ показателей роста, веса, окружности грудной клетки выявил превышение веса у мальчиков с косоглазием и амблиопией на 10—12%, а у девочек — на 10—14% по сравнению с нормально видящими. Резко выраженных отклонений в показателях окружности грудной клетки у детей с косоглазием и амблиопией в сравнении с нормально видящими детьми не обнаружено.

Наблюдается своеобразие соотношений между показателями физичес-

кого развития — ростом, весом и ОГК — у детей с косоглазием и амблиопией.

Если к высокому уровню физического развития относятся только 3—11% детей с нарушением зрения, то среди нормально видящих — 11—30%. К уровню выше среднего относятся 35—45% детей с нарушением зрения и 57—66% без зрительной патологии; ниже среднего — 42—53% детей с косоглазием и амблиопией и 13—21% нормально видящих. Низкий уровень развития обнаружен у 3—9% детей с нарушением зрения, у здоровых детей этот показатель составляет 0,7%.

Сравнительный анализ данных функционального развития детей 3—7 лет с нарушением зрения и нормально видящих выявил более низкие функциональные возможности организма детей с нарушением зрения, следствием чего является снижение уровня выносливости, работоспособности и быстрая утомляемость. Это наблюдается в более слабой двигательной подготовленности, меньшем объеме выполняемых движений и их низкой качественной характеристике.

Установленные изменения показателей в возрастном аспекте отражены и в динамике половых различий. Кроме того, установлена зависимость окклюзионного периода лечения косоглазия и состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, которые из-за гиподинамии в этот период лечения сдерживают двигательную активность и ослабляют деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Распределение детей по уровням физического развития показало, что до 62% детей с косоглазием и амблиопией в младшем дошкольном возрасте имеют отклонения в физическом развитии, в то время как среди нормально видящих детей они наблюдаются только у 22%. К старшему возрасту отклонения в физическом развитии уменьшаются и наблюдаются у 45% детей с нарушением зрения и у 13,3% детей без зрительных нарушений. Кроме того, отмечается такая взаимосвязь: чем больше угол косоглазия и степень амблиопии, тем ниже уровень физического развития. Это связано с тем, что тяжесть зрительного дефекта обусловлена тяжестью состояния здоровья.

Таким образом, установлено, что дети с косоглазием и амблиопией отстают по основным показателям и уровню физического развития от своих сверстников. Отклонения в физическом развитии у них встречаются в 3—4 раза чаще, чем у нормально видящих.

Глава 4. Состояние двигательных возможностей детей с косоглазием и амблиопией

Целью нашего эксперимента являлось установление зависимости между характером ориентировочной деятельности детей и лечебно-восстановительной работой, выявление особенностей практического усвоения детьми пространственных характеристик движения.

Тесты-задания для изучения возрастных изменений и уровня пространственной ориентировки у школьников, разработанные В. А. Кручининим,

нами модифицированы для дошкольников с учетом их психофизических и зрительных возможностей.

Своеобразие движений у детей с косоглазием и амблиопией выявлено во всех тестах. Особенности ходьбы по прямой у них связаны с сужением поля обзора из-за выключения одного глаза из акта зрения при окклюзии. В зависимости от того, на какой глаз (левый или правый) ориентировался ребенок при движении, возникло отклонение в сторону при ходьбе. Из 161 ребенка с окклюзией левого глаза отклонения в правую сторону были отмечены у 157; из 109 детей с окклюзией правого глаза у 101 ребенка зафиксированы отклонения в левую сторону. При этом у детей 6 лет наблюдаются наибольшие отклонения от прямой на втором-третьем отрезке 10-метрового пути движения.

В период окклюзии для детей с косоглазием и амблиопией характерна волнообразность в ходьбе, движения то в одну, то в другую сторону, большая неустойчивость, неуверенность. Рука со стороны окклюзии не участвует в движении, в большинстве случаев она прижата к туловищу. В связи с прямой окклюзией зрительное восприятие косящим глазом неполное, неточное, характеризуется узостью обзора.

Еще большие сложности замечены у детей с косоглазием и амблиопией при ходьбе в ограниченном пространстве. Нарушение стереоскопического видения при монокулярном зрении осложняет ориентировку, создает плоскостное восприятие пространства. Снижение остроты зрения не позволяет проследить и воспроизвести движение. Нескоординированность движений рук и ног, несогласованность действий правой и левой руки объясняется тем, что выключенный окклюзией глаз не анализирует движение конечностей, поэтому рука прижата к туловищу или же вытянута вперед, чтобы определять дистанцию во время ходьбы.

Изучение навыков ходьбы показало трудности овладения движением, возникающие у детей с патологией зрения. У них наблюдалось большое мышечное напряжение, голова чаще всего опущена, движения рук и ног несогласованны, стопы ног ставятся широко, темп неравномерный; из-за нарушения равновесия дети останавливаются при ходьбе и теряют направление движения. У нормально видящих сверстников также отмечались затруднения в сохранении прямолинейности движения. Отклонения от прямой на 10-метровом отрезке у 3-летних детей составляли 38,3%, у 4-летних — 36,6% (А. А. Саркисян). Сопоставляя эти данные с полученными нами (у 3-летних детей с нарушением зрения — 50,2%, у 4-летних — 46,7%, у 5-летних — 40,1%, у 6-летних — 33,2%), можно сказать, что дети с патологией зрения отстают от нормально видящих в развитии навыков ходьбы на 1—2 года. Это объясняется недостаточностью зрительного контроля и анализа движений в окклюзионный период, когда снижается двигательная активность детей. В результате затрудняется формирование основных параметров ходьбы и возникают выявленные нами особенности.

Кроме того, в ходьбе по прямой обнаружена специфика движений из-за неправильной постановки стоп. Зарегистрировано, что у 20% детей с ко-

соглазием и амблиопией наблюдается параллельная постановка стоп, 40% детей стопы ставят носками внутрь. Среди нормально видящих сверстников отклонения в постановке стоп отмечаются у 15%. У детей с нарушением зрения длина шага при ходьбе во всех возрастных группах ниже нормы на 4—5 см (показатели мальчиков выше, чем девочек, на 2—3 см).

Выполнение движений на точность характеризовалось большим количеством ошибок в разных видах движений, что связано с трудностями пространственной ориентировки, неспособностью распределять мышечные усилия, локализовать себя относительно снарядов. Затруднения ориентации в прыжках связаны с тем, что у детей с монокулярным зрением отсутствует стереоскопическое видение, они ошибаются в оценке расстояния, поэтому не соизмеряют свои действия с пространством. В процессе прыжка ребенку дольше приходится ориентироваться в расстоянии и пространстве, поэтому снижается анализ и контроль движений. Прыжки для детей с нарушением зрения являются сложным видом пространственной ориентировки, для развития которой необходимо усвоение базовых компонентов, таких, как ориентация по «схеме тела», локализация в звуковых и слуховых сигналах, а также создание специальных условий для зрительно-пространственной ориентации, обеспечивающих формирование зрительного образа движений.

Диагностика 100 нормально видящих дошкольников 6—7 лет и такого же числа детей с нарушением зрения свидетельствует, что точность попадания в цель при метании мяча у нормально видящих мальчиков составляет 55, у девочек — 47%; у мальчиков с нарушением зрения — 31, у девочек — 36%. Монокулярность зрения затрудняет формирование у детей всех пространственных характеристик (пространственные отношения и направления, форма и величина предметов, расположение предметов, местоположение собственного тела относительно других объектов).

В беге специфические проявления наблюдались в излишнем напряжении рук и ног, широкой постановке стоп, нарушении согласованности в движениях, низком наклоне головы, отсутствии равномерности темпа и прямолинейности. Несформированность бега по всем этим признакам зарегистрирована у 63,5% детей с нарушением зрения. Среди нормально видящих нарушения всех признаков бега зафиксированы у 21,6% детей от числа обследованных. Скорость бега у детей с нарушением зрения на 13—21% ниже, чем у нормально видящих (у мальчиков показатели выше на 5—8%, чем у девочек).

При изучении прыжков в длину с места у всех обследованных детей с косоглазием и амблиопией отмечалась низкая техническая подготовка, несформированность навыка прыжка. Они допускали ошибки во всех фазах выполнения движения: отталкивании, полете, приземлении. Так, данные наших наблюдений свидетельствуют, что навыков правильного отталкивания не имели 64% детей с нарушением зрения. Зрительный контроль за действиями ног у них усилен, голова наклонена вперед, а руки при отталкивании безучастны, поэтому сила толчка слабая. Кроме того, нами отмечено, что 41,3% детей с косоглазием и амблиопией приземлялись сначала на одну

ступню, затем приставляли другую. Это вызывает нарушение равновесия, а иногда приводит к падению, поскольку при приземлении у детей нарушаются координационные отношения правой и левой ноги.

29,2% детей приземлялись тяжело на обе ноги с сильными боковыми раскачиваниями. Это объясняется тем, что дети с монокулярным зрением затрудняются в определении расстояния, управлении собственным телом, некоторое превышение в весе также осложняет регулирование положения своего тела при действии в пространстве. Результаты в прыжках в длину с места у детей с нарушением зрения, как правило, ниже, чем у нормально видящих, на 16—22%.

В прыжках в высоту с места на двух ногах все дети смогли пользоваться прибором В. М. Абалакова, но 64,7% ребят с нарушением зрения не умели отталкиваться двумя ногами, так как из-за недостаточного зрительного контроля, нарушения согласованности движений у них снижен обзор своего тела при движении, они контролируют себя в ограниченном поле обзора амблиопичным глазом. В связи с этим количественные показатели прыжков в высоту с места у детей с патологией зрения ниже нормы на 19—24%.

Нами исследовалось состояние динамического равновесия у детей с нарушением зрения в ходьбе по гимнастической скамейке. В характеристике этого движения у них отмечались своеобразные нарушения равномерности шага, темпа и самостоятельности ходьбы. Дети затруднялись в сохранении устойчивого положения тела, сходили на край скамейки, в основном со стороны амблиопичного глаза, оступались, теряли равновесие. Весьма своеобразным проявлением было комбинирование ходьбы одной ногой по скамейке, а другой по полу. Это было связано с тем, что обследование проводилось в первые дни окклюзионного лечения, когда проходил адаптационный период привыкания к ориентировке на хуже видящий глаз. Ходьба таким способом предохраняла детей от возможных падений. Это еще одна иллюстрация того, что в период окклюзии ребенок оказывается в очень сложных условиях слабовидящего и слепого с остаточным зрением. Действия в трудно воспринимаемом зрением пространстве при ходьбе по скамейке требуют создания приспособительных и охранительных механизмов.

Подобные же особенности наблюдались в ходьбе с мешочком на голове. В результате 95,4% детей с нарушением зрения не удержали мешочки на голове против 25% нормально видящих. При этом 37,2% детей с нарушением зрения придерживали мешочек двумя руками, 57,2% — одной, и только 4,6% прошли по шнуру, не уронив мешочка и не придерживая его руками. Затруднения вызваны тем, что при ходьбе ребенку с нарушением зрения приходится решать сразу несколько задач: правильно ориентироваться в пространстве, сохранять равновесие движения (следить за осанкой, координацией рук и ног), удерживать тело в определенном положении, в то время как нормально видящие опираются на зрительно-двигательное восприятие и имеющийся двигательный опыт, что позволяет им совершать движение точно и правильно.

По нашим данным, показатели сохранения равновесия у нормально видящих на 40—50% выше, чем у детей с нарушением зрения.

Изучение статического равновесия при стоянии на одной ноге позволило получить следующие результаты. Время стояния на правой ноге выше, чем на левой, на 30—40%. Длительность стояния на одной ноге с закрытыми глазами резко падает, она в 4—5 раз меньше, чем при стоянии с открытыми глазами. Дети с нарушением зрения затрудняются в освоении исходного положения. При стоянии с закрытыми глазами они требуют помощи: «Меня надо держать», «У меня так не получится», «Меня качает, когда я подниму ногу», «Я сразу падаю» и др. Время же сохранения статического равновесия на одной ноге у детей с нарушением зрения с открытыми глазами идентично показателям нормально видящих детей с закрытыми глазами.

Нарушение качественных признаков лазания в значительной степени сказалось на основных элементах техники движения. Для ребят с нарушением зрения была характерна недостаточная согласованность зрительного контроля и движений рук и ног. Они переставляли руки беспорядочно, пропуская рейки, одну руку накладывали на другую, что затрудняло движение. Поднявшись до середины лестницы, дети начинали беспокоиться, не упадут ли они, спрашивали, как высоко надо залезать. Ноги у них были сильно напряжены, значительно согнуты в коленях и прижаты к животу, ступнями ребята обхватывали перекладину, сильно сжимая пальцы. Туловище во время лазания было наклонено в одну сторону, наблюдались боковые раскачивания, дети использовали приставной шаг, чтобы удобнее контролировать движения ног и видеть перекладины, на которые ставят ноги.

Результаты метания мяча у детей с нарушением зрения в сравнении с нормально видящими ниже на 21—27,7%. Это вызвано тем, что 73,2% ребят не принимали исходного положения и допускали много ошибок при выполнении задания. Так, 47,5% обследуемых с нарушением зрения выполняли бросок от груди; среди нормально видящих детей пытались метнуть мяч таким образом только 12,7%. Мяч в результате такого броска падал на небольшом расстоянии, отклоняясь в правую или левую сторону.

Согласованность движений рук и ног у детей с патологией зрения нарушена в 55—60% случаев, при этом больше наблюдалась асимметричная деятельность рук, чем ног. В связи с этим было проведено исследование координации движений рук, которое показало, что при обведении восьмерки дети с нарушением зрения затрачивают больше времени на 27—30% и допускают больше ошибок на 25—40%, чем нормально видящие.

Нарушения ритма движения, координации рук и ног, равновесия, вызванные недостаточным зрительным контролем, обуславливают своеобразные проявления у детей со зрительной патологией: нарушается темп движения, равномерность и точность шага, появляются неуверенность и боязливость.

Значимость качественных характеристик движений нами рассматривалась с точки зрения их экономичности, точности, энергичности и выразительности. Для полноценного гармоничного развития ребенку необходима

достаточная координация и точность движений, способность рационально, экономно распределять силы, выполнять движения с ярко выраженной силой и скоростью.

У детей с косоглазием и амблиопией наблюдаются трудности воспроизведения разных видов движений, точно заданных во времени.

Обобщая результаты исследования точности движения как одной из его качественных характеристик, следует отметить, что нарушение зрения ограничивает возможности правильного выполнения двигательных действий. Однако точность движений, как одна из двигательных способностей, может успешно развиваться под влиянием коррекционно-педагогического воздействия в соответствии с показаниями и противопоказаниями медицинских работников разного профиля: педиатра, офтальмолога, ортопеда и др.

Нарушение плавности движений у большинства детей с косоглазием и амблиопией (88,3%) проявлялось в замедлении темпа, чего не встречалось у нормально видящих. Характерным признаком являлись также сбои в дыхании, объясняющиеся тем, что такие дети не умеют контролировать не только двигательные акты, и на фоне нарушения темпа движения возникает рассогласование дыхательно-двигательных действий. Известно, что у детей с патологией зрения уровень развития физиологических механизмов отстает на 30% в сравнении с нормально развивающимися. В связи с этим уместно подчеркнуть, что для формирования плавности движений следует обеспечить необходимые условия и воздействовать на развитие этого параметра в комплексе лечебных, педагогических и психологических мероприятий.

Такая качественная характеристика, как экономичность движения, предполагает использование рациональных его способов и актов; при этом не допускаются лишние движения и рационально тратится энергия. Это особенно важно в работе с детьми с нарушением зрения. Для них часто характерны излишние и навязчивые движения (Л. И. Солнцева, Л. И. Плаксина, В. А. Кручинин, Б. В. Сермеев, Л. С. Сековец), которые следует преодолеть коррекционно-развивающим обучением.

По нашим наблюдениям, в группах детей с патологией зрения более 50% ребят бывают малоактивны, отличаются пассивностью, безынициативностью, предпочитают легкие формы движений.

Таким образом, рассматривая своеобразие двигательных возможностей детей с косоглазием и амблиопией, мы обнаруживаем существенные отличия их от нормально видящих сверстников. Проявляются эти отличия в трудностях зрительно-двигательной ориентации, неточности и некачественности двигательных актов, что обусловлено снижением зрительного контроля, обедненностью образов движений, гиподинамией и недостаточностью процессов саморегуляции, осознанием своего зрительного дефекта.

Все это обосновывает необходимость организации системной коррекционной работы как на специальных занятиях, так и во всех других видах физического воспитания.

Глава 5. Основные компоненты методической модели коррекционной работы в процессе физического воспитания

Комплексное воздействие на ребенка через систему адаптивных средств (лечебных мероприятий, физических упражнений, массажа, различных видов гимнастик, занятий, компонентом которых являются движения) позволяет улучшать состояние мышц, зрения, формировать двигательную активность детей, обеспечивать их физическое воспитание в соответствии с индивидуальными возможностями. Нами выделены основные направления коррекционной работы в процессе физического воспитания (рис. 3).



Рис. 3. Основные направления коррекционной работы в процессе физического воспитания

Коррекция недостатков зрительно-двигательной ориентации включает следующие основные направления и задачи:

- создание установки на восприятие (усвоение нового движения, дейст-

вия в пространстве, изучение приспособления или оборудования, с которым выполняется действие);

- формирование умений наблюдать, вычленять наиболее важные моменты в движении, переключать внимание с одних элементов движения на другие, выполнять их в определенной последовательности;

- обеспечение оптимального объема информации для снятия напряженности при восприятии;

- учет индивидуальных особенностей детей (остроты зрения, характера патологии) при восприятии предметов и действий в физическом воспитании;

- регуляция в процессе восприятия словесной и наглядной информации о двигательных действиях;

- обеспечение страховки при выполнении упражнений для снятия комплекса неуверенности в движениях;

- рациональная организованность места для занятий и выбор пособий.

Выполнение данных рекомендаций является основой при создании условий и выборе средств для преодоления трудностей двигательной недостаточности и нарушений двигательной сферы детей.

С этой целью необходимо осуществлять коррекционную работу на специальных занятиях по лечебной физической культуре и ритмике. Лечебная физическая культура носит медико-педагогический характер и направлена на исправление нарушений опорно-двигательного аппарата. Занятия ритмической решают проблему коррекции и развития пластичности двигательных актов.

Основными задачами коррекционных занятий являются общее укрепление организма, укрепление мышечной системы, формирование правильной осанки, улучшение функциональных связей между основными системами организма, улучшение кровообращения и трофики тканей глаза, укрепление мышц глаза, устранение дефектов осанки и деформаций нижних конечностей, повышение эмоционального состояния детей.

Специфика содержания и организации занятий проявляется в целеполагании на устранение причин, вызывающих нарушения, и активацию функциональных возможностей организма для восстановления нарушенных функций, общего укрепления здоровья и коррекции отклонений в двигательной сфере.

К особенностям двигательной сферы детей с нарушением зрения относятся специфическая недостаточность зрительно-пространственной ориентации в структуре двигательного акта, обедненность образа движения и неумение анализировать качество двигательных актов и выполнение движений. В связи с этим на коррекционных занятиях уделяется большое внимание формированию представлений о двигательных актах, умению контролировать двигательные действия при поэтапном их исполнении с помощью зрения или мышечно-проприоцептивного контроля. Все это необходимо, чтобы у детей формировались различные формы восприятия двигательных актов не только на уровне зрительно-двигательной ориентации, но и зрительно-кинестетических полимодальных характеристик движения.

Наряду с этим необходимо развить у детей понимание своих зрительных возможностей при анализе двигательных актов и научить ориентироваться на сохранные анализаторы в тех случаях, когда с помощью зрения им это выполнить невозможно.

Успешность коррекции движений зависит от взаимодействия зрительного и кинестетического контроля в результате применения специальных средств и методов, направленных на преодоление двигательных нарушений, снятие мышечного и эмоционального напряжения.

Одним из средств устранения нарушений осанки является лечебная гимнастика. Она, как известно, помогает добиться восстановления нарушенных функций опорно-двигательного аппарата, которые не только мешают гармоничному развитию ребенка, но и отрицательно влияют на функции других органов и систем организма.

Все виды упражнений основываются на учете патологии опорно-двигательного аппарата. Используются те упражнения, которые допустимы при данной патологии. При выполнении основных движений детьми физическая нагрузка им строго дозируется, чтобы избежать утомления. Для этого педагогу необходимо знать основные данные о физическом и психическом развитии детей и степени их подготовленности:

- результаты медицинского обследования и рекомендации врачей: ортопеда, хирурга, педиатра, офтальмолога, психоневролога;
- состояние основного зрительного дефекта (устойчивая и неустойчивая ремиссия), поля зрения (нарушение центрального и периферического зрения), остроты зрения;
- состояние опорно-двигательного аппарата и его нарушения; наличие сопутствующих заболеваний;
- уровень физического развития детей;
- способность ребенка к пространственной ориентировке;
- состояние и возможности сохраненных анализаторов;
- состояние нервной системы (признаки перевозбуждения, нарушения эмоционально-волевой сферы);
- наличие предыдущего сенсорного опыта.

Коррекционное значение разных видов гимнастик заключается в исправлении или ослаблении недостатков психофизического развития детей, формировании жизненно необходимых движений, применении двигательного опыта в практической деятельности. Исходя из этого определяется оздоровительная, лечебная и корригирующая направленность гимнастики как одной из форм организации физического воспитания детей с нарушением зрения.

Характер движений, упражнений, их ориентированность на лечебно-восстановительный процесс, взаимосвязь с коррекционно-педагогической работой позволяют классифицировать следующие виды гимнастик: основная, гимнастика для глаз, ритмическая, дыхательная, пальчиковая, гимнастика для коррекции опорно-двигательного аппарата, тренажерная.

Коррекционная направленность основной гимнастики обеспечивается

целенаправленным педагогическим воздействием на ребенка, испытывающего трудности в движениях.

Физические упражнения в сочетании со специальными упражнениями мышц глаза эффективны для профилактики нарушений зрения, а также для развития подвижности глаз и восстановления бинокулярного зрения.

Гимнастика для глаз рассматривается как самостоятельная форма организации детей. Весь курс гимнастики состоит из 4–5 комплексов, каждый комплекс включает 4–5 упражнений. Первыми планируются упражнения, подготавливающие детей к прослеживанию взором, сосредоточению на определенных объектах (повороты головы, шеи в разных направлениях). В комплексы входят упражнения непосредственно для глаз: на развитие прослеживающих и глазодвигательных функций. Такая гимнастика способствует более быстрому восстановлению работоспособности, эффективному усвоению учебного материала, активизации, упражнению и восстановлению зрения при косоглазии и амблиопии.

Ритмическая гимнастика доступна детям с нарушением зрения, так как ее содержание базируется на знакомых упражнениях, но вместе с тем упражнения красивы по форме и необычны по сочетанию движений. Для них характерны современные линии, свобода действий, гармония.

Дыхательная гимнастика, применяемая для детей с нарушением зрения, имеет специфику в подборе упражнений и может проводиться в качестве самостоятельного вида коррекционной гимнастики. Отдельные упражнения используются в других видах гимнастики как с группой детей, так и индивидуально.

Пальчиковая гимнастика направлена на развитие тонких движений пальцев рук у детей с нарушением зрения и служит для коррекции неустойчивости зрительно-моторных координаций. Для снятия гипер- и гипотонуса в мышце кисти руки необходима тренировка всех процессов: сжатия, растяжения и расслабления, основанная на медицинских предписаниях о тренировке попеременного сокращения и расслабления мышц-сгибателей и мышц-разгибателей.

Гимнастика для коррекции опорно-двигательного аппарата является разновидностью лечебной физической культуры и состоит из общей и специальной частей. Общая часть — это общеукрепляющие упражнения, режим, игры, закаливание, которые являются составляющими деятельности ребенка с нарушением зрения и способствуют правильному формированию опорно-двигательной системы. Специальная коррекция (активные корригирующие упражнения) предусматривает решение главных задач: укрепление мышечного корсета, преимущественно мышц спины, профилактику и лечение функциональной недостаточности стоп, укрепление мышц брюшного пресса, предупреждение вторичных отклонений.

Тренажерная гимнастика рассматривается как один из видов коррекционной помощи детям, основными задачами которого являются подготовка организма к постепенному увеличению физической нагрузки, создание психологического настроя, осуществление пропедевтики (подготовка к основ-

ной работе на тренажере), развитие зрительно-моторной координации, восполнение дефицита двигательной активности, коррекция двигательных нарушений, повышение защитных функций организма.

С учетом уровня индивидуальной подготовленности ребенка, его двигательных способностей, состояния зрения и здоровья в целом намечаются пути совершенствования двигательных навыков, построения двигательного режима, приобщения к разным формам двигательной деятельности.

Индивидуальная работа по физическому воспитанию в зависимости от содержания заданий и способов их выполнения решает задачу индивидуального варьирования физических нагрузок.

Дифференцированный подход в системе обучения физическим упражнениям и воспитания физических качеств предполагает деление группы детей на подгруппы на основе данных уровня физической подготовленности, развития физических качеств, уровня знаний, интересов детей, типа нервной системы.

Основу дифференцированного обучения составляют двигательные задания, имеющие следующие разновидности:

1) вся группа получает задание, одинаковое по содержанию, но разное по способам выполнения;

2) каждой группе определяются разные по содержанию, но одинаковые по способам выполнения задания;

3) каждая группа получает задания, разные по содержанию и способам выполнения.

При проведении систематических физкультурных занятий увеличивается адаптационный период (пропедевтические занятия по разучиванию элементов основных движений, индивидуальные занятия по выработке элементарных координационных способностей, развитию глазодвигательных функций, усвоению пространственных отношений), что обеспечивает включение детей во фронтальные формы работы. Содержание занятий по физической культуре определяется индивидуально для каждого ребенка на основе вариативных способов организации.

Отбор упражнений строится на ритмическом двигательном рефлексе. Особое значение придается регулирующим функциям центральной нервной системы. Двигательные центры вследствие непрерывного потока проприоцептивной афферентации почти постоянно находятся в возбуждении с очень короткой фазой торможения, а мышцы конечностей — в состоянии то большего, то меньшего напряжения. Этим обусловлена сложность управления работой мышц, от которой зависит характер движения. Учитывая это, педагог максимально точно дозирует физическую нагрузку детей.

Главной теоретической проблемой коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения является обоснование специфики содержания, форм и методов коррекционного воздействия, которые в отличие от общедидактических принципов обучения опираются на понимание структуры первичного дефекта и на своеобразии физического развития детей с патологией зрения. Необходимость коррекционной работы

в процессе физического воспитания подтвердилась всем ходом нашего экспериментального исследования, что позволяет выделить следующие принципы коррекционной направленности физических средств воздействия:

- направленность воздействия специальных дидактических средств ориентирована на коррекцию недостаточности физического развития детей с косоглазием и амблиопией;

- коррекционно-компенсаторная направленность физического воспитания базируется на данных о состоянии здоровья детей, учитывает своеобразие и требования лечебно-восстановительной работы и в своем содержании опирается на врачебные рекомендации и данные контроля;

- продуктивность коррекционного воздействия зависит от адекватного, индивидуально-дифференцированного подхода к организации коррекционной помощи;

- коррекционная направленность физического воспитания проявляется в формировании специальных, социально адаптированных знаний, навыков и умений в процессе овладения двигательной активностью;

- коррекционная направленность физического воспитания существенно сказывается на специфике организации предметно-ориентированного обучения детей, в котором учитываются трудности зрительной афферентации, сложности овладения предметным содержанием двигательных актов, обедненность образов движений и трудности зрительного анализа качественности собственных двигательных актов;

- коррекционная направленность физического воспитания проявляется в стимуляции двигательной активности, преодолении гиподинамии и нарушений психоэмоциональных проявлений.

Таким образом, коррекционная направленность физического воспитания является сущностью как содержательной его стороны, так и организационной.

Для проведения физкультурных занятий на основании комплексного обследования дети делятся на три группы.

В первую группу (основную) входят дети без отклонений в состоянии здоровья или с незначительными отклонениями, с относительно высокой остротой зрения (от 0,5 до 0,9) на лучше видящем глазу, с коррекцией стеклами, то есть дети, к которым можно применять все формы физических упражнений в соответствии с возрастными особенностями. Отметим, что таких детей в нашем эксперименте не было выявлено.

Во вторую группу (подготовительную) входят дети с более низкой остротой зрения, чем в первой группе, имеющие отставания в физическом развитии, с повышенной возбудимостью. Дети первой и второй групп занимают по Программе специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (1997). Они вместе участвуют во вводной, подготовительной и заключительной части физкультурного занятия, для детей второй группы исключаются лишь упражнения, требующие особого напряжения, такие, как прыжки в высоту и длину с разбега, сокращается число повторений одного и того же упражнения.

К третьей группе (специальной) относятся дети со значительными нарушениями зрения, прооперированные, со значительными отклонениями в состоянии здоровья (изменениями сердечно-сосудистой системы, нарушениями осанки, искривлением позвоночника). Для них ограничивают упражнения на скорость, уменьшают дистанции в ходьбе, беге. Особое внимание уделяют дыхательным упражнениям. В устранении дефектов осанки большое место занимают упражнения для мышц плечевого пояса, спины, живота, способствующие образованию крепкого мышечного корсета.

Все сказанное еще раз подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к ребенку на занятии.

Коррекционная работа с детьми первой группы должна быть направлена на повышение уровня физического развития — коррекцию двигательных способностей, навыков и умений, и на этой основе осуществляется коррекция недостатков зрительного восприятия.

Коррекционная работа со второй группой должна быть направлена на доразвитие показателей физического развития, отстающих двигательных навыков и умений и повышение работоспособности зрительных функций.

Коррекционная работа в третьей группе направлена на преодоление вторичных отклонений, улучшение уровня физического развития, двигательных возможностей детей и создание режима отдыха для глаз на физкультурном занятии.

Проведение коррекционной работы с детьми всех групп на физкультурных, а также на специальных занятиях и в свободной двигательной деятельности возможно при условии дифференцированного подхода и контроля за деятельностью детей.

Таким образом, методическая модель коррекционной работы в процессе физического воспитания рассматривается нами как главная составляющая характеристики системы физического воспитания детей с нарушением зрения, в которой нашли отражение модель коррекционной помощи детям, ее содержательные аспекты, взаимосвязь и взаимозависимость лечебной и коррекционно-педагогической работы, а также социальная адаптация как система выравнивания средствами физического развития и преодоления недостатков и отклонений в двигательной сфере детей с косоглазием и амблиопией.

Коррекционная направленность проявляется в учете особенностей физического развития детей и их функциональных возможностей; переходе от традиционной системы организации различных форм физического воспитания к специальным занятиям, индивидуальному дозированию физических нагрузок и их варьированию с учетом состояния зрения и характера лечебных процедур; преодолении двигательной недостаточности и гиподинамии за счет соответствующего двигательного режима.

Индивидуально-дифференцированный подход к организации коррекционной помощи обуславливает развитие индивидуальных возможностей детей как условие выравнивания всего хода психофизического развития.

Глава 6. Коррекционная работа в процессе физического воспитания детей с нарушением зрения

Исходя из концептуальной модели коррекционной помощи в процессе физического воспитания детей с нарушением зрения в разных видах образовательных учреждений определяется система обеспечения комплексного физического развития и двигательных возможностей детей через взаимодействия лечебно-восстановительной и коррекционно-развивающей работы.

Организационная модель системы коррекционной помощи в процессе физического воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях прежде всего решает вопросы выравнивания физического развития.

Коррекционные образовательные задачи направлены на преодоление недостаточности двигательных умений и способностей, без которых ребенку трудно адаптироваться к условиям жизни. Содержание образовательного процесса с учетом зрительных возможностей ребенка и состояния его здоровья определяет модель коррекционной работы в физическом воспитании, отличную от общеобразовательной, позволяет решать задачи лечебной и коррекционной направленности.

Специфика коррекционных задач определяется потребностью формирования у ребенка представлений о своем дефекте, а также развития самостоятельности, самоорганизации, самопомощи за счет формирования социально-адаптивных навыков регуляции двигательного поведения.

При этом необходимо помнить о создании щадящих условий обучения движениям, обеспечении тщательного контроля за физической нагрузкой детей и системе адаптированных воспитательно-образовательных форм и методов обучения, обеспечении основных требований выравнивания физических возможностей детей дошкольного возраста с нарушением зрения, сближения с развитием нормально видящего ребенка.

Для оптимизации комплекса педагогических средств и активизации двигательной сферы ребенка следует четко организовать весь режим подвижности.

В понятие «двигательный режим» мы включаем все виды организованной и самостоятельной деятельности, в которых четко выступают локомоторные, связанные с перемещением в пространстве, действия детей. Иными словами, необходимо правильно организовать двигательную деятельность детей, обеспечить в полном объеме содержание знаний и умений по развитию движений в сочетании их с другими видами детской деятельности (конструированием, рисованием, играми) и лечебно-восстановительными мероприятиями, с учетом особенностей двигательных возможностей детей.

Для улучшения двигательной активности создано специальное оборудование, помогающее корригировать движения ходьбы, бега, прыжков, метания, лазания. Например, при метании используют фиксирование мяча для отработки техники движений. Обучение лазанию начинается с горизонтальной лестницы с постепенным увеличением угла наклона.

Необходимо поощрять стремление детей самостоятельно двигаться.

Коррекционная работа в процессе физического воспитания осуществля-

ется в тесной связи с различными видами деятельности в детском саду (продуктивные виды деятельности, игры). Игра является ведущим видом деятельности и оказывает эффективное воздействие на развитие ребенка, если она имеет коррекционную направленность. С этой целью наиболее целесообразно использование дидактических, сюжетно-ролевых и подвижных игр.

За деятельностью детей в игре, как и в других формах работы, осуществляется строгий контроль, нагрузка индивидуально дозируется: уменьшается дистанция, число повторений, время нахождения в игре, облегчается задание, вводятся ограничения в движениях.

Предлагаемые принципы организации коррекционной помощи, системы двигательного режима, взаимосвязи лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работы, а также организация произвольной двигательной деятельности в игре позволяют обеспечить коррекционно-развивающие условия и повысить значимость тех форм организации жизнедеятельности детей, которые не только решают проблему выравнивания их физического развития, но и способствуют формированию социально-адаптированного поведения, преодолению гиподинамии и психоэмоционального напряжения, связанных с лечением зрения, ослабленным самочувствием и другими негативными влияниями среды.

Заключение

На основе структурно-теоретического и ретроспективного анализа существующей системы физического воспитания детей дошкольного возраста в исследовании доказана актуальность, научная и практическая значимость разработки модели коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения, проанализирован понятийный аппарат, определяющий цели и задачи физического воспитания, высказано отношение к таким понятиям, как «физическое совершенство» и «физическая подготовленность», применительно к детям с косоглазием и амблиопией и введены термины «двигательные возможности», «физическое выравнивание» как этап специального коррекционно-компенсаторного развития для подведения ребенка к данным ступеням развития.

Разработана модель коррекционной направленности физического воспитания, в которой просматривается необходимая взаимосвязь между изучением функционального состояния организма, физического развития, здоровья, особенностей двигательной сферы и специальной медико-психолого-педагогической коррекцией.

При этом состояние зрения и здоровья в целом детерминирует весь процесс коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения.

Полученные констатирующие данные о состоянии здоровья и зрения детей позволяют утверждать, что им необходима комплексная медицинская помощь, по функциональным возможностям организма к ним не могут быть

предъявлены требования программы дошкольного учреждения общего типа. Так как у каждого из детей наблюдаются своеобразные проявления состояния здоровья и зрения, к ним требуется индивидуальный и дифференцированный подход в организации физического воспитания.

Анализ состояния двигательной сферы детей показал, что трудности зрительно-двигательной ориентации обуславливают качественные и количественные отклонения в развитии двигательных актов, гиподинамию и недостаточность процесса саморегуляции движений из-за сниженного зрения. Все это указывает на необходимость разработки содержания, форм, средств и методики коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения на основе тесной взаимосвязи с лечебно-восстановительной работой.

Коррекционная направленность физического воспитания основывается на изучении особенностей состояния здоровья и зрения, показаниях и противопоказаниях к занятиям физической культурой, системе лечебных мероприятий и проявляется в собственном специальном содержании, направленном на формирование социально-адаптивного поведения, без которого развитие двигательных способностей у детей с косоглазием и амблиопией проблематично.

Разработанная методическая модель коррекционной работы в процессе физического воспитания детей с нарушением зрения, направленная на коррекцию недостатков зрительно-двигательной ориентации, выделение специальных коррекционных занятий, использование различных видов гимнастики, организацию индивидуально-дифференцированного подхода, позволила обосновать коррекционную значимость занятий физической культурой и успешно внедрить данные разработки в практику специальных дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения.

Результаты применения разработанной теоретической модели коррекционной направленности физического воспитания детей с нарушением зрения и научно-методическое обеспечение данной модели позволяют обосновать социально-адаптивную значимость коррекционной направленности физического воспитания как путь и средство выравнивания недостаточности физического развития и преодоления отклонений в двигательной сфере детей с косоглазием и амблиопией.

При этом выделяются три главных условия: организация рационального двигательного режима как пути к преодолению гиподинамии; взаимосвязь лечебно-восстановительной, коррекционно-педагогической работы, организация произвольной деятельности как средства коррекции психоэмоциональных напряжений, связанных с движением, и социальная адаптация через игру.

Реализация результатов исследования демонстрирует успешность формирования социально-адаптивных качеств как средства преодоления недостаточности в здоровье и психофизическом развитии детей, страдающих косоглазием и амблиопией.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Монографии

1. Физическое воспитание детей с монокулярным характером зрения. – Нижний Новгород: НГЦ, 2000. – 143 с.
2. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию дошкольников с нарушением зрения. – Нижний Новгород: Издатель Ю.А. Николаев, 2001. – 168 с.

Методические пособия, рекомендации

3. Методические рекомендации к педагогической практике в педагогическом училище. – Горький, 1991. – 16 с. Совм. с Аксеновой М.Н.
4. Краткий словарь терминов по коррекции и реабилитации детей с аномалиями развития. – Нижний Новгород, 1993. – 98 с. Совм. с Хан Н.А.
5. Реабилитация детей с нарушениями речи в специальных учреждениях. – Саров: ЗАО «ИНФО», 1997. – 111 с. Совм. с Аксеновой Е.Б.
6. Игры, занятия и праздники. – Иваново, 1998. – 116 с. Совм. с Айзиной Э.П.
7. Основы дефектологии: Руководство к работе над курсом. – Нижний Новгород, 1998. – 16 с.
8. Коррекция нарушений речи у дошкольников. – Нижний Новгород: НГЦ, 1999. – 286 с. Совм. с Разумовой Л.И.
9. Наглядно-дидактический материал в формировании правильной речи у младших школьников. – Нижний Новгород: НГЦ. – 107 с. Совм. с Ивашко Л.И.

Статьи

10. Система упражнений по коррекции координации движений у дошкольников с нарушением зрения // Дефектология. – 1985. – № 6. – С. 70–74.
11. Советы родителям по проведению коррекционной гимнастики для рук с детьми дошкольного возраста // Воспитание слабовидящего ребенка в семье. – М., 1986. – С. 55–60.
12. Роль семьи в физическом воспитании слабовидящего дошкольника // Воспитание слабовидящего ребенка в семье. – М., 1986. – С. 60–65. Совм. с Сермеевым Б.В.
13. Организация двигательного режима детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 62–64.
14. Клинические формы нарушений зрения и физическое воспитание слабовидящих детей // Проблемы физического воспитания аномальных детей. – Горький, 1987. – С. 45–49. Совм. с Кирилловой Л.И.
15. Преемственность в работе детского сада и школы по физическому воспитанию детей с нарушениями зрения // Физическое воспитание детей в специальных школах. – Горький, 1989. – С. 10–17.
16. Состояние двигательной сферы у детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией в период окклюзионного лечения // Дефектология. – 1991. – № 3. – С. 85–87.

17. Программа «Возрождение»: Воспитание и оздоровление детей в условиях специализированного дошкольного учреждения // Проблемы школьного воспитания. — 1997. — №3. — С. 8—16. Совм. с Гуровой О.В.

18. Социальная адаптация детей с проблемами развития // Педагогическое обозрение. — 1998. — № 2. — С. 38—41.

19. Социализация детей в условиях реабилитационного учреждения // Развитие региональной системы образования: опыт и перспективы. — Нижний Новгород: НГЦ, 1998. — С. 199—202. Совм. с Гуровой О.В.

20. Новые педагогические технологии в реабилитационных учреждениях // Развитие региональной системы образования: опыт и перспективы. — Нижний Новгород: НГЦ, 1998. — С. 189—194.

21. К проблеме коррекционной работы с «трудными» детьми // Проблемы школьного воспитания. — 1998. — № 2. — С. 11—17.

22. Теоретические основы программы // Программа духовно-нравственного развития дошкольников. — Нижний Новгород: НГЦ, 1999. — С. 4—26. Совм. с Туриловой Е.К.

23. Проблемы детей — не аномалия // Нижегородская правда. — 1999. — 29 марта. — С. 3. Совм. с Визгуновой Э.В.

24. Проблемы профессионального становления детей-сирот // Педагогическое обозрение. — 2000. — №4. — С. 75—83.

25. Базисный региональный учебный план в специальных (коррекционных) учреждениях // Педагогическое обозрение. — 2001. — № 1. — С. 76—83.

26. Особенности методики формирования координации движений у детей с косоглазием и амблиопией в период окклюзионного лечения // Физическое воспитание детей с нарушением зрения в детском саду и начальной школе. — 2001. — №1. — С. 21—26.

27. Научно-методические основы социализации детей-сирот // Проблемы школьного воспитания. — 2001. — № 3. — С. 25—38.

Тезисы докладов

28. Особенности развития двигательных способностей у детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Тезисы докладов научной конференции молодых ученых Волго-Вятского региона. — Горький, 1983. — С. 69—70.

29. Физическое развитие детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Тезисы докладов IX научной сессии по дефектологии. — М., 1983. — С. 92—93.

30. Особенности обучения движениям детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией // Тезисы докладов научной конференции молодых ученых. — Горький, 1984. — С. 103—104.

31. Первоначальное освоение основных движений // Проблемы методов учебной и коррекционной работы в специальных школах и дошкольных учреждениях. — М., 1984. — С. 37—38.

32. Физическая подготовленность детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Актуальные вопросы научно-технического внедрения в практику. — Горький, 1984. — С. 95—96.

33. Физическое воспитание детей дошкольного возраста //Тезисы докладов VIII Всесоюзных педчтений по дефектологии. — М., 1988. — С. 79.
34. Комплексность физического воспитания детей дошкольного возраста с нарушением зрения //Тезисы докладов X научной сессии по дефектологии. — М., 1990. — С. 58—59.
35. Организация самостоятельной работы студентов по методике физического воспитания детей дошкольного возраста //Тезисы докладов Всесоюзного совещания-семинара преподавателей вузов. — Ульяновск, 1991. — С. 32—33.
36. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушением зрения // Тезисы докладов регионального этапа Всесоюзных педагогических чтений. — Горький, 1991. — С. 77—78.
37. Гуманизация процесса физического воспитания детей дошкольного возраста //Тезисы докладов научно-практической конференции. — Ровно, 1992. — С. 139—140.
38. Нестандартные формы организации физического воспитания в дошкольных учреждениях // Тезисы докладов научно-методической конференции преподавателей педагогических институтов. — Шадринск, 1992. — С. 70—71.
39. Использование игровых приемов для развития выносливости у дошкольников в плавании //Тезисы докладов научно-практической конференции студентов, аспирантов, преподавателей. — Нижний Новгород, 1992.— С. 12—13. Совм с Бутусовой И.
40. Народная подвижная игра как средство воспитания самостоятельности у детей старшего дошкольного возраста //Тезисы докладов научно-практической конференции студентов, аспирантов, преподавателей. — Нижний Новгород, 1992. — С. 18—19. Совм. с Седовой А.
41. Ритмическая гимнастика как средство развития гибкости у детей старшего дошкольного возраста //Тезисы докладов научно-практической конференции студентов, аспирантов, преподавателей. — Нижний Новгород, 1992.— С. 11—12. Совм. с Савиной О.
42. Нестандартное оборудование как средство развития интереса у детей дошкольного возраста к физической культуре // Тезисы докладов научно-практической конференции студентов, аспирантов, преподавателей. — Нижний Новгород, 1992. — С. 10—11. Совм. с Королевой И.
43. Игротерапия как средство коррекции поведения детей с трудностями в развитии //Тезисы докладов Международной научно-практической конференции. — Воронеж, 1993. — С.141.
44. Обновление содержания образовательного процесса с целью профессионализации в коррекционных образовательных учреждениях Нижегородской области //Тезисы I Всероссийской конференции по профессиональной реабилитации учащихся коррекционных учреждений. — Самара, 1997. — С. 7—8.
45. Социальная адаптация детей-сирот в подготовке их к самостоятельной жизни // Тезисы докладов I Всероссийских Католиковских чтений. — М., 1997. — С. 77.

Программы

46. Физическая культура (1–4 классы) // Программы школ для слепых детей. – М.: Просвещение, 1986. – С. 80–99. Совм. с Сергеевым Б.В.
47. Физическая культура (1–4 классы) // Программы школ для слабовидящих детей. – М.: Просвещение, 1986. – С. 101–120. Совм. с Сергеевым Б.В.
48. Физическое воспитание // Программы специальных образовательных учреждений IV вида. – М.: Просвещение, 1997. – С. 44–67. Совм. с Плаксиной Л.И.
49. Социальная адаптация // Программа подготовки детей-сирот к самостоятельной жизни и преодоления трудностей социализации. – Нижний Новгород: НГЦ, 1998. – 63 с.