

**Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный педагогический университет»**

**Институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки
работников образования
Кафедра дошкольного, коррекционного, дополнительного образования и проблем
воспитания**

ОСОБЫЕ ДЕТКИ

Разработка адаптированной образовательной программы дошкольного образования

**Сборник научно-методических материалов по проблеме организации
образовательной работы с детьми с ОВЗ дошкольного возраста, в том числе с
детьми-инвалидами**

Авт.-сост. Е.В. Михеева

Оренбург, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

ТЕЗАУРУС

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

- 1.1. Нормативная и правовая база получения образования детьми с ОВЗ
- 1.2. Современные представления о нарушениях развития детей-инвалидов и детей с ОВЗ
- 1.3. Ранняя помощь и дошкольное образование в системе непрерывного образования детей с ОВЗ
- 1.4. Характеристика ФГОС для обучающихся с ОВЗ; ФГОС для обучающихся с интеллектуальной недостаточностью
- 1.5. Технологии обучения различных категорий детей-инвалидов и детей с ОВЗ в условиях инклюзии
- 1.6. Роль дополнительного образования в социальной адаптации детей-инвалидов и детей с ОВЗ
- 1.7. Тьютор и ассистент (помощник): их функции в сопровождении особого ребенка
- 1.8. Степени ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов

РАЗДЕЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ И НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

- 2.1. Особенности познавательной деятельности и саморегуляции у детей с особыми образовательными потребностями
- 2.2. Дети с аутизмом
- 2.3. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП)
- 2.4. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)
- 2.5. Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- 2.6. Дети с сахарным диабетом

- 2.7. Дети с нарушением зрения
- 2.8. Дети с нарушением слуха
- 2.9. Дети с эпилепсией
- 2.10. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)
- 2.11. Дети с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД)
- 2.12. Образование детей с Синдромом Дауна

РАЗДЕЛ 3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

- 3.1. Общие рекомендации
- 3.2. Рекомендации воспитателям по работе с аутичным ребенком
- 3.3. Рекомендации воспитателям по работе со слабовидящими детьми
- 3.4. Рекомендации воспитателям по созданию оптимальных условий в организации образовательного процесса при работе с детьми, имеющими нарушения вследствие церебрального паралича
- 3.5. Рекомендации воспитателям, обучающим детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью
- 3.6. Рекомендации воспитателям по оптимизации обучения детей с ММД
- 3.7. Рекомендации воспитателям по работе с детьми с сахарным диабетом
- 3.8. Коррекционно-педагогическая помощь детям до и после кохлеарной имплантации
 - 3.8.1. Принципы коррекционно-педагогической помощи
 - 3.8.2. Комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика детей до кохлеарной имплантации (О.В. Зонтова)
 - 3.8.3. Слухоречевое развитие детей после кохлеарной имплантации (О.В. Зонтова)
 - 3.8.4. Психолого-педагогическое сопровождение детей после

кохлеарной имплантации: функции сурдопедагога

3.9. Консультация для педагогов-психологов «Дети с минимальной мозговой дисфункцией в ДОУ» (г. Оренбург)

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

4.1. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 1

4.2. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 2

4.3. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 3

4.4. Методические рекомендации к составлению адаптированной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида (из опыта работы, Переволоцкий район Оренбургская область)

РАЗДЕЛ 5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ

5.1. Тест «Стиль воспитания»

5.2. Анкета для родителей «Проблемы поведения в дошкольном возрасте»

5.3. Тест «Уровень агрессивности ребенка» (для родителей детей дошкольного возраста)

5.4. Схема обследования речи ребенка с русским неродным языком

РАЗДЕЛ 6. РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПО ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

6.1. Рекомендации родителям по организации жизнедеятельности и воспитанию детей с аутизмом

6.2. Рекомендации родителям слабовидящего ребенка

6.3. Рекомендации родителям слабослышащего ребенка

6.4. Рекомендации родителям детей с ЗПР

6.5. Рекомендации для родителей по воспитанию детей с СДВГ

6.6. Комплекс практических советов для родителей «шустриков»

6.7. Рекомендации для родителей по воспитанию детей с ММД

6.8. Рекомендации родителям по организации жизнедеятельности ребенка с сахарным диабетом

6.9. Памятка родителям по взаимодействию с ребенком 2-4 лет для наиболее интенсивного развития его слуха и речи

ЛИТЕРАТУРА

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данные практические материалы предназначены для заведующих ДОО, заместителей заведующих по УВР, воспитателей, педагогов-психологов, учителей-логопедов и дефектологов, а также специалистам ДОО.

Основная цель настоящих материалов – оказание помощи администрации, педагогам и психологам ДОО по организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов при их совместном обучении со здоровыми воспитанниками в условиях дошкольной образовательной организации.

Под психолого-педагогическим сопровождением понимают осознанный системный процесс взаимодействия субъектов образовательных отношений в условиях специально созданной образовательной среды, направленный на оказание психолого-педагогической помощи субъектам.

В пособии рассматриваются психологические характеристики детей с нарушениями развития и нарушениями здоровья, основные направления сопроводительной деятельности воспитателя и педагога-психолога с вышеуказанным контингентом воспитанников.

Практические рекомендации для педагогов, представленные в пособии ориентированы на создание соответствующих оптимальных условий построения образовательного процесса, с учетом личностных реакций детей на болезнь, особенностей развития и характерологических черт личности ребенка.

Советы и рекомендации для родителей помогут оптимизировать процесс воспитания и жизнедеятельности дошкольников с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы пособия помогут педагогам систематизировать знания по психофизиологическим особенностям детей с ограниченными возможностями здоровья, лучше понять их психическое состояние, особенности поведения, осуществить разработку адаптированной образовательной программы дошкольного образования, системное планирование по организации коррекционно-развивающей деятельности и выбрать наиболее целесообразные методы индивидуальной работы в процессе обучения, развития.

К «детям с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ограниченными возможностями жизнедеятельности, дети-инвалиды) специалисты относят детей, у которых есть нарушения в развитии, предоставляющие им возможность иметь бинефициарный статус, т.е. позволяющий им пользоваться социальными льготами и пособиями.

При изучении понятия – «дети с особыми образовательными потребностями» мы остановились на классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, которые к основным категориям аномальных детей относят :

- дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- дети с нарушением речи (логопаты);
- дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- дети с умственной отсталостью;

- дети с задержкой психического развития;
- дети с нарушением поведения и общения;
- дети с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, включая РДА;
- дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Данная классификация дает возможность выделить в характеристиках этих категорий детей особенности их нарушений в следующих сферах: сфера здоровья, общения, когнитивная и мотивационно-волевая, а также личностная сфера, где могут быть нарушены составляющие образа «Я», требующие коррекции и развития для их успешной адаптации в обществе.

Специальное построение образовательной работы может способствовать:

- обеспечению индивидуально-дифференцированного подхода в обучении, основывающегося на индивидуальных психологических особенностях дошкольника;
- планированию коррекционных мероприятий, моделированию индивидуальных программ развития воспитанников;
- осуществлению снятия психологических трудностей, с которыми сталкиваются дети в образовательном процессе ДОО;
- планированию мероприятий по предупреждению трудностей в интеллектуальном, личностном развитии, управлению психическим состоянием воспитанников;
- выбору и проведению мероприятий, направленных на формирование определенных личностных качеств, организацию адекватных межличностных отношений между воспитанниками и педагогами.

ТЕЗАУРУС

Вспомогательные средства – специальные дополнительные орудия, предметы, приспособления и др. средства, применяемые для компенсации или замещения нарушенных или утраченных функций организма и способствующие адаптации инвалида к окружающей среде.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (дети с ограниченными возможностями жизнедеятельности, дети-инвалиды) – дети, у которых нарушения в развитии предоставляют им возможность иметь бинефицитарный статус, т.е. позволяют пользоваться социальными льготами и пособиями.

Дети с особыми образовательными потребностями (дети со специальными потребностями) – дети, нуждающиеся в коррекционной поддержке и в специфических методах образования, которые могут быть созданы как в условиях специальных учреждений, так и в массовых детских садах и школах.

Дистанционное обучение – это синтетическая, интегральная гуманистическая форма обучения, базирующаяся на использовании широкого спектра традиционных и новых информационных технологий и их технических средств, которые применяются для доставки учебного материала, его самостоятельного изучения, диалогового обмена между преподавателем и обучающимся, причем процесс обучения в общем случае не критичен к их расположению в пространстве и во времени, а также к конкретному образовательному учреждению.

Задержка психического развития – временное отставание развития психики или её отдельных функций.

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов

Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Инклюзивное образование (включенное образование) – процесс обучения детей с особыми потребностями в образовательных организациях. В основе практики инклюзивного обучения лежит идея принятия индивидуальности каждого учащегося и, следовательно, обучение должно быть организовано таким образом, чтобы удовлетворить особые потребности каждого ребёнка.

Интегрированное обучение – совместное обучение и воспитание детей с нормальным и нарушенным развитием.

Интеллект – совокупность врожденных или приобретенных при жизни общих умственных способностей, от которых зависит успешность освоения человеком различных видов деятельности.

Квалификация – уровень подготовленности, мастерства, степень годности к выполнению труда по определенной профессии, специальности или должности,

определяемый разрядом, классом, званием и другими квалификационными категориями.

Клинический прогноз – научно-обоснованное предположение о дальнейшем исходе болезни на основании комплексного анализа клинικο-функциональных характеристик нарушения здоровья, течения заболевания и эффективности лечения.

Надзор – наблюдение посторонним лицом, необходимое для предотвращения поступков, которые могут принести вред инвалиду и окружающим людям.

Нарушение здоровья – физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Ограничение жизнедеятельности – отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение, трудовую деятельность и игровую деятельность (для детей).

Полная трудоспособность – трудоспособность считается полной, если функциональное состояние организма соответствует требованиям профессии и позволяет без ущерба для здоровья выполнять производственную деятельность.

Постоянная посторонняя помощь и уход – осуществление посторонним лицом постоянной систематической помощи и уходу в удовлетворении физиологических и бытовых нужд человека.

Профессия – род трудовой деятельности (занятий) человека, владеющего комплексом специальных знаний, умений и навыков, полученных путем образования, обучения, опыта работы. Основной профессией следует считать работу наиболее высокой квалификации или выполняемую более длительное время.

Психолого-педагогическое сопровождение – психолого-педагогические технологии, предназначенные для оказания помощи ребенку на определенном этапе его развития в решении возникающих у него проблем или в их предупреждении.

Реабилитационный потенциал – комплекс биологических, психофизиологических и личностных характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени компенсировать или устранить его ограничения жизнедеятельности.

Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Реабилитация – применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей.

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений

жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Словесно-логическое мышление – вид мышления человека, при котором основным средством решения задач являются логические рассуждения, а материалом – понятия и словесные абстракции.

Социальная защита – система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения, компенсации ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная недостаточность – социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

Социальная поддержка – одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

Социальная помощь – периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности – специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с его реабилитационным потенциалом.

Специальность – вид профессиональной деятельности, усовершенствованный путем специальной подготовки; определенная область труда, знания.

Специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Специальные условия для получения образования (специальные образовательные условия) – условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специальных социальных ситуациях, связанных или с экзаменационными

испытаниями, или с повышенной эмоциональной и физической напряженностью, порожденной причинами иного характера.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.1. Нормативная и правовая база получения образования детьми с ОВЗ

В основе многочисленных изменений систем образования в разных странах и появлении нормативно-правовой регламентации лежат важнейшие международные нормативно-правовые акты Организации Объединенных Наций (ООН), Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), касающиеся прав и недопустимости дискриминации человека: Декларации, Конвенции, Резолюции. Такие международные источники гуманитарного права предусматривают детализацию зафиксированных прав и свобод в системе комплексного обеспечения и гарантированной защиты человека.

Нормативно-правовую основу для организации образования лиц с ОВЗ, детей инвалидов, в Российской Федерации устанавливаются в соответствии решениями, отраженных в документах нескольких уровней: международных; Федеральных; ведомственных; региональных. Расширение и детализация существующих прав и свобод в каждом последующем документе соответствует преобразованиям в ситуации общественного понимания проблемы. Так, в середине XX века впервые было признано и определено, что «каждый человек имеет право на образование. Образование должно быть бесплатным, по меньшей мере, в том, что касается начального и общего образования. «Начальное образование должно быть обязательным» подчеркнуто во Всеобщей Декларации прав человека. Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года стала основой для создания международно-правовой регуляции в области защиты прав личности человека. Декларация провозгласила как социальные, экономические и культурные права, так и политические и гражданские права. Декларация, принятая на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) («Международный пакт о правах человека») от 10 декабря 1948 года, была рекомендована для всех стран-членов ООН.

В дальнейшем, в Декларации прав ребенка, принятой резолюцией (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН (от 20 ноября 1959 г.) с целью обеспечения детям счастливого детства, выработаны основные принципы соблюдения прав путем формирования законодательных и других мер поддержки образования.

В Конвенции «О борьбе с дискриминацией в области образования», принятой 14.12.1960 г. Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры на ее одиннадцатой сессии, впервые были рассмотрены вопросы о существующей дискриминации в образовании и необходимости создания единых подходов к организации процесса обучения всех детей. Таким образом, была определена *общедоступность* и равные условия в отношении *качества* обучения на начальных ступенях.

В последующем, Международный акт об экономических, социальных и культурных правах (принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года г.) закрепил право каждого человека на доступное

образование на всех его ступенях, включая профессионально-техническое среднее образование.

В 70-хх годах, XX столетия, Международными организациями принимается целый ряд рекомендаций, разъясняющих позиции сообщества по вопросам оказания содействия в развитии способностей и интеграции инвалидов, умственно отсталых лиц в общественную жизнь общества.

Через четыре года, в Декларации ООН «О правах инвалидов» (принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 г.) раскрыто понятие «инвалид» – «любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей», отмечается, что инвалиды могут пользоваться всеми правами, изложенными в Декларации, а эти права должны быть признаны за всеми инвалидами без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации. Отмечается, что в государствах должны быть, созданы условия и для образования взрослых, в части общей системы непрерывного образования (Рекомендация о развитии образования взрослых (26.11.1976 г.).

Дальнейшие мероприятия и предложения по осуществлению всемирной программы действий в отношении инвалидов конкретизированы во Всемирной программе действий в отношении инвалидов (принята резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 года).

Последующая Всемирная Декларация «Об образовании для всех» (1990) определила, как минимальное содержание базовых образовательных потребностей для всех людей, а именно объем необходимых навыков, которые необходимы людям для выживания, развития своих способностей, существования и работы в условиях соблюдения человеческого достоинства, всестороннего участия в развитии, повышении качества своей жизни, принятии всесторонне взвешенных решений и продолжения образования.

Самым значимым решением в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями является Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года). В статье 24 вышеназванного документа – «Образование» – уточняется необходимость обеспечения государственных гарантий для лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов в создании условий для эффективного участия в жизни свободного общества, в доступе наравне с другими к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному и среднему образованию в местах своего проживания, с созданием эффективных мер по организации индивидуальной поддержки.

Данные положения международного права приняты во внимание во многих странах, в том числе и в Российской Федерации.

Необходимо отметить, что вышеназванные международные документы (Декларации ООН, ЮНЕСКО) не соотносятся с требованиями обязательного права и носят рекомендательный характер для государств-участников международных организаций. Однако, в случае ратификации документов такого порядка (Декларации, Соглашения, Конвенции) законодательство страны может быть приведено в соответствии с нормами Международного права.

Анализ большинства международных решений и законодательных актов стран-участников показывает, что в основе всех международных решений по вопросам образования лежит Всеобщая декларация прав человека.

В Федеральном законе «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ) отмечена ратификация международного документа и принятие обязательств по реализации вышеназванных положений в правовые нормы, регулирующие правоотношения в сфере образования, в том числе определение «инклюзивного образования» и механизмов его реализации.

Гарантия прав для всех детей, в том числе и с ОВЗ, на получение равного, бесплатного и доступного образования закреплена в целом ряде документов: Конституции РФ, Федеральном законе от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральных законах от 22 августа 1996 г. № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании», от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и других законодательных актах.

Основополагающим законодательным актом, регулирующим процесс образования детей с ОВЗ, является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 273).

В нескольких статьях ФЗ № 273 говорится об организации образования лиц с ОВЗ и с инвалидностью, и даже предусмотрена отдельная статья, регламентирующая организацию получения образования лицами с ОВЗ, – 79. Частью 16 статьи 2 ФЗ № 273 впервые в российской законодательной практике закреплено понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья», которым определяется физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий. Часть 3 статьи 79 ФЗ № 273 определяет специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ. Согласно Федеральному закону № 273-ФЗ (ст. 12) образовательные программы самостоятельно разрабатываются и утверждаются образовательными организациями, если иное не установлено данным Федеральным законом. Новый Закон более подробно регламентирует права лиц с ОВЗ в сфере образования.

Важным федеральным документом в области образования детей-инвалидов, является государственная программа Российской Федерации «Доступная среда». Программа определяет, что одним из приоритетных направлений государственной политики должно стать создание условий для предоставления детям-инвалидам с учетом особенностей их психофизического развития равного доступа к качественному образованию в общеобразовательных и других образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы

общего образования (обычные образовательные учреждения), и с учетом заключений психолого-медико-педагогических комиссий.

Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», в которой подчеркивается, что в Российской Федерации во всех случаях особое и достаточное внимание должно быть уделено детям, относящимся к уязвимым категориям. «Необходимо разрабатывать и внедрять формы работы с такими детьми, позволяющие преодолевать их социальную исключенность и способствующие реабилитации и полноценной интеграции в общество». Стратегия предусматривает Законодательное закрепление правовых механизмов реализации права детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, общего и профессионального образования (права на инклюзивное образование).

В последние годы в Российской Федерации были приняты документы, конкретизирующие правовые, организационные и содержательные аспекты инклюзивного образования это, Приказ МОиН РФ 20 сентября 2013 г. № 1082 г. Москва «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», Письмо Заместителя министра Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей», Письмо Минобрнауки России от 13.11.2014 г. № ВК-2422/07 «О сохранении сети отдельных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам», Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1577 «О внесении изменений в приказ от 17 декабря 2010 г. № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования» зарегистрирован Минюстом России 2 февраля 2016 г., регистрационный № 40937 4. Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1578 «О внесении изменений в приказ от 17 мая 2012 г. № 413 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования» зарегистрирован Минюстом России 9 февраля 2016 г., регистрационный № 41020 , Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи», Приказ Минобрнауки России от 02.12.2015 № 1399 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») Министерства образования и науки Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования»,. Письмо Минобрнауки России от 25.02.2015 № 02-60 «Об организации и проведении ГИА в форме ОГЭ и ЕГЭ для лиц с ОВЗ и формировании предметных комиссий», Письмо Минобрнауки России от 16.02.2015 № ВК-333/07 «Об организации работы по введению ФГОС образования обучающихся с ОВЗ», Письмо Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого- педагогической, медицинской и социальной помощи» , Письмо Минобрнауки России от 13.11.2015 № 07-3735 «О направлении методических рекомендаций (лучшие практики инклюзивного образования в

РФ)» , Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК 452-07 «О введении ФГОС ОВЗ (методические рекомендации).

Принятие данных нормативных документов позволяет предъявлять единые требования к реализации адаптированных основных общеобразовательных программ для разных категорий детей с ОВЗ/ инвалидностью.

Следует уточнить, что система нормативно-правового регламентирования деятельности образовательной организации находится в постоянном изменении и уточнении. Часть нормативных, правовых регламентов отменены, другие находятся на этапе доработки. В переходный период, до 2017 года, часть методических пояснений, касающихся проблем организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной организации продолжают носить рекомендательный характер.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.2. Современные представления о нарушениях развития детей-инвалидов и детей с ОВЗ

В современных российских нормативно-правовых документах в области образования, приводится следующее определение термина «дети с ограниченными возможностями здоровья».

Дети с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий. Статус обучающегося с ОВЗ определяется психолого-медико-педагогической комиссией, и ею разрабатываются рекомендации по созданию специальных условий получения образования. (Положение о психолого-медико-педагогической комиссии утверждено приказом Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1085.)

К детям с ограниченными возможностями здоровья относятся:

- дети с нарушениями слуха (глухие; слабослышащие; позднооглохшие);
- дети с нарушениями зрения (незрячие, слабовидящие, функциональными нарушениями зрения);
- дети с тяжелыми нарушениями речи;
- дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- дети с задержкой психического развития
- дети с нарушением интеллекта (умственно отсталые);
- дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- дети со сложными недостатками развития.

Особенности развития этих детей представлены в трудах отечественных специальных психологов, сурдопедагогов, тифлопедагогов, олигофренопедагогов. Среди особенностей, выявленных при всех недостатках развития, т.е. обусловленных специфическими закономерностями, может быть выделена совокупность особенностей, которые определяют необходимость организации специальной психолого-педагогической помощи в развитии и обучении этих детей. Эту совокупность особенностей принято называть особыми образовательными потребностями детей с ОВЗ» (Лубовский В.И, 2014).

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) представляют полиморфную группу, характеризующуюся различными личностными, когнитивными, коммуникативными и другими особенностями. Специфика развития детей с ОВЗ определяется характером, временем возникновения нарушения, степенью выраженности болезненных проявлений, разнообразным влиянием средовых факторов. Все это свидетельствует о необходимости создания вариативных условий для получения доступного детям качественного образования.

Особые образовательные потребности у детей с ограниченными возможностями здоровья обусловлены закономерностями нарушенного развития: трудностями взаимодействия с окружающей средой, прежде всего, с окружающими людьми, нарушениями развития личности; меньшей скоростью приема и переработки сенсорной информации; меньшим объемом информации, запечатляемым и сохраняющимся в памяти; недостатками словесного опосредствования (например, затруднениями в формировании словесных обобщений и в номинации объектов); недостатками развития произвольных движений (отставание, замедленность, трудности координации); замедленным темпом психического развития в целом; повышенной утомляемостью, высокой истощаемостью (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, Г.Я. Трошин, Ж.И. Шиф). С учетом особых образовательных потребностей для детей с ОВЗ в образовательных организациях создаются специальные образовательные условия.

Большое значение для создания этих условий и необходимых для адаптации ребенка в образовательной организации имеет положение о соотношении биологических и социальных факторов в процессе психического развития человека. Л.С. Выготский подчеркивал единство действия биологических и социальных факторов в процессе развития, но у этого единства есть две особенности – во-первых, оно изменяется в процессе развития, во-вторых, каждый из этих факторов имеет разный удельный вес во влиянии на становление различных психических функций. В развитии более простых функций большую роль играют биологические, наследственные факторы, в развитии более сложных сказывается влияние социальных факторов. «Развитие не простая функция, полностью определяемая икс-единицами наследственности плюс игрек-единицами среды. Это исторический комплекс, отображающий на каждой данной ступени заключенное в нем прошлое.

В настоящее время самой распространенной точкой зрения на отношения между двумя факторами – окружающей средой и наследственностью – служит теория взаимодействия (А. Анастаси, 2001). Согласно этой теории, действие каждого из этих факторов нельзя считать дополнительным или накопительным.

Степень влияния одного зависит от вклада другого. Каждый человек включен в разные общности – культурные, профессиональные, семейные. Находясь формально в одной и той же среде, он выбирает для себя в качестве значимых разные ее аспекты. Выбор такой «индивидуальной» среды в значительной степени направляется генетически заданной индивидуальностью.

Изучение роли наследственности и среды приобретает большое значение при различных нарушениях в психическом развитии. Анализ отклонений от нормальной траектории развития показывает степень вклада того или иного фактора. Так, например, подтвердилось предположение о генетических влияниях на формирование раннего детского аутизма (коэффициент наследуемости – 0,90). Психогенетические исследования позволили сформулировать гипотезу о том, что это заболевание контролируется небольшим количеством взаимодействующих генов.

Разнообразные нарушения психического развития могут быть вызваны биологическими факторами (пороки развития мозга, возникающие в результате генных мутаций, нарушений внутриутробного развития, патологии родов и т.п.). При этом существенным показателем является время повреждения: одна и та же причина, действуя в разные периоды онтогенеза, может вызвать различные виды аномалий развития. Тип и структурное своеобразие нарушения зависят от мозговой локализации процесса, от степени его распространенности и интенсивности повреждения. Нарушения психического развития в ряде случаев могут быть связаны и с влиянием неблагоприятных социальных факторов. Чем раньше возникают неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими оказываются нарушения. К социально обусловленным нарушениям психического развития относятся, например, психопатии, патологическое развитие характера.

Проявление общих закономерностей может быть своеобразным в зависимости от типа нарушенного развития. В первую очередь это относится к времени проявления, длительности и степени выраженности (В.И. Лубовский).

Наряду с закономерностями, общими для нормального и аномального психического развития, выделяются закономерности, общие для всех типов аномального развития (Т.А. Власова, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Ж.И. Шиф и др.). Одна из них – трудности во взаимодействии с окружающим миром, приводящие к обеднению социального опыта, искажению способов общения с другими людьми. Все это усложняет социализацию, а, следовательно, и социальную адаптацию детей и взрослых с различными типами нарушений развития: замедляются процессы усвоения и воспроизводства социального опыта, установления межличностных отношений, благодаря которым человек учится жить совместно с другими. Важными источниками социализации служат взаимное влияние людей в совместной деятельности и общении, передача норм и ценностей культуры через семью, через образовательные системы. Во всех этих процессах большое значение имеет степень речью детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Затруднения во взаимодействиях с социальной средой обусловлены и особенностями развития личности детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (Ю.А. Кулагин, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Т.В.

Розанова, Ж.И. Шиф и др.). Для них характерна неадекватная самооценка, переоценка или недооценка собственных возможностей, способностей, достижений. Это связано с замедленным формированием основных структурных компонентов личности – самосознания, эмоционально-волевой сферы, мотивации, уровня притязаний; ограничением контактов с людьми; реакцией личности на психотравмирующую ситуацию, обусловленную постепенным осознанием своей несостоятельности.

Нарушения в развитии личности особенно сильно выражены в тех случаях, когда коррекционная работа проводится несвоевременно, или при неблагоприятном социальном окружении, при неадекватных изменениях в родительских установках. Все эти обстоятельства ослабляют способность личности к активному приспособлению к жизни и реализации имеющихся собственных возможностей.

Общей особенностью при всех типах нарушений в развитии является снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации, которое может наблюдаться на протяжении длительного времени или быть характерным только для определенного периода онтогенеза. Например, замедленная скорость переработки информации при зрительном восприятии у детей с нарушенным слухом отмечается в дошкольном и младшем школьном возрасте (до 10-11 лет), в последующие возрастные периоды скорость такого восприятия возрастает и приближается к той, которая характерна для слышащих детей (Вересотская К.И.). У детей с интеллектуальными нарушениями на протяжении всех лет обучения наблюдаются замедленные прием и переработка информации, относящиеся к любому виду восприятия, что обусловлено инертностью психических процессов.

Закономерностью, свойственной всем категориям детей с нарушенным развитием, являются затруднения словесного опосредствования. Например, дети с нарушениями интеллекта испытывают большие трудности при необходимости устанавливать и сохранять в памяти опосредствованные связи, при осуществлении ассоциативного припоминания. Соотношение объемов непосредственного и опосредствованного запоминания у них весьма изменчиво. В младших классах они не умеют пользоваться приемами осмысленного запоминания, и логически связанный материал сохраняется у них в памяти хуже, чем отдельные слова или числа. В старших классах они могут овладеть некоторыми приемами опосредствованного запоминания. На произвольной регуляции психических функций сказывается и недостаточное участие речи.

Для всех видов аномального развития характерно замедление процесса формирования понятий. У детей с нарушениями интеллекта полноценные понятия формируются выборочно. Для ряда категорий детей, например, с сенсорными нарушениями, характерно значительное отставание в становлении понятий – полноценные понятия формируются на три-пять лет позже, чем у обычных детей.

Особые образовательные потребности – это актуальные и потенциальные возможности (энергетические, когнитивные, моторные и другие), которые проявляет ребенок в процессе обучения (В.И. Лубовский). «Среди особенностей, наблюдаемых при всех недостатках развития, т.е. обусловленных специфическими закономерностями, может быть выделена совокупность

особенностей, которые определяют необходимость организации специальной психолого-педагогической помощи в развитии и обучении этих детей. Эту совокупность особенностей принято называть особыми образовательными потребностями» (В.И. Лубовский, 2013, стр.25). Особые образовательные потребности – это актуальные и потенциальные возможности (энергетические, когнитивные, моторные и другие), которые проявляет ребенок в процессе обучения. Эти потребности могут проявляться по-разному и в разных сочетаниях, поэтому необходимо обеспечить детей с ОВЗ разнообразными формами организации обучения и воспитания, что в дальнейшем обеспечит им возможность успешной социальной адаптации.

К числу образовательных потребностей, наиболее характерных для всех категорий детей с проблемным развитием (В.И. Лубовский) можно отнести следующие:

- потребность в использовании педагогом таких образовательных технологий и методов обучения, которые способствовали бы не только успешному выполнению образовательных задач, но и создавали условия для накопления ребенком социального опыта и развития навыков общения, эмоциональной сферы, коррекции негативных особенностей в развитии личности, познавательной деятельности;
- потребность в такой организации процесса обучения, которая, благодаря включению предварительного пропедевтического этапа, обеспечивает необходимую стартовую готовность ребенка к усвоению программного материала;
- потребность в формировании и развитии познавательной мотивации, положительного отношения к учению, самостоятельности и навыков самоконтроля в познавательной деятельности;
- потребность в обеспечении замедленного темпа познавательной деятельности, когда новая информация предоставляется в виде небольших фрагментов, выполнению работы с которыми (изучение, анализ, запоминание, преобразование, практическое использование) способствует дозированная помощь педагога (пошаговый контроль, инструкции, предъявление образца, совместное выполнение и др.);
- потребность в уменьшении, по сравнению с обычными детьми, интеллектуальной, эмоциональной и физической нагрузки в образовательном процессе;
- потребность в обеспечении более длительного, непрерывного и комплексного контролирующего сопровождения педагогом процесса познавательной деятельности;
- потребность в такой организации образовательного процесса, в которой обеспечивается полноценное и щадящее участие всех сохранных сенсорных систем обучающегося.

Наряду с особенностями, свойственными всем детям с ОВЗ, В.И. Лубовский выделяет специфические закономерности, характерные для разных вариантов дизонтогенеза. Эти особенности многообразны, т.к. определяются не только типом нарушения, но и его тяжестью и временем возникновения и др.

Значительное разнообразие особых образовательных потребностей детей с ОВЗ определяет и значительную вариативность специальных образовательных условий, распределенных по различным ресурсным сферам (материально-техническое обеспечение, включая и архитектурные условия, кадровое, информационное, программно-методическое и т.п.).

Особые образовательные потребности – это потребности в условиях, необходимых для оптимальной реализации когнитивных, энергетических и эмоционально-волевых возможностей ребенка с ОВЗ в процессе обучения.

Под специальными образовательными условиями понимаются:

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания;
- использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
- предоставление услуг ассистенте (помощника), оказывающего обучающемуся необходимую техническую помощь;
- проведение индивидуальных и групповых коррекционных занятий; обеспечения доступа в здание ОО
- и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение Программ.

Специальные условия должны быть рекомендованы психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК), для ребенка-инвалида должны быть внесены в Индивидуальную программу реабилитации/абилитации (ИПРА).

Специальные условия для получения образования детьми с ОВЗ, закрепленные в нормативно-правовых, регламентирующих и рекомендательных документах, заключаются в создании материально-технической базы, оснащении специальным оборудованием, организационно-педагогическом обеспечении, применении современных технологий образования и психолого-педагогического сопровождения, использовании в педагогической работе адаптированных образовательных программ и т.п.

Таким образом, можно говорить о целостной системе специальных образовательных условий: начиная с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, до индивидуальных, определяющих эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в соответствии с его особенностями и образовательными возможностями.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.3. Ранняя помощь и дошкольное образование в системе непрерывного образования детей с ОВЗ

Проблема ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их социальной адаптации в общество является в настоящее время чрезвычайно актуальной в области образования и здравоохранения. Ранняя комплексная помощь детям с ОВЗ – это совокупность системы социальной поддержки, охраны здоровья и специального образования. Ранняя помощь предполагает широкий спектр долгосрочных услуг, ориентированных на всю семью ребенка с проблемами в развитии и осуществляемых в процессе согласованной деятельности «команды» специалистов разного профиля.

В последние годы в России получены результаты многолетних научных исследований, которые ярко высвечивают потребность и актуальность создания системы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии (Е.Р. Баенская, Е.А. Екжанова, Е.В. Кожевникова, С.Б. Лазуренко, И.Ю. Левченко, Н.Н. Малофеев, Г.А. Мишина, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Л.И. Фильчикова, Н.Д. Шматко и др.).

Теоретические основы психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии:

- Понимание психического развития ребенка как процесса присвоения им общественно-исторического опыта человечества, фиксированного в продуктах материальной и духовной культуры (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев);

- Положение о закономерностях развития нормально развивающихся детей и детей с психофизическими нарушениями, а также концепция единства биологических и социальных факторов в культурно-историческом развитии личности и положение о ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка (Л.С. Выготский);

- Положение о развитии ориентировочно-исследовательской деятельности ребенка в результате накопления собственного практического опыта (И.М. Сеченов);

- Положение о интериоризация действий, т.е. постепенного преобразования внешних действий в действия внутренние, умственные (П.Я. Гальперин);

- Положение о ведущей роли взрослого в развитии личности ребенка (А.В. Запорожец, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин);

- Концепция зависимости эффективности коррекционной работы от времени ее начала и содержания (А.А. Венгер (Катаева), Н.Н. Малофеев, Е.А. Стребелева);

- Положение о ведущей деятельности, концепция амплификации детского развития (А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец).

Главная направленность системы ранней помощи – комплексный междисциплинарный подход к образованию, социализации и реабилитации детей с ОВЗ. Необходимо объединение усилий всех специалистов (медиков, специальных педагогов, психологов, социальных работников), которые должны быть направлены не на подмену семьи, а на развитие ее собственного потенциала. Система ранней помощи реализуется в различных формах: службах ранней помощи, центрах игровой поддержки ребенка, лекотеках, группах

кратковременного пребывания, группах коррекционной направленности, инклюзивных группах и т.п.

Основными направлениями работы Служб ранней помощи (как основной формы организации раннего комплексного сопровождения) являются:

- Детальное обследование новорожденных неонатологом, неврологом, генетиком с регистрацией всех факторов риска в паспорте новорожденного.
- Обнаружение ребенка первых месяцев или лет жизни с отставанием или риском отставания в развитии.
- Направление в соответствующую территориальную службу ранней помощи.
- Ранняя диагностика отклонений по основным «линиям развития» (двигательному, познавательному, речевому, социальному); определение актуального уровня развития. Определение возможного прогноза развития.
- Разработка индивидуальной программы развития.
- Медицинская реабилитация (неврологическая, психоневрологическая, физиотерапевтическая, ортопедическая и др.).
- Психолого-педагогическая работа в условиях семьи и специально организованной среды, отвечающая особым образовательным потребностям ребенка.
- Психологическая поддержка семьи; периодическое консультирование семьи.
- Координация деятельности всех социальных служб в оказании полного комплекса услуг ребенку и семье при реализации индивидуальной программы развития.
- Динамическое наблюдение за ходом дальнейшего психо-физического и речевого развития (не реже одного раза в шесть месяцев). Корректировка индивидуальных программ развития.

Основными **задачами** раннего психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии являются:

- организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии в целях формирования возрастных психологических новообразований, ведущей и типичных видов деятельности;
- разработка содержания психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии;
- психолого-педагогическое сопровождение семьи;
- организация взаимодействия разных специалистов, оказывающих комплексную психолого-педагогическую помощь детям в первые годы жизни с отклонениями в развитии.

Важным аспектом современной системы образования является преемственность образовательного процесса на разных возрастных этапах. Механизм реализации преемственности раннего и дошкольного образования состоит в обеспечении плавного перехода от одного этапа образования к другому, это непрерывный процесс воспитания и обучения ребёнка при его переходе от раннего к дошкольному возрасту. Обеспечение преемственности в воспитании и развитии детей раннего и дошкольного возраста – реализация идей непрерывного образования в жизни человека. В раннем и дошкольном возрасте общая цель

воспитания: психическое и личностное развитие ребёнка. Безусловно, применительно к детям раннего возраста речь идёт о предпосылках развития личности. Базис личностной культуры, все качества личности, формирующиеся в дошкольный период, зарождаются еще в младенчестве. Для детей с ограниченными возможностями здоровья на разных возрастных этапах должно быть организовано непрерывное психолого-педагогическое сопровождение специалистами разного профиля.

В настоящее время в практику все больше входит ранняя диагностика отклонений развития у детей. К сожалению, на деле коррекция нарушений познавательной и речевой деятельности у детей в большинстве случаев начинается только в дошкольном возрасте (после 3-5 лет), когда уже сформирован стойкий патологический стереотип психических и речевых нарушений. При этом оказывается упущенным сензитивный (наиболее благоприятный) период развития психики и речи, который приходится на первые три года жизни ребенка.

Психологические новообразования у детей первых лет жизни следует рассматривать в основных линиях развития: социальной, физической, познавательной.

Для детей *младенческого возраста* основными маркерами благополучия в социальной сфере являются:

- переход от эмоционально-личностного к эмоционально-деловому общению, который выражается в стойком предпочтении ребенком эмоционального общения с близким взрослым через предъявление предмета/игрушки и в овладении способом действия с ним (по подражанию);
- все более возрастающее понимание ребенком речи взрослых и выполнении первых действий по речевой инструкции («помаши ручкой пока», «покажи, как умеет наш малыш – полетели, полетели на головку сели», «где папа?») и т.п.;
- развитие собственной речевой активности, которая проходит ряд стадий – от отдельных звуков, к лепету, звукокомплексам и появлению первых слов.

В физической линии развития мы ориентируемся на овладение ребенком основными движениями: от умения держать голову и ползать до самостоятельной ходьбы. Особое значение отводится становлению хватания предметов и развитию зрительно-двигательной координации, определению ведущей руки.

В познавательном развитии важно становление умения ребенком манипулировать с предметами, действовать с ними, учитывая их специфические, физические свойства (величину, форму, материал). При этом отмечается наличие интереса у ребенка к предметам, действиям с ними, и конечно, желания взаимодействовать с близким взрослым, подражать его действиям.

В *раннем возрасте* специалисты ориентируются на появление иных достижений.

Так, в социальной сфере это ситуативно-деловое общение, средствами которого выступают эмоционально-деловые и предметно-игровые; овладение навыками самообслуживания, в том числе и контролем над функциями выделения; осознание собственного «Я».

В физическом развитии – овладение бегом, прыжками; совершенствование тонкой моторики рук и др.

В познавательной сфере – определяющим выступает становление предметных действий, т.е. действий с предметами, способами, закрепленными в общественном опыте; знание назначения предметов; умение различать предметы по цвету, форме, величине и использовать вспомогательные орудия для достижения цели; усложнение игровых умений от выполнения отдельного действия до воспроизведения «цепочки» игровых действий, появление предмета-заместителя; появление фразы, расширение словаря.

Значимыми выступает и осознание правил поведения (под влиянием примера и пояснений взрослых), прекращение действий по указанию взрослых и продолжение в случае одобрения.

В *дошкольном возрасте* появляется огромное количество психологических новообразований, свойственных каждому дошкольному период: младшему, среднему и старшему дошкольному возрасту. По мере того, как побудительная сила социальных мотивов возрастает, совершается переход от запаздывающей к более совершенной – опережающей эмоциональной коррекции действий. Предвосхищение выполняет важную регулирующую роль в более сложных формах игровой и продуктивной деятельности. Для их выполнения необходимо не только предварительно представить отдаленные результаты действия, но и заранее прочувствовать тот смысл, какой они будут иметь для самого ребенка и окружающих его людей. В ходе онтогенеза изменяется и структура эмоциональных процессов – в их состав постепенно включаются, помимо вегетативных и моторных реакций, познавательные процессы (воображение, образное мышление, сложные формы восприятия). Эмоции становятся «умными», интеллектуализируются, а познавательные процессы приобретают аффективный характер, обогащаются чувством.

Системный подход – изучение психического развития, рассматривающего психофизиологическую структуру зрелой личности как сложную, иерархическую систему взаимосоподчиненных элементов, отражение действительности и психической регуляции деятельности субъекта.

Итогом психолого-педагогического изучения ребенка раннего и дошкольного возраста является вынесение заключения, в котором определен актуальный уровень развития ребенка (то, что он может делать самостоятельно) и потенциальный (то, что выполняет вместе со взрослым), на которое и опирается педагог-дефектолог при разработке индивидуальной программы развития (ИПР). Она является составной частью адаптированной образовательной программы, при составлении которой необходима консолидированная работа всех специалистов сопровождения и педагогов, работающих с детьми с ОВЗ.

Перечисленные выше достижения в младенческом, раннем и дошкольном возрасте, а также особенности развития детей с ОВЗ, выявленные в ходе комплексной психолого-педагогической диагностики нарушений развития, служат ориентирами в разработке ИПР.

Индивидуальная программа разрабатывается с учетом следующих принципов:

- единства диагностики и коррекции отклонений в развитии;
- учета характера и степени первичного нарушения, а также особенностей вторичных отклонений в развитии ребенка;

- учета онтогенетического хода основных линий развития, предполагающего обучение с опорой на актуальный уровень развития ребенка и зону его ближайшего развития;
- учета возрастных и индивидуальных особенностей его развития;
- деятельностного подхода к развитию личности ребенка, реализующегося в рамках ведущей и типичных видов деятельности в соответствии с его интересами;
- коррекционной направленности воспитательного процесса, а также системного подхода к процессу обучения и воспитания.

В разработке индивидуальной программы принимают участие все специалисты, участвующие в реабилитационном процессе. Мы более подробно остановимся на раскрытии той части программы, которую составляет педагог-дефектолог для родителей.

Структура индивидуальной образовательной программы представляет собой единую систему, состоящую из нескольких взаимосвязанных разделов, каждый из которых имеет свою смысловую нагрузку. Данные разделы в совокупности позволяют обеспечить психолого-педагогическую работу с ребенком с ограниченными возможностями здоровья по различным направлениям.

В первой части даются краткие сведения о ребенке: диагноз, возраст, результаты первичного психолого-педагогического обследования.

Вторая часть раскрывает общие требования к проведению занятий с ребенком, которые ранее были оговорены в совместной беседе с мамой, или иным близким взрослым.

В педагогических условиях выделяются правила для проведения занятий с ребёнком: организация режима занятий, уточнение места проведения занятий и подбор игрового материала, а также указываются доступные для малыша способы общественного опыта (совместные действия с взрослым, подражательные способности, действия по показу, по жестовой инструкции с речевым сопровождением, действия по речевой инструкции взрослого).

Соответствующее возрасту ребенка способы общения и взаимодействия с взрослым выстраиваются в совместной деятельности, в общении, в котором большую роль играют доверительные, доброжелательные отношения: следует уважать личность ребенка, учитывать его желания и возможности.

Подбор предметов и игрушек для занятий осуществляется с учетом нарушения, интереса, возможностей и возраста ребенка. Педагог знакомит родителей с дидактическим и развивающим материалом.

Третья часть – раскрывает содержание коррекционно-восстановительной работы с ребенком, ориентированное на основные линии развития детей в норме: *социальную, физическую и познавательную*, а также отражает рекомендации для родителей, или близких малыша. Охарактеризуем более подробно каждое направление.

Важнейшей задачей психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии является их изучение в целях разработки организации и содержания коррекционного процесса. Этот процесс включает в

себя психолого-педагогическое сопровождение родителей и целенаправленную коррекционно-педагогическую работу с ребенком.

Принципы коррекционно-развивающего обучения: единство диагностики и коррекции отклонений в развитии; эмоционально-личностный подход; учет генетического хода развития; учет возрастных и индивидуальных особенностей; учет ведущей деятельности; развивающий подход; принцип поэтапности и последовательности педагогических и коррекционных действий; комплексность коррекционной работы; активное привлечение ближайшего окружения ребенка к работе.

Общеразвивающие и коррекционные задачи: развитие возрастных психологических новообразований, ведущей и типичных видов деятельности, общения со взрослым и сверстниками. Основные условия реализации задач психолого-педагогической помощи: адекватный характер общения взрослого с ребенком; создание предметно-развивающей среды и материально-технического оснащения; разработка содержания коррекционно-педагогического воздействия, учитывающего характер структуры нарушения и степень его выраженности; включение родителей в педагогический процесс; включение ребенка в коллектив сверстников; подготовленный специалист.

К специальным условиям относятся: адекватные способы общения и взаимодействия взрослого с ребенком; создание предметно-развивающей среды; четкое выполнение режима дня.

Задачи психолого-педагогической помощи детям младенческого возраста:

- формирование эмоционально-личностного и эмоционально-делового общения;
- развитие хватания и манипулятивной деятельности;
- развитие движений;
- формирование ориентировочно-исследовательской деятельности;
- развитие зрительно-двигательной координации;
- развитие понимания обращенной речи и стимуляция лепета;
- формирование навыков в быту и социального поведения;
- активизация познавательного интереса к окружающим людям и предметам.

Основными направлениями психолого-педагогической помощи в *младенческом возрасте* являются: развитие эмоционального общения со взрослым; нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, развитие подвижности органов артикуляции; стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности; коррекция кормления; развитие сенсорных процессов; развитие речевого дыхания и голоса; формирование движений руки и действий с предметами; формирование подготовительных этапов понимания речи.

Коррекционно-педагогическая работа с *детьми раннего возраста* с отклонениями в развитии направлена как на формирование психологических новообразований, которые должны быть, но еще не появились у малыша (умение эмоционально общаться, подражать, совершать предметные действия, овладение навыками опрятности, самостоятельность в быту), так и на формирование ведущей деятельности и психологических новообразований, характерных для

детей раннего возраста: предметной деятельности и предметно-игровых действий, представлений о себе, совершенствование восприятия, наглядно-действенного мышления, появление фразовой речи, а также формирование предпосылок к продуктивным видам деятельности – лепке, рисованию, аппликации, конструированию.

Основные направления коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста с ОВЗ:

- организация коррекционно-развивающих занятий
- взаимодействие с родителями

Задачи коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с ОВЗ:

- Формирование и развитие социально-бытовых ориентировок, закрепление навыков самообслуживания.
- Стимулирование речевой деятельности.
- Формирование вербальных и невербальных способов общения.
- Формирование коммуникативной функции речи.
- Удовлетворение потребности в общении с окружающими.
- Формирование предметно-практической деятельности.
- Развитие познавательной деятельности.
- Обучение простейшим предметным и трудовым действиям.
- Вовлечение ребенка-инвалида и родителей в совместную деятельность.
- Коррекция взаимоотношений в семье.
- Деятельность учителя-логопеда, дефектолога.

Основные аспекты коррекционно-развивающей работы с различными категориями детей с ОВЗ

Дети с нарушением слуха

Психолого-педагогическая помощь строится на следующих принципах: всестороннее развитие ребенка; взаимодействие специалистов с родителями; взаимодействие всех специалистов, участвующих в реабилитации ребенка.

Основные направления коррекционно-педагогической: стимулирование общих движений; развитие движений глаз, зрительной ориентировки; развитие манипулирования, предметных действий; формирование общения; развитие речевого и неречевого слуха; развитие речи; развитие слухового восприятия (комплекс упражнений).

Педагогические условия для проведения педагогической работы: создание звуковой среды (усиление источников звука); постоянное речевое общение с ребенком всех взрослых в семье; обеспечение бинаурального слухопротезирования (подбор индивидуальной звукоусиливающей аппаратуры).

Дети с нарушением зрения

Направления психолого-педагогической помощи:

- развитие вестибулярного аппарата;
- развитие двигательной сферы;
- развитие остаточного зрения, формирование зрительного внимания;
- развитие осязательного восприятия;
- развитие слухового восприятия; развитие движений рук.

- Взаимосвязь психолого-педагогической коррекции с лечением зрения.

Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

В комплексное восстановительное лечение детского церебрального паралича включаются разнообразные средства: медикаментозные, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры. Важное условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя.

Организация занятий в рамках ведущей деятельности.

С учетом реформирования системы образования в целом и дошкольного образования в частности альтернативой специального образования детей раннего и дошкольного возраста с ОВЗ становится инклюзивное образование, предполагающее включение ребенка с ОВЗ в среду нормально развивающихся сверстников, создание для него специальных образовательных условий с учетом его образовательных потребностей на базе образовательной организации. Специальное и инклюзивное образование реализуется на основе ФГОС дошкольного образования.

Особое внимание уделяется проблеме реализации ФГОС ДО по отношению к детям с ОВЗ. Предметом регулирования ФГОС ДО являются отношения в сфере образования. В ФГОС ДО учтены особые образовательные потребности отдельных категорий детей. Утверждены основные принципы стандарта.

Цели ФГОС ДО: обеспечение государством равенства возможностей каждого ребенка в получении качественного дошкольного образования; обеспечение государственных гарантий уровня и качества образования на основе обязательных требований к условиям реализации ООП, их структуре и результатам освоения.

Задачи ФГОС ДО в отношении детей с ОВЗ: охрана и укрепление физического и психического здоровья детей (в том числе эмоционального благополучия); сохранение и поддержка индивидуальности ребенка, развитие его индивидуальных способностей и творческого потенциала; формирование общей культуры воспитанников

Основные принципы реализации ФГОС ДО (применительно для детей с ОВЗ): поддержка разнообразия детства; сохранение уникальности и самоценности дошкольного детства как важного этапа в общем развитии человека; полноценного проживания ребенком всех этапов дошкольного детства, амплификация (обогащение) детского развития; создание благоприятной социальной ситуации развития каждого ребенка в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями и склонностями; содействие и сотрудничество детей и взрослых в процессе развития детей; приобщение детей к социокультурным нормам, традициям семьи, общества и государства; формирование познавательных интересов и познавательных действий ребенка через его включение в различные виды деятельности о Учет этнокультурной и социальной ситуации развития детей

Условия инклюзивного образования детей с ОВЗ: создание соответствующего образовательного пространства; создание программно-

методического обеспечения; создание предметно-развивающей образовательной среды; создание дидактического обеспечения.

Организация образовательного пространства для детей с ОВЗ в соответствии с ФГОС ДО включает безопасную среду жизнедеятельности, функциональные помещения для обеспечения коррекции (кабинеты врача, учителя-дефектолога, учителя- логопеда, зал ЛФК, кабинет педагога- психолога;) сетевое взаимодействие образовательной организации с другими ведомственными структурами и окружающим социумом (детская поликлиника, ПМПК, соцзащита, социокультурное пространство).

Обязательным условием является раннее включение родителей ребенка с отклонениями в развитии в коррекционно-развивающий процесс. Первые годы жизни ребенка – самый значимый период для развития потенциала семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Специальный педагог и психолог должны убедить родителей и привести их к пониманию жизненной необходимости ранней коррекционно-развивающей работы в параллели с медицинской помощью. Прежде всего это касается родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями развития. В этом случае важно организовать «сеть взаимодействия» между такой семьей и специалистами разных учреждений и ведомств. Семья играет ведущую роль и несет основную ответственность за процесс и результаты коррекционно-развивающей работы с ребенком. Именно родители являются основными заказчиками образовательных, медицинских и социальных услуг, они же – равноправные партнеры специалистов в реализации намеченных перспектив и оценке результативности работы.

Подводя итог выше сказанному, следует подчеркнуть, что в настоящее время в Российской Федерации результате принятых на государственном уровне принципиально важных решений сложились благоприятные условия для создания федеральной системы ранней помощи.

Большинством специалистов субъектов Российской Федерации признается актуальность и необходимость незамедлительного создания государственной системы ранней помощи в стране. Это объясняется, с одной стороны, уменьшением доли рождения здоровых, физиологически зрелых детей, что приводит к фактам нарастающей инвалидизации детского населения, увеличению числа социальных сирот и вызывает озабоченность этим общества в целом, а с другой стороны, увеличением затрат на специальное дошкольное и школьное образование на современном этапе развития государства.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.4. Характеристика ФГОС для обучающихся с ОВЗ; ФГОС для обучающихся с интеллектуальной недостаточностью

Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) – совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования. ФГОС являются основой объективной оценки соответствия, установленным требованиям образовательной деятельности и подготовки обучающихся, освоивших образовательные программы соответствующего уровня и соответствующей направленности, независимо от формы получения образования и формы обучения и обеспечивают:

- единство образовательного пространства Российской Федерации;
- преемственность основных образовательных программ;
- вариативность содержания образовательных программ соответствующего уровня образования, возможность формирования образовательных программ различных уровня сложности и направленности с учетом образовательных потребностей и способностей обучающихся;
- государственные гарантии уровня и качества образования на основе единства обязательных требований к условиям реализации основных образовательных программ и результатам их освоения;
- разработки примерных основных образовательных программ;
- разработки программ учебных предметов, курсов, учебной литературы, контрольно- измерительных материалов;
- организации образовательного процесса в образовательных учреждениях независимо от их организационно-правовых форм и подчиненности.

Федеральные государственные образовательные стандарты – основа для:

- разработки нормативов финансового обеспечения образовательной деятельности образовательных учреждений, формирования государственного задания для образовательного учреждения;
- осуществления контроля и надзора за соблюдением законодательства Российской Федерации в области образования;
- проведения государственной (итоговой) и промежуточной аттестации обучающихся;
- построения системы внутреннего мониторинга качества образования в образовательном учреждении;
- организации деятельности работы методических служб;
- аттестации педагогических работников образовательных учреждений;
- организации подготовки, профессиональной переподготовки и повышения квалификации работников образования.

ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ утвержден приказом Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598. Стандарт будет применяться к правоотношениям, возникшим с 1 сентября 2016 г. Обучение детей, зачисленных до 1 сентября 2016 г., по адаптированным образовательным программам будет осуществляться по ним до завершения обучения. Введение в действие ФГОС НОО ОВЗ весьма актуально, поскольку в России проживает свыше 0,5 млн. детей-инвалидов, ежегодно 27-28 тыс. несовершеннолетних признаются инвалидами впервые, примерно столько же человек достигают возраста 18 лет и становятся взрослыми инвалидами. Помимо детей-инвалидов

образование по адаптированной основной образовательной программы будут получать дети, не имеющие статуса инвалида, но нуждающиеся в специальных условиях получения образования по заключению психолого-медико-педагогической комиссии. Все эти дети нуждаются в получении начального и/или общего образования по адаптированным программам в пределах своих возможностей, способностей и состояния здоровья.

ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ представляет собой совокупность обязательных требований к общему образованию разных групп детей:

- с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих, позднооглохших);
- с нарушениями зрения (слепых, слабовидящих);
- с тяжелыми нарушениями речи,
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата,
- с задержкой психического развития,
- с расстройствами аутистического спектра,
- со сложными дефектами развития.

ФГОС НОО ОВЗ предусматривает четыре варианта получения образования в зависимости от уровня интеллектуального развития обучающихся.

ФГОС обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), утверждённый приказом Минобрнауки от 19.12.2014 № 1599, охватывает весь период получения образования, так как для этой категории обучающихся (с лёгкой степенью умственной отсталости, умеренной, тяжёлой, глубокой; сложными и множественными нарушениями развития) не определены два уровня образования учитывающих их специфические образовательные потребности.

Оба стандарта предполагают пролонгированные сроки обучения

Стандарты разработаны на основе Конституции Российской Федерации и законодательства Российской Федерации, с учетом Конвенции ООН о правах ребенка и Конвенции ООН о правах инвалидов и других нормативных документов, а также региональных, национальных и этнокультурных потребностей народов Российской Федерации.

Стандарты учитывают возрастные, типологические и индивидуальные особенности, особые образовательные потребности обучающихся.

Стандарты направлены на обеспечение:

• равных возможностей получения качественного образования обучающимися с ОВЗ вне зависимости от места жительства, пола, национальности, языка, социального статуса, степени выражения ограничений здоровья, психофизиологических и других особенностей;

• единства образовательного пространства Российской Федерации

• государственных гарантий качества образования на основе единства обязательных требований к условиям реализации адаптированной основной образовательной программе и результатам их освоения;

• максимального расширения доступа обучающимся с ОВЗ к общему образованию, отвечающему их возможностям и особым образовательным потребностям;

• преемственности основных образовательных программ общего образования обучающихся с ОВЗ;

- вариативности содержания программы для обучающихся с ОВЗ, возможности их формирования с учетом особых образовательных потребностей и способностей обучающихся; духовно-нравственного развития обучающихся с ОВЗ, формирование основ их гражданской идентичности как основного направления развития гражданского общества;

- расширение возможностей для реализации права выбора педагогическими работниками методик обучения и воспитания, методов оценки школьных достижений, обучающихся с ОВЗ, использования различных форм организации образовательной деятельности, развития культуры образовательной среды;

- разработки критериальной оценки результатов освоения программы, деятельности педагогических работников, Организаций, функционирования системы образования в целом;

- создания условий для эффективной реализации и освоения условий для эффективной реализации и освоения обучающимися АООП НОО, в том числе обеспечение условий для индивидуального развития всех обучающихся.

В основу Стандарта положены деятельностный, личностно-ориентированный дифференцированный подходы к организации и содержанию обучения.

Стандарты направлены на решение следующих задач образования, обучающихся с ОВЗ:

- формирование общей культуры, обеспечивающей разностороннее развитие их личности (нравственно-эстетическое, социально-личностное, интеллектуальное, физическое);

- охраны и укрепления физического и психического здоровья детей, в том числе их социального и эмоционального благополучия;

- формирование основ гражданской идентичности и мировоззрения обучающихся в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-нравственными и социокультурными ценностями;

- формирование основ учебной деятельности;

- создание специальных условий для получения образования в соответствии с возрастными, индивидуальными особенностями и особыми образовательными потребностями, развитие способностей и творческого потенциала каждого обучающегося как субъекта отношений в сфере образования;

- обеспечение вариативности и разнообразия содержания АООП НОО и организационных форм получения образования обучающимися с учетом их образовательных потребностей, способностей и состояния здоровья, типологических и индивидуальных особенностей;

- формирование социокультурной и образовательной среды с учетом общих и особых образовательных потребностей разных групп обучающихся.

В соответствии со Стандартом обучение лиц с ОВЗ, в том числе с умственной отсталостью, осуществляется по адаптированной основной образовательной программе. Адаптированная основная общеобразовательная программа (АООП) – локальный нормативный акт, описывающий содержание образования и механизм реализации ФГОС для детей с ОВЗ. АООП НОО для обучающихся с ОВЗ самостоятельно разрабатывается и утверждается

Организацией, осуществляющей образовательную деятельность, в соответствии со Стандартом и с учетом примерной АООП НОО.

Стандарты устанавливают сроки освоения АООП НОО от четырех лет до шести лет разными группами обучающихся с ОВЗ дифференцированно с учетом их особых образовательных потребностей

В Стандартах представлены требования к структуре АООП НОО, включает обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений. Должна содержать три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Стандарты предусматривают возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) и мнения родителей (законных представителей).

Целевой раздел определяет общее назначение, цели, задачи и планируемые результаты реализации АООП НОО, а также способы определения достижения этих целей и результатов.

Целевой раздел включает пояснительную записку; планируемые результаты освоения обучающимися с ОВЗ АООП НОО; систему оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО.

Содержательный раздел определяет общее содержание НОО обучающихся с ОВЗ и включает следующие программы, ориентированные на достижение личностных, предметных и метапредметных результатов (в зависимости от варианта АООП НОО содержательный раздел может быть ориентирован на достижение только личностных и предметных результатов).

Организационный раздел определяет общие рамки организации образовательного процесса, а также механизмы реализации АООП НОО.

Организационный раздел включает: учебный план НОО, включающий предметные и коррекционно-развивающую области, направления внеурочной деятельности; систему специальных условий реализации АООП НОО в соответствии с требованиями Стандарта.

Соотношение частей определяется дифференцированно в зависимости от варианта АООП НОО и составляет: 80% и 20%, 70% и 30% или 60% и 40%.

Учебный план НОО обучающихся с ОВЗ является основным организационным механизмом реализации АООП НОО.

Стандарты содержат требования к следующим разделам АООП НОО: пояснительной записке, планируемым результатам освоения, учебному плану, программе формирования универсальных учебных действий, программе отдельных учебных предметов, программе духовно-нравственного развития, программе формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни, программе коррекционной работы, системе оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО, программе внеурочной деятельности, системе условий реализации АООП НОО. Стандарты определяют требования к кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям получения образования обучающимися с ОВЗ.

АООП НОО реализуется с учетом образовательных потребностей групп или отдельных обучающихся с ОВЗ на основе специально разработанных учебных планов, в том числе индивидуальных, которые обеспечивают освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

Определение варианта АООП НОО для обучающегося с ОВЗ осуществляется на основе рекомендаций ПМПК, сформулированных по результатам его комплексного психолого-медико-педагогического обследования, в случае наличия у обучающегося инвалидности – с учетом ИПР и мнения родителей (законных представителей).

В процессе освоения АООП НОО сохраняется возможность перехода обучающегося с одного варианта АООП НОО на другой. Основанием для этого является заключение ПМПК. Перевод обучающегося с ОВЗ с одного варианта программы на другой осуществляется Организацией на основании комплексной оценки результатов освоения АООП НОО, по рекомендации ПМПК и с учетом мнения родителей (законных представителей) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

АООП НОО может быть реализована в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Для обеспечения возможности освоения обучающимися АООП НОО может быть реализована сетевая форма ее реализации с использованием ресурсов нескольких организаций, осуществляющих образовательную деятельность, а также при необходимости с использованием ресурсов и иных организаций.

АООП НОО должна учитывать тип Организации, а также образовательные потребности и запросы обучающихся с ОВЗ.

Для профилактики переутомления обучающихся в годовом календарном учебном плане должны быть предусмотрены равномерно распределенные периоды учебного времени и каникул. Устанавливается следующая продолжительность учебного года: первые классы – 33 учебных недели; II – IV (V, VI) классы – 34 учебных недели.

Продолжительность занятий, продолжительность перемен между уроками и коррекционно-развивающими занятиями и внеурочной деятельностью определяется действующим СанПиНом для детей с ОВЗ.

ФГОС обучающихся с ОВЗ/ инвалидностью является той основой, которая позволяет выстраивать систему образования с учетом особенностей психофизического развития для каждого ребенка, учитывая его индивидуальные возможности и потребности, обеспечивая полноценную коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию. Принятие данных нормативных документов позволяет предъявлять единые требования к реализации адаптированных основных общеобразовательных программ для разных категорий детей с ОВЗ/ инвалидностью.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.5. Технологии обучения различных категорий детей-инвалидов и детей с ОВЗ в условиях инклюзии

Под технологиями обучения в условиях инклюзивного образования понимаются технологии, которые ведут к созданию условий для качественного доступного образования всех без исключения детей. Выделяются две группы инклюзивных технологий:

- организационные
- педагогические.

Организационные технологии связаны с этапами организации инклюзивного процесса: это технологии проектирования и программирования, технологии командного взаимодействия учителя и специалистов, технологии организации структурированной, адаптированной и доступной среды.

Среди педагогических технологий можно выделить:

- технологии, направленные на освоение академических компетенций при совместном образовании детей с различными образовательными потребностями – дифференцированного обучения и индивидуализации образовательного процесса;
- технологии коррекции учебных и поведенческих трудностей, возникающих у детей в образовательном процессе;
- технологии, направленные на формирование социальных (жизненных) компетенций, в том числе принятия, толерантности;
- технологии оценивания достижений в инклюзивном подходе.

Основу инклюзивных технологий составляют специальные коррекционные и обучающие подходы, методики и программы, а также традиционные методики работы, адаптированные для детей с особенностями в развитии.

Технологии коррекции учебных и поведенческих трудностей, возникающих у детей в образовательном процессе, – это специальные логопедические технологии и технологии специальной педагогики, направленные на коррекцию нарушения (технологии сурдо и тифлопедагогики), технологии нейропсихологического подхода в коррекции учебных трудностей (А.Р. Лурия, Л.С. Выготский, Дж. Хинд, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, Т.Ю. Хотылева), технологии психо-логопедагогической системы формирования и развития речевого слуха и речевого общения у детей с нарушениями слуха (система Э.И. Леонгард), технологии прикладного анализа поведения АВА (Applied Behavior Analysis) и др.

Среди зарубежных технологий, направленных на подготовку ребенка с ОВЗ к включению в образовательный процесс, широко используется такая технология, как АВА – прикладной анализ, или модификация поведения. Эта технология предполагает обучение ребенка более адекватно выражать свои потребности, тренирует навыки учебного поведения, навыки взаимодействия, в основном в индивидуальном формате. При применении АВА индивидуально и в группе одна из основных задач – это развитие поведенческих и учебных навыков,

необходимых для включения ребенка с ОВЗ в общеобразовательное пространство.

Программа ТЕАССН для детей с аутизмом предполагает как адаптацию ребенка к среде, так и соответствующие изменения в ней, которые облегчают ребенку эту адаптацию.

Технология ААС (альтернативная аргументативная коммуникация) формирует у детей с нарушениями речи новые навыки общения с использованием жестов, картинок, коммуникаторов и т.д. Эти же навыки осваивает и социальное окружение ребенка – учителя, родители, сверстники. Такое направление, как эрготерапия, направлено на то, чтобы обучать ребенка новым ручным и моторным навыкам и занятиям, предполагает подготовку ребенка к независимой жизни и одновременно предусматривает изменения в среде – адаптацию игровых, бытовых и учебных материалов для облегченного использования.

Д. Митчелл выделяет взаимное (парное) обучение как одну из ведущих технологий инклюзивного образования в школе, – это ситуация, когда один ученик учит другого под наблюдением учителя. Взаимное обучение полезно, когда необходимо развитие навыков путем повторения, или на этапе закрепления полученных навыков и знаний. Эта технология является дополнительной по отношению к другим методам обучения. Ученики с ОВЗ также могут выступать в роли обучающихся, это значительно повышает самооценку, особенно если они работают с младшими детьми. Технология взаимного обучения основана на предположении, что дети могут многому научиться друг у друга

В отечественной педагогике задачи дидактики, доступной для всех детей при организации совместного обучения решают социоигровые технологии (Е.Е. Шулешко, А.П. Ершова, В.М. Букатов). Их использование позволяет успешно включать детей с ограниченными возможностями здоровья в условия общеобразовательной школы, помогает всем детям приобретать навыки взаимодействия со сверстниками и создает при этом каждому ребенку благоприятные условия для индивидуального развития в своем собственном темпе. Социоигровые технологии содержат дидактические игры, сконструированные на основе театральных упражнений, дворовых и обучающих игр, которые не только развивают внимание, волю, память, речь, сообразительность, координацию движений и прочее, но и формируют навыки делового взаимодействия одноклассников друг с другом и с обучающим их педагогом, что особенно важно в условиях инклюзивного образования.

Понятие «игровые педагогические технологии» включает достаточно обширную группу методов и приемов организации педагогического процесса в форме различных педагогических игр. В отличие от игр вообще педагогическая игра характеризуется учебно-познавательной направленностью. Игровая форма занятий создается на уроках при помощи игровых приемов и ситуаций, выступающих как средство побуждения, стимулирования к учебной деятельности.

Работа педагога в условиях инклюзии специфична и требует освоения новых профессиональных умений, овладения новыми педагогическими технологиями. Специфика деятельности педагога, реализующего инклюзивную практику, отражается в каждодневной работе, на каждом ее этапе.

На первом этапе происходит знакомство и формирование основ сотрудничества всех участников образовательных отношений – детей, родителей, воспитателя, администрации ДОО, специалистов. Чтобы заранее знать, какие дети придут в группу, лучше всего познакомиться с ними до начала адаптационного периода. Можно провести знакомство, пригласив родителей и детей на первую встречу в детский сад или посетив их в семье. На этой встрече желательно провести экскурсию по детскому саду, познакомить ребят и родителей с помещением будущей группы, физкультурным и музыкальным залом; показать, где и как дети будут раздеваться, а где – играть. После экскурсии стоит собрать всех в групповой комнате и познакомиться в неформальной обстановке. Узнать, как кого зовут, что дети любят, что их интересует.

В процессе знакомства педагог сможет заметить возможности и особенности каждого ребенка. Это позволит ему лучше подготовиться к началу учебного года, продумать те условия, которые необходимы детям для комфортного обучения. Конечно, при знакомстве можно заметить только самые яркие особенности – ребенок на коляске, у ребенка – сложности с речью, серьезные проблемы со зрением или слухом. При более длительном контакте и наблюдении за ребенком воспитатель сможет отметить проявление других особенностей. Важно уже при знакомстве установить контакт не только с воспитанником, но и с его родителями. Для того чтобы родители сами захотели поделиться с педагогом проблемами своих детей, рассказали о своих пожеланиях, воспитатель может предложить им ответить на вопросы анкеты, либо высказаться в личной беседе после общей встречи.

Желательно пригласить на первую встречу специалистов ДОО – психолога, дефектолога, логопеда, которые могут оказать ребятам помощь и поддержку в развитии необходимых навыков.

Второй этап – это период адаптации к жизни в детском саду, который переживает каждый ребенок. Замечено, что в первое время посещения ДОО состояние детей обычно ухудшается. Они становятся беспокойными, тревожными, раздражительными, гиперактивными или гиперпассивными. Часто значительно ухудшается и их физическое здоровье. Такие проблемы не минуют и воспитанников инклюзивных групп. Большинство возникающих трудностей рано или поздно проходят, и состояние детей нормализуется. Если же проблемы усугубляются, то необходимо срочно принимать меры. В период адаптации особенно важным является создание условий для благоприятного самочувствия ребенка к группе, то есть обеспечение благополучной жизнедеятельности, развития и обучения с учетом его индивидуальных возможностей.

Коррекционная помощь в организации жизни ребенка в ДОО необходима, но при этом и тьютор, и воспитатель, и специалисты сопровождения постепенно должны перейти к меньшей опеке, увеличению самостоятельности ребенка и его социальной активности. У детей с особенностями развития часто снижен темп работы, поэтому важно предоставить каждому ребенку возможность работать в присущем ему темпе. Лучше предложить ему пропустить очередное действие, предложить задание, для выполнения которого требуется меньше времени. Объем работы должен увеличиваться постепенно и согласовываться с индивидуальным темпом воспитанника. Выполнение меньшего объема работы позволяет менее

подготовленному дошкольнику успешно с ней справиться, что, в свою очередь, помогает ему почувствовать себя участвующим в общей работе. Если ребенок не может выдержать в стационарном положении все время занятия, – встает, разговаривает, перемещается по группе – тьютор или воспитатель разрешает ему отдохнуть:

- выйти в игровую зону,
- посидеть в «домике».

Но при этом важно регламентировать время отдыха, например, с помощью песочных часов, одобряя ситуацию, когда ребенок возвращается к работе с другими детьми по прошествии ограниченного временного периода.

Когда ребенок с ОВЗ приходит в детский сад, его окружает большое количество новых людей – детей и взрослых. *На третьем этапе* важной задачей тьютора, психолога, воспитателя становится включение ребенка во взаимодействие с другими детьми.

Чаще всего дети сами подходят друг к другу, знакомятся, предлагают вместе поиграть. В случае с «особым» ребенком, инициатором общения дошкольников часто становится взрослый – воспитатель, тьютор, психолог. Возможно, всем воспитанникам группы необходимо объяснить, почему Н так отличается от них – плохо говорит, необычно выглядит, странно себя ведет. Рассказать, что Н трудно, и объяснить, чем ему можно помочь. Как правило, дети с готовностью откликаются на просьбы взрослых, если имеют достаточную информацию. Ведь дошкольники формируют свое отношение к тому или иному ребенку своей группы в зависимости от отношения, демонстрируемого взрослыми. Если воспитатель и родители показывают положительное отношение к «особому» ребенку, не стараются выделить его из всех детей, включают в деятельность, организуют взаимодействие с ним, то в детском сообществе формируется отношение доверия, сотрудничества и взаимопомощи. Для облегчения запоминания имен окружающих взрослых и детей, можно помочь ребенку с ОВЗ: сделать альбомчик с фотографиями и подписанными именами.

Четвертый этап заключается в организации пространства не только внутри групповой комнаты, но и за ее пределами. Детям с ОВЗ важно на некоторое время уединиться, отдохнуть от шума. Для этого в группе нужно установить ширму, «палатку» или что-то подобное. Как правило, побыв в одиночестве, ребенок готов снова включиться в работу и взаимодействие.

Организация образовательного процесса

Особенностью инклюзивного образования является то, что педагог учитывает разнообразие детей в группе, их особенности, возможности, интересы. В связи с этим возникает необходимость менять формы, методы и технологии работы. Объединение детей в группы по схожим признакам объясняется целями, которые преследуют учет индивидуальных особенностей. Следуя общим правилам и способам организации детской деятельности, воспитатель инклюзивной группы должен помнить и учитывать тонкости включения в работу ребенка, у которого отмечаются особенности познавательной деятельности, поведения, коммуникации. Часто такой ребенок не может полностью успевать за темпом остальных детей: выполняет задания на доступном ему уровне, но ниже уровня освоения содержания темы, области его сверстниками.

Индивидуальная работа

При организации индивидуальной работы с ребенком – выполнения задания на карточке, дидактической игры, индивидуальной беседы и т.п. – необходимо учитывать желание ребенка с ОВЗ «быть как все», выполнять задание вместе с другими детьми. Если педагог дает карточку только одному ребенку, создается ситуация искусственного выделения его из общей деятельности. Ребенок с ОВЗ будет чувствовать себя увереннее, если получит возможность отвечать перед другими детьми, участвовать во фронтальной работе. Например, когда в процессе беседы, воспитатель включает вопросы, доступные воспитаннику с ОВЗ, а карточки с индивидуальными самостоятельными заданиями получает не только он, но еще несколько ребят. При этом содержание и форма задания будет соответствовать уровню освоения материала каждым учащимся. Формированию положительной познавательной мотивации способствует и выполнение индивидуальных заданий по выбору, когда ребенок сам определяет их сложность и объем.

Воспитатель является полноправным и, как правило, основным участником междисциплинарной команды специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ, его семьи, других участников образовательных отношений. Основной формой взаимодействия всех специалистов является психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) ДОО или психолого-педагогический консилиум (ППК), если в него не входят медицинские работники. Воспитатель обращается с запросом к специалистам ПМПк, которые проводят углубленное обследование ребенка и составляют предварительные рекомендации для эффективного освоения им образовательной программы дошкольного образования. Затем специалисты ПМПк договариваются с родителями ребенка о прохождении ПМПк, которая обследует ребенка и даст рекомендации по организации специальных образовательных условий.

Важнейшим критерием отбора и внедрения инклюзивных технологий является их применимость и полезность как для работы с детьми, имеющими особенности развития, так и для работы с типично развивающимися детьми.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.6. Роль дополнительного образования в социальной адаптации детей-инвалидов и детей с ОВЗ

Повышение уровня социальной адаптации детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и формирование у них жизненных компетенций, направленных на совершенствование их социального и коммуникативного взаимодействия является одним из приоритетных направлений образовательной политики. Для решения данной проблемы существенными ресурсами располагает дополнительное образование, которое является мощным

средством социализации, способствует социокультурному развитию личности детей и подростков, формированию у них таких личностных качеств, как активность, самостоятельность, сознательность, ответственность. Это соответствует новому пониманию результативности обучения, конкретно достижений метапредметных и личностных результатов, обучающихся с инвалидностью и обучающихся с ОВЗ.

В нашей стране создана уникальная система внешкольного воспитания и дополнительного образования детей. До сих пор Россия является одной из тех немногих стран, где обеспечивается государственное финансирование учреждений дополнительного образования детей. В сфере дополнительного образования созданы условия для добровольного выбора изучаемых предметов и темпов их освоения. В дополнительном образовании не заставляют ребенка учиться, а создают условия для грамотного выбора каждым содержания изучаемого предмета и темпов его освоения. Ребенок приходит в детское объединение добровольно, в свое свободное время от основных занятий, выбирает интересующий его предмет и понравившегося ему педагога.

Повышению роли дополнительного образования в работе с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ способствуют вступившие в силу Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» и Концепция дополнительного образования, а также сложившаяся система мероприятий на федеральном уровне. Учреждения дополнительного образования детей на региональном уровне накопили пусть небольшой, но определенный опыт работы с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ. Данной категории детей предоставляется возможность посещать детские объединения по интересам в учреждениях дополнительного образования. Детские объединения становятся инклюзивными: в них занимаются дети с разным уровнем познавательного, эмоционального, речевого, психофизического и личностного развития, обладающими разными творческими возможностями.

Обучение детей в дополненном образовании положительно влияет на рост интереса обучающихся к гуманитарным предметам основной школы, а главное – создает основу предпрофессиональной подготовки старшеклассников; способствует выравниванию стартовых возможностей развития личности ребенка, выбору индивидуального образовательного пути; обеспечивает каждому ребенку-инвалиду и ребенку с ОВЗ «ситуацию успеха»; содействует самореализации личности ребенка и педагога.

Дополнительное образование позволяет полнее использовать потенциал общего образования за счет углубления, расширения и применения полученных ребенком знаний; компенсирует неизбежную ограниченность общего образования за счет реализации досуговых и индивидуальных образовательных программ; дает возможность каждому ребенку с проблемами в развитии удовлетворить свои индивидуальные познавательные, эстетические, творческие запросы.

Дополнительное образование обеспечивает проявление успешности в избранной сфере и тем самым способствует развитию важных качеств личности для самореализации в любой сфере деятельности, в том числе и учебной; создает возможность формирования круга общения на основе общих интересов, общих духовных ценностей. В ряде случаев дополнительное образование становится

фактором реабилитации личности за счет компенсации школьных неудач достижениями в области дополнительного образования.

В большинстве организаций дополнительного образования наблюдается достаточно высокий процент сохранности контингента, что свидетельствует об искренней заинтересованности детей в занятиях объединений системы дополнительного образования. Содержание, методы и приемы технологии личностно-ориентированного обучения направлены, прежде всего, на то, чтобы раскрыть и использовать индивидуальный опыт каждого ученика, помочь становлению личности путем организации познавательной деятельности.

Работа всех образовательных организаций, осуществляющих дополнительное образование детей в современной России определена документами. К основным нормативным документам по организации дополнительного образования детей относятся:

- Федеральный Закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статьи 2, 10, 12, 23, 75, 76, 83, 84;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 августа 2013 г. № 1 008 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».
- Примерные требования к содержанию и оформлению образовательных программ дополнительного образования детей Министерства образования (Приложение к письму Департамента молодежной политики, воспитания и социальной поддержки детей Минобрнауки России от 11.12.2006 № 06-1844);
- Концепция развития дополнительного образования детей, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1726-р;
- План мероприятий на 2015–2020 годы по реализации Концепции развития дополнительного образования детей, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 апреля 2015 г. № 729-р;
- санитарные правила и нормативы.

Закон «Об образовании в Российской Федерации» определил дополнительное образование как вид образования, который направлен на всестороннее удовлетворение образовательных потребностей человека в интеллектуальном, духовно-нравственном, физическом и (или) профессиональном совершенствовании и не сопровождается повышением уровня образования. В соответствии с Федеральным законом об Образовании в Российской Федерации (ст.10, п.6) дополнительное образование включает: дополнительное образование детей и взрослых; дополнительное профессиональное образование.

Дополнительные общеобразовательные программы имеют право реализовывать образовательные организации любых типов:

- 1) дошкольные образовательные организации;
- 2) общеобразовательные организации;
- 3) профессиональные образовательные организации;
- 4) образовательные организации высшего образования;
- 5) организации дополнительного образования;

б) организации дополнительного профессионального образования.

Образовательную деятельность по дополнительным общеобразовательным программам также могут осуществлять:

- организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых и организации, осуществляющие социальное обслуживание, включая организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (ФЗ ч.3, ст.31);
- дипломатические представительства и консульские учреждения Российской Федерации, представительства Российской Федерации при международных (межгосударственных, межправительственных) организациях (ФЗ ч.4, ст.31);
- иные юридические лица (ФЗ ч.5, ст.31); нетиповые образовательные организации (ФЗ ч.5, ст.77).

Для детей-инвалидов и детей с ОВЗ организации, осуществляющие образовательную деятельность, организуют образовательный процесс по дополнительным общеобразовательным программам с учетом особенностей психофизического развития указанных категорий обучающихся.

Они должны создать специальные условия, без которых невозможно или затруднено освоение дополнительных общеобразовательных программ указанными категориями обучающихся в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии и индивидуальной программой реабилитации и абилитации ребенка-инвалида и инвалида.

Под специальными условиями для получения дополнительного образования детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ понимаются условия обучения, воспитания и развития таких детей, включающие в себя использование специального программно-методического и дидактического оснащения, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего данной категории детей необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ учащимися с ограниченными возможностями здоровья, детьми-инвалидами и инвалидами.

Создание таких условий должно осуществляться совместными действиями администрации и педагогов образовательных организаций, детей и их родителей по мобилизации творческого потенциала детей-инвалидов и детей с ОВЗ в целях преодоления препятствий, мешающих им получать образование, которое необходимо для их социокультурного развития.

В образовательных организациях образовательный процесс регламентируется образовательными программами, которые определяют содержание образования (ФЗ ст. 12, п. 1). Образовательная программа является наиболее значимым элементом образовательной системы, выступает средством и объектом правового регулирования образовательных отношений.

Закон об образовании дифференцирует содержание дополнительного образования, вводя разделение дополнительных общеобразовательных программ на *общеразвивающие* и *предпрофессиональные*.

К дополнительным образовательным программам относятся (ФЗ ст. 12, п. 4):

1) дополнительные общеобразовательные программы – дополнительные общеразвивающие программы, дополнительные предпрофессиональные программы;

2) дополнительные профессиональные программы – программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки.

Отбор содержания дополнительных общеразвивающих программ относится к компетенции образовательной организации и законодательством фактически не регламентируется.

В соответствии с ФЗ (ст. 2, п. 9) образовательная программа является комплексом основных характеристик образования: его объема, содержания, планируемых результатов. Должны быть прописаны организационно-педагогические условия и формы аттестации, представлены учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов. Таким образом, определена структура программы, которая должна отражать педагогическую концепцию разработчика программы, создавать целостные представления о содержании предлагаемого обучающимся учебного материала, планируемых результатах его освоения, методиках их выявления и оценки.

Сроки обучения по дополнительным общеразвивающим общеобразовательным программам и дополнительным предпрофессиональным программам для детей-инвалидов и детей с ОВЗ могут быть увеличены с учетом особенностей их психофизического развития в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии – для учащихся с ограниченными возможностями здоровья, а также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации – для учащихся детей-инвалидов и инвалидов.

Требования к результатам освоения программы дополнительного образования детей отражают совокупность индивидуальных, общественных и государственных потребностей. Существенным отличием дополнительных общеобразовательных программ является то, что результаты выступают в качестве целевых ориентиров для педагога при разработке программы. За основу целевых ориентиров педагог может взять виды результатов основного образования, с учетом специфики программ дополнительного образования и контингента обучающихся.

В качестве предметных результатов можно выделить усвоение обучающимися конкретных элементов социального опыта, изменение уровня знаний, умений и навыков исходя из приобретенного самостоятельного опыта решения проблем, опыта творческой деятельности в среде здоровых сверстников.

При освоении программы дополнительного образования детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ, следует помнить, что приоритетным является не овладение знаниями, а приобретение умений применять знания, овладение определенными способами социальных и учебных действий. Это также подтверждает и тот факт, что предметные результаты невозможны без метапредметных, в качестве которых могут быть способы деятельности,

применяемые как в рамках образовательного процесса, так и при разрешении проблем в реальных, социальных и жизненных ситуациях.

Развитие творческого потенциала связано с познанием своих возможностей через освоение новых умений в сотрудничестве со сверстниками и взрослыми.

Личностный результат обучающегося во многом формируется под воздействием личности педагога дополнительного образования, родителей, ближайшего окружения.

Личностными результатами освоения программы дополнительного образования могут быть:

- адаптация ребенка к условиям детско-взрослой общности;
- удовлетворенность ребенком своей деятельностью в объединении дополнительного образования, самореализовался ли он;
- повышение творческой активности ребенка, проявление инициативы и любознательности;
- формирование ценностных ориентаций;
- формирование мотивов к конструктивному взаимодействию и сотрудничеству со сверстниками и педагогами;
- навыки в изложении своих мыслей, взглядов;
- навыки конструктивного взаимодействия в конфликтных ситуациях, толерантное отношение;
- развитие жизненных, социальных компетенций, таких как: автономность (способность делать выбор и контролировать личную и общественную жизнь); ответственность (способность принимать ответственность за свои действия и их последствия); мировоззрение (следование социально значимым ценностям); социальный интерес (способность интересоваться другими и принимать участие в их жизни; готовность к сотрудничеству и помощи даже при неблагоприятных и затруднительных обстоятельствах; склонность человека давать другим больше, чем требовать); патриотизм и гражданская позиция (проявление гражданско-патриотических чувств); культура целеполагания (умение ставить цели и их достигать, не ущемляя прав и свобод окружающих людей); умение «презентовать» себя и свои проекты).

Формы подведения итогов реализации программы: реализация творческого проекта, социальные акции, зачет, выставка, презентации с использованием интернет-ресурсов и др.

В свете положений российского законодательства в направлении реализации прав детей-инвалидов и детей с ОВЗ на доступное и качественное дополнительное образование необходимо выделить базовые организационно-педагогические условия реализации дополнительных общеобразовательных программ:

- нормативно-правовое обеспечение образовательного и воспитательного процесса;
- программно-методическое обеспечение образовательного процесса;
- организация взаимодействия всех субъектов образовательного процесса дополнительного образования;
- создание атмосферы эмоционального комфорта в рамках образовательного процесса;

- формирование взаимоотношений в духе сотрудничества и принятия особенностей каждого, формирование у детей позитивной, социально направленной учебной мотивации;
- материально-техническое обеспечение дополнительного образования детей-инвалидов и детей с ОВЗ, отвечающее общим и особым образовательным потребностям;
- организация временного режима образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным общеразвивающим программам;
- организация рабочего места детей-инвалидов и детей с ОВЗ.

Все субъекты процесса дополнительного образования должны иметь неограниченный доступ к организационной технике либо специальному ресурсному центру в образовательной организации, где можно осуществлять подготовку необходимых индивидуализированных материалов для процесса включения ребенка-инвалида и ребенка с ОВЗ в процесс освоения дополнительной общеобразовательной программы.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.7. Тьютор и ассистент (помощник): их функции в сопровождении особого ребенка

В различных странах для детей, имеющих статус «инвалид», «ребенок с ограниченными возможностями здоровья», в случае необходимости предоставляется необходимая поддержка в виде сопровождающего – *тьютора, ассистента помощника*.

В каждой стране определен специфический перечень услуг, которые оказывает данный специалист, помогающий ребенку с ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения. Среди них выделяются: организация деятельности ребенка по гибкому расписанию, организация занятий с возможностью покидать классную комнату, проведение занятий на индивидуальной основе.

В Законе «Об образовании в РФ» (№ 273-ФЗ от 29 декабря 2012 г.) указывается, что обучающимся с ОВЗ должны предоставляться необходимые специальные условия обучения, воспитания и развития, в числе которых *предоставление услуг ассистента (помощника)*, оказывающего детям необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий; обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

Ассистент может выполнять поручения педагога, например, осуществлять некоторые виды контроля, оказывать помощь детям в изучении содержания предмета. Но все же его главная функция – формирование универсальных учебных действий, поскольку они нужны ученикам для качественной

самостоятельной работы, плодотворного учебного сотрудничества в парах и группах и формирование над предметного содержания образования. Чтобы процесс становления универсальных учебных действий был целенаправленным, ассистенту необходим план деятельности на занятии, составленный совместно с учителем, в котором прописываются задачи по формированию и диагностике конкретных умений у тех или иных учеников.

В настоящий момент функционал ассистента (помощника), кроме выполнения простых технических задач – оказания помощи при приеме пищи, перемещении и др., не определен. Поэтому происходит отождествление деятельности таких специалистов как тьютор и ассистент (помощник).

Должность «тьютор» была введена в системе общего образования в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2008 г. № 216н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников образования» и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» как должность педагогического работника высокой квалификации.

В должностные обязанности тьютора отнесены следующие функции:

- Организует процесс индивидуальной работы с обучающимися по выявлению, формированию и развитию их познавательных интересов.
- Организует их персональное сопровождение в образовательном пространстве, предпрофильной подготовки и профильного обучения.
- Координирует поиск информации обучающимися для самообразования.
- Сопровождает процесс формирования их личности (помогает им разобраться в успехах, неудачах, сформулировать личный заказ к процессу обучения, выстроить цели на будущее).
- Совместно с обучающимся распределяет и оценивает имеющиеся у него ресурсы всех видов для реализации поставленных целей;
- Координирует взаимосвязь познавательных интересов, обучающихся и направлений предпрофильной подготовки и профильного обучения: определяет перечень и методику преподаваемых предметных и ориентационных курсов, информационной и консультативной работы, системы профориентации, выбирает оптимальную организационную структуру для этой взаимосвязи.
- Оказывает помощь обучающемуся в осознанном выборе стратегии образования, преодолении проблем и трудностей процесса самообразования;
- Создает условия для реальной индивидуализации процесса обучения (составление совместно со специальным педагогом индивидуальных учебных планов и планирование индивидуальных образовательно-профессиональных траекторий).
- Обеспечивает уровень подготовки обучающихся, соответствующий требованиям федерального государственного образовательного стандарта.
- Проводит совместный с обучающимся рефлексивный анализ его деятельности и результатов, направленных на анализ выбора его стратегии в обучении, корректировку индивидуальных учебных планов.

- Организует взаимодействие обучающегося с учителями и другими педагогическими работниками для коррекции индивидуального учебного плана.
- Содействует генерированию его творческого потенциала и участию в проектной и научно-исследовательской деятельности с учетом интересов.
- Организует взаимодействие с родителями, лицами, их заменяющими, по выявлению, формированию и развитию познавательных интересов обучающихся, в том числе младшего и среднего школьного возрастов, составлению, корректировке индивидуальных учебных (образовательных) планов обучающихся, анализирует и обсуждает с ними ход и результаты реализации этих планов.
- Осуществляет мониторинг динамики процесса становления выбора обучающимся пути своего образования.
- Организует индивидуальные и групповые консультации для обучающихся, родителей (лиц, их заменяющих) по вопросам устранения учебных трудностей, коррекции индивидуальных потребностей, развития и реализации способностей и возможностей, используя различные технологии и способы коммуникации с обучающимся (группой обучающихся), включая электронные формы (интернет-технологии) для качественной реализации совместной с обучающимся деятельности.
- Поддерживает познавательный интерес обучающегося, анализируя перспективы развития и возможности расширения его диапазона.
- Синтезирует познавательный интерес с другими интересами, предметами обучения.
- Способствует наиболее полной реализации творческого потенциала и познавательной активности обучающегося.
- Участвует в работе педагогических, методических советов, других формах методической работы, в подготовке и проведении родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой образовательного учреждения, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям обучающихся (лицам, их заменяющим).
- Обеспечивает и анализирует достижение и подтверждение обучающимися уровней образования (образовательных цензов).
- Контролирует и оценивает эффективность построения и реализации образовательной программы (индивидуальной и образовательного учреждения), учитывая успешность самоопределения обучающихся, овладение умениями, развитие опыта творческой деятельности, познавательного интереса обучающихся, используя компьютерные технологии, в т.ч. текстовые редакторы и электронные таблицы в своей деятельности.
- Обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся во время образовательного процесса. Выполняет правила по охране труда и пожарной безопасности.

В России специальность «тьютор» внесена в реестр профессий, определены квалификационные и иные характеристики данного специалиста (Последняя редакция приказа зарегистрирована в Минюсте РФ 6 октября 2010 г. (№ 18638), изменения касаются только оформления приказа – Приказ « Об утверждении

единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников образования" Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Включение тьютора в реестр профессий позволяет ввести должность в штатное расписание образовательной организации и оплачивать его работу из бюджетных средств. Тьюторство может быть оформлено и как организация платных дополнительных образовательных услуг.

Содержание деятельности тьютора определяется рядом факторов в том числе: характером и тяжестью нарушения развития; готовностью образовательной организации к инклюзивной практике, подготовленностью педагогического коллектива к деятельности в инклюзивном образовательном пространстве, заинтересованностью родителей, профессиональной компетентностью тьютора.

Деятельность тьютора организуется в несколько этапов:

Подготовительный этап

- получение запроса на сопровождение (рекомендации ПМПК);
- сбор информации о ребенке, анализ информации;
- знакомство и установление контакта с ребенком и его семьей, наблюдение за ребенком; получение родительского запроса;
- информирование педагогического коллектива к приходу в образовательную организацию ребенка с ОВЗ;
- подготовка детского коллектива к приходу ребенка с ОВЗ;
- индивидуальная работа с ребенком с ОВЗ по формированию личностной мотивации к обучению.

Основной этап

- работа в междисциплинарной команде образовательной организации (разработка тьютерской программы сопровождения обучающегося с ОВЗ;
- участие в разработке индивидуального плана;
- наблюдение за ребенком в образовательном процессе;
- взаимодействие с ребенком в ходе обучения;
- обеспечение способности ребенка продуктивно взаимодействовать с учителем и детским коллективом
- анализ и оценка результатов обучения ребенка;
- оценка ресурсов и дефицитов в разных сферах деятельности ребенка;
- взаимодействие с родителями и педагогами;
- организация консультации ребенка специалистами (при необходимости)
- мониторинг достижения ребенка, внесение корректировок в стратегию тьютерского сопровождения;

Завершающий этап

Постепенный выход тьютора из процесса обучения, предоставление максимальной самостоятельности в учебе.

Тьютор в рамках школьного консилиума:

- информирует участников консилиума о ходе работы с ребенком;
- заявляет о возникших проблемах;
- принимает участие в разработке образовательного маршрута для ребенка, в решении вопросов, связанных с жизнедеятельностью ребенка в школе;

- на основании записей в дневнике отслеживает положительную динамику (успехи).

Тьютор должен работать в междисциплинарной команде со специалистами сопровождения учителем, психологом, социальным педагогом, родителями. Тьютор совместно с психологом, социальным педагогом, дефектологом помогает выявлять возникшие проблемы в школьной жизни подопечного и выполняет рекомендации специалистов по решению проблем. Родители подопечного – дополнительный ресурс команды взрослых. Родители ученика с особенностями развития могут стать активными помощниками в работе специалистов с их ребенком в школе. У родителей и ребенка появляется важная тема для разговоров – школьная жизнь. Обсуждение этой темы должно носить позитивный характер. Так как тьютор находится в близком общении с родителями.

Тьютор совместно с учителем осуществляет работу по адаптации учебной программы для подопечного и помогает учителю в изготовлении наглядных пособий. Учитель и тьютор – это одна команда, в которой роли распределяются наиболее эффективным образом. Тем не менее, в сознании ученика с особенностями развития лидером должен оставаться учитель. Тьютор должен восприниматься как помощник педагога

Тьютор также тесно взаимодействует с социальным педагогом – специалистом образовательной организации, осуществляющий контроль за соблюдением прав ребенка, обучающегося в школе, в том числе ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Важная сфера деятельности социального педагога – помощь родителям ребенка с ОВЗ в адаптации в школьном сообществе, в микросоциальной среде школы.

Работа с родителями – важный аспект деятельности тьютора. Активность родителей и понимание ими сути и цели занятий, является необходимым условием эффективности образовательного процесса и процесса социализации.

Для организации тьюторского сопровождения обучающихся с ОВЗ при получении запроса на сопровождение от психолого-медико-педагогической комиссии, тьютору необходимо знать особенности их развития.

Коррекционно-развивающее воздействие тьютора осуществляется на основе использования разнообразных практических, наглядных и словесных методов. Методы и приемы организации тьюторского сопровождения предполагают сочетания теоретического, теоретико-практического и практического усвоения учебного материала.

В настоящее время образовательными организациями ведется прием на работу педагогических работников на должность «тьютор» в соответствии с вышеуказанной Номенклатурой и ЕКС как работников высокого уровня квалификации, соответственно обеспечивается оплата труда тьюторов.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.8. Степени ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов

Кардинальные политические и социально-экономические преобразования, произошедшие в последнее десятилетие в России, обусловили принципиальные изменения социальной политики государства по отношению к инвалидам, способствовали формированию новых подходов к решению проблем инвалидности и социальной защиты инвалидов. Основные положения государственной политики по отношению к инвалидам получили отражение в Федеральном Законе «О социальной защите инвалидов в РФ» (№ 181 от 24.11.1995 г.), в котором содержатся новые трактовки понятий «инвалидность» и «инвалид», новые позиции определения инвалидности. Реализация данного Закона потребовала разработки современной концепции инвалидности, создание новой методической базы по ее определению и оценке, трансформации службы врачебно-трудовой экспертизы в медико-социальную экспертизу.

В 1997 году были изданы разработанные сотрудниками ЦИЭТИНа «Классификации и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы», утвержденные Постановлением Министерства труда и социального развития РФ и Минздрава РФ № 1/30 от 29.01.1997 г., а также методические рекомендации по их применению для работников учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации (Москва. 1997 г. ЦБНТИ. Вып.16).

В период 1997-2000 г.г. новые подходы к определению инвалидности были повсеместно внедрены в практику работы учреждений МСЭ. Их практическое применение показало значительные преимущества современных позиций медико-социальной экспертизы для улучшения социальной защиты инвалидов. Вместе с тем принципиальное отличие критериев медико-социальной экспертизы от критериев врачебно-трудовой экспертизы, стереотип прежнего мышления, некоторое несовершенство новых методических подходов вызвало определенные трудности в практической работе бюро МСЭ.

В 1999-2000г. сотрудниками ЦИЭТИНа был изучен первоначальный опыт применения «Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» в практике работы 72 бюро МСЭ общего и специализированного профилей разных субъектов РФ и всех клинических отделений ЦИЭТИНа, где были проанализированы данные экспертно-реабилитационной диагностики 654 обследованных лиц. Замечания и предложения, высказанные специалистами служб МСЭ и сотрудниками ЦИЭТИНа, а также представителями общественных организаций инвалидов, врачами лечебно-профилактических учреждений, учеными научно-исследовательских институтов и др. были тщательно проанализированы и с учетом их внесены необходимые коррективы и дополнения в основные понятия, классификации, критерии и методику оценки ограничений жизнедеятельности при осуществлении медико-социальной экспертизы, которые и представлены в настоящих методических рекомендациях.

Классификация нарушений основных функций организма человека:

1. Нарушения психических функций (восприятия, памяти, мышления, интеллекта, высших корковых функций, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций).

2. Языковые и речевые нарушения – нарушения устной и письменной, вербальной и невербальной речи, не обусловленные психическими нарушениями; нарушения голосообразования и формы речи (заикание, дизартрия и пр.).

3. Нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, вестибулярной функции, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности; болевой синдром).

4. Нарушения стато-динамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений).

5. Висцеральные и метаболические нарушения, расстройства питания (кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета).

6. Уродующие нарушения (структурные деформации лица, головы, туловища, конечностей, выраженное внешнее уродство; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела: гигантизм, карликовость, кахексия, избыточный вес).

Классификация нарушений основных функций организма человека по степени выраженности

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

1 степень – незначительные нарушения функций

2 степень – умеренные нарушения функций

3 степень – выраженные нарушения функций

4 степень – значительно выраженные нарушения функций.

Классификации основных категорий жизнедеятельности и ограничений жизнедеятельности по степени выраженности

Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены. Способность к самообслуживанию – важнейшая категория жизнедеятельности человека, предполагающая его физическую независимость в окружающей среде. Способность к самообслуживанию включает: удовлетворение основных физиологических потребностей, управление физиологическими отправлениями; соблюдение личной гигиены: мытье лица и всего тела, мытье волос и причесывание, чистка зубов, подстригание ногтей, гигиена после физиологических отпавлений; одевание и раздевание верхней одежды, нижнего белья, головных уборов, перчаток, обуви, пользование застежками (пуговицы, крючки, молнии); принятие пищи: возможность подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пить, пользоваться столовой посудой и приборами; выполнение повседневных бытовых потребностей: покупка продуктов питания, предметов

одежды и обихода; приготовление пищи: чистка, мытье, резка продуктов, их тепловая обработка, пользование кухонным инвентарем; пользование постельным бельем и другими постельными принадлежностями; заправка постели и др.; стирка, чистка и ремонт белья, одежды и других предметов обихода; пользование бытовыми приспособлениями и приборами (замки и запоры, выключатели, краны, рычажные приспособления, утюг, телефон, бытовые электро- и газовые приборы, спички и др.); уборка помещения (подметание и мытье пола, окон, вытирание пыли и др.). Для реализации способности к самообслуживанию требуется интегрированная деятельность практических всех органов и систем организма, нарушения которых при различных заболеваниях, повреждениях и дефектах могут привести к ограничению возможности самообслуживания. Параметрами при оценке ограничений способности к самообслуживанию могут являться: оценка нуждаемости во вспомогательных средствах, возможности коррекции способности к самообслуживанию с помощью вспомогательных средств и адаптации жилища; оценка нуждаемости в посторонней помощи при удовлетворении физиологических и бытовых потребностей; оценка временных интервалов, через которые возникает подобная нуждаемость: периодическая нуждаемость (1-2 раза в неделю), длительные интервалы (1 раз в сутки), короткие (несколько раз в сутки), постоянная нуждаемость.

Ограничение способности к самообслуживанию по степени выраженности:

I степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств. Сохраняется способность к самообслуживанию и самостоятельному выполнению вышеуказанных действий с помощью технических средств, адаптации жилья и предметов обихода к возможности инвалида.

II степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и с частичной помощью других лиц. Сохраняется способность к самообслуживанию с помощью технических средств, адаптации жилья и предметов обихода к возможностям инвалида при обязательной частичной помощи другого лица преимущественно для выполнения бытовых потребностей (приготовление пищи, покупка продуктов, предметов одежды и обихода, стирка белья, пользование некоторыми бытовыми приспособлениями, уборка помещения и др.).

III степень – неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц (необходимость постоянного постороннего ухода, помощи или надзора). Утрачена возможность самостоятельного выполнения даже с помощью технических средств и адаптации жилья большинства жизненно необходимых физиологических и бытовых потребностей, осуществление которых возможно только с постоянной помощью других лиц.

Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности. Способность к самостоятельному передвижению включает: – самостоятельное перемещение в пространстве: ходьба

по ровной местности в среднем темпе (4-5 км. в час. на расстояние, соответствующие средним физиологическим возможностям); – преодоление препятствий: подъем и спуск по лестнице, ходьба по наклонной плоскости (с углом наклона не более 30 град.), – сохранение равновесия тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела; возможность стоять, сидеть, вставать, садиться, ложиться, сохранять принятую позу и изменять положение тела (повороты, наклоны туловища вперед, в стороны), – выполнение сложных видов передвижения и перемещения: опускание на колени и подъем с коленей, перемещение на коленях, ползание, увеличение темпа передвижения (бег). – пользование общественным и личным транспортом (вход, выход, перемещение внутри транспортного средства). Способность к самостоятельному передвижению осуществляется благодаря интегрированной деятельности многих органов и систем организма: костно-мышечно-суставной, нервной, кардиореспираторной, органов зрения, слуха, вестибулярного аппарата, психической сферы и др. При оценке способности к передвижению следует анализировать следующие параметры: - расстояние, на которое может передвигаться человек; темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту); коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94-1,0); длительность двойного шага (в норме 1-1,3 сек) скорость передвижения (в норме 4-5 км в час); нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Ограничение способности к самостоятельному передвижению по степени выраженности:

1 степень – способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния. Сохраняется способность к самостоятельному передвижению при использовании вспомогательных средств с уменьшением скорости при выполнении передвижения и перемещения, с ограничением возможности совершать сложные виды передвижения и перемещения при сохранении равновесия.

При первой степени – способность к передвижению характеризуется умеренным снижением скорости (до 2 км. в час), темпа (до 50-60 шагов в минуту), увеличением длительности двойного шага (до 1,8-2,4 сек.), уменьшением коэффициента ритмичности ходьбы (до 0,69-0,81), сокращением расстояния передвижения (до 3,0 км.), дробностью его выполнения (перерывы через каждые 500-1000 м или 30-60 мин. ходьбы) и необходимостью использования вспомогательных средств.

II степень – способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и частичной помощью других лиц. Сохраняется способность к самостоятельному передвижению и перемещению с помощью вспомогательных средств, адаптации жилья и предметов обихода к возможностям инвалида, и привлечением другого лица при выполнении некоторых видов передвижения и перемещения, (сложные виды перемещения, преодоление препятствий, сохранение равновесия и др.).

При второй степени – способность к передвижению характеризуется выраженным снижением скорости (менее 1,0 км. в час), темпа ходьбы (менее 20 шагов в минуту), увеличением длительности двойного шага (менее 2,7 секунды),

снижением коэффициента ритмичности ходьбы (менее 0,53), дробности ее выполнения, сокращением расстояния передвижения преимущественно в пределах квартиры при необходимости использования вспомогательных средств и частичной помощи других лиц.

III степень – неспособность к самостоятельному передвижению, которое возможно только с помощью других лиц. 4.3. Способность к обучению – способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.) овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми).

Способность к обучению - одна из важных интегративных форм жизнедеятельности, которая зависит, в первую очередь, от состояния психических функций (интеллекта, памяти, внимания, ясности сознания, мышления и др.), сохранности систем коммуникации, ориентации и др. Обучение требует также использования способности к общению, передвижению, самообслуживанию, определяемых психологическими особенностями личности, состоянием локомоторного аппарата, висцеральных функций и др. Способность к обучению нарушается при заболеваниях разных систем организма. Из всех критериев жизнедеятельности нарушение способности к обучению имеет наибольшую социальную значимость в детском возрасте. Оно эквивалентно нарушению способности к труду у взрослых и является самой частой причиной социальной недостаточности ребенка.

Характеристики образовательной деятельности включают: содержание обучения (получение образования определенного уровня и по определенной профессии); средства обучения (включая специальные технические средства для обучения, оборудование учебного места и др.); процесс обучения, в том числе формы обучения (очная, заочная, заочно-очная, на дому и др.), методы обучения (групповое, индивидуальное, интерактивное, открытое и др.); условия обучения (по тяжести, напряженности и вредности); сроки обучения. При оценке степени ограничения способности к обучению следует анализировать следующие параметры: образование, наличие профессиональной подготовки; объем обучения по общим или специальным государственным образовательным стандартам; возможность обучения в учебном учреждении общего типа или в коррекционно-образовательном учреждении; сроки обучения (нормативные-ненормативные); необходимость применения специальных технологий и (или) вспомогательных средств обучения. необходимость помощи других лиц (кроме обучающего персонала); уровень познавательной (мыслительной) деятельности человека в соответствии с возрастной нормой; отношение к обучению, мотивация к учебной деятельности; возможность вербального и (или) невербального контакта с другими людьми; состояние систем коммуникации, ориентации, особенно сенсорных, двигательных функций организма и др.; состояние зрительно-моторной координации для овладения техникой письма, графическими навыками, манипулятивными операциями.

Ограничение способности к обучению по степени выраженности

I степень – способность к обучению, овладению знаниями, умениями и навыками в полном объеме (в том числе – получению любого образования в

соответствии с общими государственными образовательными стандартами), но в ненормативные сроки, при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств.

II степень – способность к обучению и овладению знаниями, умениями и навыками лишь по специальным образовательным программам и (или) технологии обучения в специализированных воспитательных и образовательных коррекционных учреждениях с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц (кроме обучающего персонала).

III степень – неспособность к обучению и невозможность усвоения знаний, умений и навыков.

Способность к трудовой деятельности – состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных способностей позволяет осуществить определенного объема и качества производственную (профессиональную) деятельность. Способность к трудовой деятельности включает: – Способность человека по своим физическим, психофизиологическим и психологическим возможностям соответствовать требованиям, предъявляемым к нему производственной (профессиональной) деятельностью (по сложности труда, условиям производственной среды, физической тяжести и нервно-эмоциональной напряженности). – Способность к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде производственного (профессионального) труда. – Способность человека осуществлять производственную (профессиональную) деятельность в обычных производственных условиях и на обычном рабочем месте. – Способность человека к социально-трудовым взаимоотношениям с другими людьми в трудовом коллективе.

Ограничение способности к трудовой деятельности по степени выраженности

I степень – способность к выполнению профессиональной деятельности в обычных производственных условиях при снижении квалификации или уменьшении объема производственной деятельности; невозможность выполнения работы по основной профессии.

II степень – способность к выполнению трудовой деятельности в обычных производственных условиях с использованием вспомогательных средств, и (или) на специальном рабочем месте, и (или) с помощью других лиц; в специально созданных условиях.

III степень – неспособность или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности.

Способность к ориентации – способность определяться во времени и пространстве Способность к ориентации осуществляется путем прямого и косвенного восприятия окружающей обстановки, переработки получаемой информации и адекватного определения ситуации. Способность к ориентации включает: – Способность к определению времени по окружающим признакам (время суток, время года и др.). – Способность к определению место нахождения по атрибутам пространственных ориентиров, запахов, звуков и др. – Способность

правильно местопологать внешние объекты, события и себя самого по отношению к временным и пространственным ориентирам. – Способность к осознанию собственной личности, мысленного образа, схемы тела и его частей, дифференциации «правого и левого» и др. – Способность к восприятию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, слуховую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания), пониманию связи между предметами и людьми. При оценке ограничения способности ориентации следует анализировать следующие параметры: состояние системы ориентации (зрения, слуха, осязания, обоняния) состояние систем коммуникации (речи, письма, чтения) способность к восприятию, анализу и адекватному реагированию на получаемую информацию способность к осознанию, выделению собственной личности и внешних по отношению к ней временных, пространственных условий, средовых ситуаций.

Ограничение способности к ориентации по степени выраженности:

I степень – способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств. Сохраняется возможность определяться в месте, времени и пространстве при помощи вспомогательных технических средств (в основном улучшающих сенсорное восприятие или компенсирующих его нарушения)

II степень – способность к ориентации, требующая помощи других лиц. Сохраняется возможность осознания собственной личности, своего положения и определения в месте, времени и пространстве только при помощи других лиц вследствие снижения способности осознания себя и внешнего мира, понимания и адекватного определения себя и окружающей ситуации.

III степень – неспособность к ориентации (дезориентация) и необходимость постоянного надзора. Состояние, при котором полностью утрачена способность к ориентации в месте, времени, пространстве и собственной личности вследствие отсутствия возможности осознания и оценки себя и окружающей обстановки

Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации. При общении осуществляется взаимосвязь и взаимодействие людей, обмен информацией, опытом, умением и навыками, результатами деятельности. В процессе общения формируется общность чувств, настроений, мыслей, взглядов людей, достигается их взаимопонимание, организация и согласованность действий. Общение осуществляется преимущественно за счет средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами – чтение и письмо. Коммуникация может осуществляться как с помощью вербальных (словесных), так и невербальных символов. Помимо сохранности речи коммуникация требует сохранности систем ориентации (слуха и зрения). Другим условием общения служит нормальное состояние психической деятельности и психологических особенностей личности. Способность к общению включает: способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности) способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий, намерений и мотивов). – способность

к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информации). – способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого, с возможной при необходимости корректировкой. При оценке ограничений способности к общению следует анализировать следующие параметры, характеризующие преимущественно состояние систем коммуникации и ориентации: способность говорить (плавно произносить слова, понимать речь, произносить и производить вербальные сообщения, передавать смысл посредством речи); способность слушать (воспринимать устную речь, вербальные и иные сообщения); способность видеть, читать (воспринимать видимую информацию, письменные, печатные и иные сообщения и т.п.); способность писать (кодировать язык в письменные слова, составлять письменные сообщения и т.п.); способность к символической коммуникации (невербальному общению) – понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы, принимать и передавать информацию с помощью мимики, жестов, графических, зрительных, звуковых, символов, тактильных ощущений). – возможность контактов с расширяющимся кругом лиц: с членами семьи, близкими родственниками, друзьями, соседями, коллегами, с новыми людьми и др.

Ограничение способности к общению по степени выраженности

I степень – способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения, передачи информации и (или) необходимостью использования вспомогательных средств. Сохраняется возможность общения при снижении скорости (темпа) устной и письменной речи, снижении скорости усвоения и передачи информации любым способом при понимании ее смыслового содержания.

II степень – способность к общению с использованием вспомогательных средств и помощи других лиц. Сохраняется возможность общения при использовании технических и других вспомогательных средств, нетипичных для обычного установления контактов между людьми, и помощи других лиц при приеме и передачи информации и для понимания ее смыслового содержания.

III степень – неспособность к общению и необходимость постоянной посторонней помощи. Состояние, при котором невозможен контакт между человеком и другими людьми, преимущественно вследствие утраты способности к пониманию смыслового содержания получаемой и передаваемой информации.

Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию и адекватному поведению с учетом морально-этических и социально-правовых норм

Поведение – присущее человеку взаимодействие с окружающей средой, опосредованное его внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. При нарушении контроля за своим поведением нарушается способность человека в своих действиях, поступках соответствовать правовым, нравственным, эстетическим правилам и нормам, официально установленным или сложившимся в данном обществе. Способность контролировать свое поведение включает: Способность осознания самого себя, своего места во времени и пространстве, своего социального положения, состояния здоровья, психических и

личностных качеств и свойств. Способность к оценке собственных поступков, действий, намерений и мотивов другого человека с пониманием их смысла и значений. Способность к восприятию, узнаванию и адекватному реагированию на поступающую информацию. Способность к правильной идентификации людей и предметов. – Способность правильно вести себя в соответствии с морально-этическими и социально-правовыми нормами, соблюдать установленный общественный порядок, личную чистоплотность, порядок во внешнем виде др. – Способность к правильной оценке ситуации, адекватности разработки и выбора планов, достижения цели, межличностным взаимоотношениям, выполнению ролевых функций. – Возможность менять свое поведение при изменении условий или неэффективности поведения (пластичность, критичность и изменчивость). – Способность осознания личной безопасности (понимания внешней опасности, распознавания объектов, могущих принести вред и др.) – Полноценность использования орудий, знаковых систем в управлении собственным поведением. При оценке степени ограничений способности контролировать свое поведение следует анализировать следующие параметры: наличие и характер личностных изменений степень сохранности осознания своего поведения способность к самокоррекции, или возможность коррекции с помощью других лиц, терапевтической коррекции; направленность нарушения способности контролировать свое поведение в одной или нескольких сферах жизни (производственной, общественной, семейной, бытовой); длительность и стойкость нарушения контроля за своим поведением; стадия компенсации дефекта поведения (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация); состояние сенсорных функций.

Ограничение способности контролировать свое поведение по степени выраженности.

I степень – периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в отдельных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения некоторых ролевых функций и адаптации к меняющимся обстоятельствам, вследствие умеренно выраженного снижения критики к своему состоянию и окружающему, затрагивающему отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции. – Затруднение оценки окружающей обстановки из-за нарушения сенсорного восприятия.

II степень – выраженное ограничение способности контролировать свое поведение вследствие выраженного изменения личности, постоянного снижения критики к своему состоянию и окружающему, охватывающему несколько сфер жизни, с возможностью частичной коррекции при помощи других лиц. Неадекватная оценка окружающей обстановки и реакция на нее в связи со значительно выраженными сенсорными нарушениями

III степень – неспособность контролировать свое поведение, отсутствие критики к своему состоянию и окружающему во всех сферах жизни (производственной, общественной, семейной, бытовой), невозможность коррекции, нуждаемость в постоянной помощи других лиц и надзоре вследствие значительно выраженного изменения личности.

Способность к игровой деятельности Способность к игровой деятельности – способность к игре, благодаря которой проявляется потребность ребенка во взаимодействии с миром, формируются и развиваются интеллектуальные, физические, моральные и волевые качества, элементы трудовых и других навыков (в соответствии с возрастной нормой). Игра является одной из ведущих видов деятельности в детском, особенно дошкольном, возрасте.

В зависимости от возраста игры делятся на игры дошкольников, младших школьников, подростков, старшеклассников. Динамика детской игры обусловлена возрастными особенностями детей. В младенческом возрасте (до 1 года) первостепенное значение для ребенка имеет общение с ним взрослого. Стремление малыша подражать звукам, жестам, мимике взрослого стимулируется игровыми приемами общения (потешки, прибаутки, «ладушки» и т.п.). В возрасте от 1 года до 3 лет ведущей у ребенка является предметная деятельность. Начинаются действия с игрушками, сначала с помощью и участием взрослого, затем – самостоятельные: игрушки бросают, катают, хватают и т.п. Цель этих действий – вызвать определенный эффект, познать причину того или иного свойства предмета. В желании детей ломать игрушки, рушить игрушечные сооружения – естественное проявление исследовательского рефлекса.

С 2-х лет ребенок должен учиться из частей собирать целое.

К 3 годам в игровой деятельности должны произойти перемены: дети все чаще заменяют реальные предметы и ситуации мнимыми, имитируют действия взрослых. Возникают сюжетно-волевые игры. Вначале они протекают как игры со скрытой ролью (безролевые), с несложной сюжетной цепочкой, состоящей из 2-3 многократно повторяющихся действий. Окончательно ролевая игра развивается к 3 годам. Изменяется тематика игр: от игры на бытовые темы до игр, отображающих трудовые, общественные явления. Труд становится составной частью игры, обогащает ее содержание. Постепенно у детей формируется способность идти от мысли к действию, т.е. определять во что они хотят играть, кем быть, согласовывать действия, выбирать цель игры. Но часто для этого еще требуется помощь взрослого.

У детей 6-7 лет появляется устойчивый интерес к одним и тем же игровым темам. У детей младшего школьного возраста может сохраниться интерес к прежним игровым темам. В то же время в этом возрасте появляются так называемые игры с правилами. Сюжетные игры заменяются интеллектуальными.

В возрасте 11-14 лет игра также имеет большое значение для развития подростка. В этот период наибольшая роль принадлежит игре с романтическим, приключенческим содержанием, связанным с необычной обстановкой, с преодолением физических и интеллектуальных нагрузок. Игра становится мощным средством самовоспитания и самоусовершенствования подростка. Оценка способности к игровой деятельности особенно важна при обследовании детей дошкольного и младшего школьного возрастов. При этом следует анализировать: проявление интереса к игрушкам (эмоциональные реакции, высказывания, просьбы); выбор игрушек (отбор целевой или случайный); адекватность использования игрушек; возможность организации и уровень самостоятельной игры (манипуляция, процессуальная игра, игра с элементами сюжета); характер игры (разнообразие, наличие творчества); поведение во время

игровой деятельности (эмоциональные реакции, речевые сопровождения, возможность переключения на другие игры, реакция на участие взрослого, длительность и устойчивость интереса к игре).

Ограничение способности к игровой деятельности характеризуется главным образом отставанием, несоответствием ее возрасту ребенка по отношению к игрушкам и содержательному уровню игры.

До 1 года – отсутствие эмоциональной реакции на игрушки, отсутствие реакций и подражания на игровые действия взрослых (двигательные, звуковые, зрительные). 1-3 года – невозможность игры в наглядно действенном варианте (плане), игровые действия носят подражательный однообразный стереотипный характер, бедность речевого сопровождения игры, неадекватное использование игрушек. 4-6 лет – отсутствие стойкого интереса к игрушкам и игровой деятельности, неадекватность использования игрушек, обеднение сюжетно-ролевой игры и речевого сопровождения, невозможность самостоятельной организации игры. 7-11 отсутствие в игровой деятельности элементов соревновательности, достижения результата, невозможность следовать правилам игры; игровая деятельность носит характер сюжетно-ролевой игры, присущей возрасту 4-6 лет. 12-14 лет – снижение способности планирования игры, создания ее правил. 15-17 лет – затруднение игрового взаимодействия со сверстниками, снижение интереса к играм интеллектуальным, познавательным, направленным на достижение высоких результатов. Ограничение способности к игровой деятельности при определении категории «ребенок-инвалид» оценивается исходя из наличия отставания ребенка в способности к игре не менее, чем на два эпикризных срока.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности, которое оцениваются в соответствии с возрастной нормой.

Степень ограничения отдельных категорий жизнедеятельности может усиливаться при сочетании нарушений разных функций организма, особенно при невозможности их компенсации.

Наличие неблагоприятного или сомнительного (с тенденцией к неблагоприятному) клинического и реабилитационного прогнозов, даже на фоне временно сохранных функций организма и состояния жизнедеятельности, является основанием для определения инвалидности или изменения оценки степени ее тяжести.

Общие методические подходы к экспертно-реабилитационной диагностике при оценке ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ. Нормальная жизнедеятельность человека обуславливает необходимость соответствия его физических, психологических, психофизиологических возможностей, а также базовых социальных характеристик требованиям, предъявляемым к нему в процессе жизнедеятельности. Требования эти различны в зависимости от вида, содержания деятельности, условий ее выполнения. Главными категориями, позволяющими осуществлять повседневную деятельность, являются самообслуживание, передвижение, обучение, трудовая деятельность, ориентация, общение, контроль за своим поведением, а у детей – игра. Ограничение этих

категорий жизнедеятельности, как социальные последствия нарушения здоровья, приводит к инвалидности и необходимости социальной защиты вследствие возникающей социальной недостаточности из-за утраты физической независимости, нарушений социальных, экономических и др. связей и возможностей.

Все виды нарушений жизнедеятельности, как правило, взаимосвязаны и возникновение одних из них влечет развитие других.

Однако отдельные категории жизнедеятельности и их ограничения не равнозначны в формировании социальной недостаточности. К наибольшей социальной дезадаптации приводит нарушение способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации. На различные виды деятельности формируется единый совокупный ответ организма на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях. При этом отдельные виды деятельности требуют напряжения разных систем организма, каждая из которых неравнозначно участвует в данном процессе.

Развитие ограничений каждой категории жизнедеятельности часто обусловлено нарушениями со стороны различных функциональных систем организма (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата, сенсорных систем и др.). При определении состояния жизнедеятельности необходима интегральная оценка, которая должна осуществляться с системных позиций и включать комплексный анализ состояния всех заинтересованных функциональных систем организма, результатов клинко-функциональной диагностики, психологических особенностей личности, профессионально-трудовых данных, социально-средовых факторов. Сопоставление различных параметров подобного совокупного анализа с содержанием и требованиями отдельных категорий жизнедеятельности позволяет определить наличие и степень их ограничений.

Методика экспертно-реабилитационной клинко-функциональной диагностики при оценке ограничений жизнедеятельности. Экспертно-реабилитационная клинко-функциональная диагностика включает определение: клинической (нозологической) формы основного заболевания; клинической (нозологической) формы сопутствующего заболевания; стадии нозологического процесса; характера течения заболевания; вида нарушений функций организма; степени функциональных нарушений; клинического прогноза; реабилитационного потенциала; реабилитационного прогноза. В основе определения ограничений жизнедеятельности, приводящих к социальной недостаточности больных, лежит экспертно-реабилитационная функциональная диагностика в виде комплекса методов и специальных методических подходов. При экспертно-реабилитационной функциональной диагностике уточнение степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности должно осуществляться преимущественно традиционными методами, принятыми в экспертной практике, посредством определения степени выраженности нарушений функций различных систем и органов.

Следует подчеркнуть что развитие одних и тех же ограничений жизнедеятельности (передвижения, самообслуживания, способности к обучению, трудовой деятельности, общению и др.) часто обусловлены нарушениями со

стороны различных функциональных систем (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, сенсорных систем, опорно-двигательного аппарата и др.). Поэтому интегральная оценка выраженности ограничений жизнедеятельности должна включать комплексную инструментальную характеристику всех заинтересованных функциональных систем. Оценка степени нарушений функций производится в качественных характеристиках (незначительные, умеренные, выраженные, значительно выраженные нарушения), в основе которых лежат определенные количественные показатели.

Экспертно-реабилитационная клинико-функциональная диагностика ограничений жизнедеятельности требует определения алгоритма исследований, наиболее адекватно позволяющих решать указанные вопросы в каждом конкретном случае. Так, диагностика нарушений передвижения, самообслуживания, способности к труду, обучению и общению должна включать изучение всех причин, приводящих к данному ограничению.

Первостепенное значение при этом имеет прежде всего целенаправленное полноценное исследование двигательных функций с использованием следующих основных клинико-функциональных методик; – линейное измерение длины и окружности конечностей (длина, охват конечности); – измерение объема движения в суставах (гониометрия, курвиметрия); – оценка мышечной силы и мышечного тонуса (динамометрия, тензиометрия); – исследование координации движений и сложных двигательных актов; – электромиография (глобальная и игольчатая, позволяющая выявить уровень поражения мотонейрона); – электродиагностика (скорости проведения по моторным, сенсорным и вегетативным аксонам периферических нервов, позволяющие установить степень и уровень поражения периферических нервов); – биомеханическая диагностика (нейрофизиологические исследования, касающиеся различных движений, осуществляемых осмысленно или насильственно; биомеханические исследования целенаправленных движений рук, походки, поддержания вертикальной позы, оценки деформации позвоночника и др.).

Особое внимание должно уделяться изучению походки с помощью кинематического исследования движений конечностей, корпуса, головы во время ходьбы. Насильственным движениям (гиперкинезам) должна быть дана четкая биомеханическая оценка. Использование данного комплекса клинико-функциональных исследований двигательной сферы с обязательной количественной оценкой степени нарушения изучаемых функциональных параметров является приоритетным, так как позволяет оценить степень нарушения различных видов самообслуживания, передвижения, общения, обучения и способности к определенным видам трудовой деятельности.

При определении степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных нарушением центральной и периферической нервной систем, следует оценивать результаты следующих диагностических исследований, алгоритм которых определяется индивидуально в зависимости от уровня, тяжести поражения, диагностических возможностей экспертного или лечебного учреждения и др.:

- электроэнцефалография с функциональными нагрузками и фармакологическими пробами, позволяющая оценить функциональное состояние центральной нервной системы;
- эхоэнцефалография с оценкой степени выраженности ликворной гипертензии;
- реоэнцефалография с пробами на вертеброгенную зависимость, венозную патологию;
- доплерография экстракраниальных артерий;
- транскраниальная доплерография;
- полиграфическое психофизиологическое исследование для оценки способности к обучению и трудовой деятельности;
- электромиография с функциональными нагрузками, позволяющая оценить состояние и уровень поражения нервно-мышечного аппарата (глобальная и игольчатая);
- электродиагностика двигательных, чувствительных и вегетативных нервных волокон;
- ядерно-магнитная компьютерная томография головного и спинного мозга и др.

При определении степени выраженности нарушений функции кровообращения и дальнейшей оценке возможных ограничений жизнедеятельности необходимо учитывать комплекс показателей инструментального кардиологического исследования, включающий электрокардиографию, ЭКГ-мониторирование, велоэргометрическую пробу, спироэргометрию, эхокардиографию, поликардиографию, тетраполярную грудную реографию, реографию легочной артерии. Результаты этих исследований позволяют судить о наличии патологии сердца, состоянии его левых и правых отделов, о признаках снижения сократительной способности и компенсаторных возможностях миокарда, о нарушении внутрисердечной, центральной, легочной гемодинамики.

Необходимы также данные лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых методов исследования и др. Нарушения периферического кровообращения, особенно при окклюзирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей, приводят к развитию различных функциональных и морфологических изменений со стороны многих систем организма (периферической, вегетативной нервной системы, опорно-двигательного и нервно-мышечного аппаратов и др.), что ведет к нарушению основных категорий жизнедеятельности человека (ограничению передвижения, самообслуживания, способности к труду и др.). Поэтому врачам-экспертам необходимо использовать алгоритм диагностических исследований, позволяющий оценить не только выраженность вегетативно-сосудистых расстройств, но и состояние нервно-мышечного и опорно-двигательного аппарата, что в свою очередь, способствует определению степени нарушений основных видов жизнедеятельности.

В основе алгоритма обследования данного контингента лежит комплекс методических подходов и методик, имеющих четкие количественные показатели:

- реовазография с функциональными нагрузками, дающая представление о суммарном кровотоке в исследуемой зоне;
- ультразвуковая доплерография конечностей - высокоинформативный метод диагностики окклюзионных заболеваний сосудов, что определяет большие перспективы его использования при медико-социальной экспертизе.
- венозно-окклюзионная плетизмография, позволяющая устанавливать стадии артериальной ишемии и судить о коллатеральном кровообращении;
- инфракрасная термография - метод раннего выявления нарушений артериального кровообращения, способствующий эффективной дифференциальной диагностике облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей;
- лазерная доплеровская флоуметрия, которая позволяет оценить состояние микроциркулярного русла, в том или другом регионе кровообращения. Метод обладает большой диагностической чувствительностью для уточнения стадии ишемии и компенсаторных возможностей, неинвазивен, мобилен;
- рентгеновская денситометрия, позволяющая определить степень остеопороза, коррелирует с показателями, характеризующими глубину нейродистрофических процессов в тканях конечностей;
- ультразвуковая эхоостеометрия, выявляющая определить начальные признаки остеопороза;
- электромиография и электродиагностика двигательных и чувствительных нервов, способствующие уточнению степени поражения нервно-мышечного аппарата.

Предлагаемый алгоритм исследования (или его варианты) позволяют с количественных позиций оценивать степень функциональных нарушений при определении ограничений жизнедеятельности, возникающих при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

Функциональная экспертно-реабилитационная диагностика ограничений жизнедеятельности, возникающих при нарушениях венозного кровообращения нижних конечностей, при постромбофлебическом синдроме должна быть комплексной, с применением диагностического алгоритма включающего следующие исследования или их возможные сочетания; - ультразвуковая доплерография, позволяющая с использованием функциональных проб оценить проходимость и состояние венозного русла; - дуплексное сканирование, дающее возможность визуализации венозного кровотока по ходу сосуда; - реовазография с функциональными пробами по Левашову, позволяющая косвенно судить о клапанной системе вен; - инфракрасная термография-высококачественный метод диагностики венозной недостаточности, развития коммуникантных вен. Экспертно-реабилитационная оценка ограничений жизнедеятельности, связанных с патологией дыхательной системы, предусматривает следующие методики исследования; - рентгенологический; - компьютерная томография; - комплексное инструментальное кардиологическое исследование; - функция внешнего дыхания с функциональными пробами; - реография легких; - ультразвуковое исследование

При оценке ограничений жизнедеятельности, вызванных зрительными нарушениями, основополагающее значение имеет правильная диагностика клинической (нозологической) формы патологии, характера изменений структур

глазного яблока, анализ состояния зрительных и иных функций зрительного анализатора, определение клинического прогноза, оценка уровня адаптации к зрительному дефекту, состояния иных сенсорных систем, важных для частичного замещения или компенсации нарушенных зрительных функций. Ведущая роль при этом комплексном анализе принадлежит оценке зрительных функций, тяжесть нарушения которых с учетом международной классификации зрительных расстройств (МКБ X пересмотра) рубрицируется на 4 степени:

I - малая степень слабовидения

II - средняя степень слабовидения

III - высокая степень слабовидения

IV - практическая или абсолютная слепота

Зрительные функции определяются при моно - и бинокулярном предъявлении испытательных тестов, но при медико-социальной экспертизе тяжесть их нарушений, влияющих на состояние жизнедеятельности, оценивается по состоянию функций лучше видящего или единственного глаза в условиях переносимой (оптимальной) коррекции. Нарушение зрения оказывает неблагоприятное влияние на полноценность почти всех проявлений жизнедеятельности, однако степень этого влияния различна. Способность человека к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению главным образом зависит от состояния основных зрительных функций – остроты зрения и поля зрения. При визометрии – исследовании остроты зрения, целесообразно оценивать все ее составляющие: способность заметить, различить, опознать, для чего применяется широкий набор тестов: буквенные таблицы, политесты, опто типы, двухразрывные кольца, штриховые миры, нистагмаппарат и др. Ценную информацию о разрешающей способности глаза дает исследование контрастной чувствительности с применением методов визоконтрастометрии, результаты которой позволяют судить и о частотно-контрастных характеристиках и об остроте разрешения глаза. Не менее важным, чем острота зрения, при оценке ограничений жизнедеятельности, является состояние поля зрения, для исследования которого необходимо использование современных методов кинетической и статической периметрии. При различных формах офтальмопатологии имеет место большое разнообразие нарушений периферических границ поля зрения, а также наличие скотом в пара- и центральных его зонах, что ухудшает способность к самообслуживанию, передвижению, общению, ориентации. Важные характеристики состояния зрительного анализатора при определении ограничения жизнедеятельности обеспечивают электрофизиологические исследования, дающие качественную и количественную оценку функционального состояния различных отделов и компонентов зрительно-нервного аппарата. Необходимо учитывать, что при анализе по возможности всего многообразия показателей функционального состояния зрительного анализатора, суждение о степени слабовидения и слепоте выносится преимущественно только на основании оценки основных зрительных функций – остроты и поля зрения.

Даже изолированное поражение одной из этих функций при полной или частичной сохранности другой, является основанием для диагностики слабовидения или слепоты, ограничивает в разной степени основные категории

жизнедеятельности, обуславливая социальную недостаточность освидетельствуемого лица. Все остальные показатели функционального состояния органа зрения являются важной для диагностики, но лишь дополнительной информацией о степени функциональных расстройств при оценке таких категорий жизнедеятельности как способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, контролю за своим поведением.

При оценке способности освидетельствуемого лица к трудовой деятельности и обучению, особенно профессиональному, необходим более дифференцированный анализ с определением соответствия всех параметров клинико-функционального состояния органа зрения, требованиям, предъявляемым к нему характером и условиями труда, в том числе санитарно-гигиеническими и психофизиологическими факторами трудовой деятельности, содержанию и объему выполняемой работы или учебного процесса. Помимо анализа остроты и поля зрения, требуется оценка и иных функций зрительного анализатора, особенно значимых для выполнения различных видов труда, в том числе работ зрительного профиля, а также общего и профессионального обучения.

К этим профессионально значимым функциям относятся световая чувствительность (темновая адаптация), цветоощущение, состояние бинокулярного зрения, острота зрения вблизи, аккомодация, зрительное утомление, зрительная продуктивность и другие офтальмо-эргономические характеристики. Иногда, особенно при аметропии, заболеваниях центральной нервной системы, мышечных расстройствах глаза, патологии зрительно-нервного аппарата, даже при относительно хороших показателях остроты и поля зрения, наличие патологического зрительного утомления, низкой зрительной продуктивности снижает возможность трудовой деятельности в работах зрительного профиля, особенно связанных с постоянным использованием компьютерной техники.

Важное значение имеют данные о состоянии гидродинамики и гемодинамики глаза, преимущественно при оценке способности к выполнению труда, связанного с большой физической и нервно-эмоциональной нагрузкой. Таким образом, при определении способности к трудовой деятельности и к профессиональному обучению изолированное нарушение даже одной из иных, кроме остроты и поля зрения, рассматриваемых выше производственно значимых функций могут в отдельных случаях ограничивать способность к труду в некоторых профессиях, обуславливая необходимость изменения профессиональной деятельности или уменьшения ее объема.

Невозможность выполнения профессионального труда иногда возникает у лиц актерских и других профессий, связанных с постоянным общением с людьми, при косметических уродствах глаза и его придатков даже при высоких зрительных функциях. Вне зависимости от состояния зрения часто ограничивается способность к трудовой деятельности на определенный срок при онкологических заболеваниях глаза и даже после некоторых видов реконструктивной офтальмохирургии ввиду необходимости соблюдения щадящего режима, уменьшения объема профессионального труда или создания

его специальных условий, либо противопоказанности любой производственной деятельности.

При оценке ограничений различных категорий жизнедеятельности, обусловленных зрительными расстройствами, особенно при наличии слепоты или высокой степени слабовидения, важно анализировать уровень адаптации к зрительному дефекту, который в значительной степени зависит от времени и длительности утраты зрения, эффективности элементарной первичной реабилитации, психологических установок незрячего, особенностей его семейной, бытовой, производственной, социальной микроструктуры и других факторов.

Однако, нужно учитывать, что удовлетворительная подчас способность слепого человека к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации на знакомой территории, в знакомых условиях проживания, работы, обучения и т.д. в большинстве случаев не должна служить основанием для суждения о незначительности ограничений жизнедеятельности, так как подобная способность утрачивается в незнакомой обстановке, обуславливая необходимость посторонней помощи. Удовлетворительная адаптация незрячего к зрительному дефекту не компенсирует в необходимой мере ограничения его жизнедеятельности и не обеспечивает социальную достаточность слепого.

Следует подчеркнуть, что возможности экспертно-реабилитационной функциональной диагностики при оценке ограничений жизнедеятельности на разных этапах прохождения процедуры медико-социальной экспертизы во многом неоднозначны и в большинстве своем зависят от технического и кадрового обеспечения службы МСЭ и лечебно-профилактических учреждений. Это требует дифференцированного подхода при осуществлении медико-социальной экспертизы с учетом уровня ее проведения (первичные и высшие Бюро МСЭ) и возможностей диагностического обследования освидетельствуемых лиц.

Методика психологической экспертно-реабилитационной диагностики

Психологическая экспертно-реабилитационная диагностика должна состоять из оценки трех компонентов психической деятельности человека: оценки состояния высших психических функций и динамики умственной деятельности; оценки эмоционально-волевой сферы; оценки особенностей личности. Психологический диагноз должен ответить на вопросы о том, какова структура дефекта познавательной деятельности у инвалида (с указанием на то, что нарушено и что сохранено); какое отношение или реакция инвалида на ситуацию, связанную с заболеванием и инвалидизацией; как изменилась структура мотивов, интересов, потребностей в связи с этой ситуацией и как воспринимает и оценивает себя человек в новой социальной роли. Нарушения указанных параметров психики человека могут обуславливаться рядом причин. Основная причина имеет биологический характер – это сама болезнь или травма, которые формируют патологическую базу для протекания психических процессов. Следующая причина – не сама болезнь, а ее социальные последствия, которые обуславливают то или иное отношение человека к этим последствиям. Третья причина – это новый социальный статус человека, ставшего инвалидом. Степень этих нарушений может быть различной. Следует выделять четыре степени выраженности нарушений психических функций, состояний свойств.

Первая степень – незначительные нарушения, которые могут выражаться в небольшом объеме нарушенных функций, их кратковременности и обратимости. Такие нарушения носят эпизодический характер, ликвидируются при изменении ситуации, которая спровоцировала их возникновение, и не требуют специальных мер коррекции.

Вторая степень – умеренно выраженные, но более стойкие расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической деятельности (тугоподвижность, инертность или патологическая лабильность психических процессов), стойкие эмоционально-волевые нарушения (эмоциональная ригидность, повышенная откликаемость на внешние раздражители), выраженные личностные изменения (особенности ценностных ориентаций), мотивационно-личностные нарушения, психический инфантилизм). Такие нарушения требуют специальной коррекции или компенсации и ограничивают реализацию различных категорий жизнедеятельности (по объему и степени сложности).

Третья степень – выраженные стойкие и необратимые расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической деятельности (структурные нарушения и снижение уровня мнестико-интеллектуальных процессов, выраженное снижение обучаемости, выраженная истощаемость, сопровождающаяся снижением качества работы), выраженные эмоционально-волевые нарушения, выраженные личностные изменения. Такие нарушения способствуют социальной дезадаптации, так как полностью не могут быть коррегируемы и компенсируемы.

Четвертая степень – значительно выраженные стойкие, необратимые нарушения высших психических функций, невозможность выполнения какой – либо целенаправленной деятельности, выраженные расстройства эмоционально-волевой сферы, полностью дезорганизующие деятельность или делающие невозможным включение больного в деятельность; личностный дефект, обусловленный некритичностью, неадекватной самооценкой, деформацией или несформированностью мотивационной сферы.

Методика социальной экспертно-реабилитационной диагностики. Социальная экспертно-реабилитационная диагностика включает всестороннее социальное обследование, определение социальных критериев для оценки наличия и степени выраженности ограничения жизнедеятельности, оценку реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза. Определение социальных критериев для оценки способности к трудовой деятельности предусматривает анализ базовых социальных характеристик человека и данных о его профессионально-трудовой деятельности.

Социальные характеристики, связанные с профессионально-трудовой деятельностью включают пол, возраст, образование, основную профессию, квалификацию, дополнительные профессиональные знания и навыки, характер занятости, тип предприятия, социально-экономическую характеристику выполняемого труда (профессия, по которой работает, квалификация, должность, размер заработной платы), взаимоотношения человека с трудовым коллективом, его ролевую позицию и др., желание сменить работу, мотивация и социально-экономические характеристики желаемой работы.

Анализ характеристик профессионально-трудовой деятельности предусматривает анализ профессиограммы, отражающей виды трудовых операций, характеристику необходимых орудий труда, специального оборудования организации и оснастки рабочего места, технологии трудовой деятельности, психофизиологических и эргономических требований, предъявляемых трудовой деятельностью к человеку, санитарно-гигиенических условий выполнения работы по тяжести, вредности, напряженности, оценку рациональности трудового устройства.

Социальное обследование профессионально-трудовой деятельности при необходимости может включать обследование рабочего места данных лиц на предприятии, изучение данных об аттестации рабочего места, эффективности и производительности труда инвалида, его взаимоотношениях с коллективом и др. Социально-бытовая диагностика предусматривает анализ, помимо базовых социальных характеристик, данных, отражающих: семейное положение (количество членов семьи и их возраст), размер пенсии, доход на одного члена семьи, число работающих и учащихся членов семьи; кто помогает инвалиду в быту; психологический климат в семье; жилищные условия, благоустроенность жилья; наличие условий для выполнения работы на дому; наличие вспомогательных приспособлений для самообслуживания, передвижения инвалида.

Социальное обследование больного на дому должно предусматривать: оценку социально-бытовых условий, оценку способности обследуемого самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены. Социально-средовая диагностика предусматривает анализ помимо базовых, следующих социальных характеристик человека: участие в обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи, коллеги и др.); ролевое положение в семье (супружеское, родительское); межличностные отношения вне дома; выполнение обычной повседневной деятельности (общепринятой для данного пола, возраста, социальной среды, традиций); участие в занятиях физкультурой, спортом, туризмом; участие в социо-культурной деятельности; возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером; возможность чтения книг, журналов и др.

Социально-средовая диагностика может включать обследование инвалида на дому, в досуговых, клубных учреждениях и др. Как указано было выше, настоящие методические рекомендации содержат значительные коррективы и дополнения к «Классификациям и временным критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы» (1997 г.), которые были внесены с учетом опыта работы, замечаний и рациональных, не противоречащих современной концепции инвалидности, предложений специалистов практических и научных учреждений МСЭ. Усовершенствованные критерии оценки ограничений жизнедеятельности и конкретизация методических подходов к экспертно-реабилитационной диагностике должны способствовать повышению качества медико-социальной экспертизы – важнейшего звена системы социальной защиты граждан со значительным и стойким нарушением здоровья.

Источник:

http://aupam.narod.ru/pages/medizina/kriterii_ocenki_ogranicheniy_zhiznedyatelnosti_v_uchrezhdeniyakh_mseh/oglavlenie.html

РАЗДЕЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ И НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Особенности познавательной деятельности и саморегуляции у детей с особыми образовательными потребностями

Для детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов дошкольного возраста на первый план выходит сформированность ведущей для этого возраста деятельности – игровой. В ее структуру входят социально-коммуникативные мотивы, познавательн-игровые задачи и форма совместного взаимодействия.

Дети-инвалиды дошкольного возраста часто имеют отклонения в развитии интеллектуальной или двигательной сферы. Это вызывает трудности в усвоении программного материала. У таких детей отмечается неразвитость саморегуляции, неумение управлять собой. Обнаруживаются специфические отклонения в развитии мотивационно-потребностной сферы психики. Они выражаются в задержке развития образного мышления, требующего внутреннего плана действия, что приводит к последующим трудностям в усвоении учебного материала. Дети-инвалиды дошкольного возраста характеризуются недоразвитием произвольности в поведении, саморегуляции, планировании действий.

Отношение взрослого является очень важным, его расположение – является опорой их самосознания. Поэтому сверстник является помехой «забирающей на себя» внимание взрослого, в связи с чем, в детском коллективе нередко конфликты и ссоры. Дети-инвалиды, как правило, не сравнивают себя со сверстниками и не утверждают через них, следовательно, у них нет основы для конкурентного отношения к другому ребенку, что так же является помехой для развития социального поведения.

Так же затрудняет процесс социализации недостаточное выделение собственного «Я» ребенка, которое не сформировалось в раннем детстве из-за недостаточного общения с близкими взрослыми и из-за отсутствия личностного отношения к себе.

В подростковом возрасте на первый план выходят проблемы пубертатного периода. На этом этапе личностного развития социальное одобрение необходимо для развития чувства собственной значимости и собственного достоинства. Ребенок-инвалид не получает в полной мере от окружающих поддержки и заинтересованного внимания, не обладает всем репертуаром навыков социального поведения, который необходим для успешной социальной адаптации. У большинства подростков отмечается неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, переоценка или недооценка своих возможностей. Многим подросткам-инвалидам свойственна поверхностность чувств, моральное изживенчество или осознание своей ущербности. У подростков могут проявляться разнообразные психопатические черты характера – агрессивность, истерические реакции, эмоциональная лабильность. Сексуальное поведение подростков-инвалидов отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко приближается к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность. Поскольку многих детей к этому

времени воспитывает только мать, ввиду того, что отец оставил семью с больным ребенком, подросткам свойственна слабая ориентация на модель полоролевого поведения. Отмечается недостаточная представленность в опыте подростков-инвалидов типично мужских форм поведения, что особенно затрудняет полоролевую социализацию мальчиков. Мамы, опасаясь травматизма, не привлекают мальчиков к «мужским» видам труда, поэтому у подростков слабо формируются представления о трудовой деятельности.

2.2. Дети с аутизмом

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Поведение детей с аутизмом характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.). Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом – инвалиды.

Каким бывает аутизм?

Синдром Каннера. Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества», по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхолалии «граммофонная или попугайная речь»;
- 7) задержка развития «Я»;
- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

Синдром Аспергера. Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики. У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление

сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему «красивость», мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена.

Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен «внутрь себя». Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

Синдром Ретта. У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

Атипичный аутизм. Для атипичного аутизма характерно:

- достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,
- ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,
- тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза. Однако, они заслуживают внимания, это – гиперактивность (особенно в раннем детстве или подростковом возрасте), слуховая гипер и гипочувствительность и различные реакции на звук (четко проявляются в особенности в течение первых 2-х лет жизни), гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, нанесение себе повреждений, заниженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются, по меньшей мере, у 1/3 людей, имеющих это расстройство.

2.3. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП)

Под словосочетанием «детский церебральный паралич» (ДЦП) специалисты понимают группу нарушений двигательных функций мозга, возникших в результате его повреждения в младенческом возрасте. Двигательные нарушения

обычно представлены слабостью в определенной группе мышц. Из-за этого нарушена походка, не скоординированы движения рук, ног, мимической мускулатуры или, например, запрокидывается шея. При диагнозе ДЦП возможно нарушение интеллектуального развития и речи.

Главной причиной ДЦП считается гипоксия (нехватка кислорода или удушье) ребенка в утробе матери или сразу после рождения. Она может быть следствием патологии беременности матери (токсикозы, нарушение плацентарного кровообращения, инфекции). Родовые травмы, вызванные различными видами акушерской патологии, – узкий таз матери, неправильное его строение, слабость родовой деятельности, затяжные или стремительные роды и т.д. – также не исключают возможности повреждения мозга плода. Хотя в большинстве случаев тяжесть родов определяется уже имеющимися нарушениями внутриутробного развития ребенка.

Недавно ученые установили, что во многих случаях детский церебральный паралич связан не с родовой травмой нервной системы, как это считалось до настоящего времени, а является следствием инфекционного процесса. Предполагается, что ДЦП может возникать в результате внутриутробного воздействия вирусов (например, вируса герпеса) до или сразу после рождения. Таким образом, именно инфекция в состоянии выполнить роль «спускового крючка» и поразить нервную ткань младенца.

После родов спровоцировать недуг может и гемолитическая болезнь новорожденных – так называемая «ядерная желтуха», при которой происходит интоксикация головного мозга ребенка. Вызвать ее способна несовместимость крови матери и плода по группе крови или резус-фактору, а также печеночная недостаточность новорожденного. Гипоксия, лежащая в основе развития ДЦП, приводит к недоразвитию структур головного мозга ребенка. Особенно тех его участков, которые в ответе за формирование рефлекторных механизмов и поддержание равновесия тела. Это приводит к неправильному распределению мышечного тонуса в скелете и возникновению патологических двигательных реакций.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.

В основе особенностей личности больных с ДЦП лежит тревожность. Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью.

Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной. При психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения: в своих действиях дети руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия, они эгоцентричны, не способны продуктивно работать в коллективе, соотносить свои желания с интересами окружающих, во всем их поведении присутствует элемент «детскости». Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы могут сохраняться и в старшем школьном возрасте. Они будут проявляться в

повышенном интересе к игровой деятельности, высокой внушаемости, неспособности к волевому усилию над собой. Такое поведение часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью.

В одном случае это будет повышенная возбудимость. Дети этого типа беспокойны, суеверны, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными.

Другую категорию, напротив, отличает пассивность, безынициативность, излишняя застенчивость. Любая ситуация выбора ставит их в тупик. Их действиям свойственна вялость, медлительность. Такие дети с большим трудом адаптируются к новым условиям, тяжело идут на контакт с незнакомыми людьми. Им свойственны различного рода страхи (высоты, темноты и т.д.). Эти особенности личности и поведения гораздо чаще встречаются у детей, больных ДЦП.

Но есть ряд качеств, характерных для обоих типов развития. В частности, детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата мучают ночные кошмары, они тревожно спят, с трудом засыпают.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью. Отчасти, это можно объяснить эффектом компенсации: двигательная активность ребенка ограничена, и на фоне этого органы чувств, напротив, получают высокое развитие. Благодаря этому они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер; вполне нейтральные ситуации, невинные высказывания способны вызывать у них негативную реакцию.

Повышенная утомляемость – еще одна отличительная особенность, характерная практически для всех детей с ДЦП. Некоторые дети в результате утомления становятся беспокойны: темп речи ускоряется, при этом она становится менее разборчивой; наблюдается усиление гиперкинезов; проявляется агрессивное поведение – ребенок может разбрасывать находящиеся поблизости предметы, игрушки.

Еще одна область, в которой педагоги могут столкнуться с серьезными проблемами – это волевая активность ребенка. Любая деятельность, требующая собранности, организованности и целенаправленности, вызывает у него затруднения. Как уже отмечалось ранее, психический инфантилизм, свойственный большинству детей с ДЦП, накладывает существенный отпечаток на поведение ребенка. Например, если предложенное задание потеряло для него свою привлекательность, ему очень сложно сделать над собой усилие и закончить начатую работу. Все это приводит к тому, что ребенок растет безынициативным, неуверенным в своих силах и возможностях, робким. Он смиряется со своей болезнью и не стремится к самостоятельности. Он заранее рассчитывает на то, что окружающие все сделают вместо него. Со временем ребенок привыкает к такому положению вещей, находит его удобным. А отсюда и появляется ярко выраженный эгоцентризм, стремление манипулировать людьми.

2.4. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)

Психологические особенности личности ребенка с ЗПР

Под термином задержка психического развития (ЗПР) понимается негрубое отставание в психическом развитии, которое, с одной стороны, требует специального коррекционного подхода к обучению ребенка, с другой стороны, позволяет – как правило, при наличии этого специального подхода – обучаться в общеобразовательной школе.

В самом общем виде сущность ЗПР состоит в следующем: развитие мышления, памяти, внимания, восприятия, речи, эмоционально-волевой сферы личности происходит замедленно, с отставанием от нормы. Ограничения психических и познавательных возможностей не позволяют ребёнку успешно справиться с задачами и требованиями, которые предъявляет ему общество.

Неспособность к устойчивой целенаправленной деятельности, преобладание игровых интересов и игровой мотивации, неустойчивость и выраженные трудности при переключении и распределении внимания, неспособность к умственному усилию и напряжению при выполнении заданий, недоразвитие произвольных видов деятельности быстро приводят к затруднению в усвоении образовательной программы дошкольного образования у таких детей в одной или нескольких областях.

Изучение воспитанников с ЗПР показывает, что в основе трудностей включения в образовательный процесс этих детей лежит не интеллектуальная недостаточность, а нарушение их умственной работоспособности. Это может проявляться в трудностях длительного сосредоточивания на интеллектуально-познавательных заданиях, в малой продуктивности деятельности во время занятий, в излишней импульсивности или суетливости у одних детей и тормозимости, медлительности – у других, в замедлении общего темпа деятельности.

В структуре нарушения при ЗПР нет тотальности в недоразвитии всех высших психических функций, имеется фонд сохранных функций. Поэтому дети с ЗПР способны воспринимать помощь взрослых и могут осуществить перенос показанных способов и приёмов умственных действий на новое, аналогичное задание.

Трудности в деятельности дошкольника, как правило, сопровождаются отклонениями в поведении. Из-за функциональной незрелости нервной системы процессы торможения и возбуждения мало сбалансированы. Ребенок либо очень возбудим, импульсивен, тревожен, агрессивен, раздражителен, постоянно конфликтует с детьми, либо, наоборот, скован, заторможен, пуглив.

У детей с ЗПР не сформирован комплекс умений осознанной саморегуляции познавательной деятельности: они не способны ставить и удерживать цель деятельности; планировать действия, определять и сохранять способ действия, использовать самоконтроль на всех этапах деятельности, осуществлять словесный отчёт о процессе и результатах деятельности; оценивать процесс и результат деятельности.

Дети с ЗПР затрудняются в управлении своими эмоциями. Эмоции не осмысленные и не устойчивые. Ребёнок не способен сочувствовать, сострадать, не умеет понимать чувства других людей, сопереживать им, часто проявляются аффективные и негативистские проявления в поведении; наличие негативных черт характера провоцируют к конфликтам.

Серьёзные ограничения в социально-личностных и учебных возможностях определяют необходимость выделения этих детей в категорию воспитанников с «особыми потребностями», нуждающихся в специальной коррекционно-педагогической, психологической, медицинской поддержке.

Психологические особенности личности подростка с ЗПР

У подростков с ЗПР отмечается недостаточная познавательная активность, которая, сочетаясь с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Наступающее утомление приводит к снижению работоспособности, что проявляется в трудностях усвоения учебного материала.

Подросткам с данной патологией свойственны частые переходы от состояния активности к полной или частичной пассивности, смене рабочих и нерабочих настроений. Вместе с тем, иногда и внешние обстоятельства (сложность задания, большой объем работы и др.) выводят ребенка из равновесия, заставляют нервничать, волноваться.

Подростки с ЗПР могут допускать срывы в своем поведении. Они трудно входят в рабочий режим урока, могут вскочить, пройтись по классу, задавать вопросы, не относящиеся к данному уроку. Быстро утомляясь, одни дети становятся вялыми, пассивными, не работают; другие — повышенно возбудимы, расторможены, двигательно беспокойны. Эти дети очень обидчивы и вспыльчивы. Для вывода их из таких состояний требуется время, особые методы и большой такт со стороны педагога и других взрослых, окружающих подростка с данным дефектом развития.

Они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой.

Наиболее нарушенной у подростков с ЗПР является эмоционально-личностная сфера и общие характеристики деятельности (познавательная активность, особенно спонтанная, целенаправленность, контроль, работоспособность), в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти.

Г.Е. Сухарева считает, что для детей и подростков с ЗПР характерна, главным образом, недостаточная зрелость аффективно — волевой сферы. Анализируя динамику развития неустойчивых личностей, Г. Е. Сухарева, подчеркивает, что их социальная адаптация больше зависит от влияния окружающей среды, чем от них самих. С одной стороны — они повышенно — внушаемы и импульсивны, а с другой — полюс незрелости высших форм волевой деятельности, неспособность к выработке устойчивого социально — одобряемого жизненного стереотипа к преодолению трудностей, склонность идти по пути наименьшего сопротивления, невыработанность собственных запретов, подверженность отрицательным внешним влияниям. Все эти критерии характеризуют низкий уровень критичности, незрелость, неспособность

адекватно оценить ситуацию, а вследствие этого у детей с ЗПР не возникает тревожности.

Также Г.Е. Сухарева, использует термин “психическая неустойчивость” применительно к нарушениям поведения у подростков, понимая под этим отсутствие сформированности собственной линии поведения из-за повышенной внушаемости, склонности руководствоваться в поступках эмоцией удовольствия, неспособности к волевому усилию, систематической трудовой деятельности, стойким привязанностям и вторично, в связи с перечисленными особенностями – сексуальную незрелость личности, проявляется в слабости и неустойчивости морально нравственных установок. Подростки с ЗПР характеризуются моральной незрелостью, отсутствием чувства долга, ответственности, неспособности тормозить свои желания, подчиняться школьной дисциплине и повышенной внушаемостью и неправильным формам поведения окружающих.

Подводя итог можно сделать следующие выводы. Подростки с ЗПР характеризуются нарушениями поведения по типу психической неустойчивости расторможенности влечений.

Подростков с такими видами нарушений поведения отличают черты эмоционально – волевой незрелости, недостаточное чувство долга, ответственности, волевых установок, выраженных интеллектуальных интересов, отсутствие чувства дистанции, инфантильная бравада исправленным поведением.

Школьник с ЗПР легко вступает в конфликтные ситуации, в разрешении которых недостает самоконтроля и самоанализа. Также таких подростков отличает завышенная самооценка, при низком уровне тревожности, неадекватный уровень притязаний - слабость реакции на неуспехи, преувеличение удачности.

Таким образом, для этой группы подростков характерно отсутствие учебной мотивации, а непризнание авторитетов взрослых сочетается с односторонней житейской зрелостью, соответственной переориентации интересов на образ жизни, адекватной старшему возрасту.

2.5. Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Психологическое благополучие больного ребенка зависит от отношения его родителей к заболеванию и к самому ребенку в целом. Преимущественный тип воспитания в семье, где воспитывается ребенок с сердечно-сосудистой патологией – гиперопека, которая препятствует детям поддерживать отношения с другими людьми и учиться самостоятельно принимать решения, являлась преградой развитию независимого поведения. Такое отношение способствует инфантилизации и является помехой в приобретении социального опыта за пределами семьи.

Поскольку оценка детьми своего состояния в большей мере представляет копию родительской, то у детей отмечались фиксация на соматическом неблагополучии, «уход» в болезнь, ипохондрические жалобы, отрицательная прогностическая оценка выздоровления.

У детей с данной патологией чаще всего выявляется астенический тип изменения психических процессов, в основном, средней степени выраженности. У них отмечаются нарушения динамики психической деятельности, повышенная истощаемость, снижение функции процессов внимания, памяти, работоспособности в целом. Дети предпочитают малоподвижные «настольные» игры и занятия с перерывами на отдых. У многих детей отмечается плаксивость, неуверенность в себе, недостаточная социальная приспособляемость, страхи. Некоторые дети проявляют большую реактивность, раздражительность, напряженность, нетерпеливость, завышенный уровень притязаний, но не всегда добросовестность и исполнительность, повышенный уровень ситуативной тревожности.

2.6. Дети с сахарным диабетом

Сахарный диабет – это заболевание, вызванное нарушением процесса функционирования эндокринной системы.

При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития.

В детстве и подростковом возрасте закладываются все основные черты личности, часто меняется тип деятельности, образ мышления, формируется осознание себя как личности, как члена человеческого сообщества с его определенными правилами, нормами и обязанностями, то есть происходит становление его личности, его «Я».

В период кризисов: 7, 11, 13 и 17 лет изменяется не только психическая и духовная жизнь ребенка, но также и его поведение. Ребенок становится неуправляемым, с ним невозможно найти общий язык, появляется упрямство, негативизм, то есть отвержение всего, что предлагает взрослый. На фоне заболевания все проблемы обостряются еще больше.

Диабет накладывает отпечаток и на самосознание детей, в частности на самооценку, на общения, на эмоционально-волевую сферу. Понимание своего отличия от других в этот момент становится ярче и болезненнее, скрытое чувство неполноценности вылезает наружу и превращает без того беспокойного ребенка в закомплексованного невротика. Особенно подростки из-за появления интереса к противоположному полу чувствуют свою особенность, скованность, которые могут быть совершенно безосновательны.

Усиливается тревожность, появляются беспочвенные страхи, любая, даже самая незначительная неудача может послужить причиной возникновения нового комплекса неполноценности. Ребенок теряет уверенность в своих силах, происходит обесценивание своей личности, начинается скрытое самоуничижение, появляется чувство вины, чувство собственной ненужности. Ребенок замыкается в себе, остается один на один со своими проблемами, потому что боится быть непонятым, отвергнутым, ведь, как ему кажется, он «не как все». Здесь может иметь место и отрицание болезни, которое проявляется в несоблюдении режима и рекомендаций врачей. Ребенок может даже перестать делать инъекции инсулина.

Все вместе это может привести к тяжелым психическим и соматическим нарушениям, исход которых непредсказуем.

Таким образом, надо подчеркнуть, что полноценная жизнь диабетика зависит и от того, как ощущает он себя в обществе, как развивается, как строится его психическая жизнь, то есть от психо-эмоционального состояния.

2.7. Дети с нарушением зрения

Дети с нарушением зрения делятся на три группы: тотально слепые дети, частично видящие, слабовидящие.

В тифлопедагогической литературе отмечаются определенные отличия психического развития незрячего ребенка от зрячего. В общих чертах они сводятся к тому, что ряд психических процессов (ощущение, восприятие, представление) оказываются в прямой зависимости от глубины дефекта, а некоторые психические функции (цветоощущение, скорость восприятия и др.) зависят также от характера патологии. Отмечается также и то, что такие структурные компоненты, как мировоззрение, убеждения, моральные черты характера и т.п., оказываются независимыми от глубины дефекта и характера патологии зрения. При этом зависимость развития психики от состояния зрительных функций проявляется не столько в конечных результатах этого процесса, сколько в его динамике.

Часто у детей с патологией органов зрения наблюдается немного замедленное развитие, что вызвано меньшим и несколько бедным запасом представлений, ограниченностью в овладении пространством, а самое главное – меньшей активностью при познании окружающего мира. Нарушение зрения часто вызывает снижение мотивационной стороны познавательной деятельности, отсутствие интереса к учебной работе, что обусловлено медлительностью, инертностью, малоподвижностью из-за трудностей в пространственной ориентировке, нарушением моторики и координации движений, бедностью представлений об окружающем мире.

Нарушения зрения ведет к появлению вторичных отклонений в психическом и физическом развитии. Страдают функции, тесно связанные со зрением, в особенности восприятие предметов и явлений действительности, ориентация в пространстве, формирование представлений и измерительных действий. При нарушении зрения отмечаются недостатки в формировании скорости, точности, координации движений. У детей с нарушением зрения наблюдается ослабление зрительных ощущений и представлений.

Характерными особенностями представлений являются фрагментарность (в образе объекта отсутствуют многие существенные детали), схематизм, низкий уровень обобщенности. У слабовидящих дошкольников отмечают недостаточную осмысленность запоминаемого материала, быстрое забывание усвоенного материала. Мышление не зависит от степени нарушения зрения. Опираясь на знания, дети с нарушениями зрения (особенно к школьному возрасту) могут делать обобщающие выводы относительно многих предметов, процессов,

явлений, которые ими никогда непосредственно не воспринимались. Основным дефектом устной речи у детей дошкольного возраста данной категории является нарушение звукопроизношения, а также оптическая дисграфия.

Таким образом, дефект представляет собой физический или психологический недостаток, который влечет за собой отклонения от нормального развития. Тифлопсихологами отмечается тот факт, что дефекты зрения могут приводить к развитию негативных черт характера, таких как негативизм, внушаемость, ленивость, конформность и др. Нарушения зрения оказывают влияние на диапазон избирательного отношения аномального ребенка к окружающей действительности, сужая его в зависимости от глубины патологии. Однако интересы к определенным видам деятельности, успешно осуществляющейся без зрительного контроля, оказываются такими же глубокими, устойчивыми и действенными, как и у нормально видящих людей.

Таким образом, содержательная сторона психики при развивающем обучении оказывается независимой от дефектов зрения. По данным наблюдений тифлопсихологов нарушение зрения и его крайняя форма – слепота, значительно сужая сферу чувственного познания, не может повлиять на общие качества эмоций и чувств, их номенклатуру и значение для жизнедеятельности. Слепота может повлиять лишь на степень проявления отдельных эмоций, их внешнее выражение и на уровень развития отдельных видов чувств. Тифлопсихологами подчеркивается, что основная причина возникновения аномалии развития эмоций и чувств (отсутствие чувства долга, эгоизм, отсутствие чувства нового, чувство враждебности, негативизм) заключается в неадекватном воспитании (гиперопека) и отношений к незрячему ребенку.

Многие исследователи отмечали, что слепота влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски либо повышенной раздражительности, аффективности. Подобные выводы обычно делались в ходе исследований поздно ослепших людей, тяжело переживающих утрату зрения, но распространялись также и на слепорожденных и рано ослепших людей. Такая патология как слепота не может не отразиться на личностных качествах человека. Часто дети чувствуют себя обреченными и бесполезными, а это угнетенное состояние приводит к замедлению интеллектуального роста.

Слепые дети медленнее проходят стадии психического развития. Личностные кризисы переживаются ими тяжелее по причине наличия тягостного дефекта.

Еще одной отличительной чертой слепых детей есть диспропорциональность. Это означает, что разные качества личности развиваются у больных детей не одновременно. Так, речь и мышление прогрессирует раньше, чем ориентация в пространстве. Таким образом, у незрячих школьников развивается неподвижность, скованность движений, неуклюжесть. Это естественно, ведь общаться и мыслить слепота им не может помешать, а вот преодолевать пространство – может и мешает. Слепые дети часто начинают рано говорить и строить связную содержательную речь, в то время как ходьбе они учатся долго.

Слепота влияет и на поведения детей. Они малоподвижны, их ходьба неуклюжа, они постоянно боятся громких и неожиданных звуков. Привычная детская импульсивность и активность свойственна и незрячим малышам, но для них она более травматичная как в физическом (падения, удары о предметы и т.д.) так и в моральном плане (разочарование, обида, чувство жалости к себе, отчаянье). Но уже в 8-10 лет слепые дети теряют свою подвижность, становясь более спокойными.

В учебном процессе у незрячих школьников также отслежены специфические виды поведения. Они несдержанны, часто во время урока выкрикивают реплики с места, перебивают собеседников в диалоге, могут неожиданно встать и пройтись по классу. Часто слепые ученики отвлекаются от урока, не умеют продолжить ответ одноклассника, забывают, о чем их спрашивали. Такое неумение долго концентрировать внимание говорит о том, что слепота мешает детям следить за происходящим вокруг.

Свои эмоции слепые передают мимикой, словами и жестами, которые имеют некое несовершенство, проявляются произвольные навязчивые движения.

2.8. Дети с нарушением слуха

В основе психического развития детей с нарушенным слухом лежат те же закономерности, что и в норме. Однако имеются некоторые особенности, которые обусловлены замедленным овладением речью, коммуникативными барьерами и своеобразием развития познавательной сферы. Следует отметить, что дети с нарушением слуха делятся на слабослышащих и глухих.

На всех этапах дошкольного образования продуктивность внимания глухих детей остается более низкой по сравнению со слышащими сверстниками. Запоминание и воспроизведение нарисованных знакомых изображений глухими детьми имеет свои особенности. В репродукциях глухих появляются дополнения, отсутствующие в показанном изображении. Рисунки детей беднее деталями (выпадение деталей), иногда объект воспроизведен в ином положении или в других размерах.

В старшем дошкольном возрасте дети с нарушениями слуха путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Глухие дошкольники при запоминании ряда сходных предметов плохо используют прием сравнения, значительно хуже запоминают объекты, которые предъявляются им по частям, а не целиком. Глухим труднее мысленно воссоздавать образ фигуры без непосредственного восприятия целой фигуры. При предъявлении целого изображения запоминание у глухих не имеет больших отличий от слышащих детей. В процессе воспроизведения слов, предложенных для запоминания, у слышащих и глухих одно слово заменяется другим, близким по смыслу. Замены у глухих бывают по внешнему сходству (угол-уголь, дрожит-держит); по смысловому родству (кисть-краска, земля-песок); по внешнему сходству и смысловому родству (сел-сидел,

выбрали-собрали). Это объясняется тем, что слово для глухих - это не один элемент, а совокупность нескольких элементов, последовательность слогов, букв в слоге, целый образ слова.

Дети с нарушением слуха, прежде всего, усваивают существительные, имеющие прямую предметную отнесенность. Труднее запоминают глаголы и прилагательные.

Для глухих дошкольников представляет большую трудность точное запоминание слова в определенной грамматической форме. При воспроизведении фразы глухими очень часто изменяется смысл предложения, из-за замен слов во фразе порой дополняют их новыми словами. Глухие стремятся воспроизвести фразу в той самой последовательности, в какой она была воспринята, поэтому при забывании какого-либо слова глухие повторяют все слова воспринятой фразы на своих местах, опуская забытое слово. Для глухого фраза не всегда представляется как единая смысловая единица. Нередко она является не целостным «объектом», а набором отдельных слов. Глухие дети длительное время продолжают оставаться на ступени наглядно-образного мышления, т.е. мыслят не словами, а образами, картинками. В формировании словесно-логического мышления глухой резко отстает от слышащего сверстника, причем это влечет за собой и общее отставание в познавательной деятельности.

Для детей с нарушением слуха младшего школьного возраста характерны трудности при анализе текстов, они не акцентируют внимание на важных деталях. С возрастом качество анализа совершенствуется. Глухие дети с трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Глухие младшие школьники понимают причинно-следственные отношения применительно к наглядной ситуации, в которой эти отношения четко выявляются. Дети не умеют выявлять скрытые причины каких-либо явлений, событий. Они нередко смешивают причину с действием или целью, с сопутствующими или предшествующими явлениями, событиями. Они часто отождествляют причинно-следственные и пространственно-временные связи.

Письменная речь, несмотря на трудности, имеет для глухого некоторые преимущества над устной, поскольку она не требует наличия слуха, а воспринимается с помощью зрения. Наиболее трудным для глухого ребенка является усвоение грамматического строя предложения, правил словосочетаний, связей слов. В самостоятельной письменной речи глухих отмечаются недостатки в логичности и последовательности изложения событий. У глухих детей затруднено планирование излагаемого материала. При изложении они иногда дают описание частных деталей, упуская главное. А.М.Гольдберг, характеризуя письменную речь глухих детей, указывает на неправильный выбор слов, искажение звукового состава слова, ошибки в сочетании слов в предложении, пропуски слов.

2.9. Дети с эпилепсией

Эпилепсия – тяжелое психическое заболевание, сопровождающееся судорожными приступами.

Всемирная Организация Здравоохранения определяет эпилепсию как хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями.

Эпилепсия не относится к заболеваниям психики. У людей с эпилепсией, действительно, могут быть психические проблемы, но они, как правило, либо являются следствием сопутствующих заболеваний мозга (атрофия мозга, опухоль), либо вызваны побочным действием противоэпилептических препаратов, или же трудноустраняемыми социальными проблемами.

Среди существующих психических проблем у людей с эпилепсией преобладают снижение интеллекта и нарушение поведения.

Следует отметить, что длительное лечение некоторыми противоэпилептическими препаратами оказывает определенное влияние на темперамент человека, в результате которого его характер становится более медлительным, а в итоге нарушается концентрация внимания и память.

Дети, получающие лечение, часто выглядят заторможенными и вялыми.

При некоторых формах эпилепсии у детей может возникнуть деменция – приобретенный интеллектуальный дефект.

Психика ребенка-эпилептика заметно видоизменяется с возрастом. Вначале на первый план выступает плохая память, забывчивость, неаккуратность в быту и труде.

Постепенно в процессе обучения ребенок компенсирует этот дефект. Поскольку ребенок испытывает затруднения при необходимости запомнить информацию, он обычно проявляет особую активность: старательно, много раз повторяет заданное; при воспроизведении стремится изложить мельчайшие подробности текста. Рассказы детей-эпилептиков всегда отличаются излишней детализацией, обстоятельностью.

Мышление детей с эпилепсией очень замедленно и тугоподвижно.

Описывая черты эпилептоидной личности, специалисты особенно выделяют склонность к дисфориям, стойкость аффекта с его взрывчатостью, склонность к застреванию (особенно на отрицательных эмоциях), тугоподвижность всей психической деятельности. С годами дети-эпилептики приучаются в какой-то мере сдерживать свою гневливость и раздражительность.

Специалисты отмечают, что пониженная успеваемость эпилептиков в школе может быть обусловлена различными факторами: сочетанные с эпилепсией неврологические нарушения, тяжесть заболевания, лечение антиконвульсантами. Кроме того, снижению успеваемости могут способствовать пониженная самооценка, социальные и культурные факторы, особенности личности и психического здоровья ребенка.

ПРИМЕЧАНИЕ. Характерными особенностями личностной сферы детей с органическими заболеваниями ЦНС являются повышенная тревожность, неуверенность в себе, чувство общей напряженности, раздражительности,

повышенная психологическая ранимость, сниженная стрессоустойчивость, склонность к страхам и опасениям.

2.10. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)

Термин «синдром дефицита внимания» (СДВ) говорит сам за себя: люди, страдающие СДВ, не в состоянии в течение долгого времени заниматься одним и тем же делом – их способность концентрировать внимание весьма кратковременна. Кроме того, они с легкостью отвлекаются на что-то новое. При СДВ очень короткий промежуток внимания.

При синдроме гиперактивности и дефицита внимания (СГДВ) – впрочем, сегодня этот термин является общепринятым для обозначения обоих понятий, СДВ и СГДВ, – предметы и явления уже воспринимаются по-другому: речь идет о дефиците внимания, осложненном гиперактивностью.

В основе гипердинамического синдрома могут лежать микроорганические поражения головного мозга, возникшие в результате осложненной беременности и родов, истощающие соматические заболевания раннего возраста (тяжелый диатез, диспепсия), физические и психические травмы.

Чрезмерно активные дети с нарушением восприятия существенно отличаются от детей, которым свойственно «лишь» кратковременное внимание. Они не в состоянии хотя бы недолго посидеть спокойно, постоянно носятся туда-сюда, часто очень шумны и импульсивны. «Гиперактивные» дети, часто, в середине занятия, вдруг начинают прыгать или выкрикивать что-то, совершенно не относящееся к занятиям. Часто они «выпаливают» ответ прежде, чем педагог обратится к ним с вопросом. Поскольку степень сосредоточенности у них очень мала, они не усваивают большую часть того, о чем говорится на занятии или уроке, и часто отвлекаются на другие вещи, к примеру, на происходящее за окном группы или класса.

Разумеется, это отражается на усвоении материала образовательной программы и их школьных успехах. Для детей с СГДВ (и, соответственно, для их родителей) домашние задания превращаются в настоящее мучение: многие сидят часами над выполнением одного задания, так как они постоянно на что-то отвлекаются. Также при СГДВ характерны проблемы с грамотностью (дислексия) или со счетом (дискалькулия).

Эмоциональное состояние дошкольников, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, как правило, запаздывает, что проявляется в их неуравновешенности, вспыльчивости, заниженной самооценке. Данные признаки часто сочетаются с тиками, головными болями, страхами. Все эти проявления впоследствии обуславливают низкую успеваемость детей в школе, несмотря на их, как правило, достаточно высокий интеллект. В силу своей нетерпеливости и легкой возбудимости они часто вступают в конфликты со сверстниками и взрослыми, что усугубляет проблемы с обучением. Следует иметь в виду, что ребенок с синдромом СДВГ не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может приводить к

антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается у таких детей в подростковом периоде, когда на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью.

В подростковом возрасте у гиперактивных детей с синдромом дефицита внимания, как правило, гиперактивность сохраняется. В это время школьники проявляют разные типы поведения, порой совершенно противоположные: как безынициативность и бездеятельность, так и готовность любое дело довести до конца. Поскольку в своей жизни они уже испытали достаточно неприятия со стороны окружающих и до сих пор продолжают его ощущать, у многих из них развивается депрессия, причем временами настолько сильная, что таким подросткам грозит опасность суицида.

По мере созревания структур головного мозга, примерно к 13-15 годам гиперактивность значительно уменьшается или исчезает совсем. Могут оставаться только суетливые движения у взрослого и/или неспособность зафиксироваться в одном положении на долгое время.

2.11. Дети с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД)

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) – наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга.

Отсюда видно, что ММД не является медицинским диагнозом в точном смысле этого слова. Это, скорее, только констатации факта наличия легких нарушений в работе мозга.

Общую картину нарушений при ММД можно охарактеризовать следующим образом: общее замедление темпов роста мозга.

Характерен дисбаланс в созревании отдельных подструктур мозга, что, в свою очередь, осложняет процесс формирования связей между ними и установление координации в их деятельности. Более того, когда деятельность различных подструктур не согласована и не скоординирована, то много энергии затрачивается непроизводительно, и общая работоспособность мозга оказывается низкой.

При ММД можно ожидать следующие отклонения, по сравнению с возрастной нормой:

1. Быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать).

2. Резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности.

3. Выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации.

4. Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности.

5. Снижение объема оперативной памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации).

6. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей).

Психологическое сопровождение детей с ММД показывает, что даже без лечения по мере взросления навсегда происходит некоторая нормализация работы мозга. Даже если не улучшается внимательность, то сглаживается явная «цикличность» интеллектуальной деятельности, реже происходят «отключения». К 5-6 классу ребята уже чувствуют тот момент, когда «мысли начинают разбегаться», и становится трудно сосредоточиться. Они отвлекаются, отдыхают и продолжают работу, когда это состояние проходит. Общее время, в течение которого они могут продуктивно обучаться, значительно увеличивается.

Большая группа дошкольников и школьников с ОВЗ имеют незначительные нарушения, которые обозначаются как минимальные мозговые дисфункции (ММД).

2.12. Образование детей с Синдромом Дауна

Синдром Дауна – врожденное нарушение развития, проявляющееся умственной отсталостью, нарушением роста костей и другими физическими аномалиями.

Название «Синдром Дауна» происходит от фамилии врача Джона Лэнгдона Дауна, который впервые описал этот синдром в 1866 году. В 1959 году французский профессор Лежен доказал, что синдром Дауна связан с генетическими изменениями. Суть этого явления в том, что обычно в каждой клетке человека находится 46 хромосом, половину которых человек получает от матери, а половину – от отца. У человека с синдромом Дауна в 21-й паре хромосом имеется третья дополнительная хромосома, в итоге их 47. Синдром Дауна наблюдается у одного из 600-1000 новорожденных. Причина, по которой это происходит, до сих пор не выяснена.

Дети с синдромом Дауна рождаются у родителей, принадлежащих ко всем социальным слоям и этническим группам, с самым разным уровнем образования. Вероятность рождения такого ребенка увеличивается с возрастом матери, особенно после 35 лет, однако большинство детей с этой патологией все-таки рождаются у матерей, не достигших этого возраста. Современные исследования показывают, что практически все дети с синдромом Дауна отстают в интеллектуальном развитии, но внутри этой категории их интеллектуальный уровень сильно различается – от легкой степени умственной отсталости до тяжелой (Л. Кулин, 2003, О.И. Пальмов, 2006, Л.Ю. Панарина, 2004).

Хотя бытует мнение, что все дети этой категории имеют глубокие интеллектуальные нарушения, что стало причиной устойчивого восприятия детей с этим синдромом, как детей, не подлежащих обучению.

Речь у особых детей появляется поздно и на протяжении всей жизни остаётся недоразвитой, понимание речи недостаточное, словарный запас бедный. Но, несмотря на тяжесть интеллектуального дефекта, эмоциональная сфера остаётся практически сохранённой. Они могут быть ласковыми, послушными, доброжелательными, могут любить, смущаться, обижаться, хотя иногда бывают раздражительными, злобными и упрямыми. Большинство из них любопытны и обладают хорошей подражательной способностью, что способствует привитию навыков самообслуживания и трудовых процессов.

Существует большая практика воспитания детей с Синдромом Дауна в специальных учреждениях и в условиях семьи. Опыт показывает, что многие из них способны к жизненно-практическому и элементарному трудовому обучению. Некоторые осваивают элементы грамоты и конкретного счета. Эти дети при правильном обучении и воспитании могут приспособиться к жизни в семье и обществе. Наблюдения за этими детьми, изучение их деятельности и поведения позволяют говорить о том, что при низких интеллектуальных способностях этих детей все же удастся выявить у них «элементы обучаемости», то есть более сохраненные компоненты познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, на которые могут опираться воспитатели в процессе коррекционной работы.

Дети с синдромом Дауна имеют те же права и должны иметь те же возможности для развития своего потенциала, что и все другие люди. Получая педагогическую помощь и необходимую социальную поддержку с самого рождения, они могут успешно развиваться, жить полной жизнью, быть достойными гражданами и полезными членами общества. Дети, страдающие нарушением интеллекта, способны выполнять простейшие виды домашних дел. Например, они могут вытирать пыль, убирать со стола и мыть посуду, поливать из детской лейки цветы и т.д. Эти обязанности надо периодически менять, чтобы поддерживать интерес к ним и развивать способность переключаться с одного вида деятельности на другой. Нужно всячески поощрять стремление ребенка с синдромом Дауна правильно выполнить работу, даже небольшие, подчас малозаметные успехи должны быть отмечены.

Дети с синдромом Дауна обучаемы. Это признанный факт во всем мире. Поэтому во многих странах рожденные с синдромом Дауна занимаются в обычных школах, а также имеют право работать. Но таким детям необходима индивидуальная программа развития и методика воспитания.

Помимо специальной программы, при обучении детям с синдромом Дауна нужна поддержка окружающих, доброжелательная и позитивная атмосфера вокруг.

В первую очередь, родители должны знать, что их малыш – необычный. Он все чувствует и понимает, но развивается медленнее остальных детей и реагирует иначе.

В России широкое распространение получило обучение детей с синдромом Дауна по методике «Маленькие ступеньки». Эта методика разработана в австралийском университете Маккуэри. Она применяется также во многих странах.

Программа охватывает определенные области развития:

- общую моторику;
- речь;
- двигательную активность;
- навыки тонкой моторики, самообслуживания, социальные навыки ребенка.

Методика обучения позволяет формировать какой-либо навык, умение, знание поэтапно. В нее же включено тестирование малышей.

В последние годы в работе с детьми с Синдромом Дауна получила распространение методика «Портаж».

Методика рассчитана на развитие не только малышей с синдромом Дауна, но и других детей-инвалидов.

Основной акцент делается на семью. Ее регулярно посещает специалист, который занимается с ребенком и с родителями. Он обучает их наблюдению за малышом, чтобы вовремя поощряли успехи и планировали совместно с ребенком новые цели.

По этой методике семье помогает целая команда, состоящая из руководителей проекта, специалистов, владеющих методикой, и специально подготовленных волонтеров из числа студентов, будущих медиков, психологов и педагогов.

У детей с синдромом Дауна при использовании данной методики развивается двигательная активность, речь, навыки самообслуживания.

Обучение детей с синдромом Дауна математике и развитие речи может быть достаточно успешным при использовании методики «Нумикон».

«Нумикон» – специально разработанная методика для обучения детей с синдромом Дауна основам математики. В ее основу легли игровые моменты. В набор для занятий входят обычные предметы для обучения, но в ярком раскрашенном виде: цветные панельки, карточки, штырьки и т.д.

Яркие краски, которыми расписаны цифры, привлекают внимание ребенка и улучшают его восприятие: он может сам трогать цифры, складывать и вычитать их. Осязаемая и наглядная математика – самый успешный метод обучения ребенка с синдромом Дауна. Ребенка с синдромом Дауна нужно обучать счету с помощью программы обучения числам от 1 до 5, где можно использовать:

- механический счет от (например, табло с цифрами);
- счет движущихся предметов (например, детские машинки)
- счет фиксированных предметов (например, можно использовать магнитную доску, с различными яркими магнитами)
- счет беспорядочно движущихся предметов (можно использовать детскую железную дорогу)
- счет фиксированных, но неупорядоченных предметов от 1 до 5; (например, на магнитную доску цифры прикреплять в разброс)
- механический счет путем называния чисел (обязательно называть числа по порядку)
- счет и определение размеров набора из 1-5 предметов (можно использовать любые знакомые ребенку игрушки разных размеров)
- называние по порядку чисел от 1 до 5.

Также при счете помимо игрушек можно использовать карточки с цифрами. Сюда также можно отнести:

- механический счет до предъявленного числа
- отбор карточек с числами от 1 до 5;
- отбор набора предметов, соответствующего карточке с числом от 1 до 5;
- сопоставление множеств (наборов) предметов с карточками от 1- до 10.

Когда ребенок с синдромом Дауна освоил программу обучения числам от 1 до 5 можно использовать ту же программу обучению счета от 1 до 10.

Еще один метод обучения детей с синдромом Дауна называется лекотека – «хранилище игрушек». Методика разработана шведскими учеными. Она включает в себя развитие не только детей, но и взрослых.

Родители должны быть также посвящены в педагогические тонкости данной методики. И если сначала развивающие игры с детьми проводят педагоги, то после эстафеты могут подхватить близкие и родители. Поэтому и проводятся для взрослых групповые тренинги.

Существуют нетрадиционные методы реабилитации детей с синдромом Дауна:

1. Иппотерапия – езда на лошадях, которая является хорошим средством воздействия на двигательные рефлексы ребенка, при этом вырабатывается правильная осанка и развивается мускулатура. Обязательное условие для иппотерапии – езда на неоседланной лошади под руководством инструктора. Кроме положительного влияния на физическое развитие, общение с лошастью влияет на психоэмоциональный уровень ребенка.

2. Эффективным методом реабилитации детей с синдромом Дауна является йога. Однако из-за чрезмерной подвижности суставов даунят, специалист по йоге больше внимания уделяет увеличению мышечной силы, развитию координации движений и силе ног. Йога оказывается замечательным средством для развития внимания, обретения знаний, обучения счету. Благодаря занятиям йогой дети учатся правильно дышать, концентрировать внимание, чувствовать свое тело и ощущать себя в пространстве. При этом даунята получают необходимую физическую нагрузку в игровой форме.

3. Музыкотерапия – это лечение музыкой. К музыке невозможно остаться равнодушным, ее любят все, дети с синдромом Дауна не являются исключением. Благодаря движению под музыку у детей с синдромом Дауна улучшается координация движений, вырабатывается внимание, развивается память. Влияние музыки на мозг человека изучается, и уже установлено, что она оказывает на него благотворное воздействие, является прекрасным психотерапевтическим методом реабилитации.

4. Канистерапия – лечение специально обученными собаками определенной породы, которые живут в семье с больным ребенком, для помощи ему. Общение с собакой помогает ребенку раскрыться, обрести уверенность в себе. Он начинает больше двигаться и говорить.

5. Дельфинотерапия – метод реабилитации детей с синдромом Дауна с помощью дельфинов. Дельфины очень дружелюбные существа. Они

подталкивают ребенка к общению, используя весь имеющийся у них арсенал звуков, которые воздействуют на организм ультразвуковыми, виброакустическими волнами. В результате такого воздействия происходит массаж на клеточном уровне. Влияние дельфинотерапии оказывает положительное влияние на психоэмоциональную сферу ребенка. Он становится более открытым и общительным, развивается память, внимание, речь.

Вместе с тем, прежде чем начать заниматься любым нетрадиционным методом реабилитации с ребенком с синдромом Дауна необходимо проконсультироваться со специалистами.

В странах Европы давно введена практика обучения детей с синдромом Дауна в обычных школах, но программа для них индивидуальная. Существуют также коррекционные образовательные дошкольные учреждения, которые рассчитаны на малышей с ограниченными возможностями, с нарушениями интеллекта.

Педагоги вместе со специалистами по коррекционному обучению постоянно разрабатывают и обновляют учебную программу в зависимости от уровня развития и индивидуальных возможностей ребенка. Обучение детей с синдромом Дауна школьного возраста обычно проходит в специальных коррекционных школах.

РАЗДЕЛ 3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

3.1. Общие рекомендации

Для детей с ограниченными возможностями здоровья необходимы изменения способов подачи информации или модификации учебного плана с целью более успешного освоения образовательной программы. Необходимо предоставление особых образовательных условий: изменения темпов деятельности, формы выполнения задания, его организации, способов представления результатов.

Необходимые изменения способов подачи информации и модификации должны быть включены в индивидуальный образовательный маршрут воспитанника. Эти изменения следует применять так, чтобы они отражали индивидуальные нужды детей с особыми потребностями, причем очень важно также узнавать мнение самих детей о том, в чем именно они нуждаются.

Рекомендации по поводу коррективов в образовательной программе, возможных изменений на занятиях и в деятельности и возможных поведенческих ожиданиях, которые нужно принять во внимание при обучении детей с особыми образовательными потребностями.

В процессе обучения педагогу следует:

- использовать четкие указания;
- поэтапно разъяснять задания;
- учить последовательно выполнять задания;
- повторять инструкции к выполнению задания;
- демонстрировать уже выполненное задание (например, рисунок, поделка);

В образовательном процессе использовать различные виды деятельности:

- чередовать познавательную деятельность и физкультурные паузы;
- предоставлять дополнительное время для завершения деятельности;

Способы оценки достижений ребенка: акцентировать внимание на положительных результатах.

В организации образовательного процесса необходимо:

- использовать вербальные поощрения;
- свести к минимуму наказания за невыполнение правил; ориентироваться более на позитивное, чем негативное;
- составлять планы, позитивно ориентированные и учитывающие навыки и умения дошкольника;
- предоставлять ребенку права покинуть рабочее место и уединиться, когда этого требуют обстоятельства;
- разработать кодовую систему общения (слова, жесты), которая даст ребенку понять, что его поведение является недопустимым на данный момент;
- игнорировать незначительные поведенческие нарушения;
- разработать меры вмешательства в случае недопустимого поведения, которое является непреднамеренным;
- осваивать знания об изменениях в поведении, которые предупреждают о необходимости применения медикаментозных средств или указывают на переутомление ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

3.2. Рекомендации воспитателям по работе с аутичным ребенком

1. Логика аффективного развития аутичного ребенка в силу тех патологических условий, в которых оно проходит (изначальная слабость тонуса и сверхчувствительность), отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающих его психический тонус и заглушающих постоянно возникающий дискомфорт, хроническое состояние тревоги и массивные страхи. Поскольку линия механической аутостимуляции выражена сильнее, взрослому необходимо подключаться к ней и постепенно, уже изнутри, наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

2. Вступая во взаимодействие с ребенком, нужно адекватно оценивать его реальный «эмоциональный» возраст. Необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями

3. Основная психическая нагрузка в воспитании ребенка ложится на его мать. Поэтому нужна регулярная помощь в виде конкретных коррекционных приемов в работе с ребенком, наметить закономерные этапы психологической коррекции и обучения.

4. Говоря о помощи семье аутичного ребенка в его обучении и воспитании, крайне важно понять, как складываются отношения близких с таким ребенком в таких непростых условиях, какой положительный и отрицательный опыт они уже приобрели в контактах с ним, как они сами оценивают свой опыт, каким им представляется динамика психического состояния ребенка и дальнейшие перспективы.

3.3. Рекомендации воспитателям по работе со слабовидящими детьми

1. Воспитатель должен знать индивидуальные особенности функционирования зрительной системы воспитанника. Дети с нарушением зрения при одинаковом состоянии зрительного анализатора (при одинаковой остроте и поле зрения) отличаются друг от друга возможностями его использования: один может выполнять действия и задания с опорой на зрение, другой – на осязание, третий – на осязание и зрение.

2. В случае если у ребенка нет светобоязни, и он нуждается в дополнительном освещении, рабочее место должно быть освещено настольной лампой с регулятором степени освещенности, поскольку количество света, необходимое для нормального функционирования зрения, зависит как от общей освещенности групповой комнаты, так и от функционального состояния зрительного анализатора ребенка. Если у воспитанника наблюдается сильная светобоязнь, его нужно посадить спиной к окну или закрыть окно шторой. При наличии светобоязни на одном глазу, ребенку следует сидеть так, чтобы свет падал с противоположной стороны.

3. В процессе выполнения работы за столом, необходимо следить за осанкой ребенка с нарушением зрения. Расстояние от глаз воспитанника до рабочей

поверхности должно быть не менее 30 см. Для рассматривания иллюстративного материала, чтения можно использовать подставки.

4. Педагогу следует знать, что оптимальная нагрузка на зрение у слабовидящих детей составляет не более 5-10 минут непрерывной работы, для воспитанников с глубоким нарушением зрения, в зависимости от индивидуальных особенностей, она не должна превышать 10-15 минут.

5. Педагогу следует помнить, что темп продуктивной деятельности и рассказывания слепого или слабовидящего ниже.

6. Речь педагога должна быть выразительной и точной, необходимо проговаривать все, что он делает, пишет, рисует или когда проводит опыт.

7. Работу по обогащению словаря ребенка следует проводить на каждом занятии, а не только на занятиях по развитию речи, т.к. для многих слабовидящих характерен вербализм, который объясняется обедненностью опыта и отсутствием за словом конкретных представлений.

8. Необходимо проводить специальную работу по ориентировке. Работу по обучению ориентированию следует вести на всех занятиях, где материал позволяет усвоить и закрепить соответствующие знания. Это возможно при работе с книгой, с планом, на занятиях по рисованию и физической культуре. При этом важно использовать все сохранённые и нарушенные анализаторы.

3.4. Рекомендации воспитателям по созданию оптимальных условий в организации образовательного процесса при работе с детьми, имеющими нарушения вследствие церебрального паралича

1. На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима:

- фиксация в специальном стуле, удерживающем вертикальное положение ребенка сидя или стоя;

- применение утяжелителей для детей с размахистыми гиперкинезами (насиловственными движениями), осложняющими захват предмета (ручки, книги или др.) или другую учебную деятельность (например, чтение, т.к. гиперкинезы мешают фиксации взгляда и прослеживанию строки);

- обязательный перерыв в занятии на физкультминутку.

2. В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи карандаш сверху от листа; найди режимный момент на календаре и т.д.).

3. Для детей с усиленным слюнотечением требуется контролирующая помощь со стороны педагога с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки – контроля за слюнотечением.

4. Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания или попытке его выполнить).

5. Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать речевой ответ.

6. На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

7. Необходима адаптация объема и характера образовательной программы к познавательным возможностям детей, для чего необходимо систему изучения той или иной образовательной области программы значительно детализировать: материал преподносить небольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий.

8. Для успешного усвоения материала образовательной программы необходима педагогическая коррекционная работа по нормализации их деятельности, которая должна осуществляться во всех формах взаимодействия с ребенком.

9. Особое место должен занять ручной труд, рисование, так как, на них значительное место занимает деятельность по наглядно-предметному образцу, что позволяет формировать обобщенные приемы умственной работы.

10. Необходимо учить детей проверять качество своей работы, как по ходу её выполнения, так и по конечному результату; одновременно нужно развивать потребность в самоконтроле, осознанное отношение к выполняемой работе.

11. В случаях, когда по своему психическому состоянию ребенок не в силах включиться в деятельность, материал следует рассмотреть в индивидуальной работе.

12. Для предупреждения быстрой утомляемости или снятия её, целесообразно переключать детей с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий.

13. Интерес к занятиям и хороший эмоциональный настрой детей поддерживать использованием красочного дидактического материала, введением игровых моментов.

14. Исключительно важное значение имеют мягкий доброжелательный тон педагога, внимание к ребёнку, поощрение его малейших успехов.

15. Каждому родителю необходимо дать рекомендации по воспитанию, обучению, коррекции недостатков в развитии с учётом возрастных, индивидуальных и психофизических возможностей их детей.

3.5. Рекомендации воспитателям, обучающим детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

1. Ознакомьтесь с информацией о природе и симптомах синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, обратите внимание на особенности его проявлений во время пребывания ребенка в образовательном процессе.

2. Для улучшения организации деятельности ребенка используйте простые средства – пиктограммы, мнемотаблицы, схемы, часы со звонком.

3. Во время занятий важно ограничивать до минимума отвлекающие факторы.

4. В случае затруднений при выполнении действия или задания ребенку должна быть предоставлена возможность обратиться за помощью к педагогу.

5. Задания следует разъяснять персонально и обозначать наглядно, – ни в коем случае не сопровождая ироничным пояснением.

6. Детям с синдромом гиперактивности нельзя делать резкие замечания, говорить «сядь ровно», «не крутись», «не бегай».

7. Занятия необходимо строить по четко спланированному распорядку. На определенный отрезок времени ребенку дается лишь одно задание. Большое задание предлагается выполнить последовательно в виде частей, и педагог должен периодически контролировать ход работы над каждой из них, внося необходимые коррективы.

8. Обеспечивайте для ребенка индивидуальные условия, которые помогают ему быть более организованным. Например, через 10-минутные интервалы разрешайте ему вставать и ходить по группе.

9. Предусматривайте двигательные «разрядки» в течение дня.

10. Поощряйте ребенка, например, если ребенок хорошо себя вел на занятии или в самостоятельной деятельности.

11. Обеспечьте для ребенка возможность быстрого обращения за помощью. Выполняя задание, такие дети часто не понимают, что и как они делают. Не ждите, пока деятельность ребенка станет хаотичной, вовремя помогите ему правильно организовать, работу.

12. Придерживайтесь позитивной модели поведения. Не стесняйтесь хвалить ребенка, дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью более других нуждаются в похвале.

3.6. Рекомендации воспитателям по оптимизации обучения детей с ММД

Интенсивный темп занятия может приводить к ухудшению общего соматического состояния детей, замедлять процесс физиологической нормализации работы мозга, усиливать его дезорганизацию. Необходимо избегать переутомления детей в течение всего рабочего дня.

- Лучше, чтобы эти дети вообще как можно меньше занимались статической деятельностью, требующей высокого уровня усидчивости. Такая деятельность должна проходить довольно быстро и не вызывать напряжения.

- Обратит пристальное внимание на развитие мелкой моторики раскрашиванием, штрихованием, мозаикой, заданиями по методу Монтессори и т.п.

- Использовать системность подачи информации, которая создает системно организованную память, облегчает поиск необходимой информации, развивает мышление. Форма подачи информации должна быть алгоритмичной, четкой. Должна соблюдаться лаконичность формулировок, оформления, иллюстраций, которые не должны содержать ничего лишнего, незначущего, отвлекающего.

- Необходимо показывать, рассказывать, совместно обыгрывать ту информацию, которая должна быть усвоена ребенком. При этом не следует требовать ответов, спрашивать, что ребенок запомнил. Учебные демонстрации и рассказы должны быть короткими (2-3 минуты), быстрыми, каждый раз частично обновляться, чтобы не ослабевал интерес. В конце «работы» надо обязательно хвалить ребенка независимо от того, демонстрировал он свои знания и умения или только смотрел, слушал и повторял. Запоминание на самом деле идет прекрасно, когда от ребенка не требуют воспроизвести все, что он должен запомнить, и у него нет страха забыть что-то, оказаться несостоятельным и получить неодобрение взрослых.

- При объяснении любого задания надо давать детям точный алгоритм действий, уметь выделять сущность. Следует использовать короткие, четко построенные фразы. Желательно разрабатывать графическое изображение алгоритма для каждой темы и давать его детям наглядно.

- Обстановка в группе в целом и на занятиях должна быть свободной и непринужденной. Нельзя требовать от детей невозможного: самоконтроль и соблюдение дисциплины, исключительно сложны для ребенка с ММД. Искренние попытки ребенка соблюдать дисциплину (правильно сидеть, не вертеться, не разговаривать и т.д.) и переживания по поводу того, что это никак не получается, еще быстрее приводят к переутомлению и потере работоспособности. Когда на дисциплине не заостряется внимание, а освоение материала образовательной программы происходит в естественных для ребенка видах деятельности, дети ведут себя спокойнее и более продуктивно работают.

- Если педагог видит, что ребенок «выключился», сидит с отсутствующим взглядом, то в этот момент его не надо трогать: ребенок все равно будет не в состоянии разумно отреагировать.

- При проведении игры и других активных форм нужно помнить, что сильные и яркие эмоциональные впечатления могут дезорганизовать деятельность детей.

- Для детей с ММД не подходят традиционно используемые методы эмоционального включения в деятельность.

- Не использовать сильные отрицательные эмоции в обучении детей с ММД, которые снижают способность к обучению.

- Монотонная неинтересная работа утомляет детей с ММД.

- У детей с ММД часто возникает проблема с закреплением материала, переводом его из кратковременной, оперативной памяти в долговременную. Для закрепления материала деятельность должна быть построена так, чтобы на ее протяжении варьировался один и тот же алгоритм или тип задания.

3.7. Рекомендации педагогам по работе с детьми с сахарным диабетом

Памятка для воспитателя

1. Ребенок с СД всегда должен иметь в доступном месте при себе глюкозу (сахар или сладкий напиток), особенно в группе, во время спортивных

соревнований, занятий физкультурой, во время игр, экскурсий, развлечений, праздников.

2. Убедитесь в том, что другие педагоги знают о диабете вашего воспитанника, постарайтесь сделать так, чтобы к нему правильно относились взрослые и сверстники.

3. Если ребенку с СД нездоровится, сразу сообщите об этом медицинскому персоналу ДОО и родителям воспитанника.

4. Никогда не задерживайте очередной/необходимый укол или момент, когда ребенок должен перекусить.

5. Не игнорируйте ребенка, если он обращается к вам и говорит, что в отношении его нужно что-то предпринять. Ребенок учится чувствовать особенности проявления своей болезни, поэтому прислушайтесь к нему и примите правильное решение.

6. Иногда ребенок с диабетом пьет чаще, чем другие здоровые дети. Это вызвано повышением уровня сахара в крови. Не думайте, что он хочет пошутить над вами, когда жалуется на жажду или часто отпрашивается в туалет.

7. Постарайтесь сделать так, что дети с СД принимали участие в большинстве мероприятий ДОО. Конечно, это требует большого внимания и организационных хлопот, часто педагогу легче запретить ребенку с диабетом участвовать в праздниках, викторинах, соревнованиях, спектаклях и т.п. Но тогда ребенок останется один на один со своей болезнью, будет ограничен рамками, а ему нужны такие жизненные ситуации, в которых он получал бы опыт, обеспечивающий ему становление способности самому справляться со своим недугом. Если запланировано какое-либо мероприятие, можно пригласить родителей (бабушку/дедушку) ребенка принять участие в нем – они смогут помочь воспитателю и ненавязчиво проконтролировать ребенка. Проявив терпение, внимание и такт, вы поможете вашему воспитаннику адаптироваться к окружающему миру, не бояться болезни, а научиться управлять ею.

Памятка для педагога-психолога

Важнейшей задачей является проблема психологической реабилитации ребенка с диабетом. Она имеет два непростых аспекта: как правильно подготовить сверстников и объяснить, что ребенок болен диабетом (почему он должен есть в определенное время, что такое «гипо», как помочь ему в критической ситуации и т.д.) и как помочь ребенку чувствовать себя равным в группе здоровых сверстников.

Хороший контроль за течением диабета возможен лишь при балансе между дозой инсулина, питанием и физической нагрузкой. Однако у детей с СД, даже у тех, кто тщательно следит за этим балансом, не исключены случаи внезапной гипогликемии и, наоборот, резкого повышения уровня сахара в крови. Они часто нуждаются в психологической поддержке, должны чувствовать, что не одиноки, а являются частью коллектива сверстников. Поэтому огромное значение приобретает слаженная работа всех участников образовательных отношений.

Очень важна психологическая поддержка семьи. Чаще всего родители считают главным следить только за физическим состоянием ребенка, упуская многие важные моменты его психики. Их не следует за это винить – контроль за

течением болезни и поддержание стабильного состояния требуют очень много усилий и времени. Следует подсказать им, чем живет ребенок в данном возрасте, что для него является главным в жизненной ситуации в тот или иной момент его развития.

Памятка для музыкального руководителя, воспитателя по физической культуре

Творческая деятельность и физические нагрузки не запрещены ребенку, напротив, в умеренных объемах и под контролем музыкально-ритмические движения, спорт и физические упражнения ему показаны.

1. Перед началом занятий и после них следует убедиться, что ребенком был проверен уровень сахара и что он поел, при необходимости.

2. Если занятие проходит на свежем воздухе необходимо иметь при себе продукты для купирования «гипо» (сахар, пепси, сок) и дополнительную еду.

3. Не отправляйте ребенка из спортивного зала или со спортивной площадки в группу одного, без сопровождающего.

4. Если ребенок участвует в постановках, спортивных соревнованиях или других мероприятиях, следует чаще обращать на него внимание, контролируя его состояние.

5. Во время «гипо» следует срочно остановить занятие и не продолжать до тех пор, пока гликемия полностью не пройдет.

3.8. Коррекционно-педагогическая помощь детям до и после кохлеарной имплантации

Прогресс техники, медицины, достижения науки и применение новейших технологий за последние десятилетия позволили разработать новый способ оказания помощи глухим детям – метод многоканальной кохлеарной имплантации (И.В. Королева, Э.И. Миронова, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе, и др.). Кохлеарная имплантация – система мероприятий, направленных на улучшение слуха глухих людей. Аппарат КИ, как устройство для слушания, впервые внедрен в использование в 1980-ых годах для глухих людей, которым не помогают самые мощные слуховые аппараты.

Как считают ведущие ученые Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования (Т.Г. Гвелесиани, С.Я. Косяков, Т.А. Таварткиладзе): в настоящее время единственным способом реабилитации детей с глухотой является кохлеарная имплантация. В мире насчитывается уже более 20 000 человек, использующих вживленные кохлеарные протезы. Кохлеарная имплантация успешно проводится во всем мире уже более тридцати лет, в России операции по проведению КИ реализуются с 1991 году. С 2003 года программа кохлеарной имплантации нашла поддержку в России на государственном уровне – в федеральную программу "Дети - инвалиды" включена статья по обеспечению нуждающихся детей в кохлеарной имплантации.

Кохлеарная имплантация, как аппарат подразумевает вживление электродных систем во внутреннее ухо с целью восстановления слухового

ощущения путем непосредственной электрической стимуляции афферентных волокон слухового нерва (И.В. Королева, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе и др.). Все аппараты кохлеарной имплантации представляют собой биомедицинские электронные устройства, обеспечивающие преобразование звуков в электрические импульсы с целью создания слухового ощущения путем непосредственной стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва. При этом кохлеарный имплант обычно обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 30-40 дБ по отношению к порогам слышимости, т.е. обеспечивает возможности практически нормального восприятия речи во всем частотном диапазоне.

По мнению ученых (Борисенко О.Н., И.В. Королева, Э.И. Миронова, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе, Сребняк И.А., Сушко Ю.А., Холоденко Т.Ю., Чемеркина В.В.) кохлеарная имплантация – это система мероприятий включающая:

- отбор детей (определение показаний и исключение противопоказаний к проведению КИ); проведение хирургической операции;
- первое включение речевого процессора и его настройка; послеоперационная слухоречевая реабилитация.

Прохождение ребенком всех этапов системы кохлеарного имплантирования требует согласованной работы различных специалистов, группу которых обычно составляют: хирург, сурдолог, логопед, сурдопедагог, техник-акустик. Другие специалисты (медиатор, радиолог, психолог и др.) при необходимости также могут входить в состав группы.

Все эти профессионалы должны сотрудничать, чтобы выявить все особенности развития ребенка и поддержать слухоречевые способности.

Определяя психолого-педагогические основы оказания коррекционно-педагогической помощи глухим детям, рассмотрим содержание коррекционно-педагогической помощи детям дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Наиболее важный этап кохлеарной имплантации – оказание коррекционно-педагогической помощи детям после КИ, включающей формирование и развитие слухоречевых навыков. По мнению отечественных и зарубежных ученых длительность и содержание послеоперационных коррекционно-педагогических мероприятий зависят от:

- возраста ребенка
- возраста потери слуха
- интервала времени между потерей слуха и КИ
- от индивидуальных особенностей ребенка.

На эффективность развития слухового восприятия у детей после кохлеарной имплантации влияет ряд этиологических факторов (Конференция «Развития кохлеарной имплантации для взрослых и детей» проходившая в Америке 15-17 мая 1995г.), базовыми среди которых являются:

продолжительность глухоты и возраста начала глухоты. При этом отечественные (Л.В. Андреева, И.В. Королева, В.И. Пудов) и зарубежные ученые (М.М. Baptista, A.G. Bell, L. Birkenshaw-Fleming, N. Caleffe-Schenck, C. Flexer, B. Godfrey, E. Garcia, W. Estabrooks, L. Katz, Mohammad J.A. Makhdoum, J. Marlowe, K. MacIver-Lux, M.E. De Melo) классифицируют детей (по возрасту начала

глухоты) на следующие группы: дети с врожденной глухотой (prelingual) – возникновение снижения слуха до начала развития речи ребенка (предязыковое); дети с ранней приобретенной глухотой (perilingual) – возникновение снижения слуха во время развития речи ребенка; дети с поздней приобретенной глухотой (postlingual) – возникновение снижения слуха после завершения сензитивного этапа развития речи ребенка (постязыковой).

Ученые полагают, что дети или взрослые с постязыковым началом глухоты достигают более высокого уровня развития слухового восприятия, чем дети или взрослые с предязыковыми или perilingual временем возникновения снижения слуха. Другим значимым фактором, влияющим на эффективность развития слухового восприятия у детей после кохлеарной имплантации, является продолжительность глухоты. Зарубежные ученые полагают, что остатки слуха для детей после кохлеарной имплантации играют важную роль для развития их слухового восприятия и речи: важен слуховой опыт детей и возможность использования слухового аппарата на ухе без КИ. Как отмечают ученые, коррекционно-педагогическая помощь детям после КИ включает: адекватную настройку речевого процессора, развитие восприятия окружающих звуков и речи, формирование и развитие устной речи. И.В. Королева, Э.И. Миронова, Francis H.W., Geers A.E., Koch M.E., Moog J.S., Niparko J.K., Wyatt J.R. отмечают, что чем быстрее у детей после КИ развивается слуховое восприятие, тем более быстро и легко они овладеют устной речью. При этом, уровень слухового восприятия речевого развития детей после КИ выше, чем у детей с обычными слуховыми аппаратами. Это обуславливается улучшенным слуховым восприятием детей после КИ и интенсивной программой психолого-педагогической слухоречевой реабилитации, так как КИ обеспечивают ценную обратную связь, необходимую для становления речи.

В связи с этим, основным подходом в оказании коррекционно-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации в России и за рубежом является слухоречевой подход к ее проведению. Цель слухоречевого подхода – свободное восприятие глухим ребенком окружающих звуков и речи. Основа слухоречевого подхода состоит в том, чтобы язык и речь изучались ребенком через развитие слухового восприятия. Данный подход базируется на том, чтобы научить ребенка воспринимать звуки окружающей среды, приводя к естественному развитию речи и языка, а слухоречевая практика требует, чтобы с ребенком взаимодействовали через разговорный язык и создавали слухоречевую окружающую среду.

3.8.1. Принципы коррекционно-педагогической помощи

1. Принцип коммуникативной направленности доказывают, что без специального обучения даже при высоком развивающем потенциале речевой среды, в которой находятся дети после КИ, успешное овладение устной речью, родным языком для них невозможно. В связи с этим данный принцип ориентирует на необходимость организации практики речевого общения и выступает как способ овладения языком. Кроме того, он предполагает максимальное приближение обучения устной речи на индивидуальных занятиях, при организации свободной деятельности малышей к условиям естественного

общения. При этом система работы по формированию и развитию устной речи детей после КИ, побуждая их к общению, актуализирует потребность быть понятым взрослым через использование доступных для них средств языка. Кроме того, в условиях целенаправленной организации практики речевого общения они учатся выделять звуки и синтезировать их в слоги, слова и предложения, в чем им помогает кохлеарный имплант. При таком произвольном запоминании употребления единиц языка формируется языковое чутье, или «чувство языка». По определению Л.И. Божович «чувство языка» возникает произвольно, как побочный продукт деятельности, которая направлена на овладение практикой речевого общения. Речевой опыт глухих детей после КИ, формируемый таким образом, включает, во-первых, практическое владение родным языком, во-вторых, «эмпирические обобщения наблюдений над языком, сделанные его носителем независимо от специальных знаний о языке», что соответствует «чувству языка». Е.Д. Божович. Развитие языковой компетенции школьников: проблемы и подходы //Вопросы психологии. №1. 1997. С. 37.

2. Деятельностный принцип, в рамках которого речь рассматривается как деятельность. Её компоненты: цели, мотивы, речевые действия и средства. Одной из особенностей речевой деятельности, свойственной детям младшего дошкольного возраста, является слияние целей и мотивов речевого общения, а также перемещение речевого мотива в выполняемую им деятельность, например, в игровую. Использование разнообразных видов деятельности формирует у детей потребность в овладении речью. Наличие мотива – важное условие, как для восприятия речи, так и для активного пользования, ею в общении. В результате этого овладение речью происходит в условиях постоянно расширяющейся речевой практики, стимулирующей накопление словарного запаса, усвоение фонетических и грамматических норм языка.

3. Генетический принцип предусматривает необходимость учета общих закономерностей развития речи на этапах онтогенеза. В связи с этим особенности коррекционно-педагогической помощи определяются нами исходя из значимости сензитивного периода речевого развития. На этой же основе осуществляется выбор применяемых методов воздействия, совпадающих с естественными способами стимуляции речевого развития ребенка.

3.8.2. Комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика детей до кохлеарной имплантации (О.В. Зонтова)

При разработке методики проведения комплексной диагностики мы опирались на уже существующие в отечественной науке методики исследования детей с нарушенным слухом А.А. Венгер, Г.Л. Выготской, И.В. Королевой, Е.П. Кузьмичевой, Э.И. Леонгард, Т.В. Николаевой, Т.В. Пельмской, Н.Д. Шматко и Е.З. Яхниной. Комплексное диагностическое обследование проводилось с учетом двух составляющих и включало сбор сведений, влияющих на уровень развития слухового восприятия и устной речи детей:

1. Медицинский аспект комплексного диагностического обследования.

Во-первых, при проведении комплексного диагностического обследования медицинского аспекта нами изучалось наличие (или отсутствие) в анамнезе сложных нарушений. При изучении сочетанных нарушений в анамнезе ребенка

мы учитывали наличие других первичных нарушений: зрения, движений, интеллекта. При изучении зрения детей нами использовались заключения офтальмолога; при изучении движений и интеллекта – заключения невропатолога и психоневролога. Для установления или исключения сочетанной симптоматики нарушенного развития нами использовались данные из медицинских карт детей.

Во-вторых, при проведении комплексного диагностического обследования медицинского аспекта нами изучались причины нарушения слуха (наследственная или приобретенная глухота, этиология глухоты). Устанавливая причины нарушения слуха, нами использовалась классификация М.Я. Козлова и А.Л. Левина.

В-третьих, при проведении комплексного диагностического обследования медицинского аспекта нами изучались особенности слухопротезирования, которые мы рассматривали: использование слухового аппарата, бинауральность протезирования, длительность использования аппарата, эффективность слухопротезирования.

2. Психолого-педагогический аспект комплексного диагностического обследования.

Развитие слухового восприятия

При проведении комплексного диагностического обследования психолого-педагогического аспекта, прежде всего, нами изучался уровень развития слухового восприятия. При проведении исследования слухового восприятия глухих детей младшего дошкольного возраста мы опирались на существующую в отечественной сурдопедагогике методику педагогического обследования слуховой функции, включающую изучение неречевого и речевого слуха детей. Для изучения развития слухового восприятия глухих детей младшего дошкольного возраста нами была разработана программа обследования, включающая четыре серии заданий.

Задания первой серии позволяли осуществить изучение особенностей слуховых ощущений детей (наличие условной двигательной реакции) неречевых и речевых сигналов. Исследование слуховых ощущений неречевых и речевых сигналов предусматривало определение условной двигательной реакции на звук. Для этого нам использовались зрительные, тактильно-вибрационные и звуковые сигналы. При этом основой диагностики слухового восприятия ребенка служит контроль наличия реакции на другие сенсорные сигналы (зрительные и тактильно-вибрационные). Источником визуальных сигналов служил видимый для ребенка удар по барабану; кинестетических – невидимый для ребенка стук по стулу, на котором он сидит; аудиальных: невидимый для ребенка низкочастотный неречевой звук (барабан), невидимый для ребенка среднечастотный неречевой звук (гармошка), невидимый для ребенка высоко частотный неречевой звук (свисток), невидимый для ребенка низкочастотный речевой звук (у, о), невидимый для ребенка средне частотный речевой звук (ш, н), невидимый для ребенка высоко частотный речевой звук (с, ц).

Одновременное использование неречевых и речевых сигналов вызвано необходимостью отдельной оценки реакции ребенка на речевые звуки разговорной громкости и более громкие неречевые звуки. В процессе обследования педагог выявлял условную двигательную реакцию ребенка на

видимые сигналы, вибрацию и неречевые и речевые сигналы на различном расстоянии сначала при использовании электроакустической аппаратуры, при наличии стойких реакций на звуковые сигналы – без нее. Проявление условной двигательной реакции выражалась в том, что в момент предъявления сигнала ребенок реагировал на него определенным действием (клат кубик в кузов машины, нанизывал кольцо на стержень пирамиды и др.).

При нестойкой реакции или ее отсутствии на сигналы ребенок действовал неуверенно, его реакция часто не совпадала с сигналом. Нами постоянно менялась длительность паузы между сигналами, и предлагались ребенку для восприятия ложные сигналы. При этом педагог следил, чтобы ребенок не увидел через зеркало или полированную мебель, как и когда педагог воспроизводит звуки. В протоколе хода обследования отмечался характер (звуковой, видимый, вибрация) сигнала и наличие условной двигательной реакции ребенка.

Второй серии – восприятия звуков окружающего мира: бытовые шумы (звонок и стук в дверь, звонок телефона, стук упавшего предмета, звон посуды, звук работающего пылесоса, дрели и др.); звуки улицы (шум и сигналы транспорта, завывание ветра, шум дождя, листьев, моря и др.); голоса животных и птиц; неречевые звуки, издаваемые человеком (кашель, чихание, смех, храп и др.). В протоколе хода обследования, который представлен анкетой, родителями отмечалась способность ребенка воспринимать окружающие звуки в слуховом аппарате и без него. Для достоверности оценки полученных результатов нами обследовалась способность воспринимать глухими детьми окружающие звуки посредством магнитофонных и CD записей и компьютерной игры «Dexi» фирмы «Widex».

Задания третьей серии позволяли выявить особенности различения отдельных характеристик звучаний: различение между собой речевых и неречевых сигналов, неречевых и речевых звуков по их количеству, по длительности, по громкости, по высоте, локализация источника звучания в пространстве. Источником сигналов служили доступные для восприятия ребенка неречевые и речевые звуки для оценки сформированности способности к различению сигналов на слух. При выявлении способности ребенка к различению звуков педагог использовал неречевые и речевые звуки и соответствующие им схематичные изображения: речевые и неречевые звуки между собой (речь, музыка); по количеству звучаний (звук барабана, «прыг-прыг-прыг»); по длительности (звук трещотки, «А», «А_____»); по громкости (звук барабана, «А», «а»); по высоте звучаний (звук барабана, гармошки, свистка, «У», «Ш», «Ц»); по локализации звуков (звук барабана, гармошки справа, слева, сверху и снизу). Сигналы при выборе из двух воспринимались ребенком при использовании электроакустической аппаратуры, при наличии стойких реакций на звуковые сигналы - без нее. Стойкая реакция различения сигналов выражалась в том, что в момент предъявления звука ребенок реагировал на него показом соответствующего сигналу схематичного изображения. При нестойкой реакции или ее отсутствии на сигналы ребенок действовал неуверенно, его реакция часто не совпадала с содержанием сигнала. В протоколе хода обследования отмечался характер сигнала и наличие реакции различения звуков ребенком.

Четвертая серия заданий позволяет оценить характер восприятия ребенком на слух речевого материала: слов, поручений, вопросов и связных высказываний. Рассматривая особенности восприятия на слух речевого материала глухими детьми младшего дошкольного возраста, нами использовалось различение и опознавание ребенком речи соответственно в ситуации наглядного выбора и вне ситуации наглядного выбора. Для этого нами использовались различные речевые сигналы, которые предлагались ребенку для их различения, опознавания и распознавания. Слова использовались нами для предъявления при различении сигналов, а поручения, вопросы и связные высказывания для их опознавания и распознавания на слух. При получении данных о способностях ребенка к различению речевых сигналов нами использовалось восприятие им на слух различных по фонетическому составу групп слов: слова с разным количеством слогов, многосложные слова с разным местом ударения, односложные слова, многосложные слова с одинаковым местом ударения.

Выявляя способности ребенка к различению речевых звуков, педагог использовал слова и соответствующие им изображения (картинки). Слова при выборе из двух, трех или четырех воспринимались ребенком. Стойкая реакция различения слов выражалась в том, что в момент его предъявления ребенок реагировал на него показом соответствующей картинки. При получении данных о способностях ребенка к опознаванию речевых сигналов

2 Схематичные изображения звуков нами использовалось восприятие им на слух знакомых фраз вне ситуации наглядного выбора: часто употребляемые вопросы и простые поручения.

Выявляя способности ребенка к опознаванию речевых звуков, педагог использовал устные высказывания за экраном без их изображений. В протоколе хода обследования отмечался характер речевого сигнала и наличие реакции различения или опознавания звуков ребенком. При получении данных о способностях ребенка к распознаванию речевых сигналов нами использовалось восприятие им на слух незнакомых фраз вне ситуации наглядного выбора – свободной фразовой речи. Выявляя способности ребенка к распознаванию речевых звуков, педагог использовал устные высказывания, воспринимаемые ребенком только на слуховой основе.

В протоколе хода обследования отмечался характер речевого сигнала и наличие реакции распознавания звуков ребенком.

Развитие речи

При проведении комплексного диагностического обследования психолого-педагогического аспекта, во-вторых, нами изучался уровень развития устной речи. При проведении исследования особенностей речевого развития глухих детей младшего дошкольного возраста, мы опирались на существующую в отечественной сурдопедагогике методику педагогического обследования, предполагающую изучение языковой способности детей.

При изучении языковой способности детей до кохлеарной имплантации (в связи с отсутствием устной речи у детей) мы исследовали имеющиеся речевые способности глухих детей (с целью определения особенностей развития паралингвистических умений в связи с отсутствием речевых средств у глухих детей) и сразу после включения и первой настройки речевого процессора.

Изучение особенностей паралингвистического компонента языковой способности было включено в программу обследования детей до КИ в связи с отсутствием устной речи у них. При этом нами выявлялись уже сформированные у ребенка средства взаимодействия, на базе которых возможно развитие устной речи.

Дословесные средства общения – протоязык (Е.И. Исенина, С.Н. Цейтлин) включают в себя звуки (вокализации), мимику, движения тела, жесты и взгляды. Содержание диагностического обследования уровня развития языковой способности глухих детей младшего дошкольного возраста включает разработанную нами программу обследования речи, включающую изучение особенностей паралингвистического компонента, исследование которого предусматривало определение, во-первых, характер средств взаимодействия: эмоциональные (экспрессивно-мимические) движения и позы, сопровождающиеся простыми вокализациями (чмоканье, кряхтение, гуление) и несоотнесенным лепетом; изобразительные (предметно-действенные) движения и позы предметных действий, преобразованных для функционирования в качестве коммуникативных сигналов (соотнесенный лепет); овладение произвольной регуляцией речевыми средствами.

Во-вторых, самостоятельность выбора средств взаимодействия: имитационно-моделирующие действия ребенка, который помимо конкретных действий взрослого демонстрирует свое представление о том, что можно делать с предметом, иницируя взаимодействие; использование имитационных движений, что способствуют построению у ребенка образа конкретного предмета; не подражает действиям взрослого, самостоятельных высказываний нет, отсутствие копирования с отказом ребенка от взаимодействия.

В третьих, выразительность средств взаимодействия: средства взаимодействия проявляются достаточно интенсивно; использует лишние движения, не имеющие отношения к желаемому результату; пассивен, апатичен при организации взаимодействия.

При изучении фонетического компонента языковой способности важно уточнить, какие звуки речи и как произносит ребенок, соответствует ли это возрастным требованиям или произношение ниже возрастных требований.

Лексический компонент предполагает изучение количества «активных» слов у ребенка, качество и самостоятельность их произношения:

1. Количество активных слов.
2. Преимущественная форма используемых слов
 - полноценное слово
 - контур слова
 - соотнесенный лепет
3. Уровень самостоятельности использования слов
 - самостоятельно
 - после напоминания
 - с помощью взрослого

Учитывается название ребенком действий с предметами, частей, деталей предмета, признаков, свойств и качественных характеристик предмета, умение ребенком объединять и называть предметы или явления в родовые категории,

употребление предлогов, понятие одушевленных и неодушевленных предметов, образование антонимов и синонимов.

Изучая грамматический компонент языковой способности важно учитывать: соблюдение ребенком категории рода, числа имен существительных, изменение по падежам, образование существительных, овладение качественными, относительными и притяжательными прилагательными, использование кратких форм прилагательных, степеней сравнения прилагательных, образование прилагательных, использование неопределенно-количественных слов, количественных, собирательных и порядковых числительных, умение ребенка правильно использовать в своей речи личные, возвратные, притяжательные, указательные, вопросительно-относительные, определительные, отрицательными и неопределенные местоимения, использование глаголов совершенного и несовершенного видов, изъявительного, повелительного и сослагательного наклонения, употребление форм времени, рода и числа глаголов, словообразование глаголов, употребление причастий и деепричастий, наречий, образование наречий, умение ребенка использовать в речи предлоги, союзы, частицы, модальные слова, междометия и звукоподражательные слова, использовать в речи: утвердительные и отрицательные предложения, повествовательные, вопросительные и побудительные предложения, простые и сложные предложения, распространенные и нераспространенные предложения, распространенные фразы, овладение формой обращения, овладение прямой и косвенной речью.

Общее развитие

При проведении комплексного диагностического обследования психолого-педагогического аспекта важно учитывать уровень общего развития ребенка. Оценивая общее развитие ребенка, мы предлагаем учитывать соответствие сформированности социально-бытовых навыков и представлений об окружающем мире возрастным требованиям.

Условия получаемой ребенком ранее коррекционно-педагогической помощи

При проведении комплексного диагностического обследования психолого-педагогического аспекта важно изучить условия и время получаемой ребенком коррекционно-педагогической помощи в образовательных учреждениях и дома. При этом оценивается характеристика условий воспитания:

- специальные ОУ (не посещают, посещают недавно, посещают с момента обнаружения снижения слуха);
- воспитание дома (уход родителей за ребенком и общее его развитие, коррекционно-педагогическая помощь ребенку родителями оказывается недавно, стаж оказания коррекционно-педагогической помощи ребенку).

Получение достоверных результатов комплексного диагностического обследования важно для оценки возможных перспективных результатов коррекционно-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации и для составления индивидуальной программы коррекционно-педагогической помощи каждому ребенку.

3.8.3. Слухоречевое развитие детей после кохлеарной имплантации (О.В. Зонтова)

Исходные положения коррекционно-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации

Материалы исследований отечественной сурдопедагогики (И.Г. Багрова, Р.М. Боскис, Т.А. Власова, Л.А. Головниц, С.А.Зыков, И.В. Королева, Е.П. Кузьмичева, Э. И. Леонгард, Э.И. Миронова, Л.П. Назарова, Т.В. Пельмская, Ф.Ф. Рау, Н.Ф. Слезина, Е.З. Яхнина, Н.Д. Шматко, О.В. Шевцова), зарубежной науки (A.G. Bell, L. Birkenshaw-Fleming, C. Flexer, W. Estabrooks, L. Katz, J. Marlowe, K. MacIver-Lux, M.E. De Melo) помогли нам уточнить принципы формирования и развития слухового восприятия, устной речи у младших дошкольников после кохлеарной имплантации. Они рассматриваются нами, как специфические концептуальные положения, влияющие на ее цель, задачи, содержание, на выбор методов и приемов коррекционно-педагогической помощи.

Цель специальной коррекционно-педагогической помощи младшим дошкольникам после кохлеарной имплантации – научить воспринимать (акустические) звуковые сигналы (неречевые и речевые) понимать их и использовать новые слуховые ощущения для развития устной речи. Ее конечной целью можно рассматривать подготовку таких малышей к обучению в общеобразовательной среде. В ходе осуществления коррекционно-педагогической помощи у них формируются виды речевой деятельности такие как:

- слушание (аудирование), обеспечивающее восприятие и понимание звучащей речи, а также различение в потоке речи слов, словосочетаний и предложений; понимание информации, предъявляемой на слух в нормальном темпе.

-говoreние, содействующее использованию средств языка в устной речи в соответствии с условиями общения, практическое овладение простейшими диалогическими единствами и ведение диалога в ситуациях повседневного и учебного общения, а также следованию в практике речевого общения основным произносительным, лексическим, грамматическим нормам современного русского литературного языка.

Ведущими направлениями коррекционно-педагогической помощи младшим дошкольникам после кохлеарной имплантации являются: формирование и развитие слухового восприятия и формирование и развитие устной речи. Успешность коррекционно-педагогической помощи зависит от ряда условий:

- от правильной настройки кохлеарного импланта;
- от условий восприятия звуков, поскольку ребенок с кохлеарным имплантом испытывает трудности при обучении слушать в шумных помещениях; от возможности слушать разные акустические сигналы (неречевые и речевые звуки);
- от организации условий для развития речевых навыков в ситуациях общения (взрослый/ ребенок, ребенок/ ребенок, взрослый/ дети);
- от наличия позитивного опыта слухового восприятия и общения;
- от особенностей участия в процессе оказания специальной помощи близких людей, заботящихся о судьбе ребенка, включая родителей, братьев, сестер, бабушки, дедушки, сверстников, сурдопедагогов и др.

Большое значение для преодоления последствий нарушенного развития для таких малышей имеет жизненная обстановка, в которой он воспитывается, - уход,

отношение окружающих взрослых, их воспитательные воздействия, а также его собственная активность в различных видах его деятельности.

Сурдопедагогу следует объяснять родителям, как правильно организовать коррекционно-педагогическую помощь детям, знакомить их с её методами и приемами в целях формирования слухового восприятия и устной речи.

Осуществление такой помощи в семье тесно связано с организацией деятельности малышей в течение всего дня, как при проведении различных режимных моментов, свободной деятельности и пр.

В решаемые родителями задачи семейного обучения и воспитания детей после КИ входит: ознакомление и закрепление у ребенка культурно-гигиенических навыков и навыков самообслуживания, приучение их к порядку, аккуратности, бережному отношению к игрушкам, книгам; развитие стремления к полезной деятельности, к посильным трудовым процессам. Однако особое внимание следует уделять продолжению работы специалистов по формированию и развитию слуховой деятельности, речи и закреплению речевых навыков.

Характеристика этапов коррекционно-педагогической помощи

Коррекционно-педагогическая помощь рассчитана на выполнение ею во всем объеме при условии посещения дошкольниками занятий сурдопедагога в течение 2-ух лет, регулярность проведения которых рассчитана на два занятия в неделю. Для родителей, проживающих в отдаленных регионах России и не имеющих возможность посещения занятий сурдопедагогов либо медицинских учреждений, имеющих подразделения (отделения, центры), либо специальных дошкольных учреждений они проводятся двумя циклами в год в течение трёх недель. При этом предусматривается два занятия в день.

При этом нами условно выделены три этапа проведения коррекционно-педагогической помощи детям после КИ.

Первый этап – формирования слуховых представлений на базе новых слуховых возможностей с помощью кохлеарного импланта.

В ходе проведения данного этапа осуществляется подготовка младших дошкольников к овладению устной речью на базе развивающегося восприятия звуковысотных характеристик как основа неречевых и речевых звуков слухового восприятия, переходящего от недифференцированных слуховых представлений к более дифференцированным.

Современные модели кохлеарных имплантов обеспечивают восприятие звуков во всём частотном диапазоне слышащего человека.

Ранее сформированный опыт слуховой деятельности, позволял таким детям с помощью слухового аппарата лишь воспринимать часть звуков, так как слуховые аппараты только усиливают акустические сигналы, не расширяя диапазон воспринимаемых частот. В отличие от них кохлеарная имплантация обеспечивает им возможность услышать те звуковые частоты (высокочастотные звуки), которые не могут быть услышаны ими с помощью слухового аппарата. При этом дети после включения речевого процессора не готовы сразу же различать, опознавать и распознавать звуковысотные характеристики без коррекционно-педагогической помощи, которые не воспринимались с помощью слухового аппарата и не являлись предметом специального обучения, результаты чего представлены нами в комплексном диагностическом исследовании. Во-

вторых, после включения и первой настройки речевого процессора устанавливается минимальная громкость, чтобы не вызвать дискомфорт в слуховом восприятии детей, которая не превышает интенсивности 60 дБ.

Признавая взаимосвязь единства развития слухового восприятия и устной речи, на этом этапе нами условно выделены две группы задач.

1. Первая группа задач – формирование слухового восприятия в новых условиях: поддержание условной двигательной реакции при слуховом восприятии неречевых и речевых стимулов с помощью кохлеарного импланта и слухового аппарата, что обеспечивает бинауральное восприятие звуковых сигналов; развитие зрительной и слуховой активности и на их основе зрительно-слухового сосредоточения; обучение различению звуков окружающего мира и их характеристик.

2. Вторая группа задач – подготовка к овладению устной речью, которая предполагает развитие подражательной способности детей и обучение на их основе пониманию обращенной речи. Обозначенные выше задачи определили содержание коррекционно-педагогической помощи.

Развитие слухового восприятия

Рассмотрим обозначенные выше направления коррекционно-педагогической помощи, прежде всего, формирование слухового восприятия в новых условиях. Особое внимание на этом этапе важно уделять поддержанию **условной двигательной реакции** неречевых и речевых звуков. Выявление условной двигательной реакции ребенка на речевые звуки различной частоты важно для адекватной настройки речевого процессора и для того, чтобы убедиться, что дети воспринимают весь диапазон речевых частот разговорной громкости, как основу развития их устной речи. Для этого на индивидуальных занятиях можно использовать неречевые и речевые сигналы. Из неречевых – звуки музыкальных инструментов (барабан, дудка, пианино). В качестве речевых – звуки голоса различной интенсивности (повышенной и разговорной), а также звуки различной частоты (низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные). В ответ на них надо учить малыша реагировать на звуковой сигнал, выполняя определенные действия: кидать шарик в коробку, нанизывать кольцо на пирамидку и т.д.

При этом обращать зрительное внимание ребенка на издаваемый сигнал, а потом учить реагировать на него покачиванием головы (вперед – в случае наличия сигнала, в стороны – в случае его отсутствия). Для поддержания активности малыша в ходе индивидуального занятия сурдопедагогом и регламентированных занятий с родителями мы рекомендуем смену ролей, так ребенку надо подавать сигнал, а взрослым выполнять предъявленные им требования ребенком – реагировать на звук определенным способом. При выполнении упражнений ребенку предлагалась вариативная предметная деятельность, например, складывание предметов и их вынимание, нанизывание, выкладывание. Правильность выполненных предметных действий поощрять, при этом использовались различные виды поощрения (яркая эмоциональная реакция, поглаживание, естественные жесты в сопровождении устной речи: «молодец, хорошо, верно, умница»). В результате анализа выполняемых ребенком действий, мы наблюдали за процессом формирования у него условной двигательной

реакции на низкочастотный неречевой звук (барабан), среднечастотный неречевой звук (гармошка), высоко частотный неречевой звук (свисток), низкочастотный речевой звук (у, о), средне частотный речевой звук (ш, н), высоко частотный речевой звук (с, ц). Кроме этого, на данном этапе надо учить младших дошкольников после КИ реагировать определенным действием на неречевые и речевые сигналы, при постепенно увеличивающемся расстоянии от источника звука, выясняя, на каком расстоянии дети слышат звуки разговорной громкости. Для этого предлагать для восприятия слоги (па-па-па) голосом разговорной громкости у самого уха. В момент звучания голоса, воспринимаемого только на слух, ребенок бросает пуговицу (или выполняет другое действие). Как только малыш научится реагировать на звучание слогов, произносимых ушной раковиной голосом разговорной громкости, нами увеличивалось расстояние от уха ребенка на 5 – 10 – 20 – 50 см и т.д. Изменение расстояния индивидуально для каждого ребенка. При этом расстояние для восприятия звуков сначала минимально (у ушной раковины), потом увеличивается до 6 метров, что соответствует нормативным требованиям. Дети с различными порогами восприятия звуков при настройке речевого процессора слышат голос на разном расстоянии (некоторые слышат только громкий голос у ушной раковины). Если дети реагировали на голос разговорной громкости на 1 м и более, мы проверяли, слышат ли они шепотную речь, сначала у ушной раковины, затем дальше.

Кроме того, надо учить детей различать наличие – отсутствие звука.

Кроме обозначенного важно уделять внимание **развитию зрительной и слуховой активности и на их основе зрительно-слухового сосредоточения**, которое в дальнейшем является предпосылкой развития слуховых представлений, а также является важным для развития подражательных способностей детей, в том числе и при формировании у них устной речи. В связи с этим для развития зрительно-слухового сосредоточения нами предлагалось: развитие зрительного сосредоточения и слежения, развитие зрительных дифференцировок. В целях развития зрительной ориентировочной активности детям рекомендуется выполнять практические упражнения, отрабатывающие фиксацию внимания на предмете, способность детей выделять их, узнавать среди других; следить за их движением; выделять основные зрительно воспринимаемые признаки (такие, как цвет, форма, величина), соизмерять величину предметов и т.п.

Для этого мы предлагаем такие игры с предметами, как «Прокати мяч в воротики», «Набрось кольцо», «Поймай рыбку», «Попади в мишень», «Загони шарик в ячейку», слежение за яркой и интересной игрушкой или предметом (раскачивание неваляшки, «веселые дятлы», фонтан). Все игры и упражнения сопровождались эмоционально окрашенной речью взрослого, включающей побудительные синтаксические конструкции, особенность которых заключается в облегчении понимания детьми устной речи и не требует дополнительного объяснения.

Помимо этого в программе коррекционно-педагогической помощи было предусмотрено **различение звуков окружающего мира**, при этом сурдопедагог сначала знакомит ребенка с различными звуками окружающей среды:

- бытовые (звонок по телефону, лязганье посуды, тиканье часов и др.);
- звуки улицы (шум моторов машин, звук клаксона, сирена и др.);

- звуки, издаваемые животными и птицами (карканье вороны, мяуканье кошки, лай собаки и др.);
- неречевые звуки, издаваемые человеком (смех, кашель и др.).

Для этого на занятии важно предлагать детям вызвать бытовые звуки и установить связь между ними и практическим действием, далее выполнять определенное действие после воспринятого звука (снять телефонную трубку после звонка, открыть дверь после звонка, повернуться на свое имя, включить громкость на телевизоре в случае ее отключения и др.). Детям сначала сложно реагировать определенным действием на воспринятый звук (установить связь между звуком и действием, а потом адекватно реагировать). Для отработки такой взаимосвязи можно использовать слуховые упражнения: учить детей различать, опознавать и адекватно реагировать на воспринятый звук соответствующим действием.

Использовались многократные повторы звуков, в результате чего учить самостоятельно реагировать на знакомые звуки и сформировать реакцию слухового сосредоточения. Кроме этого, нами использовались звучащие игрушки. Сначала ребенку предлагается поиграть с ними, а потом их угадывать источник звука, не видя его, подбирать пары предметов, звучащие одинаково. Использовать можно разные звучащие игрушки, музыкальные инструменты предметы, которые может изготовить сурдопедагог сам (например, песок, крупа), которые издадут определенный звук.

При обучении **различению различных характеристик неречевых и речевых звуков окружающего мира** (звуковысотные характеристики, степень интенсивности звука, длительность звука, дискретность звукового сигнала, локализация звука в пространстве) мы предлагаем использовать следующие упражнения. Для различения звуковысотных характеристик звуков для восприятия на слух ребенку предлагаются речевые звуки различной частоты и их схематичное изображение; ребенок, услышав звук, должен показать на соответствующее ему схематичное изображение.

Например, взрослый показывает ребенку две куклы: папа и мама. Папа говорит низким голосом: «Я папа», мама говорит высоким голосом: «Я мама». При этом взрослый говорит высоким и низким голосом за родителей, а ребенок должен показать, кто говорил, папа или мама. При различении звуков по степени интенсивности на слух ребенку предлагаются речевые звуки различной громкости и их схематичное изображение. Ребенок, услышав звук, должен показать на соответствующее ему схематичное изображение. Например, звук «А» обозначает плач большого зайца, а звук «а» - маленького зайчика. При этом ребенок устанавливает, что маленький зайчик плачет тихо: «а», а большой – громко «А». Для различения звуков по длительности ребенку предлагаются низкочастотные и среднечастотные звуки речи («У», «А» и др.). Пока звучит сигнал, ребенок рисует линию или везет машинку; когда сигнала нет – машинка стоит, и линия больше не рисуется. Для различения звуков по дискретности для восприятия ребенку предлагается разное количество неречевых и речевых низкочастотных, среднечастотных и высокочастотных звуков и их схематичных изображений, например: «Топ» (мишка топнул один раз) и «топ-топ-топ» (мишка побежал). При этом ребенок должен показывать на такое количество медвежьих следов, которое

он слышит. Для локализации звука в пространстве ребенку предлагаются различно локализованные сигналы (справа и слева, сверху и снизу, спереди и сзади) и их схематичные изображения. Упражнение начинается с того, что взрослые с различных сторон предъявляют ребенку неречевые низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные звуковые сигналы. Дети показывают на схеме место локализации источника предъявленного ему звука в пространстве.

Развитие речи

Второе направление коррекционно-педагогической помощи на первом этапе представляет работу по подготовке детей к овладению устной речью, подразумевающей **развитие целенаправленности в подражательных действиях** и обучение на их основе устной речи. Развитие подражательной способности детей после кохлеарной имплантации стимулирует развитие их речевого подражания; способствует формированию предметно-действенного общения ребенка со взрослым (умение общаться с помощью предметов, поддерживать контакт, участвовать в совместной деятельности).

Целесообразно детям демонстрировать комплексы для подражания, а не отдельные действия и звуки. На данном этапе подражательные действия надо формировать у ребенка, как условный рефлекс. При этом мы рекомендуем использовать следующие формы подражания: эмоциональное заражение, копирование, символическое моделирование. Для развития подражательной способности в программе коррекционно-педагогической помощи детям после КИ предусмотрены специальные упражнения и занятия фонетической ритмикой, которая является неотъемлемой частью комплексной работы с детьми с нарушениями слуха и речи и играет существенную роль как в формировании и коррекции произносительной стороны речи детей, так и в развитии у них естественных движений. Для развития умения глухих детей после КИ подражать действиям взрослого мы предлагаем использовать следующие игры и упражнения: «Ладушки», «Мы ногами топ-топ-топ», «Мы захлопали в ладоши», «Мы топаем ногами». При этом сурдопедагог, произнося слова, вначале сам производит необходимые действия, затем сопровождает свои слова действиями ребенка после КИ (берет его ладошки и хлопает ими), а потом побуждает его к самостоятельному выполнению движений по словесному побуждению.

Аналогично формируется связь между словами: "До свидания" (ребенок сначала машет рукой с помощью сурдопедагога, затем самостоятельно). "Дай ручку" (давать руку по просьбе взрослого - сначала с помощью, затем самостоятельно). "Ко-ко-ко" (стучать пальчиками по столу: "Курочки клюют зерна" - с помощью взрослого и самостоятельно). Далее в занятия включаются более сложные варианты игр и упражнений с которыми знакомят дошкольников по тому же алгоритму: выполнение движений и оречевление их с сурдопедагогом, потом совместный повтор, после чего дети переходят к их самостоятельному воспроизведению.

Условия первого этапа коррекционно-педагогической помощи Необходимыми условиями для возникновения устной речи детей после кохлеарной имплантации являются прежде всего звуковая и речевая среда, окружение ребенка звуками и говорящими людьми, вовлечение ребенка в совместную практическую деятельность со взрослыми и сверстниками.

Насыщенность звуковой и речевой среды должна искусственно усиливаться.

Неречевых и речевых сигналов, обращенных непосредственно к ребенку должно быть во много раз больше, чем при нормальном развитии слуховой функции. Кроме того, ребенок после кохлеарной имплантации должен видеть вокруг себя общающихся друг с другом людей; взрослые специально демонстрируют при нем обращение друг к другу при помощи звучащей речи, фиксируют внимание на разговорах по телефону, на результатах речевого воздействия и т. п.

Второй этап – возникновения дифференцированных слуховых представлений и становления спонтанной устной речи детей. На данном этапе создаются педагогические условия, способствующие овладению устной речью, что связано с тем, что слуховые представления детей после включения, первой и последующих настроек речевого процессора, становятся более точными, дети начинают слышать неречевые и речевые звуки различной частоты и громкости, что демонстрируют результаты коррекционно-педагогической помощи детям после ее 1 этапа. Формирование зрительно-слухового сосредоточения способствует тому, что дети начинают прислушиваться к окружающим звукам, затем соотносить звук с действием или предметом, так как начинают обращать внимание на различные характеристики звуков (звуковысотные, степень интенсивности и другие). Слуховые ощущения и возникающие на их основе представления о звуках закладывали основу возникновения спонтанной устной речи детей после кохлеарной имплантации, включающей соотнесенный лепет и простые фразы. Особенность спонтанной речи, возникающей у дошкольников после кохлеарной имплантации заключается в отраженном повторе речи взрослых в ситуациях совместной предметной и игровой деятельности. Это позволило нам перейти на второй этап коррекционно-педагогической.

Признавая взаимосвязь единства развития слухового восприятия и устной речи, на этом этапе сохраняются два направления коррекционно-педагогической помощи:

1. Задачи направления по развитию слухового восприятия: различение знакомых слов; развитие слуховой памяти; опознавание названий окружающих предметов.

2. Второе направление включает коррекционно-педагогическую помощь по: развитию взаимосвязи развития слуховых представлений и поддержание спонтанной речевой активности детей; обучение дошкольников после кохлеарной имплантации использованию простых слов и фраз.

Рассмотрим первое направление коррекционно-педагогической помощи.

Развитие слухового восприятия

Дети после кохлеарной имплантации различают на слух лучше согласные звуки, чем гласные, что является их отличительной особенностью по сравнению со слышащими сверстниками и детьми со слуховыми аппаратами. Поэтому на данном этапе необходимо осуществлять обучение различению, опознаванию и распознаванию неречевых звуков, речи и ее элементов. Для детей после кохлеарной имплантации мы предлагаем им различать на слух речевые единицы и речь (слова, фразы) параллельно, т.к. благодаря появившимся слуховым

возможностям детям становятся доступны для восприятия на слух изолированные звуки, что способствует уточнению слуховых представлений речевых звуков.

Развивающийся неречевой слух детей после кохлеарной имплантации, сформированный в новых условиях восприятия на первом этапе, создавал предпосылку к **различению детьми знакомых по звучанию и значению слов**. При этом мы предлагали детям воспринимать на слух знакомые по звучанию слова: сначала звукоподражания, потом односложные слова, затем двусложные и слова с большим количеством слогов, различая их в ситуации ограниченного наглядного выбора при использовании предметов, картинок и игрушек. Мы рекомендовали следующую последовательность работы по различению детьми знакомых по звучанию слов. Различение звукоподражаний животных (кот – «мурр», собака – «ав-ав»), птиц (ворона – «кар-кар», голубь – «гуль-гуль»), транспорта (машина – «би-би», поезд «чух-чух»), бытовых предметов (часы – «тик-так», кран с водой «ш-ш»),

неречевых звуков, производимых человеком (кашель – «кхе-кхе», поцелуй – «чмок»), действий (упал – «бах», качаться – «кач-кач») в ситуации ограниченного выбора, сначала из двух с постепенным увеличением до 5-6.

При этом для уточнения слуховых представлений детей мы учитывали, что для некоторых звукоподражаний характерна нестандартность звукового облика; например, в слове апчхи используется сочетание трех согласных звуков, редкое для русского языка. Еще одна особенность звукоподражаний, которая учитывалась нами, состоит в том, что они часто имеют фонетические варианты: например, лай собаки передается с помощью звуковых последовательностей гав-гав, ав-ав и ваф-ваф. Следующие упражнения по работе над хорошо знакомыми по звучанию словами – это различение слов с разным количеством слогов. Мы рекомендуем обучать детей воспринимать односложные и многосложные слова с наглядной опорой (картинки, игрушки) и воспроизводить их ритмический контур. При различении детьми односложных и многосложных слов педагог использует постепенно усложняющиеся упражнения для уточнения слуховых представлений детей: различение односложного и трехсложного слов при выборе из двух; различение односложного, двусложного и четырехсложного слов; самостоятельное определение количества слогов в слове (например: нос, рука, голова, туловище). Другая серия упражнений по работе над знакомыми по звучанию словами – это различение многосложных слов в ситуации наглядного выбора. Сначала различаются слова с разным местом ударения (при этом ребенку предлагаются хорошо знакомые многосложные слова с различным местом ударения, например: корова/молоко), а затем – слов, сходных по месту ударения и звуковому составу (например, ребенок осуществляет выбор из двух трехсложных слов: корова, ворона или – кукушка, лягушка). При этом, как вспомогательные упражнения, используются: определение количества слогов в слове; определение ударного слога; определение первого и последнего звука в слове. Затем детям мы предлагали различать сначала односложные слова, различные друг от друга по характеристиками фонем, т.е. резко отличающиеся друг от друга (например: дом/гриб); затем - различать более похожие односложные слова (например: гриб/лист).

Коррекционно-педагогическая помощь по развитию слуховых представлений детей обеспечивает сохранность слуховых образов неречевых и речевых звуков. Мы учитывали, что **слуховая память** обеспечивает запечатление, хранение и воспроизведение этих образов и направлена на запоминание основных характеристик (спектральных и временных) и последовательности неречевых и речевых звуков. Поэтому важно опираться на возникшие слуховые образы неречевых и речевых звуков у детей, сформированные у них в результате коррекционно-педагогической помощи на предыдущих этапах. Прежде всего, мы предлагаем выполнять упражнения, направленные на развитие зрительной памяти, как средства развития памяти как таковой. Мы рекомендуем использовать такие виды игр: «Что там?» (с вариантом выбора предметов на ощупь за ширмой или предмета, спрятанного в мешочек), «Чего нет?» и др. Раскроем акустические сигналы, последовательность которых мы предлагали запоминать детям, сначала неречевых (музыкальные игрушки), затем речевых (звукоподражания, односложные слова, отдельные фонемы) звуков. Так на занятии педагог звенит колокольчиком, а затем ударяет в барабан; ребенок повторяет это со своим набором предметов. При запоминании на слух речевых звуков можно использовать отдельные фонемы, последовательность фонем в словах, отдельные слоги, последовательность слогов в словах, отдельные слова, последовательность слов во фразах. Кроме того, для развития слуховой памяти мы предлагаем детям запоминать ряд неречевых и речевых звуков различной длительности. Для этого мы предлагаем запоминание детьми ритмической структуры, например, отхлопывая ее, или воспроизводя произнесением слогов. Для развития слуховой памяти мы не рекомендовали использовать восстановление детьми правильной последовательности неречевых (например: музыкальные игрушки) и речевых звуков (например: последовательность фонем, слогов в словах, слов) для того, чтобы не закреплять неправильные слуховые образы и произношение слов.

Запоминание детьми основных характеристик неречевых и речевых звуков и их последовательности зависит от интереса детей в момент слухового восприятия. При этом использование внешней поддержки, эмоциональной окраски и сопутствующих движений способствовало лучшему запоминанию детьми звуков. Одним из важных условий развития слуховой памяти является организация практики ребенка, мы советуем делать частые перерывы для отдыха, а не практиковаться непрерывно. То же количество занятий приведет к более эффективному научению, если они распределены во времени, а не сконцентрированы в единый блок. Занятия, проводимые частично утром и частично вечером, на наш взгляд, обеспечивают большее различие в условиях обучения, чем занятия только утром или только вечером. Однако часть процесса обучения заключается в том, чтобы ребенок мог вспомнить сохраненную памятью информацию, и такому вспоминанию способствует воссоздание ситуации, в которой что-то было выучено.

Многократные повторы звуков, при этом постоянная концентрация внимания детей является непременным условием при развитии их слуховой памяти.

Концентрации внимания детей мы добивались эмоциональными сигналами (визуальными и звуковыми).

Для развития слухового восприятия внимание уделяется **формированию и развитию речевого слуха** детей. От звукоподражаний мы рекомендуем переходить к обучению различению односложных слов.

Способность различать речевые звуки и развивающаяся слуховая память позволяет детям научиться опознавать названия окружающих предметов и явлений, имена близких людей и собственное имя. Детей учат различать, опознавать и распознавать на слух слова, словосочетания, фразы (повествовательные, вопросы, поручения), тексты. При этом дети учатся воспринимать на слух речевой материал, знакомый по звучанию, вне ситуации наглядного выбора. Знакомым по звучанию считается тот материал, который уже использовался в слуховой тренировке (Л.П. Назарова). Раскроем пример задания, перед ребенком находятся предметы, картинки, таблички, соответствующие словам и фразам, предлагаемым на слух (например: дом, мама, молоко). Ребенок различает звучания сначала при выборе из двух – трех, постепенно выбор увеличивается до восьми – десяти единиц, что согласуется с методикой развития слухового восприятия детей с нарушенным слухом. После того как дошкольники научились различать на слух первые звукоподражания и слова, они учатся и опознавать их на слух.

Опознавание на слух — это ответные действия детей на предъявление знакомого по звучанию речевого материала. Опознавание осуществляется вне ситуации наглядного выбора. При обучении опознаванию педагог, не предъявляя ребенку ни картинок, ни предметов и не предупреждая, какой материал он будет слушать, предлагает для слухового восприятия слово, словосочетание или фразу. Ребенок слушает, а затем повторяет услышанное слово, фразу-сообщение, отвечает на вопрос, выполняет поручение. Если ребенок ответил правильно, то взрослый в подтверждение правильности показывает соответствующую картинку (предмет). Произнося несколько раз одно и то же слово, выделяя нужное слово во фразе, взрослые создавали взаимосвязь между словом и предметом. Кроме того, для опознавания на слух ребенку предлагаются хорошо знакомые вопросы, которые наиболее часто задаются ребенку в быту и на занятиях. При этом для их лучшего понимания мы рекомендовали использовать естественные жесты, слова, уже знакомые ребенку, предметные и игровые контекстные ситуации. Так же на слух ребенку для опознавания мы предлагали знакомые простые поручения, инструкции, и побуждения ребенка к действию, которые наиболее часто задаются ребенку в бытовых ситуациях и на индивидуальных занятиях.

Например, простые побуждения: «Иди сюда», «Нет», «Нельзя», «Спи», «Пей», «Дай». Для усложнения заданий мы рекомендуем использовать более сложных побуждений: «Возьми мяч», «Возьми мяч и положи его на полку», «Возьми мяч и положи его на верхнюю полку» и др.

Таков характер коррекционно-педагогической помощи по развитию слухового восприятия детей на втором этапе.

Развитие речи

Что касается второго направления работы на втором этапе по развитию речи, которая предполагает возникновение спонтанной речевой активности детей,

его задачами являются: развитие взаимосвязи развития слуховых представлений и возникновения спонтанной речевой активности детей; обучение детей использованию простых слов и фраз в рамках информальной (предметно-практической и игровой деятельности детей) и целенаправленной коррекционно-педагогической помощи.

Особое внимание на этом этапе мы рекомендуем уделять **развитию взаимосвязи развития слуховых представлений и возникновения спонтанной речевой активности** детей. Решающую роль в усвоении языка играет слух, так как слово предъявляется ребенку в звуковой оболочке; эта звуковая форма и выступает как особый знак, метка реальных предметов.

Формирующиеся у детей слуховые представления становятся поводом для развития речедвижений, для говорения. При этом надо поддерживать реакцию эхолалии детей, с тем чтоб возникающие у них образы слуховых представлений слов и фраз дети соотносили с окружающими предметами и явлениями. У детей после предречевого развития возникает спонтанное понимание обращенной устной речи, отличительной чертой которого является эхолалическая реакция. При этом у детей появляется речевая реакция к повторению однородных слогов, которое вызывает определенные кинестетические раздражения, которые служат стимулом к повторному его воспроизведению, во время чего устанавливается связь между работой речевых органов и соответственными слуховыми раздражениями, что усиливает тенденцию к самоподражанию, которая приобретает характер аутоэхолалии, которая в дальнейшем переходит в подражание речи окружающих (гетероимитация). Сурдопедагог постоянно будет побуждать глухих и слабослышащих детей к устному проговариванию всего того речевого материала, который они учатся слушать. При этом мы не рекомендуем использовать сопряженное проговаривание и повторение ребенком всех слов, сказанных взрослым, что связано с формированием спонтанной и естественной речи детей после кохлеарной имплантации.

Физиологический механизм формирования устной речи и произношения представляет собой формирование условнорефлекторных связей и у детей после кохлеарной имплантации, как и у слышащих детей, он начинает действовать непреднамеренно, за счет слухового восприятия речи окружающих. Таким образом, физиологический механизм формирования произношения у детей после кохлеарной имплантации представляет собой формирование условнорефлекторных связей, которые возникают благодаря способности организма ребенка воспринимать раздражители (в том числе и речь окружающих с помощью слухового и зрительного восприятия) и давать ответные реакции (с помощью речедвигательного анализатора и способности к подражанию). Для развития взаимосвязи слуховых представлений и устной речи и тренировке артикуляционной моторики детей мы рекомендуем использовать следующие упражнения: фонетическую ритмику и другие движения в сочетании с устной речью; артикуляционную и пальчиковую гимнастику для того, чтобы у детей появлялись необходимые звуки речи.

Можно использовать малые ритмичные строки, которые вызывают интерес у детей, врезаются в их память, закрепляя правильное произношение звуков устной речи. Для развития речевого дыхания мы предлагаем ряд игровых

упражнений: игры на сдувание различных легких предметов (кусочков бумаги, ваты, различных бумажных фигурок) с целью развития речевого дыхания, формирование умения делать плавный и длительный выдох.

Кроме того, для развития спонтанной речевой активности детей важную роль играет обучение детей **использованию простых слов и фраз**.

При этом мы считали, что формирование и развитие устной речи следует начинать с активизации эмоциональных вокализаций. Мы учитывали, что потребность и необходимость говорить предполагают два главных условия: потребность в общении с взрослым и потребность в предмете, который нужно назвать. Ситуация предметного сотрудничества ребенка с взрослым создает необходимость назвать предмет и, значит, произнести свое слово.

В таком предметном сотрудничестве взрослый ставит перед ребенком речевую задачу, которая требует перестройки всего его поведения: чтобы быть понятным он должен произнести совершенно определенное слово.

Поэтому мы предлагаем для детей создавать такие ситуации, которые бы сначала заставляли бы их ориентироваться в общем смысле создавшейся ситуации (она является коммуникативной: надо обратиться к взрослому, игрушке, другому ребенку), затем побуждали употребить слово (надо обратиться со словом), в центре ситуации оказывалось слово, которое становится средством обращения (надо обратиться с определенным словом).

Рассмотрим ряд ситуаций для стимуляции детей к произнесению первых слов:

1. Вызывание речи в ситуациях, связанных с эмоциональными состояниями ребенка (возбуждение, ситуации удовлетворения и неудовлетворения). С целью развития речи можно использовать такой прием как неожиданное появление и исчезновение игрушки, в момент появления которой, взрослый каждый раз называет ее, привлекая к ней внимание ребенка. Действие с одной игрушкой повторяется несколько раз. Называя предмет, необходимо следить за речевой и зрительной реакцией ребенка. По мере появления сосредоточения следует несколько задерживать игрушку над ширмой, удлиняя процесс восприятия в сочетании с ее обозначением словом.

Важно также дать эту игрушку ребенку в руки, погладить ее, покачать и т.д. Неожданное появление и исчезновение игрушки, появление ее из-под платочка, из-за ширмы, а также различные «сюрпризные моменты» вызывают у детей положительные эмоциональные реакции, сопровождающиеся речевой активностью малышей.

2. Вызывание речи в ситуациях-провокациях, непонимания и помощь взрослому. Этот прием помогает ребенку освоить ситуативную речь и состоит в том, что взрослый не спешит проявить свою понятливость и временно становится «глухим» и «глупым». Например, если малыш показывает на полку с игрушками, просительно смотрит на вас, и вы хорошо понимаете, что нужно ему в данный момент, попробуйте дать ему не ту игрушку. Первой реакцией ребенка будет возмущение вашей непонятливостью, но это и будет первым мотивом, стимулирующим малыша назвать нужный ему предмет. При возникновении затруднений подскажите малышу: «Я не понимаю, что ты хочешь: кisku, куклу, машинку?» В подобных ситуациях ребенок охотно активизирует свои речевые

возможности, чувствуя себя намного сообразительнее взрослого. Этот прием эффективен не только для названия предметов, но и словесного обозначения действий, производимых с ним.

3. Просьбы, поручения, выполнение которых помогает проверить понимание ребенком обращенной речи, способствует активизации собственной речи детей в обращенной и повествовательной форме.

С этой целью ребенка просят не только выполнить какое-то действие, но и обратиться с просьбой к товарищу или взрослому, а в дальнейшем рассказать, что он сделал. Педагог, заинтересовав ребенка игрушкой, обращается к нему с некоторой просьбой, которая требует речевой активности. Или усложняя задачу, педагог через одного ребенка дает поручение другому. Эти два приема перекликаются, но разница в том, что первый вариант рассчитан на взаимодействие взрослого и ребенка, а при использовании второго эффективно участие нескольких детей, особенно интеграция говорящих и не говорящих. Интерес и мотивация к активной речи поддерживается тем, что другие дети уже вступили в общение со взрослым, друг с другом и получили желаемый от игры результат.

4. Ситуации сопровождения действий ребенка словом. Педагог сопровождает действия ребенка облегченными словами (бум, клю-клю, буль-буль), а ребенок, действуя с понравившимся предметом, вступает в общение со взрослым. Мы используем различные варианты этого приема. Например, ребенок вовлекается в понравившейся, любимый вид деятельности, в котором он видит результаты своего труда (игры с мелкими предметами, кормление куклы, игра на музыкальных инструментах и т.д.) и с удовольствием повторяет слова взрослого.

Другой вариант этого приема — это использование кубика, на гранях которого приклеены картинки. В этой игре ребенка привлекает действие (бросание) с кубиком. А взрослый на этом интересе ставит перед ребенком и речевую задачу: озвучить, показать действие с изображенным на гранях предмете.

5. Ситуации, когда дальнейшее развитие событий будет зависеть от речевой активности ребенка, способствует так же активизации устной речи детей на данном этапе. Для того чтобы ребенок проявил речевую активность в некоторых случаях эффективно в начале вызвать интерес к предметам, а затем поставить перед малышом некоторые условия (позови, попроси, назови и т.д.) от выполнения которых будет зависеть продолжение игры.

6. Опосредованное общение через игрушку, которое способствует развитию восприятия и активизации речи детей. Опосредованное общение через игрушку создает непринужденную обстановку, что очень важно для развития речевой коммуникации, а также вызывает повышенный интерес к ознакомлению с новым предметом, обогащает речевые средства, ускоряет появление самостоятельной инициативной речи у детей. Игрушка привлекается взрослым не для ознакомления с нею ребенка, а для того, чтобы организовать с ее помощью общение с малышом.

7. Ситуация выбора, на наш взгляд, при активизации его устной речи помогает предоставить ему возможность выбора. Формирование ответственности начинается с того момента, когда малышу позволено играть активную роль в том, что касается лично его. Осуществление возможности выбора порождает у ребенка

ощущение собственной значимости и самооценности. Малыш вполне может самостоятельно делать выбор, если это право ему предоставлено взрослыми: «Ты хочешь играть с куклой или медвежонком?»; «Мишка поедет на паровозе или на машине?».

8. Показ и рассматривание предмета, его сопоставление с изображением на картинке. При показе и рассматривании предмета решается одна из важных речевых задач — развитие речевых средств, в том числе знакомство с новыми словами, уточнение их значения и постепенное их включение в активный словарь ребенка. При рассмотрении предметов взрослый обращает внимание на их признаки, выделение части целого т.д. Картинный материал используется после ознакомления ребенка с игрушкой. Предпочтительно цветное изображение предметов, поскольку черно-белое не позволяет знакомить детей с их окраской, что обедняет речевые средства и знания. При подборе предметных картинок для одновременного показа надо обращать внимание на их соотношение по величине.

Нельзя ставить в одном ряду картинки с изображением, например, лошади или коровы маленького размера, а гуся, петуха большого.

Ребенок воспринимает предмет в сопоставлении его с другими предметами по разным признакам, в том числе и по величине 9. Распространение речи ребенка. При этом мы предлагали продолжать и дополнять все сказанное малышом, но не принуждать его к повторению — вполне достаточно того, что он вас слышит.

Например: Ребенок: «Мяч» Взрослый: «Мяч круглый, красный», «Суп кушают ложкой». Отвечая ребенку распространенными предложениями с использованием более сложных языковых форм богатой лексики, вы постепенно подводите его к тому, чтобы он заканчивал свою мысль, и, соответственно, говорите почву для овладения контекстной речью.

10. Использование игровых песенок, потешек, приговоров в совместной деятельности с малышом является средством активизации устной речи детей и доставляет им огромную радость. Вслушиваясь в слова потешки, в их ритм, музыкальность, он делает «ладушки», притопывает, двигается в такт произносимому тексту. Научившись различать вариативность забавных звуковых сочетаний, дети, подражая взрослым, начинают играть словами, звуками, словосочетаниями, улавливая специфику звучания родной речи, ее выразительность, образность. Большинство произведений устного народного творчества как раз и создавалось с целью развития двигательной активности малыша, которая теснейшим образом связана с формированием речевой активности. Немаловажное значение фольклорных произведений состоит в том, что они удовлетворяют потребность малыша в эмоциональном и тактильном (прикосновения, поглаживания) контакте с взрослым.

Условия второго этапа коррекционно-педагогической помощи Важными условиями развития спонтанной речевой активности является речевая среда. В таких условиях у ребенка после кохлеарной имплантации непроизвольно начинают закладываться зачатки речевого поведения: он привыкает смотреть в лицо говорящего, пытается понять обращенную к нему речь по ситуации, по настроению говорящего, по его действиям; к людям и их речевым сигналам постепенно проявляется его эмоционально окрашенное отношение; возникает

сугубо человеческая потребность в установлении речевых контактов (обращение к собеседникам с выражением просьб, желаний доступными методами), в передаче информации; необходимость действовать с предметами общения обостряет его потребность в общении, усиливает внимание к предметным и речевым действиям, создает условия для подражания. Речевой материал определяется исключительно интересами и потребностями детей и черпается из обиходной жизни. Говорению дети обучаются на основе подражания, а обучение речи проводится на целых словах и фразах.

Третий этап – развития адекватных слуховых представлений и активного развития речевого общения. Данный этап направлен на совершенствование использования устной речи, как средства общения с окружающими. Речевая активность детей, возникшая у них на втором этапе коррекционно-педагогической помощи, способствует установлению прочной связи между слуховым и речедвигательным образами. В целях обращения к взрослому дети начинают активно использовать накопленный к этому времени словарь, они начинают обращать внимание на движения и действия взрослого и понимать их значение и связывать их со словами. В устной речи детей появляются первые простые фразы. К третьему этапу характерная особенность этих фраз состоит в том, что входящие в них слова употребляются в неизменной форме, например: мама бобо (маме больно), ихать синя (поедем на машине). В связи с этим необходимо развитие грамматических представлений детей и произносительных навыков.

На третьем этапе нами выделены две группы задач.

1. Первая группа задач - развитие адекватных слуховых представлений: распознавание многосоставных фраз, распознавание речи в различных условиях помех (шум, вербальная интерференция) и опосредованных ситуациях (телефон, телевизор); развитие фонематического слуха.

2. Вторая группа задач представляет работу по развитию речевого общения - развитие компонентов языковой способности ребенка (совершенствование звуковой структуры устной речи, обогащение словаря, совершенствование грамматики).

Обозначенные выше задачи определили содержание коррекционно-педагогической помощи на третьем этапе. Представим более подробно ее содержание.

Развитие слухового восприятия

Особое внимание для развития тонких слуховых представлений мы уделяли **распознаванию детьми многосоставных высказываний**. Дети учатся воспринимать на слух и различать речевой материал типа: «Маша, возьми, пожалуйста, свой альбом (он лежит в ящике стола) и фломастеры.

Нарисуй, как ты отдыхала летом, где была». При непонимании материала он повторяется еще раз, а затем слухозрительно. После его прослушивания ребенок должен сказать, что он понял или выполнить предлагаемое. При этом, детям не предлагается повторять услышанное и не давать полный отчет о проделанной работе, а выполнять сказанное и при необходимости дать неполный отчет о проделанной работе. Например, при вышеуказанном речевом материале Маша молча выполняет действия, не повторяя высказывание, берет свой альбом и рисует. Кроме того, при распознавании фраз, детям предлагается ответить на ряд

вопросов, которые предъявляются сразу на слух. Сначала детей учат воспринимать на слух сначала хорошо знакомые фразы, а затем и новые. При этом на начальном этапе работы мы предлагаем использовать сюжетные картинки, постепенно все больше фраз предлагая ребенку без опоры на наглядность. Так же дети учатся различать на слух рифмованные фразы (стихотворения). С этой целью педагог сразу на слух произносит стихотворение и спрашивает ребенка, что он услышал, про кого говорилось, просит показать на картинке или рассказать своими словами содержание. Большое внимание должно уделяться постепенному увеличению расстояния, на котором ребенок может воспринимать речевой фразовый материал на слух. Речевой материал произносится голосом разговорной громкости. Если ребенок воспринимает его на расстоянии – 1 м и более, то необходимо тренировать эти фразы в распознавании, произносимых шепотом.

Особое внимание на этом этапе важно уделять **развитию понимания устной речи в различных акустических условиях**: помехи (шум, вербальная интерференция), опосредованные ситуации (телефон, телевизор).

Педагог постепенно увеличивает расстояние, на котором ребенок слушает.

Когда ребенок начнет справляться с опознаванием на слух речевого материала, его учат распознавать на слух незнакомые по звучанию слова, словосочетания, фразы. При этом незнакомым по звучанию считается тот материал, который впервые предлагается ребенку сразу на слух.

Распознавание осуществляется вне ситуации наглядного выбора. С целью обучения распознаванию на слух каждое новое слово (т.е. не отработанное ранее на занятиях по развитию слухового восприятия), словосочетание или фраза предъявляются ребенку сразу на слух, а не слухо-зрительно. Речевой материал, впервые предлагаемый для распознавания на слух, на том же и последующих занятиях предлагается для различения, а в дальнейшем и для опознавания на слух в более сложных акустических условиях: с индивидуальным слуховым аппаратом или без него при постепенно увеличивающемся расстоянии. При опознавании и распознавании речи в маскирующих условиях звука мы рекомендовали учить детей опознавать и распознавать речевой материал, воспринятый при посторонних шумовых помехах, учитывая, что маскирующее влияние звука заключается в одновременном воздействии на слуховое восприятие ребенка двух или нескольких звуков различной громкости и частоты. При таком воздействии происходит заглушение речи: неречевыми звуками окружающей среды (на шумной улице, на море, в метро и пр.); посторонними речевыми звуками (при работающем телевизоре, музыкальном центре, при постороннем разговоре и пр.). При опознавании речи в условиях вербальной интерференции мы учили детей запоминать речевой материал, воспринятый в результате воздействия (наложения) другого материала, с которым оперирует субъект, таким образом, у ребенка развивается отраженная речь.

Ребенок при этом повторяет фразы за педагогом. Возможно использование скороговорок, когда после фразы педагога ребенок дополняет скороговорку, использование упражнений «Доскажи словечко». При опознавании и распознавании опосредованно воспринятой речи мы предлагали учить детей опознавать и распознавать опосредованно воспринятые речевые сигналы,

используя: телефон, аудио и видео записи, распознавание речи в условиях нескольких говорящих и опознавание речи в условиях реверберации. Для этого используются естественные условия отражения звуковой волны от препятствий и возврата ее в точку прослушивания – аудирование в концертном зале (просмотр спектаклей в театре).

В рамках развития слухового восприятия детей на третьем этапе важным направлением коррекционно-педагогической помощи было **развитие фонематического слуха** детей, формирование которого происходит у детей при восприятии устной речи окружающих и при собственном проговаривании слов в соответствии с воспринимаемыми образцами, при помощи которых выделяются и обобщаются дифференциальные признаки фонем. Для развития фонематического слуха мы рекомендовали использовать следующие упражнения: выделить слово с заданным звуком; определить, какой звук есть в словах; подобрать слово на заданный звук; определить последний звук в слове и др. При этом важно формировать у детей: представления о линейной последовательности звуков в слове и о количестве звуков в слове; умения делить слова на слоги. На основании уточнённых произносительных навыков артикуляции звуков отрабатывается наиболее лёгкая форма анализа – выделение первого и последнего звука из начала слова. Используя зрительную опору – схему, где длинной чертой обозначается слово, короткой – слог мы формировали у детей умение делать слоговой анализ слова. Предлагаем использовать преобразование слов путём замены отдельных звуков: сок – сук.

Развитие речи

Второе направление коррекционно-педагогической помощи на этом этапе предусматривает работу по овладению детьми разными структурными уровнями системы языка (фонетической, лексической, грамматической) на момент развития языковой способности – контекстная речь. Формирование разных сторон языка (фонетики, лексики, грамматики) протекает неравномерно и в определенной степени несинхронно, на различных этапах развития на передний план выдвигается та или иная сторона). В зависимости от этого на каждом этапе жизни ребенка формирование грамматического строя языка ребенка приобретает специфические тенденции и новые взаимосвязи с развитием сторон языка.

Фонетический компонент языковой способности предполагает коррекцию нарушений звукопроизношения у детей. Благодаря уточняющимся слуховым представлениям у детей совершенствуется произнесение звуков речи. Исходной и основной единицей обучения произношению на данном этапе является слово. При необходимости оно раскладывается на составные части до изолированного звука с последующим их соединением в слог, слово. На данном этапе дети после КИ многие звуки родного языка переставляют, опускают, заменяют более простыми по артикуляции, что объясняется возрастным несовершенством артикуляционного аппарата. На этом этапе детям доступны для произнесения согласные звуки (м, п, б, к, г, т, д, н, в, ф, х), а также звук й, многие из согласных звуков произносятся смягченно. Развивающееся слуховое восприятие помогает контролировать собственное произношение и слышать ошибки в речи окружающих и только после этого дети начинают обращать внимание на собственное произношение и постепенно улучшать его. Данные особенности произношения характерны для

слышащих детей, что соответствует возрастным особенностями. При этом у детей после КИ особенно ярко проявляются индивидуальные различия в формировании произносительной стороны речи: у одних детей речь чистая, с правильным произношением почти всех звуков, у других она может быть еще недостаточно ясной, с неправильным произношением большого количества звуков, со смягчением твердых согласных, что требует дополнительной работы по устранению недостатков произношения. Мы рекомендуем использовать следующие приемы для развития коррекции фонетического компонента языковой способности: надо всегда поправлять ребенка, если он делает ошибки в речи, давая правильный фонетический образец. Для этого надо правильно повторить предложение, произнесенное ребенком с ошибками, и при этом не настаивать, чтобы он снова повторил его, теперь уже правильно. При этом мы учитывали, что постоянное принуждение ребенка повторять правильные образцы, прививает ему комплекс боязни неправильного произношения и нежелания пользоваться устной речью. Дети овладевают произносительной стороной речи при подражании речи взрослого, воспринимаемой на слух в рамках формального (специальные занятия) и информального обучения (в быту, играх, в общении). На специальных занятиях уточняется звуко-слоговой состав слова при сохранении навыка слитного и ритмичного его произнесения без привлечения тактильно-вибрационных ощущений детей, при необходимости используются приемы постановки и коррекции произношения при дислалии и дизартрии (О.В. Правдина; Ф.Ф. Рау; О.А. Токарева; М.Е. Хватцев). При необходимости мы рекомендовали использовать специальное оборудование: компьютерные программы с обратной связью («Видимая речь», «Речевой калейдоскоп», «Игры для тигры»), зеркало, шпатели и т.п. Основными методическими приемами остается отраженное проговаривание, а также вводятся некоторые специальные приемы (поэтапное формирование правильной артикуляции, использование одной, имеющейся артикуляции для получения другой и т.п.); продолжает широко использоваться речевая ритмика. При автоматизации произносительных навыков большое внимание уделяется более самостоятельному использованию речевых средств: называнию картинок, ответам на вопросы, инициативным высказываниям.

При развитии **лексического компонента** детей на третьем этапе надо учитывать, что у них происходит количественный скачок в расширении словаря: формируется активная речь, дети начинают овладевать словами, которые развиваются на основе понимания речи и способности детей подражать. Для расширения пассивного и активного словаря детей на данном этапе мы предлагаем использовать:

- Развитие активного словаря по темам. Ребенку даются задания подобрать картинки к словам, ответить на вопрос: «Кто (что) это?». Используется игры: «Мама, папа, сынок», «Узнай и назови», «Назови членов семьи», «Кто ушел». Применяются однословные ответы на вопросы по сюжетной картинке, по фотографии.

- Называние действий с данными по теме предметами. Используется игра: «Кто как разговаривает?». Научить детей подумывать слова, которые отвечают на вопрос: «Что делает?» (поет, летает, бежит и т.д.). Ребенку дается задание назвать

предметы (например, кухонной посуды) и ответить, для чего они нужны (ложка – чтобы есть, стакан – чтобы пить, нож – и т.д.).

- Называние частей, деталей предмета. Ребенок выполняет следующие задания: повтори за педагогом и назови, например, части тела и лица у себя, куклы и на картинке и пр.

- Называние признаков, свойств и качественных характеристик предмета или явления (форма, цвет, размер или внешний вид). Ребенку даются задания ответить на вопрос: «Какой?». Используется игра: «Наш город», при этом ребенок отвечая на вопрос: «Какой?», подбирает как можно больше определений.

- Умение объединять и называть предметы или явления в родовые категории (одежда, мебель, посуда и пр.). Используется игра «Что лишнее? Почему?». Ребенку дается задание: «Что это? Перечисли. Назови одним словом».

- Употребление предлогов (в, на, под, из, к, от, с, около, у). При выполнении подобных заданий ребенок учится воспринимать поручения на слуховой основе, например: «Положи на стол, под стол и пр.».

- Понятие одушевленных и неодушевленных предметов. Например, наклеить в тетрадь 3-4 картинки, изображающие неживые предметы и 3-4 картинки, изображающие предметы, которые могут быть живыми (человек, рыбы, птицы, животные, насекомые). Учить детей различать живые и неживые предметы и ставить к ним вопрос. Про неживые предметы мы спросим: «Что это?», а про живые: «Кто это?». Таким образом проработать все картинки.

- Научить детей "наращивать" слоги к концу слов. Например: зай-ка, гал-ка, пал-ка.

Ведущее значение имеют совместные со взрослым сюжетно-образительные игры детей, подвижные, музыкальные игры и пластические упражнения, игры-драматизации (импровизации), инсценировки, кукольный театр, элементы игры и драматизации при рассматривании картин, при рисовании, лепке, аппликации — такие виды игровой активности, которые имеют широкий общеразвивающий эффект, возбуждают в детях положительные эмоции, стимулируют игровую и речевую активность и тем самым создают естественные условия для спонтанного возникновения языковых игр, заимствования из произведений фольклора и художественной литературы, из речи педагога форм и структур языка. Эти формы работы не теряют своего значения и в дальнейшем.

Характерным показателем развития устной речи детей на этом этапе является постепенное **формирование грамматических категорий**.

Одновременно с обогащением словаря дети интенсивнее овладевают грамматическим строем языка. На данном этапе у детей после КИ начинается период детского словотворчества и повышенного интереса к языковым явлениям и обобщениям. Повышенный интерес к звуковой стороне слова помогает детям изменять слова по аналогии с другими.

Однако такие изменения не всегда удачны. Дети на данном этапе еще допускают грамматические ошибки: неправильно согласуют слова, особенно существительные среднего рода с прилагательными; неправильно употребляют надежные окончания (Мама окны моет); при образовании родительного падежа существительных множественного числа отмечается влияние окончания –ов, -ев на другие склонения (дом – домов, ручка – «ручков»); наблюдаются частые

ошибки в употреблении несклоняемых имен существительных («А у меня на «пальте» пуговица оторвалась»), неправильное изменение по лицам даже часто употребляемых глаголов. В устной речи детей преобладают простые распространенные члены («Тут сидят Таня и Света»), существительные и глаголы во множественном числе («Чашки стоят на столе»). Не все дети еще способны логично, связно и понятно для окружающих самостоятельно рассказывать о событиях, свидетелем которых он был, не может толково пересказать содержание прочитанной ему сказки, рассказа. Речь все еще носит ситуативный характер. Высказывания состоятся из простых распространенных предложений, часто лишь отдаленно связанных между собой по содержанию. Понять их содержание без дополнительных вопросов не всегда можно. Ребенок не может также самостоятельно раскрыть или описать содержание сюжетной картинки. Он лишь называет предметы, действующих лиц или перечисляет действия, которые они совершает (прыгает, умывается). Ребенок уже сознательно подходит к некоторым языковым явлениям, он задумывается над своей речью, сам создает по аналогии ряд новых и своеобразных слов (Например, он говорит «намакаронился» (съел макароны), «не отсонился» (не выспался) и т.д.). Это свидетельствует о том, что ребенок пытается осознать некоторые принципы образования новых слов, но в силу отсутствия у него достаточного речевого опыта делает это неудачно. На данном этапе мы предлагали обучать детей соблюдать следующие грамматические правила: соблюдение категории рода и числа имен существительных; овладение качественными прилагательными; правильное использование количественных числительных; использование личных местоимений; использование глаголов изъявительного и повелительного наклонения; умение использовать союз «и»; употребление междометий и звукоподражательных слов; употребление предлогов в, на, под, из, к, от, с; согласование прилагательных и глаголов с существительными в роде и числе; согласование существительных с числительными; усвоение сочетаний притяжательных местоимений с существительными; практическое усвоение способов словообразования (приставки глаголов); образование прилагательных с помощью ласкательных суффиксов; практическое усвоение способов словообразования (уменьшительный суффикс существительных); образование глаголов совершенного и несовершенного видов, глаголов с помощью приставок, относительных и притяжательных прилагательных, согласование прилагательных с существительными в роде, числе, падеже; согласование существительного с глаголом в роде, числе, падеже и времени; установление причинно-следственных и временных связей при рассмотрении явлений; составление предложений разной структуры с постепенным усложнением; пересказ и самостоятельный рассказ ребенка; использование в речи утвердительных и отрицательных предложений, повествовательных, вопросительных, побудительных и восклицательных по цели высказывания, простых и нераспространенных по своей структуре предложений; овладение формой обращения; обобщение предметов, объединение в родовые категории; описание предметов, особенностей строения; образование антонимов; пересказ; совершенствование навыка ведения диалога; самостоятельный рассказ, как переход от диалогической к монологической речи.

Приведем примеры некоторых заданий:

- Научить детей объединять усвоенные слова в двухсловные предложения типа: вопросительное слово (где) + именительный падеж существительного; указательные слова (это, вот, здесь, там, тут) + именительный падеж существительного.

- Научить детей отдавать команды (куклам, игрушкам, своему товарищу), употребляя глаголы единственного числа повелительного наклонения.

- Научить детей объединять в одном предложении два слова: обращение + глагол повелительного наклонения 2-го лица единственного числа.

- Проследить, чтобы в общении дети использовали имеющиеся в их активной речи словосочетания, например выражали желания (дай + существительное, хочу + инфинитив), спрашивали разрешение (можно + инфинитив или существительное), выражали повеление и т.д.

Примерные обиходные словосочетания: дай (хлеба, воды, игрушку); налей (супу, киселя, воды, молока); хочу (есть, пить, спать, гулять, играть); можно спать? можно идти? можно гулять? можно кушать? можно встать? идем (играть, гулять, строить, лепить); мой (лицо, уши, руки, шею).

Управление грамматическим развитием осуществляется через организацию специальной совместной со взрослым деятельности, через общение ребенка с педагогом и другими детьми. Такое общение может разворачиваться в форме речевого взаимодействия двоих собеседников (диалог), но может принимать и групповые формы (полилог). В младшем дошкольном возрасте специально организованные игры-занятия не должны иметь учебной мотивации. Такие занятия строятся как естественное взаимодействие взрослого с детьми, имеют свободную организацию (разнообразие поз, расположения в пространстве, двигательная активность, свободное перемещение и т.п.), дети участвуют в них только добровольно, а педагог создает все возможности для проявления субъектности в общении, стимулирует и поддерживает инициативные произвольные высказывания детей, их разговоры, обращения к педагогу, вопросы, свободный переход к самостоятельным играм и т. д. Формирование разных сторон грамматического строя (синтаксиса, морфологии, словообразования) языка дошкольника имеет свою специфику, и для их развития должны применяться различные педагогические средства (приемы, формы организации). Для освоения морфологии и словообразования важны приемы, стимулирующие языковые игры; для формирования синтаксиса первостепенное значение имеет создание положительной мотивации для развернутых высказываний. Мы считаем, что грамматическая работа с детьми после кохлеарной имплантации не рассматривается нами как решение задачи предупреждения и исправления грамматических ошибок, а рассматривается как создание условий для полноценного освоения грамматического строя языка на основе развития и поощрения самопроизвольной поисковой активности ребенка в сфере грамматики, спонтанных языковых игр, экспериментирования со словом и его формами, на основе речевого (словесного) творчества, использования языковых средств в разных формах общения со взрослыми и детьми.

3.8.4. Психолого-педагогическое сопровождение детей после кохлеарной имплантации: функции сурдопедагога

Кохлеарная имплантация сегодня – это комплексный метод реабилитации лиц с тяжелыми нарушениями слуха, предусматривающий ряд последовательных этапов и процедур. Это отбор кандидатов на операцию и подготовка ребенка к ней; само оперативное вмешательство; этап заживления; подключение речевого процессора; его первая настройка и последующие регулярные поднастройки; этап адаптации ребенка к изменившимся слуховым возможностям; подбор образовательной среды, адекватной его новым возможностям; психолого-педагогическое сопровождение ребенка в избранном образовательном учреждении. И практически на каждом из этапов необходимо участие сурдопедагога. При этом функции и содержание его работы меняются в зависимости от этапных задач.

Таблица 1. Задачи сурдопедагога на разных этапах кохлеарной имплантации

Этапы кохлеарной имплантации	Задачи сурдопедагога
1. Отбор кандидатов на операцию	<i>Проведение сурдопедагогического обследования ребенка и участие в психологическом обследовании для оценки:</i> - общего и речевого развития; - умений и навыков восприятия речи и неречевых звучаний; - эффективности использования слуховых аппаратов. <i>Изучение семейной ситуации:</i> - понимают ли родители, что успешная операция и хорошо работающий имплант сами по себе еще не гарантируют перехода ребенка в новый статус; - готовы ли оказывать систематическую помощь ребенку на всех этапах его реабилитации; - готовы ли родители перестраивать коммуникацию и взаимодействие с ребенком после операции
2. Подготовка ребенка к операции кохлеарной имплантации	<i>По отношению к оглохшему</i> - сохранить ребенку речь; - подготовить его к настройке речевого процессора; - еще до операции включить семью в занятия с ребенком. <i>По отношению к глухому</i> - продолжать (или срочно начинать) систематическую и традиционную коррекционную работу; - обратить особое внимание на формирование умений воспринимать на слух с помощью индивидуальных слуховых аппаратов неречевые (а по возможности и речевые) звучания; - подготовить его к будущей настройке речевого процессора; - включить еще до операции семью в коррекционные занятия с ребенком
3. Хирургическое вмешательство	<i>Психологическая поддержка и информационная помощь семье оперируемого ребенка</i>
4. Этап заживления	<i>Использовать время пребывания ребенка в клинике и период заживления для работы с родителями, а также интересных и</i>

	<i>посильных ребенку развивающих занятий, включая в них членов его семьи.</i> Добиваться понимания близкими того, что успешная операция и хорошо работающие импланты сами по себе еще не гарантируют перехода ребенка к естественному поведению слышащего, обычной коммуникации и спонтанному речевому развитию. Настраивать семью на оказание систематической помощи ребенку на всех дальнейших этапах его реабилитации. Специально готовить близких к решению сложной задачи перестройки после операции уже сложившихся и привычных всем форм коммуникации и взаимодействия. Разъяснять семье необходимость подбора в будущем подходящего образовательного маршрута, включающего психолого-педагогическое сопровождение ребенка в новой среде
5. Этап подключения речевого процессора, его первичная настройка	Оценить безусловные ориентировочные реакции (например: замирание, поворот головы в ответ на звук и т.п.) ребенка при электростимуляции в процессе программирования речевого процессора. Выработать у ребенка условную двигательную реакцию на звук (например: в ответ на сигнал маленький ребенок надевает кольцо на стержень пирамиды, кладет кубик в кузов и т.п.). Выделять и анализировать произвольные и непроизвольные реакции ребенка на разнообразные звуки для оценки эффективности работы речевого процессора и системы кохлеарной имплантации в целом. Учить родителей замечать и фиксировать в дневнике наблюдений изменения в поведении ребенка - его непроизвольные и произвольные реакции на разнообразные звуки. Учить ребенка определять силу звучания (громко/тихо); количество звучаний; их длительность (долго/кратко), высоту (высоко/низко) и т.д. для уточнения в будущем режима настройки речевого процессора
6. Психологическая адаптация ребенка к новым возможностям – первоначальный (запускающий) этап его реабилитации	<i>Помочь родителям в перестройке коммуникации и взаимодействия со своим изменившимся ребенком.</i> <i>Обеспечить переход ребенка к коммуникации на естественной сенсорной основе:</i> оглохшим детям требуется восстановить полноценную коммуникацию и речь; глухим детям с фразовой речью, сформированной до операции при нарушенном слухе, требуется реконструировать коммуникацию - перевести ее на естественную и полноценную сенсорную основу; глухим детям, у которых не удалось до операции сформировать речь, требуется заново формировать коммуникацию на естественной сенсорной основе; глухим детям до 2,5-3 лет, не владеющим фразовой речью в силу возраста, требуется обеспечить условия для естественного развития коммуникации и становления речи на полноценной сенсорной основе, как это происходит в норме
7. Подбор образовательной среды, адекватной	Определить и рекомендовать родителям вариант образовательного маршрута, полезного ребенку, вставшему на путь естественного развития коммуникации и речи.

новым возможностям ребенка	Помочь родителям подобрать образовательное учреждение, соответствующее рекомендациям
8. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в образовательном учреждении	Помочь ребенку удержаться в новом образовательном учреждении, предупреждая и преодолевая разрывы между обучением и развитием. При необходимости помочь семье принять решение о смене образовательного маршрута

Первоначальный этап, запускающий реабилитацию

Получив благодаря операции потенциальную способность слышать, ребенок еще должен научиться использовать ее. Требуется обеспечить переход ребенка к коммуникации на естественной сенсорной основе, реконструкцию сложившейся ранее в период тяжелого нарушения слуха коммуникации и взаимодействия с окружающим миром. *Это самый ответственный этап реабилитации – он запускает весь ее дальнейший процесс, и сурдопедагог играет здесь ведущую роль.*

Работа сурдопедагога ведется дифференцированно, потому что очень значителен диапазон различий в развитии детей, поступающих к нему после операции, подключения процессора и первичной его настройки:

- оглохшие дети, сохранившие речь и коммуникацию, сформированные на естественной сенсорной основе;
- оглохшие дети дошкольного возраста, теряющие или потерявшие речь;
- глухие дети, обладающие до операции развернутой речью, сформированной на слухо-зрительной основе, что возможно при раннем слухопротезировании и раннем начале коррекционной помощи;
- глухие дети, обладающие развернутой речью, сформированной до операции на зрительно-слуховой основе;
- глухие дети, у которых до операции не удалось сформировать развернутую словесную речь, и их коммуникация осуществляется другими средствами;
- глухие дети до 2,5 – 3-х лет, еще не владеющие в силу возраста развернутой фразовой речью.

Дети с нарушенным слухом, имеющие дополнительные нарушения, могут оказаться в каждой из этих групп, за исключением третьей и четвертой.

На данном этапе работа сурдопедагога с ребенком направлена на перевод коммуникации на естественную сенсорную основу. При этом задачи работы дифференцируются, исходя из понимания различий детей:

- оглохшим детям требуется восстановить утраченную полноценную коммуникацию и речь;

- глухим детям с фразовой речью требуется реконструировать коммуникацию – перевести ее на естественную и полноценную сенсорную основу;
- глухим детям, у которых не удалось до операции сформировать речь, требуется заново формировать коммуникацию на естественной сенсорной основе;
- глухим детям, не владеющим фразовой речью в силу возраста, требуется обеспечить условия для естественного развития коммуникации и становления речи на полноценной сенсорной основе, как это происходит в норме.

Общим и обязательным во всех случаях является помощь сурдопедагога родителям в перестройке коммуникации и взаимодействия со своим изменившимся ребенком. Первоначальный этап реабилитации будет проходить в разных семьях по-разному, однако, каким бы длительным он ни оказался, предпочтительным является пребывание ребенка в семье.

Помещение ребенка с кохлеарными имплантами в образовательное учреждение до перевода коммуникации и взаимодействия с ближайшим окружением на естественную сенсорную основу может свести на нет все предшествующие усилия и семьи, и ребенка. Он еще не готов к естественной коммуникации и взаимодействию со слышащим окружением и тем более – к обучению в этой среде, но ему уже может повредить среда неслышащих, поскольку она не может стимулировать дальнейшее становление и укрепление естественной коммуникации и взаимодействия с людьми.

Важнейшими показателями благополучного завершения запускающего этапа реабилитации служит появление *естественного «слухового» поведения ребенка и способности спонтанно осваивать речь в естественной коммуникации, как это происходит у нормально слышащего ребенка раннего возраста.*

Подбор образовательной среды, адекватной новым возможностям ребенка

Выбор дальнейшего образовательного маршрута имплантированного ребенка – трудный и ответственный этап реабилитации. Дело в том, что даже при благополучной перестройке коммуникации на запускающем этапе дети будут различаться по уровню развития, и им понадобятся различные образовательные маршруты.

Подбирая образовательный маршрут имплантированному ребенку, вставшему на путь естественного развития коммуникации и речи, сурдопедагог определяет потребность в специальной поддержке и ее объем. Значимыми ориентирами для решения этой задачи становятся близость развития ребенка к возрастной норме; а также перспектива (возможность) дальнейшего сближения с нормой в тех или иных условиях обучения. Сурдопедагог на этом этапе может встретиться с разнообразием вариантов:

- развитие ребенка приближается к возрастной норме, но требуется следить за его дальнейшим благополучием и поддерживать его;
- развитие ребенка не приблизилось к возрастной норме, но есть возможность и перспектива сближения с ней при условии систематической минимальной специальной поддержки;
- развитие ребенка не приблизилось к возрастной норме, но есть перспектива сближения с ней при значительной систематической специальной поддержке;
- развитие ребенка не приближается к возрастной норме и перспектива сближения с ней маловероятна даже при систематической и максимальной специальной помощи.

Сурдопедагогу предстоит научиться использовать в качестве ориентиров общие характеристики психического развития ребенка и перспективы его сближения с нормой в разных условиях обучения, что позволит исключить грубые ошибки в подборе образовательных маршрутов и определении характера и объема специальной поддержки имплантированного ребенка, вставшего на путь естественного развития коммуникации и речи.

Анализ накопленного в Институте коррекционной педагогики опыта успешной реабилитации позволяет представить варианты образовательных маршрутов, подходящих разным группам детей с кохлеарными имплантами, вставшим на путь естественного развития (см. *таблицу 2*).

Таблица 2. Образовательные маршруты детей с кохлеарными имплантами, благополучно завершивших первоначальный этап реабилитации

<i>Группы детей с кохлеарными имплантами, благополучно завершивших первоначальный этап реабилитации и вставших на путь естественного развития</i>	<i>Возможные образовательные маршруты</i>
Развитие ребенка приблизилось к возрастной норме, но требуется следить за его дальнейшим благополучием и поддерживать его	Интеграция в общеобразовательную среду при систематическом контроле за развитием и поддержке процесса адаптации в новой среде
Развитие ребенка не приблизилось к возрастной норме, но есть возможность и перспектива сближения с ней при условии систематической минимальной специальной поддержки	Интеграция в общеобразовательную среду при минимальной, но систематической специальной поддержке процесса развития ребенка и его адаптации в новой среде
Развитие ребенка не приблизилось к возрастной норме, но есть перспектива сближения с ней при значительной систематической специальной поддержке	Интеграция в комбинированную среду при значительной систематической специальной поддержке сурдопедагога, направленной на преодоление отставания в развитии
Развитие ребенка не приблизилось к возрастной норме и перспектива сближения с	Рекомендуется специальная образовательная среда, ориентированная на слабослышащих

ней маловероятна даже при систематической и максимальной специальной помощи	детей, она оптимальна для дальнейшего развития такого ребенка
---	---

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в образовательном учреждении

Каким бы благополучным ни казался ребенок к моменту завершения первоначального этапа реабилитации, следует помнить, что он будет нуждаться в индивидуальном психолого-педагогическом сопровождении в том образовательном учреждении, куда придет учиться.

Предметом внимания специалистов, сопровождающих имплантированного ребенка, становятся:

- продвижение в развитии и преодоление ранее возникшего отставания от сверстников;
- характер контактов и взаимодействия с окружающими детьми и взрослыми в учреждении, общие со сверстниками и специфические проблемы в новой социальной среде;
- понимание ребенком своих возможностей и ограничений, умение вступать в коммуникацию на эту тему;
- особые образовательные потребности, обнаруживающиеся по ходу обучения и требующие удовлетворения силами сурдопедагога или специального психолога;
- эффективность функционирования речевого процессора, необходимость его поднастроек.

Изменение статуса ребенка в процессе кохлеарной имплантации и последующей реабилитации – новое явление в сурдопедагогике

Первоначальный статус ребенка и его изменения

Медицинский статус пациента меняется один раз, и происходит это вследствие успешно проведенной операции. Иначе смотрит на это сурдопедагог, перед которым стоит задача реабилитации детей после операции, поскольку для него важен социально-психологический статус ребенка, а он меняется трижды.

До момента подключения речевого процессора мы имеем дело с детьми с тяжелым нарушением слуха, их статус определен и известен. Ребенок может характеризоваться как глухой, с тяжелой тугоухостью, оглохший (сохранивший речь или теряющий ее), с дополнительными нарушениями. И до момента подключения речевого процессора для успешной работы с каждой группой таких детей сурдопедагогу достаточно традиционных компетенций и принятых классификаций. Они служили ему ориентирами для дифференциации педагогической работы с разными группами детей.

После подключения речевого процессора мы имеем дело с имплантированными детьми, статус которых меняется – *они «уже не глухие, но еще не слышащие»*. Благодаря проведенной операции каждый ребенок с кохлеарным имплантом приобретает «физический слух», и он уже потенциально способен воспринимать многие неречевые и речевые звучания и реагировать на них. Вместе с тем он продолжает вести себя в быту как глухой человек, опираясь на умения и навыки, сформированные ранее в условиях тяжелого нарушения слуха. Для ребенка сохраняют особое значение зрительные опоры и привычные средства восприятия речи и самой коммуникации: чтение с губ, письменная речь, дактилология, жестовая речь, привычка контролировать произношение при помощи кинестетических опор и т.д.

Не успели перестроиться и родители: радуясь успешно проведенной операции, они часто продолжают общаться с ребенком привычными способами, средствами, выработанными ранее – в период воспитания ими своего ребенка как глухого. Так, нередко родители требуют повернуться или сами поворачивают имплантированного ребенка лицом к себе во время разговора, говорят с ним неестественно, утрируя артикуляцию, много раз повторяют сказанное без его просьбы об этом, подкрепляют свою речь жестами, письменной речью, используют дактилологию, контролируют произношение отдельных звуков и т.д.

До тех пор, пока не произойдет перестройка коммуникации и взаимодействия имплантированного ребенка в семье, в его повседневной жизни, он сохраняет этот особый противоречивый статус – уже не глухой, но еще не слышащий. Отечественная сурдопедагогика впервые сталкивается с таким ребенком, это новое для нее явление.

После благополучного завершения запускающего этапа реабилитации статус вновь меняется – теперь мы имеем дело *с ребенком, который начинает вести себя и взаимодействовать с окружающими уже как слышащие*. И вновь мы вынуждены сказать, что сурдопедагог впервые имеет дело с такими детьми.

Таблица 3. Изменение статуса ребенка в процессе кохлеарной имплантации и последующей реабилитации

Этапы КИ	Статус ребенка
1. Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию 2. Подготовка ребенка к операции кохлеарной имплантации 3. Хирургическое вмешательство	• Глухой; • с тяжелой тугоухостью; • оглохший (сохранивший речь, теряющий или потерявший ее); • с дополнительными первичными нарушениями
4. Этап заживления 5. Этап подключения речевого процессора, его первичная настройка	Ребенок с КИ способен ощущать звуки интенсивностью 26-40 дБ, что соответствует легкой тугоухости, еще не встал на путь естественного развития коммуникации и речи, поэтому продолжает вести себя в быту как глухой человек

6. Психологическая адаптация ребенка к новым возможностям – первоначальный (запускающий) этап его реабилитации	Ребенок с КИ <i>переходит</i> на путь естественного развития коммуникации и речи, <i>начинает</i> вести себя как слышащий. Может иметь дополнительные первичные, а также вторичные нарушения развития, сложившиеся ранее
7. Подбор и введение ребенка в образовательную среду, адекватную его новым возможностям	Ребенок с КИ встал на путь естественного развития коммуникации и речи, начал вести себя как слышащий. Вторичные нарушения развития требуют коррекции.
8. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в образовательном учреждении	Ребенок с КИ с дополнительными первичными нарушениями, вставший на путь естественного развития коммуникации и овладевающий естественным слуховым поведением в доступной ему мере. Комплекс вторичных нарушений развития требует углубленной коррекции

Из *таблицы 3* ясно, что традиционной компетенции сурдопедагогу достаточно лишь до момента подключения речевого процессора, потому что статус ребенка еще не изменился, и специалист вправе решать традиционные задачи традиционными методами. После подключения речевого процессора начинается запускающий этап реабилитации, когда сурдопедагог встречается со «слышащим глухим» и впервые встает перед задачей реконструкции процесса коммуникации и взаимодействия ребенка с близкими, перевода ее на естественную сенсорную основу. Для этого требуется понимание специалистом законов нормального развития ребенка раннего возраста, естественных условий развития коммуникации и взаимодействия с миром.

Смысл работы заключается в том, чтобы перевести ребенка на путь естественного развития коммуникации и речи, что открывает перспективу дальнейшего продуктивного и спонтанного (без специальных занятий) развития взаимодействия с миром, аналогично тому, как это происходит со слышащим малышом раннего возраста. Именно поэтому даже выдающийся сурдопедагог не может без включения родителей и изменения жизни ребенка в семье решить данную задачу. Равно как родители без помощи специалиста не смогут перестроить жизнь ребенка после операции. Чтобы помочь родителям в перестройке коммуникации и взаимодействия со своим изменившимся ребенком, сурдопедагог должен уметь воссоздавать естественные условия и воспроизводить модели нормального взаимодействия, учить родителей перестраивать общение на естественный лад, т.е. предлагать семье примеры и образцы нормального взаимодействия с ребенком и главное – помогать осваивать их. Результатом работы должно стать естественное (слуховое) поведение ребенка в повседневной домашней жизни.

Новые компетенции сурдопедагога

Понятно, что для решения новых задач традиционных профессиональных компетенций недостаточно и сурдопедагогу, и логопеду, и специальному психологу, и детскому психологу. Всем этим специалистам требуется

дополнительное профессиональное обучение – освоение компетенций, необходимых для реконструкции повседневного поведения имплантированного ребенка на естественной сенсорной основе, спонтанности развития вербальных и невербальных средств коммуникации, свойственной нормальному раннему онтогенезу, избавления от прежде выработанных и привычных «обходных путей», которые теперь перестают помогать и начинают тормозить его развитие. Только освоив новые компетенции, сурдопедагог может обеспечить благополучное завершение запускающего этапа реабилитации.

На следующих этапах реабилитации специалист будет иметь дело с ребенком, который уже начал вести себя как слышащий, но имеет особый тип развития, поскольку приобретенные ранее в период глухоты вторичные нарушения еще не могут быть преодолены полностью. Он должен уметь помочь родителям подобрать образовательное учреждение, соответствующее возможностям имплантированного ребенка, помочь ему удержаться в нем, предупреждая и преодолевая разрывы между обучением и развитием. Это новая задача и новая профессиональная компетенция. Требуется научиться использовать в качестве ориентиров общие характеристики психического развития имплантированного ребенка, вставшего на путь естественного развития коммуникации и речи, и научиться оценивать перспективы его сближения с нормой в разных условиях обучения.

Итак, впервые сурдопедагогика имеет дело со столь выраженной динамикой изменения социально-психологического статуса ребенка с тяжелым нарушением слуха и не менее выраженной динамикой смены задач сурдопедагога в процессе реабилитации ребенка и профессиональных ориентиров для их решения.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

4.1. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 1

Адаптированная образовательная программа (макет) (индивидуальная – для конкретного ребенка с ОВЗ)

Титульный лист	наименование ДОО наименование программы срок реализации (1 год) адресность программы (Ф.И.О., группа) гриф утверждения заведующим ДОО гриф согласования с родителями и председателем ПМПк ДОО Ф.И.О специалиста, который является ответственным за реализацию АОП
Пояснительная записка	краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка (выход на обоснование структуры) структура АОП цель программы задачи программы
Расписание занятий	в том числе занятия коррекционно-педагогической и психологической направленности (индивидуальные, подгрупповые и групповые)
Содержание	
1. Образовательный компонент	Содержание образовательных областей (изменения)
2. Коррекционный компонент	Программы коррекционно-педагогической и психологической направленности (индивидуальная программа логопедической работы, программа индивидуальной работы педагога-психолога, программа индивидуальной работы учителя-дефектолога, олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога и т.п.), рекомендации специалистов педагогам, родителям)
3. Воспитательный компонент	рекомендации воспитателя для родителей дошкольника
Мониторинг достижений обучающегося	конкретные результаты реализации программы на уровне динамики показателей развития дошкольника
Заключение и рекомендации	обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации АОП в целом при обсуждении данного вопроса в рамках

	итогового психолого-педагогического консилиума в конце года и динамического обследования ребенка на ПМПК
--	--

Структура АОП будет зависеть от особых образовательных потребностей ребенка с ОВЗ и необходимых в связи с ними специальных образовательных условий.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

4.2. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 2

Индивидуальный маршрут развития (образования)
для ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ

группа _____

I. СВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

1. Ф.И.О. воспитанника _____
2. Дата и место рождения _____
3. Социальный статус _____
4. Социальная справка _____
5. Адрес: по прописке _____
- по месту проживания _____
- телефон _____
6. Состав семьи _____
7. Сведения о родителях (законных представителях):
- а) статус _____
- ФИО матери _____
- год рождения _____
- образование _____
- место работы, должность _____
- особые отметки _____
- б) статус _____
- ФИО отца _____
- год рождения _____
- образование _____
- место работы, должность _____
- особые отметки _____
8. Другие родственники _____

9. Жилищные условия: _____
10. Материальная обеспеченность семьи: _____
11. Пребывание в других детских учреждениях: _____
12. Дата поступления в МДОУ № 114: _____
13. Статус: «ребенок с ограниченными возможностями здоровья», ребенок-инвалид:
от _____ г. основной диагноз _____

14. № удостоверения по инвалидности _____ МСЭК
№ _____
срок назначения _____ продление _____ ИПР
№ _____

15. Оценка психологической готовности к началу дошкольного образования: _____

16. Социальная характеристика семьи.

Девочка из неполной семьи, мать и отец в разводе, оба лишены родительских прав. Воспитанием ребенка занимается бабушка-опекун. Она уделяет достаточное внимание воспитанию и развитию девочки, поддержанию и укреплению ее здоровья. Со стороны родителей внимания и помощи к ребенку не оказывается. Ребенок развивается в удовлетворительных условиях быта, обеспечен всем необходимым: одеждой, обувью, игрушками и т.

3. Запрос родителей (в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида № _____ от _____ 201 года).

На основании анкеты по выявлению образовательных запросов при организации образовательных и воспитательных услуг детям-инвалидам дошкольного возраста опекун ребенка отдала предпочтение воспитанию и обучению ребенка-инвалида на дому и кратковременному посещению дошкольного учреждения.

II. МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

1. Общее состояние (причина инвалидности) _____

2. Физическое развитие _____

3. Неврология _____

4. Зрение _____

5. Слух _____

6. Опорно-двигательный аппарат _____

7. Диагноз психиатра _____

8. Диагноз логопеда _____

9. Данные о текущем лечении _____

10. Диспансерное наблюдение врачей специалистов _____

III. ИНФОРМАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

При прохождении ПМПК

первичное обследование	повторное обследование	каждые 2 года
число, месяц, год	число, месяц, год	число, месяц, год
Заключение ПМПК № _____ протокола	Заключение ПМПК № _____ протокола	Заключение ПМПК № _____ протокола

ГРУППА СОПРОВОЖДЕНИЯ.

Зам. заведующего по ВМР – координатор ИРОМ, группы сопровождения.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Старший воспитатель | 2. Воспитатели группы |
| 3. Педагог-психолог | 4. Педагог-дефектолог |
| 5. Учитель-логопед | 6. Руководитель физо |
| 7. Музыкальный руководитель | 8. Мл. воспитатель |

КОНСИЛИУМЫ

Группа				
Год	20 /	20 /	20 /	20 /
Дата				
Рекомендации ПМПк ДОУ	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Динамика развития				
Успешность усвоения ООП ДО				
Мониторинг индивидуального развития				

Примечание: В случае не усвоения ООП ДО координатор направляет ИОМ на ПМПк ДОУ для корректировки. В случае несогласия родителей с рекомендациями ПМПк ДОУ они вправе обратиться в «Центр ПМСС».

Если в период реализации ИРОМ возникнут события, изменившие условия жизни воспитанника (длительная болезнь, изменение семейной ситуации и т.п.) то необходима корректировка ИРОМ, которая должна обсуждаться на ПМПк дошкольного образовательного учреждения.

IV. Рекомендации профильных специалистов.

педагог-психолог	Потенциальные возможности обучения по данной программе, состояние эмоционально-волевой сферы, мотивация обучения. Гипотеза причины нарушения обучения. Рекомендации педагогам, родителям, педагогам дополнительного образования. _____ _____
учитель-логопед	Структура и степень нарушения речи. Причины неуспешности обучения. _____ _____ _____
воспитатели	Социально-экономическое состояние семьи, оценка детско-родительских отношений. Гипотеза причины нарушения обучения и воспитания. Возможные причины кризисного состояния. _____ _____ _____
мл. воспитатель	Визуальная оценка эмоционального состояния, аппетит, дневной сон, культурно-гигиенические навыки _____ _____ _____ _____
Специалисты муз. раб. физ.раб	_____ _____ _____
Медработник поликлиники	Выявляются причины психосоматического и нервнопсихического характера (анамнез). Указываются методы и формы лечения, которые оказывают влияние на учебную-воспитательную деятельность, психическую и эмоционально-волевую сферу ребенка. _____ _____ _____ _____

V. План работы-алгоритм ведения сопровождения.

Этапы реализации Индивидуального Развивающе-Образовательного Маршрута.

I. Подготовительный этап.

1. Наличие у воспитанника направления в МДОУ и заключения ПМПк МОУ «Центр ПМСС» с рекомендацией: «Обучение по программе дошкольного

специального (коррекционного)обучения», либо с интегрированным обучением в общеобразовательной группе. Согласование программы обучения с планом индивидуальной реабилитации ребенка-инвалида МСЭ.

2. Выяснение причин кризисного состояния.

3. Выявление ресурсов и потребностей семьи, возможностей МДОУ в реализации ИОМ.

4. Формирование команды сопровождения, назначение координатора ИОМ.

II. Составление ИРОМ.

- Проводится коллегиально и утверждается на ПМП консилиуме МДОУ, при учете ИПР;
- При отсутствии в МДОУ необходимых специалистов консультирование проводится в МОУ «Центр ПМСС», который обслуживает данное МДОУ;
- Диагностика и обследование проводится ПМП консилиумом МДОУ;
- Ответственного за ведение документации и реализацию маршрута назначают на первичном заседании ПМПк;

Мероприятия:

1. Программы обучения и воспитания указать вид: общеобразовательная (интегрированная), специальная (коррекционная), индивидуальная (дополнительная) иная. (подчеркнуть)

2. Специальные условия в организации обучения и воспитания (использование здоровьесберегающих технологий, лечебно – охранительный режим, дозирование учебно-воспитательной нагрузки); (указать какие)

3. Дополнительные услуги профильных специалистов (коррекционные программы, тренинги, психотерапевтические методы, БОС-терапия, индивидуальные, групповые занятия); (указать какие)

4. Медикаментозное лечение, наблюдение; (выписка из амбулаторной карты)

5. Работа с родителями, социальным окружением. Организация условий в семье для реализации дошкольного образовательного маршрута. Консультирование родителей (лиц их заменяющих), психолого-педагогическая помощь; консультирование по телефону (на сайте учреждения в разделе «вопрос-ответ»)

6. Организация дополнительного образования с учетом интересов и желаний ребенка и его родителей (законных представителей) (посещение кружков, секций, студий и т.д.)

III. Результаты работы.

Рекомендации для дальнейшего сопровождения учебно-воспитательного процесса.

1. Систематическое психолого-медико-педагогическое сопровождение по всем направлениям деятельности.

2. Отслеживание динамики развития и успешности усвоения дошкольной образовательной программы.

3.Своевременная коррективная индивидуального образовательного маршрута и определенных психолого-педагогических мероприятий при отсутствии или недостаточной динамики развития и коррекции.

4.Система работы с организацией промежуточных консилиумов.

5.Анализ всех проводимых консилиумов.

4. Основные особенности развития ребенка

По результатам комплексного обследования (педагог-психолог, воспитатель, учитель-логопед) и диагностики выявлено, что психологический возраст ребенка-инвалида приблизительно соответствует 3 годам (отставание на 1 год). Особенности моторики: малоподвижность, двигательная заторможенность, прихрамывание. Уровень общей моторики занижен: не может стоять на одной ноге, крутить педали велосипеда, держать равновесие. Тонкая моторика развита нормально, но затруднено обучение навыкам с применением произвольных действий (застегнуть пуговицы, завязать шнурки).

Особенности развития познавательной сферы:

- **внимание** – преобладает непроизвольное внимание, переключение нормальное, маленький объем внимания.

- **восприятие** – раннее различение цветов и оттенков (с 2 лет) и формы (2 года), нарушенное вкусовое восприятие (выраженная избирательность к еде). Выраженный интерес к знаку (букве, цифре), форме и цвету.

- **память** – хорошо развита, преобладает зрительная память. Непроизвольное запоминание. Сохранение информации длительное. Воспроизводит неполно, непоследовательно. Ассоциативная, опосредованная память неразвита.

- **мышление** – соотносит предметы с их функциональным значением. Обобщение по функциональным признакам отсутствует. Операцию сравнения не производит, сравнивает только по наводящим вопросам. Выстраивает сюжетный ряд из 3-х картинок с помощью взрослого. Понимание сюжетов со скрытым смыслом, метафор отсутствует. Самостоятельно не улавливает причинно-следственные связи, логического объяснения не дает. Наглядно-действенное, наглядно-образное мышление. Обращается за помощью, принимает помощь и совместные действия со взрослым. Слабость регуляции произвольной деятельности, недостаточная целенаправленность, несформированность функции самоконтроля.

Личностные особенности

Особенности поведения: игровая деятельность стереотипная, совместная игра со сверстниками отсутствует, нарушения коммуникативного поведения.

Нарушения эмоционально-волевой сферы: эмоциональная близость с бабушкой-опекуном. Свою мать знает, но не принимает и потребности в ней не испытывает. Самоагрессия, агрессия как форма реагирования на требование. Не понимает эмоциональное состояние другого человека

Имеющиеся знания: уровень овладения общеобразовательной программой – низкий. В тоже время отмечается, что ребенок имеет определенный объем знаний по разделам «Ребенок и окружающий мир», «Сенсорное воспитание».

Уровень адаптивного поведения:

Отсутствуют навыки социализации. Навыки коммуникации сформированы частично. Самообслуживание в норме.

Развитие речи (речевая карта)

Словарный запас достаточный, но не разнообразный (используется бытовая лексика), что обусловлено кругом общения. Недоразвитие фонематического слуха.

5. Долгосрочная цель сопровождения

Включение ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ в функционирующую группу сверстников, подготовка к обучению в школе.

6. Использование ресурсов других учреждений.

Логопункт, детская поликлиника, школа, музыкальная школа, физкультурно-оздоровительный комплекс и другие учреждения социума

9. Срок реализации индивидуального маршрута.

С 01.0.20 года по 31.05.20 года.

**ПОСТРОЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ
ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА
РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, РЕБЕНКА С ОВЗ**

№	Основные задачи	Задействованные педагоги	Направления работы
	1 этап – обучение и воспитание ребенка-инвалида (ОВЗ):		
1	Выявление запросов семьи на образовательные услуги	Заведующий Зам.зав по ВМР педагог	☐ встречи с семьей, имеющих детей-инвалидов, ОВЗ анкетирование и опрос родителей
2	Комплексное обследование и диагностика уровня развития ребенка-инвалида, ОВЗ	Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог	☐ обследование особенностей и уровня развития ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ
3	Определение задач коррекционной психолого-педагогической работы и разработка индивидуальной образовательной программы	Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ проведение методических мероприятий для задействованных педагогов
4	Разработка индивидуальной программы включения ребенка-инвалида (ОВЗ) в функционирующую группу сверстников (выбор модели инклюзивного образования при необходимости)	Члены ПМП консилиума ДОУ	• составление индивидуального образовательного маршрута ☐ реализация индивидуальной образовательной программы
5	Разработка программы и плана взаимодействия с семьей ребенка-инвалида (ОВЗ)	Члены ПМП консилиума ДОУ	• комплексное изучение семьи и составление социального паспорта семьи
6	Первичная социализация ребенка инвалида со взрослым – педагогом	Педагог	☐ работа по развитию первичных коммуникативных умений и навыков
7	Сохранение и укрепление здоровья ребенка-инвалида, (ОВЗ)	Медраб. поликлин.. Инстр по физразвитию	• медико-психолого- педагогическое сопровождение семьи ребенка-инвалида, (ОВЗ) • медицинское сопровождение • осуществление связи со специалистами поликлиники

	2 этап – этап обучения и воспитания ребенка-инвалида (ОВЗ) с частичным включением в среду нормально развивающихся детей для детей раннего возраста и их родителей - октябрь 20 – май 20 г.		
1	Определение задач коррекционной психолого-педагогической работы и корректировка индивидуальной образовательной программы	педагог, педагог-психолог, логопед	☐ коррекционно-развивающая работа на основании индивидуальной образовательной программы
2	Подбор технологий социализации в условиях ГКП, осуществление социализации.	воспитатель ГКП, педагог	☐ развивающая адаптационная работа по программе ГКП для детей раннего возраста и их родителей
3	Разработка плана взаимодействия с семьей ребенка-инвалида	Ст. воспитатель Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	• проведение методических мероприятий для задействованных педагогов
4	Начальная подготовка участников педагогического процесса к включению ребенка-инвалида (ОВЗ) в группу нормально развивающихся сверстников	Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ сопровождение ситуации включения ребенка-инвалида в группу нормально развивающихся сверстников
5	Сохранение и укрепление здоровья ребенка-инвалида (ОВЗ)	Медраб. поликлин.. Инстр по физразвитию	☐ медико-психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка-инвалида (ОВЗ) по плану
	3 этап – этап индивидуального обучения и воспитания ребенка-инвалида (ОВЗ) в ДОУ с частичным включением в среду нормально развивающихся сверстников функционирующих групп ДОУ – июнь 20 – май 20 г.		
1	Подбор технологий социализации в условиях функционирующей группы, осуществление	Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ корректировка и реализация индивидуальной образовательной программы
2	Определение задач коррекционной психолого-педагогической работы и корректировка индивидуальной образовательной программы	Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ сопровождение ситуации включения ребенка-инвалида в группу нормально развивающихся сверстников (включение в игровую деятельность, в праздники, досуги, развлечения, проводимые в ДОУ). ☐ проведение мероприятий, направленных на взаимное принятие и сплочение всех участников группы (дети-родители) • составление графика посещения группы ребенком-инвалидом
3	Разработка плана взаимодействия с семьей ребенка-инвалида	Ст. воспитатель Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ проведение методических мероприятий для задействованных педагогов • составление графика посещения группы ребенком-инвалидом (ОВЗ)
4	Сохранение и укрепление здоровья ребенка-инвалида	Медраб. поликлин.. Инстр по физразвитию	• медицинское сопровождение • осуществление связи со специалистами поликлиники
	4 этап – группа комбинированного вида: частичная (полная) интеграция ребенка-инвалида (ОВЗ) в функционирующей группе нормально развивающихся сверстников – июнь 201 – май 201 г.		
1	Определение задач коррекционной психолого-педагогической работы и корректировка индивидуальной образовательной программы	педагог, старший воспитатель	☐ корректировка в зависимости от варианта продолжения образования, выбранного семьей ребенка-инвалида (ОВЗ) и реализация индивидуальной

			образовательной программы
2	Разработка индивидуальной коррекционной программы по подготовке ребенка-инвалида к школе	педагог, старший воспитатель	☐ индивидуальные и групповые занятия на развитие школьно-значимых функций ☐ формирование психологической и социальной готовности ребенка-инвалида к школе
3	Координация работы с семьей ребенка-инвалида	педагог, старший воспитатель	• медико-психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка-инвалида по плану
4	Дальнейшая социализация ребенка-инвалида (ОВЗ) в макросреде	Ст. воспитатель Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ использование игровых технологий социализации
5	Проведение мероприятий, направленных на взаимное принятие и сплочение всех участников группы (дети-родители дальнейшая социализация ребенка-инвалида (ОВЗ) в макросреде)	Ст. воспитатель Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ установление связи с социальным окружением и включение ребенка-инвалида , ОВЗ в социум
6	Определение дальнейшего образовательного маршрута ребенка-инвалида ,ОВЗ (родители – ребенок – ДОУ – школа)	Ст. воспитатель Педагог-психолог, Учитель-логопед, педагог, члены ПМПк	☐ организационное взаимодействие со школой по организации преемственности ☐ определение оптимального продолжения образовательного маршрута
7	Сохранение и укрепление здоровья ребенка-инвалида	Медраб. поликлин.. Инстр по физразвитию	☐ медицинское сопровождение ☐ осуществление связи со специалистами детской поликлиники

Самое интересное в группе детского сада _____

Самое неинтересное _____

Ситуация вызывающая беспокойство _____

Для организации индивидуального сопровождения и коррекционной помощи необходимо изучить личностные особенности воспитанника и специфику его взаимоотношений со сверстниками и взрослыми.

Данная информация должна быть объективной и достоверной.

• **Факторная структура отношений со сверстниками**

Фактор	Доминирующие состояния		Противоположные состояния	
Вражда				
Дружба				
Жадность				
Щедрость				
Злость				
Доброта				
Лживость				
Правдивость				
Драчливость				
Агрессивность				
Спокойствие				
Зависть				
Искренность				

Грубость Вежливость				
------------------------	--	--	--	--

Коррекционная работа _____

Знания об отношении ребенка к занятиям, проблемах и трудностях возникающих при изучении отдельных тем на специальных занятиях, позволят специалистам МДОУ своевременно скорректировать индивидуальный образовательный маршрут.

НОД(непосредственная образовательная деятельность воспитанников).

Образовательные области	Мнение ребенка	Мнение родителей	Мнение воспитателя
Занимается с удовольствием			
Образовательные области вызывающие трудности			
Дополнительные занятия.			

- Мотивация познавательной деятельности.

Определение сформированности мотивов к познанию. Выделяется ведущий мотив, анализируются содержание и обоснование мотива, его осознанность.

Педагогическое сопровождение. Карта развития воспитанника МДОУ

группа		Осень				Зима				Весна				Лето			
		9	10	11	В	12	1	2	В	3	4	5	В	6	7	8	В
здоровье	Группа здоровья																
	Сколько раз болел																
	Кол-во дней, пропущенных по болезни																
Социально-личностное развитие	Отношение к д/с																
	Общение с детьми																
	Общение со взрослыми																
	Самостоятельность																
	Активность, инициативность																

Оценку уровня личностного развития детей в конце каждого года обучения следует проводить на основании требований ООП ДО и СКП. Самое главное - обеспечить усвоение базового минимума знаний. Заполнение карты проводится в начале каждого учебного года и по его окончанию, в течение всего периода обучения и воспитания в дошкольном учреждении на основании показателей диагностических карт развития, и на основании ваших личных наблюдений и анализа результатов продуктов деятельности ребенка.

Шкала оценки: норма – 3

неопределенное или невыраженное – 2

отрицательное или отсутствует – 1.

- Показатели первого и второго блоков отражают степень адаптации ребенка в ДООУ.
- К блоку «Здоровье». Дети, которые болеют ОРВИ более четырех раз в году, относятся к группе часто и длительно болеющих (ЧДБ). Частые пропуски по болезни – это первый сигнал, свидетельствующий о перенапряжении организма и нарастающем утомлении. Следует помнить, что даже одно заболевание, продолжительностью более трех дней, «выключает» ребенка из учебного процесса: отмечается быстрая утомляемость, раздражительность, снижение учебно-познавательных возможностей.
- К графе «Интеллектуальные умения». Рекомендуемые критерии и баллы оценки:
 - 3** – правильно определяет содержание, смысл анализируемого, точно и емко обобщает его в слове, видит и осознает тонкие различия при сравнении, легко обнаруживает закономерности;
 - 2** – задания, требующие анализа, обобщения, установления закономерности, выполняет со стимулирующей помощью взрослых;
 - 1** – выполняет задания с организующей или направляющей помощью взрослого, может перенести освоенный способ деятельности на выполнение следующего задания;
 - 0** – нуждается в обучающей помощи взрослого, воспринимает помощь с трудом, самостоятельный перенос не осуществляется.
- Интересы и склонности ученика (посещение кружков, секций, студий и т. п.).
- Оказание помощи в выборе занятий и поддержание интереса.

Работа с семьей.

1. Изучение семьи.
2. Социальные проблемы, потребности семьи в организации обучения и воспитания.
3. Патронаж семьи на дому (2 раза в год, при необходимости чаще).
4. Анализ неблагоприятных условий и стиля семейного воспитания и его влияния на поведение и успехи ребенка.
5. Информирование и консультирование семьи по вопросам психолого-педагогической реабилитации.

Консилиумная деятельность профильных специалистов образовательного учреждения по сопровождению обучающихся.

Психолого-медико-педагогический консилиум, ориентированный на работу с детьми, с проблемами в развитии и здоровье, а также с теми, кто испытывает трудности в обучении, проблемы в поведении и адаптации, может проходить в двух режимах:

— экспертная деятельность профильных специалистов образовательного учреждения;

— сопровождение тех детей, которые нуждаются в специализированной помощи.

Комплексный психолого-медико-педагогический консилиум — это постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка.

1. ПРИМЕРЫ		Индивидуальная программа логопедического сопровождения	
2.			
ФИО, год рождения ребёнка		.20.. года рождения. ПМПК от 00.000.20..г.	
Логопедическое заключение		ОНР II уровень, обусловленное стойким недоразвитием познавательной сферы	
Актуальная проблема		Речь малопонятна, не разборчива. Полиморфное нарушение звукопроизношения, фонематического слуха, нарушение понимания лексической стороны речи, замена гудением, ммммммммм,,; несформированность связной речи. Грубые конструкции. Владение счётными операциями отсутствует, „четвёртый лишний“	
Цель программы		Устранение нарушений речи посредством специального обучения и воспитания	
Задачи.		Развитие общей и мелкой моторики. Развитие мимики и эмоций. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения. Развитие импрессивной речи. Коррекция слоговой структуры слова. Пополнение активного словаря. Коррекция логического мышления и грамматического строя речи. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления. Развитие математических операций, обобщений, выделения „лишнего“	
Содержание		В соответствии с коррекционно-развивающей образовательной программой ОНР Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной «Коррекционное обучение и воспитание детей с недоразвитием речи» (I год обучения, старшая группа) Москва, 1991 год; в работе использую „Альбомы упражнений по обучению грамоте детей старшего дошкольного возраста“, ГНОМ,, 2011 и „Логопедическую грамматику для детей от 2-4 (4-6) лет,, О.А.Новиковской	
Содержание работы			
1. Развитие общей и мелкой моторики.		Логоритмические упражнения под музыку. Упражнения на развитие общей и мелкой моторики.	
2. Развитие мимики и эмоций.		Формирование мимических поз по картинкам: радость, удивление, печаль	
3. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха.		Узнавание и воспроизведение гласных звуков громко-тихо, близко-далеко. Подключение движений руками. Узнавание звука на фоне ряда звуков. Узнавание звуков на фоне слова. Определение первого гласного звука в слове. Определение последнего гласного и согласного звука в слове.	

4. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения.	• Подготовка артикуляционного аппарата к постановке звуков и ма Дутье в музыкальные игрушки, упражнения „Сдуй бабочку с цветка,,;,, За • Артикуляционные упражнения для губ: - вытягивание трубочкой: ууууууууу -растягивание в ниточку, в улыбку: иииииии -округление губ: около -поднятие вверх верхней губы, опускание вниз нижней, оскал; - крепкое сжатие; - сосательные движения; - вибрация. • Артикуляционные упражнения для языка: - язык широкий, узкий, чашечкой, трубочкой; -упражнение „Лошадка,,(присасывание языка к верхним альвеолам); - „Лопатка,, (распластывание широкого языка и удержание его между зуб -„Болтушка,,(движение вперед-назад при открытом рте); - „Кошечка,,(попеременный захват языком то верхней, то нижней губы); - „ Вкусное варенье,, (движение языка по верхней губе, затем по нижней); - „Часики,,(тянуться к ушам ,на счёт); - „Качели,,(движение вверх-вниз); - „Маляр,,(движения от верхних зубов к горлу и обратно по нёбу); - присасывание языка к нёбу с последующим задуванием на кончик языка • Постановка и автоматизация звуков: шипящих, соноров, задненёб • Автоматизация звуков. • Дифференциация звуков: [с]- [ш], [з]- [ж], [р]-[л],[ш]- [ж]
5. Развитие импрессивной речи.	Исправление семантической ошибки в предложении. Понимание значения пространственных наречий. Выполнение 3-х действий по одной инструкции. Понимание сравнительных конструкций. Исключение лишнего предмета. Игра,,4-й лишний,,; „Найди пару,,; „Ассо Обобщения предметов по видовым (родовым) признакам. Игра,. Сравни Узнавание предмета по описанию. Использование „чудесного мешочка,,
6. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи.	Классификация предметов. Образование прилагательных от существительных. Использование лото: Расширение словаря признаков, слов-действий: „Подбери предмет к дейс Называние антонимов: высокий-низкий, широкий-узкий, длинный-коротк Развитие математических операций, сравнений, обобщений предметов. Установление причинно-следственных конструкций.
Сроки динамического контроля	Динамические показатели
Январь 20..г.	Динамика: положительная, незначительная, нулевая, отрицательная Особенности речевого развития _____ _____ _____ Причины отрицательной или нулевой динамики _____ _____ Корректировка программы _____
Май 20.. г.	Динамика: положительная, незначительная, нулевая, отрицательная Особенности речевого развития _____ _____ _____ Причины отрицательной или нулевой динамики _____

2. Индивидуальная программа логопедического сопровождения	
ФИО, год рождения ребёнка	00.00.20.. года рождения. ПМПК от 00.00.20... г.
Логопедическое заключение	ОНР 3 уровень, дизартрический компонент.
Актуальная проблема	Речь малопонятна. Полиморфное нарушение звукопроизношения, слоговой структуры слова, фонематического слуха, связной речи, бедность словаря. Грубые нарушения предположно-падежных конструкций.
Цель программы	Устранение нарушений речи посредством специального обучения и воспитания.
Задачи.	Развитие общей и мелкой моторики. Развитие мимики и эмоций. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения. Развитие импрессивной речи. Коррекция слоговой структуры слова. Пополнение активного словаря. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи.
Содержание	В соответствии с коррекционно-развивающей образовательной программой логопедической работы по преодолению ОНР Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной, Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи, (I год обучения, старшая группа) Москва, 1991 год; в работе используют, Альбомы упражнений по обучению грамоте детей старшей логопедической группы, О.С. Гомзяк, ГНОМ, 2011 и „Логопедическую грамматику для детей от 4-6 лет., О.А.Новиковской, Санкт - Петербург, „Корона. Век, 2012г.
Содержание работы	
1. Развитие общей и мелкой моторики.	Логоритмические упражнения под музыку. Упражнения на развитие общей и мелкой моторики.
2. Развитие мимики и эмоций.	Формирование мимических поз по картинкам: радость, удивление, печаль, обида.
3. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха.	Узнавание и воспроизведение гласных звуков громко-тихо, близко-далеко, со сменой артикуляционных укладов. Определение первого гласного звука в слове, , последнего звука (согласного, гласного), нахождение заданного звука (гласного в слове в ударной позиции); повторение звуковых рядов; различение слов со сходным звуковым составом. Определение первого согласного звука в слове.
4. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция	- Подготовка артикуляционного аппарата к постановке звуков. Дутье в музыкальные игрушки, упражнения, Сдуй бабочку с цветка, Забей мяч в ворота, Подуй на перья, - Артикуляционные упражнения для языка: - язык широкий, узкий, чашечкой, трубочкой; -упражнение, Лошадка, (присасывание языка к верхним альвеолам);

звукоспроизношения.	-, Лопатка, (распластывание широкого языка и удержание его между зубами); -, Болтушка, (движение вперёд-назад при открытом рте); -, Кошечка, (попеременный захват языком то верхней, то нижней губы); -, Вкусное варенье, (движение языка по верхней губе, затем по нижней); -, Часики, (тянуться к ушам, на счёт); -, Качели, (движение вверх-вниз); -, Маляр, (движения от верхних зубов к горлу и обратно по нёбу). • Постановка и автоматизация звуков: шипящих, соноров. • Автоматизация звуков. • Дифференциация звуков: [с]- [ш], [з]- [ж], [р]-[л],[ш]- [ж]
5. Развитие импрессивной речи.	Исправление семантической ошибки в предложении. Понимание значения пространственных наречий. Выполнение 3-х действий по одной инструкции. Узнавание предмета по описанию. Использование, чудесного мешочка,
6. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи.	Классификация предметов. Образование прилагательных от существительных. Использование лото: Что из чего? Повар; Ателье, Расширение словаря признаков, слов-действий: Подбери предмет к действию, Подбери признак к предмету. Называние антонимов: высокий-низкий, широкий-узкий, длинный-короткий, толстый-тонкий. Закрепление в речи грамматических конструкций со сложными предложениями, с употреблением существительных множественного числа в косвенных падежах. Закрепление в словосочетаниях и предложениях существительных с числительными. Составление предложений (сложносочинённых, сложноподчинённых). Пересказ короткого текста с опорой (на картинку), составление рассказа по картинке, серии картин.

3. Индивидуальная программа логопедического сопровождения	
ФИО, год рождения ребёнка	00.00.200.. года рождения. ПМПК от 00.00..года
Логопедическое заключение	ОНР 4 уровень.
Актуальная проблема	Речь понятна, разборчива. Нарушение звукопроизношения (ш, ж; л, р), нарушения фонематического слуха, незначительные нарушения лексико-грамматического строя речи и связной речи.
Цель программы	Устранение нарушений речи посредством специального обучения и воспитания.
Задачи	Расширение активного словаря. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха. Коррекция звукопроизношения. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи.
Содержание	В соответствии с коррекционно-развивающей образовательной программой логопедической работы по преодолению ОНР Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной, Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи, (I год обучения, старшая группа) Москва, 1991 год. В работе используют, альбомы 1-2 упражнений по обучению грамоте детей старшей логопедической группы, Гомзяк О.С., Издательство ГНОМ, 2011 и, Логопедическую грамматику для детей 4-6 лет, О.А.Новиковской, Санкт-Петербург „Корона.Век., 2012г.
Содержание работы	
1. Развитие общей и мелкой моторики.	Логоритмические упражнения под музыку. Упражнения на развитие общей и мелкой моторики: пальчиковые упражнения, нанизывание бусинок, колечек; шнуровка, собирание пазлов, мозики, кубиков Дьенеша; штриховка, обводка, раскрашивание, лепка.
2. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха.	Узнавание звука в ряду других звуков, отбор картинок с заданным звуком, Определение первого гласного звука в слове, последнего звука (согласного, гласного), нахождение заданного звука (гласного в слове в ударной позиции); повторение звуковых рядов; различение слов со сходным звуковым составом. Определение первого согласного звука в слове.
3. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения.	• Артикуляционные упражнения для языка: - язык широкий, узкий, чашечкой, трубочкой; - движение вверх-вниз; - цоканье; • Постановка и автоматизация звуков [ш-ж, р, л]. • Дифференциация звуков: [с]- [ш], [з]- [ж], [р]-[л], [ш]- [ж]
4. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи.	Называние антонимов: высокий-низкий, широкий-узкий, длинный-короткий, толстый-тонкий. Образование прилагательных от существительных. Упражнения: Что из чего? Развитие валентности слов; Подбери предмет к действию; Подбери признак к предмету. Составление предложений (сложносочинённых, сложноподчинённых). Пересказ короткого текста с опорой (на картинку), составление рассказа по картинке, серии картин. Закрепление в речи грамматических конструкций со сложными предложениями, с употреблением существительных множественного числа в косвенных падежах. Закрепление в словосочетаниях и предложениях существительных с числительными.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

4.3. Макет адаптированной образовательной программы. Вариант 3

«СОГЛАСОВАНО»

_____ ФИО матери
_____ ФИО отца

«_____» _____ 2017 г.

«ПРИНЯТО» ПМПконсилиумом
на Педагогическом совете

МДОУ «Д/с № ____»

Протокол № _____ от

«_____» _____ 2017 г.

«УТВЕРЖДЕНО»

заведующий МДОУ «Д/с № ____»

_____ ФИО

Приказ № _____ от

«_____» _____ 2017 г.

АДАПТИРОВАННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

НА 2016-2017 УЧЕБНЫЙ ГОД

Разработчик: ФИО, место работы,
должность

город, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

I.	Целевой раздел программы.....
1.	Пояснительная записка.....
1.1.	Нормативно-правовая база программы.....
1.2.	Характеристика детей.....
1.3.	Цель и задачи программы.....
1.4.	Принципы построения и реализации программы.....
2.	Ожидаемые результаты реализации программы.....
3.	Формы подведения итогов реализации программы.....
II.	Содержательный раздел программы.....
2.1.	Модуль «Диабет – не болезнь, а образ жизни».....
2.2.	Модуль «Развитие социально-бытовых навыков и навыков общения».....
2.3.	Индивидуальный модуль для ребенка с ОНР «Логопедическое сопровождение».....
III.	Организационный раздел программы.....
3.1.	Кадровые условия реализации программы.....
3.2.	Методические рекомендации по реализации программы
3.3.	Особенности организации питания.....
3.4.	План ведения сахарного диабета.....
3.5.	Дневник диабетика.....
IV.	Литература.....
V.	Приложения.....

I. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ ПРОГРАММЫ

1. Пояснительная записка

Одной из приоритетных задач российского образования в настоящее время является обеспечение государственных гарантий – доступности и равных возможностей получения полноценного образования для всех категорий граждан, в том числе, и с особыми образовательными потребностями.

С каждым годом увеличивается число детей с особыми образовательными потребностями. Одной из распространённых проблем в развитии, порождающих эти потребности, является заболевание сахарным диабетом. Особенности течения данного заболевания в детском возрасте раскрыты в Приложении 1.

Сахарный диабет (далее – СД) – это хроническое заболевание, средств радикального лечения которого на сегодняшний день пока не существует. Лечение диабета, заключающееся в ежедневных инъекциях инсулина (до пяти уколов в день), многократных определениях уровня сахара в крови и в строгом режиме питания, в некоторой степени ограничивает жизнедеятельность ребенка. Это значит, что такие дети нуждаются не только в дополнительной заботе в ходе образовательного процесса, но и при реабилитации и интеграции в окружающую среду. Дополнительной заботы требует и семья, воспитывающая ребенка с диабетом. Важнейшее место здесь принадлежит и детскому саду. Именно поэтому воспитатель должен иметь необходимую информацию об этом заболевании и его течении.

МДОУ «Д/с № ____» посещают два ребенка-инвалида (Приложения 2-3) с сахарным диабетом. У одного из них также имеется диагноз ОНР 2 уровня (стертая дизартрия) по заключению ПМПК (Приложение 4). Для данных детей нет противопоказаний по усвоению образовательной программы дошкольного образования МДОУ «Д/с № ____» (далее – ОП ДО), однако они нуждаются в дополнительной образовательной работе, связанной со спецификой их заболевания, а ребенок с ОНР также в коррекционно-развивающей работе. Данные направления деятельности детского сада рассматриваются настоящей адаптированной образовательной программой (далее – АОП ДО) и реализуются через образовательную деятельность в ходе режимных моментов.

Таким образом, АОП ДО расширяет содержание ОП ДО в образовательных областях «Физическое развитие» и «Социально-коммуникативное развитие» специфическими сведениями о заболевании «сахарный диабет» и практическими навыками саморегуляции своего состояния и поведения. АОП ДО предполагает индивидуализацию обучения детей с особыми образовательными потребностями, что позволяет каждому ребенку более увлеченно и эффективно усваивать образовательную программу.

Данная программа составлена с учетом возрастных и специфических особенностей детей, содержит использование различного рода игровых ситуаций, дидактических игр, способных сделать познавательную деятельность более привлекательной и значимой для ребенка.

Большое внимание в Программе уделяется тренингу практических навыков у детей. Такие занятия, как «Контроль обмена веществ», «Инсулиновая стратегия», «Планирование питания», «Неотложные состояния», «Физические нагрузки», обязательно предусматривают самостоятельную работу больных детей. Для этого в плане работы представлен перечень необходимого материала для отработки практических навыков. Например, к занятию по теме «Контроль обмена веществ» нужно подготовить для детей разнообразные средства для самоконтроля. Это могут быть и индивидуальные приборы – глюкометры с достаточным количеством тест-полосок как специально к приборам, так и для визуальной оценки (например, «Глюкахром Д»); контрольные полоски для определения сахара в моче и на наличие ацетона в моче. На этих занятиях уделяется достаточно времени для объяснения основных правил по технике забора крови из пальца, чтобы сделать эту процедуру наименее болезненной для детей, а результат получить наиболее достоверный. Также на этом занятии уделяется достаточно времени для того, чтобы научить детей и их родителей грамотному ведению «Дневника диабетика» и мотивация их на систематическое его заполнение.

Другое занятие – по «Инсулиновой стратегии» – предусматривает тренинг по правильной технике инъекций инсулина, для чего в руки каждому ребенку даются одноразовые инсулиновые шприцы и шприцы-ручки. Кроме того, детям предоставляется возможность самостоятельного решения «врачебных» задач по изменению режима и дозировки инсулина в соответствии с показателями контроля. С этой целью в методических карточках приводятся различные примеры, изложенные в форме «Дневника диабетика». Помимо таких простых примеров, в структурированной программе представлен БАНК контрольных вопросов и ситуационных задач по каждой теме занятия, в которых рассматриваются обычные и необычные житейские ситуации, требующие принятия самостоятельного решения по коррекции плана лечения.

К достаточно сложным занятиям по теме «Планирование питания» изготовлены специальные «микроплакаты» с изображением различных продуктов и блюд. Используя их в качестве наглядных пособий, проводятся практические занятия по эквивалентной замене блюд в игровой форме, например, «день рождения», «в гостях», поход в кафе и т.п. Во время занятий используются также большие красочные плакаты по темам, разработаны различные кондуктивные игры. Такие формы занятий интересны и всегда более эффективны для запоминания полезной информации детям.

Влияние физических нагрузок лучше всего наглядно демонстрируются на специальных занятиях в спортивном зале.

Занятия, посвященные неотложным состояниям, предусматривают отработку практических навыков пациентов по профилактике и принятию доврачебных мер при развитии гипогликемических состояний или при угрозе кетоацидоза. Эти занятия проводит врач-эндокринолог с членами семьи, чтобы они в критических ситуациях сумели грамотно помочь ребёнку-диабетику.

Решение медицинских проблем отрабатывается, в основном, на ситуационных примерах.

Работая над ситуационными задачами, отвечая на вопросы или участвуя в игровых ситуациях, дети учатся практическому решению проблем, связанных с диабетом. Педагог и врач-эндокринолог на основе ответов и поведения пациентов оценивают усвояемость теоретического материала, что нередко помогает обнаружить детям ошибки в своих действиях.

Важным фактором в реализации Программы является согласованная работа всех участников образовательных отношений.

1.1. Нормативно-правовая база программы

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (глава 2 ст. 11, глава 10 ст. 75, 76)
2. Письмо Заместителя министра Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей»
3. Письмо Минобрнауки России от 13.11.2014 г. № ВК-2422/07 «О сохранении сети отдельных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам»
4. Приказ МОиН РФ 20 сентября 2013 г. № 1082 г. Москва «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»
5. Письмо Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»
6. Письмо Минобрнауки России от 16.02.2015 № ВК-333/07 «Об организации работы по введению ФГОС образования обучающихся с ОВЗ»
7. Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»
8. Письмо Минобрнауки России от 13.11.2015 № 07-3735 «О направлении методических рекомендаций (лучшие практики инклюзивного образования в РФ)»
9. Приказ Минобрнауки России от 02.12.2015 № 1399 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») Министерства образования и науки Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования»
10. Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК 452-07 «О введении ФГОС ОВЗ (методические рекомендации)»

1.2. Характеристика детей

Данная коррекционно-развивающая программа разработана для воспитанников МДОУ «Д/с № ____».

ФИО ребенка		
Дата рождения		
Пол		
Группа здоровья		
Состав семьи		
Мать (ФИО, место работы)		
Отец (ФИО, место работы)		
Брат/сестра		
Бытовые и материальные условия семьи		
Характерные особенности ребенка	Для детей характерна повышенная тревожность и переживание тревожности в семейной ситуации. В ситуации фрустрации у детей наблюдаются интропунитивные реакции и реакции с фиксацией на разрешение ситуации. Часто считают себя источником различных неприятностей, признают свою вину за происшедшее.	
Характер воспитания ребенка в семье	Матери детей с СД уделяют много внимания и сил ребенку, воспитание становится основным делом их жизни. Больному ребенку предъявляются чрезмерные требования, множество запретов. СД создает основания для формирования у матерей страха «потерять» ребенка. В результате для матерей воспитанников с СД характерен высокий уровень невротизации, выражающийся в недовольстве своей жизнью, тревогой и разного рода страхами, повторяющихся неприятных соматических ощущениях. Для матерей характерны трудности в гармоничном проявлении заботы о своем ребенке, понимании оптимальной (необходимой для него) степени удовлетворения потребностей, соответствия предъявляемых требований возрасту и состоянию здоровья ребенка, а также в определении рамок его поведения и предъявления наказаний.	
Присвоена инвалидность		
Диагноз Заключение ПМПК		
Ограничения основных категорий жизнедеятельности		
Посещает МАДОУ		
Особенности адаптации		

Для детей определены ограничения некоторых основных категорий жизнедеятельности:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1,2,3)	Характеристика ограничения
способности к самообслуживанию	первая (незначительные нарушения функций)	Способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств: сохраняется способность к самообслуживанию и самостоятельному выполнению вышеперечисленных действий с помощью технических средств, адаптации жилья и предметов обихода к возможностям инвалида.

Индивидуальная характеристика воспитанницы с ОНР 2 уровня (ФИ)

Речь малопонятна, не разборчива. Полиморфное нарушение звукопроизношения, слоговой структуры слова, нарушения фонематического слуха, нарушение понимания лексической стороны речи, выраженная бедность словаря (поиск слов заменяет гудением, ммммммммм; несформированность связной речи. Грубые нарушения предложно-падежных конструкций. Владение счетными операциями отсутствует, «четвертый лишний» не выделяет, обобщений не делает.

Ребенок моторно неловкий, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Неустойчиво стоит на одной какой-либо ноге, не может попрыгать на одной ноге, пройти по «мостику» и т.п. Плохо подражает при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т.д. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где девочка отстает в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

1.3. Цель и задачи программы

Цель программы: Формирование психологического базиса для полноценного развития личности детей-инвалидов, обеспечение успешной физической и психологической компенсации для детей с ОВЗ.

Общие задачи программы:

1. Сформировать у детей сознательное и грамотное отношение к своей болезни (сахарный диабет).
2. Передать детям, страдающим сахарным диабетом, в доступной форме максимальный объем информации о болезни, о принципах лечения, режиме питания, отдыха.
3. Научить детей больных сахарным диабетом методам самоконтроля, «управления» своей болезнью.

4. Расширять кругозор детей на основе материала, доступного их пониманию через кондуктивные игры, деловые игры, беседы, практические упражнения-тренинги, настольно-печатные игры и т.д.

5. Оказывать консультативную и методическую помощь родителям (законным представителям) детей с ОВЗ по медицинским, социальным, правовым и другим вопросам.

Дополнительные задачи программы для ребенка с ОНР:

1. Создать условия, способствующие освоению ребенком с ОНР образовательной программы дошкольного образования и его интеграции в образовательном учреждении через практическое усвоение лексических и грамматических средств языка.

2. Осуществлять индивидуально ориентированную психолого-медико-педагогическую помощь ребенку с ограниченными возможностями здоровья с учетом индивидуальных возможностей и особенностей (в соответствии с рекомендациями ПМПК).

3. Разработать и реализовать план индивидуальной лого-коррекционной работы для ребенка с ОНР в ДОО и семье. Систематически проводить необходимую профилактическую и коррекционно-речевую работу с ребенком с ОНР в соответствии с его индивидуальным планом.

4. Оценить результаты помощи детям с ОНР и определить степень их речевой готовности к школьному обучению.

1.4. Принципы построения и реализации программы

1. Системность коррекционных, профилактических и развивающих задач.
2. Единство диагностики и коррекции.
3. Учёт возрастных, психологических и индивидуальных особенностей детей.
4. Комплексность методов психологического воздействия.
5. Возрастание сложности.
6. Учет объема и степени разнообразия материала.

2. Ожидаемые результаты реализации программы

Результатами деятельности ДОО по реализации АОП ДО является:

- достаточно высокий уровень знаний детей о своём заболевании (сахарный диабет);
- снижение острых и хронических осложнений у воспитанников, больных сахарным диабетом;
- отсутствие лечения в специализированных эндокринологических отделениях;
- снижение доли хронических осложнений у детей больных сахарным диабетом;

- компетентность детей, родителей и педагогов в вопросах течения заболевания и сопутствующих состояниях;
- повышение уровня способности к самообслуживанию.

3. Формы подведения итогов реализации программы

Уровни освоения программы:

- **высокий уровень** – Развиты культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания и личной гигиены.

Имеет элементарные представления об основных причинах осложнений заболевания.

Умеет измерять уровень сахара в крови, ставить укол инсулина.

- **средний уровень** – Развиты культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания и личной гигиены.

Имеет элементарные представления об основных причинах осложнений заболевания.

Имеет представления об измерении уровня сахара крови, о правилах введения инсулина.

- **низкий уровень** – Развиты культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания и личной гигиены.

Имеет слабые представления об основных причинах осложнений заболевания.

Не умеет пользоваться шприц-ручкой.

1	2	№
		ФИ ребёнка
		Знает основные симптомы сахарного диабета
		Знает значение сахара в крови у здорового человека и у больного
		Знает какие бывают осложнения сахарного диабета
		Может определить , когда появляется ацетон
		Знает что такое ХЕ, сколько углеводов в 1 ХЕ
		Знает основные признаки гипогликемии
		Знает основные причины гипогликемии
		Знает основные признаки гипергликемии
		Знает что такое глюкагон, когда его используют
		Знает, что диабет неизлечим
		Умеет измерить сахар крови
		Умеет поставить себе укол инсулина

II. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ ПРОГРАММЫ

2.1. Модуль «Диабет – не болезнь, а образ жизни»

№ недели	Образовательная деятельность, осуществляемая в режимных моментах		
	Тема	Задачи	Материал
1	Рассматривание инструментов для измерения сахара крови. Д/и «Кому что нужно для работы?»	Знакомить детей с инструментами, которые помогают определить уровень сахара в крови в домашних условиях.	Глюкометр, тест-полоски, пистолет, ланцеты
2	Беседа с врачом эндокринологом о строении внутренних органов человека Игра «Познай себя»	Знакомить детей с внутренними органами человека. Установление партнерских доверительных отношений с врачом и пациентом.	Схема строения внутренних органов человека
3	Наблюдение за работой медсестры Игра «Продуктовый магазин»	Совершенствовать знания о работе медицинского персонала в ДООУ. Знакомить детей, страдающих сахарным диабетом, с продуктами, которые они могут покупать для себя в продуктовом магазине.	Глюкометр, тест-полоски, пистолет, ланцеты Большие карты по количеству играющих детей, маленькие карточки
4	Что такое диабет? Причины диабета. Рассматривание и изучение схемы мест для уколов инсулина	Дать детям общие представления о заболевании, физиологии действия инсулина в организме детей, страдающих диабетом. Совершенствовать знания детей в том, что места укола необходимо ежедневно менять. Автоматизировать знания детей о местах введения инсулина: когда инсулин вводят в живот, он всасывается в кровь несколько быстрее, чем из плеча или предплечья. Медленнее всего инсулин всасывается из бедра.	Листовки: «Содержание сахара в крови», «Клеткам нужен сахар!» Схема мест уколов

5	Беседа с врачом эндокринологом о продуктах, которые необходимы для повышения уровня сахара крови Ознакомление с «Дневником диабетика»	Дать детям знания о продуктах питания, которые быстро повышают уровень сахара в крови в экстренных случаях (мёд, виноград, виноградный сок) Учить детей грамотному ведению «Дневника диабетика» и мотивировать их на систематическое его заполнение.	Набор карточек с изображением различных продуктов питания Дневник диабетика
6	Глюкометр Изготовление тест-полосок, глюкометра, «пистолета», шприц-ручки, ланцетов для измерения сахара крови	Научить детей правильному обращению с глюкометром., как правильно пользоваться этим устройством, как легко переносить неприятные уколы. Научить детей изготавливать атрибуты для сюжетно-ролевой игры. Развивать желание участвовать в общих играх	Глюкометр, тест-полоски Картон, клей, ножницы, линейка, карандаш
7	Беседа «У каждого ли человека есть сахар в крови?» Проигрывание сюжетной сценки «Как сделать укол инсулина»	Уточнить знания детей о том, что у каждого человека в крови есть сахар. Закрепить знания о значении сахара у здорового человека. Выяснить к каким значениям должны стремиться больные диабетом. Сформировать знания детей о том, как делать укол инсулина. Совершенствовать знания детей в том, что места укола необходимо ежедневно менять. Автоматизировать знания детей о местах введения инсулина: когда инсулин вводят в живот, он всасывается в кровь несколько быстрее, чем из плеча или предплечья. Медленнее всего инсулин всасывается из бедра.	Схема важнейших мест инъекций, кукла, шприц (без иглы и лекарства)
8	Диета ребенка с сахарным диабетом I типа Деловая игра «Как измерить сахар крови?»	Объяснить, почему важно правильно питаться и чем грозит недисциплинированность, помочь усвоить правила безопасного поведения в контексте своего заболевания. Совершенствовать знания детей в том, что для определения глюкозы крови берут кровь из пальца. Точные значения сахара в крови можно определить с помощью глюкометра. Автоматизировать умение детей пользоваться, шприц-ручкой,	Глюкометр, тест-полоски, кукла, шприц-ручка (без иглы и лекарства)

		глюкометром, тест-полоской. Учить осмысливать свои действия и действия партнеров по игре. Совершенствовать умение детей технически правильно осуществлять забор крови из пальца для определения содержания сахара в крови	
9	Что такое инсулин? Где он образуется? Составление альбома «Особые случаи»	Дать знания детям, что инсулин - это ЕДИНСТВЕННЫЙ гормон в организме, который «помогает» сахару проникнуть в клетки печени, мышечные и жировые клетки. Он образуется в специальных так называемых «бета – клетках» поджелудочной железы.	Схема строения внутренних органов человека Иллюстрации
10	Составление рассказа «Как я лечил медвежонка». Настольная игра «Продукты»	Учить детей рассказывать о том, какие действия надо принимать, чтобы «вылечить» больного. Уточнить знания детей, страдающих сахарным диабетом о продуктах, которые влияют и не влияют на течение заболевания. Помочь детям преодолеть барьер отчуждения между детьми. Приучать детей к выполнению несложных правил, нужных для противостояния болезни в жизненных ситуациях. Учить детей осмысливать свои действия и действия партнеров по игре, оценивать свои знания и знания товарищей.	Игрушка медвежонок Большие карты по количеству играющих детей, маленькие карточки
11	Для чего сахар нужен организму? Деловой театр «Продуктовый магазин»	Все клетки организма должны получать энергию для своей «работы»! А сахар является самым «доступным» и «быстрым» источником энергии для того, чтобы клетки головного мозга «думали», а мышечные клетки не «уставали работать» Совершенствовать знания детей, страдающих сахарным диабетом, в том, какие продукты они могут покупать для себя в продуктовом магазине. Учить детей умению объяснять, с какой целью покупает тот или иной продукт.	Наглядное пособие «Клеткам нужен сахар!» Большие карты по количеству играющих детей, маленькие карточки

12	Деловая игра «Когда и как часто измерять сахар мочи и крови?» Откуда поступает сахар в кровь?	Закрепить знания детей о том, что чем чаще измерять состояние сахара в крови, тем лучше можешь судить о состоянии своего обмена веществ. Уточнить, что в «плохие» дни сахар необходимо измерять чаще, чем в «хорошие». Закрепить представления о том, как самостоятельно определить с помощью тест - полосок содержание сахара в моче Совершенствовать знания детей о том, что сахар в кровь поступает из продуктов, содержащих углеводы	Глюкометр, тест-полоски Иллюстрации продуктов питания
13	Инсулинотерапия. Учимся быть докторами (техника и правила введения инсулина, виды инсулинов, дозы и схемы введения инсулинов). Проигрывание сюжетной сценки «Как сделать укол инсулина»	Сформировать знания детей о том, как делать укол инсулина. Совершенствовать знания детей в том, что места укола необходимо ежедневно менять. Автоматизировать знания детей о местах введения инсулина: когда инсулин вводят в живот, он всасывается в кровь несколько быстрее, чем из плеча или предплечья. Медленнее всего инсулин всасывается из бедра.	Схема важнейших мест инъекций, кукла, шприц (без иглы и лекарства)
14	«Симптомы высокого содержания сахара в крови» Игра «Лечебное домино»	Дать знания о том, что когда содержание сахара в крови становится очень высоким, то почки не могут больше «удерживать» его – и сахар появляется в моче. Сахар в организме связан с жидкостью, поэтому выделение мочи из-за присутствия в ней сахара резко увеличивается. Из-за усиленного мочевыделения (потери жидкости) у больного возникает жажда Учить детей, страдающих сахарным диабетом, выбирать нужный ответ на поставленный вопрос из многих предложенных ответов. Помочь детям преодолеть трудности в понимании материала, выяснить тех детей, которые не усвоили знания в процессе занятий. Поощрять стремление детей к достижению партнерских отношений в игре, к умению помочь товарищу.	Наглядное пособие «Почечный» порог для сахара». «Костяшки» картонные, на которых написаны вопросы и нарисованы ответы

15	Кетоацидоз – причины, проявления, лечение. Беседа «1 ХЕ (одна хлебная единица)»	Знакомить детей с причинами возникновения кетоацидоза, отрабатывать практические навыки по профилактике и принятию доврачебных мер при угрозе кетоацидоза. Знакомить детей с таблицей замены углеводов, уточнить знания о том, что 1ХЕ содержит 10-12 грамм углеводов	Таблица замены углеводов
16	Лото «Продукты»	Уточнить знания детей, страдающих сахарным диабетом о продуктах, которые влияют и не влияют на течение заболевания. Помочь детям преодолеть барьер отчуждения между детьми. Приучать детей к выполнению несложных правил, нужных для противостояния болезни в жизненных ситуациях. Учить детей осмысливать свои действия и действия партнеров по игре, оценивать свои знания и знания товарищей.	Большие карты по числу играющих, маленькие карточки
17	Глюкометр – мой надежный помощник. «Самоконтроль сахара в крови» Игра «Ребусы»	Самостоятельно определить с помощью глюкометра и визуальным методом содержание сахара в крови с помощью тест-полоски Развивать логическое мышление, умственную деятельность. Упражнять в словообразовании путем определения первого звука в слове. Формировать слуховое и зрительное внимание. Активизировать речь детей, расширять словарный запас с учетом своего заболевания. Воспитывать желание играть по правилам.	Глюкометр, тест-полоски Карточки с рисунками, пустыми клетками, фломастеры.
18	«Особые случаи» Сюжетно-ролевая игра «День рождения подруги»	Научить замечать изменения в настроении своих товарищей, стараться помочь ему самим или с помощью взрослых. Закрепить знания о правильной диете детей, страдающих сахарным диабетом. Упражнять в умении находить выход из сложившейся ситуации, чтобы избежать ухудшения состояния здоровья товарища. Воспитывать умение быть внимательными, заботливыми, доброжелательными. Доставить всем детям радость от общения за праздничным столом.	Стол детский, на столе красивая посуда; «печенье», «торты», «конфеты» и другие сладости в вазочках; «салаты», «бутерброды», «жаркое» и другие угощения; пригласительная открытка, «подарки»; предметы-заместители.

19	Беседа «Признаки гипогликемии» Гипогликемия – это не страшно, потому что я знаю, как с ней справиться. Игра «Составь меню»	Закрепить и уточнить знания о гипогликемии, ее основных признаках, причинах возникновения, способах ее устранения. Учить детей с помощью иллюстраций продуктов питания составлять примерное меню, отмечать на часах время приема пищи, объяснять какие продукты можно включить в своё меню	Карты с изображением продуктов питания, из числа которых дети составляют себе меню
20	Беседа «Быстровсасываемые углеводы» Игра «Продуктовый магазин»	Закрепить и уточнить знания о быстровсасываемых углеводах (глюкоза, или виноградный сахар, может быстрее всего всасываться в кровь из кишечника – это приводит к быстрому подъёму сахара крови) Совершенствовать знания детей, страдающих сахарным диабетом, в том, какие продукты они могут покупать для себя в продуктовом магазине. Учить детей умению объяснять, с какой целью покупает тот или иной продукт.	Карточки с изображением продуктов питания Большие карты по количеству играющих детей, маленькие карточки
21	Беседа с врачом эндокринологом. Посещение «Школы сахарного диабета». Игра - головоломка «Найди слова в таблице»	Установление партнерских доверительных отношений с врачом и пациентом. Основной целью обучения больных сахарным диабетом является формирование у детей сознательного и грамотного отношения к своей болезни. Все больные сахарным диабетом хотят знать о заболевании больше и с огромной заинтересованностью относятся к обучению. Но добиться одного «понимания болезни» у больного, конечно, недостаточно - необходимо выработать у него стойкую мотивацию на выполнение тех правил жизни, которые потребовал диабет. Закреплять и совершенствовать знания о сахарном диабете Активизировать речь детей, расширять словарный запас с учетом своего заболевания. Воспитывать желание играть по правилам.	Игра «Найди слова в таблице», фломастеры

22	Беседа «Признаки гипергликемии» Игра «Лечебное домино»	Помочь детям установить разницу между гипогликемией – гипергликемией. Уточнить их основные признаки Учить детей, страдающих сахарным диабетом, выбирать нужный ответ на поставленный вопрос из многих предложенных ответов. Помочь детям преодолеть трудности в понимании материала, выяснить тех детей, которые не усвоили знания в процессе занятий. Поощрять стремление детей к достижению партнерских отношений в игре, к умению помочь товарищу.	Иллюстрации основных признаков осложнений диабета «Костяшки» картонные, на которых написаны вопросы и нарисованы ответы
23	Решение ситуационных задач по теме: «Контроль обмена веществ»	Работая над ситуационными задачами, отвечая на вопросы или участвуя в игровых ситуациях, дети учатся практическому решению проблем, связанных с диабетом.	Примерные ситуации
24	Беседа «Употребление в пищу обычного сахара?» Игра «Калейдоскоп»	Довести до сознания детей, что у диабетиков после «подслащивания» пищи содержание сахара в крови резко возрастает – ведь пищевой сахар относится к легкоусвояемым углеводам – поэтому им не следует есть продукты, в состав которых входит обычный сахар - конфеты, шоколад, варенье, кондитерские изделия. Если «нарушили» диету – необходимо проконтролировать содержание сахара в крови и при высоком сахаре крови сделать дополнительно инъекцию короткого инсулина Учить детей находить в калейдоскопе слова, которые связаны с заболеванием сахарным диабетом. Развивать внимание, самостоятельность, желание доводить начатое дело до конца.	Игра «Калейдоскоп», фломастеры
25	Разговор о правильном питании.	Формирование у детей основ культуры питания как составляющей здорового образа жизни. 1) Сколько ХЕ ты обычно съедаешь за ужином? 2) Сколько углеводов единиц содержится в выбранных тобой блюдах? (Например, ты выбрал пельмени и ...) 3) Какие блюда ты можете съесть, не «подсчитывая»?	Учебное пособие «Тарелочки»

	Игра «Ребусы»	4) Изменишь ли ты дозу инсулина? Почему? Развивать логическое мышление, умственную деятельность. Упражнять в словообразовании путем определения первого звука в слове. Формировать слуховое и зрительное внимание. Активизировать речь детей, расширять словарный запас с учетом своего заболевания. Воспитывать желание играть по правилам.	Карточки с рисунками, пустыми клетками, фломастеры.
26	Беседа «Диабетическая кома» Игра «Ребус-пословица»	Довести до сознания детей, что диабетическая кома относится к опасным для жизни состояниям – больной гибнет в случае несвоевременного оказания помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Формировать здоровые установки и ответственное поведение. Прочитать пословицу, постепенно заполняя выделенные клетки таблицы нужными символами	Ребус, фломастеры
27	Беседа «Осложнения сахарного диабета» Игра-головоломка «Найди слова в таблице»	Самостоятельно определять содержание сахара в крови и в моче экспресс - методами с помощью глюкометра и визуально по тест – полоскам. Закреплять и совершенствовать знания о сахарном диабете Активизировать речь детей, расширять словарный запас с учетом своего заболевания. Воспитывать желание играть по правилам.	Игра-головоломка «Найди слова в таблице»
28	Беседа «Симптомы высокого содержания сахара в крови» Игра «Составь режим приема пищи»	Закрепить и уточнить знания о симптомах высокого сахара в крови Совершенствовать умение детей контролировать режим приема пищи, закреплять знания о схемах питания	Листовка «Содержание сахара в крови» Большие карточки с изображением часов без стрелок, фломастеры
29	Игра «Замени цифру буквой. Прочти слово»	Развивать логическое мышление, умственную деятельность. Упражнять в словообразовании путем замены цифры буквой. Формировать слуховое и зрительное внимание. Активизировать речь детей, расширять словарный запас с учетом своего заболевания. Воспитывать желание играть по правилам.	Игра «Замени цифру буквой. Прочти слово»
30	Неотложные состояния при сахарном диабете (гипогликемия,	Отрабатывать практические навыки детей по профилактике и принятию доврачебных мер при развитии гипогликемических	Ситуативные примеры

	кетацидоз)	состояний или при угрозе кетацидоза. Решение медицинских проблем отрабатывается на ситуационных примерах.	
31	«Инсулиновая стратегия» Тренинг по правильной технике инъекций инсулина Игра «Калейдоскоп»	Научить детей правильной технике инъекций инсулина. Учить детей находить в калейдоскопе слова, которые связаны с заболеванием сахарным диабетом. Развивать внимание, самостоятельность, желание доводить начатое дело до конца.	Одноразовые инсулиновые шприцы и шприцы-ручки Игра «Калейдоскоп», фломастеры
32	«Физические нагрузки»	Довести до сознания детей, что ежедневные тренировки очень важны для детей, страдающих диабетом. Они позволяют чувствовать себя намного лучше, чем без них. Ежедневно ты должен заниматься спортом 30 мин, а еще лучше 1 час. Физическая нагрузка снижает сахар крови у детей с диабетом, она усиливает действие инсулина.	Иллюстрации различных видов спорта (футбол, теннис, ручной мяч и др.)
33	«Контроль обмена веществ» «Мой день рождения. Я все смогу преодолеть».	Научить замечать изменения в настроении своих товарищей, стараться помочь ему самим или с помощью взрослых. Закрепить знания о правильной диете детей, страдающих сахарным диабетом. Упражнять в умении находить выход из сложившейся ситуации, чтобы избежать ухудшения состояния здоровья товарища. Воспитывать умение быть внимательными, заботливыми, доброжелательными. Доставить всем детям радость от общения за праздничным столом.	Стол детский, на столе красивая посуда; «печенье», «торты», «конфеты» и другие сладости в вазочках; «салаты», «бутерброды», «жаркое» и другие угощения; пригласительная открытка, «подарки»; предметы-заместители.
34	«Инсулиновая стратегия» «В гостях» Игра-головоломка «Ключевое слово»	Практические занятия по эквивалентной замене блюд в игровой форме «Прочитать» ключевое слово, постепенно вычеркивая лишние элементы из таблицы	«Микроплакаты» с изображением различных продуктов и блюд Игра «Ключевое слово», фломастеры
35	Деловая игра «Инсулин снижает сахар в крови»	Закреплять и уточнять знания детей о физиологии углеводного обмена и роли инсулина в организме, ритмах выделения инсулина у здорового ребенка и нарушение его секреции у больного	Наглядное пособие «Инсулин снижает сахар в крови»

	Ребус - пословица	Прочитать пословицу, постепенно заполняя выделенные клетки таблицы нужными символами	Ребус, фломастеры
36	«Неотложные состояния» - диабетическая кома Вручение закладок будущему первокласснику	Совершенствовать знания детей о том, что диабетическая кома, которая часто возникает из-за нарушения диеты или несвоевременного введения пациентом инсулина относится к опасным для жизни состояниям – пациент гибнет в случае несвоевременного оказания помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.	Закладки в книги будущему первокласснику

2.2. Модуль «Развитие социально-бытовых навыков и навыков общения»

№	Направления / темы / наименования	Содержание образовательной деятельности	Пособия, материалы, оборудование
<i>социально-бытовые навыки</i>			
	Развитие навыков по уходу за вещами	• формирование и совершенствование навыков самообслуживания, умение ухаживать за одеждой и обувью; • самостоятельно одеваться и раздеваться, застегивать одежду и обувь; • вручную стирать мелкие вещи, аккуратно развешивать белье на специально подготовленных веревочках; • знакомство с бытовым прибором «стиральная машина», «утюг», их назначением, правилами пользования и техникой безопасности; • чистка одежды и обуви, отработка навыка сухой чистки.	• пособия, которые знакомят детей с различными видами застежек: пуговицы, липучки, кнопки, молнии, шнурки и др. • платочки, кукольная одежда, кукольное постельное белье • различные щетки для чистки одежды и обуви

	Уборка помещения	Формирование умений делать уборку, поддерживать чистоту и порядок: • умение определять необходимость в наведении чистоты и порядка • умение обращаться с уборочным инвентарём; • отработка навыка выполнения непосредственно уборочных работ; бытовой прибор – «пылесос» (для чего предназначается, как работает и почему опасен).	• щётка, совок, ведро, пылесос
	Приготовление пищи	Формирование навыков по кулинарии: • знакомство с основными продуктами питания; • формирование интереса к приготовлению пищи; • воспитание привычки к соблюдению личной гигиены. Обучение: • навыкам сервировки стола к завтраку, обеду, и ужину, • уборки и мытья посуды, • правильному поведению за столом; • определение продуктов, из которых приготовлено блюдо (дегустация) • навыки бережного обращения с продуктами питания.	• функциональное использование кухонной посуды и бытовых приборов для приготовления пищи (терка, тостер, миксер, электрический чайник, микроволновая печь) • приготовление бутербродов с сыром, колбасой и другими продуктами, которые кладутся на хлеб; масло, джем, паштет и другие пастообразные продукты
	Агротерапия	Формирование навыков по уходу за комнатными растениями: • поливать из лейки цветы; • подготавливать к посадке семена; • вскапывать землю, рыхлить • помогать взрослым сажать рассаду, поливать всходы и т.д.	• семена, лейка, совок, почвогрунт, емкости для рассады, инструменты для рыхления и т.п.
	Исследовательская деятельность	Игры с песком и водой: • наполнять сосуды; • переливать из одной емкости в другую; • наблюдать за плавающими и тонущими предметами; • копание, зарывание предметов;	• оборудование для игр с песком и водой

		• просеивание песка.	
	Ручной труд	• изготовление картин, украшений, поделок; • рисование, бисероплетение, поделки из бересты; • работа с глиной и т.п.	• оборудование для продуктивной деятельности
<i>навыки общения</i>			
3	Установление эмоционального контакта, побуждение к визуальному контакту, формирование умения слушать педагога, выполнять простую инструкцию	• Уметь устанавливать контакт, сотрудничать в паре, группе. • Уметь понимать партнера по общению, строить доверительные отношения друг с другом. • Овладеть эффективными навыками коммуникации. • Уметь подражать выразительным движениям в мимике. • Понимать эмоции других людей, сочувствовать, сопереживать.	Игрушки
2	Определение уровня самооценки. Развитие умения обращать внимание и реагировать на мимику, жесты взрослого		Дидактические карточки «Эмоции и жесты»
2	Формирование образа собственного «Я»		Игрушки
2	Умение подражать выразительным движениям в мимике		Дидактические карточки «Эмоции и жесты»

2.3. Индивидуальный модуль для ребенка с ОНР «Логопедическое сопровождение»

Цель сопровождения	Устранение нарушений речи посредством специального обучения и воспитания
Задачи	Развитие общей и мелкой моторики. Развитие мимики и эмоций. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения. Развитие импрессивной речи. Коррекция слоговой структуры слова. Пополнение активного словаря. Коррекция логического мышления и грамматического строя речи. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи. Развитие математических операций, обобщений, выделения «лишнего предмета»
Содержание	в соответствии с коррекционно-развивающей образовательной программой логопедической работы по преодолению ОНР Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной «Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи» (I год обучения, старшая группа) Москва, 1991 «Альбомы упражнений по обучению грамоте детей старшей логопедические группы», О.С. Гомзяк, ГНОМ, 2011 «Логопедическая грамматика для детей от 2-4 (4-6) лет» О.А. Новиковской, Санкт-Петербург: «Корона. Век», 2012
Содержание работы	
1. Развитие общей и мелкой моторики	Логоритмические упражнения под музыку. Упражнения на развитие общей и мелкой моторики.
2. Развитие мимики и эмоций	Формирование мимических поз по картинкам: радость, удивление, печаль, обида
3. Развитие слухового восприятия и фонематического слуха	Узнавание и воспроизведение гласных звуков громко-тихо, близко-далеко, со сменой артикуляционных укладов. Подключение движений руками. Узнавание звука на фоне ряда звуков. Узнавание звуков на фоне слова. Определение первого гласного звука в слове. Определение последнего гласного и согласного звука в слове.

4. Развитие артикуляционной моторики, просодии, коррекция звукопроизношения	• Подготовка артикуляционного аппарата к постановке звуков и массаж языка. Дутье в музыкальные игрушки, упражнения «Сдуй бабочку с цветка», «Забей мяч в ворота», «Подуй на перья» • Артикуляционные упражнения для губ: - вытягивание трубочкой: уuuuuuuuu -растягивание в ниточку, в улыбку: иииииии -округление губ: около -поднятие вверх верхней губы, опускание вниз нижней, оскал; - крепкое сжатие; - сосательные движения; - вибрация. • Артикуляционные упражнения для языка: - язык широкий, узкий, чашечкой, трубочкой; -упражнение «Лошадка» (присасывание языка к верхним альвеолам); -«Лопатка» (распластывание широкого языка и удержание его между зубами); -«Болтушка» (движение вперед-назад при открытом рте); -«Кошечка» (попеременный захват языком то верхней, то нижней губы); -«Вкусное варенье» (движение языка по верхней губе, затем по нижней); -«Часики» (тянуться к ушам, на счёт); -«Качели» (движение вверх-вниз); -«Маляр» (движения от верхних зубов к горлу и обратно по нёбу); - присасывание языка к нёбу с последующим задуванием на кончик языка с издаванием шепотного <i>тррр</i>. • Постановка и автоматизация звуков: шипящих, соноров, задненёбных и звука [й]. • Автоматизация звуков. • Дифференциация звуков: [с]- [ш], [з]- [ж], [р]-[л],[ш]- [ж]
5. Развитие импрессивной речи	Исправление семантической ошибки в предложении. Понимание значения пространственных наречий. Выполнение 3-х действий по одной инструкции. Понимание сравнительных конструкций. Исключение лишнего предмета. Игра «4-й лишний», «Найди пару», «Ассоциации» Обобщения предметов по видовым (родовым) признакам. Игра «Сравни предметы»

	Узнавание предмета по описанию. Использование «чудесного мешочка»
6. Коррекция лексико-грамматического строя речи, логического мышления и связной речи	Классификация предметов. Образование прилагательных от существительных. Использование лото: «Что из чего?», «Повар», «Ателье» Расширение словаря признаков, слов-действий: «Подбери предмет к действию», «Подбери признак к предмету». Называние антонимов: высокий-низкий, широкий-узкий, длинный-короткий, толстый-тонкий. Развитие математических операций, сравнений, обобщений предметов. Установление причинно-следственных конструкций.
Сроки динамического контроля	Динамические показатели
Январь 20..г.	Динамика: положительная, незначительная, нулевая, отрицательная Особенности речевого развития _____ _____ _____ Причины отрицательной или нулевой динамики _____ _____ Корректировка программы _____ _____
Май 20.. г.	Динамика: положительная, незначительная, нулевая, отрицательная Особенности речевого развития _____ _____ _____ Причины отрицательной или нулевой динамики _____ _____

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ ПРОГРАММЫ

3.1. Кадровые условия реализации программы

Воспитатель: формирование представлений о заболевании СД, ответственного отношения к своему здоровью, элементарных навыков грамотного поведения в критических ситуациях.

Музыкальный руководитель, воспитатель по физической культуре: обеспечение музыкально-художественной и двигательной деятельности детей в умеренных объемах и под контролем.

Педагог-психолог: коррекционная работа по развитию социально-бытовых навыков, навыков общения.

Учитель-логопед: формирование психофизических предпосылок речевой активности у ребенка с ОНР (ФИ).

3.2. Методические рекомендации по реализации программы

Памятка для воспитателя

8. Ребенок с СД всегда должен иметь в доступном месте при себе глюкозу (сахар или сладкий напиток), особенно в группе, во время спортивных соревнований, занятий физкультурой, во время игр, экскурсий, развлечений, праздников.

9. Убедитесь в том, что другие педагоги знают о диабете вашего воспитанника, постарайтесь сделать так, чтобы к нему правильно относились взрослые и сверстники.

10. Если ребенку с СД нездоровится, сразу сообщите об этом медицинскому персоналу ДОО и родителям воспитанника.

11. Никогда не задерживайте очередной/необходимый укол или момент, когда ребенок должен перекусить.

12. Не игнорируйте ребенка, если он обращается к вам и говорит, что в отношении его нужно что-то предпринять. Ребенок учится чувствовать особенности проявления своей болезни, поэтому прислушайтесь к нему и примите правильное решение.

13. Иногда ребенок с диабетом пьет чаще, чем другие здоровые дети. Это вызвано повышением уровня сахара в крови. Не думайте, что он хочет пошутить над вами, когда жалуется на жажду или часто отпрашивается в туалет.

14. Постарайтесь сделать так, что дети с СД принимали участие в большинстве мероприятий ДОО. Конечно, это требует большого внимания и организационных хлопот, часто педагогу легче запретить ребенку с диабетом участвовать в праздниках, викторинах, соревнованиях, спектаклях и т.п. Но тогда ребенок останется один на один со своей болезнью, будет ограничен рамками, а ему нужны такие жизненные ситуации, в которых он получал бы опыт, обеспечивающий ему становление способности самому справляться со своим недугом. Если запланировано какое-либо мероприятие, можно

пригласить родителей (бабушку/дедушку) ребенка принять участие в нем – они смогут помочь воспитателю и ненавязчиво проконтролировать ребенка. Проявив терпение, внимание и такт, вы поможете вашему воспитаннику адаптироваться к окружающему миру, не бояться болезни, а научиться управлять ею.

Памятка для педагога-психолога

Важнейшей задачей является проблема психологической реабилитации ребенка с диабетом. Она имеет два непростых аспекта: как правильно подготовить сверстников и объяснить, что ребенок болен диабетом (почему он должен есть в определенное время, что такое «гипо», как помочь ему в критической ситуации и т.д.) и как помочь ребенку чувствовать себя равным в группе здоровых сверстников.

Хороший контроль за течением диабета возможен лишь при балансе между дозой инсулина, питанием и физической нагрузкой. Однако у детей с СД, даже у тех, кто тщательно следит за этим балансом, не исключены случаи внезапной гипогликемии и, наоборот, резкого повышения уровня сахара в крови. Они часто нуждаются в психологической поддержке, должны чувствовать, что не одиноки, а являются частью коллектива сверстников. Поэтому огромное значение приобретает слаженная работа всех участников образовательных отношений.

Очень важна психологическая поддержка семьи. Чаще всего родители считают главным следить только за физическим состоянием ребенка, упуская многие важные моменты его психики. Их не следует за это винить – контроль за течением болезни и поддержание стабильного состояния требуют очень много усилий и времени. Следует подсказать им, чем живет ребенок в данном возрасте, что для него является главным в жизненной ситуации в тот или иной момент его развития.

Памятка для музыкального руководителя, воспитателя по физической культуре

Творческая деятельность и физические нагрузки не запрещены ребенку, напротив, в умеренных объемах и под контролем музыкально-ритмические движения, спорт и физические упражнения ему показаны.

6. Перед началом занятий и после них следует убедиться, что ребенком был проверен уровень сахара и что он поел, при необходимости.

7. Если занятие проходит на свежем воздухе необходимо иметь при себе продукты для купирования «гипо» (сахар, пепси, сок) и дополнительную еду.

8. Не отправляйте ребенка из спортивного зала или со спортивной площадки в группу одного, без сопровождающего.

9. Если ребенок участвует в постановках, спортивных соревнованиях или других мероприятиях, следует чаще обращать на него внимание, контролируя его состояние.

10. Во время «гипо» следует срочно остановить занятие и не продолжать до тех пор, пока гликемия полностью не пройдет.

3.3. Особенности организации питания

Особое внимание уделяется созданию условий по организации питания. Для детей с СД составляется меню («Стол № 9») на основе диеты, предусматривающей полное исключение из рациона сахара, замену блюд на диабетические продукты. На каждого ребенка рассчитаны схемы индивидуального питания по хлебным единицам в зависимости от возраста и массы тела ребенка с учетом перечня запрещенных продуктов

Индивидуально спроектированное питание обеспечивает поддержку нормального уровня сахара в крови и предупреждение нарушений жирового обмена:

- это диета с умеренно сниженной энергоценностью за счет легко усвояемых углеводов и животных жиров;
- количество белков соответствует физиологической норме и несколько выше ее;
- исключены сахар и сладости.

Для диеты № 9 приобретаются через аптечную сеть диабетические продукты в соответствии с сопроводительными документами о качестве.

В ДОО оформляется документация:

- карточки индивидуального наблюдения, где записана базисная терапия, рекомендованная каждому ребенку;
- папка с рекомендациями по постоянной и неотложной терапии.

3.4. План ведения сахарного диабета

Заполняется родителем (законным представителем)

Имя ребенка _____

Дата рождения _____

Имя матери _____

Имя отца _____

Возраст ребенка на момент постановки диагноза _____

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

(перечислить в том порядке, в каком следует звонить по ним, и указать, кем приходится контактное лицо ребёнку: родитель, друг или тот, кто присматривает за ребёнком; а также домашний это телефон, мобильный или рабочий. Кроме того, для каждого лица в списке необходимо указать, имеет ли данный человек юридические полномочия принимать меры в экстренной ситуации).

№	Номер	Имя	Кем приходится ребёнку	Местоположение	Юридические полномочия
1.					
2.					
3.					

Основной лечащий врач:

Имя: _____ телефон: _____

Другие врачи:

Имя: _____ телефон: _____

Имя: _____ телефон: _____

ИЗМЕРЕНИЯ:*обычное время измерения уровня сахара в крови*☐ Утро☐ Полдень☐ Вторая половина дня☐ Вечер☐ Другое: _____☐ Другое: _____*Есть ли у Вашего ребенка предпочтения относительно места для выполнения измерений (уединенное место, медицинский кабинет и пр.)?*

Целевой интервал уровня сахара в крови:

от _____ до _____

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ:*Если уровень ниже _____, выполнить следующие действия:*

*Звонить родителям, если уровень ниже: _____ (Тел.: _____)**Обычные признаки/симптомы низкого уровня сахара в крови:*

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ:*Если уровень выше _____, выполнить следующие действия:*

Уровень сахара в крови, при котором необходимо измерение уровня кетонов:

Звонить родителям, если уровень выше: _____ (Тел.: _____)

Обычные признаки/симптомы высокого уровня сахара в крови:

Инсулин:

Необходим ли ежедневный прием инсулина в ДОО?

☐ ДА

☐ НЕТ

Если необходим прием инсулина в любое другое время, пожалуйста, укажите здесь время, количество и обстоятельства, сопровождающие прием инсулина:

ПИТАНИЕ:

Нужны ли Вашему ребенку какие-либо изменения обычного меню?

☐ ДА

☐ НЕТ

Укажите обычное время приема пищи/перекуса?

☐ Завтрак

☐ Утренний перекус

☐ Обед

☐ Вторая половина дня

☐ Ужин

☐ Перед сном
ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ:

Какие у Вашего ребенка любимые спортивные упражнения?

Будет ли Ваш ребенок участвовать в спортивных мероприятиях?

☐ ДА

☐ НЕТ

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Пометьте знаком × клетку, наиболее точно описывающую навыки Вашего ребенка:

	Делает сам (один)	Делает сам (под наблюдением)	Родитель помогает ребенку	Это делает родитель
Делает прокол пальца				
Вставляет тест-полоску в глюкометр				
Читает показания на мониторе глюкометра				
Записывает результат				
Регулирует свое питание в зависимости от результата				
Регулирует прием инсулина в зависимости от результата				
Знает, какие продукты нужно ограничить				
Может выбирать продукты и их количество				
Помогает планировать прием пищи				
Выбирает спокойное место для проведения инъекции инсулина				
Выполняет подготовку к инъекции, выбирает место инъекции				
Определяет дозу и тип инсулина				
Делает инъекцию инсулина				
Измеряет уровень кетонов				

ПРАЗДНИКИ И МЕРОПРИЯТИЯ С ОСОБЫМ МЕНЮ:

Хотите ли Вы, чтобы Вам каждый раз сообщали о таких мероприятиях?

☐ ДА

☐ НЕТ

Дополнительные инструкции для ДОО:

ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ:

Какие ситуации, по Вашему мнению, следует рассматривать как экстренные?

Какие действия должна выполнять ДОО в экстренной ситуации?

Другие требования:

3.5. Дневник диабетика

Диабет – заболевание, требующее постоянного контроля. Как известно, при сахарном диабете необходимо регулярно и своевременно осуществлять измерения глюкозы, находящейся в крови, уровня ацетона в моче и др. Но, управление диабетом не состоит только из обычной фиксации этих показателей.

Для нормального контроля диабета необходимо научиться проводить правильную коррекцию всего лечения. Для ведения полноценной жизни и контроля своего заболевания, предлагается вести подробный «Дневник диабетика», который станет незаменимым помощником при лечении диабета.

Дневник дает возможность вести ежедневный контроль:

1. Показателей гликемии;
2. Принимаемых таблеток;
3. Вводимые дозы инсулина;
4. Количества употребляемых за сутки хлебных единиц (ХЕ);
5. Общего самочувствия;
6. Физической активности;
7. Других важных составляющих качественного и эффективного лечения.

Кроме этого «Дневник диабетика» можно предоставить лечащему доктору, что позволит более детально обсуждать с ним возникающие вопросы.

«Дневником диабетика» пользоваться достаточно просто. Например, для анализа и изменения лечения необходимо лишь распечатать сам дневник (PDF документ) и производить записи необходимых показателей в течение каждого дня. Дневник рассчитан на 1 месяц, поэтому после его окончания (заполнения всех строк) просто распечатайте новый и прикрепите к уже существующему.

Кроме этого в «Дневнике диабетика» есть специальная графа «Примечание», в которой можно записывать сопутствующие заболевания, физическую активность, наличие гликемии, ацетон, находящийся в моче, массу тела, различные возникающие симптомы и другие показатели.

ДНЕВНИК ДИАБЕТИКА ЗА _____ / _____ 20____ Г.

Дата и время	День недели	Инсулин/таблетки					Хлебные единицы				Сахар в крови								Примечание
		Утро		День	Вечер		Завтрак	Обед	Ужин	Всего	Завтрак		Обед		Ужин		На ночь	Дополнительные измерения	Артериальное давление, физические нагрузки, плохое самочувствие, ацетон в моче
		Инсулин короткого действия	Инсулин продленного действия	Инсулин короткого действия	Инсулин короткого действия	Инсулин продленного действия					Натощак (до еды)	Через 2 часа после еды	Натощак (до еды)	Через 2 часа после еды	Натощак (до еды)	Через 2 часа после еды			
	Пн																		
	Вт																		
	Ср																		
	Чт																		
	Пт																		
	Сб																		
	Вс																		
	Пн																		
	Вт																		
	Ср																		
	Чт																		
	Пт																		
	Сб																		
	Вс																		

HbA1c _____ %

Норма _____ %

Вес тела _____ кг

IV. ЛИТЕРАТУРА

1. Бгажнокова, И.М. Общее и специальное образование: пути к взаимодействию и интеграции / И.М. Бгажнокова // Вопросы образования. - 2006. - № 2. - С. 30-38.
2. Белая, К.Ю. Методическая деятельность в ДОО. В соответствии с ФГОС ДО / К.Ю. Белая. - М.: ТЦ Сфера, Карапуз-Дидактика, 2015. - 128 с.
3. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Волкова, О.С., Компаниец, О.В. Опыт дифференцированного обучения детей и подростков в школе сахарного диабета / Н.В. Болотова и др. // Педиатрия. - 2010. - № 5. - Том 89. - С. 63-68.
4. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Петрова, М.Г., Лученков, А.А. Психоэмоциональные нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа как фактор неэффективности терапевтического обучения / Н.В. Болотова и др. // Ученые записки. - 2009. - № 16 (4). - С. 127-130.
5. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Поляков, В.К. Возможные пути оптимизации программы обучения детей с сахарным диабетом. 5-й Всерос. конгресс эндокринологов «Высокие медицинские технологии в эндокринологии» / Н.В. Болотова и др. - М.: Изд-во «Реафарм», 2006. - 483 с.
6. Верещагина, Н.В. Нормативно-законодательная база современного дошкольного образования (для родителей) / Н.В. Верещагина. - М.: Детство-Пресс, 2014. - 252 с.
7. Галанов, А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от 3 до 5 лет / А.С. Галанов. - М.: Аркти, 2006. - 110 с.
8. Григоренко, Н.Ю. Значение и содержание психолого-педагогического консультирования родителей в работе логопеда с детьми первых лет жизни с отклонениями в развитии / Н.Ю. Григоренко // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: материалы третьего международного теоретико-методологического семинара. В 2-х частях. Часть 2. - М.: МГПУ, 2011. - 234 с. - С. 34-37.
9. Григоренко, Н.Ю. Логопедическая работа в системе ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии (на базе службы ранней помощи) / Н.Ю. Григоренко // Специальное образование: научно-методический журнал / ГОУ ВПО «Урал.гос.пед.ун-т»; ИН-т спец.образовани. - Екатеринбург, 2011. - №1. - 133 с. - С. 34-41.
10. Григоренко, Н.Ю., Астахова, Л.Б. Инклюзивная практика в работе структурных подразделений дошкольных образовательных организаций // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования: сборник материалов VII международного теоретико-методологического семинара (2-3 марта 2015 года). - М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2015. - 257 с. Т. 2. - С. 93-99.
11. Данилова, Н.А. Диабет II типа. Как не перейти на инсулин / Н.А. Данилова. - М. «Вектор», 2010. - 110 с.
12. Дедов, И.И., Суркова, Е.В., Майоров, А.Ю. Терапевтическое обучение больных сахарным диабетом / И.И. Дедов и др. - М.: Изд-во «Реафарм», 2004. - 236 с.

13. Деятельность руководителя образовательной организации при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / С.В. Алехина и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 148 с.
14. Леонгард, Э.И., Самсонова, Е.Г., Иванова, Л.И. Нормализация условий воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования: Методическое пособие. Инклюзивное образование. Выпуск 7. – Москва: МГППУ, 2011. – 280 с.
15. Михайлова-Свирская, Л.В. Индивидуализация образования детей дошкольного возраста. Пособие для педагогов ДОО / Л.В. Михайлова-Свирская – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 124 с.
16. Михайлова-Свирская, Л.В. Работа с родителями. Пособие для педагогов ДОО / Л.В. Михайлова-Свирская. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 120 с.
17. Морозова, В.В. Взаимодействие учителя-логопеда с воспитателями дошкольных образовательных организаций / В.В. Морозова. – М.: Детство-Пресс, 2014. – 96 с.
18. Нищева, Н.В., Ельцова, О.М., Верещангина, Н.В. Внедрение ФГОС ДО в практику работы дошкольных образовательных организаций / Н.В. Нищева и др. – М.: Детство-Пресс, 2015. – 384 с.
19. Нормативная база современного дошкольного образования: Закон об образовании, ФГОС ДО, порядок организации образовательной деятельности. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 111 с.
20. Нормативная база современного дошкольного образования: санитарные правила и нормы образовательной деятельности. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 79 с.
21. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие / отв. ред. С.В. Алехина, Е.Н. Кутепова. – М.: МГППУ, 2013
22. Приходько, О.Г., Моисеева, Т.Ю. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева // Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2005.
23. Специальная педагогика и специальная психология: современные методологические подходы (коллективная монография) / под ред. Н.М. Назаровой, Т.Г. Богдановой. М.: МГПУ, 2013.
24. Степанова, О.А. Журнал рабочих контактов логопеда и воспитателей группы для детей с нарушениями речи / О. А.Степанова. – М.: Сфера, 2003. – 144 с.
25. Степанова, О.А. Программы для ДОУ компенсирующего и комбинированного видов: Справочное пособие / О.А. Степанова. – М.: Сфера, 2008. – 128 с.
26. Степанова, О.А. Формирование коррекционно-педагогических компетенций педагогов дошкольного образования в условиях обновляющегося законодательства / О.А. Степанова // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования: сборник материалов VII международного

теоретико-методологического семинара (2-3 марта 2015 года). – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2015. – 257 с. Т. 2. – С. 80-85

27. Суркова, Е.В. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета / Е.В. Суркова // Вопросы эндокринологии. – 2004. - № 50 (1). – С. 44-47.

28. Цикото, Г.В. Проблемные дети: развитие и коррекция в предметно-практической деятельности / Г.В. Цикото. – М.: Парадигма, 2013. – 193 с.

V. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Дети с эндокринным заболеванием – сахарным диабетом

Сахарный диабет (СД) – это заболевание, являющееся результатом нарушения обмена веществ, которое характеризуется хроническим повышением уровня глюкозы в крови. В первую очередь нарушается углеводный обмен, а затем все виды обмена веществ, что в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма (И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова, Л.Н. Щербачёва, 2002).

Под воздействием соматогенных факторов могут возникнуть серьёзные отклонения в функционировании нервной системы и психики (Б.А. Целибеев, 1966; В.А. Вечканов, 1973). Развивается диабетическая энцефалопатия, проявляющаяся стойкой церебрастенией, легко возникающей истощаемостью, раздражительной слабостью, снижением памяти, ослаблением внимания, инертностью (В.М. Прихожан, 1981; Л.Б. Новикова, 1982; М.З. Клебанов, 1984, и др.). Следствием астенического состояния, связанного с болезнью, может стать неуспеваемость, медлительность. Психогенное воздействие сахарного диабета приводит к развитию чувства неполноценности, зависимости, беспомощности, ощущению ограниченности физических возможностей даже при отсутствии тяжёлых осложнений.

Сахарный диабет не только влияет на физическое здоровье, но и как любое тяжёлое хроническое заболевание влияет на развитие личности, на формирование межличностных отношений со сверстниками. В условиях хронического соматического заболевания социальная ситуация развития больного ребёнка отличается от таковой у здорового, это связано с формированием определённого отношения к болезни, которое оказывает большое влияние на развитие и течение сахарного диабета, на эффективность терапии. Сахарный диабет ребёнка меняет весь жизненный уклад семьи, требует пристального внимания, больших физических и эмоциональных усилий, экономических затрат со стороны родителей, работников органов здравоохранения, дошкольных образовательных организаций и общества в целом (Дедов И.И., 2002).

При изучении психологического статуса детей с сахарным диабетом было выявлено, что подавляющее большинство детей имеют высокий уровень агрессии и тревожности, что связано с невозможностью удовлетворения многих желаний и потребностей, регламентированных заболеванием. С увеличением длительности заболевания уровень агрессии и тревожности значительно снижается, но остается высоким по сравнению с контрольной группой здоровых детей.

Наличие этих изменений в психике ребенка создает частые ситуации немотивированного конфликта и неприятие информации со стороны взрослых, в том числе врача, обучающего поведению связанного с диабетом.

Самооценка у большинства детей на среднезрелом уровне, но уровень притязаний очень низкий, что снижает способность действовать самостоятельно и

целенаправленно. Высокий показатель лживости у 45% обследованных затрудняет контроль над диабетом со стороны родителей.

При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития. Дети отстают в интеллектуальном развитии, хуже здоровых успевают в школе (Socha J.).

Выявляют наличие заторможенности со снижением умственных способностей. Почти у всех больных наблюдается астеническое состояние различной степени выраженности: утомляемость, снижение работоспособности, ослабление внимания, головные боли после нагрузок. У детей с минимальной органической недостаточностью сахарный диабет провоцирует обострение скрытых и компенсированных аффективных расстройств (депрессию или тревогу). Более чем у 50% детей имеют место сверхценные страхи темноты, высоты, открытого пространства, несчастных случаев с родителями или самими больными, осложнений основного заболевания, комы, смерти, госпитализации и т.д. (Д.Н. Исаев, 2000).

Приложение 5.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

«Сказка про сахарный диабет или как рассказать ребенку о диабете»

Как объяснить ребенку, что у него сахарный диабет? В раннем возрасте дети еще многого не понимают, их очень сложно заставить внезапно сесть на диету или начать жизненно необходимые инъекции инсулина.

Многие родители спрашивают, как это сделать? Я на подобные вопросы всегда отвечаю – попробуйте сказку. Ведь именно сказка поможет на понятном для малыша языке передать смысл проблемы. И пусть со временем ребенок вырастет, и тонкости лечения и профилактики диабета вы сможете объяснить взрослым языком, но пока, лет до 8-10 вам помогут только сказки.

Если вы хотите рассказать сказку, обязательно выберите время, когда ребенок спокоен и расслаблен. Я всегда советую делать это перед сном, а сказка, рассказанная мамой несколько дней подряд, лучше всего запомнится малышом.

Придумайте сюжет сами, а если нет идей, прочитайте мою. Эта сказка для девочки, но если пофантазировать, можно легко ее переделать и под мальчика.

Красавица и маленькое чудовище: сказка про сахарный диабет

Давным-давно жила на свете маленькая девочка. Она очень напоминала мне тебя, доченька.

Однажды девочка заболела. Лежа в кровати, с высокой температурой и больным горлом, она заснула. Ей приснился интересный сон.

Далекий и таинственный остров, на котором девочка оказалась, был пуст и безлюден. Вдруг откуда не возьмись появился волшебник.

— Здравствуй милая девочка, как тебя зовут?, — спросил он.

— Меня зовут Аня, а вас как?

— Называй меня просто Мелитус, я волшебник этого острова и хочу тебе сделать небольшой подарок.

Внезапно в руке чародея появилась коробочка, на которой был нарисован синий кружок.

Девочка раскрыла коробку, но та оказалась пустой. Мелитус объяснил, что внутри находится маленький зверек, который теперь будет жить вместе с девочкой всю жизнь, и самое главное – ей придется быть внимательной и постоянно о нем заботиться.

— Теперь каждый день будешь давать ему магическую сыворотку, но одно условие ты непременно должна соблюдать – эликсир может попасть в организм животного только через волшебную иголку!

Мелитус рассказал, что если по какой-то причине Аня даст слишком много или слишком мало этой сыворотки, зверьку станет очень плохо. И каждый день количество волшебного эликсира ей придется считать самой.

— А как узнать, что с моим животным все в порядке и я дала столько эликсира, сколько требуется именно сегодня?, — спросила она сильно волнуясь.

— Для этого, сказал Мелитус, тебе придется каждый день прокалывать свой пальчик, а капельку крови помещать в специальную машину. Эта машина выдаст зашифрованное сообщение, прочитав которое ты поймешь, сколько необходимо эликсира и как дальше ухаживать за своим невидимым зверьком.

— А могу ли я отпустить животное, когда оно вырастет? Если я поеду к бабушке, можно оставить его дома с мамой?

— Нет, ответил волшебник, зверь постоянно будет внутри тебя. Родители только помогут ухаживать, но отдать его ты никому не сможешь.

Волшебник рассказал, что девочка будет расти, а вместе с ней вырастет и ее маленький зверь. С годами он станет привередливым, будет просить больше внимания, возможно, даже захочет поцарапать девочку за ноги, почки, или сердце, но она должна быть сильной и все выдержать.

Аня расплакалась, для нее слова волшебника прозвучали как наказание. Мелитус попытался успокоить и сказал самые важные слова:

— Обещаю, что однажды, возможно через 10-20 лет, я избавлю тебя от ухода за животным, но при условии, что ты, Аня, уже сейчас начнешь правильно о нем заботиться.

В этот момент волшебник исчез, а девочка вытерла последнюю слезу и заметила, что уже находится ни на каком острове, а сидит в спальне на своей любимой кровати. Она переоделась и пошла гулять на улицу.

Шли дни, недели, месяцы, годы. Аня старалась правильно ухаживать за своим зверьком, но постепенно силы заканчивались, и все чаще приходилось плакать от отчаяния. Надоело постоянно думать, сколько эликсира нужно сегодня, а сколько завтра. Пальчик болел от постоянных проколов ради заветных капелек крови.

Аня хотела жить как все и вместо этого привередливого зверя завести кошку или собаку. Каждый раз засыпая, возвращалась на таинственный остров, где искала волшебника. Она очень сильно хотела попросить его избавить от наказания.

Но вместо волшебника находила таких же мальчиков и девочек, которые тоже заботились о своих животных. Во сне они дружили, шутили и смеялись, и тогда становилось гораздо легче. Аня стала понимать, что она не одна, и у многих есть подобные проблемы, с которыми можно жить.

Через месяц в школе она познакомилась с девочкой, у которой был такой же невидимый зверек. И если раньше было легко только во сне, то теперь и наяву стало жить проще.

Аня поняла, что она не одинока и ей хватит сил пройти испытание. Настанет день, когда невидимые звери навсегда покинут Аню и ее друзей.

Только надо верить в лучшее и все обязательно получится.

Источник: <https://diabetdieta.ru/skazka-pro-sakharnyyj-diabet-ili-kak-rasskazat-rebenku-o-bolezni/>

Обучающая игра о диабете для детей



Ничего сложного в этой игре нет — все очень просто, доступно и невероятно полезно для детей, да и в принципе для неопытных взрослых. Игра построена так, что ребенок с помощью лягушонка Хумми изначально узнает полезную информацию о диабете, а потом проходит тест-испытания для закрепления полученных знаний.

Игра состоит из таких рубрик: «Что такое диабет?», «Питание», «Самоконтроль», «Инсулин», «Гипергликемия», «Гипогликемия», «Осложнения», «Физкультура и спорт», «Отдых и путешествия» и «Игротека».



Каждая из рубрик в максимально доступной форме рассказывает и показывает информацию по теме. А тестовые задания всегда приносят ребенку удовольствие от того, что он прошел испытание и получил полезные знания, которые сможет применить на практике.

Так, благодаря этой игре, ребенок сможет узнать о процессе возникновения диабета, химии внутри организма, правильном питании при диабете, суточным потребностям в белках, жирах и углеводах, полезных и вредных продуктах для диабетиков, расчете хлебных единиц и доз инсулина и в общем все об инсулине, важности и результатах самоконтроля, причинах и последствиях гипогликемии и гипергликемии, возможных осложнениях диабета и как их избежать, влияние спорта и физкультуры на организм людей с диабетом, о чем важно помнить при отдыхе и путешествиях, а также сможет просто поиграть с лягушонком для закрепления всех знаний.



Особой ценностью игры есть то, что здесь нет никаких «наказаний», если ребенок ошибся, ему даются другие шансы. Таким образом улучшается запоминание материала.

В самой игре очень приятная и ненавязчивая графика, которая не вызывает неприятных эмоций, а каждое испытание превращается для ребенка в приятное и полезное времяпровождение!

МИФЫ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Викторина «Факт или вымысел?»

ФАКТ ИЛИ ВЫМЫСЕЛ:

Сахарный диабет возникает при употреблении большого количества сахара

Вымысел: Сахарный диабет 1-ого типа развивается у ребенка в случае, когда его организм не может больше вырабатывать инсулин. И это никак не связано с употреблением большого количества сахара. Если у ребенка развивается сахарный диабет 2-ого типа, то эта связь может существовать, так как с употреблением большого количества сахара (или пищевых продуктов с сахаром, таких как конфеты или обычные сладкие газированные напитки) может вызвать увеличение массы тела, а увеличение массы тела может привести к сахарному диабету 2-ого типа.

ФАКТ ИЛИ ВЫМЫСЕЛ:

Людям с сахарным диабетом нельзя заниматься физическими упражнениями

Вымысел: Физическая активность важна для всех детей — с сахарным диабетом или без. Физическая активность имеет много преимуществ. Она укрепляет здоровье детей и поддерживает их физическую форму, а также помогает им поддерживать оптимальный уровень сахара в крови.

ФАКТ ИЛИ ВЫМЫСЕЛ:

Вы можете заразиться сахарным диабетом от другого человека

Вымысел: Диабет не заразен, поэтому Вы не можете заразиться им от кого-то, у кого он есть.

ФАКТ ИЛИ ВЫМЫСЕЛ:

Дети с сахарным диабетом никогда не смогут есть сладости

Вымысел: Дети с сахарным диабетом могут есть сладости, как часть сбалансированного здорового режима питания. Однако, как и любой другой человек, человек с сахарным диабетом не должен увлекаться сладким, так как это может сказаться на здоровье зубов, более того сладости бедны витаминами и минералами.

4.4. Методические рекомендации к составлению адаптированной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида (из опыта работы, Переволоцкий район Оренбургская область)

В соответствии с ч. 1 ст. 79 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 № 273 (далее – Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации") установлено: «... содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида». В связи с этим, для получения общего образования детьми с ОВЗ в общеобразовательных организациях должны разрабатываться соответствующие адаптированные основные общеобразовательные программы (отдельными документами) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

Основной документ, который содержит гигиенические требования к организации данной работы – это новые «Санитарно-эпидемиологические правила, нормативы и требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 № 26 (далее – СанПиН 2.4.1.3049-13; начало действия документа – 30.07.2013). В которых говорится: «Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей – инвалидов в случае их пребывания в учреждении...». Нормы СанПиН 2.4.1.3049-13 распространяются на все дошкольные учреждения, независимо от их вида, организационно-правовых форм и форм собственности.

На данный момент наше учреждение посещают двое детей-инвалидов. Оба ребенка не имеют видимых нарушений и отклонений в развитии, у обоих сохранна интеллектуальная сфера, что беспрепятственно позволяет им совместно воспитываться и обучаться в группах с детьми, не имеющих нарушений в развитии.

С момента поступления детей с ОВЗ в учреждение, с их семьями ведется тесная работа по разработанному и действующему «Алгоритму действий с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами, посещающих дошкольное образовательное учреждение».

На начальном этапе проводится первичная встреча с семьей с целью знакомства и сбора информации о развитии ребенка, выяснения образовательного запроса со стороны родителей.

В работу с детьми данной категории включаются сотрудники образовательного учреждения, администрация и специалисты ДООУ: заведующий, заместитель заведующего по АХР, зам. зав. по ВО и МР, медработник, воспитатели, педагог-психолог, учителя-логопеды, инструктор по физической культуре, музыкальные руководители, которые способствуют созданию условий и благоприятного микроклимата в ДООУ, для облегчения адаптации детей с ОВЗ и детей-инвалидов, их успешной социализации.

Осуществляют индивидуальный подход к детям при организации воспитательно-образовательного процесса. Воспитатели и специалисты проводят беседы с родителями, консультации, дают рекомендации, советы для оптимального развития и адаптации детей в обществе, а также оказание помощи всем членам семей, воспитывающих этих детей. Администрация, в свою очередь, заключает договора о взаимоотношениях между ДООУ и родителями (законными представителями), а в дальнейшем способствует созданию специальных условий, предполагающих формирование адаптированной образовательной среды. Медработник осуществляет контроль за адаптацией детей с ОВЗ и детей-инвалидов к условиям ДООУ, отслеживает состояние их здоровья, самочувствие в течение дня, своевременность приема лекарственных препаратов, согласно заключению и рекомендациям лечащих врачей во время пребывания этих детей в ДООУ. Консультирует воспитателей и родителей (законных представителей), дает рекомендации по осуществлению индивидуального подхода к детям в соответствии с диагнозом в организации питания, организации режимных процессов в детском саду и дома.

Следующим этапом осуществляется углубленное психолого-педагогическое обследование всех сфер деятельности детей данной категории, эмоционально-волевой сферы, высших психических функций, речевого развития, интеллектуального развития. Результаты данного обследования выносятся на ПМПК учреждения с целью определения дальнейшего образовательного маршрута.

Далее проводится организационная работа по проектированию, разработке и утверждению образовательной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида. Учитывая возрастные и индивидуальные особенности ребенка, медицинские показатели, рекомендации ПМПК ДООУ, ожидания родителей, четко формулируются цели и задачи индивидуальной образовательной программы (обсуждается необходимость в дополнении или изменении учебного графика, определяются формы получения образования, режим посещения занятий, как подгрупповых, так и индивидуальных, дополнительные виды психолого-педагогического сопровождения, определение промежуточных и итоговых результатов и т.д.).

Далее педагогами и специалистами ДООУ разрабатываются индивидуальные образовательные маршруты на основе разработанной образовательной программы для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида, учитывая общеобразовательную программу ДООУ. Данные индивидуальные образовательные маршруты включают содержание основных разделов базовой программы, а также коррекционные направления для конкретного ребенка, рекомендованные специалистами учреждения.

Так как оптимальный вариант разработки и реализации индивидуальной образовательной программы для воспитанника составляет один год, корректировка содержания ее осуществляется на основе результатов промежуточной диагностики, проводимой в декабре текущего учебного года. На основе анализа промежуточной диагностики, вносятся изменения и корректировки в индивидуальную образовательную программу для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида.

В конце учебного года по итогам реализации индивидуальной образовательной программы в рамках психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПК) проводится анализ итоговой диагностики различных сфер развития ребенка,

обосновываются внесение корректировок, формулируются рекомендации с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его воспитания и обучения. А также проводятся итоговая встреча с родителями (законными представителями) для определения дальнейших форм работы с ребенком, педагогами и специалистами ДОО даются рекомендации, советы, консультации, памятки.

Как было сказано ранее, в данный момент, наше дошкольное учреждение посещают два ребенка-инвалида. Согласно Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" ч. 11 ст. 79 «Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов в случае их пребывания в учреждении». Администрацией нашего учреждения создаются специальные условия за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, которые предполагают формирование адаптированной образовательной безбарьерной среды, имеются средства для обучения и воспитания, а также для своевременной коррекции нарушений в развитии детей с учетом структуры их нарушений:

- оборудование для развития общей подвижности;
- оборудование и игрушки для развития: ручных навыков; тактильного, зрительного и слухового восприятия; мышления, речи и языка;
- игрушки для поддержки социально-эмоционального развития;
- оборудование для игр с водой и сыпучими материалами;
- материалы для изобразительного творчества;
- фонотека, музыкальные игрушки;
- художественная литература для детей и родителей.

В нашем учреждении порядок разработки и корректировки индивидуальных образовательных программ для детей с ОВЗ или детей-инвалидов проходит в рамках ПМПК учреждения. Образовательная программа разрабатывается педагогами и специалистами ДОО и утверждается заведующим. Индивидуальная образовательная программа для ребенка с ОВЗ или ребенка - инвалида в нашем учреждении имеет такую структуру (рис. 2):

1. **Титульный лист**, который включает в себя наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя воспитанника, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями. При необходимости программа должна быть согласована с председателем психолого-медико-педагогического консилиума. На титульном листе можно указать специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной программы.

2. **Пояснительная записка**, в которой излагается сведения о ребенке: возраст, группа, социальное окружение, интересы; ожидания родителей; диагноз; психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени. На основе данных независимой психолого-педагогической диагностики формулируются цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток. В пояснительной записке указываются основные общеобразовательные программы, на основе которых

разработана индивидуальная образовательная программа, а также обосновывается варьирование, если имеет место перераспределение количества часов, отводимых на изучение определенных разделов и тем, изменение последовательности изучения тем и др.

3. Индивидуальный учебный план. Возможно варьирование внутри содержания индивидуальной программы путем усиления отдельных тем, разделов. Варьирование на уровне содержания индивидуальной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменения последовательности изучения отдельных разделов программы, некоторых тем; увеличения объема интегрированных занятий внутри индивидуальной программы.

4. Содержание программы.

Включает в себя три основных компонента или блока:

Образовательный компонент, в котором раскрывается содержание образования на определенном году обучения (промежуточные планируемые результаты) с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений по образовательным областям и др. *Образовательный компонент является обязательным, если в индивидуальную программу включен индивидуальный учебный план.*

Коррекционный компонент, в рамках которого излагаются направления коррекционной работы с воспитанниками, приемы, методы и формы. В коррекционный блок входят разделы специалистов ДООУ: учителя-логопеда, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя, воспитателя, который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с воспитанником во время непосредственно-образовательной деятельности и в свободной деятельности.

Воспитательный компонент содержит условия взаимодействий воспитателей и специалистов с ребенком с ОВЗ или ребенком-инвалидом, а также с родителями в процессе психолого-педагогического сопровождения

Заключение и рекомендации. В данном разделе формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года. Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его обучения.

РАЗДЕЛ 5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ

5.1. Тест «Стиль воспитания»

Инструкция. Оцените свою собственную стратегию семейного воспитания. Из четырех вариантов выберите наиболее предпочтительную.

1. Чем, по вашему мнению, в большей мере определяется характер человека наследственностью или воспитанием?
 - а. Преимущественно воспитанием.
 - б. Сочетанием врожденных задатков и условий среды.
 - в. Главным образом врожденными задатками.
 - г. Ни тем, ни другим, а жизненным опытом.

2. Как вы относитесь к мысли о том, что дети воспитывают своих родителей?
 - а. Это игра слов, софизм, имеющий мало отношения к действительности.
 - б. Абсолютно с этим согласен.
 - в. Готов с этим согласиться при условии, что нельзя забывать и о традиционной роли родителей как воспитателей своих детей.
 - г. Затрудняюсь ответить, не задумывался об этом.

3. Какое из суждений о воспитании вы находите наиболее удачным?
 - а. Если вам больше нечего сказать ребенку, скажите ему, чтобы он пошел умыться (Эдгар Хоу)
 - б. Цель воспитания – научить детей обходиться без нас (Эрнст Легуве)
 - в. Детям нужны не поучения, а примеры
 - г. Научи сына послушанию, тогда сможешь научить и всему остальному (Томас Фуллер)

4. Считаете ли вы, что родители должны просвещать детей в вопросах пола?
 - а. Меня никто этому не учил, и их сама жизнь научит.
 - б. Считаю, что родителям следует в доступной форме удовлетворять возникающий у детей интерес к этим вопросам.
 - в. Когда дети достаточно повзрослеют, необходимо будет завести разговор и об этом. А в школьном возрасте главное – позаботиться о том, чтобы оградить их от проявлений безнравственности.
 - г. Конечно, в первую очередь это должны сделать родители.

5. Следует ли родителям давать ребенку деньги на карманные расходы?
 - а. Если попросит, можно и дать.
 - б. Лучше всего регулярно выдавать определенную сумму на конкретные цели и контролировать расходы.
 - в. Целесообразно выдавать некоторую сумму на определенный срок (на неделю, на месяц), чтобы ребенок сам учился планировать свои расходы.

г. Когда есть возможность, можно иной раз дать ему какую-то сумму.

6. Как вы поступите, если узнаете, что вашего ребенка обидел одноклассник?

а. Огорчусь, постараюсь утешить ребенка.

б. Отправлюсь выяснить отношения с родителями обидчика.

в. Дети сами лучше разберутся в своих отношениях, тем более что их обиды недолги.

г. Посоветую ребенку, как ему лучше себя вести в таких ситуациях.

7. Как вы отнесетесь к сквернословию ребенка?

а. Постараюсь довести до его понимания, что в нашей семье, да и вообще среди порядочных людей, это не принято.

б. Сквернословие надо пресекать в зародыше! Наказание тут необходимо, а от общения с невоспитанными сверстниками ребенка впредь надо оградить.

в. Подумаешь! Все мы знаем эти слова. Не надо придавать этому значения, пока это не выходит за разумные пределы.

г. Ребенок вправе выражать свои чувства, даже тем способом, который нам не по душе.

8. Дочь-подросток хочет провести выходные на даче у подруги, где соберется компания сверстников в отсутствие родителей. Отпустили бы вы ее?

а. Ни в коем случае. Такие сборища до добра не доводят. Если дети хотят отдохнуть и повеселиться, пускай делают это под надзором старших.

б. Возможно, если знаю ее товарищей как порядочных и надежных ребят.

в. Она вполне разумный человек, чтобы самой принять решение. Хотя, конечно, в ее отсутствие буду немного беспокоиться.

г. Не вижу причины запрещать.

9. Как вы отреагируете, если узнаете, что ребенок вам солгал?

а. Постараюсь вывести его на чистую воду и пристыдить.

б. Если повод не слишком серьезный, не стану придавать значения.

в. Расстроюсь

г. Попробую разобраться, что его побудило солгать.

10. Считаете ли вы, что подаете ребенку достойный пример?

а. Безусловно. б. Стараюсь. в. Надеюсь. г. Не знаю.

Обработка и интерпретация результатов

Номера вопросов

Стиль поведения

авторитетный	Б	В	В	Г	В	Г	А	Б	Г	Б
авторитарный	А	А	Г	В	Б	Б	Б	А	А	А
либеральный	В	Б	Б	Б	А	А	Г	В	В	В
индифферентный	Г	Г	А	А	Г	В	В	Г	Б	Г

5.2. Анкета для родителей «Проблемы поведения в дошкольном возрасте»

Инструкция. Заполните первую часть «Дисциплинарные проблемы», оценивая каждую проблему в баллах от 1 до 5 (5 — максимальное проявление проблемы).

Затем заполните вторую часть «Эмоциональные нарушения», оценивая каждое нарушение таким же способом.

Затем перечислите все проблемы первой части, оцененные вами в 4 и 5 баллов, а также все нарушения второй части, оцененные вами в 4 и 5 баллов. Постарайтесь выявить причинно-следственную связь между перечисленными пунктами первой и второй частей.

Если у вас получилось 10 и более пунктов, имеющих оценку 4 или 5 в какой-либо части, то ваш ребенок, возможно, испытывает серьезные эмоциональные проблемы.

Примечание: часть из перечисленных проблем повторяется в некоторых ситуациях.

№	Дисциплинарные проблемы	Оценка (балл)				
1	Не подчиняется правилам	1	2	3	4	5
2	Не сотрудничает с братьями (сестрами) в играх	1	2	3	4	5
3	Не сотрудничает с ровесниками в играх	1	2	3	4	5
4	Создает беспокойство, когда рядом взрослые	1	2	3	4	5
5	Третирует ровесников или брата (сестру)	1	2	3	4	5
6	Пререкается с родителями	1	2	3	4	5
7	Пререкается с другими взрослыми	1	2	3	4	5
8	Ломает имущество	1	2	3	4	5
9	Лжет или отказывается говорить правду	1	2	3	4	5
10	Ворует	1	2	3	4	5
11	Не убирает за собой	1	2	3	4	5
12	Затекает ссоры	1	2	3	4	5
13	Употребляет оскорбительные слова	1	2	3	4	5
14	Проявляет физическую агрессию по отношению к другим	1	2	3	4	5
15	Выражает нежелание или негодование в ответ на просьбу что-либо сделать	1	2	3	4	5
16	Отказывается в ответ на просьбу сделать что-либо	1	2	3	4	5
17	Не может сделать что-либо после согласия выполнить это	1	2	3	4	5
18	Обвиняет других за собственные проступки	1	2	3	4	5
19	Нарушает покой, порядок	1	2	3	4	5
20	Ввязывается в драки	1	2	3	4	5

5.3. Тест «Уровень агрессивности ребенка» (для родителей детей дошкольного возраста)

Цель. Исследование уровня агрессивности ребенка.

Инструкция. Прочитайте утверждения. Если вы считаете, что у вашего ребенка вы замечали данные поступки отметьте в бланке номер вопроса и ответ «Да», если не замечали «Нет».

1. Временами кажется, что в него вселился злой дух.
2. Он не может промолчать, когда чем-то недоволен.
3. Когда кто-то причиняет ему зло, он обязательно старается отплатить тем же.
4. Иногда ему без всякой причины хочется выругаться.
5. Бывает, что он с удовольствием ломает игрушки, что-то разбивает, потрошит.
6. Иногда он так настаивает на чем-то, что окружающие теряют терпение.
7. Он не прочь подразнить животных.
8. Переспорить его трудно.
9. Очень сердится, когда ему кажется, что кто-то над ним подшучивает.
10. Иногда у него вспыхивает желание сделать что-то плохое, шокирующее окружающих.
11. В ответ на обычные распоряжения стремится сделать все наоборот.
12. Часто не по возрасту ворчлив.
13. Воспринимает себя как самостоятельного и решительного.
14. Любит быть первым, командовать, подчинять себе других.
15. Неудачи вызывают у него сильное раздражение, желание найти виноватых.
16. Легко ссорится, вступает в драку.
17. Старается общаться с младшими и физически более слабыми.
18. У него нередко приступы мрачной раздражительности.
19. Не считается со сверстниками, не уступает, не делится.
20. Уверен, что любое задание выполнит лучше всех.

Обработка результатов.

Каждый положительный ответ на каждое из предложенных утверждений оценивается в 1 балл.

Показатели. Высокая агрессивность – 15-20 баллов. Средняя агрессивность – 7-14 баллов. Низкая агрессивность – 1-6 баллов.

5.4. Схема обследования речи ребенка с русским неродным языком

I. Анкетные данные

1. Фамилия, имя _____
2. Число, месяц, год рождения _____
3. Домашний адрес _____
4. Телефон _____
5. Откуда поступил ребенок _____
6. Данные о родителях:

МАТЬ

ОТЕЦ

ФИО:

Родной язык:

Место работы:

Должность:

Рабочий
телефон:

Состав семьи:

II. Объективные данные

1. Заключение специалистов

Неврологический статус: _____
(невропатолог)

Состояние интеллекта: _____
(психоневролог)

Состояние слуха: _____
(отоларинголог)

Состояние зрения: _____
(офтальмолог)

2. Дата поступления в логопедическую группу _____

3. Решение Психолого-медико-педагогической комиссии от _____
Протокол № _____ Принят на срок _____

4. Заключение ПМПК _____

III. Анамнестические данные

1. Перинатальный период развития

От какой беременности _____

Как протекала беременность _____

2. Натальный период развития

Как протекали роды _____

(в срок или нет, наличие патологии родовой деятельности, использование каких-либо родовспоможений)

3. Постнатальный период развития

Раннее физическое развитие:

Когда ребенок начал

- держать голову _____
- переворачиваться _____
- сидеть _____
- стоять с помощью опоры _____
- ходить _____

Раннее эмоциональное развитие:

- комплекс оживления _____
- узнавание близких _____
- реакция на посторонних _____

Раннее речевое развитие:

- гуление _____
- лепет _____
- первые слова _____

первая фраза _____

темп речевого развития _____

(замедленный, нормальный, ускоренный)

- стимуляция речевого развития ребенка _____

(чтение детской литературы, ее подбор и объем в соответствии с возрастом, с какого возраста разучиваются стихи, песенки, как запоминает)

IV. Состояние речевой моторики

1. Состояние мимической мускулатуры (по подражанию)

(наличие или отсутствие сглаженности носогубных складок)

2. Анатомическое строение органов артикуляционного аппарата:

- губы _____
- язык _____
- твердое и мягкое нёбо _____

3. Состояние артикуляционной моторики:

- наличие/отсутствие движений _____
- тонус _____

(нормальный, гипотонус, гипертонус)

- объем движений _____

(полный, неполный)

- способность переключения от одного движения к другому _____
 - (нарушена/не нарушена)
 - замены сложных движений на более легкие _____
 - наличие синкинезий _____
 - наличие тремора, гиперсаливации, отклонений кончика языка _____
-

V. Состояние дыхательной и голосовой функции

1. Тип неречевого и речевого дыхания

(ключичное, грудное, диафрагмальное и др.)

- объем речевого дыхания _____
- (нормальный, недостаточный)
- частота речевого дыхания _____
- (в норме, учащенное, замедленное)
- продолжительность речевого дыхания _____
- (в норме, укороченное)

2. Характеристика голоса:

- громкость _____
- (нормальный, тихий, чрезмерно громкий)
- тембр _____
- (не нарушен, наличие носового оттенка и др.)
- модуляция _____
- (наличие или отсутствие монотонности)

VI. Условия воспитания ребенка

1. Отмечаются ли нарушения речи и слуха у родителей или близких родственников

2. Как давно семья проживает в городе (селе, поселке) с преимущественно русскоязычным населением _____

3. Какой язык для ребенка родной _____

4. Количество языков, на которых общаются в семье: один, два, три, более трех

5. Кто в семье (мама, папа, бабушка, дедушка, сестры, братья)

- общается с ребенком только на родном языке _____
- хорошо владеет устным русским языком _____
- хорошо читает и пишет на русском языке _____

- общается с ребенком только на русском языке _____

6. Уровень владения русским языком матерью _____

7. Какие языки ребенок

- хорошо понимает _____
(со слов матери)
- употребляет в речи _____
(со слов матери)

8. На каком языке ребенок преимущественно общается:

- в домашней обстановке _____
- среди сверстников _____

9. Проявляет ли интерес к просмотру сказок, мультфильмов, фильмов на русском языке _____

VII. Уровень владения родным (нерусским) языком (определяется совместно с родителями и на основании соответствующих характеристик)

1. Наличие или отсутствие дефектов звукопроизносительной стороны речи при общении на родном языке _____

2. Наличие или отсутствие нарушения фонематического слуха

3. Словарный запас _____
(достаточный или недостаточный)

4. Грамматические конструкции _____
(наличие или отсутствие аграмматизма при общении на родном языке)

5. Особенности просодической стороны речи (при наличии фразовой речи на родном языке)

- темп _____
(тахилалия, брадилалия, запинки, заикание)
- ритм _____
(нормальный, аритмия, растянутый, скандированный)
- употребление основных видов интонации (повествовательная, вопросительная, побудительная) _____

6. Связная речь _____

VIII. Уровень владения русским языком (определяется логопедом)

1. Наличие или отсутствие дефектов звукопроизносительной стороны речи при общении на русском языке _____
2. Наличие или отсутствие нарушений фонематического слуха _____
3. Лексико-грамматическое оформление речи _____
4. Особенности просодической стороны речи (при наличии фразовой речи на русском языке):
 - темп _____
(тахилалия, брадилалия, запинки, заикание)
 - ритм _____
(нормальный, аритмия, растянутый, скандированный)
 - употребление основных видов интонации (повествовательная, вопросительная, побудительная) _____
5. Способность к коммуникативному партнерству _____

IX. Сопоставление результатов обследования уровня речевого развития на родном и русском языке:

1. Одинаково хорошее владение родным и русским языком, уровень владения соответствует возрастным нормативам.
2. Уровень владения родным языком соответствует возрасту ребенка; уровень овладения русским языком достаточен для общения в быту; выявлена интерференция двух языковых систем.
3. Уровень владения родным языком соответствует возрасту ребенка, русский язык ребенок понимает только на бытовом уровне, но в общении использует только родной язык.
4. Уровень владения родным языком соответствует возрасту ребенка, при обследовании выявлено заикание, русским языком не владеет (понимает на бытовом уровне).
5. Речевое развитие на родном языке в пределах возрастной нормы, но выявлено грубое нарушение просодической и произносительной стороны речи, обусловленное дислалией (дизартрией, ринолалией); при этом русским языком владеет в пределах низкой нормы.
6. При обследовании речи на родном (доминантном) и русском языке выявлено: в анамнезе задержка речевого развития; ограниченный словарный запас; нарушения грамматического и фонетического строя речи.

X. Заключение _____

(Возможные варианты: ринолалия у ребенка с русским неродным языком; заикание у ребенка с русским неродным языком (при ФФН, ОНР и др.); фонетическое недоразвитие у ребенка с русским неродным языком; фонетико-фонематическое

недоразвитие у ребенка с русским неродным языком; общее недоразвитие речи у ребенка с русским неродным языком.)

XI. Рекомендации _____

(Рекомендации к дальнейшему обучению в дошкольном учреждении компенсирующего вида в соответствии с заключением логопеда о наличии у ребенка нарушений речи различной этиологии. Использование специальной программы обучения русскому неродному языку для успешной интеграции в среду русскоговорящих сверстников.)

РАЗДЕЛ 6. РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПО ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ С ОВЗ И ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Воспитание и развитие «особого» ребенка доставляет очень много переживаний родителям. Поэтому семье, где растут такие дети, может быть необходима помощь в форме рекомендаций, которые помогут решить многие практические вопросы. Обогащая себя новыми знаниями, члены семьи смогут научиться выстраивать понятную для ребенка, эффективную стратегию воспитания, позволяющую всем чувствовать себя комфортно, выбрать тот или иной вид взаимодействия с ребенком в конкретной ситуации.

6.1. Рекомендации родителям по организации жизнедеятельности и воспитанию детей с аутизмом

Самое важное – не маскировать диагноз за якобы «более благозвучным» и «социально приемлемым». Не убегать от проблемы и не фиксировать все внимание на негативных аспектах диагноза, таких, как: инвалидность, непонимание окружающих, конфликты в семье и прочее. Гипертрофированное представление о ребенке, как о гениальном, также вредно, как и подавленное состояние от его не успешности.

- Как можно раньше адаптировать ребенка к жизни в обществе; научить его справляться с собственными страхами; контролировать эмоции.

- Необходимо без колебаний отказаться от терзающих иллюзий и выстроенных заранее планов на жизнь. Принять ребенка таким, каков он есть на самом деле. Действовать исходя из интересов ребенка, создавая вокруг него атмосферу любви и доброжелательности, организовывая его мир до тех пор, пока он не научится делать это самостоятельно.

- Помните, что аутизм – это расстройство развития ребенка, сохраняющееся на протяжении всей жизни и без вашей поддержки ребенку с аутизмом не выжить.

6.2. Рекомендации родителям слабовидящего ребенка

1. Способствуйте формированию коммуникативных навыков через чтение, беседы, игры.

2. Информируйте ребенка о трудностях, которые могут вызвать затруднения при ориентировке в пространстве.

3. Формируйте позитивные свойства личности, мотивацию общения, которая обеспечит успешную адаптацию.

4. Развивайте мимику ребенка, учите контролировать ее с помощью пения. В данном процессе мышцы лица тренируются, и человек учится ими обладать в большей мере.

6.3. Рекомендации родителям слабослышащего ребенка

Необходимо помнить о полном принятии ребёнка таким, какой он есть – родители должны понимать и принимать состояние ребенка.

- Нужно относиться к ребенку с любовью и теплотой. Такой тип отношений способствует формированию у ребенка высокой самооценки и адекватной личности.

- Ребенок должен развиваться, как обычный ребенок, и не чувствовать своего отличия, ущемлённости.

- Одной из возможностей компенсировать потерю слуха у ребенка является протезирование современными слуховыми аппаратами. Поэтому желательно иметь слуховые аппараты на оба уха, которые в обиходе называются «заушинами». С ними ребенок будет познавать звуки окружающего мира. Если у вас один аппарат, то надевайте сегодня на левое ухо, завтра – на правое.

- Не всегда легко приучить ребенка к аппарату. Главное здесь – никакого насилия, а только поощрение игрой и общением со взрослым. Тогда ребенок с большим желанием будет носить то, с чем связаны положительные эмоции.

- Важно понять, что слуховой аппарат является сложным техническим устройством, которое необходимо приобретать и настраивать индивидуально. Правильно настроенный он позволит вашему ребенку ощутить мир звуков, научиться различать речь окружающих людей и даст возможность полноценного и гармоничного развития.

- Слуховые аппараты необходимы для ориентации в пространстве (вовремя услышать сигнал опасности), для общения со слышащими (в учреждениях, транспорте, магазине), для получения полноценного образования.

- Ребенка, с нарушением слуха, необходимо обучать чтению с губ, уделять много внимания развитию его речи. Старайтесь говорить с ним на доступном его слуху расстоянии, членораздельно и четко произнося обращенные к нему слова. Ребенок всегда должен смотреть в лицо говорящего и следить за движениями его губ. Чтобы он не утомлялся и не избегал занятий, придавайте им вид игры. Он будет слышать, но не на всех расстояниях одинаково. Часто низкие частоты слышны на более дальних расстояниях (стук, шорох, бас). Чем выше частоты, тем они должны быть ближе.

- Главная задача: говорить все на ушко не один раз, а минимум десять (меняя правое – левое), в промежутках показывая, как при этом двигаются губы. На ушко – это чисто слуховое восприятие, губы – это слухо-зрительное восприятие. Ни в коем случае не нужно кричать, лучше сказать много раз обычным голосом на самое ушко.

- Дома необходимы резиновые игрушки-пищалки, свистульки, бубен, игрушечная балалайка, гитара, гармошка. Необходимо знакомить со всем окружающим, издающим звук. Сначала это игрушки, потом окружающие предметы: холодильник, музыкальный центр, машина.

- Нельзя внезапно появляться перед плохослышащим ребёнком. Вы можете сильно испугать его. Старайтесь подходить к нему осторожно и издавать при этом шум или звуки.

6.4. Рекомендации родителям детей с ЗПР

Какую помощь могут оказать родители, если в семье ребенок с задержкой психического развития?

- Не следует на ребенка смотреть как на маленького, беспомощного. Не рекомендуется постоянно опекать, например, полностью собирать его в детский сад, контролировать каждое действие ребенка при выполнении каких-либо действий или заданий. Не подчиняйте всю жизнь в семье ребенку: за него делать все, включая и то, что без особого труда смог бы сделать он сам. Такая гиперопека детям очень вредна. Именно в простых видах деятельности, элементарных навыках самообслуживания и самоконтроля развиваются такие важные качества, как уверенность в себе, чувство ответственности, самостоятельность. Конечно, контроль необходим, но его необходимо организовывать не «над», а «рядом».

- Не предъявлять завышенные требования к ребенку. Перегрузка, особенно интеллектуальная, влечет за собой не только снижение работоспособности, заторможенности в понимании ситуации, но может проявиться агрессия, срывы в поведении, резкие перепады настроения. Завышенные требования приводят к тому, что, берясь за непосильное для себя дело, ребенок не может его выполнить, начинает нервничать, теряет веру в свои силы.

- Для того, чтобы сохранить работоспособность такого ребенка, не наносите образовательной нагрузкой дополнительного вреда его здоровью; внимательно относитесь к организации его труда и отдыха.

- Самооценка ребенка во многом зависит от оценки окружающих его людей. Важно, чтобы ребенок верил в свои силы, испытывал состояние комфорта, защищенности, позитивного мировосприятия и интереса. Для формирования этой стороны психики ребенка с задержкой психического развития очень большое значение имеет общение. Например, задайте своему ребенку вопросы о том, что он нового узнал в детском саду. Есть вопрос – есть работа мысли. Есть мысль – активизируется память. Познавательная активность, стремление к умственному труду формируются сначала на легком, доступном ребенку и в то же время интересном материале. Заинтересованность и успех не только пробуждают в ребенке веру в свои силы, снимают напряженность, но и способствуют поддержанию активного, комфортного состояния.

- Нуждается ли ребенок с задержкой психического развития во врачебной помощи? Задержка психического развития не болезнь, а индивидуальный вариант психического развития. Но, как утверждают специалисты, в основе развития психики таких детей лежит та или иная несостоятельность структурно-функциональных мозговых систем, приобретенная в результате негрубого повреждения мозга. Поэтому обследование врачом–психоневрологом такого ребенка желательно: он может выявить признаки органической поврежденности мозга и медикаментозно воздействовать на него, может при помощи лекарств скоординировать излишнюю заторможенность или возбудимость ребенка, нормализовать сон, активизировать работу клеток головного мозга.

6.5. Рекомендации для родителей по воспитанию детей с СДВГ

1. В своих отношениях с ребенком поддерживайте позитивную установку. Чаще хвалите его, подчеркивайте успехи. Это помогает укрепить уверенность ребенка в собственных силах, повышает его самооценку.
2. Избегайте повторения слов «нет» и «нельзя».
3. Говорите с ребенком в сдержанном, спокойном, мягком тоне.
4. Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он смог его завершить.
5. Учите расставлять приоритеты при выполнении задания: что сначала, что потом и что для этого нужно. Важно, также, учить по ходу действия приспосабливаться к вполне возможным изменениям в ситуации.
6. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию (картинки, схемы, образец и т.д.).
7. Особенно поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (работа с конструктором, раскрашивание, конструирование).
8. Поддерживайте дома четкий распорядок дня (время для приема пищи, гигиены, игры и сна).
9. Избегайте по возможности пребывания с ребенком в местах скопления людей. Посещение крупных магазинов, рынков и т.д. оказывает на него негативное действие.
10. Во время игр ограничивайтесь для ребенка лишь одним партнером, избегая шумных, беспокойных приятелей.
11. Оберегайте ребенка от утомления, оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.
12. Нельзя сдерживать физическую подвижность такого ребенка, это противопоказано состоянию его нервной системы. Давайте ребенку возможность расходовать избыточную энергию (полезны ежедневные длительные прогулки на свежем воздухе, бег, спортивные занятия).
13. Помните о том, что, присущая детям, с синдромом дефицита внимания гиперактивность, может быть минимизирована с помощью перечисленных мер с учетом индивидуальных особенностей (недостатков) ребенка.

6.6. Комплекс практических советов для родителей «шустриков»

- При оформлении комнаты или уголка ребенка избегайте ярких красок и сложных орнаментов. Простота, неяркие, спокойные тона, стол для творческой работы, стоящий у ничем не украшенной стены, создают условия для концентрации.
- Игровое место ребенка должно быть тихим и спокойным – не около телевизора или постоянно открывающихся дверей, то есть там, где ребенок мог бы заниматься своими делами без помех.

- В ходе выполнения действий, требующих концентрации внимания, родителям желательно находиться рядом и при необходимости помогать беспокойному сыну или дочке.

- Если ребенок сел рисовать, лепить и т.п., уберите все лишнее со стола. Гиперактивный ребенок не умеет сам отсекал все, что ему в данный момент мешает.

- Родителям следует продумывать все поручения, которые они дают ребенку, и помнить: ребенок будет делать только то, что ему интересно, и будет заниматься этим лишь до тех пор, пока ему не надоест. Как только ребенок устал, его следует переключить на другой вид деятельности.

- Если ребенок в чем-то не прав, родителям не следует читать ему нотация, так как длинная речь не будет до конца выслушана и осознана. Лучше заранее установить правила поведения и систему поощрений и наказаний. Требования к ребенку должны быть конкретными, четкими и выполнимыми.

- Нельзя принуждать ребенка просить прощения и давать обещания: «Я буду хорошо себя вести», «Я буду всегда тебя слушаться». Можно, например, договориться с ребенком, что он «не будет пинать кошку» или «с сегодняшнего дня начнет ставить ботинки на место». На отработку каждого из этих конкретных требований может уйти много времени (две-четыре недели и больше). Однако, не отработав одного пункта, не переходите к следующему. Наберитесь терпения и постарайтесь довести начатое дело до конца. Потом можно будет добиваться выполнения другого конкретного требования.

- Приучайте ребенка к различного рода конструкторам, всевозможным настольным играм. Данные виды деятельности способствуют развитию концентрации внимания.

- Роль взрослых – подсказать ребенку, как он может использовать свою повышенную активность, направить ее в нужное русло, чтобы неуемная детская энергия не пропадала зря и не шла во вред ребенку а, наоборот, была источником положительных изменений, Лучшим способом для направления энергии и активности в правильное, т.е. социально и личностно-приемлемое русло, являются занятия спортом. Именно спорт даст гиперактивному ребенку возможность проявить себя и, кроме того, научит владеть собой, что невозможно без сформированных навыков самоконтроля и саморегуляции.

- Как показывает опыт многих родителей гиперактивных детей, самым полезным спортом является плавание. Другим полезным для гиперактивных детей спортом являются восточные единоборства, поскольку они прививают навыки самоконтроля и дисциплины.

6.7. Рекомендации для родителей по воспитанию детей с ММД

В воспитании и обучении ребенка с минимальной дисфункцией мозга необходимо руководствоваться несколькими основополагающими принципами.

- Главным является забота об общем состоянии здоровья ребенка, так как именно от этого самым непосредственным образом зависит избавление от ММД, и

поддержание определенного уровня работоспособности, необходимого для успешного обучения в школе.

- Необходимо периодически обследовать ребенка у невропатолога и выполнять его рекомендации.

- Работа ребенка должна быть продумана и организована взрослыми так, чтобы представлять из себя четкую последовательность конкретных действий, между которыми можно было бы отдохнуть. Каждую деятельность необходимо представить четкой короткой инструкцией, вынесенной в виде рисунка или схемы и находящейся перед глазами ребенка. Инструкции должны быть короткие (или разделены на короткие самостоятельные части) еще и для того, чтобы хватало объема оперативной памяти и не происходило выпадения, «замен» и перестановок частей информации.

- Поддерживайте здоровый образ жизни при воспитании ребенка (отдых, спорт, прогулки, полноценное питание, гибкое соблюдение режима дня). При выборе спортивных занятий следует избегать таких, где велика вероятность сотрясения мозга. Попытки с помощью усиленных спортивных занятий «сбросить» излишнюю энергию реактивных детей не приводят к успеху. Их реактивность не уменьшится, а переутомление может оказаться чрезмерным.

- Не имеет смысла тренировать у ребенка внимание или память: это не дает результатов. В первую очередь, необходимо развивать речь и мышление детей, учить их рассуждать, так как уровень риска, вероятность возникновения осложнений в психическом развитии связаны с недостатками интеллекта, а не со степенью выраженности ММД.

- Не следует перегружать ребенка занятиями в различных кружках и студиях.

- В семье необходимо сохранять доброжелательную обстановку, проявлять терпение заботу и мягкое руководство деятельностью ребенка. Забота и правильная организация деятельности оптимизирует развитие ребенка, предотвращает отклонения или осложнения в протекании этого процесса.

- Родители должны быть готовы к тому, что в школьном обучении детей с ММД до относительной нормализации их мозговой деятельности (т.е. в течение 1-4 классов) основную роль играют домашние занятия. Дома необходимо не только выполнять домашние задания, но и повторять материал, пройденный в классе, чтобы проверить, все ли понято ребенком правильно, и не осталось ли вообще пропущенным что-либо существенное.

- Во время выполнения домашнего задания родителям желательно находиться рядом с ребенком, чтобы возвращать его к занятиям (сам он этого может и не делать). Очень важно сохранять при этом спокойствие, не раздражаться и не нервировать ребенка. Лучше, если ребенок будет работать с черновиком, но прежде, чем переписывать задание в тетрадь, дайте ему отдохнуть. Само переписывание тоже надо осуществлять с перерывами. Необходимо помнить, что утомление накапливается, несмотря на то, что ребенок отвлекается и отдыхает. Поэтому нелегко надеяться, что он сохранит работоспособность до позднего вечера.

- Длинное стихотворение лучше учить небольшими порциями, не все сразу. После повторения стихотворения (или правила) наизусть необходим небольшой перерыв перед продолжением занятий. Вечером лучше еще раз просто прочитать

ребенку то, что ему надо запомнить, а не требовать, чтобы он повторил. Дополнительное прослушивание информации способствует ее упрочению

- Самое вредное для здоровья и бессмысленно для обучения – не выпускать ребенка из-за стола, пока все уроки не будут сделаны, и ругать его при этом за то, что он постоянно отвлекается.

- Не следует с первых школьных дней приучать ребенка работать самостоятельно – он все равно не сможет. Если действительно заботиться о развитии и обучении ребенка с ММД, то о воспитании его самостоятельности приходится на время забыть.

6.8. Рекомендации родителям по организации жизнедеятельности ребенка с сахарным диабетом

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

«Сказка про сахарный диабет или как рассказать ребенку о диабете»

Как объяснить ребенку, что у него сахарный диабет? В раннем возрасте дети еще многого не понимают, их очень сложно заставить внезапно сесть на диету или начать жизненно необходимые инъекции инсулина.

Многие родители спрашивают, как это сделать? Я на подобные вопросы всегда отвечаю – попробуйте сказку. Ведь именно сказка поможет на понятном для малыша языке передать смысл проблемы. И пусть со временем ребенок вырастет, и тонкости лечения и профилактики диабета вы сможете объяснить взрослым языком, но пока, лет до 8-10 вам помогут только сказки.

Если вы хотите рассказать сказку, обязательно выберите время, когда ребенок спокоен и расслаблен. Я всегда советую делать это перед сном, а сказка, рассказанная мамой несколько дней подряд, лучше всего запомнится малышом.

Придумайте сюжет сами, а если нет идей, прочитайте мою. Эта сказка для девочки, но если пофантазировать, можно легко ее переделать и под мальчика.

Красавица и маленькое чудовище: сказка про сахарный диабет

Давным-давно жила на свете маленькая девочка. Она очень напоминала мне тебя, доченька.

Однажды девочка заболела. Лежа в кровати, с высокой температурой и больным горлом, она заснула. Ей приснился интересный сон.

Далекий и таинственный остров, на котором девочка оказалась, был пуст и безлюден. Вдруг откуда не возьмись появился волшебник.

— Здравствуй милая девочка, как тебя зовут?, — спросил он.

— Меня зовут Аня, а вас как?

— Называй меня просто Мелитус, я волшебник этого острова и хочу тебе сделать небольшой подарок.

Внезапно в руке чародея появилась коробочка, на которой был нарисован синий кружок.

Девочка раскрыла коробку, но та оказалась пустой. Мелитус объяснил, что внутри находится маленький зверек, который теперь будет жить вместе с девочкой всю жизнь, и самое главное – ей придется быть внимательной и постоянно о нем заботиться.

— Теперь каждый день будешь давать ему магическую сыворотку, но одно условие ты непременно должна соблюдать – эликсир может попасть в организм животного только через волшебную иголку!

Мелитус рассказал, что если по какой-то причине Аня даст слишком много или слишком мало этой сыворотки, зверьку станет очень плохо. И каждый день количество волшебного эликсира ей придется считать самой.

— А как узнать, что с моим животным все в порядке и я дала столько эликсира, сколько требуется именно сегодня?, — спросила она сильно волнуясь.

— Для этого, сказал Мелитус, тебе придется каждый день прокалывать свой пальчик, а капельку крови помещать в специальную машину. Эта машина выдаст зашифрованное сообщение, прочитав которое ты поймешь, сколько необходимо эликсира и как дальше ухаживать за своим невидимым зверьком.

— А могу ли я отпустить животное, когда оно вырастет? Если я поеду к бабушке, можно оставить его дома с мамой?

— Нет, ответил волшебник, зверь постоянно будет внутри тебя. Родители только помогут ухаживать, но отдать его ты никому не сможешь.

Волшебник рассказал, что девочка будет расти, а вместе с ней вырастет и ее маленький зверь. С годами он станет привередливым, будет просить больше внимания, возможно, даже захочет поцарапать девочку за ноги, почки, или сердце, но она должна быть сильной и все выдержать.

Аня расплакалась, для нее слова волшебника прозвучали как наказание. Мелитус попытался успокоить и сказал самые важные слова:

— Обещаю, что однажды, возможно через 10-20 лет, я избавлю тебя от ухода за животным, но при условии, что ты, Аня, уже сейчас начнешь правильно о нем заботиться.

В этот момент волшебник исчез, а девочка вытерла последнюю слезу и заметила, что уже находится ни на каком острове, а сидит в спальне на своей любимой кровати. Она переоделась и пошла гулять на улицу.

Шли дни, недели, месяцы, годы. Аня старалась правильно ухаживать за своим зверьком, но постепенно силы заканчивались, и все чаще приходилось плакать от отчаяния. Надоело постоянно думать, сколько эликсира нужно сегодня, а сколько завтра. Пальчик болел от постоянных проколов ради заветных капелек крови.

Аня хотела жить как все и вместо этого привередливого зверя завести кошку или собаку. Каждый раз засыпая, возвращалась на таинственный остров, где искала волшебника. Она очень сильно хотела попросить его избавить от наказания.

Но вместо волшебника находила таких же мальчиков и девочек, которые тоже заботились о своих животных. Во сне они дружили, шутили и смеялись, и тогда становилось гораздо легче. Аня стала понимать, что она не одна, и у многих есть подобные проблемы, с которыми можно жить.

Через месяц в школе она познакомилась с девочкой, у которой был такой же невидимый зверек. И если раньше было легко только во сне, то теперь и наяву стало жить проще.

Аня поняла, что она не одинока и ей хватит сил пройти испытание. Настанет день, когда невидимые звери навсегда покинут Аню и ее друзей.

Только надо верить в лучшее и все обязательно получится.

Источник: <https://diabetdieta.ru/skazka-pro-sakharnyyj-diabet-ili-kak-rasskazat-rebenku-o-bolezni/>

6.9. Памятка родителям по взаимодействию с ребенком 2-4 лет для наиболее интенсивного развития его слуха и речи

Дорогие родители!

Вы – первые и самые важные учителя вашего ребенка. Первая его школа – семья – окажет огромное влияние на то, что он будет считать важным в жизни, на формирование его системы ценностей, на развитие его коммуникативных способностей. Две вещи Вы можете подарить своему ребенку на всю жизнь: одна – корни, а другая – крылья.

«Годы чудес» – так называют ученые первые шесть лет жизни ребенка.

Закладываемое в это время эмоциональное отношение к жизни и людям и наличие или отсутствие стимулов к интеллектуальному развитию оставляют неизгладимый след на всем дальнейшем поведении и образе мыслей человека. Умение говорить, слушать, пользоваться языком также относится к числу вещей, которые ребенок, живущий среди людей, постигает очень рано.

В течение этих первых лет выдаются очень суматошные дни, и родители будут недоумевать: «Где тут взять время, чтобы еще чему-то учить?!» Но не следует забывать, что даже обычная беседа на бытовой почве будет способствовать развитию слуха и речи Вашего малыша.

БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Быть!

- Радуйтесь Вашему малышу каждую минуту, любите его, верьте в него.
- Занимаясь уборкой, приготовлением обеда, одеванием, укладыванием Вашего ребенка – говорите с ним, напевайте песенки, приговаривайте стишки. Когда малыш может Вас слышать, разговаривайте обязательно вслух с ним. Если Вы увидели, что ребенок что-то делает, начните «параллельный разговор» (комментируйте его действия). В разговоре с ребенком называйте как можно больше предметов.

- Разговаривайте с ребенком заботливым, успокаивающим, ободряющим тоном.

- Когда ребенок с Вами разговаривает, слушайте его внимательно, не перебивайте, выдерживайте паузы.

- Говорите с малышом четкими короткими фразами. Ваши объяснения должны быть простыми и понятными. Говорите медленно. Будьте терпеливы.

- Каждый день читайте ребенку.
- Поощряйте в ребенке стремление задавать вопросы.
- Не скупитесь на награду: похвалу или поцелуй.
- Поощряйте любопытство и воображение Вашего малыша.
- Поощряйте игры с другими детьми.
- Заботьтесь о том, чтобы у ребенка были новые впечатления, о которых он мог бы рассказывать.

- Выполняйте с малышом совместные действия. Старайтесь, чтобы малыш вместе с Вами готовил обед, гуляйте с ним, играйте, лепите «куличики» из песка, пусть он поможет Вам пересаживать цветы, вешать полки.

- Играйте с ребенком в разные игры.
- Приобретите диски с записями любимых песенок, стихов, сказок и мультфильмов ребенка: пусть он слушает и смотрит.
- Помогите ребенку выучить его имя и фамилию.
- Шутите с ребенком.

Не быть!

- Не перебивайте ребенка, не говорите, что Вы все поняли, не отворачивайтесь, пока малыш не закончил рассказывать, – другими словами, не дайте ему заподозрить, что Вас мало интересует то, о чем он говорит.

- Не задавайте слишком много вопросов ребенку.
- Не принуждайте ребенка делать то, к чему он не готов. Не заставляйте ребенка делать что-нибудь, если он вертится, устал, расстроен; займитесь чем-то другим.

- Не следует постоянно поправлять ребенка, то и дело повторяя: «Не так! Переделай это». Не говорите: «Нет, она не красная». Лучше сказать просто: «Она синяя».

- Не ожидайте от ребенка дошкольного возраста тотального понимания: всех логических связей; всех Ваших чувств («Мама устала, болеет»); абстрактных рассуждений и объяснений.

- Не проявляйте повышенного беспокойства по поводу каждой перемены в ребенке: небольшого продвижения вперед или, наоборот, некоторого регресса.

- Не сравнивайте малыша ни с какими другими детьми: ни с его братом или сестрой, ни с соседскими ребятами, ни с его друзьями или родственниками (ни ему вслух, ни для себя).

ЛИТЕРАТУРА

1. «От рождения до школы» Примерная общеобразовательная программа дошкольного образования соответствующую ФГОС. Под ред. М.А. Васильевой, Т.С. Комаровой. - «Мозаика - Синтез» Москва 2014г.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. Том 1. – М., 1982. 2. Бегги Э., Монтичелли М.Л Диагностика и лечение эпилепсий у детей - М.: Можайск-Терра 1997
3. Арцишевская, И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду / И.Л. Арцишевская. – М.: Книголюб, 2003. – 56 с.
4. Баенская, Е.Р., Либлинг, М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: Метод. пособие / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М., Экзамен, 2004.
5. Бгажнокова, И.М. Общее и специальное образование: пути к взаимодействию и интеграции / И.М. Бгажнокова // Вопросы образования. - 2006. – № 2. – С. 30-38.
6. Белая, К.Ю. Методическая деятельность в ДОО. В соответствии с ФГОС ДО / К.Ю. Белая. – М.: ТЦ Сфера, Карапуз-Дидактика, 2015. – 128 с.
7. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков,- М.,2003
8. Бенилова, С.Ю., Давидович, Л.Р., Микляева, Н.В. Дошкольная дефектология: ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы)/ Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р., Микляева Н.В. - М.: Изд-во Парадигма, 2012. - 312с.
9. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986
10. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учеб. пособие. - М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2001
11. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Волкова, О.С., Компаниец, О.В. Опыт дифференцированного обучения детей и подростков в школе сахарного диабета / Н.В. Болотова и др. // Педиатрия. – 2010. - № 5. – Том 89. – С. 63-68.
12. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Петрова, М.Г., Лученков, А.А. Психоэмоциональные нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа как фактор неэффективности терапевтического обучения / Н.В. Болотова и др. // Ученые записки. – 2009. – № 16 (4). – С. 127-130.
13. Болотова, Н.В., Филина, Н.Ю., Поляков, В.К. Возможные пути оптимизации программы обучения детей с сахарным диабетом. 5-й Всерос. конгресс эндокринологов «Высокие медицинские технологии в эндокринологии» / Н.В. Болотова и др. – М.: Изд-во «Реафарм», 2006. – 483 с.
14. Браткова, М.В. Особенности развития предметных действий у детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС / М.В. Браткова // Дефектология. – 2006. – №2. – С. 23-27.
15. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528с., с.51

16. Верещагина, Н.В. Нормативно-законодательная база современного дошкольного образования (для родителей) / Н.В. Верещагина. – М.: Детство-Пресс, 2014. – 252 с.
17. Винник, М.О. Задержка психического развития у детей: методологические принципы и технологии диагностической и коррекционной работы / М.О. Винник. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 154 с.
18. Галанов, А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от 3 до 5 лет / А.С. Галанов. — М.: Аркти, 2006. — 110 с.
19. Ганичева, И.В. Телесно-ориентированные подходы в психокоррекционной и развивающей работе с детьми / И. В. Ганичева. - М.: Книголюб, 2008. - 137 с.
20. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии. — СПб.: Речь, 2001.
21. Грабенко, Т.М., Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Коррекционные, развивающие адаптирующие игры / Т.М. Грабенко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. — СПб.: «Детство-пресс», 2004. — 64 с.
22. Григоренко, Н.Ю. Значение и содержание психолого-педагогического консультирования родителей в работе логопеда с детьми первых лет жизни с отклонениями в развитии/ Н.Ю. Григоренко // Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: материалы третьего международного теоретико-методологического семинара. В 2-х частях. Часть 2. – М.: МГПУ, 2011. – 234с. – С.34-37.
23. Григоренко, Н.Ю. Логопедическая работа в системе ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии (на базе службы ранней помощи) / Н.Ю. Григоренко // Специальное образование: научно-методический журнал / ГОУ ВПО «Урал.гос.пед.ун-т»; ИН-т спец.образовани. – Екатеринбург, 2011. – №1. – 133 с. – С. 34-41.
24. Григоренко, Н.Ю., Астахова, Л.Б. Инклюзивная практика в работе структурных подразделений дошкольных образовательных организаций // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования: сборник материалов VII международного теоретико-методологического семинара (2-3 марта 2015 года). – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2015. – 257 с. Т. 2. – С. 93-99.
25. Данилова, Н.А. Диабет II типа. Как не перейти на инсулин / Н.А. Данилова. – М. «Вектор», 2010. – 110 с.
26. Дедов, И.И., Суркова, Е.В., Майоров, А.Ю. Терапевтическое обучение больных сахарным диабетом / И.И. Дедов и др. – М.: Изд-во «Реафарм», 2004. – 236 с.
27. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М., 1984
28. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия. – М.: ООО «Аспект», 2005 г.
29. Деятельность педагога, учителя-предметника, классного руководителя при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для педагогов, учителей-предметников, классных руководителей образовательных организаций /О.Г. Приходько и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 227 с. (Серия «Инклюзивное

образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях»).

30. Деятельность руководителя образовательной организации при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические материалы для руководителей образовательных организаций (серия: «Инклюзивное образование детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / С.В. Алехина и др. – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2014. – 148 с.

31. Диагностика учащихся, испытывающих трудности в обучении. Методические рекомендации для педагогов, специалистов образовательных учреждений, родителей. г.о. Новокуйбышевск, 2009 год

32. Дистанционное образование: педагогу о школьниках с ограниченными возможностями здоровья / под ред. И.Ю. Левченко, И.В. Евтушенко, И.А. Никольской. – М.: Национальный книжный центр, 2013. – 336 с.

33. Заваденко Н.Е. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. – 112 с. (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 5).

34. Исключение лишнего / Альманах психологических тестов. М., 1995, С.143-152.

35. Лазуренко, С.Б. Содержание коррекционно-педагогической работы с недоношенными детьми первого полугодия жизни в системе комплексной реабилитации / С.Б. Лазуренко // Дефектология. – 2005. – №4. – С. 47-54.

36. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии.-М.,1991

37. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития,- Альманах ИКТ №9, 2005, 17. *Леонтьев Д. А.* Тематический апперцептивный тест. М., 1998.

38. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003.

39. Левченко, И.Ю., Киселева, Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М.: Издательство «Книголюб», 2008. – 126 с.

40. Левченко, И.Ю., Приходько, О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

41. Леонгард, Э.И., Самсонова, Е.Г., Иванова, Л.И. Нормализация условий воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования: Методическое пособие. Инклюзивное образование. Выпуск 7. – Москва: МГППУ, 2011. – 280 с.

42. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения,-Альманах ИКТ №13, 2009

43. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001
44. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.
45. Метиева, Л.А., Удалова, Э.Я. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии: сборник игр и игровых упражнений / Л.А. Метиева, Э.Я. Удалова. – М.: Издательство «Книголюб», 2008. – 112 с.
46. Методические рекомендации по вопросам внедрения федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и федерального государственного образовательного стандарта образования, обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)
47. Митчелл Дэвид. Эффективные педагогические технологии специального и инклюзивного образования. М.: Перспектива, 2011
48. Михайлова-Свирская, Л.В. Индивидуализация образования детей дошкольного возраста. Пособие для педагогов ДОО / Л.В. Михайлова-Свирская – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 124 с.
49. Михайлова-Свирская, Л.В. Работа с родителями. Пособие для педагогов ДОО / Л.В. Михайлова-Свирская. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 120 с.
50. Морозова, В.В. Взаимодействие учителя-логопеда с воспитателями дошкольных образовательных организаций / В.В. Морозова. – М.: Детство-Пресс, 2014. – 96 с.
51. Мотков О.И. Психология самопознания личности. Москва. 1993.
52. Нищева, Н.В., Ельцова, О.М., Верещангина, Н.В. Внедрение ФГОС ДО в практику работы дошкольных образовательных организаций / Н.В. Нищева и др. – М.: Детство-Пресс, 2015. – 384 с.
53. Нормативная база современного дошкольного образования: Закон об образовании, ФГОС ДО, порядок организации образовательной деятельности. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 111 с.
54. Нормативная база современного дошкольного образования: Закон об образовании, ФГОС ДО, порядок организации образовательной деятельности. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 111 с.
55. Нормативная база современного дошкольного образования: санитарные правила и нормы образовательной деятельности. – М.: Издательство «Просвещение», 2014. – 79 с.
56. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие / отв. ред. С.В. Алехина, Е.Н. Кутепова. – М.: МГППУ, 2013
57. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002
58. Письмо Заместителя министра Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей» Письмо Минобрнауки России от 13.11.2014 г. № ВК-2422/07 «О сохранении сети отдельных организаций,

осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам»

59. Письмо Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

60. Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК 452-07 «О введении ФГОС ОВЗ (методические рекомендации).

61. Письмо Минобрнауки России от 13.11.2015 № 07-3735 «О направлении методических рекомендаций (лучшие практики инклюзивного образования в РФ)»

62. Письмо Минобрнауки России от 16.02.2015 № ВК-333/07 «Об организации работы по введению ФГОС образования обучающихся с ОВЗ»

63. Письмо Минобрнауки России от 25.02.2015 № 02-60 «Об организации и проведении ГИА в форме ОГЭ и ЕГЭ для лиц с ОВЗ и формировании предметных комиссий»

64. Платонов Ю.П. Основы этнической психологии. Учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2003, с. 403–405.

65. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»

66. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

67. Приказ Минобрнауки России от 02.12.2015 № 1399 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») Министерства образования и науки Российской Федерации по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и предоставляемых на них услуг в сфере образования»

68. Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»

69. Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1577 «О внесении изменений в приказ от 17 декабря 2010 г. № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования» зарегистрирован Минюстом России 2 февраля 2016 г., регистрационный № 40937

70. Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1578 «О внесении изменений в приказ от 17 мая 2012 г. № 413 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования» зарегистрирован Минюстом России 9 февраля 2016 г., регистрационный № 41020

71. Приказ МОиН РФ 20 сентября 2013 г. № 1082 г. Москва «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»

72. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни.—М.: Полиграф сервис, 2003.

73. Приходько, О.Г. Воспитание и обучение детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Глава в учебное пособие / О.Г. Приходько // Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Академия, 2014. – С. 183-219.
74. Приходько, О.Г., Моисеева, Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. – М.: Полиграф сервис, 2003.
75. Приходько, О.Г., Моисеева, Т.Ю. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева // Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2005.
76. Приходько, О.Г., Стребелева, Е.А., Екжанова, Е.А., Лазуренко, С.Б., Гусейнова, А.А., Ушакова, Е.В., Григоренко, Н.Ю., Югова, О.В. Педагогика с пеленок. Пособие для родителей / О.Г. Приходько и др. – М.: Издательская группа РОМАРТ, 2013. – 72 с.
77. Приходько, О.Г., Югова, О.В. Как научить малыша говорить./ О.Г. Приходько, О.В. Югова. - М.: Каисса, 2010.
78. Проективная методика для диагностики школьной тревожности (А.М.Прихожан) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. С.47-60.
79. Проекты адаптированных основных общеобразовательных программ для детей с ОВЗ (в редакции 19 октября 2015 года)
80. Психический инфантилизм // Гарбузов В. И. Нервные дети: Советы врача. - Л.: Медицина, 1990.
81. Психология подростка. Практикум. Тесты, методики для психологов, педагогов, родителей/ред. А.А. Реана. — СПб.: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. 25. Практическое руководство по применению методики «ФИЛЬМ-ТЕСТ» Рене Жилия. Методические указания. Составила Ю. Ю. Федотова. Владивосток. 2004
82. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста/ О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева //Под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Просвещение, 2005.
83. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамная, Т.А.Добровольская и др.; Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. — М.: Издательский центр «Академия», 2003.
84. Равен Дж. К., Курт Дж. Х., Равен Дж. Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. Раздел 3: Стандартные прогрессивные матрицы. – М., 1996.
85. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). –М. 1970
86. Самсонова Е.В. Основные педагогические технологии инклюзивного образования Инклюзивное образование: результаты, опыт и перспективы: сборник материалов III Международной научно-практической конференции / под ред. С.В. Алехиной. – М.: МГППУ, 2015. – 528 с.
87. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: учебное пособие. М.: Народное образование, 1998. 256 с. 96
88. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. учеб заведений А.В. Семенович. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.

89. Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов / И.А. Смирнова. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2004. – 320 с.
90. Специальная педагогика и специальная психология: современные методологические подходы (коллективная монография) / под ред. Н.М. Назаровой, Т.Г. Богдановой. М.: МГПУ, 2013.
91. Степанова, О.А. Журнал рабочих контактов логопеда и воспитателей группы для детей с нарушениями речи / О. А.Степанова. – М.: Сфера, 2003. – 144 с.
92. Степанова, О.А. Программы для ДОУ компенсирующего и комбинированного видов: Справочное пособие./ О.А. Степанова.- М.: Сфера, 2008.- 128 с.
93. Степанова, О.А. Формирование коррекционно-педагогических компетенций педагогов дошкольного образования в условиях обновляющегося законодательства / О.А. Степанова // Современные проблемы теории, истории, методологии инклюзивного образования: сборник материалов VII международного теоретико-методологического семинара (2-3 марта 2015 года). – М.: ГБОУ ВПО МГПУ, 2015. – 257 с. Т. 2. – С. 80-85
94. Суркова, Е.В. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета / Е.В. Суркова // Вопросы эндокринологии. – 2004. - № 50 (1). – С. 44-47.
95. Тест эмоций (тест Басса-Дарки в модификации Г. Резапкиной) / Резапкина Г. Психология и выбор профессии. Учебно-методическое пособие. М., 2006.
96. Тихомирова, Л.Ф. Познавательные способности. Дети 3-4 лет / Л.Ф. Тихомирова. – Ярославль: Академия развития, 2000. –144 с.
97. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (глава 2 ст. 11, глава 10 ст. 75, 76).
98. Цикото, Г.В. Проблемные дети: развитие и коррекция в предметно-практической деятельности / Г.В. Цикото. – М.: Парадигма, 2013. – 193 с.
99. Цукерман Г.А. Кто учит, учится (взаимное обучение: возможности и пределы возможно- стей): История и соврем. использование метода «взаимное обучение» // Начальная школа. 1999. № 7. С. 53–61.
100. Шамарина Е.В. Обучение грамоте в подготовительный период: Занятия с младшими школьниками с задержкой психического развития. – М.: Книголюб, 2007.- 72.: ил. (ЗПР: Теория и практика.)
101. Шанина, С.А., Гаврилова, А.С. Пальчиковые упражнения для развития речи и мышления ребенка / С.А. Шанина, А.С. Гаврилова. – М.: РИПОЛ классик: ДОМ. XXI. 2010. – 249 с.
102. Шарохина, В.Л. Коррекционно-рзвивающие занятия в младшей группе: Конспекты занятий. – М.: Книголюб, 2004. – 72 с.
103. Шкала личностной тревожности (А.М.Прихожан) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. С.64-71

104. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство.- СПб, ГП «ИМАТОН», 1997