

Модуль 5	24	14	2	Защита проекта (8ч.)
Модуль 6	12	6	4	Зачет (2ч.)
Итоговое занятие	8		2	Зачет (6ч.)
	90	54	10	

Данная программа деятельности поддерживается целым комплексом учебно-технологических материалов, включающим диагностические материалы, разработки ключевых занятий, видеоматериалы, средства условно-графической наглядности. Реализация данной программы на базе Белгородского регионального института повышения квалификации и переподготовки специалистов показала ее эффективность.

Коптева О.Д., кандидат биологических наук, декан педагогического факультета БелГУ

Тетерева С.В., ассистент кафедры логопедии БелГУ
(Грант РГНФ № 05-06- 55607а/Ц)

Педагогическое сопровождение детей раннего возраста с хроническими соматическими заболеваниями

Актуальность исследования

Проблема охраны здоровья матери и ребенка, в том числе и на основе реализации федеральных и региональных целевых программ, имеет в настоящее время общегосударственное значение. Динамика демографических процессов в Российской Федерации наглядно демонстрирует тенденцию к сокращению числа трудоспособного населения, отрицательный баланс между смертностью и рождаемостью. В основе этой отрицательной динамики лежит целый круг проблем, в центре которых - вопросы сохранения здоровья детей. В настоящее время общепризнанно, что эффективность решения данной проблемы может быть обеспечена только при комплексном медико-психолого-педагогическом подходе. Разрозненность специальных подразделений, занимающихся лечением, обучением и воспитанием детей, приводит к появлению «зоны нулевой ответственности», в которую попадают соматически ослабленные дети. Не имея прямых показаний к медицинскому вмешательству, они, тем не менее, и не настолько здоровы, чтобы посещать детские дошкольные учреждения. Родители в таких условиях стоят перед дилеммой: заниматься или здоровьем, или обучением своего ребенка. К сожалению, до настоящего времени не разработаны медицинские и психолого-педагогические основы комплексной

тактики ведения таких детей. Если родители выбирают по тем или иным причинам традиционное дошкольное образовательное учреждение, то в силу соматической ослабленности и отсутствия целенаправленной динамической помощи к началу обучения в школе ребенок приходит, имея целый «букет» хронических болезней. Так, по данным статистики, только 8-10% первоклассников можно считать здоровыми. Если же ребенок находится только под опекой медиков - он с большой степенью вероятности попадает в разряд психологически не готовых к обучению в школе. Кроме того, последствия госпитализма могут затруднять дальнейшую социальную адаптацию ребенка. Особенно ярко отрицательные последствия проявляются в ситуации, когда соматическое заболевание развивается у ребенка в раннем возрасте, вследствие чего он значительное время проводит в лечебных учреждениях и не имеет возможности активно познавать мир, реализуя возрастную потребность.

Отмечая титанические усилия практических педагогов по реализации здоровьесберегающих технологий, следует отметить, что специфика состояния здоровья и психических особенностей соматически ослабленных детей требует особого патогенетически обоснованного подхода к организации их обучения и воспитания.

Теоретические основы исследования

Предварительный анализ отечественных и зарубежных научно-методических материалов показал, что при наличии значительного интереса к данной проблеме со стороны медицинских и педагогических работников и существовании большого числа вариативных программ еще не найдены эффективные пути ее решения. На государственном уровне не сформирована система комплексной специализированной психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с соматическими заболеваниями. Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ, по педагогическому сопровождению дошкольников в условиях стационара датированы 1987 годом и составлены скорее как рекомендации по учету специфики работы больницы в педагогической деятельности. На базе отдельных психолого-медико-педагогических центров ведется разработка педагогических рекомендаций для педагогов общеобразовательных ДООУ, работающих с часто болеющими и ослабленными детьми, в которых, однако, не учитывается механизмы нарушения психических процессов и психо-соматического состояния данных детей. Так, Богина Т., Усова А (1994), признавая наличие особенностей психического развития детей данной группы и опасность для их здоровья обучения без учета специфики образовательных потребностей, рекомендуют лишь «дать уменьшенный объем задания с тем, чтобы они без излишнего напряжения в течение отведенного времени могли его сразу выполнить».

Многими исследователями подчеркивается, что особенности жизнедеятельности соматически ослабленных детей, являясь константными на

протяжении длительного времени, ведут, с одной стороны, к снижению физической и умственной работоспособности, нарушениям внимания и памяти, изменениям в эмоционально-волевой сфере (Николаева В.В, 1998), а, с другой стороны, к формированию специфических черт личности (К. Такэкс 1987). Учитывая вышеназванные особенности, можно утверждать наличие особых образовательных потребностей у соматически ослабленных детей, а также необходимость разработки специальных подходов к их обучению и воспитанию. (Н. А. Назарова, 2000). Это означает, во-первых, что проблемы педагогического изучения, обучения и воспитания детей данной категории должны стать предметом специальной педагогики, а, во-вторых, что существует потребность в специальном комплексе педагогических приемов и методик коррекционной направленности, разработанных с учетом психолого-педагогических особенностей соматически больных детей. К сожалению, исследования соматической обусловленности нарушений в развитии психики в настоящее время проводятся в русле медицинской психологии и психоанализа (Alexander, Николаева В.В., Соколова Е.Т и т.д.).

Практическое изучение проблемы

Исследование особенностей психического развития детей раннего возраста с соматическими заболеваниями было проведено в 2002-2003 гг. на базе детской поликлиники г. Старый Оскол Белгородской области, Белгородской областной детской больницы, Белгородского областного специализированного дома ребенка. В исследовании приняли участие 87 детей, страдающих соматическими заболеваниями, в возрасте от 3 мес. до 3 лет.

В качестве основного диагностического метода использовалась адаптированная методика «Маленькие ступеньки» (Питерси М., Трилор Р., 2001) пригодная для экспресс-диагностики в условиях стационара или детской поликлиники.

В структуре психического развития ребенка, для проведения эксперимента были выделены основные сферы: перцептивно-когнитивная, эмоциональная, речевая, моторная. Генерализованность реакций в раннем возрасте в сочетании с гетерохронностью развития психических функций делает такое деление наиболее оправданным с педагогической точки зрения. Для определения уровня развития каждой из сфер было выбрано несколько субтестов, содержание и количество которых изменялось в зависимости от возраста ребенка.

В результате исследования были выявлены следующие особенности психической деятельности детей раннего возраста с ХСЗ:

- снижение работоспособности по причине быстрой утомляемости, неустойчивого рассеянного внимания;

- преобладание отрицательного эмоционального фона в сочетании с невротическими проявлениями, нарушениями в эмоционально-волевой сфере, которые особенно выражены при болях и аутоинтоксикациях;
- снижение способности и потребности в коммуникации преимущественно на фоне гиперопеки в семье и частых госпитализаций;
- замедленное или нарушенное моторное и физическое развитие.
- наличие большего, в сравнении с популяцией, числа МАР (малых аномалий развития);
- низкие адаптационные возможности периода новорожденности (по результатам анализа анамнестических данных);
- микроневрологические нарушения, в частности, в функции черепно-мозговых нервов, увеличение латентного времени вызывания рефлексов и/или их искажение;
- отставание в формировании реакций сосредоточения и слежения, «комплекса оживления»;
- задержка речевого развития.

Результаты направленных наблюдений показывают, что часто болеющим и ослабленным дошкольникам свойственна пониженная работоспособность, значительная сниженность непрерывного внимания. После обычной нагрузки у таких детей, как правило, появляются признаки двигательного беспокойства, ослабевает внимание, резко снижается интерес. Организованная без учета специфики развития деятельность больных и ослабленных детей приводит к значительному утомлению, что отрицательно сказывается на физиологическом состоянии их организма. Для данной категории детей характерна также недостаточная устойчивость к стрессовым ситуациям, подверженность нервной системы внешним влияниям, что влечет за собой склонность к быстрым сменам настроения, капризам, не вполне адекватному поведению, трудностям в общении со сверстниками. Полученные данные согласовываются с результатами полученными Николаевой В. В., 1985, Касаткиной Э. П., 1996., Таранушенко Т. Е., Сат Л. П., Панфиловой В. Н., Жаровой А. В., 2001 и др).

Указанные нарушения свидетельствуют о неблагоприятности соматического и неврологического состояния детей с ХСЗ уже на ранних этапах развития. Лонгитюдные наблюдения показывают, что данные патологические проявления при отсутствии соответствующей медицинской и психолого-педагогической коррекции имеют тенденцию к усугублению.

Важно подчеркнуть, что характер психического развития не имеет прямой корреляции с типом заболевания, однако четко можно проследить взаимосвязь между временем возникновения и тяжестью состояния ребенка. Кроме того, результаты тестирования у одного и того же ребенка варьируют в зависимости от его физического состояния на момент обследования. Эти

данные дали основание предположить, что система педагогической работы должна строиться с учетом актуального соматического статуса ребенка, т.к. ребенок обладает различной степенью сенситивности при различных состояниях. Было выделено три группы детей по тяжести их общего состояния, а также по реакции на педагогическое воздействие:

1. Тяжелое состояние

Ребенок может быть вялым или, наоборот, находиться в состоянии перевозбуждения, гиперчувствительности. Утомляется практически сразу после начала обследования, поэтому необходим тщательный отбор видов деятельности, используемого дидактического материала. Признаки утомления могут не проявляться долгое время, а затем сказаться как соматические реакции (рвота, расстройство желудка, нарушения сна, повышении е температуры и т. д.) или ухудшение общего состояния ребенка.

2. Состояние средней тяжести (среднетяжелое состояние)

Ребенок может испытывать постоянную или периодическую боль соматического происхождения, его активность и интерес к окружающему могут быть снижены, эмоциональный фон также бывает понижен или нестабилен. Ребенок быстро утомляется, причем первых признаков утомления не наблюдается: внезапно переходит от активного интереса к его потере или плачу.

3. Состояние ближе к удовлетворительному или удовлетворительное состояние. Ребенок адекватно воспринимает окружающую действительность, выглядит здоровым или почти здоровым, проявляет интерес к заданиям, его активность не снижена или снижена незначительно.

Также выявлено, что при соматических заболеваниях, в особенности тяжелых и средней тяжести, не всегда правомерно соотносить онтогенез ребенка с его хронологическим возрастом. Это, по-видимому, обусловлено болевым синдромом, психофизиологическими особенностями, частыми и(или) длительными госпитализациями, медицинскими ограничениями, ограничениями, связанными с особым режимом жизни ребенка и особым отношением к нему со стороны взрослых и старших детей. Зачастую у ребенка с соматическим заболеванием выявляется несоответствие биологического и паспортного возраста. Особенно очевидно несоответствие возраста и способности самостоятельно, активно осваивать окружающее пространство, пространство собственно личности и социума. Это свойство впервые выделено и охарактеризовано М. Маллер (Mahler et al, 1975) как автономность. Автономность – универсальный показатель развития ребенка раннего возраста. Большая или меньшая степень автономности определяет, насколько активно ребенок познает окружающее, решительность, с которой он экспериментирует с изучаемыми объектами. Именно автономностью определяются уровень и формы социальных взаимодействий; чем самостоятельнее становится в своих действиях ребенок, тем шире раздвигаются границы его личного мира, что в

конечном итоге определяет уровень развития всех познавательных процессов и психики в целом. Воспитатель или дефектолог, опираясь на этот критерий, может наглядно наблюдать эффективность коррекционных занятий: рост уровня автономности будет являться показателем успешности педагогической работы. Для оценки характера психического развития нами предложено выделять шесть уровней автономности (модификация периодизации М.Малер (Mahler et al, 1975)).

4. Первый уровень автономности – фаза нормального симбиоза. Характеризуется симбиотическим взаимодействием ребенка с матерью или другими взрослыми, отсутствием дифференциации ребенка от окружающей среды. При нормативном развитии характерно для возраста 1 – 2 месяцев.
5. Второй уровень автономности – дифференциация. Характеризуется началом выделения и освоения ребенком своего физического «Я». При нормативном развитии характерно для возраста 2 – 6 месяцев.
6. Третий уровень автономности – исследование. Характеризуется возрастанием способности к освоению физического и социального пространства. При нормативном развитии характерно для возраста 6 месяцев – 1 год.
7. Четвертый уровень автономности – практика. Характеризуется резким повышением познавательной активности и проявлением способности к освоению окружающего пространства. При нормативном развитии характерно для возраста 1 год – 1 год 4 месяца.
8. Пятый уровень автономности – эмоциональное отделение. Характерно формирование начальных представлений о физическом, психическом и социальном «Я». При нормативном развитии соответствует возрасту 1 год 4 месяца – 2 года.
9. Шестой уровень автономности – консолидация объектов. Для этого уровня характерно появление «инстинкта самосохранения» и способности преобразовывать окружающую среду с использованием разнообразных приемов. При нормативном развитии соответствует возрасту 2 – 3 года. В случае нормального развития ребенок самостоятельно переходит с одного уровня на другой, однако соматическое заболевание как неблагоприятный фактор может значительно исказить эту картину. Ребенок без специальной помощи может долгое время оставаться на низком уровне автономности, что вторично нарушает динамику его психического и моторного развития. Так как категория автономности является интегральной величиной, целесообразно строить коррекционно-развивающую работу с соматически больными детьми раннего возраста в соответствии с их актуальным уровнем развития.

Общие выводы

На основании анализа научной литературы, а также результатов собственных исследований можно сделать вывод о наличии особых образовательных потребностей у детей с хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющих детей и детей раннего возраста, страдающих соматическими заболеваниями, как детей группы риска, имеющих формирующийся первичный дефект. В настоящее время существует общий, клинический и психологический подходы к структуре дефекта при соматических заболеваниях. Все они находятся в соответствии с пониманием болезни как системного нарушения онтогенеза организма и успешно применяются в медицинской и психологической практике.

Структура нарушения при соматическом заболевании определяет ограничения жизнедеятельности соматически больного ребенка и связанные с ними его особые образовательные потребности.

В коррекционно-педагогической работе для оценки состояния ребенка раннего возраста с соматическим заболеванием наиболее применим подход, оценивающий общую тяжесть соматического состояния и его особые образовательные потребности

Как было показано выше, дети первых трех лет жизни, страдающие соматическими заболеваниями, имеют особые образовательные потребности, удовлетворение которых предполагает создание специальных образовательных условий, включающих в себя наличие современных образовательных программ (общеобразовательных и коррекционно-развивающих), учет особенностей развития каждого ребенка, индивидуальный педагогический подход, проявляющийся в особой организации коррекционно-педагогического процесса, применении специальных методов и средств образования, компенсации и коррекции, адекватную среду жизнедеятельности, проведение коррекционно-педагогического процесса специальными педагогами и сопровождение специальными психологами, предоставление медицинских, психологических и социальных услуг (Назарова Н. М., 2001). Для повышения эффективности организации коррекционно-развивающей работы нами были сформулированы следующие положения:

1. Коррекционно-развивающая работа с соматически больным ребенком должна быть организована таким образом, чтобы максимально эффективно использовать энергетические резервы организма для стимуляции развития при соблюдении медицинских ограничений. Наиболее оптимальной является интегрированная форма, направленная на развитие нескольких психических функций.

2. Автономность – универсальный показатель развития ребенка раннего возраста. Большая или меньшая степень автономности определяет, насколько активно ребенок познает окружающее, решительность, с которой он

экспериментирует с изучаемыми объектами. Именно автономностью определяются уровень и формы социальных взаимодействий; чем самостоятельнее становится в своих действиях ребенок, тем шире раздвигаются границы его личного мира, что в конечном итоге определяет уровень развития всех познавательных процессов и психики в целом. Воспитатель, дефектолог или родители, опираясь на этот критерий, могут наглядно наблюдать эффективность коррекционных занятий: рост уровня автономности будет являться показателем успешности педагогической работы

3. Организацию коррекционной работы по преодолению последствий тяжелых хронических соматических заболеваний и профилактике вторичных нарушений в развитии необходимо осуществлять с учетом следующих требований:

- необходимо уделять значительное внимание созданию специальных педагогических ситуаций и правильной постановке цели перед ребенком;
- непредсказуемость и неожиданность результата деятельности должны приводить к оптимизации осознания материала и сдвигу зон актуального и ближайшего развития;
- полисенсорность, деятельностный подход и оречевление и эмоциональная окрашенность всех совершаемых действий и происходящих явлений будут способствовать оптимизации коррекционно-педагогического процесса в работе с детьми рассматриваемой категории;
- работа должна быть направлена с самого начала на более сложный компонент функциональной системы;
- профилактическая коррекционно-педагогическая работа должна проводиться со всеми детьми с соматическими заболеваниями вне зависимости от времени начала болезни и степени сформированности той или иной функции, начало работы должно совпадать с выявлением заболевания (сразу после прекращения болей и перехода острого состояния в резидуальное).
- чтобы избежать перегрузки и переутомления ребенка, рекомендуется строить занятия, ориентируясь на комплексное решение задач в их взаимосвязи. Для воспитателя при этом основными критериями правильности построения процесса обучения детей должны быть положительные сдвиги в их общем развитии.

Распределение материала для коррекционно-педагогической работы должно осуществляться в соответствии с основными линиями развития, что дает возможность учитывать особенности ребенка на конкретном этапе онтогенеза при построении коррекционно-образовательного процесса, сделать воспитательный процесс целостным, а обучение непрерывным.

По результатам исследования была разработана и опубликована Программа развития ребенка раннего возраста, страдающего соматическими заболеваниями. В настоящее время продолжается усовершенствование разработанной программы и ее апробация. Основным результатом проделанной работы является привлечение внимания специалистов, а также родителей к проблеме педагогического сопровождения детей раннего возраста с хроническими соматическими заболеваниями, разработка теоретических и практических положений, лежащих в основе педагогического сопровождения данной категории детей.

Список литературы:

1. Блинков Ю.А., Губарев Е.А., Серых А.М. Основы формирования полноценной жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями. Курск: Изд-во КГМУ. – 1999. – 432 с.
2. Борисенко М.Т., Камышинкова О.Е., Кирьянова Т.Ф., Рачковская Н.Н. Руководство для практических психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего дошкольного возраста: Методическое пособие. – СПб.: «Паритет», 2002. – 64 с.
3. Журба Л.Т., Тимонина О.В. Метод качественной оценки двигательных, речевых и психических функций ребенка для раннего выявления задержки возрастного развития. методические рекомендации № 99/224. – Министерство здравоохранения РФ, Российский гос. мед. ун-т. – М., 2001. – 48 с.
4. Малер М. Психологическое сопровождение человеческого младенца, 1975.
5. Методические рекомендации по организации воспитательно-педагогической работы с детьми в больнице. Министерство здравоохранения СССР. – М., 1985. – 25 с.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1985.
7. Палагина Н.Н., Ахромеева Л.В. Ребенок в раннем и дошкольном детстве. – Фрунзе, 1982.
8. Печора К.Л., Панюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях: Пособие для педагогов дошкольных учреждений. – М.: Владос, 2003.
9. Питерси М., Трилор Р. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / Пер. с английского. – М.: Ассоциация Даун Синдром, 2001. Кн. 1-8.

Крикун Е.Н., кандидат медицинских наук, доцент
кафедры анатомии и гистологии человека
БелГУ (Грант РФНФ № 05-06-55403а/ц)

Влияние экологических факторов на изменчивость некоторых морфофункциональных показателей организма человека

Актуальность. В настоящее время человечество вступило в такой период развития, что обеспечение его безопасности становится более важным, чем дальнейший прогресс. Приоритетной задачей является создание условий для выживания человечества в целом и обеспечения устойчивого развития