УДК 376.1:373.2:796

ПРОЕКТИРОВАНИЕ И МОНИТОРИНГ АДАПТИВНОГО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Джанпеисова Гаухар Эркиновна
Кандидат педагогических наук, профессор,
Филиал РГПУ имени А,И,Герцена
в г. Ташкенте, Узбекистан

Убайдуллаева Эъзоза
студентка 2 курса направления Детская психология,
Филиал РГПУ имени А.И.Герцена
в г. Ташкенте, Узбекистан
https://doi.org/10.5281/zenodo.21625714

Аннотация. В статье рассматриваются психофизиологические и нейромоторные особенности физического развития детей дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями (ООП). Обосновывается необходимость применения современных международных подходов, таких как концепция фундаментальных двигательных навыков (FMS), Международная классификация функционирования (МКФ-ДШ ВОЗ) и педагогическая модель STEP, для адаптации образовательной среды. Представлены специфические подходы к организации занятий для различных нозологических групп детей.

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дошкольный возраст, особые образовательные потребности, инклюзивное образование, модель STEP, фундаментальные двигательные навыки (FMS), педагогический мониторинг, МКФ-ДШ.

Введение. Дошкольный возраст является критически важным этапом онтогенеза, в ходе которого происходит интенсивное развитие систем организма и закладывается фундамент физического, психического и социального благополучия [5]. Для детей с особыми образовательными потребностями (ООП) правильно организованная двигательная активность имеет не только развивающее, но и ярко выраженное коррекционно-компенсаторное значение [7; 10]. У данной категории детей темпы физического развития, сенсорная интеграция, координация и мышечный тонус часто имеют специфические особенности, требующие индивидуализированного педагогического сопровождения [8; 14].

В условиях развития инклюзивного дошкольного образования, что является одним из приоритетов государственной политики Республики Узбекистан [1; 3; 4], возникает необходимость отхода от унифицированных стандартов физического воспитания [2]. Цель настоящего исследования — теоретически обосновать и систематизировать организационно-методические подходы к адаптивному физическому воспитанию (АФВ) и мониторингу развития дошкольников с ООП на основе современных международных концепций.

Материалы и методы

Методологическую основу исследования составил комплексный междисциплинарный подход, объединяющий достижения современной специальной

педагогики, адаптивной физической культуры и возрастной психологии. Базовыми теоретическими конструктами выступили современные концепции кинезиологии и детской физиологии (J.D. Goodway, D.L. Gallahue) [5], раскрывающие механизмы формирования базовых двигательных компетенций. В качестве нормативно-диагностического ориентира использованы положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДШ ВОЗ) [6], утверждающие биопсихосоциальную модель понимания инвалидности. Практико-ориентированная часть исследования базировалась на концепции адаптации образовательной среды по экологической модели STEP (Space, Task, Equipment, People) [9; 15].

Основными методами исследования выступили: систематический теоретико-сравнительный анализ научно-методической литературы, обобщение передового инклюзивного педагогического опыта, а также метод структурно-функционального моделирования педагогического процесса, позволивший спроектировать вариативные условия адаптивного физического воспитания для различных нозологических групп.

Результаты исследования и их обсуждение

Психофизиологические и нейромоторные особенности развития (концепция FMS) Согласно современным исследованиям в области онтокинезиологии, дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) является сенситивным периодом, в котором закладываются фундаментальные двигательные навыки (Fundamental Motor Skills — FMS) [5]. Эти навыки формируют нейромоторный базис (двигательную грамотность) для всей последующей жизнедеятельности и сложных спортивных действий. Структурно FMS делятся на три взаимосвязанных блока:

- Локомоторные движения: перемещение тела в пространстве (различные виды ходьбы, бег, прыжки, лазание, перешагивание), развивающие пространственную ориентировку и общую выносливость.
- Нелокомоторные движения (постуральный контроль): управление положением тела в статике и динамике (наклоны, повороты, удержание статического и динамического равновесия), формирующие мышечный корсет и суставно-мышечное чувство.
- Манипулятивные движения (предметный контроль): мелкая и крупная моторика при работе с объектами (бросание, ловля, перекатывание, ведение мяча), способствующие развитию зрительно-моторной координации и глазомера.

У детей с особыми образовательными потребностями (ООП) процессы нейромоторной интеграции, а также созревание корковых и подкорковых структур мозга могут протекать с задержкой или асинхронно [8; 10]. Это проявляется в нарушениях мышечного тонуса, слабости межполушарного взаимодействия и трудностях моторного планирования (праксиса). Следовательно, педагог адаптивного профиля должен ориентироваться не на календарный возраст ребенка, а на его актуальные функциональные возможности. Педагогический процесс должен строиться на основе принципа нейропластичности: поэтапное обучение навыкам в игровой, эмоционально насыщенной форме с использованием инвентаря различных фактур, веса и формы для направленной стимуляции вестибулярного, тактильного и проприоцептивного анализаторов [14].

Проектирование занятий на основе модели STEP Успешная инклюзия детей с ООП невозможна без гибкой, оперативной адаптации образовательной среды, исключающей физические и психологические барьеры [11; 13]. Использование педагогической модели STEP (Пространство, Задача, Оборудование, Люди) позволяет дифференцированно модифицировать компоненты занятия в зависимости от специфики нозологии и актуальных потребностей ребенка [9; 15]:

• Дети с нарушениями слуха: У данной категории часто наблюдаются сопутствующие нарушения вестибулярного аппарата и трудности в пространственной ориентировке. Пространство (S) должно быть хорошо освещено и организовано так, чтобы педагог всегда находился в поле зрения ребенка. Задачи (T) формулируются лаконично, а словесные инструкции обязательно дублируются визуально (жесты, пиктограммы, прямой показ). Оборудование (E) включает яркие визуальные ориентиры и световые сигналы. К работе активно привлекаются Люди (P) — слышащие сверстники, задающие правильное зрительное направление и темп.

• Дети с нарушениями зрения: Главный барьер — страх перемещения в пространстве и гиподинамия. Границы Пространства (S) строго фиксируются и обозначаются рельефно-тактильными маркерами; перестановка снарядов без предупреждения недопустима. Требуется четкая словесная детализация Задач (T) в сочетании с тактильным показом (педагог направляет руки или тело ребенка). Широко используется специализированное Оборудование (E): звучащие мячи (с колокольчиками внутри), контрастный инвентарь, направляющие канаты. Ребенок всегда работает в тесном контакте с Людьми (P) — педагогом-сопровождающим или зрячим сверстником (поводырем).

• Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (вкл. ДЦП): Требуется строгое соблюдение ортопедического режима для профилактики вторичных контрактур. Организуется абсолютно безбарьерное Пространство (S) с нескользящими поверхностями и поручнями. Задачи (T) адаптируются за счет снижения темпа, уменьшения амплитуды движений и количества повторений; вводятся паузы для релаксации мышц. Применяется адаптивное Оборудование (E): вертикализаторы, фитболы, мягкие модули, валики, утяжелители для снятия спастики. Занятия проходят при непосредственной физической страховке и поддержке Людей (P) — инструктора или тьютора [7; 14].

• Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС): Основная проблема — сенсорная гиперчувствительность и тревожность. В Пространстве (S) минимизируются отвлекающие факторы (шум, яркий свет), выделяется «тихая зона» для сенсорной разгрузки. Задачи (T) выполняются в строго предсказуемой последовательности с обязательной опорой на визуальное расписание (карточки PECS). Применяется проприоцептивное Оборудование (E) (утяжеленные жилеты, сенсорные коврики, балансиры), дающее ощущение границ своего тела. Социальное взаимодействие с Людьми (P) выстраивается постепенно: от индивидуальной работы с тьютором к осторожному включению в парную работу и малые группы.

• Дети с СДВГ: Характеризуются истощаемостью внимания и импульсивностью. Пространство (S) должно иметь четко обозначенные, интуитивно понятные зоны активности с видимыми границами. Задачи (T) формулируются как короткие, высокодинамичные микро-циклы (по 2-3 минуты) с частой сменой видов деятельности во избежание потери интереса. Используется Оборудование (E), требующее предельной концентрации на цели (метание в мишени, прохождение полосы препятствий). Роль Людей (P) сводится к внешнему контролю: педагог дает ясные, односоставные инструкции и строго контролирует соблюдение правил очередности, направляя гиперактивность в конструктивное русло.

Таким образом, благодаря применению модели STEP, фокус внимания педагога смещается с констатации медицинского диагноза (модель дефицита) на практическую адаптацию среды под конкретные функциональные нужды и сохранные ресурсы ребенка (социально-педагогическая модель) [9]. Это обеспечивает подлинно инклюзивный характер физического воспитания.

Методика педагогического мониторинга в АФВ

Оценивание в инклюзивной образовательной среде категорически не должно носить нормативно-сравнительный характер, при котором результаты ребенка сопоставляются со стандартами типично развивающихся сверстников [12]. Опираясь на биопсихосоциальную парадигму МКФ-ДШ [6], вектор педагогического мониторинга смещается на ипсативную оценку — объективную фиксацию сугубо индивидуального прогресса (Individual Growth). Главным критерием успешности становится не выполнение формальных нормативов физической подготовленности, а степень Активности (выполнение конкретной двигательной задачи) и Участия (Activity and Participation) ребенка в совместной социально-игровой деятельности [13].

Объектом диагностики выступают не количественные метрики (скорость, дальность броска, количество повторений), которые часто недостижимы для детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, а качественные паттерны. Оцениваются биомеханическая целесообразность, моторная уверенность и степень сформированности базовых движений (FMS), а также уровень психоэмоционального благополучия ребенка. Кроме того, важнейшей инновационной составляющей мониторинга является рефлексивная оценка эффективности примененных модификаций по модели STEP. Педагог оценивает не только возможности воспитанника, но и то, насколько точно подобранный инвентарь (Equipment), измененные правила (Task) или визуальные подсказки способствовали раскрытию двигательного потенциала ребенка.

Мониторинг носит лонгитюдный, системный характер и реализуется как минимум трижды в течение учебного года (стартовая, промежуточная и итоговая диагностика). Ключевым условием его объективности выступает консилиумный подход — вовлечение мультидисциплинарной команды специалистов (инструктор по АФВ, учитель-дефектолог, логопед, педагог-психолог, тьютор и родители) [8; 11]. Междисциплинарный синтез данных позволяет сформировать целостное видение психосоматического статуса дошкольника и своевременно корректировать его индивидуальный образовательный маршрут.

В рамках исследования была разработана и апробирована специализированная карта индивидуального нейромоторного развития. В ней диагностические маркеры дифференцированы по ключевым доменам: локомоторные и манипулятивные навыки, постуральный контроль (статическое и динамическое равновесие), сенсорное восприятие, а также уровень коммуникативной самостоятельности. Для фиксации динамики предложена трехуровневая качественная шкала:

1. **Начальный этап (потребность в максимальной помощи):** Двигательный навык фрагментарен или отсутствует. Выполнение моторной задачи возможно только при непосредственной физической страховке (метод «рука в руке») и непрерывной стимулирующей поддержке со стороны педагога.
2. **Стадия развития (частичная самостоятельность / направляющая помощь):** Ребенок осознает цель задания и способен выполнять его структурные элементы. Физическая помощь минимизирована, однако требуется адаптированная среда (модификации STEP), визуальные подсказки, постоянный вербальный контроль и поощрение.
3. **Сформированный навык (автономное, уверенное выполнение):** Уверенное, технически верное выполнение базового движения даже при изменении внешних условий. Ребенок демонстрирует высокую моторную плотность, способен самостоятельно взаимодействовать с инвентарем, соблюдать правила игры и вступать в кооперацию со сверстниками.

Такой подход позволяет сделать процесс оценивания прозрачным, гуманистичным и ориентированным на поддержку мотивации ребенка к физической активности.

Заключение. Адаптивное физическое воспитание детей дошкольного возраста с ООП является сложным многокомпонентным процессом. Его результативность зависит не от интенсивности нагрузок, а от грамотной организации образовательного пространства [10]. Применение концепции FMS [5], адаптационной модели STEP [9] и биопсихосоциального подхода (МКФ-ДШ) [6] позволяет сместить акцент с физических ограничений ребенка на развитие его сохранных функций.

Педагогический мониторинг, направленный на оценку индивидуального прогресса и уровня социального участия, выступает надежным инструментом оперативной корректировки образовательного маршрута. Внедрение данных подходов в практику дошкольных образовательных организаций будет способствовать повышению качества инклюзивного образования и успешной социализации детей с особыми образовательными потребностями.

Список литературы

1. Закон Республики Узбекистан «О дошкольном образовании и воспитании» от 16 декабря 2019 г. № ЗРУ-595.
2. Государственная учебная программа дошкольного образования Республики Узбекистан «Ilk qadam». – Ташкент, 2022.
3. Указ Президента Республики Узбекистан «О Стратегии "Узбекистан – 2030"». – Ташкент, 2023.
4. Концепция развития инклюзивного образования в системе народного образования Республики Узбекистан (утв. Указом Президента РУз от 13.10.2020 г. № УП-6084). – Ташкент, 2020.
5. Goodway J.D., Ozmun J.C., Gallahue D.L. Understanding Motor Development: Infants, Children, Adolescents, Adults. 8th ed. – Jones & Bartlett Learning, 2019. – 468 p.
6. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДШ). – Женева: ВОЗ, 2007.
7. Block M.E. A Teacher's Guide to Adapted Physical Education. 4th ed. – Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 2016. – 448 p.
8. Winnick J.P., Porretta D.L. Adapted Physical Education and Sport. 7th ed. – Champaign: Human Kinetics, 2021. – 648 p.
9. Lieberman L.J., Houston-Wilson C. Strategies for Inclusion: A Handbook for Physical Educators. 3rd ed. – Champaign: Human Kinetics, 2018. – 280 p.
10. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. – М.: Спорт, 2016. – 616 с.
11. Hutzler Y., Meier S., Reuker S. Attitudes and Self-Efficacy of Physical Education Teachers Toward Inclusion // Physical Education and Sport Pedagogy. – 2019. – Vol. 24. – No. 3. – P. 249–266.
12. UNICEF. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education. – New York: UNICEF, 2012.
13. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Inclusive Early Childhood Education: New Insights and Tools. – Odense, Denmark, 2017.
14. Аксенова О.Э., Евсеев С.П. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2012. – 320 с.