



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

Е.Л. Мицан

ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск
2017

Рецензенты:

доктор медицинских наук,
профессор кафедры образовательных технологий
и дистанционного обучения,
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный
гуманитарно-педагогический университет»
Н.А. Антипанова

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры педагогики,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Т.Г. Неретина

Мицан Е.Л.

Технология физического развития дошкольников с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Елена Леонидовна Мицан; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (0,89 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Технология физического развития дошкольников с ограниченными возможностями здоровья». Данное пособие также может использоваться студентами для подготовки к дисциплине «Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата». Содержит краткое изложение психологических особенностей детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и семейного воспитания детей данной категории, что отражено в следующих разделах: «Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья», «Особенности развития детей с церебральным параличом», «Особенности коррекции недостатков физического развития и психомоторики детей с нарушениями развития». В каждом разделе содержится теоретическая часть, практические задания и тесты для самопроверки.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (степень бакалавр) профиль «Логопедия», «Дошкольная дефектология».

УДК 376.22

© Мицан Е.Л., 2017
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2017

Содержание

РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	4
Тема 1.1. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).....	4
Тема 1.2. Общие положения о создании специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами	11
Практическая работа к разделу 1.	33
Тест к разделу 1	35
РАЗДЕЛ 2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	38
Практическая работа к разделу 2	47
Тест к разделу 2. Особенности развития детей с церебральным параличом.....	49
РАЗДЕЛ 3. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТКОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХОМОТОРИКИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	52
Тема 3.1. Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).....	52
Тема 3.2. Формы проведения занятий по ЛФК.....	64
Тест к разделу 3	75
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ».....	79
БИЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	83

РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Тема 1.1. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического или психического развития и вследствие этого нуждающиеся в воспитании и обучении в специальных условиях, которые обеспечивают коррекцию и компенсацию недостатков развития.

Такие условия в наиболее адекватной форме создаются в специальных учебно-воспитательных учебных учреждениях. Наличие у ребенка того или иного нарушения (например, потеря слуха на одно ухо) еще не предопределяет аномального развития. В таких случаях физическое и психическое развитие детей не нарушается, и они не могут быть отнесены к категории аномальных.

За рубежом используются более широкие понятия, объединяющие детей с отклонениями в развитии. Например, понятие "дети с нарушениями" (англ. Handicapped children) объединяет всех аномальных детей, детей-инвалидов, а также детей, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями и психическими расстройствами; понятие "исключительные дети" (англ. exsertional children) наряду с теми категориями, которые в отечественной науке обозначаются как "аномальные дети", включает также особо одаренных детей.

Основанием для подобных определений служит более или менее выраженное отличие ребенка от массы сверстников.

Изучение общих закономерностей развития аномальных детей, разработка методов их обучения и воспитания составляют предмет дефектологии. Лежащие в основе отклонений дефекты могут быть врожденными и приобретенными.

В возникновении врожденных дефектов важную роль играют следующие факторы: наследственные факторы, вредные воздействия на плод в период беременности (интоксикация, в т.ч. алкогольная, внутриутробная инфекция, травма), а также асфиксия и родовая травма.

Приобретенные аномалии в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте инфекционных заболеваний (менингит, полиомиелит и др.), травм, интоксикаций и др.

Первичное нарушение - снижение слуха, зрения, интеллекта и др. - влечет за собой вторичные отклонения в развитии. Например, первичное поражение слуха искажает развитие устной речи, что в свою очередь приводит к нарушениям познавательного и личностного развития. При любом характере первичного нарушения наблюдается: отставание в сроках формирования психических функций и процессов; замедленный темп их развития, не формируется своевременно ни один вид детской деятельности - предметная, игровая, продуктивная. Существенные отклонения наблюдаются в развитии познавательной деятельности, нарушается процесс общения; аномальные дети плохо овладевают средствами усвоения общественного опыта - пониманием речи, содержательным подражанием, действиями по образцу и по словесной инструкции и т.п.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка; идет процесс естественной компенсации.

Так, у детей, лишенных зрения, развивается:

- способность к оценке расстояния при ходьбе,
- дистанционное чувство препятствия,
- слуховая память,
- способность с помощью осязания составлять представление о предмете.

Позитивные проявления своеобразного развития аномальных детей являются одним из оснований для разработки системы специального обучения и воспитания.

Опорой приспособления аномальных детей к окружающей среде являются сохранные функции, т.е. функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохранных.

Развитие аномальных детей в принципе подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормальных детей. Это является основанием для оптимистического подхода к возможностям воспитания и обучения аномальных детей. Но для того, чтобы тенденции развития были реализованы, а само развитие было максимально приближено к нормальному, требуются специальные педагогические воздействия, имеющие коррекционную направленность и учитывающие специфику дефекта.

Педагогическое воздействие, в первую очередь, направлено на преодоление и предупреждение вторичных дефектов. Последние в отличие от первичных нарушений, имеющих в своей основе органические повреждения, легче поддаются педагогической коррекции. С помощью педагогических и технических средств может быть достигнута также значительная компенсация - восстановление или замещение - нарушенной функции.

В дефектологии разработана теория обучения аномальных детей - специальная дидактика. В ее основе лежат общие дидактические принципы, которые приобретают определенную специфику в зависимости от характера дефекта у той или иной категории аномальных детей.

Например, *принцип наглядности* соблюдается и применительно к детям с нарушениями зрения, однако при его реализации в учебную деятельность включается не пораженный зрительный анализатор, а органы осязания, слуха и др.

В ряде зарубежных стран широко используется так называемое интегрированное обучение аномальных детей в массовых школах. Нередко это приводит к тому, что аномальные дети оказываются в неравном положении с их нормально развивающимися сверстниками, поскольку усваивают учебный материал в более медленном темпе и нуждаются в специальных вспомогательных средствах.

Продуктивным и приемлемым, вероятно, следует считать такой подход, при котором наиболее способные дети с нарушениями слуха, зрения или двигательной системы (прежде всего с легко выраженными нарушениями) могут обучаться в обычных общеобразовательных школах, если они при наличии специальных средств индивидуального пользования успевают за темпом обучения остальных детей. Но и в этих случаях им необходима помощь педагога-дефектолога.

Для большинства детей с ОВЗ общеобразовательная, трудовая и профессиональная подготовка, обеспечивающая социальную адаптацию и интеграцию, может быть эффективно осуществлена в условиях специальной школы, где возможна наиболее полная реализация в учебном процессе специальной методики, коррекционной направленности и сочетание учебно-воспитательной и лечебной работы.

В зависимости от вида аномалии выделяются основные категории детей с ограниченными возможностями здоровья:

- дети с нарушениями зрения,
- дети с нарушениями слуха,
- дети с нарушениями интеллекта,
- дети с нарушениями речи,
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата,
- дети с эмоциональными нарушениями, а также
- дети со сложными видами нарушений; некоторые из основных категорий в зависимости от структуры дефекта, степени его выраженности и времени возникновения подразделяются на несколько типов.

Дети с нарушениями зрения

Слепые дети страдают полным отсутствием зрения либо имеют остаточное зрение (от светоощущения до остроты зрения 0,04 на лучше видящем глазу при обычной коррекции очками).

Для них основными средствами познания становятся осязание и слух.

В связи с этим чувственные образы имеют иное, чем у зрячих, качество, иную структуру.

Те дети, у которых сохранилось остаточное зрение, имеют возможность воспринимать окружающий мир в виде зрительных образов, хотя весьма обедненных и неточных.

Потеря зрения обуславливает некоторые специфические особенности развития:

- возникают затруднения в оценке пространственных признаков (местоположения, направления, расстояния и т.д.),
- процесс формирования движений задержан,
- иногда отмечаются изменения в эмоционально-волевой сфере.

Коррекционно-педагогическое воздействие направлено на формирование у слепых детей чувственного опыта. Развитие процессов компенсации слепоты за счет усиления функций сохранных анализаторов необходимо начинать с раннего возраста.

Важную компенсаторную роль играет речь.

В речевом общении с окружающими в сознании слепого ребенка создаются и укрепляются связи между словом и действием.

Словесное описание предмета, сделанное взрослым, ребенок подтверждает собственным обследованием. С помощью слуховых и осязательных ощущений дети учатся передвигаться самостоятельно.

Высокого развития у слепых достигает память, т.к. им для ориентировки в пространстве, общения с людьми, усвоения знаний необходимо привлекать больше сведений, чем зрячим.

В развитии основных процессов познания и мышления компенсаторную роль играют практические занятия, во время которых дети сравнивают реально воспринимаемые предметы с существующими у них представлениями. Обучение действиям, способам их выполнения достигается только в условиях общения, при котором движения слепого ребенка корригируются словом.

У слепых осязательное восприятие материала, закрепление образов в памяти и оперирование ими требует не только увеличения времени для практических решений, но и более ранней специальной подготовки - обучения детей навыкам учебной работы.

Слепых обучают письму и чтению рельефного шрифта (а также рельефных карт и нот), рельефному рисованию и черчению. Многие сложные явления физики, химии и др. учебных предметов усваиваются слепыми учащимися с помощью лабораторных работ со специальными приборами.

Для развития зрительного восприятия у детей, имеющих остаточное зрение, используются:

- красочные картины и иллюстрации,
- диапозитивы,
- кинофильмы, в том числе воспроизводимые специальными замкнутыми телевизионными системами.

Введение аудиовизуальных средств совершенствует процесс обучения и сокращает время для получения необходимой информации.

Ослепшие дети - дети, потерявшие зрение в результате перенесенного заболевания или травмы; зрение у них может быть потеряно полностью либо сохраниться в виде светоощущения или остаточного зрения (острота до 0,04).

В памяти таких детей уже с возраста 3-4 лет сохраняются (иногда на протяжении всей жизни) зрительные образы окружающего мира, и в связи с этим объем представлений у них значительно шире и богаче, чем у слепых от рождения.

Зрительная память помогает воссоздавать образ предмета или явления по словесному описанию, для чего педагог использует яркие, образные выражения.

Связь зрительных представлений с речью способствует более эффективному усвоению детьми знаний и умений.

Остаточное зрение помогает детям воспринимать световые и цветовые признаки, ориентироваться в пространстве. Однако основными новыми средствами познания становятся слух и осязание.

Дети должны заново обучаться процессам самообслуживания, ориентировки в пространстве, новым способам овладения знаниями.

Для предупреждения появления возможных отклонений в развитии большое значение имеет правильно и своевременно (сразу же после утраты ребенком зрения) организованная система коррекционно-педагогических воздействий. Для дошкольников имеются специальные детские сады; детей, ослепших в школьном возрасте, направляют для обучения в школы слепых детей.

Слабовидящие дети - дети, страдающие значительным снижением остроты зрения (от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с оптической коррекцией) либо расстройствами периферического зрения.

Зрительное восприятие при слабовидении характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью, что значительно обедняет чувственный опыт таких детей, препятствует познанию ими окружающего мира.

Обучение и воспитание слабовидящих детей осуществляется в специальных дошкольных учреждениях и школах для детей с нарушениями зрения. Педагогический процесс строится с учетом возможностей этих детей и их своеобразия.

При этом необходимо соблюдение специальных педагогических и гигиенических требований:

1. рациональное распределение учебных занятий,
2. обеспечение соответствующего уровня освещенности,
3. применение корригирующих и тифлотехнических средств,
4. организация специальных занятий по коррекции отклонений в психологическом развитии.

Дети с нарушениями интеллекта - умственно отсталые дети.

Термином "умственная отсталость" в дефектологии обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности, возникшее на основе органического поражения ЦНС, которое может быть различным по тяжести, локализации и времени наступления.

Проблемы обучения, воспитания и социальной адаптации умственно отсталых детей разрабатываются одной из отраслей специальной педагогики - олигофренопедагогикой.

Термин "олигофрения" для обозначения нарушения интеллектуального развития был введен (1915) немецким психиатром Э. Крепелином. Этот термин традиционно используется в отечественной специальной педагогике. По глубине дефекта умственная отсталость подразделяется на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия - самая глубокая степень умственной отсталости. Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего, речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно (в

ряде случаев речь не развивается вообще). Для этих детей характерны нарушения моторики, координации движений и праксиса, ориентировки в пространстве; часто эти нарушения настолько тяжелы, что вынуждают детей-идиотов к лежащему образу жизни. У них крайне медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе и гигиенические.

Дети-идиоты в правовом отношении не дееспособны, не подлежат обучению, находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых) системы социального обеспечения, где им оказывается необходимая медицинская помощь и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты для хроников.

Государственная система помощи глубоко умственно отсталым не исключает их содержания в семье при установлении опеки.

Имбецильность является более легкой по сравнению с идиотией степенью умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако глубокие дефекты восприятия, памяти, мышления, коммуникативной речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делают этих детей практически не обучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении они, как и идиоты, являются не дееспособными, и над ними устанавливается опека.

До достижения совершеннолетия эти дети также находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых. Установлено, что определенная часть детей-имбецилов может овладеть некоторыми знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанных для них программ (простейшие навыки чтения, письма и счета, а также некоторые несложные трудовые операции). Это позволяет имбецилам в дальнейшем достаточно успешно работать в специально организованных мастерских.

Дебильность - наиболее легкая (по сравнению с идиотией и имбецильностью) степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. Изучение и усвоение учебного материала по любому предмету школьной программы для дебилов чрезвычайно сложно.

Например, овладевая письменной и устной речью, понятием числа, навыками счета, они испытывают затруднения в понимании связей между звуком и буквой, множеством и его числовым выражением и т.п. Все это физиологически обусловлено недоразвитием аналитико-синтетических функций высшей нервной деятельности. Усвоение даже элементарных математических знаний требует достаточно высокой степени абстрактного мышления, а поскольку эта функция у детей-дебилов нарушена они с большим трудом овладевают простейшими математическими операциями. Недостаточное развитие способностей к установлению и пониманию временных, пространственных и причинно-следственных отношений между объектами и явлениями не позволяет детям-дебилам усваивать в объеме массовой общеобразовательной школы материал по таким предметам, как история, география, черчение, а ряд предметов (например, физика, химия) вообще не включаются в программу школ для этих детей.

Соматические нарушения, общая физическая ослабленность, нарушения моторики, свойственные большинству детей-дебилов, а также особенности эмоционально-волевой сферы, системы побудительных мотивов, характера и поведения в значительной степени ограничивают круг их последующей профессионально-трудовой деятельности.

Дети с задержкой психического развития. В отечественной дефектологии в 60-70 гг. выделена особая группа детей, которые испытывают чрезвычайные затруднения при освоении программы начальной массовой школы, но не могут быть отнесены к умственно отсталым, т.к. в пределах имеющихся у них знаний они обнаруживают достаточную способность к общению, широкую зону ближайшего развития. Это дети с задержкой психического развития (ЗПР).

Различают:

1. ЗПР, возникающую на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности.

2. ЗПР, возникающую на ранних этапах жизни ребенка в результате различных факторов, приведших к астеническим и церебрастеническим состояниям организма.

ЗПР в виде не осложненного психического инфантилизма расценивается как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения.

При преобладании же выраженных церебрастенических расстройств ЗПР оказывается более стойкой и нередко нуждается не только в психолого-педагогической коррекции, но в лечебных мероприятиях.

В зависимости от происхождения, а также от времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов ЗПР дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности.

Но существуют и общие для всех видов ЗПР черты:

- 1) низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости;
- 2) неразвитость и незрелость эмоций и воли;
- 3) ограниченный запас общих сведений и представлений;
- 4) обедненный словарный запас;
- 5) несформированность навыков интеллектуальной деятельности;
- 6) неполная сформированность игровой деятельности.
- 7) восприятие характеризуется замедленностью;
- 8) в мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций (при решении наглядно-действенных задач эффективность умственной деятельности выше).

У детей с ЗПР отмечается низкий уровень самоконтроля, что особенно проявляется в учебной деятельности. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, слабо сформированы основные мыслительные операции - анализ, синтез, сравнение, обобщение. Они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность.

В условиях массовой школы дети с ЗПР попадают в категорию стабильно неуспевающих, что еще более травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Дети с ЗПР нуждаются в обучении в специальной школе. За период начального обучения примерно у 50% детей отставание в развитии корригируется настолько, что их переводят в 4-й класс массовой школы учащиеся с более выраженной ЗПР продолжают обучение до окончания специальной школы.

Дети с нарушениями речи

страдают отклонениями в развитии речи при первично сохранных предпосылках интеллектуального развития и нормальном слухе. Этим они отличаются от детей, страдающих умственной отсталостью, задержкой психического развития, нарушением слуха и др., у которых речевые изменения носят вторичный характер.

Нарушения речи различаются по формам и по степени выраженности.

Они могут затрагивать только:

- 1) фонетическую сторону речи или также ее смысловую сторону,
- 2) словарный запас,
- 3) грамматический строй,
- 4) нарушения проявляются в изменении темпа и плавности речи (например, при заикании),
- 5) в расстройствах письма и чтения.

В логопедии разработана педагогическая классификация, согласно которой нарушения речи подразделяются на:

- 1) фонетические,
- 2) фонетико-фонематические,
- 3) общее недоразвитие речи,
- 4) заикание.

Наиболее многочисленна группа детей с общим недоразвитием речи. У этих детей резко ограничен словарный запас; иногда полностью отсутствует возможность речевого общения.

В легких случаях нарушения речи проявляются в искаженной артикуляции звуков, в некоторых устранимых трудностях их восприятия при достаточно развитой лексико-грамматической стороне речевого высказывания. Большинство детей с нарушениями речи способны понимать обращенную к ним речь, однако сами ограничены в возможностях речевого общения, что нередко вызывает у них вторичную задержку в формировании речевого мышления, внимания, памяти и нарушение эмоционально-волевой сферы и др.

Эффективность коррекции речевых нарушений зависит от формы и степени дефекта, индивидуальных компенсаторных возможностей ЦНС детей, от своевременности и продолжительности педагогического и медицинского воздействия.

Ранняя квалифицированная диагностика нарушений речи в детском возрасте позволяет предотвратить многие осложнения речевого развития. Дошкольники воспитываются в специальных логопедических садах и группах (дети с общим недоразвитием речи - с 3-4 лет, а заикающиеся - с 2-3 лет).

По решению медико-педагогической комиссии дети, достигшие школьного возраста, в случае полного или почти полного преодоления речевого дефекта направляются для дальнейшего обучения в массовую школу, а в случае стойких, трудно преодолимых аномалий речевого развития - в специальную школу для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата частично или полностью ограничены в произвольных движениях.

В зависимости от характера заболевания и степени выраженности дефекта детей условно подразделяют на 3 группы.

К первой относят детей, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника) и т.п. Подобные нарушения, как правило, не являются препятствием к обучению этих детей в массовой школе.

Ко второй группе относят детей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными главным образом первичными поражениями костно-мышечной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной системы (при сохранности двигательных механизмов центральной нервной и периферической нервной системы), а также детей, страдающих тяжелыми формами сколиоза. Хотя потенциальные возможности усвоения школьной программы у таких детей сохранены, однако расстройства движений (например, при врожденном недоразвитии конечностей или их частей) затрудняют обучение. Такие дети нуждаются в специальных условиях обучения в специализированных школах.

Особую группу составляют дети с последствиями полиомиелита и церебральными параличами, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата связаны с патологией развития или подтверждением двигательных механизмов ЦНС. Дети, перенесшие полиомиелит, могут успешно овладевать программой общеобразовательной школы. Однако последствия заболевания в некоторых случаях могут отразиться на психическом развитии ребенка и проявиться в замкнутости характера, эмоциональной неустойчивости, неуверенности в своих

силах, в недоразвитии волевой сферы. При правильном педагогическом подходе к ребенку подобных реактивных настроений можно избежать.

При детском церебральном параличе (поражении незрелого головного мозга) наблюдается сочетание нарушений функций со своеобразной аномалией психического развития, часто отмечаются речевые нарушения и задержка формирования познавательных функций, пространственно-временных представлений, практических навыков и др. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей, страдающих церебральными параличами, чрезвычайно разнообразна.

Например, у них по-разному проявляются двигательные нарушения: при одних формах заболевания больше страдают движения рук, при других - ног; возможно нарушение движений всех конечностей. У некоторых детей при достаточном объеме движений отмечаются так называемые апраксии - неумение выполнять целенаправленные практические действия. В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушении равновесия и координации движений. При некоторых формах заболевания выполнение всех произвольных движений затруднено главным образом из-за насильственных непроизвольных движений - так называемых гиперкинезов. Обучение и воспитание детей, страдающих церебральным параличом, осуществляются в специальных школах.

Дети со сложными видами нарушений

К детям со сложным (комбинированным) дефектом относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. В данной категории выделяются следующие группы детей:

- 1) умственно отсталые глухие и слабослышащие,
- 2) умственно отсталые и слабовидящие,
- 3) глухие слабовидящие,
- 4) слепоглухонемые.

Встречаются также дети со множественными дефектами.

Тема 1.2. Общие положения о создании специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами

Обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья (далее — дети с ОВЗ) на образование является одной из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации. Определение необходимых условий для получения образования, адекватного возможностям ребенка с ОВЗ, ребенка-инвалида опирается на решения заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике (раздел III п. 5 протокола от 18 апреля 2008 г.). В рекомендациях, подписанных директором Департамента воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей А.А. Левитской, указывается, что получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. Соответствующие условия реализации прав на получение образования детьми с ОВЗ обосновываются международными документами в области образования, закреплены в Конституции Российской Федерации, Законе Российской Федерации «Об образовании», 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». Помимо этого, важная роль в определении необходимых в каждом конкретном случае специальных образовательных условий отводится системе психолого-медико-педагогического консультирования — деятельности системы ПМПК и консилиумов образовательных учреждений (ПМПк), законодательно обеспеченной соответствующим Федеральным законодательством: Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом Минобрнауки России от 24.03.2009 № 95, а также инструктивного письма Минобрнауки о деятельности консилиума образовательного учреждения (инструктивное письмо № 27/901_6 от 27.03.2000).

В рамках московского законодательства нормативным актом, регулирующим образование лиц с ОВЗ, в том числе определение необходимых условий его реализации, является Закон города Москвы «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве» от 28 апреля 2010 г. № 16.

В решении заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике отмечается, что субъектами Российской Федерации должны быть приняты исчерпывающие меры организационно-правового характера, обеспечивающие решение вопросов организации предоставления образования детям с ограниченными возможностями здоровья, отнесенных к их компетенции.

Создание всеобъемлющих условий для получения образования всеми детьми указанной категории с учетом их психофизических особенностей следует рассматривать в качестве основной задачи в области реализации права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья.

Наиболее обобщенно требования к условиям получения образования детьми с ОВЗ отражены в проекте специального федерального государственного стандарта начального школьного образования детей с ОВЗ (Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, 2010).

В нем говорится о том, что надо дать интегральное (обобщенное) описание совокупности условий, необходимых для реализации соответствующих образовательных программ, структурированное по сферам ресурсного обеспечения. Вместе с тем отмечается, что подобная система требований должна включать в себя специфические компоненты в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с ОВЗ в целом и для каждой категории отклоняющегося развития в отдельности.

В конечном итоге, как отмечается в проекте, интегративным результатом реализации указанных требований должно быть создание среды, адекватной общим и особым образовательным потребностям, физически и эмоционально комфортной для ребенка с ОВЗ, открытой для его родителей (законных представителей) и гарантирующей сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся (проект СФГОС, 2010).

В результате в образовательных учреждениях, в том числе реализующих инклюзивную практику, должны создаваться условия, гарантирующие возможность:

- достижения планируемых результатов освоения основной образовательной программы начального общего образования всеми обучающимися;
- использования обычных и специфических шкал оценки «академических» достижений ребенка с ОВЗ, соответствующих его особым образовательным потребностям;
- адекватной оценки динамики развития жизненной компетенции ребенка с ОВЗ совместно всеми участниками образовательного процесса, включая и работников школы, и родителей (законных представителей);
- индивидуализации образовательного процесса в отношении детей с ОВЗ;

- целенаправленного развития способности детей с ОВЗ к коммуникации и взаимодействию со сверстниками;
- выявления и развития способностей обучающихся с ОВЗ через систему клубов, секций, студий и кружков, организацию общественно-полезной деятельности, в том числе социальной практики, используя возможности образовательных учреждений дополнительного образования детей;
- включения детей с ОВЗ в доступные им интеллектуальные и творческие соревнования, научно-техническое творчество и проектно-исследовательскую деятельность;
- включения детей с ОВЗ, их родителей (законных представителей), педагогических работников и общественности в разработку основной образовательной программы начального общего образования, проектирование и развитие внутришкольной социальной среды, а также формирование и реализацию индивидуальных образовательных маршрутов обучающихся;
- использования в образовательном процессе современных, научно обоснованных и достоверных коррекционных технологий, адекватных особым образовательным потребностям детей с ОВЗ;
- взаимодействия в едином образовательном пространстве общеобразовательной и специальной (коррекционной) школы в целях продуктивного использования накопленного педагогического опыта обучения детей с ОВЗ и созданных для этого ресурсов (*там же*).

Значительное разнообразие категорий детей с ОВЗ, включающих в себя в том числе наличие или отсутствие инвалидности, определяет значительную вариативность специальных образовательных условий, распределенных по различным ресурсным сферам (материально-техническое обеспечение, включая архитектурные условия, кадровое, информационное, программно-методическое обеспечение и т. п.).

Таким образом, можно говорить о целостной системе специальных образовательных условий: начиная с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, и заканчивая частно-специфическими и индивидуально-ориентированными, определяющими эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в полном соответствии с его конкретными особенностями и образовательными возможностями. Совершенно очевидно, что в каждом конкретном случае вся спецификация специальных образовательных условий будет проявляться на всех «уровнях» — от общеспецифических до индивидуально-ориентированных. Таким образом, можно представить всю совокупность условий в виде «матрешки», где каждый из предыдущих «уровней» условий включается в последующие, проявляется в них.

При этом в обобщенном виде специальные образовательные условия, необходимые для детей с ОВЗ всех категорий, вариантов, форм и выраженности отклоняющегося развития, подразделяются на:

I. Организационное обеспечение

Организационное обеспечение создания специальных условий образования для детей с ОВЗ базируется, прежде всего, на нормативно-правовой базе. Создание этих условий должно обеспечить не только реализацию образовательных прав самого ребенка на получение соответствующего его возможностям образования, но и реализацию прав всех остальных детей, включенных наравне с особым ребенком в инклюзивное образовательное пространство. Поэтому помимо нормативной базы, фиксирующей права ребенка с ОВЗ, необходима разработка соответствующих локальных актов, обеспечивающих эффективное образование и других детей. Наиболее важным локальным нормативным документом следует рассматривать Договор с родителями, в котором будут зафиксированы как права, так и обязанности всех субъектов инклюзивного пространства, предусмотрены правовые механизмы изменения образовательного маршрута в соответствии с особенностями и возможностями ребенка, в том числе новыми, возникающими в процессе образования.

- Должна быть организована система взаимодействия и поддержки образовательного учреждения со стороны «внешних» социальных партнеров — территориальной ПМПК, методического центра, ППМС-центра, окружного и городского ресурсных центров по развитию инклюзивного образования, специальных (коррекционных) школ, органов социальной защиты, организаций здравоохранения, общественных организаций. С этими организациями надо построить отношения на основе договоров. Реализация этого общего условия позволяет обеспечить для ребенка наиболее адекватный при его особенностях развития образовательный маршрут, а также помогает максимально полно и ресурсоемко обеспечить обучение и воспитание ребенка. Важным компонентом этого условия является наличие разнообразных учреждений образования (включая учреждения дополнительного образования) в шаговой доступности.

- Для определенных категорий детей важным является организация питания и медицинского сопровождения.

- Финансово-экономические условия должны обеспечивать образовательному учреждению возможность исполнения всех требований, включенных в индивидуальную образовательную программу, в том числе прописанный в ней штат специалистов, реализующих сопровождение, обучение и воспитание ребенка с ОВЗ, а также обеспечивать эффективную реализацию самого образовательного маршрута.

- Информационное обеспечение. Информационно-образовательная среда образовательного учреждения должна включать в себя совокупность технологических средств (компьютеры, базы данных, коммуникационные каналы, программные продукты, созданные с учетом особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, включая формирование жизненной компетенции, социализации и др.), культурные и организационные формы информационного взаимодействия с учетом особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, применение информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), а также наличие служб поддержки применения ИКТ.

Материально-техническое (включая архитектурное) обеспечение

Материально-технические условия реализации индивидуальной образовательной программы должны обеспечивать соблюдение:

- санитарно-гигиенических норм образовательного процесса с учетом потребностей детей с ОВЗ, обучающихся в данном учреждении (требования к водоснабжению, канализации, освещению, воздушно-тепловому режиму и т. д.);

- возможностей для беспрепятственного доступа обучающихся с ограниченными возможностями здоровья к объектам инфраструктуры образовательного учреждения;

- санитарно-бытовых условий с учетом потребностей детей с ОВЗ, обучающихся в данном учреждении (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены и т. д.);

- социально-бытовых условий с учетом конкретных потребностей ребенка с ОВЗ, обучающегося в данном учреждении (наличие адекватно оборудованного пространства школьного учреждения, рабочего места ребенка и т. д.);

- пожарной и электробезопасности с учетом потребностей детей с ОВЗ, обучающихся в данном учреждении.

Организационно-педагогические условия

Эти условия ориентированы на полноценное и эффективное получение образования всеми учащимися образовательного учреждения, реализующего инклюзивную практику. Непосредственно в рамках образовательного процесса должна быть создана атмосфера эмоционального комфорта, формирование взаимоотношений в духе сотрудничества и принятия особенностей каждого, формирование у детей позитивной, социально-направленной учебной мотивации. Необходимо применение адекватных возможностям и потребностям обучающихся современных технологий, методов, приемов, форм организации учебной работы (в

рамках разработки ИОП), а также адаптация содержания учебного материала, выделение необходимого и достаточного для освоения ребенком с ОВЗ, адаптация имеющихся или разработка необходимых учебных и дидактических материалов и др.

Важным компонентом является создание условий для адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в группе сверстников, школьном сообществе, организация уроков, внеучебных и внеклассных мероприятий с использованием интерактивных форм деятельности детей, организация внеклассной работы, направленной на

раскрытие творческого потенциала каждого ребенка, реализацию его потребности в самовыражении, участии в жизни класса и школы, а также использование адекватных возможностям детей способов оценки их учебных достижений, продуктов учебной и внеучебной деятельности.

Программно-методическое обеспечение образовательного и воспитательного процесса как одно из основных условий реализации индивидуальной образовательной программы ориентировано на возможность постоянного и устойчивого доступа для всех субъектов образовательного процесса к любой информации, связанной с реализацией ИОП, планируемыми в ней результатами, организацией образовательного процесса в целом и условиями его осуществления. В рамках реализации ИОП образовательное учреждение должно быть обеспечено удовлетворяющими особым образовательным потребностям детей с ОВЗ учебниками, в том числе учебниками с электронными приложениями, являющимися их составной частью, соответствующей учебно-методической литературой и материалами по всем учебным предметам основной образовательной программы. Образовательное учреждение и специалисты сопровождения должны иметь доступ к печатным и электронным образовательным ресурсам (ЭОР), в том числе к электронным образовательным ресурсам, предназначенным для детей с ОВЗ. Библиотека образовательного учреждения должна быть укомплектована как общими, так и специализированными для детей с ОВЗ печатными образовательными ресурсами и ЭОР по всем учебным предметам учебного плана, а также иметь фонд дополнительной литературы. Фонд дополнительной литературы должен включать детскую художественную и научно-популярную литературу, справочно-библиографические и периодические издания, сопровождающие реализацию основной образовательной программы начального общего образования. Библиотека образовательного учреждения, где обучаются дети с ОВЗ, должна быть укомплектована научно-методической литературой по специальной психологии и коррекционной (специальной) педагогике, печатными образовательными ресурсами и ЭОР, включая формирование «академических» знаний и жизненной компетенции ребенка с ОВЗ, а также иметь фонд дополнительной литературы по актуальным проблемам обучения и воспитания разных категорий детей с ОВЗ, обучающихся в данной школе. Этот дополнительный фонд должен включать научно-методическую литературу, справочно-библиографические и периодические издания, сопровождающие обучение ребенка с ОВЗ.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ в образовательном учреждении

Необходимо обеспечить комплексное психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья на протяжении всего периода его обучения в образовательном учреждении общего типа. Для этого необходимо:

- предусмотреть наличие в штатном расписании или по договору с ППМС-центром специалистов психолого-педагогического сопровождения для детей с ОВЗ и инвалидностью, нуждающихся в нем;
- организовать деятельность специалистов в форме консилиума для выявления и обследования детей, разработку индивидуальной образовательной программы;
- организовать в соответствии с разработанной программой процесс сопровождения детей;

- также должно быть организовано привлечение специалистов психолого-педагогического сопровождения к участию в проектировании и организации образовательного процесса.

Кадровое обеспечение

Требования к кадровым условиям реализации основной образовательной программы начального общего образования включают следующие положения:

- укомплектованность образовательного учреждения педагогическими и руководящими работниками, компетентными в понимании особых образовательных потребностей детей с ОВЗ;

- уровень квалификации педагогических и иных работников образовательного учреждения в области образования детей с ОВЗ;

- непрерывность профессионального развития педагогических работников образовательного учреждения в сфере коррекционной (специальной) педагогики, специальной психологии и клинической детской психологии;

- включенность в реальное взаимодействие общеобразовательных и специальных (коррекционных) школ I—VIII видов.

Непрерывность профессионального развития работников образовательного учреждения должна обеспечиваться освоением ими дополнительных профессиональных образовательных программ в области коррекционной педагогики в достаточном объеме и не реже чем каждые пять лет в научных и образовательных учреждениях, имеющих и лицензию на право ведения данного вида образовательной деятельности.

При поступлении в общеобразовательную школу ребенка с ОВЗ определенной категории (с нарушением слуха, зрения, расстройствами аутистического спектра и т. д.) обязательным является освоение руководящими лицами, специалистами и педагогами школы дополнительных профессиональных образовательных программ в области коррекционного обучения данной категории детей в достаточном объеме.

В системе образования должны быть созданы условия для комплексного взаимодействия общеобразовательных, специальных (коррекционных) и научных учреждений, обеспечивающих возможность восполнения недостающих кадровых ресурсов, ведения постоянной методической поддержки, получения оперативных консультаций по вопросам реализации основной образовательной программы начального общего образования детей с ОВЗ, использования научно обоснованных и достоверных инновационных разработок в области коррекционной педагогики.

Для различных категорий детей с ОВЗ в зависимости от их особенностей каждый из приведенных выше компонентов специальных условий, обеспечивающих реализацию необходимого уровня и качества образования, а также необходимую социализацию этой категории детей должен быть реализовываться в различной степени выраженности, в разном качестве и объеме. Так, например, материально-техническое обеспечение как один из неотъемлемых компонентов в максимальной степени будет присутствовать при создании инклюзивного образовательного пространства для детей с нарушениями слуха и зрения за счет такой важной для их обучения и воспитания составляющей, как технические средства обучения, в то время как для детей с различными расстройствами аутистического спектра ТСО не будут иметь такого преобладающего значения. В то же время для последних «центр тяжести» специальных условий будет сдвигаться на наличие специальным образом подготовленных сопровождающих (тьюторов) и другие организационно-педагогические условия. А для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (при отсутствии, как правило, сопутствующих нарушений слуха или зрения) на первый план помимо создания безбарьерной архитектурной среды как важнейшего для них условия организации образовательных условий выходят особенности построения программно-методического обеспечения, в частности, организация пе-

дагогического процесса в соответствии с операционально-деятельностными возможностями ребенка, чья инвалидность является следствием ДЦП.

Таким образом, при создании индивидуально ориентированных условий реализации образовательного процесса для конкретного ребенка с какими-либо ограниченными возможностями здоровья и особыми потребностями «проявляется» вся общая спецификация

образовательных условий, которая каждый раз должна быть модифицирована, индивидуализирована в соответствии возможностями и особенностями данного ребенка. Именно такой процесс варьирования, индивидуализации специальных условий реализации заданного индивидуального образовательного маршрута должен лежать как в основе деятельности ПМПК — в ее итоговом заключении, определяющем образовательный маршрут и условия его реализации, — так и в деятельности консилиума образовательного учреждения. Наиболее важно, чтобы подобным образом разрабатываемые условия были включены в индивидуальную образовательную программу (для детей дошкольного возраста — индивидуальная программа развития) в качестве одного из ее компонентов. Точно так же важно, чтобы в процессе оценки эффективности реализации ИОП было уделено место оценке качества и полноты создания для данного ребенка с ОВЗ этих условий его полноценного включения в образовательный процесс в соответствии с его индивидуальными особенностями и возможностями.

В данном пособии представлены методические рекомендации по созданию специальных условий при включении в образовательное учреждение детей с нарушениями зрения.

Таким образом, весь перечень специальных условий для организации образования детей с нарушениями зрения в общеобразовательной школе можно представить в так называемом пакете специальных условий.

Кадровое обеспечение образовательного процесса

Наличие в образовательном учреждении таких специалистов, как:

- учителя;
- врач-офтальмолог;
- учитель-дефектолог (тифлопедагог);
- педагог-психолог (тифлопсихолог);
- учитель-логопед;
- тьютор;
- координатор по инклюзии;
- социальные педагоги.

Необходимо чтобы все специалисты прошли профессиональную переподготовку в области инклюзивного образования.

II. Нормативно-правовое обеспечение

Нормативно-правовое обеспечение представлено в следующих локальных актах:

- внесение в устав пункта по организации работы с детьми с ОВЗ;
- положение об организации инклюзивной практики (локальный акт к уставу);
- образовательная программа, включающая коррекционно-развивающую программу;
- приказ о создании и положение о ПМПк;
- договор с родителями;
- договор между ОУ и ОПМПК;
- договор с ППМС-центром;
- договор с окружным ресурсным центром;
- договор со СКОУ (при необходимости);

- лицензии на программы дополнительного образования.

Взаимодействие с ресурсными организациями

При недостаточном кадровом ресурсе самого образовательного учреждения сопровождение детей с нарушениями зрения может быть организовано внешними организациями — ППМС-центрами и ресурсными центрами на базе СКОУ или ППМС-центров. В этом случае общеобразовательное учреждение заключает договор с внешними организациями.

Моделью психолого-педагогического сопровождения слепых и слабовидящих учащихся в общеобразовательной школе будет организация деятельности выездной группы сопровождения, целью которой является создание адекватного социального пространства в общеобразовательном учреждении и оказание конкретной помощи всем участникам процесса инклюзивного обучения. В состав выездной группы сопровождения включены следующие специалисты: тифлопедагог, логопед, психолог, социальный педагог, методисты.

Направления работы выездной группы: коррекционно-развивающее, психологическое, консультативно-методическое и социальное сопровождение. Коррекционно-развивающее сопровождение учащихся с нарушениями зрения направлено на преодоление возникающих у них трудностей включения в общеобразовательный процесс.

Организация медицинского обслуживания

Здоровьесбережение выступает как одна из задач образовательного процесса, поэтому медицинское сопровождение школьников с нарушениями зрения является обязательным условием создания специальных образовательных условий. Основным направлением медицинского сопровождения является профилактика заболеваний органа зрения. По этому направлению необходимо организовать медицинское сопровождение не только детей с нарушениями зрения, но и всех учащихся школы.

К профилактическим мероприятиям в школе относятся: контроль состояния зрения в школьных медицинских кабинетах и направление на лечение к врачам-офтальмологам в районные поликлиники; проведение педагогических советов, родительских собраний, консультаций, классных часов и социально значимых акций по проблеме сохранения зрения. Рекомендуется соблюдение офтальмо-гигиенических требований в учебном процессе, проведение специальных профилактических мероприятий (по возможности ограничение зрительного напряжения и длительности зрительной нагрузки, постоянная смена одного вида деятельности другим; выполнение специальных упражнений для глаз на уроке; беседы с родителями о режиме отдыха и занятий детей дома).

Информационное обеспечение

Информационно-образовательная среда образовательного учреждения должна включать в себя совокупность технологических средств (компьютеры, базы данных, коммуникационные каналы, программные продукты, созданные с учетом особых образовательных потребностей детей с ОВЗ). Необходимая информация должна быть представлена на сайте школы.

Для детей с нарушением зрения в информационной среде учреждения должны присутствовать звуковые ориентиры по сопровождению слабовидящего в здании (в начале и в конце коридора, обозначение этажа); трансляторы для передачи необходимой информации.

III. Материально-техническое обеспечение

Создание специальных образовательных условий в школе начинается с *организации материально-технической базы*, включающей архитектурную среду (внеучебное и учебное пространство) и специальное оборудование.

Архитектурная среда

Когда в школу приходит ребенок с нарушениями зрения, первая трудность, с которой он столкнется, — это затруднения в ориентации в пространстве. Поэтому для комфортного пребывания в школе ему надо помочь именно в этом.

Вход в школу

Крайние ступени лестницы при входе в школу для ориентации ребенка с ослабленным зрением необходимо покрасить в контрастные цвета. Обязательно нужны перила. Перила должны быть по обеим сторонам лестницы на высоте 70 и 90 см, для детей младших классов — 50 см. Удобнее всего перила круглого сечения с диаметром не менее 3—5 см. Длина перил должна быть больше длины лестницы на 30 см с каждой стороны. Дверь тоже лучше сделать яркой контрастной окраски. Если двери стеклянные, то на них яркой краской надо пометить открывающиеся части.

Внутреннее пространство школы

Вдоль коридоров можно сделать поручни по всему периметру, чтобы человек, который плохо видит, мог, держась за них, ориентироваться при передвижении по школе. Еще одним способом облегчения ориентации инвалида по зрению внутри школы может являться разнородное рельефное покрытие полов — при смене направления меняется и рельеф пола. Это может быть и напольная плитка, и просто ковровые дорожки. Крайние ступени внутри школы, как и при входе, нужно покрасить в яркие контрастные цвета и оборудовать перилами.

Еще одним решением проблемы передвижения по лестнице слабовидящего или незрячего ребенка могут быть тактильные ориентиры для лестниц и коридоров (обозначение на ощупь). Желательно, чтобы на классных кабинетах таблички были написаны крупным шрифтом контрастных цветов или были таблички с надписью шрифтом Брайля. Можно использовать звуковые ориентиры по сопровождению слабовидящего в здании (в начале и в конце коридора, обозначение этажа).

Школьная раздевалка

В раздевалках учащимся со слабым зрением нужно выделить зону в стороне от проходов и оборудовать её поручнями, скамьями, полками и крючками для сумок и одежды и т. д. Желательно, чтобы этой зоной пользовались только одни и те же люди. Необходимо несколько раз провести ребенка к этому месту, чтобы он его запомнил.

Школьная столовая

В столовой у ребенка с нарушениями зрения должно быть свое постоянное место, которым будет пользоваться только он. Также желательно, чтобы это место находилось в непосредственной близости от буфетной стойки в столовой, но в то же время нежелательно детей с ОВЗ сажать в столовой отдельно от остальных одноклассников. Желательно также, чтобы ребятам со слабым зрением в столовой помогали работники или дежурные.

Классные кабинеты

Здесь тоже важно учесть, что ученикам с нарушениями зрения необходимо создать условия для ориентации в пространстве. Для создания доступной и комфортной обстановки в классе рекомендуется оборудовать для них одноместные ученические места, выделенные из общей

площади помещения рельефной фактурой или ковровым покрытием поверхности пола.

Необходимо уделить внимание освещению рабочего стола, за которым сидит ребенок с плохим зрением, и помнить, что написанное на доске нужно озвучивать, чтобы он смог получить информацию. Парты ребенка со слабым зрением должны находиться в первых рядах от учительского стола и рядом с окном.

Когда используется лекционная форма занятий, учащемуся с плохим зрением или незрячему следует разрешить пользоваться диктофоном — это его способ конспектировать. Желательно, чтобы пособия, которые используются на разных уроках, были не только наглядными, но и рельефными, чтобы незрячий ученик смог их потрогать.

Освещение

Согласно гигиеническим требованиям, в учебных помещениях на расстоянии 1 м от стены, противоположной световым проемам, коэффициент естественной освещенности КЕО

должен быть 1,5 %. Для учебных помещений школ слабовидящих и слепых детей коэффициент должен быть не менее 2,5 %. Коэффициент естественной освещенности КЕО представляет собой отношение освещенности внутри помещения к освещенности в тот же момент под открытым небом.

Для учебных помещений этот световой коэффициент должен составлять 1:5, для прочих помещений — 1:8. (Световым коэффициентом называют отношение застекленной площади окон к площади пола.) Чтобы освещенность классов была достаточной, глубина их не должна превосходить расстояние от верхнего края окна до пола более чем в 2 раза. Нижний край окон при этом должен быть на уровне парт; ширину и толщину оконных рам и переплетов следует максимально уменьшить. Естественная освещенность должна быть в пределах от 800 до 1200 лк; желательна равномерность освещения, отсутствие резких теней и блеска на рабочей поверхности. Для защиты от прямых солнечных лучей рекомендуется пользоваться легкими светлыми шторами или жалюзи. В пасмурные дни, ранние утренние и вечерние часы для обеспечения оптимальной освещенности на рабочем месте необходимо включать искусственное освещение.

Нужно обращать особое внимание на состояние оконных стекол, так как их чистота влияет на освещенность помещения. Немытые стекла поглощают 20 % световых лучей. К концу зимы, когда на окнах накапливается особенно много пыли и грязи, это число достигает 50 %.

Для устранения препятствий к проникновению в помещения детских образовательных учреждений дневного света необходимо содержать оконные стекла в чистоте. Регулярно (1 раз в неделю в яслях и детских садах и 1 раз в месяц в школах) нужно мыть или протирать стекла влажным способом с внутренней стороны и не менее 2 раз в год — снаружи. Для эффективного использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений не следует ставить на подоконники цветы, наглядные пособия, большие аквариумы и т. п. Комнатные цветы и различные растения нужно размещать в простенках между окнами в переносных цветочницах высотой 65—70 см от пола или расставлять в коридорах-рекреациях.

Парты в классах должны располагаться так, чтобы окна находились слева от них, а тень от пишущей руки не падала на бумагу, если ребенок правша. Окна не должны находиться позади парт (из-за возможного образования тени от головы и туловища на рабочей поверхности), а также впереди парт (чтобы яркий солнечный свет не слепил глаза).

На окнах устанавливаются регулируемые солнцезащитные устройства (жалюзи, тканевые шторы и т. п.) для устранения слепящего действия прямых солнечных лучей. Не допускается использование штор из поливинилхлоридной пленки. Для декоративной цели рекомендуется

располагать занавески по краям оконного проема таким образом, чтобы они только на 10—15 см заходили за его края. Занавески должны быть светлыми и сочетаться с цветом стен и мебели.

Нельзя допускать затемнения окон деревьями. Сажать деревья необходимо не ближе чем в 15 м, а кустарник — не ближе чем в 5 м от здания школы.

Естественная освещенность в классе зависит от степени отражения дневного света от потолка, стен, мебели и других поверхностей. Поэтому отражающие поверхности должны быть окрашены в светлые тона, дающие достаточно высокий (40—80 %) коэффициент отражения. Для окраски потолка, оконных проемов и рам необходимо использовать белый цвет, для стен учебных помещений — светлые тона желтого, бежевого, розового, зеленого, голубого цвета.

Школьная мебель окрашивается в цвета натурального дерева или светло-зеленый цвет. Светлая окраска оказывает положительное психологическое действие. Занятия в светлом помещении повышают жизненный тонус и работоспособность учащихся. Также необходимым

требованием является использование отделочных материалов и красок, создающих матовую поверхность, чтобы избежать блёсткости.

Использование дневного света должно быть максимальным. Однако даже при соблюдении всех приведенных выше условий одного естественного освещения учебных помещений бывает недостаточно, и возникает необходимость в дополнительном освещении. Нужно помнить, что освещение для детей с нарушениями зрения должно быть не только достаточным в количественном отношении, но и высококачественным. Искусственное освещение обеспечивается искусственными источниками света: электрическими лампами накаливания или газоразрядными лампами (например, люминесцентными). Оно позволяет создать постоянные уровни освещенности на рабочем месте и легко регулируется. В то же время искусственное освещение имеет ряд недостатков: слепящая яркость ламп, специфический спектр светового потока, зачастую искажающий цвет окружающих предметов, пульсация освещенности при использовании газоразрядных ламп, а также общая монотонность освещения. В учебных помещениях предусматривается преимущественно люминесцентное освещение с использованием таких ламп, как ЛБ, ЛХБ, ЛЕЦ. При этом создаются более эффективные условия для восприятия цветов, что особенно важно для слабовидящих детей, так как способность различать цвета у них снижена.

Допускается использование ламп накаливания; предусматривается освещение классной доски. Зеркальные светильники размещаются выше верхнего края доски на 0,3 м и на 0,6 м в сторону класса перед доской. В учебных кабинетах, лабораториях уровень освещенности должен составлять не менее 500 лк.

Показатели освещенности рабочего места (Криворучко Т.В., Лоница В.А., Блинова Е.И. и др., 2003): 100—250 лк при альбинизме, патологии хрусталика, врожденной катаракте и дистрофии роговицы; 250—700 лк при глаукоме, коллобоме радужки и хориоидеи, пигментной дегенерации, юношеской макулярной дистрофии сетчатки, миопической дегенерации, атрофии зрительного нерва, аномалии рефракции, хориоретините и его последствиях.

Визуальный комфорт в норме зависит от следующих показателей (Григорьева Л.П., 1985): общей освещенности, которая определяет адаптационный уровень глаз; яркости видимого поля; расположения источника света по отношению к направлению зрения; ограничения слепящего действия источника; устранения теней; степени приближения спектра излучения к спектру дневного света. Контроль условий освещения производится расчетным путем или измерением освещенности с помощью люкметров, яркометров или радиометров.

При работе с телевизорами или компьютерами недопустимы следующие условия:

- просмотр телепередач в полной темноте;
- изменение освещенности на экране, мелькание, выключение и включение общего освещения при демонстрации кинофильмов и диапозитивов;
- показ диафильмов на стене, поскольку при этом в значительной степени снижается яркость и искажается цвет изображений;
- длительная фиксация взгляда на экране телевизора (необходимо время от времени менять направление взгляда — это дает глазам отдых).

Вследствие значительного снижения зрения слабовидящие испытывают большие трудности при пользовании массовыми экранными пособиями. Они воспринимают кино недостаточно полно и точно, а в некоторых случаях искаженно.

Специальное оборудование

- для слепых: индивидуальная трость для передвижения по зданию;
- оборудование в спортивном зале, имеющее тактильную поверхность;
- для слабовидящих: зрительные ориентиры на спортивном оборудовании;
- учебные парты, регулируемые по росту ребенка и по наклону столешницы;
- для слабовидящих: указки с ярким наконечником;

— различные увеличительные приборы (лупы настольные и для мобильного использования);

— дополнительное освещение на рабочем месте ребенка (парта) и дополнительное освещение доски;

— комната для психологической разгрузки, оборудованная мягкими модулями и ковром.

Гигиенические требования к учебному оборудованию

Учебно-наглядные пособия должны подбираться таким образом, чтобы удовлетворять одновременно лечебно-офтальмологическим и педагогическим требованиям.

В учебно-воспитательной работе необходимо учитывать зрительные возможности детей: увеличение шрифта, изменение цветовой гаммы, соотнесение работы в разных плоскостях, сокращение объема и времени выполнения письменных работ.

Для учеников с низкой остротой зрения рекомендуется использовать тетради и прописи с широкой строкой и дополнительной разлиновкой. Между строками надо оставлять широкие промежутки. Не рекомендуется писать на тонкой и/или глянцевой бумаге.

Оптимальное расстояние между глазами и объектами зрительной работы для детей младшего школьного возраста с миопией и глаукомой составляет 24 см, для старших школьников — от 30 до 35 см. При остроте зрения 0,06—0,2 это расстояние сокращается до 17—25 см, при остроте зрения 0,01—0,05 до 3—12 см.

Слабовидящие школьники, наклоняясь при чтении и письме, затевают рабочую поверхность, освещенность страницы при этом снижается. Так, если при чтении текста на расстоянии 33 см от глаз освещенность на странице книги составляет 650 лк (минимально допустимый уровень), то на расстоянии 10 см — всего 150 лк. Увеличить освещенность на рабочем месте можно, используя местное освещение с помощью лампы накаливания.

Для слабовидящих детей важна степень равномерности освещения рабочей поверхности. Недопустима большая разница в яркости между рабочей поверхностью и окружающим пространством. Это приводит к повышенному утомлению и снижению зрительной работоспособности. Для данной категории детей должны использоваться учебные пособия с более крупными буквами, для меньшего напряжения глаз при работе. Материал должен быть четким, точным, ярким и красочным, без излишней детализации. Контрастность изображений в учебных пособиях и оптико-электронных приборах должна находиться в пределах 60—100 %, а насыщенность цветовых тонов должна составлять 0,8—1,0.

Предпочтительнее использовать черные изображения на белом или желтом фоне и наоборот. При миопии и косоглазии дети меньше обращают внимание на цвет, а больше на форму предмета. Для дошкольников и школьников с нарушением цветовосприятия необходимо строго продумывать цветовые сочетания при одновременном предъявлении. Приемлемо написание ручкой зеленого, черного и красного цвета.

При нистагме и косоглазии ребенку очень трудно переключать внимание с одного предмета на другой, с одной плоскости на другую, определять место начала написания и чтения. Рекомендуется использовать наглядные пособия с небольшим количеством элементов.

IV. Организационно-педагогическое обеспечение

Профилактический зрительный режим для класса, в котором есть дети с нарушениями зрения (необходимая профилактика для всех детей)

Учитывая необходимость постоянного выполнения офтальмо-гигиенических требований, учителю рекомендуется (по Л.П. Григорьян):

- знать офтальмологическую характеристику каждого ребенка;
- знать рекомендации, данные детям по лечению (в том числе по ношению очков), и следить за их исполнением;

- при возникновении подозрения на ухудшение зрения у ученика направлять его к школьному офтальмологу;
- следить за правильной позой детей при обучении чтению и письму;
- знать детей, имеющих ограничения по занятиям физкультурой и трудовому обучению, и следить за их соблюдением;
- заботиться о профилактике зрительного утомления на уроках;
- проводить на уроках физкульт-паузы по методике, согласованной с врачом-офтальмологом и учителем физкультуры.

Также необходимо учитывать следующие рекомендации:

- Ограничение зрительного напряжения и усиления физической и слуховой нагрузки.
- На уроках труда сокращается длительность зрительной нагрузки (шитье, рисование, лепка).
- В процессе урока организуется физкультура для глаз (специальные упражнения по 30—60 сек), что является профилактикой зрительных нарушений для всех учеников класса.
- Необходимо периодически пересаживать учеников, меняя ряды.
- Делать перерывы при чтении на 10—15 минут через каждые 30—45 минут. Ограничить просмотр телепередач до 30 минут.
- Проводить беседы с родителями о режиме отдыха и занятий детей дома.
- Для начальной школы: для ребенка с нарушением зрения увеличивать число уроков в день постепенно. Несколько раз в неделю делать не по 4, а по 3 и даже по 2 урока в день. Это должно сопровождаться и сменой одного вида деятельности другим.
- Во время урока педагогу необходимо следить за позой учащихся. Неправильная осанка создает неблагоприятные условия для функционирования многих органов и систем, в том числе и органа зрения. У ребенка с нарушенной осанкой теряется динамичность и эластичность опорно-двигательной системы плечевого пояса, и ребенок во время работы на близком расстоянии низко склоняет голову, что в свою очередь ведет к спастическому состоянию аккомодационных мышц глаза.
- Учителю необходимо четко соблюдать показания и противопоказания к занятиям спортом. Ограничить спортивные соревнования, поднятия тяжестей (можно назначать такие виды спорта, как плавание без прыжков с высоты, гребля, бег трусцой, теннис и др.).

При близорукости высокой степени и особенно с осложнением на глазном дне, глаукоме, подвывихе хрусталика и других противопоказаны все виды спорта, связанные с резким перемещением тела и возможностью его сотрясения, поднятием тяжестей, большим физическим напряжением.

Особенности размещения детей с нарушениями зрения в классе

Детям с косоглазием без амблиопии следует сидеть в среднем ряду на любой парте, детям с косоглазием и амблиопией — в среднем ряду на первых партах (чем ниже острота зрения, тем ближе к доске). Однако необходимо учитывать вид косоглазия. При сходящемся косоглазии ученику нужно сидеть настолько далеко от доски, насколько позволяет острота зрения; при расходящемся косоглазии — напротив, как можно ближе к доске, несмотря на остроту зрения. Дети, страдающие светобоязнью (при альбинизме и др.), должны сидеть как можно дальше от освещенных окон; можно затенить их место ширмочкой. При катаракте дети успешнее работают вдали от света. Дети, страдающие глаукомой (при отсутствии светобоязни), наоборот, должны сидеть максимально близко к освещенным окнам.

В классных помещениях устанавливают темно-коричневые и темно-зеленые матовые доски, чтобы избежать бликов и резкого контраста между поверхностью доски и прилегающей к ней светлой поверхностью стены.

Организация урока

Для профилактики зрительного утомления должна строго регламентироваться зрительная работа. Продолжительность непрерывной зрительной работы для слабовидящих в начальных классах школ не должна превышать 10 минут, а для некоторых детей со сложной глазной патологией должна быть менее 10 минут. У слабовидящих школьников младших классов самая высокая работоспособность наблюдается на втором уроке, у старшеклассников — на втором и третьем уроках. Работоспособность меняется в течение недели. Самая высокая работоспособность наблюдается по вторникам, тогда как начиная с четверга она снижается и достигает минимума в субботу.

При проведении коррекционных занятий нужно учитывать функциональную мобильность сетчатки: повышение ее цветочувствительности в дневные часы (с 13 до 15 часов) и светочувствительности — в утренние и вечерние часы. Данные рекомендации должны учитываться педагогом при составлении сетки занятий, распределении программного материала, планировании и написании конспектов. Для предупреждения утомления при демонстрации кинофильмов, диафильмов, диапозитивов, при просмотре учебных телепередач необходимо обеспечение ученикам зрительно-нервного комфорта.

Длительность непрерывного применения на уроках различных технических средств обучения (диафильмов, диапозитивов, кинофильмов и т. п.) также регламентируется гигиеническими нормами.

Так, в зависимости от возраста и характера нарушения зрения рекомендуемая длительность просмотра составляет от 7 до 30 минут (1—2 классы: 7—10 минут, 3—4 классы: 10—15 минут, 5—11 классы: 15—30 минут).

Педагогу, работающему с таким ребенком, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна. В одежде педагогу рекомендуется использовать яркие цвета, которые лучше воспринимаются ребенком, имеющим зрительные нарушения.

В связи с тем, что темп работы детей с нарушениями зрения замедлен, им следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Некоторые зрительные нарушения осложняют выработку навыка красивого письма, поэтому следует снизить требования к почерку ребенка. Школьному педагогу-психологу рекомендуются занятия с таким ребенком, направленные на развитие навыков письма и черчения по трафарету, навыков штриховки, ориентировки в микропространстве (на листе бумаги), развитие зрительного восприятия, внимания, памяти.

Рекомендуется смена видов деятельности с использованием упражнений для снятия зрительного утомления (зрительная гимнастика), включение в учебно-воспитательный процесс динамических пауз, которые являются своеобразным отдыхом для глаз.

Педагог должен говорить медленнее, ставить вопросы четко, кратко, конкретно, чтобы дети могли осознать их, вдуматься в содержание. Следует не торопить их с ответом, а наоборот, дать 1—2 минуты на обдумывание.

При проведении занятий с детьми, имеющими нарушения зрения, необходимо создавать условия для лучшего зрительного восприятия объекта, различения его цвета, формы, размещения на фоне других объектов, удаленности.

Материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту; он должен соответствовать естественным размерам, т. е. машина должна быть меньше дома, помидор — меньше кочана капусты и т. п.

Размещать объекты на доске нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности. При знакомстве с объектом рекомендуется снижать темп ведения занятия, так как детям с нарушением зрения требуется более длительное, чем нормально видящим детям, время для зрительного восприятия, осмысления задачи, повторного рассматривания. При анализе детских работ рекомендуется не располагать на доске все работы одновременно, а показывать их с учетом возраста детей: дети младшего до-

школьного возраста — 2—3 объекта, старшего дошкольного — 4—5 объектов, младшего школьного 6—7 объектов.

На индивидуальных занятиях детей учат последовательно называть картинки, выкладывать их в ряд слева направо, переходя на нижний ряд, возвращать взгляд на первую картинку слева. Поскольку у детей с нарушением зрения преобладает последовательный способ зрительного восприятия, то время на экспозицию предлагаемого материала увеличивается минимум в два раза (по сравнению с нормой).

При предъявлении материала, связанного с его осязательным обследованием, время также увеличивается в 2—3 раза по сравнению с выполнением задания на основе зрения.

Нужно давать ребенку, имеющему зрительные нарушения, возможность подходить к классной доске и рассматривать представленный на ней материал.

Направления коррекционно-развивающих занятий

Охрана и развитие остаточного зрения и развитие зрительного восприятия

В естественных жизненных условиях ребенок с нормальным зрением подвергается воздействиям систематически и многократно повторяемой визуальной стимуляции. Значительное снижение зрения существенно ограничивает естественную стимуляцию, вследствие чего ребенок не может приобрести такой же сенсорно-перцептивный опыт, как нормально видящий. Дети с низким зрением находятся в обедненной зрительной среде, при которой генетические предпосылки развития восприятия теряют свою силу. Коррекционная работа по развитию зрительного восприятия в этом возрасте способствует существенному улучшению сенсорной основы когнитивного развития.

Коррекционно-развивающие занятия представлены такими дисциплинами, как: социально-бытовая ориентировка, логопедия, ЛФК, ритмика, охрана и развитие зрения и зрительного восприятия, развитие осязания и мелкой моторики, развитие мимики и пантомимики, предметно-практическая деятельность. Данные предметы вместе с общеобразовательными курсами должны обеспечивать:

- стимуляцию сенсорно-перцептивной деятельности (развитие всех форм восприятия);
- развитие моторики руки и способов обследования и изготовления реальных предметов, их изображения и моделей;
- развитие социально-бытовых навыков;
- развитие мимики и пантомимики слепых и слабовидящих учащихся;
- активизацию социальных потребностей и развитие навыков самостоятельной работы;
- развитие познавательной активности и познавательных интересов;
- формирование эмоционально-волевой сферы и положительных качеств личности.

Большинство коррекционных курсов ведутся по программам, рекомендованным лабораторией содержания и методов обучения детей с нарушением зрения ГНУ Института коррекционной педагогики Российской академии образования.

Развитие осязания и мелкой моторики

Низкий уровень развития осязательной чувствительности и моторики пальцев и кистей рук происходит потому, что дети с частичной потерей зрения полностью полагаются на визуальную ориентировку и не осознают роли осязания как средства замещения недостаточности зрительной информации. Из-за отсутствия или резкого снижения зрения дети не могут спонтанно, по подражанию окружающим овладеть различными предметно-практическими действиями. Коррекционные занятия направлены на формирование у детей с нарушением зрения умений и навыков осязательного мира, а также обучение их приемам выполнения предметно-практических действий с помощью сохранных анализаторов.

Социально-бытовая ориентировка

Занятия по социально-бытовой ориентировке, прежде всего, направлены на решение проблем социализации детей с нарушениями зрения, формирование у них навыков социально-адаптивного поведения. Успешность социализации детей с нарушением зрения определяется умением рационально пользоваться зрением, получать с его помощью максимально полные представления об окружающем мире, опираясь в процессе познания и общения на информацию, поступающую через сохранные анализаторы (осязание, слух, двигательную, вкусовую, обонятельную и температурную чувствительность); умением самостоятельно ориентироваться в пространстве; определенным запасом представлений об элементарных социально-бытовых ситуациях; умением общаться и успешно взаимодействовать с окружающими. Особое значение в ходе занятий тифлопедагог уделяет подготовке ребенка-дошкольника с нарушением зрения к самостоятельной деятельности в условиях школьного воспитания.

Ориентировка в пространстве

Для детей с нарушением зрения характерны недостатки развития движений и малая двигательная активность; по сравнению с нормально видящими сверстниками, у них значительно хуже развиты пространственные представления, возможности практической микро- и макроориентировки, словесные обозначения пространственных обозначений.

Нарушения глазодвигательных функций вызывают ошибки выделения детьми формы, величины, пространственного расположения предметов. В ходе коррекционных занятий дети учатся выделять и анализировать различные пространственные признаки и отношения, получать информацию об окружающем пространстве с привлечением всей сенсорной сферы (слуха, обоняния и т. д.).

Развитие мимики и пантомимики

Недостатки в формировании и развитии выразительных движений, коммуникативной деятельности и личности незрячих в целом послужило основанием для введения в базисный план коррекционного курса по развитию мимики и пантомимики у незрячих учащихся.

Данный коррекционный курс направлен не только на компенсацию тяжелых зрительных нарушений у младших школьников школ III—IV вида, но и на компенсацию сопутствующих дефектов развития, в основном легкой и средней тяжести. Сопутствующими дефектами могут быть нарушения опорно-двигательного аппарата и нарушения развития эмоционально-волевой сферы на фоне раннего органического поражения ЦНС.

Лечебная физкультура

Лечебная физкультура направлена на лечение заболеваний, профилактику их осложнений, на предупреждение обострений у детей с нарушением зрения. Вследствие трудностей зрительно-двигательной ориентации у детей наблюдается гиподинамия, нарушение осанки, плоскостопие, снижение функциональной деятельности дыхания и сердечно-сосудистой системы. ЛФК имеет большое значение для работы всех органов грудной и брюшной полости, для исправления неправильной осанки, плоской запавшей грудной клетки, для улучшения вентиляции легких и усиления притока кислорода к крови.

Дозировка и последовательность физических упражнений зависит от вида заболевания органа зрения и состояния зрительных функций ребенка.

Ритмика

Музыкально-ритмические упражнения, игры, хороводы и пляски позволяют детям с нарушением зрения преодолевать трудности зрительно-пространственной ориентировки, раскоординированность двигательных актов, их аритмичность и гиподинамию. Дети знакомятся с характером музыки и учатся соотносить свои движения с ее темпом, ритмом, скоростью, плавностью и др. Музыкальное сопровождение движений детей учит их быть ритмичными, отзывчивыми к различным актам, способствует снятию двигательной скованности.

Учебно-дидактическое обеспечение:

Предметы для ритмической разминки: мячи, гимнастические палки, обручи.

Предметы для развития чувства ритма: погремушки, трещотки, бубны.

Формы и методы организации образовательного процесса

Формы организации урока: групповые, подгрупповые, работа в парах и индивидуальные занятия; фронтальная форма; деловые/ролевые игры, пресс-конференции, урок-КВН, урок-конкурс, урок-концерт, урок-суд, интегрированные уроки и учебно-практическое занятие; самостоятельная работа над исследовательскими проектами и их защита; и др.

Внеурочные формы: экскурсии, дополнительные занятия, внеклассные формы педагогической работы (например, внеклассное чтение), самоподготовка (приготовление уроков в группе продленного дня); вспомогательные формы: проведение факультативов, кружковая работа, клубная работа, эпизодические мероприятия внеклассной работы (утренники, праздники, школьные вечера, тематические вечера, консультации, конференции, конкурсы, смотры, олимпиады, соревнования, походы, экспедиции), спортивные занятия, секции, субботники, экскурсии.

Методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности:

- перцептивные: методы словесной передачи и слухового (беседа) и/или зрительного восприятия учебного материала и информации по организации и способу его усвоения (метод работы с учебником и дополнительной литературы); наглядные и практические методы;

- гностические (репродуктивные, проблемно-поисковые, исследовательские); логические (индуктивный и дедуктивный); использование мультимедиа средств и флеш-игр на уроке;

- методы создания эмоционально-нравственных ситуаций, ситуаций занимательности, занимательных аналогий, удивления (вследствие необычности приведенного факта, парадоксальности опыта и т. п.); сопоставления научных и житейских толкований, например, явлений природы;

- эмоциональная, яркая, художественная речь педагога, которая увлекает слушателей и стимулирует их учебно-познавательную деятельность.

Методы воспитания: информационные методы - беседа, консультирование, использование средств массовой информации, литературы и искусства, интернет-сети, примеры из окружающей жизни, личный пример педагога, экскурсии, встречи; практически-действенные методы — приучение, упражнение, воспитывающие ситуации, игра, ручной труд, изобразительная и художественная деятельность; нетрадиционные методы — арттерапия (коррекционно-педагогическая помощь средствами искусства), ритмика, иппотерапия (коррекционно-педагогическая помощь средствами верховой езды); побудительно-оценочные методы — педагогическое требование, поощрение, осуждение, порицание, наказание.

Система оценивания достижений проставляется отдельно специалистами, сопровождающими слепого/слабовидящего ребенка в ОУ, и работающими с ним педагогами и отражаются в Индивидуальной образовательной программе.

Рекомендуется оценивать динамику развития ребенка по основным направлениям работы специалиста.

V. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями зрения в общеобразовательном учреждении

Психолого-медико-педагогический консилиум

Одна из моделей организации психолого-педагогического сопровождения — создание в школе психолого-медико-психологического консилиума (ПМПк), результатом работы которого будет разработка индивидуальной образовательной программы.

Разработка индивидуальной образовательной программы

В рамках организации индивидуально-ориентированной помощи (далее ИОП) ребенку с ограниченными возможностями здоровья (с инвалидностью) специалистами психолого-педагогического сопровождения и учителем (классным руководителем, возможно — учителями предметниками) под руководством заместителя директора по учебно-воспитательной работе (руководителя ПМПк) в рамках деятельности школьного психолого-педагогического консилиума разрабатывается индивидуальная образовательная программа.

Индивидуальная образовательная программа является результатом проектирования индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ в рамках ОУ и продуктом деятельности школьного психолого-педагогического консилиума.

Основная цель ИОП — построение образовательного процесса для ребенка с ОВЗ в соответствии с его реальными возможностями, исходя из особенностей его развития и образовательных потребностей.

Индивидуальная образовательная программа — документ, описывающий специальные образовательные условия для максимальной реализации особых образовательных потребностей ребенка с ОВЗ в процессе обучения и воспитания на определенной ступени образования.

В оформленную индивидуальную образовательную программу входят:

- титульный лист программы с указанием наименования учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя обучающегося, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями и председателем ПМПк школы, указанием специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной образовательной программы);

- пояснительная записка, в которой излагается краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем как сформированных умений и навыков, так и тех, которые еще не сформированы в должной степени, структура индивидуальной образовательной программы, её цели и задачи;

- индивидуальный учебный план;

- содержание программы;

- мониторинг достижений обучающегося, в котором конкретно сформулированы результаты реализации программы на уровне динамики показателей психического и психологического развития обучающегося и уровне сформированности ключевых компетенций;

- заключение и рекомендации, в которых 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.

VI. Кадровая обеспеченность инклюзивного образовательного процесса

В образовательном учреждении, реализующем инклюзивную практику, необходимо обязательно предусмотреть наличие таких специалистов, как дефектолог (тифлопедагог для включения детей с нарушениями зрения), логопед, специальный психолог, социальный педагог, координатор по инклюзии и тьютор.

Учитель-дефектолог (тифлопедагог) координирует коррекционно-педагогическую работу с детьми, имеющими нарушения зрения различной степени тяжести и этимологии, а также проводит следующие виды специальных коррекционных занятий:

- социально-бытовая ориентировка;

- развитие зрительного восприятия;

- ориентировка в пространстве;

- развитие осязания и мелкой моторики.

Целью работы тифлопедагога является формирование у детей с нарушениями зрения социально-адаптивных форм общения и поведения, их интеграция в открытое общество.

Задачи

— формирование у детей представлений о своих зрительных возможностях и умений пользоваться нарушенным зрением;

— формирование умений получать информацию об окружающем мире с помощью всех сохранных анализаторов;

— обучение использованию получаемой полисенсорной информации в предметно-практической, познавательной и коммуникативной деятельности, в пространственной ориентировке.

Основные направления работы тифлопедагога

• тифлопедагогическое обследование детей:

— изучение медицинских и офтальмологических карт;

— наблюдение за детьми;

— исследование зрительного восприятия;

• проведение специальных коррекционных занятий:

— индивидуальные занятия по подготовке детей к проверке зрения и лечению на аппаратах;

— подгрупповые и индивидуальные занятия по развитию зрительного восприятия;

— подгрупповые и индивидуальные занятия по развитию мелкой моторики;

— подгрупповые и индивидуальные занятия по формированию навыков ориентировки в пространстве;

— подгрупповые и индивидуальные занятия по формированию навыков социально-бытовой ориентировки;

• участие в методической работе ОУ:

— посещение общеобразовательных занятий;

— выступления на педагогических советах;

— организация и проведение семинарских занятий;

— групповое и индивидуальное консультирование учителей и специалистов ОУ;

— показ открытых занятий с детьми;

• работа с родителями:

— выступления на родительских собраниях;

— подгрупповые и индивидуальные консультации для родителей;

— проведение для родителей индивидуальных и подгрупповых коррекционных занятий;

• выставки специальной литературы, игр, пособий, детских работ;

• рекомендации по закреплению и совершенствованию сформированных у детей навыков на занятиях, профилактике зрительных утомлений, развитию зрительных функций.

По результатам обследования дефектолог совместно с учителем, педагогом сопровождения, логопедом определяет объем и содержание коррекционной работы, необходимой данному ребенку, проводит индивидуальные и подгрупповые коррекционные занятия, отслеживает динамику развития детей и степень усвоения учебного материала.

Работа дефектолога в инклюзивном классе ведется в тесном контакте с учителем, педагогом сопровождения и логопедом. Регулярно обсуждается работа ребенка на уроках и занятиях, трудности, возникающие в процессе обучения, и пути их преодоления.

На коррекционно-развивающих занятиях с ребенком с трудностями обучения дефектолог решает, прежде всего, коррекционные задачи: развивает мышление, тренирует зрительное и слуховое внимание, память, формирует зрительно-пространственное и временное восприятие, развивает навыки анализа и синтеза, расширяет и активизирует словарный запас ребенка.

Важное направление деятельности учителя-дефектолога в общеобразовательной школе — методическая помощь учителю инклюзивного класса в адаптации содержания образовательных программ возможностям ребенка. Совместно с учителем-логопедом и ассистентом учителя (тьютором) дефектолог подбирает формы организации учебной работы всего класса, методы, приемы обучения, способствующие успешному освоению ребенком с ограниченными возможностями здоровья программного материала, что способствует в конечном итоге его успешной социализации.

Педагог-психолог на основе собственно психологических исследований совместно со специалистами школьного психолого-медико-педагогического консилиума:

- устанавливает актуальный уровень когнитивного развития ребенка, определяет зону ближайшего развития;
- выявляет особенности эмоционально-волевой сферы, личностные особенности детей, характер взаимодействия со сверстниками, родителями и другими взрослыми;
- определяет направление, характер и сроки коррекционно-развивающей работы с ребенком (детьми);
- ставит и решает задачи гуманизации социальной среды, в которой обучается (или будет обучаться) ребенок;
- помогает учителю и другим специалистам наладить конструктивное взаимодействие как с родителями ребенка с ОВЗ, так и родителями других обучающихся инклюзивного класса;
- повышает психологическую компетентность учителей и воспитателей, других специалистов, а также родителей;
- проводит консультирование учителей и воспитателей, родителей учащихся;
- совместно с координатором по инклюзии и (или) администрацией школы проводит работу по профилактике и преодолению конфликтных ситуаций и т. д.

Основными задачами психолога в школе является: разъяснение учителю, воспитателю, администрации школы тех или иных особенностей поведения ребенка с ОВЗ, его причин; помощь в подборе тех или иных форм, приемов взаимодействия с ним; отслеживание динамики адаптации ребенка в социуме; раннее выявление тех или иных затруднений как у ребенка и его родителей, так и у учителя и воспитателя класса.

При этом педагог-психолог инклюзивной школы через координатора по инклюзии или напрямую может в любой момент обратиться в окружной (городской) ресурсный центр по развитию инклюзивного образования, районный ППМС-Центр. В этих учреждениях можно получить консультацию специалистов, специализирующихся в области психолого-педагогической поддержки «особых» детей, побывать на обучающих семинарах, пригласить специалистов ОРЦ или ППМСЦ в школу для непосредственного наблюдения, проведения тренингов, участия в родительских собраниях, совместном междисциплинарном консилиуме.

Социальный педагог — основной специалист, осуществляющий контроль за соблюдением прав любого ребенка, обучающегося в школе. На основе социально-педагогической диагностики социальный педагог выявляет потребности ребенка и его семьи в сфере социальной поддержки, определяет направления помощи в адаптации ребенка в школе. Социальный педагог собирает всю возможную информацию о «внешних» ресурсах для школьной команды, совместно с координатором по инклюзии устанавливает взаимодействие с учреждениями — партнерами в области социальной поддержки (служба социальной защиты

населения, органы опеки и др.), общественными организациями, защищающими права детей, права инвалидов, учреждениями дополнительного образования. Важная сфера деятельности социального педагога — помощь родителям ребенка с ОВЗ в адаптации в школьном сообществе, в среде других родителей. Такой специалист может помочь учителю, другим специалистам школы в создании «Родительского клуба», разработке странички на сайте школы, посвященной инклюзии, поиске нужной информации.

Учитель-логопед, основываясь на результатах исследования устной и письменной (если есть) речи обучающихся и сравнения этих данных с возрастной нормой:

- устанавливает клинико-педагогический диагноз речевого нарушения;
- разрабатывает программы или перспективные планы коррекционно-логопедического обучения детей, нуждающихся в логопедической помощи;
- проводит групповые и индивидуальные занятия по коррекции нарушений устной и письменной речи учащихся (с использованием программного материала учебных дисциплин гуманитарного цикла);
- совместно с учителем инклюзивного класса, дефектологом, тьютором проводит работу, основной целью которой является соблюдение в классе правильного речевого режима, обогащение и систематизация словарного запаса учащихся в соответствии с учебными предметами, развитие коммуникативных умений;
- проводит консультативную и просветительскую работу с учителями и родителями учащихся.

Учитель-дефектолог и учитель-логопед — не репетиторы. В круг обязанностей этих специалистов не входит повторение и выполнение с ребенком домашней учебной работы. Как правило, занятия этих специалистов строятся в соответствии с программным материалом и календарно-тематическим планированием учителя, но не дублируют фронтальные уроки.

Кроме вышеперечисленных специалистов, в образовательный процесс активно включены **координатор по инклюзии и тьютор (педагог сопровождения)**. Эти должности являются новыми для школ (в данном пособии мы рассматриваем тьютора как помощника учителя инклюзивного класса, работающего с одним или несколькими детьми), поэтому остановимся на них чуть подробнее.

Тьютор (ассистент учителя) — специалист, осуществляющий непосредственное сопровождение ребенка (детей) с ОВЗ в течение учебного дня — на фронтальных и (если есть необходимость) индивидуальных занятиях, во время перемены, выполнения тех или иных режимных моментов. Основная задача тьютора — помощь самому ребенку, его родителям, учителю и другим участникам образовательного процесса в адаптации в новой среде, формировании учебных навыков, навыков адаптивного поведения.

Взаимодействие учителя и педагога сопровождения осуществляется, как минимум, в трех основных направлениях:

- взаимодействие в процессе обучения детей;
- взаимодействие в процессе социализации ребенка;
- взаимодействие в процессе работы с родителями «особого ребенка».

Координатор по инклюзии (методист) — специалист, играющий важную роль в организации процесса включения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду школы, создании специальных условий для адаптации, обучения и социализации учащихся, регулирующий деятельность всего педагогического коллектива в данном направлении.

Координатор по инклюзии — основной «носитель» информации о ребенке и помощник учителя в организации образовательного процесса в инклюзивном классе. При этом важно помнить, что координатор, как и специалисты психолого-педагогического сопровождения,

ориентируется в своей деятельности на запрос учителя, его инициативу и информацию о состоянии, успехах и проблемах «особого» ребенка и всего класса.

Учитель является полноправным и основным участником междисциплинарной команды специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ, его семьи, других участников образовательного процесса.

Широкое распространение практики инклюзивного образования детей с особыми потребностями в составе обычных школьных классов предъявляет новые, более высокие требования ко всем педагогам. И поэтому одним из приоритетных направлений в процессе включения ребенка с нарушениями зрения в ОУ является создание условий, способствующих повышению уровня профессиональной компетентности педагогов.

Важным компонентом развития инклюзивного образования является специальная подготовка учителя. По-настоящему класс становится инклюзивным с того момента, когда его учитель получит краткосрочную специальную подготовку (возможно дистанционное обучение учителей для получения дефектологической компетентности по проблематике детей с ОВЗ). Без этой подготовки класс, в котором обучается ученик с ОВЗ, является, по сути, интегрированным — в нем не создана минимальная адаптированная образовательная среда, соответствующая потребностям ребенка.

Ресурсами дистанционного и очного обучения учителей располагает Институт проблем инклюзивного образования МГППУ. Как правило, современный и сильный учитель продвигут в плане обучения и навигации в сети Интернет и ценит свое время. Получив стартовую дистанционную подготовку, он дальше может самостоятельно совершенствовать свои знания и компетенции. Благодаря этому педагог может более грамотно и качественно учить школьника с нарушением зрения (с учетом его особенностей), консультировать коллег, эффективно организовывать совместную детскую деятельность в классе и, что немаловажно, обоснованно и адресно получать вознаграждение, если оно предусмотрено бюджетом за обучение ребенка с ОВЗ.

Учитель инклюзивного класса эффективно обеспечивает реализацию образовательных потребностей, успешность ребенка с ОВЗ в учебе и его социализацию.

Основные направления работы с педагогическим коллективом школы:

- мониторинг образовательных потребностей педагогов в системе интегрированного/инклюзивного образования;
- расстановка кадров с учетом особенностей классов и квалификации педагогов;
- организация взаимодействия со специалистами профильных психолого-педагогических центров - специальных коррекционных учреждений;
- организация системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки;
- анализ уровня преподавания учителем в классе, где обучается ребенок с нарушением зрения.

В рамках работы с педагогическим коллективом рекомендуется предусмотреть повышение информированности педагогов о детях с ОВЗ; формирование педагогической позиции; профилактику синдрома профессионального выгорания; обучение педагогов специальным приемам и методам коррекционной работы через постоянную систему консультирования и специальных курсов повышения квалификации.

Необходимо также организовать систематический мониторинг уровня преподавания в инклюзивных классах посредством посещения и анализа уроков. Каждый учитель в работе со слепыми/слабовидящими детьми планирует в течение года интегрированные мероприятия с другими педагогами и специалистами, решая проблемы в работе с детьми и родителями, возможности использования разнообразных образовательных технологий, методов, приемов, средств и коррекции планов педагогов и специалистов.

Планирование обучения учителей и администрации (так называемых «опорных» учителей и заместителей директора) имеет большое значение для развития инклюзивного образования, так как компетентные завучи/педагоги, владеющие информацией о психофизических особенностях таких детей и проблемах их обучения, организуют преемственность и создают адаптивную среду на всех ступенях (начальной, средней и старшей) школы. Они могут передавать первоначальные сведения об особенностях детей с нарушениями зрения, педагогический опыт работы с ними всем остальным учителям, которым придется работать с ними, а также обеспечить связь учителей по организационным и консультационным вопросам с ресурсным центром по инклюзивному образованию. Обязательное обучение должны пройти учителя начальных классов и классные руководители (для создания адаптивной родительской и детской среды в классе), учителя основных предметов (русский язык, литература, математика) и других значимых школьных предметов.

Целесообразно организовывать опережающее сертифицированное обучение тех учителей, чьи предметы необходимы для поступления ученика с ОВЗ в колледж/ВУЗ (по результатам профориентационного опроса-тестирования и бесед с родителями). Это актуально для учителей, работающих с 9 классами (ГИА и поступление в средние профессиональные учреждения) и с 10—11 классами (ЕГЭ и поступление в средние и высшие профессиональные учреждения).

Таким образом, кадровая обеспеченность общеобразовательного учреждения во многом будет зависеть от наличия руководителей, специалистов, педагогов, прошедших профессиональную подготовку в области инклюзивного образования.

Практическая работа к разделу 1

Методические рекомендации по выполнению: внимательно прочитайте и изучите раздел 1. Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья и его темы:

Тема 1. Дети с ограниченными возможностями здоровья

Тема 2. Общие положения о создании специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами

Цель изучения

Изучив данную тему, студент должен:

- *знать*: определение понятия дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ); историю изучения данного вопроса.

- *уметь*: выявлять основные категории аномальных детей.

- *обладать*: базовыми теоретическими знаниями в области дефектологии.

Особое внимание обратить на:

- Содержание понятий «дети с ограниченными возможностями здоровья»
- Особенности физического воспитания детей с нарушением слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и умственного развития.
- Общие положения о создании специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Дать определение понятию «дети с ограниченными возможностями здоровья»
2. Перечислить категории детей с ОВЗ
3. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением слуха?
4. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением зрения?
5. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением опорно-двигательного аппарата?

6. Какие нарушения опорно-двигательного аппарата у детей Вы знаете?
7. Дайте определение понятий «сколиоз» и «нарушение осанки». В чем принципиальная разница этих определений.
8. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением речи?
9. Какие виды умственной отсталости Вы знаете?
10. В чем особенность воспитания и обучения детей с умственной отсталостью?
11. Какие специальные условия необходимо создавать для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами?

И ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

1. На какие группы можно разделить детей, имеющих ограниченные возможности здоровья? И какими основными характеристиками можно описать данные категории детей?

Результаты запишите в таблицу

Образец оформления таблицы:

Таблица 1

Название таблицы

№ п/п	Категории детей с ограниченными возможностями здоровья	Характеристика данной категории детей с ОВЗ
1		
2		
3		
...		

2. Опишите, на чем базируется организационное обеспечение создания специальных условий образования для детей с ОВЗ?

Ответы оформите по следующим требованиям: документ MS WORD (шрифт текст Times New Roman, размер 12 пунктов; выравнивание основного текста на странице - по ширине; межстрочный интервал – одинарный; отступ перед каждым абзацем (красная строка) – 10 мм; интервалы перед абзацем – 3 пт, после абзаца – 3 пт., нумерация страниц внизу, по центру.

3. Ответьте на следующие вопросы:

1. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением слуха?
2. В чем особенность воспитания и обучения детей с нарушением зрения?
3. Какие специальные условия необходимо создавать для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами?

Ответы оформите по следующим требованиям: документ MS WORD (шрифт текст Times New Roman, размер 12 пунктов; выравнивание основного текста на странице - по ширине; межстрочный интервал – одинарный; отступ перед каждым абзацем (красная строка) – 10 мм; интервалы перед абзацем – 3 пт, после абзаца – 3 пт., нумерация страниц внизу, по центру.

Тест к разделу 1

«Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья»

1. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это...

а. дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического или психического развития и вследствие этого нуждающиеся в воспитании и обучении в специальных условиях, которые обеспечивают коррекцию и компенсацию недостатков развития.

b. дети, отличающиеся от других детей по уровню развития

c. дети, болеющие хроническими заболеваниями

d. дети, часто болеющие простудными заболеваниями

2. Основные средства познания детей с нарушением зрения становятся:

а. Все варианты

b. Осязание

c. Слух

d. Остаточное зрение

3. Детский церебральный паралич (ДЦП) является:

а. Прогрессирующим заболеванием;

b. Не прогрессирующим заболеванием;

c. Медленно прогрессирующим.

d. Иногда прогрессирующим, а иногда нет

4. В отечественной классификации ДЦП выделяют:

а. V форм заболевания;

b. IV формы заболевания;

c. III формы заболевания;

d. II формы заболевания.

5. Сколько выделяют степеней умственной отсталости?

а. Три степени

b. Четыре степени

c. Пять степеней

d. Две степени

6. Какая самая глубокая степень умственной отсталости?

а. Идиотия

b. Имбецильность

c. Дебильность

d. Все степени тяжелые

7. Спастичность при детском церебральном параличе можно определить как:

а. Повышение мышечного тонуса

b. Понижение мышечного тонуса

- c. Мышечный тонус не изменяется
 - d. Все ответы неверны
8. Ригидность при детском церебральном параличе можно определить как:
- a. Максимальное повышение мышечного тонуса**
 - b. Максимальное понижение мышечного тонуса
 - c. Мышечный тонус не изменяется
 - d. Мышечный тонус отсутствует
9. Гипотонию при детском церебральном параличе можно определить как:
- a. Низкий мышечный тонус**
 - b. Мышечный тонус не изменяется
 - c. Мышечный тонус отсутствует
 - d. Высокий мышечный тонус
10. Дистонию при детском церебральном параличе можно определить как
- a. Меняющийся характер мышечного тонуса**
 - b. Низкий мышечный тонус
 - c. Мышечный тонус не изменяется
 - d. Мышечный тонус отсутствует
11. Центральный паралич характеризуется:
- a. Полным отсутствием произвольных движений**
 - b. Движения частично присутствуют
 - c. Движения не нарушены
 - d. Движения ног ограничены
12. Центральный парез характеризуется:
- a. Ограничение объема движений**
 - b. Невозможность выполнять произвольные движения
 - c. Движения рук ограничены
 - d. Движения не нарушены
13. Гиперкинезы – это...
- a. Непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений**
 - b. Разнообразные произвольные движения, обусловленные низким мышечным тонусом
 - c. Ограниченный объем движений
 - d. Невозможность выполнять произвольные движения
14. Тремор – это ...
- a. Дрожание конечностей**

- b. Ограниченный объем движений
- c. Невозможность выполнять произвольные движения
- d. Движения ног ограничены

15. Атаксия – это...

- a. Нарушения равновесия и координации движений**
- b. Дрожание конечностей
- c. Ограниченный объем движений
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

16. Кинестезия – это..

- a. Нарушение ощущений движений**
- b. Нарушения равновесия и координации движений
- c. Дрожание конечностей
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

17. Синкинезии – это...

- a. Непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений**
- b. Нарушение ощущений движений
- c. Нарушения равновесия и координации движений
- d. Дрожание конечностей

18. Ослепшие дети - дети, ...

- a. потерявшие зрение в результате перенесенного заболевания или травмы;**
- b. имеющие с рождения нарушения зрения;
- c. потерявшие зрение на короткий период;
- d. все ответы неправильные.

19. Основным средством ЛФК является:

- a. физическое упражнение;**
- b. закаливающие процедуры;
- c. механотерапия;
- d. трудотерапия.

20. Статические упражнения в ЛФК применяют с целью:

- a. снятия утомления мышц;
- b. понижения мышечного тонуса;
- c. нормализации дыхательного акта;
- d. укрепления мышц, профилактики атрофии мышц.**

РАЗДЕЛ 2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Детский церебральный паралич (ДЦП) это тяжелое заболевание, которое возникает у ребенка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорожденности). Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, однако, кроме этого, у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы. По данным ряда авторов, на 10 000 новорожденных приходится 3442 ребенка, страдающих церебральным параличом. За последнее десятилетие в России увеличилось количество детей с детским церебральным параличом.



Рис. 1. Поза ребенка, страдающего ДЦП

Первое клиническое описание ДЦП было сделано английским врачом хирургом Литтлем в 1861 году. Он впервые доложил об этом на заседании английского Королевского медицинского общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенной при родах травмы головы развились параличи конечностей (Little, 1862). В течение почти ста лет детский церебральный паралич назывался болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейдю. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. В 1958 году на заседании восьмого пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин был утвержден и было дано определение:

«Детский церебральный паралич — не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга». В настоящее время этот термин является общепринятым. В 1983 году Л. О. Бадалян предложил другое название детских церебральных параличей — «дизонтогенетические постуральные дискинезии». Автор справедливо отмечает, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» (Бадалян, 1993, с. 214). Безусловно, термин «дискинезии» значительно точнее отражает характер двигательных нарушений при ДЦП, подчеркивает их обусловленность расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Хотя термин «детский церебральный паралич» не отражает сущности имеющихся при этом заболевании нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, и другого понятия, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

Прошло много лет со дня выступления В. Литтля, и за этот период опубликована масса исследований по проблеме детского церебрального паралича. В основном это были работы

по вопросам неврологического, ортопедического, восстановительного лечения детей с ДЦП. Однако еще в трудах начала века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с ДЦП. Например, М.Я. Брейтман (1902) первым описал патологоанатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но и интеллект и речь.

В 1960х годах появилось много работ, посвященных изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом (Kastein, Hendin, 1951; Botta N., Botta P., 1958; Эйдинова и ПравдинаВинарская, 1959; Henderson, 1961; Кириченко, 1962; АбрамовичЛехтман, 1962, 1965; Хейссерман, 1964; Oswin, 1967; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969; 1977; Поппандова, 1971; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976; Симонова, 1981; Saran, 1986; Калижнюк, 1987 и др.).

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, полученное в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальный период или период новорожденности; как одна из форм резидуальной невропсихической патологии центральной нервной системы сложного генезиса. Мозговой органический дефект, составляющий основу ДЦП, возникает рано в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств (К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, Л.О. Бадалян, Э.С. Калижнюк и др.). В полиморфной картине психических нарушений при ДЦП наблюдается не только замедленный темп психического развития, но и неравномерный диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций (Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Калижнюк, 1983 и др.).

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальный период. У ребенка с ДЦП прежде всего в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система — двигательная. Выраженная двигательная патология нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с ДЦП. Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять пренатальные, натальные и постнатальные вредные факторы, которые могут иметь отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации вредных влияний, действующих на разных этапах развития. К вредным факторам, оказывающим негативное влияние на развитие мозга ребенка на разных этапах его онтогенеза, относятся инфекционные заболевания матери в период беременности, психические и физические травмы, механические травмы во время родов, асфиксии, черепномозговые травмы и др.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП могут широко варьировать.

В силу специфики двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.



Рис. 2. Поза ребенка, страдающего детским церебральным параличом

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются:

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Мышечный тонус условно называют рефлексом на проприоцепцию, ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса (*спастичность*). Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При *ригидности* мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые; объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложненных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом. Это свидетельствует о сложном механизме нарушений мышечного тонуса, которые зависят от многих факторов. Большое значение в нарушениях мышечного тонуса у детей с церебральным параличом имеет фактор неравномерного созревания различных мозговых структур. Нарушения мышечного тонуса могут варьировать в широком диапазоне: от грубых до практически приближающихся к нормальному мышечному тонусу.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамид-

ных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений – центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

3. Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора. *Гиперкинезы* – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей.

Тремор – дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Он наиболее выражен при целенаправленных движениях. В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора).

4. Нарушения равновесия и координации движений (*атаксия*). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности.

5. Нарушение ощущений движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. Специальными исследованиями показано, что при всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения (К. А. Семенова, Н. М. Махмудова, 1979). Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений и их стереотипизации, задерживает формирование тонких координированных движений. Нарушения ощущений движений особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

6. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (стато-кинетических рефлексов). Стато-кинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. Синкинезии. *Синкинезии* – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются). При ДЦП синкинезии возникают вследствие чрезмерной иррадиации возбуждения, что исключает возможность необходимого контроля со стороны центральной нервной системы.

8. Наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются нерезко в первые месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка, так называемых установочных рефлексов. При нормальном ходе развития к 3 месяцам жизни позотонические рефлексы уже не проявляются.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Их центрами являются нижележащие спинальные и стволовые отделы головного мозга. Высшие интегративные двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга. С другой стороны, выраженность активного функционирования нижележащих мозговых структур проявляется в патологическом усилении позотонических рефлексов, задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольные движения, речь и другие корковые функции. Тонические рефлексы активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом и другими двигательными нарушениями. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом.

Среди **позотонических рефлексов** в оценке структуры дефекта при ДЦП важнейшее значение имеют следующие:

а) Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе. В положении на спине ребенок запрокидывает голову назад, ноги разогнуты, напряжены, приведены и ротированы (повернуты) внутрь, стопы в подошвенном сгибании. Руки обычно разогнуты и пронированы, пальцы сжаты в кулаки. Ребенок не может поднять и нагнуть голову или делает это с большим трудом, т. е. у него отсутствуют важнейшие предпосылки для сидения, он не может схватить предмет, поднести его к лицу, рассмотреть. В положении на животе у ребенка преобладает поза сгибания: согнута голова и спина, руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кулаки; ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра и голени приведены. За счет выраженности ЛТР ребенок и в положении на животе не может поднять голову, освободить руки и опереться на них, не может выпрямить ноги и спину, встать на колени, а затем принять вертикальное положение.



Рис. 3. Лабиринтный тонический рефлекс

б) Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР) у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей. При сгибании головы (наклон вперед–вниз) повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечностей; ребенок наклоняется вперед. При разгибании головы (назад) повышается тонус мышц-разгибателей верхних и сгибателей нижних конечностей, ребенок запрокидывается назад.

в) Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР) имеет особое значение в структуре дефекта при ДЦП, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познавательной деятельности. Этот рефлекс проявляется во влиянии поворота головы в сторону на мышечный тонус конечностей. Поворот головы в сторону усиливает тонус разгибателей конечностей на стороне, куда повернуто лицо, и тонус сгибателей с другой стороны, куда повернут затылок (если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются). Ребенок принимает «позу фехтовальщика». Рефлекс больше проявляется в руках. При выраженности АШТР голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения.

У детей с церебральным параличом может наблюдаться сочетание указанных рефлексов, что значительно утяжеляет структуру их дефекта. Выраженность тонических рефлексов обычно отражает тяжесть заболевания. Проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. У больных детским церебральным параличом развитие моторики чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Больному может быть 2, 5, 10 и более лет, а его двигательное развитие находится на уровне 2–5 месячного здорового ребенка.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

В мировой литературе предложено более двадцати **классификаций ДЦП**. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В отечественной клинической практике используется классификация

К.А.Семеновой (1968), в которую включены собственные данные и элементы классификации Д.С. Футера (1967) и М. Б. Цукер (1947). В этой классификации выделены пять основных форм ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия и атонически-астатическая форма. На практике выделяется еще смешанная форма ДЦП.



Рис. 4. Ребенок с заболеванием опорно-двигательного аппарата (ДЦП)

Остановимся на кратком описании этих **клинических форм ДЦП**.

1. *Спастическая диплегия* — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома, Литтля. При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок может научиться частично обслуживать себя. При этой форме часто наблюдается задержка психического развития; 30-35% детей со спастической диплегией страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. У 70% наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии.

2. *Гемипаретическая форма ДЦП* в 80% случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и т.п. поражаются формирующиеся пирамидные пути. При этой форме поражена одна сторона тела: левая при правостороннем поражении мозга и правая при поражении преимущественно левого полушария. При данной форме обычно тяжелее поражается верхняя конечность. У 25-30 % детей с гемипаретической формой ДЦП наблюдается дебильность, у 40-50 % — вторичная задержка умственного развития.

3. *Гиперкинетическая форма ДЦП* развивается у ребенка вследствие билирубиновой энцефалопатии, что является результатом гемолитической болезни новорожденных. В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект и ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих. В 10 % случаев наблюдается тугоухость.

4. *Двойная гемиплегия* — самая тяжелая форма ДЦП. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей) при данной форме ДЦП, как правило, наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта.

5. *Атонически-астатическая форма* встречается значительно реже других форм, характеризуется снижением мышечного тонуса, нарушением координации движений, равновесия. Наблюдается недоразвитие речи и интеллекта.

Повреждение еще незрелых мозговых структур существенно влияет на последующее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП. Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычайная функциональная пластичность нервной ткани ребенка способствует компенсации дефекта. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в ликвидации дефектов

речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития (Мастюкова, Симонова, Ипполитова, Мамайчук, Данилова и др.).

Многолетний опыт отечественных и зарубежных специалистов, работающих с детьми с церебральным параличом, показал, что чем раньше начата медико-педагогическая реабилитация этих детей, тем она эффективнее и лучше ее результаты.

Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП. По данным К. А. Семеновой (1973), 70% детей с гемипаретической формой ДЦП учатся в общеобразовательных школах и только 29,2% имеют сниженный интеллект. По нашим данным, у 65% детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен и они способны к обучению по общей программе, у 38 % отмечается умственная отсталость в степени дебильности и только у 7% детей наблюдаются глубокие нарушения интеллекта (Мамайчук, 1985, 1992). Особые трудности в процессе социальной адаптации испытывают дети с гиперкинетической формой ДЦП. Несмотря на первично сохраненный интеллект, они не могут из-за тяжелого двигательного дефекта посещать среднюю школу, а в дальнейшем работать. Наиболее неблагоприятен социальный прогноз у детей с двойной гемиплегией и с атонически-астатической формой ДЦП из-за грубого недоразвития интеллекта.

Медицинская реабилитация и социально-педагогическая адаптация детей с церебральным параличом на различных этапах развития общества решалась по-разному. В конце XVIII и в начале XIX веков в Европе появляются не только дома призрения, но и лечебные учреждения для детей с двигательными нарушениями. Они возникли в столицах и крупных городах. Например, в Лондоне, в Копенгагене, Стокгольме, Мюнхене и др. Приблизительно в тот же период такие учреждения стали появляться и на других континентах — в США, Японии, Австралии.

В России такое учреждение впервые открылось в Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий Крест» организовало «Приют для детей калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте дети наблюдались врачами, получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 года консультантом, а затем руководителем лечебного процесса в приюте становится основоположник отечественной ортопедии профессор Военно-медицинской академии Генрих Иванович Турнер. В 1936 году на базе лечебно-педагогического учреждения для детей с двигательными нарушениями был создан Научно-исследовательский институт детской ортопедии и травматологии имени Г.И. Турнера. В настоящее время на Лахтинской, 10, где был открыт первый в России приют для детей калек, находится поликлиника Института Турнера, кафедра детской ортопедии и травматологии. За многолетний период в Институте им. Г.И. Турнера накоплен огромный опыт не только ортопедохирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с ними. Со дня основания приюта на базе института постоянно работала школа, а с 1962 года была организована первая в СССР психологическая служба под руководством доцента Р.Я. Абрамович-Лехтман. В 1967 году в клинике института появилось специальное отделение для восстановительного и ортопедохирургического лечения детей с церебральным параличом. А в 1968 году — отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в течение трех месяцев. За этот период ребенок получал комплексное восстановительное лечение, занимался с психологом, логопедом, в кабинете ЛФК, а мать обучалась уходу за ребенком, элементарным педагогическим навыкам у логопеда, психолога, педагога-дефектолога. Опыт работы отделения «Мать и дитя» обобщен в научных трудах института. В конце 1950х годов в Ленинграде и в других крупных городах Советского Союза стали появляться санатории и школы интернаты для детей с нарушениями движений. В основном в этих школах получали знания и помощь дети с детским церебральным параличом. Одним из первых специализированных учреждений для детей с ДЦП в Санкт-Петербурге является санаторий Комарове, имеющий многолетний опыт санаторно-курортного лечения таких детей. Под руководством С.А. Бортфель были разработаны

оригинальные методы лечебной физкультуры для детей с ДЦП. В начале 1970х годов в Москве был открыт Всесоюзный Центр восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом. В настоящее время в России функционируют более 40 школ для детей с ДЦП, а также специализированные детские сады и группы «Особый ребенок». Однако подобных учреждений далеко недостаточно, особенно для подростков и молодых людей с ДЦП. Кроме того, не разработаны программы дифференцированного обучения детей с ДЦП с учетом степени тяжести двигательного и интеллектуального дефекта. Решение этих проблем возможно при психологическом изучении детей с церебральным параличом.

При ДЦП резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. ДЦП характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер.

В становлении функций нервной системы при нормальном развитии мозга наблюдается преемственность и стадийность. У здорового ребенка последовательность созревания мозговых систем, управляющих движением, определяет этапность в развитии движений, когда на смену одним элементарным двигательным формам приходят другие, более сложные и совершенные. Например, для развития функции сидения ребенок должен научиться удерживать голову, уметь выпрямлять спину, сохранять равновесие и удерживать позу. Этапы формирования двигательных функций в норме представлены на рис. 5.

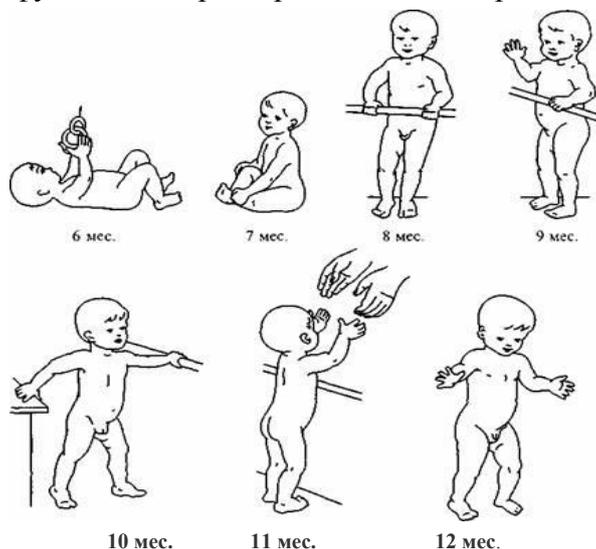


Рис. 5. Динамика развития двигательных функций ребенка (норма)

Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания двигательных функций нарушены. Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП состоит, прежде всего, в наличии примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возраста ребенка.

При нормальном развитии эти рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни. В норме к 3 мес. жизни они практически уже не проявляются. Их своевременное угасание создает благоприятную основу для развития произвольных движений.

Например, цеплятельный (хватательный) рефлекс вызывается прикосновением к ладони, что приводит к реакции схватывания. Рефлекс отталкивания (ползания) вызывается прикосновением к подошвам ног, что влечет реакцию отталкивания. Движения, свойственные этим рефлексам, в дальнейшем угасают. Хватательные движения и перцептивное поведение развиваются не на основе рефлекса. Хватательный рефлекс угасает раньше, чем начинает складываться хватание как произвольный двигательный акт. Рефлекс ползания также не является исходным для развития самостоятельного передвижения. Подлинное ползание начинается не с отталкивания ногами, а с движений рук: ребенок тянется к привлекающему его

предмету, «переступает» руками и продвигается вперед. Произвольное хватание и ползание начинают формироваться не в период новорожденности, а значительно позже — при взаимодействии ребенка со взрослым. Сохранение этих рефлексов существенно тормозит формирование произвольной моторики. Проявление этих и подобных этим рефлексов во втором полугодии первого года жизни является симптомом риска поражения двигательных зон коры головного мозга.

У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают, действие патологических рефлексов на первом году жизни обычно усиливается и в последующие годы остается стойким, что затрудняет и задерживает формирование произвольных двигательных актов.

Отсюда вторая специфическая особенность - задержка формирования основных моторных функций.

Для детей с ДЦП характерно сильное отставание в развитии двигательных функций. Например, здоровый ребенок к 3 мес. уже уверенно держит голову в вертикальном положении. Дети с ДЦП овладевают этой функцией много позже - в среднем к 3-5 годам. Существенно задерживается становление таких двигательных актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину.

Поза сидения в норме формируется к 7-9 мес. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2-3 годам. Ползание, как достаточно сложный моторный акт, требующий координации движений рук и ног, формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием. Прямостояние у здоровых детей развивается к 9-10 месяцам. Многие из детей с ДЦП овладевают вертикальным статическим положением лишь в дошкольном возрасте. С особым трудом эта функция формируется у детей с атонически-астатической формой ДЦП.

Ходьба - это не только новый этап в моторном развитии, но и расширение познавательных горизонтов. В норме ходьба как двигательный акт начинает формироваться с 1 года. Лишь половина дошкольников с ДЦП овладевает ходьбой к 4 годам. Остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе.

Еще более отсроченным во времени от возрастных нормативов оказывается формирование сложных моторных актов, тонких и дифференцированных движений, которые необходимы для самообслуживания, осуществления предметно-игровой, изобразительной, учебной и трудовой деятельности.

Иногда создается видимость усугубления заболевания с возрастом. Между тем ДЦП является непрогрессирующим неврологическим заболеванием. Иллюзия текущего патологического процесса возникает в связи со всё большим несоответствием между двигательными возможностями ребенка и все возрастающими требованиями, предъявляемыми к растущему организму.

Практическая работа к разделу 2

«Особенности коррекции недостатков физического развития и психомоторики детей с нарушениями развития» и его темы:

Тема 1. Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

Тема 2. Формы проведения занятий по ЛФК.

Особое внимание обратить на:

- Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).
- Особенности физического воспитания детей с нарушением слуха и зрения.
- Особенности физического воспитания детей с нарушением речи.
- Особенности физического воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:

1. В чем заключаются особенности физического воспитания детей с нарушением слуха и зрения?
2. В чем заключаются особенности физического воспитания детей с нарушением речи?
3. В чем заключаются особенности физического воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
4. Какие основные принципы необходимо соблюдать при работе с детьми с ОВЗ?
5. Характерно ли для детей с ДЦП нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем.
6. Какие основные формы лечебной гимнастики необходимо применять при работе с детьми с ОВЗ?
7. Какое характерно отношение к собственному двигательному дефекту у детей с гемипарезами?
8. Дайте определение «дети с ОВЗ».
9. Перечислите направления психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей
10. В чем проявляются нарушения умственной работоспособности у детей с ДЦП
11. Назовите основные принципы работы с детьми с ДЦП.
12. Перечислите разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.
13. Особенности формирования деятельности у детей с ДЦП.
14. Основные принципы диагностики психического состояния при ДЦП.
15. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
16. Частота речевой патологии при детском церебральном параличе, разнообразие ее клинических форм.

И ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

4. Назовите основные принципы работы с детьми с ДЦП?

Результаты запишите в таблицу

Образец оформления таблицы:

Таблица 1

Название таблицы

№ п/п	Принципы работы с детьми с ДЦП	Характеристика принципа
1		
2		
3		
...		

5. Перечислите разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Результаты запишите в таблицу

Образец оформления таблицы:

Таблица 1

Название таблицы

№ п/п	Двигательные нарушения у детей с ДЦП	Характеристика специфического двигательного нарушения, характерного для ребенка с ДЦП
1		
2		
3		
...		

Ответы оформите по следующим требованиям: документ MS WORD (шрифт текст Times New Roman, размер 12 пунктов; выравнивание основного текста на странице - по ширине; межстрочный интервал – одинарный; отступ перед каждым абзацем (красная строка) – 10 мм; интервалы перед абзацем – 3 пт, после абзаца – 3 пт., нумерация страниц внизу, по центру. Таблицы, не помещающиеся по высоте страницы, допускается продолжать на следующих страницах с полным повторением всей шапки таблицы с указанием «Продолжение табл.1», «Окончание табл.1».

Тест к разделу 2

Особенности развития детей с церебральным параличом

1. Детский церебральный паралич (ДЦП) является:
 - a. **Прогрессирующим заболеванием;**
 - b. Не прогрессирующим заболеванием;
 - c. Медленно прогрессирующим.
 - d. Иногда прогрессирующим, а иногда нет
2. В отечественной классификации ДЦП выделяют:
 - a. **V форм заболевания;**
 - b. IV формы заболевания;
 - c. III формы заболевания;
 - d. II формы заболевания.
3. Кто первый сделал клиническое описание ДЦП:
 - a. **В. Литтль**
 - b. Ф. Фребель
 - c. Д. Н.Э. фон Курц
 - d. И.Г. Песталоцци
4. Кому принадлежит термин «Детский церебральный паралич»?
 - a. **З. Фрейд**
 - b. Д.С. Футера
 - c. М. Б. Цукер
 - d. Л.О. Бадалян
5. Что больше поражается при гемипаретической форме ДЦП?
 - a. **Левая или правая половина тела**
 - b. Нижняя часть тела
 - c. Верхняя часть тела
 - d. Дистальные отделы конечностей

6. Двойная гемиплегия является:

- a. **Самой тяжелой формой паралича**
- b. Самой легкой формой паралича
- c. Средней степени тяжести
- d. Эта форма не встречается

7. Спастика при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. **Повышение мышечного тонуса**
- b. Понижение мышечного тонуса
- c. Мышечный тонус не изменяется

8. Ригидность при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. **Максимальное повышение мышечного тонуса**
- b. Максимальное понижение мышечного тонуса
- c. Мышечный тонус не изменяется
- d. Мышечный тонус отсутствует

9. Гипотонию при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. **Низкий мышечный тонус**
- b. Мышечный тонус не изменяется
- c. Мышечный тонус отсутствует
- d. Высокий мышечный тонус

10. Дистонию при детском церебральном параличе можно определить как

- a. **Меняющийся характер мышечного тонуса**
- b. Низкий мышечный тонус
- c. Мышечный тонус не изменяется
- d. Мышечный тонус отсутствует

11. Центральный паралич характеризуется:

- a. **Полным отсутствием произвольных движений**
- b. Движения частично присутствуют
- c. Движения не нарушены
- d. Движения ног ограничены

12. Центральный парез характеризуется:

- a. **Ограничение объема движений**
- b. Невозможность выполнять произвольные движения
- c. Движения рук ограничены
- d. Движения не нарушены

13. Гиперкинезы – это...

- a. **Непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений**
- b. Разнообразные произвольные движения, обусловленные низким мышечным тонусом
- c. Ограниченный объем движений
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

14. Тремор – это ...
- Дрожание конечностей**
 - Ограниченный объем движений
 - Невозможность выполнять произвольные движения
 - Движения ног ограничены
15. Атаксия – это...
- Нарушения равновесия и координации движений**
 - Дрожание конечностей
 - Ограниченный объем движений
 - Невозможность выполнять произвольные движения
16. Кинестезия – это..
- Нарушение ощущений движений**
 - Нарушения равновесия и координации движений
 - Дрожание конечностей
 - Невозможность выполнять произвольные движения
17. Синкинезии – это...
- Непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений**
 - Нарушение ощущений движений
 - Нарушения равновесия и координации движений
 - Дрожание конечностей
18. Форма ДЦП, при которой гиперкинезы являются ведущим двигательным нарушением:
- Гиперкинетическая форма**
 - Гемипаретическая форма
 - Атонически-астатическая форма
 - Двойная гемиплегия
19. Самая тяжелая клиническая форма ДЦП:
- Двойная гемиплегия**
 - Гиперкинетическая форма
 - Гемипаретическая форма
 - Атонически-астатическая форма
20. Проблемой личностного развития детей с нарушениями ОДА занимался:
- Е.М. Мастюкова**
 - Э.С Калижнюк
 - Г.Е. Сухарева
 - С.С. Мнухин

РАЗДЕЛ 3. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТКОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХОМОТОРИКИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Необходимость коррекции недостатков моторной сферы детей с нарушениями развития и положительное влияние такой работы на формирование психики детей отмечалось многими исследователями.

Тема 3.1. Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

При организации коррекционной работы с детьми, имеющими различные нарушения развития, огромное значение имеет целенаправленное преодоление недостатков моторики, развитие движений, охрана и укрепление здоровья детей. Конечно же, подходы к организации физического воспитания детей с разными отклонениями в развитии неодинаковы. Они учитывают структуру дефекта, степень выраженности нарушений, состояние здоровья детей и многое другое. Однако всегда физическое воспитание является важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с нарушениями развития.

Рассмотрим, как вопросы физического воспитания решаются в системе обучения и воспитания **умственно отсталых детей**.

Еще Э. Сеген в своем труде «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей» (1903) одним из центральных принципов работы с умственно отсталыми детьми провозгласил активность через физическое движение.

В настоящее время имеется достаточно большое количество научных исследований, посвященных изучению различных сторон моторного развития умственно отсталых детей и определению путей коррекции недостатков развития. Изучены особенности двигательного развития умственно отсталых детей (Азбукин Д. И., 1943; Козленке Н. А., 1963; Плешаков А. Н., 1975; Бабенкова Р. Д., 1963), особенности психомоторики умственно отсталых детей (Вайзман Н. П., 1976, 1997), пути формирования двигательных навыков у умственно отсталых детей (Самыличев А. С., 1985; Юровский С. Ю., 1971), общие вопросы физического воспитания и педагогические основы коррекции двигательных нарушений умственно отсталых детей в процессе физического воспитания (Дмитриев А. А., 1987; Черник Е. С., 1997; Мозговой В. М., 2001;).

На основе этих исследований разработаны программы физического воспитания умственно отсталых детей дошкольного и школьного возраста, учебно-методические материалы для проведения занятий по физическому воспитанию умственно отсталых детей, даны рекомендации по их оздоровлению средствами физической культуры (Мозговой В. М., Юровский С. Ю., Захарин Б. И., Дмитриев А. А., Черник Е. С., Сермеев Б. В., Катаева А. А., Стребелева Е. А., Мастюкова Е. М., Гаврилушкина О. П., Соколова Н. Д. и др.).

Наиболее полно современный подход к физическому воспитанию умственно отсталых детей представлен в работе В. М. Мозгового «Развитие двигательных возможностей учащихся с нарушениями интеллекта в процессе физического воспитания» (2001). Физическое воспитание рассматривается им как решающий фактор повышения двигательных возможностей детей с нарушениями интеллекта, исправления нарушений моторики и физического развития, формирования двигательных умений и навыков и как результат всего этого - развития личностных качеств и познавательной деятельности ребенка. Коррекционная направленность физического воспитания обеспечивается за счет учета следующих факторов:

- уровня развития интеллекта каждого ребенка;
- клинической картины слабоумия;
- состояния моторных функций, уровня развития двигательных возможностей;
- наличия у ученика сопутствующих дефектов развития, соматических заболеваний;
- уровня физического развития и подготовленности;

– индивидуальных и возрастных показателей при выполнении упражнений различного характера (циклические, ациклические).

Такой подход к физическому воспитанию помогает выбрать самые эффективные средства развития и коррекции психофизических недостатков учащихся вспомогательной школы, подготовить их к практической деятельности.

Автор говорит о необходимости изучения моторики учащихся вспомогательной школы с учетом того, что каждое спортивное упражнение есть произвольное движение и именно в произвольных движениях проявляется взаимосвязь между внутренней и внешней деятельностью, что способствует развитию психических функций и накоплению двигательного опыта.

Также подчеркивается огромное значение теории уровневой организации движений Н. А. Бернштейна для теории и практики физического воспитания детей с нарушениями интеллекта, в особенности вывода о том, что низшие уровни управления движениями осознаются недостаточно и неполно. В данной работе даны подробные характеристики физического развития, состояния моторных функций и двигательной подготовленности детей с нарушениями интеллекта 11-16 лет, а также методы их измерения. Рассмотрена методика и организация определения динамических и кинематических характеристик движений. Определены задачи физического воспитания учащихся с нарушениями интеллекта: образовательные, воспитательные, коррекционно-компенсаторные, лечебно-оздоровительные. Описаны различные средства физического воспитания с целью развития двигательных возможностей, даны методические рекомендации к проведению конкретных форм занятий по физкультуре. Рассмотрены основные типы уроков физкультуры, организация и методика их проведения.

Несомненная ценность работы В. М. Мозгового состоит в том, что раскрыты патогенные механизмы формирования двигательных нарушений у умственно отсталых детей и показаны конкретные пути их преодоления. Впервые представлена целостная система физического воспитания и оздоровления учащихся с нарушениями интеллекта, показана коррекционная направленность физкультурных занятий в специальной школе. Основные принципы, разработанные В. М. Мозговым, могут быть положены в основу физкультурно-оздоровительной работы любого типа специального учебного заведения для детей с отклонениями в развитии.

Вопросы преодоления недостатков моторного развития и физического воспитания детей с **нарушениями зрения** освещены в работах таких исследователей, как Р. Н. Азарян, В. П. Ермаков, Г. А. Якунин, А. И. Сизова, Г. И. Бредис, Б. В. Сермеев, Э. М. Стернина, Л. С. Сековец и др.

Физическое воспитание незрячих и слабовидящих детей является неотъемлемой частью воспитательно-образовательного процесса специальных учебных заведений для данной категории детей. Оно направлено на всестороннее развитие детей, подготовку их к жизни и труду, формирование двигательных умений и навыков, достижение высокого уровня физической подготовленности, повышение работоспособности. Одной из важнейших задач физического воспитания таких детей является коррекция двигательных недостатков, возникших в результате нарушения зрения. У незрячих и слабовидящих детей отмечают отставание в физическом развитии, нарушения осанки, позы, искривление позвоночника, плоскостопие. Нарушения и аномалии развития зрительной системы отрицательно сказываются на формировании двигательных способностей - силы, быстроты, выносливости, координации, статического и динамического равновесия и др. У многих детей страдает пространственно-ориентировочная деятельность, макро- и микро-ориентировка в пространстве. Отклонения в физическом развитии и недостатки моторики требуют проведения направленной коррекционно-воспитательной работы по их предупреждению и преодолению. Поэтому физическое воспитание незрячих и слабовидящих детей направлено на улучшение деятельности всех органов и систем, укрепление здоровья, формирование двигательных качеств. Это достигается путем организации коррекционно-направленных физкультурных занятий, предусматривающих развитие пространственно-ориентировочной деятельности, двигательной сферы, спо-

способности ощущать и оценивать быстроту движений, их амплитуду, степень напряжения и расслабления мышц.

Большую роль в преодолении недостатков моторного, психомоторного и физического развития детей с нарушениями зрения играют специальные коррекционные занятия: ритмика и лечебная физкультура (ЛФК). Занятия ритмикой способствуют повышению работоспособности организма, укреплению и сохранению здоровья, коррекции двигательных нарушений и недостатков физического развития, формированию умения дифференцировать движения по степени мышечных усилий, во времени и пространстве, управлять темпом движений и подчинять свои движения музыке. Они придают движениям целесообразность, стройность, уверенность.

Лечебная физкультура применяется для профилактики и лечения различных заболеваний и их последствий средствами физической культуры. Занятия ЛФК направлены на выведение организма из патологического состояния, повышение его функциональных возможностей путем восстановления, коррекции и компенсации дефектов. У детей с нарушениями зрения существуют особенности психофизического развития: нарушения опорно-двигательного аппарата, снижение функционального состояния физиологических систем организма. Вследствие систематического дефицита движений снижаются все жизненно важные функции организма - ухудшается общее и местное кровообращение, нарушаются секреторная функция пищеварительного тракта и газообмен в тканях и легких, что ведет к ухудшению общего состояния здоровья, понижению зрительных функций и работоспособности детей. Поэтому занятия ЛФК имеют свою специфику. Они направлены на коррекцию различных недостатков физического развития, моторики и двигательных способностей. На занятиях ЛФК наряду с физическими упражнениями с коррекционной направленностью, используются упражнения, закрепляющие умения естественно двигаться, что очень важно для незрячих и слабовидящих детей.

Таким образом, в системе обучения и воспитания детей с нарушениями зрения достаточно глубоко и всесторонне решаются вопросы коррекции недостатков двигательного развития детей. Под влиянием направленного физического воспитания и применения системы коррекционных занятий происходит перестройка в двигательном анализаторе, улучшается мышечная работоспособность, нормализуется деятельность сердечко-сосудистой и дыхательной систем и, что не менее важно, улучшается функциональное состояние зрения у детей. На примере физического воспитания незрячих и слабовидящих детей можно проследить положительное влияние средств физической культуры на коррекцию и компенсацию недостатков физического и психического развития ребенка, если имеется стройная и продуманная система организации физкультурно-оздоровительной и компенсаторно-профилактической работы.

Принципы и методические рекомендации коррекции вторичных отклонений у детей с ослабленным зрением.

При применении ЛФК у детей со зрительной патологией необходимо, с учетом специфических особенностей их психического и физического развития, соблюдать общепринятые дидактические принципы:

1. Индивидуализация в методике и дозировке физических упражнений в зависимости от первичного дефекта и вторичных отклонений в развитии.

2. Системность воздействия с обеспечением определенного подбора упражнений (с учетом состояния зрения и возможности использования остаточного зрения) и последовательности их применения.

3. Регулярность воздействия. Регулярное применение физических упражнений обеспечивает развитие функциональных возможностей организма, приобретение необходимого запаса представлений о предмете, движении или упражнении у слепых и слабовидящих детей. Эти образы в дальнейшем становятся основой для формирования понятий. Установлено, что сохранность представлений зависит от остроты зрения.

4. Длительность применения физических упражнений. Коррекция нарушенных функций и основных систем организма возможна только при длительном и упорном повторении физических упражнений. Имеются многочисленные факты, свидетельствующие, что образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду. Даже небольшие промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях (А.Г. Литвак, 1985). Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых незрячие могут получить только вербальные знания.

5. Нарастание физической нагрузки в течение учебного года. Необходимо учесть, что у многих детей в каникулярный период наблюдается снижение двигательной активности.

6. Разнообразие и новизна в подборе и применении физических упражнений (10-15 % упражнений обновляются, а 85-90 % повторяются, для закрепления ранее приобретенных умений и навыков) учитывая, что запоминание у слабовидящих точных и простых движений требует 8-10 повторений, в то время как у нормально видящих сверстников -6-8 повторений. Умеренность воздействия физических упражнений. Используется умеренная, но более продолжительная или дробная физическая нагрузка, учитывающая ограничения при некоторых заболеваниях и быструю утомляемость детей с нарушенным зрением.

7. Соблюдение цикличности. Чередование выполнения физических упражнений с отдыхом (упражнения для глаз, упражнения на обучение правильному дыханию, релаксация, сюжетно-ролевые игры и т.д.). Этот принцип необходим для предупреждения и профилактики пере утомления. Нужно помнить, что у детей с патологией зрения утомление наступает быстрее, чем у нормально видящих сверстников.

8. Всестороннее воздействие с целью совершенствования нейрогуморального механизма регуляции и развития адаптации организма.

9. Учет возрастных особенностей (функциональных, физиологических, развитие мышечного аппарата глаза) детей младшего школьного возраста, а также учет специфических особенностей развития ребенка со зрительной недостаточностью.

Специфическое развитие ребенка с нарушением функционально-зрительного анализатора, проходит на фоне активизации защитных средств и мобилизации резервных ресурсов. В связи с этим специальное обучение двигательным действиям детей с патологией зрения открывает широкие возможности развития двигательных качеств. Известно, что развитие аномального ребенка в большей степени, чем нормального, зависит от обучения. К условиям, определяющим специфику методов обучения двигательным действиям детей с нарушениями зрения, относят особенно-различных сторон физического развития: возраст ребенка, время возникновения дефекта (сохранились ли зрительные представления), особенность индивидуального развития, система требований, которые предъявляются к ребенку на данном этапе его жизни. Совокупность перечисленных условий и определяет специфику видов обучения двигательным навыкам детей с депривацией зрения. Специфика методов обучения основана на тифлопедагогических принципах: дифференцированное обучение, коррекционная направленность, компенсация с учетом целей и задач урока. В работе со слепыми и слабовидящими детьми используются все методы обучения, признанные в общей педагогике, однако, учитывая особенности детей с нарушениями зрения, есть некоторые различия в приемах применения, обусловленные состоянием зрения. Они различны и изменяются в зависимости от физических возможностей ребёнка, запаса знаний и умений, наличия предыдущего зрительного опыта, навыка пространственной ориентировки, умения пользоваться остаточным зрением. Внимательного отношения требует состояние умственного развития ребёнка. Соблюдая принцип компенсаторной направленности, на основе сенсорного развития в процессе обучения двигательным действиям используется взаимодействие методов и приемов обучения. Ведущее значение приобретают словесные методы обучения. Наиболее распространенным является метод объяснения, благодаря которому ученик должен осознать и представить себе

двигательный образ. Особенность использования этого метода при работе со слепыми состоит в том, что при описании и повествовании учитель не только сообщает ученикам предлагаемый материал, но и дает живые образы (осязательные, слуховые, обонятельные, зрительные), пространственные представления о предметах и действиях. Например, ориентирование по словесному описанию характерных свойств и признаков предметов (звуки, запахи, температура воздуха, характер поверхности и т.д.). Чтобы создать у детей с нарушениями зрения полноценное восприятие учебного материала, учителю следует чаще использовать демонстрацию двигательных действий и спортивного инвентаря. Своевременно предоставленная возможность обследования предметов и правильное сочетание словесных объяснений с демонстрацией создают возможность для накопления конкретных представлений о предметах и действиях. Метод показа, или как его называют "контактный" метод используют, когда ученик не понимает движения или составил о нем неправильное представление. Контактный метод включает в себя пассивный метод показа и активный. Пассивный - это когда учитель, взяв руки ученика, выполняет движение вместе с ним. Активный, - когда ребёнок осязает положение частей тела партнера или учителя при выполнении им какого-либо движения. Показ может быть демонстративным, когда движение выполняет ученик, а остальные знакомятся с этим движением с помощью осязания. Также используется метод мышечно-двигательного чувства. Преподаватель направляет внимание ученика на ощущение, возникающее в мышцах, суставах, связках, при выполнении двигательных действий. Например, предложить ученику побегать за лидером, догнать его. Следует обратить внимание ученика на работу рук, ног, прочувствовать мышечное ощущение. А затем предложить ученику бежать самостоятельно, стараясь воспроизвести те же мышечные усилия, которые он ощущал при беге за лидером. Можно пользоваться методом звукового показа, когда учитель акцентирует внимание ученика на сознательно подчеркнутые звуком характер, скорость, ритм, темп, мягкость или резкость выполняемого упражнения. Например, прыжок с разбега в длину. Вслушиваясь в звуки, которые сопровождают прыгуна, можно услышать его довольно звучный бег в начале, затем замедление и нарастающий звук при толчке. По длительности полета (отсутствие звука), учитывая время полета от толчка до приземления, дети приблизительно могут определить длину прыжка. Регулярное прослушивание ребятами себя и своих товарищей при выполнении различных упражнений полезно для развития слухового анализатора. Метод дистанционного управления - это когда учитель управляет действиями ученика с расстояния, посредством следующих команд: "поверни направо", "поверни налево", "иди вперед", "3 шага вперед, вправо, влево и т.д." Метод стимулирования двигательной активности. Отсутствие ярких зрительных представлений обедняет эмоциональную жизнь детей с патологией зрения, снижает их познавательную и двигательную активность. При правильном руководстве аномальные дети овладевают различными двигательными навыками и умениями, у них формируются морально-волевые качества - смелость, уверенность в своих силах. Необходимо как можно чаще поощрять детей. Итак, в выборе и применении методов и приемов приоритетное положение отводится тому, что наилучшим образом обеспечивает развитие двигательной моторики слепых и слабовидящих. Основными требованиями, которые определяют специфику подбора методов обучения двигательным действиям детей с нарушениями зрения, являются следующие: - Учебная деятельность школьников с нарушениями зрения основывается на сочетании методов обучения. - Восприятие учебного материала незрячими осуществляется преимущественно осязательно-слуховым способом, слабовидящими - зрительно-слуховым. - При подборе методов обучения учитывается их коррекционно-компенсаторное значение, возраст ребенка, время возникновения дефекта (сохранились ли зрительные представления). - Использование индивидуального и дифференцированного подхода к каждому ребенку. - Используя метод объяснения, следует помнить, что основное место отводится рассуждению, благодаря которому ученик должен осознать и представить себе правильный двигательный образ. - Используя звуковой метод, следует помнить, что звуковые сигналы заменяют зрительные восприятия. Источник звука устанавливается на уровне лица занимающегося, ввиду того, что на этой высоте он наиболее хорошо воспринимается. -

При изготовлении наглядных пособий и их использовании необходимо учитывать требования, предъявляемые в тифлопедагогике к методу наглядности (описаны выше). - При выборе метода обучения учитывается необходимость воспитания активности, самостоятельности, переноса в повседневную жизнь сформированных навыков правильной осанки, позы, движений и т.д. - Следует умышленно создавать благоприятные условия для компенсации и коррекции двигательных функций, создавать ситуации занимательности, успеха, подчеркивать достижения ребенка, а ошибки обсуждать наедине. Создавать ситуации для творческого самовыражения ребенка в игре. Использовать методы обучения, которые будут способствовать формированию адекватной самооценки школьных успехов. - Программировать физическую активность (занятия по программам, улучшающим двигательную активность), что увеличит возможность социальных и эмоциональных контактов незрячих и слабовидящих детей. Следует отметить, что в обучении слепых и слабовидящих детей двигательным действиям крайне редко применяется какой-либо один метод, обычно используется сочетание нескольких взаимно дополняющих методов, которые определяются целями и задачами урока.

Использование сохранных анализаторов.

Учебная деятельность школьников с нарушениями зрения основывается на взаимодействии анализаторов. На основе взаимодействия анализаторов, у слепых и слабовидящих включаются компенсаторные механизмы, которые способствуют. Задача по использованию сохранных анализаторов может быть общей для учащихся всего класса, а содержание и приемы коррекционной работы для реализации поставленной задачи разные: путем индивидуального, дифференцированного подхода к каждому ребёнку с учётом его возможностей, способностей и предыдущего сенсорного опыта. Соблюдая принцип компенсаторной направленности на основе сенсорного развития в процессе познавательной и игровой деятельности, на уроках физкультуры и ЛФК активно используется взаимодействие сохранных анализаторов (остаточное зрение, слух, осязание, обоняние, мышечно-двигательное чувство и др.). При использовании и развитии остаточного зрения следует пользоваться сочетанием общеразвивающих и специальных упражнений, способствующих, прежде всего, охране зрения, формированию зрительных представлений, тренировке зрительных функций глаза. Обучать пользованию остаточным зрением в узнавании знакомых предметов, распознаванию зрительных признаков спортивного инвентаря, наполняющего спортивный зал (по цвету, форме, величине). Развивать зрительные представления при поворотах на 90°, 180°, анализируя изменение пространственных соотношений. Для развития зрительного восприятия оценивать с учащимися удаленность предметов в пространстве при метании мячей, прыжках в длину и др. упражнениях. Следует обучать использованию сформированных навыков зрительного восприятия и зрительных представлений в повседневной жизни. Большое значение имеют развитие и использование слухового анализатора, который в условиях отсутствия зрения является одним из главных в сенсорной системе. Воспринимая звуки, ребенок с нарушением зрения ориентируется в окружающей среде, определяет направление и нахождение звука, это даёт возможность незрячим детям познать окружающий мир. С помощью осязания у детей с нарушением зрения на уроках физкультуры и ЛФК достигается возможность получать представление о шероховатости, твердости, давлении и температуре предметов. Осязание выступает как предметно-познавательное средство. Известно, что при обследовании предмета целесообразно использовать обе руки, так как это не только ускоряет и облегчает, но и повышает качество работы, уточняет объёмность, направление и соотношение частей воспринимаемого. На уроках и занятиях ЛФК используется осязательное изучение адаптированных наглядных пособий (рельефных плакатов, планов спортивного зала, альбома "Азбука движений", спортивного инвентаря). Дети обучаются различению предметов по характеру поверхности (дерево, ткань, металл, кожа, резина, пластик, ребристая доска и т.п.); весу и объёму; определению характеристик грунта ногами (деревянное покрытие, резиновая дорожка, ковровое покрытие, линолеум, асфальт, травяной покров, утрамбованный или рыхлый снег и т.д.). На основании подошвенного ощущения (места соединений ковровых покрытий образуют ощутимую полосу) дети строятся в шеренгу, находят и другие ори-

ентиры в спортивном зале. С помощью осязания, касаясь рукой основных осязательных ориентиров на маршруте, учащиеся могут осуществлять самостоятельное передвижение по спортивному залу и спортивной площадке. Предварительно дети знакомятся с местом занятий, с осязательными ориентирами, встречающимися на маршруте, у них формируются представления о предметах, спортивном инвентаре, расположении окон, дверей, тренажеров и др. ориентиров. Это способствует преодолению боязни пространства и чувства неуверенности в своих возможностях. Младших школьников необходимо научить различать источники тепла (солнце, нагревательные приборы) и их местонахождение по характеру теплопроводимости. Б.И. Коваленко (1975) отмечал, что температурная чувствительность в результате тренировки повышается в 10-15 раз. Наряду с общими образовательными задачами на уроках физкультуры и ЛФК должно внимание уделять сочетанию работы сохранных анализаторов (зрительного, слухового и тактильного). Преподавателю ЛФК в повседневной работе приходится соприкасаться с рядом терминов и понятий современной дефектологии. В связи с этим предлагается перечень специальных терминов и понятий - глоссарий тифлопедагога. В него включены, термины и понятия, с которыми наиболее часто приходится работать учителю физического воспитания и ЛФК

Памятка для родителей

Лечебная физкультура у детей с нарушением зрения.

Нарушение зрения вызывают значительные затруднения в познании окружающего мира, сужает общественные контакты, ограничивает ориентировку и возможность заниматься многими видами деятельности.

В настоящее время различные заболевания глаз, особенно рефракция

(близорукость, дальнозоркость, астигматизм и др.) достигли больших размеров и начинаются уже в дошкольном возрасте.

Доказано, что зрительные нарушения вызывают целый ряд отклонений в развитии ребёнка:

✓ Физиологические отклонения:

- снижение остроты зрения,
- сужение поля зрения,
- нарушение светоразличительных функций, фиксации взора, глазодвигательных функций.

✓ Физические отклонения:

- нарушение осанки,
- плоскостопие,
- мышечная слабость,

Задачи:

1. Развитие и тренировка зрительного внимания,
2. Развитие координации движений,
3. формирование пространственной ориентировки.

Для детей с нарушением зрения необходима физическая культура в особенности ЛФК:

Лечебная физкультура направлена на лечение заболеваний, профилактику их осложнений, на предупреждение обострений у дошкольников с нарушением зрения.

Вследствие трудностей зрительно – двигательной ориентации у детей с нарушением зрения наблюдается гиподинамия, нарушение осанки, плоскостопие, снижение функциональной деятельности дыхания и сердечно – сосудистой системы.

При планировании и проведении занятий должны быть учтены особенности организма детей, их пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физиче-

ским нагрузкам. Систематические разнообразные занятия физическими упражнениями, планомерное повышение нагрузок дадут устойчивое повышение двигательной активности.

На занятиях ЛФК необходимо использовать специальное оборудование (звуковые сигналы, световые и цветовые ориентиры, различные тренажёры и т. д.) которое обеспечит избирательное воздействие физических упражнений на ребёнка.

1. На занятиях проводятся упражнения для зрительно – двигательной ориентации:

-Отводить глаза вправо, влево, не поворачивая головы из исходных положений стоя, сидя;

-Поднимать глаза вверх, не поднимая головы, опускать вниз.

2. Упражнения для снятия зрительного утомления:

-Крепко зажмурить глаза на 3 – 5 секунд, а затем открыть на 3 – 5 секунд;

-Быстро моргать глазами в течение 30 – 60 сек.;

-Смотреть на конец пальца вытянутой руки, медленно сгибая, приблизить палец к глазам (смотреть 3 – 5 сек.);

-Отводить правую руку в сторону, медленно передвигать палец согнутой руки справа налево и неподвижно следить глазами за пальцами, затем слева направо.

-Прикладывать палец к носу, смотреть на него, убирать, снова смотреть на кончик носа;

-Смотреть вправо, влево, вверх, вниз, не поворачивая головы, глаза закрыты.

3. Упражнения на формирование правильной осанки:

-Из различных исходных положений: стоя, сидя, на четвереньках, лёжа

На укрепление мышц спины, мышц живота, исключая упражнения на напряжение и задержку дыхания.

4. На коррекцию и профилактику плоскостопия;

-Собирание пальцами ног мелких предметов (пробки, пуговицы, карандаши и т.д.);

-Катать стопами ног мячи, гимнастические палки;

-Выполнять круговые движения стоп правой, затем левой ноги;

Большое значение на занятиях по ЛФК приобретают игры, так как игровые ситуации позволяют снимать у детей неуверенность, скованность в двигательных актах. На всех занятиях ЛФК необходимо уделять внимание упражнению и активизации зрения, укреплению мышечного аппарата

Вопросы физического воспитания детей с нарушениями слуха рассмотрены в работах Трофимовой Г. В., Коржовой А. А., Власовой Т. М. и Пфафенродт А. Н. В системе обучения и воспитания детей с нарушениями слуха важное значение придается физическому воспитанию, направленному на охрану и укрепление их здоровья, гармоничное физическое развитие, развитие потребности в двигательной активности, формирование основных движений и двигательных качеств, коррекцию и профилактику нарушений физического развития.

Решение коррекционных задач связано с преодолением некоторых особенностей, обусловленных снижением слуха и нарушением деятельности вестибулярного аппарата, возникшим в результате тяжелых заболеваний перенесенных детьми. Коррекция отклонений в моторном развитии предполагает тренировку функции равновесия, формирование правильной осанки, коррекцию и профилактику плоскостопия, развитие дыхания, координации движений. Одной из важных коррекционных задач физического воспитания незлышащих и слабослышащих детей является развитие их ориентировки в пространстве. Правильно организованное физическое воспитание развивает активность детей, повышает работоспособность, что позволяет успешно проводить воспитательную и коррекционно-образовательную работу.

Для более эффективной работы по преодолению недостатков двигательного развития и по формированию звукопроизношения у слабослышащих детей в системе коррекционной работы используют фонетическую ритмику. Фонетическая ритмика - это система двигатель-

ных упражнений, в которых различные движения (корпуса, головы, рук, ног) сочетаются с произнесением определенного речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков). Цели, которые определяют основные направления в занятиях по фонетической ритмике, заключаются в том, чтобы соединить работу речедвигательного и слухового анализаторов с развитием общей моторики; способствовать формированию у слабослышащих детей естественной речи с выраженной интонационной и ритмической стороной в процессе перехода общей моторики к речедвигательной; развивать слуховое восприятие учащихся и использовать его в ходе формирования и коррекции произносительных навыков. Содержание и цели работы над произносительной стороной речи слабослышащих учащихся с использованием метода фонетической ритмики рассмотрены в работах Власовой Т. М. и Пфафенродт А.Н. (1996). Авторы разработали систему, включающую несколько разделов: музыкально-ритмические стимуляции (только движения, без проговаривания), направленные на нормализацию дыхания, развитие чувства ритма, развитие движений; работа над звуками речи и их сочетаниями; ритмом и темпом; речевым дыханием и слитностью; голосом и интонацией. Все разделы одинаково важны в работе над речью, и все они тесно взаимосвязаны между собой.

У детей с **церебральным параличом (ДЦП)** встречаются наиболее тяжелые отклонения в развитии всех двигательных функций. В силу двигательных нарушений у этих детей статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи. Поэтому физическое воспитание детей с церебральным параличом занимает важное место в системе коррекционно-педагогической работы.

Вопросы физического воспитания этих детей рассмотрены в исследованиях М. В. Ипполитовой, Р. Д. Бабенковой, В. А. Бубновой, Е. М. Мастюковой и др. В работе И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько «Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» обобщены основные подходы к физическому воспитанию детей с церебральным параличом.

Основной целью физического воспитания является развитие двигательных функций ребенка и коррекция их нарушений. Физическое воспитание детей с церебральным параличом отличается своеобразием. Оно ставит перед собой те же цели и задачи, что и физическое воспитание здоровых детей, однако специфические особенности развития моторики детей с ДЦП требуют применения особых методов и приемов. Особое значение имеет ранняя стимуляция развития основных двигательных навыков. В связи с этим физическое воспитание детей с двигательными нарушениями должно начинаться с первых месяцев жизни. Моторное развитие при ДЦП не просто замедленно, но и качественно нарушено на каждом этапе. Поэтому в основе физического воспитания этих детей лежит онтогенетически последовательная стимуляция моторного развития, с учетом качественно специфических нарушений, характерных для разных клинических форм заболеваний. Развитие общих движений проводится поэтапно в ходе специальных упражнений, с учетом степени сформированности основных двигательных функций.

Ведущую роль в развитии движений у детей с церебральным параличом играют лечебная физкультура (ЛФК) и массаж. Для каждого ребенка подбирается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры и массажа, в зависимости от формы заболевания и возраста. Основными задачами лечебной физкультуры являются торможение патологической тонической рефлекторной активности, нормализация на этой основе мышечного тонуса и облегчение произвольных движений, тренировка последовательного развития двигательных навыков ребенка. Наряду с ЛФК широко применяется лечебный и точечный массаж. Это способствует расслаблению спастичных мышц и укрепляет, стимулирует функционирование ослабленных мышц.

Важной задачей физического воспитания при ДЦП является укрепление общего здоровья ребенка. Наибольшее значение при этом имеет соблюдение режима, нормализация жиз-

ненно важных функций организма- питания и сна, закаливание, способствующее повышению устойчивости к простудным заболеваниям. Важно соблюдать общий двигательный режим.

Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук - еще одна из важнейших задач, тесно связанная с формированием общей моторики. Тренировка функциональных возможностей кистей и пальцев рук улучшает не только общую моторику ребенка, но и развитие психики и речи. В свою очередь, формирование движений кисти тесно связано с созреванием двигательного анализатора, развитием зрительного восприятия, различных видов чувствительности, гнозиса, праксиса, пространственной ориентации, координации движений. При лечебно-педагогической работе учитываются функциональные этапы становления моторики кисти и пальцев рук.

Принципы физкультурно-оздоровительной и лечебной работы с детьми, страдающими церебральными параличами, рассмотрены в книге И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько, являются универсальными и широко используются в коррекционной работе с другими категориями детей, имеющими отклонения в развитии. Это объясняется тем, что при любом отклонении в развитии у детей встречаются те или иные двигательные нарушения. Поэтому, учитывая место двигательных нарушений в структуре дефекта, необходимо проводить все описанные выше мероприятия для нормализации и развития не только моторных, но и всех психических функций ребенка.

В системе обучения и воспитания детей с нарушениями речи также большое значение придается моторному развитию ребенка. Поскольку группа детей с нарушениями речи очень неоднородна по своему составу, то и двигательное и психомоторное развитие детей этой категории варьируется в достаточно широких рамках. Так, у детей с дислалией, как правило, не наблюдается серьезных нарушений общей моторики, отмечаются лишь незначительные нарушения тонкой моторики рук и пальцев. При ринолалии наблюдаются значительные нарушения общей, тонкой произвольной, лицевой и речевой моторики. У этих детей отмечается астенизация организма, вялость, сниженный мышечный тонус, нарушения координации, плавности движений. У детей с дизартрией встречаются разной степени выраженности нарушения мышечного тонуса, гиперкинезы, стертые парезы, приводящие к двигательной неловкости, малому объему движений, недостаточному их темпу и переключаемости. При разных формах заикания отмечается разное состояние моторной функции. У части заикающихся наблюдается опережение моторного развития, у других - отставание в развитии моторных функций. Движения этих детей характеризуются недостаточной четкостью и организованностью, неуверенностью; выявляются затруднения в точном удержании позы, темповые расстройства, слабое развитие чувства ритма, нарушения одновременности движений, страдает выразительность движений, быстрота двигательной реакции; имеют место неточность, суетливость при выполнении мелких движений, патологические движения, синкинезии (Г. А. Волкова, 1985).

Дети с речевой патологией, имеющей органическую природу нарушения, обычно различаются по состоянию двигательной сферы на возбудимых с явлениями отвлекаемости, нетерпеливости, неустойчивости и заторможенных с явлениями вялости, адинамичности,

Во всех коррекционных программах обучения и воспитания детей с нарушениями речи обязательно выделяется работа по разделу «моторное развитие». В нем предусматривается формирование полноценных двигательных навыков, овладение точно координированными и специализированными движениями рук. В процессе правильно организованных занятий устраняются некоординированные, скованные, недостаточно ритмичные движения, дети обучаются дифференцированным навыкам. Коррекция особенностей моторного развития осуществляется путем специальных упражнений и общепринятых способов физического воспитания. Она направлена на нормализацию мышечного тонуса, исправление неправильных поз, развитие статической выносливости, равновесия, упорядочение темпа движений, синхронного взаимодействия между движениями и речью, запоминание серии двигательных

актов, воспитание быстроты реакции на словесные инструкции, развитие тонких двигательных координации, необходимых для полноценного становления навыков письма. Особое внимание уделяется развитию тонкой моторики пальцев рук (Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, 1991).

При различных нарушениях речи в коррекционной работе широко используются занятия логопедической ритмикой, подробно рассмотренные Г. А. Волковой (1985). Логопедическая ритмика - это одна из форм своеобразной активной терапии, ее понимание основано на использовании слова, музыки, движения в реабилитационных целях. Занятия логоритмикой укрепляют мышечный аппарат, развивают дыхание, моторные функции, воспитывают правильную осанку, фацию движений, силу, выносливость, координацию движений, силу и тембр голоса. В логоритмике можно выделить два основных звена. Первое - развитие и коррекция неречевых процессов у детей с речевой патологией. Второе - развитие речи и коррекция речевых нарушений, воспитание темпа и ритма дыхания и речи, фонематического слуха. Основной принцип всех видов работы - тесная связь движения с музыкой, включение речевого материала. В упражнениях большое внимание уделяется слову. Введение слова дает возможность создавать целый ряд упражнений, руководимых не музыкальным режимом, а режимом в стихотворной форме, позволяющим сохранить при этом принцип ритмичности в движениях. Обязательным условием проведения логоритмики является включение большого количества речевых заданий, Музыкальное сопровождение выполняет не только «ритмическую» функцию, но и создает определенное эмоциональное настроение, помогает ощутить всю красоту произведения. Здесь важен как четкий ритмический рисунок, так и художественное содержание. Логопедическая ритмика строится в зависимости от логопедического коррекционного курса.

У детей с **задержкой психического развития**, как правило, не наблюдается тяжелых двигательных расстройств. Однако, при более пристальном рассмотрении обнаруживается отставание в физическом развитии, несформированность техники в основных видах движений, недостаточность двигательных качеств, несовершенство мелкой моторики рук. Поэтому практически во всех научных работах, посвященных проблеме задержки психического развития, в программах обучения и воспитания детей с ЗГТР, методических рекомендациях к проведению коррекционной работы с этими детьми, - везде указывается на необходимость проводить специальные мероприятия, направленные на охрану и укрепление здоровья, коррекцию и развитие общей и мелкой моторики, развитие зрительно - моторной координации, графомоторных навыков детей с ЗПР. Однако ни в одной публикации нет описания сколько ни будь стройной, последовательной системы физкультурно-оздоровительной и лечебно-профилактической работы с данной категорией детей, особенно дошкольного возраста.

Так в системе коррекционной работы с детьми данной категории, предложенной Э. Я. Пекелис (1972), определенное внимание, наряду с другими сторонами, было направлено на совершенствование моторики детей. В результате двух-трехлетнего посещения детьми групповых занятий с одновременным обучением в школе заметно организовалось их поведение, улучшилось внимание, целенаправленность деятельности, появилось чувство ответственности, сформировались школьные интересы.

В своих исследованиях У. В. Ульяновская (1980,1994) говорит о том, что в системе коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с ЗПР значительная роль принадлежит физкультурным занятиям, корригирующей гимнастике, занятиям ритмикой, лечебной физкультурой. Особое внимание уделяется развитию мелкой моторики. Такая система работы в большинстве случаев способствует значительному продвижению детей.

Н. Ю. Борзякова (2000) в учебно-методическом пособии «Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития» указывает на необходимость совершенствования двигательных функций детей с ЗПР, начиная с раннего возраста. Поскольку дети, поступающие в специализированные группы детского сада, отличаются целым рядом особенностей. Как правило, это соматически ослабленные дети, отстающие не только в

психическом, но и в физическом развитии. В анамнезе отмечается задержка в формировании статических и локомоторных функций, при обследовании выявляется несформированность всех компонентов двигательного статуса (физического развития, техники движений, двигательных качеств) по отношению к возрастным возможностям. Общая моторная неловкость и недостаточность мелкой моторики обуславливают несформированность навыков самообслуживания: многие затрудняются в использовании ложки, в процессе одевания и др.

В связи с вышеперечисленными особенностями в программу коррекционной работы с детьми раннего возраста с ЗПР, названной «Ступеньки развития», включен раздел «Развитие общей и мелкой моторики. Формирование элементарных графомоторных навыков». Построение программы осуществляется по спирали: на каждом следующем этапе усложняются этапы работы и в каждом виде деятельности навыки не только закрепляются, но и усложняются. Однако в этой работе представлены лишь общие подходы к физическому развитию ребенка с ЗПР, но организационные аспекты и содержание коррекционной работы по физическому воспитанию не раскрываются.

Н. Г. Любушкина (1976) описывает приемы работы, которые использовались для развития мелких движений руки и точности координации в процессе экспериментального обучения, направленного на подготовку детей с ЗПР в школу. Детей обучали рисованию карандашом, лепке, аппликации, конструированию. Большое внимание уделялось изображению мелких деталей рисунков. Данные занятия способствовали развитию точности и направленности движений.

И. Ф. Марковская и Е. А. Екжанова (1988) представили свою систему развития мелкой моторики рук у детей с задержкой психического развития, применения которой в начальных классах школ для детей с ЗПР, а также в подготовительных группах специальных детских садов дала положительные результаты.

Р. Д. Тригер (1981, 2000) разработала систему работы по подготовке к обучению грамоте детей с ЗПР, в которую входит развитие мелкой моторики пальцев рук и развитие зрительно - моторной координации. Это подготавливает детей к овладению навыком письма и чтения. На необходимость развития зрительно-моторной и слухо-моторной координации у детей с ЗПР в период подготовки к обучению чтению указывает Н. А. Цыпина (1994).

Одной из интересных точек зрения американских авторов на трудности в обучении у детей, является идея о влиянии определенной физической активности на развитие более высокого уровня способности к обучению у данной категории детей.

Одним из наиболее известных сторонников этих взглядов является С. Delacato (1963), который исходя из своей концепции о трудностях в обучении, разработал серию двигательных упражнений, направленных на совершенствование работы нервной системы и являющихся «лекарством» при неврологической недостаточности.

N.S. Kephart (1968) решающим в преодолении неуспеваемости детей с «замедленным темпом обучения» считал предварительное обучение их перцептивно-моторным умениям. Для развития моторной сферы он предлагал такие задания как:

- различные упражнения на меловой доске, направленные на тренировку мышц кисти и пальцев рук, развитие точности движений, их одновременности;
- упражнения способствующие обучению балансировке (использование балансировочной доски);
- упражнения на батуте, обучающие детей координации и мышечному контролю;
- различные игры при физическом обучении;
- ритмические упражнения и т. д.

Под влиянием этого ученого в дальнейшем были разработаны учебные планы, приемы, которые учитывали двигательные аспекты в обучении детей данной категории.

Таким образом, в исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано, что работа по коррекции недостатков моторной сферы детей с ЗПР как дошкольного, так и школьного возраста положительно влияет на развитие их интеллектуальной и речевой деятельности, а также на их общее развитие. Использование возможностей такой коррекции необходимо как в организованных формах обучения и воспитания детей с ЗПР, так и в условиях семьи.

В целом, можно выявить общие подходы к физическому воспитанию детей с нарушениями развития: огромное значение имеет целенаправленное преодоление недостатков моторики, развитие двигательной активности, охрана и укрепление здоровья детей. Физическое воспитание всегда является важной частью общей системы обучения, воспитания и лечения детей с нарушениями развития. Однако, ни для какой категории детей с нарушениями в развитии практически не разработана комплексная система физкультурно-оздоровительной работы, учитывающая особенности физического развития детей данной категории и отражающая современные подходы к оздоровлению и физическому воспитанию детей.

Тема 3.2. Формы проведения занятий по ЛФК

Основной формой коррекции вторичных отклонений в физическом развитии слабовидящих детей является специальное занятие, предусмотренное учебным планом и включенное в его специальный раздел (коррекционно-адаптационная область). Содержание урока, так же как и урока физкультуры, определяется задачами программного материала. Результативность усвоения программного материала не оценивается по пятибалльной системе, как это принято на общеобразовательном уроке, так как невыполнение того или иного упражнения может быть обусловлено тяжестью дефекта развития ребёнка. При этом учитель прослеживает динамику развития физических качеств, которые корректируются и совершенствуются в процессе обучения. Степень усвоения умений и навыков соотносится с требованиями программного материала, учитывается характер самостоятельного выполнения заданий и перенос в свободную самостоятельную деятельность. Реализация программы по ЛФК предусматривает активное участие учителей, ведущих общеобразовательные предметы (физкультминутки на общеобразовательных уроках с использованием упражнений для формирования. Занятия могут быть подгрупповыми и индивидуальными. Подгрупповые занятия ЛФК формируются с учетом возрастных особенностей младшего школьного возраста, специфических отклонений в физическом развитии, офтальмологического заболевания и сочетанной патологии незрячих и слабовидящих детей. Для детей, которым необходимо дополнительное время для формирования двигательных навыков и умений, предусматриваются индивидуальные занятия. Как в подгрупповых, так и в индивидуальных занятиях присутствуют следующие формы двигательной деятельности детей: - игровая - подвижные игры, направленные на формирование правильной осанки, на развитие координации движений, на овладение навыками пространственной ориентировки, на развитие сохранных анализаторов и т.д.

- сюжетно-ролевая - спортивные праздники для закрепления двигательных навыков; сюжетно-ролевые игры;

- зачетная - сдача программных нормативов с занесением данных в карту динамики физического развития;

- закаливающая - утренняя зарядка, плавание, занятия на лыжах, катание на санках, подвижные игры на свежем воздухе;

- физкультурные минутки на общеобразовательных уроках.

Схема построения урока по ЛФК.

Урок ЛФК отличается от общеобразовательного урока физкультуры тем, что он несет коррекционную направленность на компенсацию вторичных отклонений с учетом состояния первичного дефекта. Содержание его обуславливается задачами программного материала по ЛФК для детей со зрительной патологией. Урок ЛФК состоит из трех частей: вводная часть,

основная и заключительная. Вводная часть занимает 1/6 - 1/8, основная - 3/4 и заключительная - 1/8 часть общего времени урока. Вводная часть представляет собой постепенную подготовку организма к предстоящей физиологической нагрузке.

При этом предусматриваются следующие задачи:

- 1) организация группы, концентрация внимания;
- 2) воспитание сознательного отношения к принятию правильного положения тела;
- 3) создание эмоционального настроения на занятие;
- 4) умеренное воздействие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы; умеренная стимуляция обмена веществ;
- 5) прямое или косвенное воздействие на те недостатки, которые преобладают у ученика;
- 6) активизация работы сохранных анализаторов;
- 7) оптимальный выбор исходного положения для основной части урока. Можно использовать методы разностороннего влияния на организм. В частности, ходьба простая и усложненная (с остановками, изменением направления); упражнения, способствующие повышению обменных процессов (бег с изменением темпа); общеразвивающие упражнения без предметов, с предметами; танцевальные упражнения; простейшие упражнения в равновесии и координации движений; сочетание упражнений на дыхание и расслабление; упражнения на формирование правильной осанки; на формирование пространственных представлений; упражнения на использование и развитие сохранных анализаторов.

Цель основной части - изменение величины физиологической нагрузки на организм. В этой части урока решаются следующие основные задачи:

- 1) освоение основных двигательных умений и навыков, предусмотренных программой;
- 2) ликвидация недостатков физического развития с учетом индивидуального и дифференцированного подхода. В положении лежа, сидя или стоя выполнять упражнения: для мышц живота и спины, улучшающие дыхательную функцию; в лазании и перелезании; в равновесии; зрительная работа у зеркала, тактильная у гимнастической стенки; для профилактики плоскостопия; на расслабление; для укрепления мышц глаза; для нормализации подвижности позвоночника (самовытяжение и смешанные висы); для развития мелкой моторики руки. Кроме этого предусматриваются также индивидуальные и специальные задания с учетом специфических особенностей развития аномального ребенка. Занятия на тренажерах (механотерапия) для развития вестибулярного аппарата и предупреждения плоскостопия. Используются адаптированные подвижные игры и сюжетно-ролевые игры с корригирующей направленностью.

В заключительной части предусматривается снижение физиологической нагрузки, нормализация деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, введение облегченного исходного положения. Снятие утомления, закрепление сформированных в основной части урока навыков, переход к дальнейшему включению учащихся в режим дня. Эти задания выполняются путем упражнений на внимание, для глаз, на расслабление, дыхательных, ритмических и танцевальных, ходьбой в медленном темпе, играми малой интенсивности ("Тише едешь - дальше будешь", "Пограничники" и др.), выполнение задания на внимание (десять шагов вперед, 9 - назад, 9 шагов вперед, 8 - назад и пр.).

ЛФК и лечебная гимнастика при ДЦП

Неотъемлемой частью медицинской реабилитации больных ДЦП является ЛФК, в которой используется комплексная функциональная терапия, сочетающая физические упражнения, необходимых для стимуляции внутренних резервов организма больного, а также для профилактики и лечения заболеваний, возникших вследствие вынужденной гиподинамии.

Средствами ЛФК являются массаж, закаливание, физические упражнения и мануальная терапия, отдельные виды трудовой деятельности. Все эти методы организации двигательного

режима больных с ДЦП являются очень важными компонентами лечения практически во всех лечебно-профилактических учреждениях и центрах реабилитации. ЛФК представляет собой, прежде всего, терапию регуляторных механизмов, в которой используются наиболее оптимальные биологические способы мобилизации собственных компенсаторных и защитных свойств организма пациента для устранения патологических процессов. Таким образом, поддерживается и даже восстанавливается здоровье. Положительные эмоции в сочетании с активным двигательным режимом – источник энергии, необходимой для самозащиты организма практически на всех уровнях жизнедеятельности.

При использовании ЛФК у больных с ДЦП тренируется весь организм. Вследствие этого наблюдается весьма положительный эффект. Причем механизмы и принципы развития тренированности ничем не отличаются друг от друга как в норме, так и при патологии. Спортивные тренировки и лечебная физкультура отличаются лишь уровнем и объемом. В первом случае максимально повышаются функциональные возможности организма спортсмена, его отдельных органов и систем. А во втором – дозированные тренировки позволяют улучшить функциональное состояние больного человека иногда до уровня человека здорового. Конечно же, для получения положительного реабилитационного эффекта у детей с ДЦП работать придется долго и упорно. В период остаточных явлений лечебная физкультура помогает справиться со следующими негативными явлениями:

1. Она улучшает подвижность суставов, корректирует порочные установки ОДА. Улучшает равновесие и координацию движений.
2. Снижает гипертонус мышц сгибателей и приводящих мышц. Укрепляет ослабленные мышцы.
3. Стабилизирует правильное положение тела. Закрепляет навык самостоятельного стояния и ходьбы.
4. Благодаря ЛФК, расширяется общая двигательная активность маленького пациента. Тренируются возрастные двигательные навыки.
5. Вместе с родителями и воспитателями ребенок учится обслуживать себя. Постигает основные виды бытовой деятельности.

Поставленные задачи решаются посредством следующих групп упражнений:

1. Динамические упражнения и упражнения на расслабление. Маховые движения и ритмичное пассивное потряхивание рук и ног.
2. Упражнения на мяче большого диаметра. Пассивно-активные и активные упражнения в положении сидя и лежа.
3. Упражнения с различными предметами под музыкальный аккомпанемент. Развитие выразительности движений. Упражнения для головы в положении сидя и стоя. Переключение на новые условия деятельности. Упражнения с разными видами ходьбы и пр.
4. Упражнения на принятие правильной осанки у опоры в различных исходных положениях, находясь перед зеркалом.
5. Упражнения, благодаря которым тренируются основные возрастные двигательные навыки (лазание, ползание, бег, прыжки и метания). Упражнения в движении, при которых часто меняется исходное положение.
6. Упражнения, основанные на игре: «как я причесываюсь», «как я одеваюсь» и т.д.

Формируются движения обязательно в строго определенной последовательности: начиная с головы, затем задействуются руки – туловище – руки – снова туловище – ноги. Далее задействуются все части тела. Движения конечностями выполняются сначала в крупных суставах, т.е., локтевом и тазобедренном. Лишь затем захватываются средние (локтевой и коленный) суставы и, наконец, лучезапястный и голеностопный сустав. Если у больного есть контрактуры, сколиоз, остеохондроз, укорочение конечностей, остеохондропатия или соматические заболевания, с учетом имеющихся патологий спектр задач может быть расши-

рен.

Комплекс ЛФК также расширяется в период остаточных явлений. В него входит массаж, трудотерапия, прикладные виды физических упражнений, физиотерапия (электрофорез, теплотечение, УВЧ), гидрокинезотерапия, ортопедия... По возможности включается иппотерапия, так как общение с таким прекрасным животным, как лошадь, оказывает очень благотворное влияние на состояние больного. По мере роста и развития объем суточной двигательной активности ребенка постепенно увеличивается.

В последние годы заметен подъем ЛФК. Он связан, прежде всего, с возникновением и развитием методов реабилитации в современной медицине. Оказалось, что средства ЛФК в системе реабилитации являются весьма эффективными. Было решено использовать их в большем объеме для лечения и профилактики различных заболеваний. Накопившийся опыт работы и приобретенные знания, позволяющие правильно определить тактику врачебных действий, убеждают в необходимости применения ЛФК. Далее вы можете ознакомиться с основными комплексами физических упражнений для коррекции, а также с методикой их применения для лечения больных с ДЦП.

Комплексы коррекционных физических упражнений и методика их применения

Прежде чем перейти непосредственно к занятиям физическими упражнениями необходимо помнить, что формирование движений должно производиться в строго определенной последовательности, а именно: начиная с головы, затем идут руки, руки — туловище, руки — туловище — ноги, ноги и совместные двигательные действия. При этом движения руками и ногами должны выполняться сначала в крупных суставах, расположенных ближе к Туловищу (плечевом и тазобедренном), затем постепенно захватывать средние суставы (локтевой и коленный) и далее смещаться к лучезапястному и голеностопному. Это правило не придумано, а взято из наблюдений за последовательностью этапов двигательного развития младенца первых лет жизни. Независимо от возраста ребенка (пусть ему уже 4—5 лет) в работе с ним определяется тот уровень двигательного развития, на котором он остановился. И если ребенок еще не может принять положение на четвереньках и ползать, то именно с этого и необходимо начинать работу. Однако, если мы будем работать только в одном, узком направлении, это снизит эффективность двигательного развития. Поэтому коррекционная программа по физическому воспитанию должна как бы «заглядывать» немного вперед и предусматривать также применение таких комплексов корригирующих упражнений, которые бы соответствовали более высокому (и в настоящий момент невозможному) уровню двигательного развития. Для этого необходимо определить двигательные коррекционные задачи для каждого ребёнка, которые будут решаться в процессе всего реабилитационного периода.

Основные двигательные коррекционные задачи:

а) формирование умения ползать на животе, самостоятельно принимать положение на четвереньках, передвигаться на четвереньках;

б) создавать условия, соответствующие более высокому уровню двигательного развития ребенка, а именно: элементы стойки на коленях, вставания с поддержкой с последовательной постановкой и выпрямлением ног, стояние у опоры с поддержкой, без поддержки и т. д.

Вспомогательные двигательные коррекционные задачи:

- а) коррекция порочной сгибательно-приводящей установки кистей;
- б) улучшение подвижности в суставах рук и в плечевом и тазобедренном;
- в) преодоление патологических тонических рефлексов;
- г) формирование опороспособности рук и плечевого пояса, а также стоп и нижних конечностей в целом;
- д) развитие статической и динамической устойчивости (равновесия);
- е) формирование предметной манипуляции руками;

ж) развитие ориентировки в собственной схеме тела и окружающем пространстве и др.

Специальные коррекционные задачи:

а) развитие речи посредством движения;

б) формирование пространственных представлений;

в) ознакомление с основными свойствами материалов и т. д.

Для того чтобы добиться хороших результатов, занятия физическими упражнениями у детей с ДЦП должны быть ежедневными и проходить в течение всего дня.

Упражнения для формирования вертикального положения головы

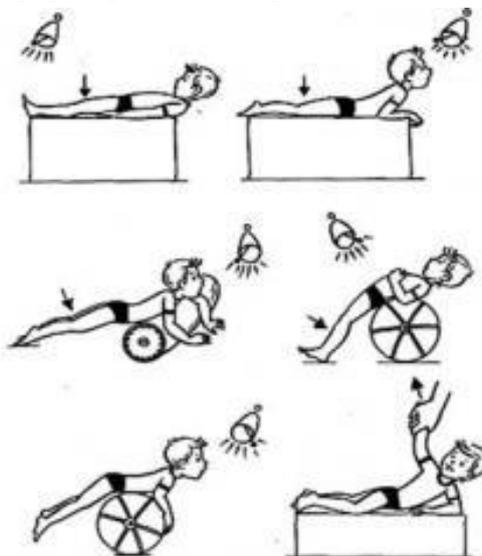


Рис. 1. Основные исходные положения и рабочие позы ребенка для формирования вертикального положения головы

Из исходного положения лежа на спине.

1. И. п. лежа на спине: при помощи погремушки, яркой игрушки или щелканья пальцами стимулировать повороты глазами и головой влево-вправо, круговые движения по часовой стрелке и против, сгибание и разгибание головы.

2. То же, но с подложенным под плечевой пояс валиком.

3. И. п. лежа на спине в позе «эмбриона» (ноги согнуты и прижаты к животу, руки скрещены на груди или вокруг коленей): плечевой пояс ребенка приподнимается руками методиста и выносится вперед — стимулируется подъем ребенком головы.

4. И. п. лежа на спине: ребенка слегка подтягивают за плечи — создаются условия для подъема головы.

5. То же, но тягу производить за предплечья или кисти — это способствует подъему головы, и затем туловища.

6. И. п. лежа на спине, ноги согнуты и разведены, кисти ребенка прижаты (прихвачены) к одноименным лодыжкам — вызывается подъем головы.

7. То же, но с покачиванием ребенка в данном положении вперед-назад (типа качалки).

8. И. п. лежа на спине, ноги ребенка прижаты ладонью методиста в районе коленного сустава, другой рукой захватывается кисть ребенка и выполняется тяга вперед — вверх — стимулируется подъем - поворот головы.

9. И. п. лежа на спине, ноги ребенка прижаты предплечьями методиста, а ладони располагаются с обеих сторон под головой ребенка — вызывается подъем головы.

10. И. п. лежа на спине, ребенку протягивается игрушка (палочка, трубочка, веревочка) для захвата пальцами рук, после чего выполняется легкая тяга ребенка за удерживаемый предмет до положения выпрямления рук и их натяжения — стимулируется подъем головы.

11. И.п. лежа на спине, держать ребенка за кисти выпрямленных и поднятых вперед рук: поочередное поднимание ребенка за каждую руку с поворотом на бок — вызывается поворот головы.

12. И. п. лежа на спине, руки методиста обхватывают голову ребенка слева и справа и выполняют пассивные движения ею влево-вправо, вперед-назад (для этого ребенок кладется на край кушетки, матрасика или топчана).

13. И. п. лежа на спине: самостоятельные повороты головы влево-вправо на звук (щелчок пальцами, потряхивание погремушкой и др.).

14. То же, но голова ребенка должна несколько выступать за край матраса или топчана.

15. И. п. лежа на спине, голова наполовину выступает за край матраса или топчана. Со стороны живота внимание ребенка привлекается игрушкой — это способствует попыткам самостоятельного подъема головы.

16. И. п. лежа на спине, на наклонной поверхности ($10\text{—}30^\circ$) головой вниз, руки в районе локтей прижаты методистом. Ассистент методиста (мать ребенка и т. д.), манипулируя игрушкой со словесным сопровождением, привлекает его внимание и стимулирует самостоятельный вывод головы в вертикальное положение.

17. То же, но с покачиванием вверх-вниз наклонной доски во время выполнения упражнения.

18. И. п. лежа на боку: стимулирование поворотов головы за погремушкой, яркой игрушкой, пощелкиванием пальцами.

19. И. п. лежа на боку: потянуть ребенка за руку, слегка приподнять для формирования устойчивого вертикального положения головы.

Упражнения для формирования положения на четвереньках

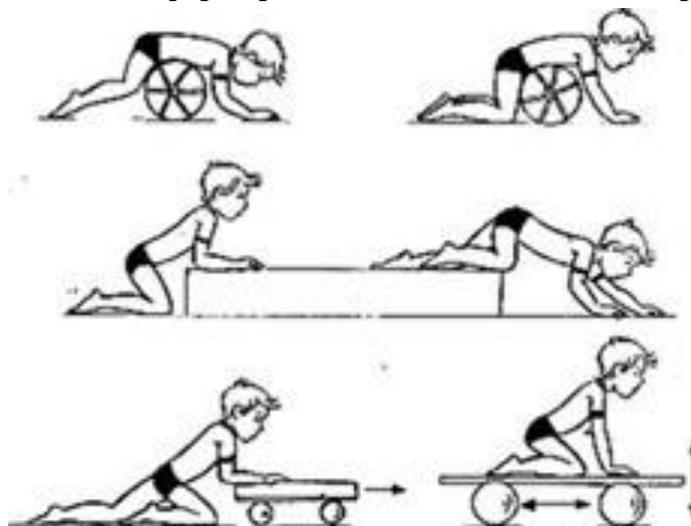


Рис. 2. Основные исходные положения и рабочие позы ребёнка для формирования положения на четвереньках

1. И. п. лежа на животе: методист выполняет пассивное выпрямление рук ребенка вдоль тела вверх, что приводит к подъему головы и сгибанию ног — происходит переход ребенка в положение на четвереньках (на основе симметричного тонического шейного рефлекса).

2. И. п. лежа животом на валике: методист пассивно разгибает голову ребенка, сгибает — разводит ноги — тяжесть тела переносится на тазовый пояс, руки при этом выполняют поддерживающую функцию.

3. И. п. лежа грудью на ладони методиста: методист приподнимает верхнюю часть тела ребенка под грудь вверх, при этом одной ноге пассивно придается положение сгибания.

4. И. п. лежа на животе, опора на вытянутые руки: методист сгибает одну ногу в колене — бедре и фиксирует ее в этом положении; затем подтягивает таз ребенка в сторону опорной ноги — предполагается сгибание и вынос вперед противоположной ноги.

5. И. п. сидя на пятках: методист отводит прямые руки ребенка назад — вверх, разворачивает кнаружи и приближает к позвоночному столбу — это вызывает наклон ребенка вперед.

6. И. п. сидя на пятках: методист вытягивает ребенка вверх за руки, надавливая при этом ногой на изгиб позвоночника.

7. И. п. на четвереньках: повороты головой в разные стороны.

8. И. П. На четвереньках: манипуляции одной рукой с предметами, что формирует устойчивое положение тела на трех опорах.

9. И. п. на четвереньках на подвижном стенде (доске, площадке):

с изменением угла наклона площадки ($10—45^\circ$) достигают перемещения массы тела ребенка поочередно на плечевой и тазовый пояс.

10. И. п. на четвереньках: при помощи игрушек (обращения, звуков) методист стимулирует отрыв одной из рук ребенка от опоры и легкими подталкиваниями с подстраховкой выводит его из устойчивого трехопорного положения.

11. И. п. на четвереньках: ребенок самостоятельно или с помощью методиста отрывает от опоры одновременно разноименные руку и ногу; методист помогает ребенку принять устойчивое положение с последующим переносом опоры на противоположные конечности.

12. И. п. стоя на четвереньках на качающейся твердой плоскости (подвижная доска) или эластичной поверхности батута: методист раскачивает ребенка сначала в одном направлении (сверху вниз) с заданным ритмом, а затем с изменением направления движений и ритма.

13. И. п. стоя на четвереньках на большом шаре (надувном мяче): методист удерживает ребенка за лодыжки и выполняет различные покачивания на мяче (вперед-назад, влево-вправо, вверх-вниз и в сочетаниях).

Упражнения для формирования функции сидения

Пассивное высаживание ребенка в кроватке, коляске и т. д., фиксируя его позу при помощи подушек, валиков или поддерживая руками.

Методист удерживает ребенка в воздухе за бедра в положении сидя, производя при этом покачивания в различных направлениях.



Рис. 3. Основные исходные положения и рабочие позы ребёнка для формирования функций сидения

1. И. п. — ребенок сидит с разведенными бедрами на ногах методиста, лицом к нему: методист удерживает ребенка под локти за выпрямленные и развернутые кнаружи руки, выполняя покачивания в различных направлениях.

2. И. п. — ребенок сидит на коленях методиста спиной к нему: методист захватывает руки ребенка, отводит их назад и разворачивает кнаружи, покачивая в таком положении.

3. И. п. сидя, прижимаясь спиной к опоре (стене, щиту, спинке кресла и т. д.), ноги согнуты, располагаются подошвами стоп на опоре; руки разогнуты и отведены назад.

4. И. п. сидя на батуте или другой эластичной (подвижной) поверхности: методист надавливает руками на голову или плечи ребенка, выполняя раскачивание вверх-вниз — ребенок при этом стремится выпрямиться.

5. И. п. сидя в специальном стульчике с опорой предплечьями о стол.

6. И. п. сидя на коврике, поддерживаясь двумя руками за поручень, трубку, натянутую веревку или пальцы методиста — сохранение устойчивого положения тела.

7. И. п. сидя на горизонтальной поверхности (площадке), руки предплечьями опираются на параллельные горизонтальные поручни типа «брусья», расположенные на удобной для ребенка высоте.

8. И. п. сидя на горизонтальной поверхности (площадке), хват руками о вертикальный, жестко стоящий поручень — сохранение устойчивой позы в данном положении.

9. И. п. сидя на горизонтальной поверхности, хват руками сверху за поперечный поручень, располагаемый на различной высоте и удалении от ребенка, — сохранение устойчивой позы.

10. То же, но хват кистями производится за натянутый канат, веревку или эластичный жгут, расположенные: а) перед ребенком; б) сбоку от него — на определенной высоте. Сохранение устойчивой позы.

11. И. п. сидя, упор руками сзади: методист легкими разнонаправленными подталкиваниями выводит ребенка из равновесия, которое он пытается сохранить.

12. И. п. сидя на коврике, хват двумя руками сверху за гимнастическую палку: методист поворачивает палку влево-вправо, вызывая соответствующие развороты туловища ребенка.

13. И. п. сидя на коврике: методист захватывает ребенка за голени выпрямленных ног и постепенно приподнимает их — ребенок старается сохранить первоначальное вертикальное положение туловища.

14. И. п. сидя на бедрах методиста, спиной к нему, ноги врозь: методист наклоняет таз ребенка вперед — вниз, вызывая рефлекторное выведение туловища назад — вверх.

15. И. п. сидя по-турецки на наклонной доске, между ног положен набивной мяч или утяжеленный валик (для придания большей устойчивости). По обе стороны от ребенка расположились методисты (или родители). Расположившись сбоку от ребенка, один из взрослых протягивает ему какие-нибудь мелкие предметы (камешки, шарики, кубики и др.), которые ребенок, в свою очередь, должен передать другому взрослому, расположенному на противоположной стороне.

16. И. п. сидя по-турецки на наклонной доске (при необходимости использовать валики): методист плавно приподнимает-опускает нижний край доски, смещая общий центр тяжести ребенка, чем вызывает балансирующие движения со стороны ребенка и попытки сохранить устойчивое положение тела.

17. И. п. сидя на подвесных качелях, ноги свисают вниз: методист выполняет маятникообразные раскачивания ребенка в переднезаднем направлении.

18. То же, но раскачивания выполняются в различных направлениях, включая круговые вращения ребенка.

19. И. п. сидя на подвижной доске (в качестве одного из вариантов можно использовать чертежную доску, которая установлена на четырех прикрепленных к ней резиновых камерах от мяча), упор руками сзади: методист выполняет равномерные небольшие покачивания вверх-вниз, затем то же слева направо в определенном ритме и последовательности. В дальнейшем ритм движений и их последовательность видоизменяются.

20. И. п. сидя на подвижной доске: методист изменяет угол наклона доски в различных направлениях, сначала в постоянном режиме, а затем в различных вариантах, вызывая у ребенка соответствующие страховочные реакции.

Все перечисленные выше упражнения, выполняемые в положении сидя на подвижной доске, усложняются за счет использования для сидения ребенка скамейки (стульчика или подставки), при этом ребенок плотно касается подошвами опоры.

21. То же, но ноги ребенка находятся на весу, не касаясь подошвами опоры — этим самым достигается большая неустойчивость ребенка, в положении сидя, что вызывает необходимые балансирующие движения.

22. И. п. сидя на качалке, держась за нее сбоку руками (сначала ребенка усаживают по направлению качательных движений, а затем боком, поперек качалки): методист раскачивает качалку, начиная с небольшой амплитуды, постепенно ее увеличивая.

23. И. п. сидя на пружинящем стульчике, ноги подошвами на опоре: методист сначала сам покачивает стул с ребенком вверх-вниз, постепенно вызывая ребенка на самостоятельные попытки выполнить эти же движения.

24. То же, но ребенок не касается стопами опоры.

25. И. п. сидя на вращающемся стульчике, руки на подлокотниках: методист вращает кресло то в одну, то в другую сторону с различной последовательностью и частотой — ребенку необходимо сохранить устойчивую позу.

26. И. п. сидя по-турецки на наклонно установленном ($10\text{—}45^\circ$) мини-батуте (сделанном из автомобильной камеры, на которую при помощи эластичных жгутов натягивается брезентин): выполнение в данном положении различных поворотов, наклонов, манипуляций с предметами.

27. То же, но сидя на самой камере с касанием стопами опоры.

28. Те же упражнения, но на горизонтально положенном батуте.

29. И. п. сидя по-турецки на эластичной поверхности горизонтально установленного батута: методист приподнимает край батута со стороны ног, вызывая соответствующее наклонное движение туловища вперед.

30. Сохранение устойчивой позы сидя по-турецки, (сидя с согнутыми ногами, сидя с упором руками сзади) на раскачивающемся в различных направлениях батуте.

Перечисленные выше упражнения на батуте выполняются также со связанными эластичным жгутом за спиной руками ребенка.

Представленные выше упражнения на доске и батуте можно выполнять в варианте «карусель», когда снаряды устанавливаются при помощи подставки на вращающемся диске «Здоровье».

Данную группу упражнений можно усложнить исключением у ребенка зрительного контроля при помощи эластичной повязки на глазах.

Упражнения для формирования умения самостоятельно стоять

1. И. п. стоя: руки лежат ладонями на опоре на уровне пояса.

2. И. п. стоя: руки захватывают рейку гимнастической лестницы на уровне груди.

3. И. п. стоя у ступенчатой опоры, ребенок прижимается к ней животом: руками производить манипуляцию с игрушками (взять, положить, подвинуть, переложить из руки в руку, бросить, попытаться поднять и др.).

4. И. п. стоя в манеже, руки захватывают поручень: раскачивания в стороны с переносом тяжести тела сначала на одну, затем на другую ногу.

5. И. п. стоя у стеллажа, на полках которого на различной высоте расставлены игрушки, руки на опоре: ребенок пытается достать игрушку, отрывая одну руку от опоры и приподнимаясь вверх на носках.

6. И. п. стоя у низкого столика (тумбочки), руки на опоре, игрушки разложить рядом на ковре: ребенок должен поднять и сложить все игрушки на стол.

7. И. п. стоя в манеже (или у поручня), руки на опоре: методист держит в руке подвешенную игрушку и предлагает ее ребенку в процессе игр: «ну-ка, возьми!», «достань, дотянись!», «отними у меня!» и др.

8. И. п. стоя, одна нога впереди, другая сзади, между ними небольшой валик: сохранение устойчивого положения в данной позе, то же с подталкиванием.

9. И. п. стоя у поручня, хват за него двумя руками, к поручню на уровне колен ребенка подвешен мяч: ребенок пытается футболить мяч, оставаясь при этом на одной ноге.

10. И. п. стоя на подвижной доске, хват руками за поручень: методист изменяет наклон доски, выполняет раскачивание, — ребенок старается сохранить равновесие посредством изменения положения туловища и переноса тяжести тела.

11. И. п. стоя ногами на продольной качалке, хват руками за поручень на уровне груди: перенос тяжести тела с пятки на носок и выполнение переката на качалке.

12. И. п. стоя ногами на сферической качалке, хват руками за поручень: перенос тяжести тела вперед-назад и с ноги на ногу, выполняя качательные движения.

Упражнение для формирования самостоятельной ходьбы

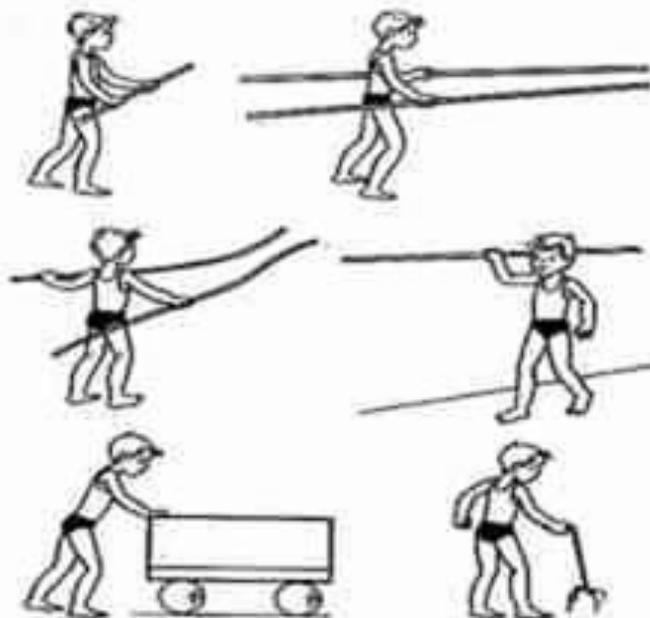


Рис. 4. Основные исходные положения и рабочие позы ребенка для формирования умения ходить

1. И. п. — основная стойка, методист удерживает ребенка спереди за руки, на полу лежит лестница с горизонтальными поперечными рейками: методист легко тянет ребенка вперед, вдоль лестницы, стимулируя вынос вперед и перенос через рейку маховой ноги.

2. И. п. — основная стойка, методист держит ребенка за туловище сзади двумя руками: подталкиванием ребенка вперед достигается формирование шаговых движений через лежащие на полу гимнастические палки.

3. И. п. — основная стойка, захват двумя руками трубки (гимнастической палки), удерживаемой методистом, к середине которой подвешен на шнуре мяч (примерно на высоте середины голени щебенка): методист ведет ребенка вперед, добиваясь того, чтобы он стал самостоятельно футболировать мяч левой и правой ногами.

4. И. п. сидя на велостанке, стопы фиксированы на педалях ремнями: методист выполняет сначала пассивное педалирование, постепенно формируя самостоятельные поочередные движения ногами ребенка.

5. И. п. — основная стойка, методист сзади поддерживает ребенка руками под мышки, рядом находится большой надувной мяч: методист направляет ребенка на мяч и формирует у него ударно-шаговое движение («футболирование в движении»).

6. Ходьба с опорой руками на параллельные бруски на уровне пояса.

7. Ходьба с опорой руками на натянутые продольно параллельные канаты.

8. Различные варианты ходьбы на «подвесной дорожке»:

а) с хватом двумя руками за переднюю подвижную поперечную трубку;

б) с хватом двумя руками соответственно за две передние поперечные подвижные трубки;

в) с хватом двумя руками за соответствующие боковые продольные подвижные трубки;

г) с подталкиванием впереди себя по канату нанизанных на него предметов (шариков, колец и др.).

9. Ходьба приставными шагами влево и вправо, держась руками за горизонтальные рейки лестницы, поручень, натянутый канат и т. д.

10. Ходьба по эластичной поверхности с поддержкой методиста или с использованием хвата руками за канат (поручень).

11. Ходьба с поддержкой методистом за руки по наклонной плоскости (доске) вверх-вниз.

12. И. п. стоя спиной у опоры (стены, тумбы, дивана), ноги на ширине плеч: методист располагается перед ребенком и протягивает ему руки стимулируя выполнение нескольких самостоятельных шагов.

13. Ходьба, держась руками за поручень универсальной тележки и толкая ее перед собой.

14. Ходьба, придерживаясь одной рукой о руку методиста по меткам, линиям, через предметы, по ячейкам специальной корригирующей доски («елочка», «ступание»).

15. Ходьба, перекатывая перед собой двумя руками валик.

16. Ходьба с опорой на шесты, палочки и др.

17. Выполнение элементов вышеперечисленных упражнений в направлении спиной вперед.

18. Выполнение ходьбы с поддержкой после предварительного вращения ребенка в специальном кресле или на качелях (каруселях).

19. Ходьба (сначала с поддержкой) по невысоким ступеням вверх-вниз.

20. Ходьба на месте (переступание) на вращающемся барабане, опираясь руками о боковые поручни.

21. Лазание по вертикальной лестнице формирует перекрестную координацию рук и ног.

22. Ходьба на специальных укороченных лыжах.

Тест к разделу 3

Особенности коррекции недостатков физического развития и психомоторики детей с нарушениями развития

1. Основным средством ЛФК является:

- a. физическое упражнение;
- b. закаливающие процедуры;
- c. механотерапия;
- d. трудотерапия.

2. Статические упражнения в ЛФК применяют с целью:

- a. снятия утомления мышц;
- b. понижения мышечного тонуса;
- c. нормализации дыхательного акта;
- d. укрепления мышц, профилактики атрофии мышц.

3. Упражнения на растягивание в ЛФК используют с целью:

- a. развития силы и выносливости мышц;
- b. понижения мышечного тонуса и снятия утомления;
- c. укрепления мышц, профилактики атрофии мышц.
- d. расширение резервных возможностей организма

4. Корректирующие упражнения направлены на:

- a. восстановление бытовых и профессиональных навыков;
- b. расширение резервных возможностей организма;
- c. исправление, нормализацию осанки;
- d. профилактику контрактур.

5. Осанка – это:

- a. правильное взаиморасположение головы, плеч, лопаток и пр.;
- b. положение человека при стоянии и сидении;
- c. привычная поза непринужденно стоящего человека;
- d. правильная форма позвоночного столба.

6. Кифоз – это:

- a. физиологический изгиб позвоночника выпуклостью вправо;
- b. физиологический изгиб позвоночника выпуклостью влево;
- c. физиологический изгиб позвоночника выпуклостью вперед;
- d. физиологический изгиб позвоночника выпуклостью назад.

7. Лордоз – это физиологический изгиб позвоночника:

- a. вправо;
- b. влево;
- c. вперед;
- d. назад.

8. Сколиоз – это:

- a. нарушение осанки в сагиттальной плоскости;
- b. нарушение осанки во фронтальной плоскости;
- c. заболевание, вызванное боковым искривлением позвоночника;
- d. нормальная осанка.

9. Наибольшую роль в изменении осанки играют:

- a. плечевой пояс;
- b. позвоночник и таз;**
- c. нижние конечности.
- d. положение головы

10. Атрофия, это:

- a. заболевание, характеризующееся снижением количества гемоглобина в крови;
- b. изменения функции ткани и уменьшение ее жизнеспособности;
- c. уменьшение в объеме органов и тканей вследствие гибели клеточных и тканевых элементов.**
- d. низкое кровяное давление.

11. Детский церебральный паралич (ДЦП) является:

- a. прогрессирующим заболеванием;
- b. не прогрессирующим заболеванием;**
- c. медленно прогрессирующим
- d. все ответы неверны

12. В отечественной классификации ДЦП выделяют:

- a. V форм заболевания;**
- b. IV формы заболевания;
- c. III формы заболевания;
- d. II формы заболевания.

13. Спастичность при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. Повышение мышечного тонуса**
- b. Понижение мышечного тонуса
- c. Мышечный тонус не изменяется
- d. Все ответы неверны

14. Ригидность при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. Максимальное повышение мышечного тонуса**
- b. Максимальное понижение мышечного тонуса
- c. Мышечный тонус не изменяется
- d. Мышечный тонус отсутствует

15. Гипотонию при детском церебральном параличе можно определить как:

- a. Низкий мышечный тонус**
- b. Мышечный тонус не изменяется
- c. Мышечный тонус отсутствует
- d. Высокий мышечный тонус

16. Дистонию при детском церебральном параличе можно определить как

- a. Меняющийся характер мышечного тонуса**
- b. Низкий мышечный тонус
- c. Мышечный тонус не изменяется
- d. Мышечный тонус отсутствует

17. Центральный паралич характеризуется:

- a. **Полным отсутствием произвольных движений**
- b. Движения частично присутствуют
- c. Движения не нарушены
- d. Движения ног ограничены

18. Центральный парез характеризуется:

- a. **Ограничение объема движений**
- b. Невозможность выполнять произвольные движения
- c. Движения рук ограничены
- d. Движения не нарушены

19. Гиперкинезы – это...

- a. **Непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений**
- b. Разнообразные произвольные движения, обусловленные низким мышечным тонусом
- c. Ограниченный объем движений
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

20. Тремор – это ...

- a. **Дрожание конечностей**
- b. Ограниченный объем движений
- c. Невозможность выполнять произвольные движения
- d. Движения ног ограничены

21. Атаксия – это...

- a. **Нарушения равновесия и координации движений**
- b. Дрожание конечностей
- c. Ограниченный объем движений
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

22. Кинестезия – это..

- a. **Нарушение ощущений движений**
- b. Нарушения равновесия и координации движений
- c. Дрожание конечностей
- d. Невозможность выполнять произвольные движения

23. Синкинезии – это...

- a. **Непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений**
- b. Нарушение ощущений движений
- c. Нарушения равновесия и координации движений
- d. Дрожание конечностей

24. Ослепшие дети - дети, ...

- a. **потерявшие зрение в результате перенесенного заболевания или травмы;**
- b. имеющие с рождения нарушения зрения;
- c. потерявшие зрение на короткий период;

- d. все ответы неправильные.
25. Форма ДЦП, при которой гиперкинезы являются ведущим двигательным нарушением:
- a. **Гиперкинетическая форма**
 - b. Гемипаретическая форма
 - c. Атонически-астатическая форма
 - d. Двойная гемиплегия
26. Самая тяжелая клиническая форма ДЦП:
- a. **Двойная гемиплегия**
 - b. Гиперкинетическая форма
 - c. Гемипаретическая форма
 - d. Атонически-астатическая форма
27. Проблемой личностного развития детей с нарушениями ОДА занимался:
- a. **Е.М. Мастюкова**
 - b. Э.С. Калижнюк
 - c. Г.Е. Сухарева
 - d. С.С. Мнухин
28. Кто первый сделал клиническое описание ДЦП:
- a. **В. Литтль**
 - b. Ф. Фребель
 - c. Д. Н.Э. фон Курц
 - d. И.Г. Песталоцци
29. Кому принадлежит термин «Детский церебральный паралич»?
- a. **З. Фрейд**
 - b. Д.С. Футера
 - c. М. Б. Цукер
 - d. Л.О. Бадалян
30. Что больше поражается при гемипаретической форме ДЦП?
- a. **Левая или правая половина тела**
 - b. Нижняя часть тела
 - c. Верхняя часть тела
 - d. Дистальные отделы конечностей

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ»

Требования к выполнению контрольной работы

Контрольная работа – одна из форм проверки и оценки усвоенных знаний, получения информации о характере познавательной деятельности, уровня самостоятельности и активности студентов в учебном процессе, эффективности методов, форм и способов учебной деятельности. Эта форма самостоятельной работы студента выявляет умение применять теоретические знания на практике, помогает проверить усвоение курса перед экзаменом.

Виды контрольных работ: аудиторные (классные), домашние, текущие, экзаменационные, письменные, графические, практические, фронтальные, индивидуальные.

Письменные контрольные работы более объективны по сравнению с устным опросом. Виды и характер письменных контрольных работ, их разнообразие зависят от содержания и специфики учебного предмета, уровня общего развития студентов.

Система заданий письменных контрольных работ должна:

- выявлять знания студентов по определенной теме (разделу);
- выявлять понимание сущности изучаемых предметов и явлений, их закономерностей;
- выявлять умение самостоятельно делать выводы и обобщения;
- творчески использовать знания и навыки.

Для выполнения контрольной работы по дисциплине «Психология детей дошкольного возраста с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата» необходимо из представленных ниже вопросов выбрать один и по нему составить реферат.

Этапы подготовки контрольной работы (реферата)

1. Выбор темы.
2. Составление плана.
3. Подбор литературы и ее исследование.
4. Систематизация подготовленного материала согласно плану, уточнение цитат.
5. Составление содержания контрольной работы.

Структура контрольной работы

1. Титульный лист.

2. **План**, необходим для достижения последовательности в раскрытии темы. Наметки плана следует сделать уже при обдумывании темы, конкретизируя его в процессе изучения литературы по данной теме. Пункты плана должны точно отвечать раскрытию темы. План помещается перед текстом работы, на отдельном листе.

3. Дается характеристика и показывается актуальность темы, значение рассматриваемой проблемы.

4. **Основная часть** – сжатое, но достаточно полное и точное изложение сущности научной информации по теме. Может состоять из двух частей. **Первая часть** – теоретическая, в которой раскрываются основные положения выбранной темы в зависимости от поставленных целей и задач. Содержание первой части конкретизируется индивидуально. Материал должен быть осмыслен и переработан в соответствии с темой и изложен своими словами. Цитаты заключаются в кавычки. Все цитаты строго документируются в сносках: после кавычек ставится отсылочный знак (цифра или звездочка), этот же знак повторяется в конце страницы под чертой, отделяющей текст работы от сносок.

5. **Вторая часть** – практическая. Та часть может иметь план с названиями явлений, анализ текста, таблицы, расчеты, графики, схемы, иллюстрации и т.п.

Объем контрольной работы строго не регламентирован, но не должен превышать 10 печатных страниц. Формат страницы – А4 (210×297); поля слева, справа, сверху и снизу – 20 мм; расстояние от края до нижнего колонтитула – 15 мм. Шрифт основного текста – Arial или Times New Roman, размер 12 пунктов, интервал одинарный. Нумерация страниц внизу по центру, начиная с третьей страницы (с введения). Выравнивание по ширине.

Текст должен соответствовать содержанию. Разделы плана нумеруются арабскими цифрами. Заголовки должны быть прописаны в тексте и выделены (оставляют интервалы до заголовка и после). Текст заголовка выполняют через один интервал. В конце любого заголовка точка не ставится.

Таблицы и графики оформляются или в тексте, или в приложении. Таблицы подписываются сверху, а графики снизу.

Сноски. По контексту рукописи контрольной работы автор может сослаться на соответствующие литературные источники. Это делается тогда, когда текст литературного источника цитируется дословно или когда используются мысли или идеи того или иного исследователя. В этом случае в контрольной работе в квадратных скобках приводится порядковый номер литературного источника по списку литературы, размещенному в конце работы, и страницы источника.

При ссылке на литературу, число, заключенное до запятой, означает номер литературного источника по списку использованной литературы, который проводится в конце работы. Второе число (после запятой) означает страницу указанного источника. Числа, разделенные точкой с запятой, означают перечисление литературных источников.

Список литературных источников, использованных при написании работы, оформляется в алфавитном порядке. Текст введения, основной части, заключения, список литературы и приложение должны быть на отдельных листах.

Критерии оценки контрольной работы

1. Соответствие содержания теме.
2. Глубина, полнота раскрытия темы.
3. Логика изложения материала.
4. Терминологическая четкость.
5. Уровень навыков самостоятельной работы с литературой.
6. Соблюдение требований к оформлению контрольной работы.

Контрольная работа не может быть оценена положительно, если в ней поверхностно раскрыты вопросы, допущены принципиальные ошибки, а также при условии механически переписанного материала из учебников или другой литературы. В случае неудовлетворительной оценки контрольная работа направляется студенту для повторного выполнения. К повторно выполненной работе необходимо приложить первую редакцию.

Рекомендации

1. Работу пишите аккуратно, без помарок, разборчивым почерком или печатайте.
2. Отвечайте на вопросы конкретно, логично, по теме, с выводами и обобщением.
3. В конце контрольной работы укажите используемую литературу.
4. Приводимые в тексте цитаты и выписки обязательно документируйте со ссылками на источник.

**Вопросы для подготовки контрольной работы по дисциплине
«Технология физического развития дошкольников с ограниченными возможностями здоровья»:**

1. Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Особенности коррекции недостатков физического развития и психомоторики детей с нарушениями развития.
3. Общие положения о создании специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами
4. Основные категории детей с ОВЗ.
5. Особенности ЛФК с детьми с нарушением слуха.
6. Особенности ЛФК с детьми с нарушением зрения.
7. Особенности логоритмических занятий с детьми с нарушением речи.
8. Основные нарушения опорно-двигательного аппарата у детей.
9. Характеристика различных форм ДЦП.
10. Особенности развития познавательных процессов при ДЦП.
11. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.
12. Особенности формирования деятельности у детей с ДЦП.
13. Основные принципы диагностики психического состояния при ДЦП.
14. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
15. Чем обусловлен сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире у детей с ДЦП?
16. Характерно ли для детей с ДЦП нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем.
17. Какое характерно отношение к собственному двигательному дефекту у детей с гемипарезами?
18. Основные черты отличающие такой тип воспитания как гипопротекция (гипоопека)?
19. Основные черты отличающие такой тип воспитания как потворствующая гиперпротекция
20. В чем проявляются нарушения умственной работоспособности у детей с ДЦП
21. Что такое синдром раздражительной слабости у детей с ДЦП
22. Назовите основные принципы работы с детьми с ДЦП.
23. Особенности формирования деятельности у детей с ДЦП.
24. Особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.
25. Частота речевой патологии при детском церебральном параличе, разнообразие ее клинических форм.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»
(ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»)
Институт гуманитарного образования
Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

На тему: _____

Выполнил:
студент _____

группа _____

Проверил:
преподаватель _____

Регистрационный № _____

Обучение (*очное* или *заочное*) _____ Курс _____

Направление _____

Дата сдачи контрольной работы на кафедру « ____ » _____ 201 ____ г.

РЕЦЕНЗИЯ

Контрольная работа выполнена в _____
_____ объеме в соответствии с заданием.

Замечания:

Оценка _____

Подпись преподавателя _____ / _____

БИЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Список основной литературы

1. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи: Учеб. пособие для пед. вузов - М. : [б. и.], 2001. - 157 с. - Рек. УМО вузов РФ
2. Специальная педагогика: учеб. пособие для вузов - М. : Академия, 2008. - 395 с. - (Высшее профессиональное образование) - Рек. УМО
3. Физическая реабилитация: учебник для вузов - Ростов н/Д : Феникс, 2005. - 603 с., 8 л. цв. ил. - (Высшее образование) - Рек. УМО

Список дополнительной литературы

1. «Основы рационального питания»: учеб.-метод. пособие / Е.Л. Мицан. – Магнитогорск: Изд-во Магнитогорск. гос. техн. ун-та им. Г.И. Носова, 2014. – 82 с.
2. Абрашина Н. А. Лечебный и профилактический массаж для детей с нарушениями развития: практ. пособие - М. : Флинта [и др.], 2009. - 200 с.
3. Вместе весело шагать... Образование младших дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях дошкольного образовательного учреждения: программно-метод. комплекс - Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2007. - 121 с.
4. Воспитание и развитие детей дошкольного возраста: из опыта работы ДОУ г.Магнитогорска. Вып.4 / Бабунова Е. С. - Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2009. - 475 с.
5. Гуляева О. Дыхательная гимнастика: метод. пособие / Чеботарев А. - М.: Чистые пруды, 2007. - 30 с. - (Б-чка "Первого сентября". Серия "Здоровье детей"; вып. 3 (15))
6. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура : Учебник для вузов - М.: ВЛАДОС, 2004. - 624 с. - Рек. Мин. обр. РФ
7. Коррекционное обучение школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата: метод. рекомендации для студентов фак. ПиМНО / Конюхова Л. Н. - Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2005. - 51 с.
8. Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста: уч. пособ. для студ. высш. учеб. зав. по направл. подгот. «Спец. (дефектолог.) образов»/ авт. – сост.: Е.Л. Мицан, Е.В. Исаева, С.В. Семихатская, Е.Г. Чигинцева. – Магнитогорск, 2014. – 123 с.
9. Лечебная физическая культура: учебник для вузов - М.: Академия, 2005. - 413 с. - (Высшее профессиональное образование) - Доп. Мин. обр. РФ
10. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : Учеб. пособие для вузов / Московкина А. Г. - М. : ВЛАДОС, 2004. - 407 с. - Доп. Мин. обр. РФ
11. Основы лечебного массажа: учеб. пособие/ Е.Л. Мицан. – Магнитогорск: Изд-во Магнитогорск. гос. техн. ун-та им. Г.И. Носова, 2014. – 103 с.
12. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие / Трофимова Н. Б. - М. : Питер, 2006. - 304 с. - (Учебное пособие) - Рек. УМО Ситель А. Б. Лечебные позы - движения А. Б. Сителя - М.: Метафора, 2009. - 425 с.
13. Смирнова И. А. Наш особенный ребенок. Книга для родителей ребенка с ДЦП - СПб. : КАРО, 2006. - 168 с.
14. Смирнова И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП: учеб.-метод. пособие - СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003. - 155 с.
15. Специальная педагогика: учеб. пособие для пед. вузов - М. : Академия, 2005. - 395 с. - (Высшее профессиональное образование) - Рек. УМО
16. Специальная психология: учеб. пособие для вузов - М. : Академия, 2007. - 461 с. - (Высшее профессиональное образование)
17. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом: пер. с нем./ Р. Хольц. – М.: Теревинф, 2006. – 334 с.

18. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М., 2004

Список рекомендуемых Интернет-источников

<http://puzkarapuz.ru/content/1605>

<https://ru.wikipedia.org/wiki/>

<http://www.i-gnom.ru/books/korreksionnaya-pedagogika/detskiy-cerebralnyy-paralich-dcp.html>

<http://www.2mm.ru/zdorovie/322/detskiy-cerebralnyy-paralich>

http://centr-razvitia.ucoz.ru/publ/что_такое_dcp/10-1-0-58

<http://doctorpiter.ru/diseases/338/>

<http://www.ourbaby.ru/article/DCP-ne-prigovor-a-tolko-diagnoz/>

<http://vashaspina.ru/prichiny-razvitiya-diagnostika-i-lechenie-dcp/>

http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=996

<http://www.baby.ru/community/view/126532/forum/post/66530502/>

Учебное текстовое электронное издание

Мицан Елена Леонидовна

**ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебно-методическое пособие

0,89 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru