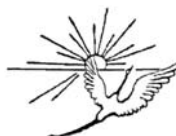


Министерство образования Сахалинской области
Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного и профессионального образования
«Институт развития образования Сахалинской области»

Кафедра дошкольного и начального общего образования

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ**

Учебно-методическое пособие



Издательство ИРОСО
Южно-Сахалинск
2018

ББК 88.621.9 я 77
О 64

Организация психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольном образовательном учреждении: Учебно-методическое пособие / С.Ю. Визитова, Е.В. Шумина. — Южно-Сахалинск: Изд-во ИРОСО, 2018. — 72 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для повышения профессиональной компетенции педагогических работников в вопросах организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольных образовательных учреждениях.

© ГБОУ ДПО «Институт развития образования
Сахалинской области», 2018
© Издательство ИРОСО, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
ГЛАВА 1. Нормативно-правовые основы инклюзивного образования	
1.1. Нормативно-правовая база образования детей с ограниченными возможностями здоровья	6
1.2. Инклюзивное образование: основные понятия	12
1.3. Задания для практических занятий	17
ГЛАВА 2. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья	
2.1. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях дошкольной образовательной организации	19
2.2. Деятельность психолого-медико-педагогического консилиума дошкольного учреждения на современном этапе образования	31
2.3. Технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья	37
2.4. Задания для практических занятий	41
ГЛАВА 3. Характеристики, педагогическое взаимодействие и организация среды для детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольном учреждении	
3.1. Дети с нарушениями слуха	44
3.2. Дети с нарушениями зрения	47
3.3. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	50
3.4. Дети с задержкой психического развития	52
3.5. Дети с нарушениями речи	55
3.6. Дети с расстройствами аутистического спектра	56
3.7. Задания для практических занятий	59
Вопросы для итогового тестирования	60
Список литературы	67
Приложение. Перечень нормативно-правовых актов, регулирующих инклюзивное образование	69

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения России вызывает в последнее время тревогу не только у врачей, но и у педагогов, психологов, дефектологов. Фундаментальные исследования свидетельствуют о кризисном состоянии здоровья у представителей всех возрастных групп, особенно у детей. Тенденция роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и детей, имеющих инвалидность, наблюдается во всем мире. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями. В настоящее время частота детской инвалидности в нашей стране составляет от 6 до 9%.

Этот тревожный рост предполагает создание в дошкольных образовательных учреждениях специальных условий и доступной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, для их интеграции в образовательную среду и полноценной социализации. При этом многообразие и непохожесть детей видятся не проблемой, требующей решения, а важным ресурсом, который можно использовать в образовании.

Современное российское образование формирует определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями. В настоящее время функционирует и совершенствуется сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду и т.д. Педагогические работники обучаются на курсах повышения квалификации по вопросам организации работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами. Тем не менее проблема инклюзивного образования продолжает оставаться крайне актуальной. Значительная часть детей с нарушениями в развитии имеет проблемы в адаптации в коллективе сверстников, в социуме, а став взрослыми людьми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую

жизнь общества. Иногда эти проблемы порождены неприятием ребенка с ограниченными возможностями со стороны родителей нормально развивающихся детей. Хотя результаты современных исследований и практики свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу.

Для того чтобы ребенок, а потом и взрослый человек с ограниченными возможностями почувствовал себя полноценным членом общества, необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, и предоставить ему равные со здоровыми людьми возможности участия в жизни общества. Если ребенок остается без внимания и заботы взрослых и специалистов, то он целиком подчиняется своему физическому недугу, что в дальнейшем определяет его характер, отношения с людьми, семейное положение, уровень образования и жизненный путь. Если же ребенок с ограниченными возможностями здоровья и его родители получают своевременную помощь специалистов в выявлении и коррекции трудностей, в развитии у ребенка сохранных и значимых функций и его социализации, то влияние инвалидности отступает на второй или даже третий план.

ГЛАВА 1.

Нормативно-правовые основы инклюзивного образования

1.1. Нормативно-правовая база образования детей с ограниченными возможностями здоровья

Реализация права на образование лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов традиционно является одним из значимых аспектов государственной политики в сфере образования. Нормативно-правовую базу в этой области в Российской Федерации составляют документы разных уровней: международные, федеральные, региональные и др. Одним из первых специальных международных актов, посвященных вопросу соблюдения прав личности, к которым относится и право на образование, является *Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 года*, ставшая основой для других международно-правовых документов в области защиты прав личности. Декларация провозгласила как социальные, экономические и культурные, так и политические и гражданские права: «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах». При этом международное сообщество сравнительно недавно обратило внимание на вопросы защиты прав инвалидов.

Самым значимым международным документом в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями является *Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года)*. В статье 24 Конвенции говорится: «В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни».

В Российской Федерации права детей с ограниченными возможностями здоровья гарантированы *Конвенцией о правах ребенка (принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года)*, *Конституцией Российской Федерации (принята всенародным голосо-*

ванием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) и другими нормативно-правовыми документами. Изменения в образовательной политике Российской Федерации в области дошкольного образования регламентируются рядом документов (см. Приложение 1). Основными из них являются следующие:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

2. Приказ Минобрнауки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».

3. Приказ Минобрнауки РФ от 8 апреля 2014 г. № 293 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам дошкольного образования».

4. СанПиН 2.4.1.3049-13 от 15 мая 2013 г. № 26 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155, г. Москва «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

6. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» впервые закреплены положения об инклюзивном, то есть совместном, обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья. Закон подтвердил возможность обучения детей с ОВЗ по адаптированным образовательным программам, определил содержание и условия получения образования. В целях реализации права на образование граждан РФ органы власти (всех уровней) должны создавать «необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов ..., а также способствующие ... социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивно-

го образования» с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе обеспечивать получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции. Впервые в закон включены такие понятия, как инклюзивное образование и адаптированная образовательная программа [4].

Образованию лиц с ОВЗ посвящены ст. 34, 42 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», где подчеркнуто, что психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается детям на основании заявления или согласия в письменной форме их родителей (законных представителей). Кроме того, родители имеют право «присутствовать при обследовании детей психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК), обсуждении результатов обследования и рекомендаций, полученных по результатам обследования, высказывать свое мнение относительно предлагаемых условий для организации обучения и воспитания детей». В законе подробно описано, на какие учреждения могут быть возложены функции и разработка положения о психолого-медико-педагогической комиссии.

В ст. 79 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» определены содержание и условия получения образования лицами с ОВЗ. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах. В п. 5 ст. 43 определено, что меры дисциплинарного взыскания не применяются к детям по образовательным программам дошкольного образования, а также к обучающимся с ОВЗ (с задержкой психического развития и различными формами умственной отсталости).

Организацию и осуществление образовательной деятельности в дошкольных организациях, в том числе для обучающихся с ОВЗ, регулирует *Приказ Минобрнауки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».*

Дети с ОВЗ принимаются на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании рекомендаций ПМПК и с согласия родителей (законных представителей), что закреплено *Приказом Минобрнауки РФ от 8 апреля 2014 г.*

№ 293 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам дошкольного образования».

Документом, заслуживающим внимательного изучения, является СанПиН 2.4.1.3049-13 от 15 мая 2013 г. № 26 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», где прописано рекомендуемое количество и соотношение возрастных групп для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов [8]. Рекомендуемое количество детей в группах компенсирующей направленности (дети до и старше 3 лет), соответственно, не должно превышать:

- для детей с тяжелыми нарушениями речи – 6 и 10 человек;
- для детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи в возрасте старше 3 лет – 12 человек;
- для глухих детей – 6 человек для обеих возрастных групп;
- для слабослышащих детей – 6 и 8 человек;
- для слепых детей – 6 человек для обеих возрастных групп;
- для слабовидящих детей, для детей с амблиопией, косоглази-ем – 6 и 10 человек;
- для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 6 и 8 человек;
- для детей с задержкой психического развития – 6 и 10 человек;
- для детей с умственной отсталостью легкой степени – 6 и 10 человек;
- для детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой в возрасте старше 3 лет – 8 человек;
- для детей с аутизмом только в возрасте старше 3 лет – 5 человек;
- для детей со сложным дефектом (имеющих сочетание двух или более недостатков в физическом и (или) психическом развитии) – 5 человек для обеих возрастных групп;
- для детей с иными ограниченными возможностями здоровья – 10 и 15 человек.

Допускается организовывать разновозрастные (смешанные) группы детей в дошкольных образовательных организациях компенсирующей направленности с учетом возможности организации в них режима дня, соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы.

Комплектование групп *комбинированной направленности*, реализующих совместное образование здоровых детей и детей с ОВЗ, осу-

ществляется в соответствии с учетом особенностей психофизического развития и возможностей воспитанников. Рекомендуемое количество детей в группах комбинированной направленности:

а) до 3-х лет — не более 10 человек, в том числе не более 3 человек с ограниченными возможностями здоровья;

б) старше 3-х лет:

— не более 10 человек, в том числе не более 3 глухих человек, или слепых детей, или детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, или детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой, или детей со сложным дефектом;

— не более 15 человек, в том числе не более 4 слабовидящих и / или детей с амблиопией и / или косоглазием, или слабослышащих детей, или детей, имеющих тяжелые нарушения речи, или детей с умственной отсталостью легкой степени;

— не более 17 человек, в том числе не более 5 детей с задержкой психического развития.

Среди последних нормативно-правовых документов *федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (далее — Стандарт)* выступает основным. В нем, помимо совокупности требований к дошкольному образованию, учитываются индивидуальные потребности ребенка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, определяющие особые условия получения им образования, индивидуальные потребности отдельных категорий детей, в том числе с ОВЗ, регулируются права детей с ОВЗ на этапе получения ими дошкольного образования. Также в третьем разделе Стандарта прописаны положения, определяющие обучение детей с ОВЗ, условия для освоения или сопутствующих программ. Там же определены педагогическая и психологическая диагностики индивидуального развития, требования к проведению диагностических и коррекционных мероприятий. Особого внимания требует пункт 3.2.7, предписывающий при создании условий для работы с детьми-инвалидами учитывать индивидуальную программу реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (далее — ИПРА).

Реализуя инклюзию в образовательном учреждении, следует руководствоваться не только нормативными документами, регламентирующими деятельность в сфере образования, но и рядом документов Министерства здравоохранения и социального развития. Так, согласно *Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федера-*

ции» индивидуальная программа реабилитации и абилитации ребенка-инвалида разрабатывается Бюро медико-социальной экспертизы и обязательна для исполнения всеми органами и организациями. Порядок разработки программы реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 августа 2008 г. № 379н.

Согласно *приказу Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2010 № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих (ЕКС)»* воспитатели должны работать в тесном контакте с педагогом-психологом и другими специалистами, родителями (лицами, их заменяющими) воспитанников; на основе изучения индивидуальных особенностей, рекомендаций педагога-психолога планировать и проводить с воспитанниками с ограниченными возможностями здоровья коррекционно-развивающую работу (с группой или индивидуально). Педагоги должны знать педагогику, детскую, возрастную и социальную психологию; психологию отношений, индивидуальные и возрастные особенности детей и подростков, возрастную физиологию, а также методы и формы мониторинга деятельности воспитанников.

Во всех вышеперечисленных документах организация психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям с ОВЗ осуществляется на основании рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии. Деятельность комиссий регламентируется *приказом Минобрнауки РФ от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»*.

Для обеспечения процесса инклюзии, кроме нормативно-правовых документов федерального, регионального уровней, необходимо разработать нормативно-правовые документы, регламентирующие реализацию индивидуальных образовательных программ на уровне образовательной организации. Необходимо внести соответствующие изменения в Устав образовательного учреждения, коллективный договор (разделы оплаты труда, учета рабочего времени), должностные инструкции, инструкции по технике безопасности (порядок действия сотрудников при передаче ребенка от воспитателя к специалисту: кто ведет, куда, как действовать в том или ином случае), в договоры с родителями (законными представителями) и другие локальные акты.

1.2. Инклюзивное образование: основные понятия

В п. 16 ст. 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» закреплено понятие обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. *Дети с ограниченными возможностями здоровья* – это физические лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий. Это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие вести полноценную жизнь. К категории детей с ОВЗ относятся дети-инвалиды, дети с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, с умственной отсталостью, задержкой психического развития, расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами.

Большую роль в работе с детьми с ОВЗ играет *ранняя помощь* – семейно-ориентированная комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь детям младенческого и раннего возраста, у которых выявлены нарушения в развитии различных функций или отклонения от них, либо риски их возникновения в более старшем возрасте, и находящимся в кризисных ситуациях семьям, воспитывающим таких детей.

В современной педагогической практике достаточно широко используется *интегрированное обучение*, которое предполагает овладение ребенком с отклонениями в развитии общеобразовательным стандартом в те же сроки (или близкие), что и нормально развивающимися детьми. Интеграция эффективна для тех детей с отклонениями в развитии, уровень психофизического развития которых соответствует возрасту или близок к нему. Но она не всегда оказывается возможна для детей с интеллектуальной недостаточностью. В этом случае речь может идти о социальной, а не об образовательной интеграции: о совместном пребывании в учреждении, о совместном проведении досуга и различных мероприятий.

Основой интегративного подхода выступает *реабилитация* и *абилитация*. Социально-педагогическая реабилитация означает систему мер, направленных на восстановление социальных связей, нару-

шенных вследствие расстройства функции организма, на вовлечение ребенка в полноценную, активную и продуктивную жизнь. Реабилитация должна быть направлена и на поддержку окружения ребенка с ОВЗ с целью обучения способам взаимодействия в разных ситуациях. Применительно к детям раннего и дошкольного возраста наиболее целесообразными оказываются принципы абилитации, предполагающей не столько компенсацию нарушенных функций, сколько первоначальное формирование способности к чему-либо.

В этих условиях возможно эффективно осуществлять интеграцию с учетом уровня развития каждого ребенка, выбирая полезную и возможную для него модель интеграции: полную, частичную, комбинированную или временную.

Полная интеграция возможна для детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически подготовлены к совместному обучению со здоровыми сверстниками. При такой форме по 1–2 ребенка с отклонениями в развитии (дети с ринолалией, слабовидящие или дети с кохлеарным имплантантом и др.). Коррекционную помощь они получают по месту обучения или ее оказывают родители под контролем специалистов. Может быть эффективна только для детей с высоким уровнем психофизического и речевого развития.

Комбинированная интеграция — для детей с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким к возрастной норме. При такой форме по 1–2 человека воспитываются в массовых группах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога специальной группы. Может быть эффективна только для части детей с высоким уровнем психофизического и речевого развития.

Частичная интеграция подходит для детей с проблемами в развитии, еще не способных на равных со здоровыми сверстниками овладеть образовательным стандартом. Посещают массовые группы лишь часть дня (например, вторую половину) по 1–2 человека. Часть дня они проводят в специальной группе (слабослышащих), а часть дня — в обычной. Целесообразна для большинства дошкольников с отклонениями в развитии, в том числе и для детей с интеллектуальной недостаточностью.

Временная интеграция целесообразна для всех воспитанников группы компенсирующей направленности вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития, когда они система-

тически объединяются со здоровыми детьми для совместных прогулок, праздников, соревнований, воспитательных мероприятий (не реже двух раз в месяц). Данная форма интеграции целесообразна для большинства дошкольников с отклонениями в развитии, в том числе и для детей с интеллектуальной недостаточностью.

Реализация этих моделей предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога, который помогает педагогам в организации воспитания и обучения ребенка с особым развитием в коллективе здоровых сверстников.

Дошкольный возраст является благоприятным периодом для интеграции детей с отклонениями в развитии в коллектив здоровых сверстников. Наиболее адекватными условиями для проведения целенаправленной работы по интеграции располагают дошкольные образовательные учреждения, имеющие группы комбинированной и компенсирующей направленности. В настоящее время появился первый отечественный опыт воспитания детей с отклонениями в развитии в *комбинированной группе* общеобразовательного дошкольного учреждения. При этом треть воспитанников составляют дети с тем или иным нарушением (например, неслышащие дети), а две трети — нормативно развивающиеся дошкольники; количество воспитанников в такой группе сокращается до 12–15 человек. В штат группы вводится учитель-дефектолог, который проводит как фронтальные и индивидуальные занятия с проблемными детьми, так и общегрупповые занятия; воспитатели работают со всеми дошкольниками. Эта модель позволяет создать уникальные возможности для ранней интеграции значительного числа детей с отклонениями в развитии, сохраняя за ними ежедневную адекватную коррекционную помощь, а также для специальной педагогической поддержки детей, не имеющих нарушений в развитии, но испытывающих значительные трудности в обучении в силу других причин (например, слышащие дети неслышащих родителей, двуязычные дети, дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев и др.).

Существуют определенные требования к осуществлению интеграции на этапе дошкольного детства:

- обязательное наличие индивидуальной коррекционно-развивающей и образовательно-воспитательной программы для ребёнка с теми или иными ограничениями;
- необходимость создания адекватной возможностям ребёнка охранительно-педагогической и предметно-развивающей среды;

- наличие специальной образовательной помощи, осуществляемой командой сотрудников при ведущей роли педагога-дефектолога;
- чёткое разделение функционала всех специалистов, вовлечённых в интегрированное дошкольное образование;
- обучение родителей навыкам стимулирующего общения с собственным ребёнком;
- психолого-педагогическое сопровождение нормативно развивающихся дошкольников, вовлечённых в интегрированное обучение.

Одной из важных форм интегрированного обучения в дошкольном возрасте являются *группы кратковременного пребывания*. В них принимаются дети с различной структурой дефекта, поэтому при организации групповых занятий необходима одновременная, совместная работа двух-трех педагогов, осуществляющих обучение детей разным видам деятельности и обеспечивающих их сопровождение в процессе воспитания и обучения с учетом различий в тяжести имеющихся нарушений. Во время проведения одним из педагогов занятия по развитию той или иной деятельности другие педагоги выполняют функцию педагогов сопровождения, тем самым помогая детям на занятии и одновременно обучая родителей навыкам взаимодействия с собственными детьми. Для этих целей возможно использование и родителей, прошедших квалифицированное обучение, и специально подготовленных тьюторов, которые соответствуют требованиям, предъявляемым к уровню их профессиональной и личностной готовности.

Большую возможность каждому ребенку быть включенным в общий процесс обучения и воспитания, несмотря на имеющиеся физические, интеллектуальные, социальные, эмоциональные и другие особенности, предоставляет *инклюзивное образование*. Инклюзивное обучение детей с особенностями развития совместно с их сверстниками — это обучение разных детей в одной, а не в специально выделенной группе. Основная идея инклюзивного образования состоит в том, что детям с особыми потребностями необходимо активно взаимодействовать с нормативно развивающимися сверстниками для получения качественного образования и социализации в обществе. Совместное обучение позволяет снизить формирование у детей с особыми образовательными потребностями потребительского отношения к окружающим, иждивенчество и эгоцентризм. У нормативно развивающихся сверстников, в свою очередь, формируются социально значимые и положительные личностные качества. По-

этому интеграцию и инклюзию можно рассматривать как единый процесс: встречное движение общества к ребенку и ребенка — к обществу. Инклюзия предполагает решение проблемы образования детей с ограниченными возможностями за счет адаптации образовательного пространства к потребностям и особенностям каждого ребенка, включая реформирование образовательного процесса.

Реализация инклюзивного образования предполагает соблюдение основных принципов:

- раннее включение в инклюзивную среду. Это обеспечивает возможность абилитации, то есть первоначального формирования способностей к социальному взаимодействию;

- коррекционная помощь. Ребенок с нарушениями развития обладает компенсаторными возможностями, важно их «включить», опираться на них в построении образовательно-воспитательного процесса. Ребенок, как правило, быстро адаптируется к социальной среде, однако он требует организации поддерживающего пространства и специального сопровождения (что также выступает в качестве условий, учитывающих его особые потребности);

- индивидуальная направленность образования. Ребенок с нарушениями может осваивать общую для всех образовательную программу, что является важным условием его включения в жизнедеятельность детского коллектива. При необходимости разрабатывается индивидуальный образовательный маршрут в зависимости от особенностей, глубины дефекта и возможностей ребенка. Маршрут должен быть гибким, ориентироваться на зону ближайшего развития, предусматривать формирование речевых умений, основных видов познавательной деятельности соответственно возрасту, развитие социальных умений;

- командный способ работы. Специалистам, педагогам, родителям необходимо работать в тесной взаимосвязи (по командному принципу), что предполагает совместное построение целей и задач деятельности в отношении каждого ребенка, совместное обсуждение особенностей ребенка, его возможностей, процесса его движения в развитии и освоении социально-педагогического пространства;

- активность родителей, их ответственность за результаты развития ребенка. Родители являются полноправными членами команды, поэтому им должна быть предоставлена возможность принимать активное участие в обсуждении педагогического процесса, его динамики и коррекции;

• приоритет социализации как процесса и результата инклюзии. Главным целевым компонентом в работе является формирование социальных умений ребенка, освоение им опыта социальных отношений. Ребенок должен научиться принимать активное участие во всех видах деятельности детей, не бояться проявлять себя, высказывать свое мнение, найти себе друзей; развивая межличностные отношения, научить других детей принимать себя таким, какой есть. А это, в свою очередь, возможно при достаточном уровне личностного и познавательного развития ребенка. Развитие позитивных межличностных отношений не является спонтанным процессом, это также выступает предметом специальной работы педагогов.

В настоящее время дошкольные образовательные организации (далее – ДОО) уже имеют опыт и положительные результаты организации инклюзивного образования, при котором каждый ребенок, несмотря на имеющиеся физические, интеллектуальные, социальные и другие особенности, может быть включен в общий процесс обучения и воспитания.

Образовательные организации обязаны создавать для обучения детей с ОВЗ *специальные условия*. Это условия, необходимые для получения детьми с ограниченными возможностями здоровья реабилитационных услуг: приспособления, технологии, способы, методы, программы, учебники, пособия и другие средства, обеспечивающие реализацию их конституционных прав и свобод.

1.3. Задания для практических занятий

1. Разработка перечня нормативных документов, регламентирующих деятельность дошкольной образовательной организации по реализации инклюзивного образования.

2. Формулировка изменений, которые необходимо внести в документы дошкольной образовательной организации (Устав ДОО, штатное расписание, функциональные обязанности и др.).

Список литературы

1. Декларация прав ребенка. Принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 года. Дополнения к Декларации прав ребенка, связанные с правом ребенка на игру от 01.02.2013 г.
2. Письмо Министерства образования РФ от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения».

3. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2008 г. № АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 года № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций"».
5. Постановление Правительства РФ от 07.02.1996 г. № 14 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры».
6. Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 г. № 617 (с изменениями от 18.05.2009 г.) «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья».
7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 30.08.2013 № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по общеобразовательным программам дошкольного образования».
8. Приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».
9. Приказ Минобрнауки России от 23 сентября 2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогических комиссиях».
10. Приказ Минобрнауки России от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об образовании в Российской Федерации».
11. Приказ Министерства образования и науки РФ РФ от 17.10.2013 г. № 1155 «Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования».
12. Федеральный Закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
13. 10. Федеральный Закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации».

ГЛАВА 2.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья

2.1. Организация психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях дошкольной образовательной организации

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья должно выстраиваться в соответствии с основными нормативными документами. Понятие «сопровождение» следует распространять не только непосредственно на ребенка с ОВЗ, но и на других участников образовательных отношений.

Организация *психолого-педагогического сопровождения* — это система профессиональной деятельности педагогов по созданию оптимальных условий и помощи ребенку в ситуации развития, когда ничто не может быть изменено во внутреннем мире ребенка помимо его интересов, желания, возможностей [1].

Поэтому так важно при поступлении ребенка в детское учреждение выяснить в беседе с родителями особенности здоровья, поведения, привычек ребенка; внимательно изучить предоставленные документы, в том числе — медицинские. При наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии ребенок должен быть обследован учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом и другими специалистами образовательного учреждения. Если в образовательное учреждение поступают дети с выраженными отклонениями, обследованием занимаются специалисты определенного профиля, а воспитатель знакомится с полученными ими данными. Если отклонения выражены не ярко, главной фигурой в процессе обследования является воспитатель, который наблюдает за ребенком в период его пребывания в детском саду. Такой подход отвечает принципам комплекс-

ного, всестороннего, целостного изучения ребенка и позволяет составить адаптированную программу с учетом индивидуальных особенностей, интересов, возможностей ребенка. Разработка и совершенствование адаптированной программы развития носит непрерывный характер, поэтому мониторинг динамики развития ребенка необходимо проводить каждые три месяца.

Обычно данную деятельность осуществляет психолого-медико-педагогический консилиум конкретного образовательного учреждения, который создается с целью психолого-педагогической оценки динамики развития ребенка и определения механизмов и конкретных способов реализации индивидуального образовательного маршрута (на основании полученных результатов диагностики и заключения ПМПК).

В качестве основных характеристик сопровождения, в первую очередь по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, выступают недирективность, погруженность в реальную ситуацию ребенка, особость отношений между участниками, приоритет опоры на внутренний потенциал развития субъекта. Базовым понятием можно считать идею автора технологии индивидуализированного воспитания О.С. Газмана о том, что психологическая поддержка и сопровождение развития личности человека есть не просто сумма разнообразных методов коррекционно-развивающей работы, а комплексная система, особая культура поддержки и помощи человеку в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации [3]. Основные идеи теории поддержки: создать условия, чтобы каждый ребенок научился находить выход из проблемной ситуации самостоятельно; помощь требуется каждому ребенку в моменты жизненного выбора. О.С. Газман выделил четыре *тактики педагогической поддержки*: «защита», «помощь», «содействие» и «взаимодействие». Педагогическая поддержка приобретает смысл в зависимости от решаемой задачи и конкретной ситуации.

Тактика защиты оптимальна, когда действия ребёнка блокирует страх, сам ребёнок не проявляет активности и стремления в решении проблемы. Она базируется на презумпции невиновности. Стратегия защиты: ребёнок не должен оставаться жертвой обстоятельств. Педагог-адвокат защищает право ребёнка: быть успешным; не уметь делать то, что умеют делать все; искать, пробовать и ошибаться; отстаивать своё достоинство; защищать свои права. Иногда такая позиция приводит к непониманию в коллективе, но в конечном счё-

те выигрывают все, а главное — сам ребёнок. Когда педагог понимает, что не будет услышан в позиции «адвоката», и что ребёнка могут втянуть в дальнейшие конфликты и разбирательства, он может занять позицию «буфера», принимая часть удара на себя.

Тактика помощи выбирается в ситуациях, когда ребёнок не верит в себя. Она направлена на создание эмоционально комфортных условий для того, чтобы ребенок был активен в решении своей проблемы. Нужно помочь ему убедиться в этом. Помощь будет более эффективна, если ей предшествует тактика защиты, освобождающая «безопасное пространство» для пробы сил и создающая ситуацию успеха.

Тактика содействия выбирается педагогом в том случае, если ребёнок переоценивает себя, не в состоянии проанализировать и выбрать правильное решение. Это возможно только после того, как ребёнок благодаря защите и помощи избавится от реальных и мнимых страхов и начнет проявлять свою активность для поиска и выбора путей выхода из проблемы. Тактика активизирует процессы рефлексии и готовности к выбору. Ребёнок получает возможность испытать себя, сделать собственный выбор. Такая тактика развивает критические и аналитические способности; формирует ответственность.

Тактика взаимодействия используется в том случае, если ребёнок готов решать свою проблему и активно к этому стремится. При этом обретается опыт проектирования совместной деятельности. Эта тактика реализуется с помощью механизма «договора». При этом используются четыре вида договора: договор на условиях ребёнка; договор на условиях педагога; договор-компромисс; договор-сотрудничество [4, с. 110].

Технологический алгоритм педагогической поддержки выстраивается вокруг конкретных проблем ребенка или детского сообщества (может быть, еще не ставшего коллективом) и включает пять этапов. 1 этап — диагностический (фиксация факта проблемности, установление контакта с ребенком, проектирование условий диагностики предполагаемой проблемы, объяснение проблемы с точки зрения значимости ее для ребенка); 2 этап — поисковый (организация совместного с ребенком поиска причин возникновения проблемы, взгляд на ситуацию со стороны); 3 этап — договорный (проектирование действий педагога и ребенка, налаживание договорных отношений и заключение договора, разработка программных действий выхода из сложившейся ситуации); 4 этап — деятельностный (в ситуации, когда действует ребенок, со стороны педаго-

га важны одобрение его действий, ориентация на успешность самостоятельных шагов, поощрение инициативы; в ситуации, когда действует сам педагог, важна координация действий специалистов в школе); 5 этап – рефлексивный (обсуждение с ребенком успехов и неудач предыдущих этапов, окончательное решение проблемы, помощь ребенку в осознании социального опыта и его дальнейшем использовании) [11, с. 36].

Дошкольники с ОВЗ имеют самые разные нарушения: замедленное и ограниченное восприятие, недостатки развития моторики, недостатки речевого развития и мыслительной деятельности, недостаточная по сравнению с обычными детьми познавательная активность, пробелы в знаниях и представлениях об окружающем мире, межличностных отношениях, недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением). Поэтому психолого-педагогическую помощь детям с отклонениями в развитии можно рассматривать как системно организованную деятельность, целью которой является создание специальных условий для преодоления вторичных дефектов в развитии ребенка и коррекции их последствий.

Система психолого-педагогического сопровождения и поддержки детей с ОВЗ является одним из наиболее важных условий перехода к инклюзивной форме обучения, для осуществления которого необходимо формировать у дошкольников умение строить взаимодействие на основе сотрудничества и взаимопонимания. Инклюзия помогает развивать у здоровых детей терпимость к недостаткам сверстников, чувство взаимопомощи и стремление к сотрудничеству, а у детей с особыми образовательными потребностями – положительное отношение к сверстникам и адекватное социальное поведение. Необходимо помнить, что важное значение для данной категории детей имеет социализация – включение ребенка в среду сверстников, в жизнь группы, формирование положительных межличностных отношений в коллективе.

Основными направлениями деятельности специалистов сопровождения, работающих с детьми с ОВЗ, являются: психодиагностика, развивающая и психокоррекционная работа, психологическое консультирование, психологическое просвещение. Особая роль в психолого-педагогическом сопровождении ребенка с ОВЗ отводится

педагогу-психологу, который оказывает помощь в создании благоприятных условий для нахождения такого ребёнка в ДОО, организации психологически комфортной образовательной среды в соответствии с реальными возможностями ребенка, проводит работу с педагогическим коллективом, родителями, принимает участие в разработке адаптированной образовательной программы (далее – АОП).

Семьи, в которых воспитываются дети с ОВЗ, сталкиваются с множеством проблем. Не каждый родитель способен принять недуг ребенка и адекватно реагировать на его проблемы, которые постоянно возникают в процессе жизни. Поэтому обязательным направлением психолого-педагогического сопровождения является консультирование и просвещение родителей детей с ОВЗ.

Просвещение происходит через информирование на родительских собраниях, выпуск буклетов, оформление информационного стенда. Работа с родителями осуществляется также в групповой форме на основе партнерства на тематических консультациях, семинарах-практикумах и т. д. Это стиль отношений, который позволяет определять общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний. Консультации для родителей детей с ОВЗ проводятся по их запросу в индивидуальном порядке. На индивидуальных консультациях проводится совместное обсуждение хода и результатов коррекционной работы, анализируются факторы положительной динамики развития ребёнка, вырабатываются рекомендации по преодолению возможных проблем. Хорошие результаты дает такая форма работы, как родительский клуб. Цель работы клуба – повышение педагогической компетенции родителей в вопросах государственных гарантий семьям, оказание психологической и коррекционно-педагогической поддержки семьям в вопросах обучения и развития детей, формирование родительских навыков содержания и воспитания ребенка, в том числе охраны его прав и здоровья, создания безопасной среды, успешной социализации.

Ещё одним немаловажным направлением работы является *консультирование педагогов ДОО* по вопросам сопровождения детей с ОВЗ. Основные задачи психолого-педагогического просвещения: раскрыть «слабые» и «сильные» стороны когнитивного и личностного развития ребёнка, определить способы компенсации трудностей, выработать наиболее адекватные пути взаимодействия педа-

гога с ребёнком. Важнейшим условием актуализации потенциальных возможностей детей с ОВЗ является психологическая компетентность педагога: деликатность, такт, умение оказать помощь ребёнку в осуществлении познавательной деятельности, в осознании успехов и причин неудач и пр.

Большая роль в работе специалистов отводится и организационно-методическому направлению, которое включает подготовку материалов к консилиумам, методическим объединениям, педагогическим советам, участие в указанных мероприятиях, а также оформление документации.

В целом *алгоритм действий ДОО по оказанию психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям с ОВЗ* выглядит следующим образом. Если в ДОО поступают дети с выраженными отклонениями, обследованием занимаются специалисты определенного профиля, а воспитатель знакомится с полученными ими данными. Если отклонения не ярко выражены, главной фигурой в процессе обследования является воспитатель. Чтобы выявить факторы риска в развитии ребенка, педагог проводит следующие диагностические мероприятия: беседует с родителями, изучает медицинскую документацию, наблюдает за ребенком.

Беседа с родителями ребенка. В беседе с родителями, кроме обычных сведений о составе семьи, ее материальном и социальном положении, важно понять, что родители ожидают от ДОО. Многие ДОО разрабатывают для этого стандартизованные анкеты и рассматривают ожидания родителей как социальный заказ. Однако родители не всегда могут ясно сформулировать свой запрос, поэтому воспитатель может использовать косвенные вопросы. Например, если ребенок самостоятелен в быту, у родителей спрашивают, кто его научил одеваться, убирать со стола и т. д., если хорошо рисует или умеет лепить, важно спросить, кто учил и как. Все эти вопросы дают возможность понять, кто в семье больше общается с ребенком, под чьим влиянием он преимущественно находится, к какому стилю общения и взаимодействия тяготеет. Вопросы о том, какие навыки одевания, туалета, еды, ухода за одеждой и обувью есть у малыша (даже если ему всего два года), помогут понять, есть ли по отношению к ребенку завышенные требования или, напротив, гиперопека.

Изучение медицинской документации. Для выявления отклонений важно обратить внимание на показатели нервно-психического развития. Напомним, что наиболее важными показателями моторно-

го развития являются удерживание головы — 2 месяца, умение ползать — 7 месяцев, самому садиться и вставать — 8 месяцев, в год ребенок должен самостоятельно ходить. Важнейший показатель эмоционального, двигательного и интеллектуального развития — комплекс оживления. В норме он возникает в 3 месяца. Кроме этих показателей, в медицинской карте, как правило, отмечается начало лепета (6 месяцев) и появление первых слов (12 месяцев). Изучая медицинскую карту, нужно иметь в виду, что само по себе нарушение одного из сроков не является свидетельством отклонения и должно рассматриваться в контексте актуального развития ребенка. Например, если в медицинской карте указаны поздние сроки появления лепета и первых слов, а поступивший в детский сад трехлетний малыш говорит хорошо, то указанные отклонения от нормативных сроков можно объяснить особенностями темперамента.

Педагогическое наблюдение. Педагога может насторожить отсутствие либо непостоянность отклика малыша на обращение к нему близких, на собственное имя. Характерно отсутствие прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста и слов: «Посмотри на...». При обследовании физического развития ребенка обычно обращают внимание на рост, вес, осанку и выполнение основных движений. Необходимо отметить, что признаки физического недоразвития чаще встречаются при более тяжелых поражениях мозга, особенно ранних. Так, например, имеют место нарушения соотношений между длиной туловища и конечностей, различные деформации черепа. Отмечаются неправильный рост зубов, деформации в строении ушной раковины и другие аномалии развития.

При психофизическом инфантилизме ребенок может быть развит гармонично, но выглядеть младше своего возраста. Наблюдаются также изменения и со стороны внутренних органов. Нередки врожденный порок сердца и другие нарушения сердечно-сосудистой системы или желудочно-кишечного тракта. Несколько реже встречаются дефекты развития органов дыхания. Наличие таких дефектов приводит к частым простудным заболеваниям и повторным пневмониям. Дети с физическим недоразвитием требуют углубленного обследования психического развития, к которому целесообразно привлечь педагога-психолога.

Особого внимания требуют дети с эмоциональными нарушениями. К тому времени, когда гиперподвижный дошкольник или ребе-

нок-агрессор начнет посещать группу в течение полного дня, педагог должен хорошо представлять, какой деятельностью он занимается охотно, как обычно в семье нейтрализуют негативное поведение и действенны ли эти меры в условиях общественного воспитания.

Ниже приведены показатели психомоторного и речевого развития здоровых детей и с нарушениями в развитии.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика психомоторного и речевого развития детей по возрастным этапам

Психомоторное и речевое развитие здорового ребенка 1,5 – 2 лет	Психомоторное и речевое развития ребенка 1,5 – 2 лет с нарушениями в развитии
<p>Ходит самостоятельно, бегает, может ходить по лестнице вверх и вниз, бросает игрушки, поднимает. Чашку держит одной рукой, самостоятельно открывает и закрывает двери. Ребенок опрятен, даже при условии пользования памперсами с рождения. Участвует в процессе одевания и раздевания. Легко подражает новым словам. Любит играть рядом с другими детьми. С удовольствием слушает чтение сказок. Нечетко, но называет персонажей. Различает крики домашних животных, имитирует их. Появляются ролевые игры: ребенок «кормит» куклу, «прячет игрушку», разбирает и собирает пирамидку, матрешку, дифференцирует и знает по названию 3-4 цвета, производит выбор из 3-4 предметов. Дифференцирует формы: шар и кирпич.</p>	<p>Не ходит. С детьми не играет. Шагать по лестнице, даже с поддержкой, не может. Чашку не удерживает, дверь открыть не может. Цвета не всегда различает, даже по аналогии. Сам сесть на стульчик не может. Сам из кружки не пьет. В процессе одевания-раздевания участия не принимает. Желания выражает криком, осмысленного лепета нет. Книжками не интересуется.</p>
<p>Двигательная функция к этому времени уже значительно сформировалась. Он может некоторое время стоять на одной ноге, прыгать, бросать и ловить мяч. Рисует линии, точки, закругляет линию, держа карандаш в одной руке, выполняет раскраску. Ест самостоятельно, но неопратно. С небольшой помощью раздевается и одевается. Дифференцирует основные цвета спектра, доступно восприятие контуров знакомых предметов, может соотнести предмет и слово. Правильно определяются направления в пространстве (вверх, вниз, вперед, назад). Начинает ориентироваться в схеме тела и выполняет движения</p>	<p>Ходит с посторонней помощью, координация движений недостаточна (ребенок бросает мяч и тут же падает). Сам не ест, рисует только хаотичные линии. Сам не одевается и не раздевается. Восприятие фрагментарно, слито в общих чертах, отмечается недифференцированность восприятия (мяч-шарик). Не различает отдельные предметы на картинке, путает их названия. Основные направления в пространстве, тела, не выполняет движения по словесной инструкции. У ребенка не формируются временные представления не определяет не ориентируется в схеме</p>

<p>Формируются временные представления: понимает чередование режимных моментов, различает день и ночь. Понимает и выполняет многосложные инструкции («пойди на кухню, возьми со стола свою ложку и принеси»). Появляется способность к примитивным суждениям и умозаключениям, но они поверхностны. Речь состоит из отдельных фраз, но они не всегда оформлены грамматически правильно.</p>	<p>(не вычленяет чередования режимных моментов). Запоминание и воспроизведение по зрительному образцу является ведущим. При запоминании новых слов не всегда связывает их со смыслом. Стихи и рассказы или не запоминает, или запоминает плохо, даже при неоднократном повторении. Уровень обобщения низкий. Речь состоит из отдельных лепетных слов.</p>
<p>У здорового ребенка значительно развита моторика. Он свободно ходит, много бегает, умеет выполнять движения в заданном ритме. Самостоятельно одевается, раздевается, ест. Учится ходить на лыжах. Конструирует из кубиков, делает поделки из песка, работает с крупной мозаикой; с книжками-раскрасками справляется без помощи. Знает основные цвета и формы. Ребенок различает пространственные направления (направо, налево, под, над, к). Умеет правильно держать карандаш, рисует красками. Может рисовать по заданию. Пользуется фразовой, грамматически правильно оформленной речью. Отмечается неправильное произношение шипящих и сонорных звуков [р], [л]. Любит слушать чтение книг, запоминает и показывает страницы, которые ему надо почитать. При воспроизведении рассказа или сказки не передает смысл прочитанного, а пытается пересказать дословно.</p>	<p>Двигательные возможности резко ограничены. Самостоятельно не одевается, ест с помощью взрослых. Ручные действия значительно отстают в своем развитии. Ребенок путает основные цвета и формы, путает понятия «право» – «лево», отстает в формировании временных представлений. У ребенка отмечается резкое отставание пассивного и активного словаря. В экспрессивной речи преобладают глаголы. Фразы короткие, не всегда правильно оформленные. Лучше развита механическая память. Вопросы появляются значительно позже. У ребенка несовершенны восприятие, представления, память, способность к счету и обобщению.</p>
<p>Появляются попытки опираться на смысловые связи между предметами, стремится понять связи, появляются вопросы «Зачем?», «Почему?». Развиваются количественные представления (много-мало, 1-2-3).</p>	
<p>У здорового ребенка наблюдаются координированные движения рук и ног с соблюдением правильной осанки. Он может кататься на двух-, трехколесном велосипеде, учится кататься на коньках. У него сформировано цветовое восприятие, различает и знает названия всех цветов спектра. Сравнивает предметы по протяженности, раскладывает их по порядку. Узнает и называет предметы круглой, прямоугольной и треугольной формы, дифференцирует</p>	<p>Ребенок с отклонениями в развитии твердо знает четыре-пять цветов. Понятия протяженности не сформированы, появляется лишь дифференциация угловых и округлых фигур. Конструирование идет только по инструкции. Возможно прямое копирование (две-три детали). Отмечается задержка в развитии преднамеренного запоминания. У ребенка затруднено выделение существенных связей, не может</p>

<p>плоские и объемные предметы. Правильно соотносит местоположение предмета относительно другого в пространстве и словесно может это определить. Конструирование идет по собственному замыслу. Развивается конструктивный праксис: правильно выполняет прямое копирование деталей и целого образца из трех-четырех элементов, в рисунке передает круглую, овальную и треугольную формы, умеет работать с красками. Временные понятия – «вчера», «сегодня», «завтра» – дифференцирует правильно. Расширяется объем памяти, нарастает точность и прочность запоминания. Ребенок начинает группировать, обобщать, выделять «лишний предмет», хотя еще не может объяснить причину исключения. Понимает сюжет на картинке, перечисляет действия персонажей. Формируется понимание причинно-следственных связей. Формируются количественные представления: называет числительные по порядку до пяти, выполняет счетные операции в пределах пяти.</p>	<p>исключать. Счет и счетные операции в пределах двух-трех. Может составить картину из двух частей.</p>
<p>К шести годам здоровый ребенок овладевает точными координированными движениями: катается на двухколесном велосипеде, спускается на лыжах с горок, плавает, прыгает на одной ноге. Речь чистая, в артикуляционном аппарате дифференцированные движения. Фонематический слух и анализ сформированы для обучения грамоте.</p>	<p>К шести годам такой ребенок не овладевает двигательными навыками, присутствующими в этом возрасте здоровому ребенку. При выполнении даже прямых проб конструктивного праксиса отмечаются грубые ошибки, зеркальные – не выполняет.</p>
<p>Ребенок правильно различает и подбирает плоскостные и объемные геометрические формы. Правильно выполняет прямые и зеркальные пробы с единичными ошибками. Самостоятельно и по образцу может рисовать. Грамматически правильно строит предложения. В речи появились слова, обозначающие временные и пространственные понятия, абстрактные понятия. Порядковый счет до десяти, счетные операции в пределах пяти. В семь лет здоровый ребенок обучается в школе. Его фонематический слух и анализ, оптико-пространственные представления, пассивный и активный словарь достаточно сформированы для овладения программным материалом.</p>	<p>В экспрессивной речи сохраняется косноязычие, отмечаются нарушения фонематического слуха и восприятия, которые затрудняют процесс овладения грамотой, особенно часто эти дети путают свистящие и шипящие, звонкие и глухие, твердые и мягкие звуки. Речь состоит из отдельных, не всегда правильных грамматических фраз. В речи недостаточно обобщающих слов и слов, обозначающих пространственно-временные отношения. Трудности в написании и составлении букв и цифр.</p>

Таким образом, каждый педагог ДОО может своевременно выявить ребенка с неярко выраженными отклонениями в психофизическом развитии и определить отличительные особенности развития здорового ребенка и ребенка с нарушениями в развитии.

Важнейшим вопросом сопровождения является *разработка адаптированной образовательной программы*. Адаптированная программа представляет собой комплекс взаимосвязанных направлений работы с ребенком и с его родителями, которые позволяют создать условия для максимальной реализации особых образовательных потребностей. АОП разрабатывается и утверждается ДОО самостоятельно, с учетом материально-технических, кадровых и архитектурных условий. В зависимости от затруднений и потребностей дошкольника адаптированная образовательная программа может быть разработана по отдельному разделу программы или применительно к комплексному обучению, воспитанию, коррекции и компенсации нарушений в развитии у дошкольника. Для *детей-инвалидов* АОП разрабатывается с учетом индивидуальной программы реабилитации и абилитации (далее – ИПРА), на базе основной образовательной программы и в соответствии с особыми образовательными потребностями конкретного ребенка. ИПРА разрабатывается Главным бюро медико-социальной экспертизы и выдается родителям детей-инвалидов. Временной период реализации индивидуальной образовательной программы рассчитан на один учебный год.

Алгоритм разработки и совершенствования адаптированной образовательной программы:

1. Обследование ребенка ПМПК (центральной или территориальной).
2. Обследование специалистами образовательного учреждения: учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом.
3. Заседание ПМПК образовательного учреждения, на котором выступают специалисты с результатами обследования и воспитатель с результатами своих наблюдений за ребенком.
4. Составление адаптированной образовательной программы на основе рекомендаций ПМПК, выстраивание индивидуального образовательного маршрута ребенка. Заключение ПМПК носит для родителей рекомендательный характер, для образовательных организаций является обязательным для исполнения. Необходимо внимательно изучить заключение ПМПК, учитывая, что не всем детям-

инвалидам необходима АОП. АОП разрабатывается, если в заключении ПМПК рекомендовано обучение ребенка по адаптированной образовательной программе, то есть, если он не осваивает программу без специально созданных условий. Кроме того, в заключении точно указывается нозология (определенное нарушение), под которую разрабатывается АОП. Например, обучение по адаптированной образовательной программе для детей с нарушениями слуха. В разработке АОП принимают участие воспитатель, педагог-психолог, учитель-логопед, при необходимости инструктор по физкультуре, музыкальный руководитель и другие специалисты, предоставляя свои разделы программы.

5. Мониторинг развития ребенка каждые три месяца (динамика развития). Пересмотр и совершенствование адаптированной программы. Если есть положительная динамика, ПМПК образовательного учреждения может принимать решение о внесении изменений в индивидуальный образовательный маршрут ребенка, например, перевести его из группы компенсирующей в группу комбинированной направленности. В случае отрицательной динамики или ее отсутствия необходимо направить ребенка на ПМПК.

В настоящее время нет примерных адаптированных образовательных программ для обучения дошкольников с ОВЗ, входящих в перечень Госреестра образовательных программ, поэтому дошкольное учреждение имеет возможность проявлять самостоятельность в разработке АОП. Тем не менее Министерство образования и науки Российской Федерации предлагает пользоваться проектами программ в качестве примеров при конструировании АООП дошкольными образовательными организациями (разработки Научно-методического центра образования, воспитания и социальной защиты детей и молодежи – АНО НМЦ «СУВАГ»):

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с задержкой психического развития.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с интеллектуальными нарушениями.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования слепых детей.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования слабовидящих детей.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с амблиопией, косоглазием.

– Примерная адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей с тяжелыми нарушениями речи.

– Проект примерной адаптированной основной образовательной программы дошкольного образования на основе ФГОС дошкольного образования для детей раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

В целом работа по сопровождению детей с ОВЗ при организации воспитательно-образовательного, коррекционного процесса должна быть направлена на формирование социально значимых качеств личности ребенка с ОВЗ, необходимых ему для успешной социализации.

2.2. Деятельность психолого-медико-педагогического консилиума дошкольного учреждения на современном этапе образования

Психолого-медико-педагогический консилиум – форма работы команды специалистов ДОО по сопровождению ребенка с ОВЗ в едином образовательном пространстве, предполагающая в том числе сетевое взаимодействие. ПМПк создается с целью психолого-педагогической оценки динамики и развития ребенка и определения механизмов и конкретных способов реализации индивидуального образовательного маршрута (на основании полученных результатов диагностики и заключения психолого-медико-педагогической комиссии), с учетом реальных возможностей детского сада и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием здоровья воспитанников.

Консилиум образовательного учреждения действует на основе Письма Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2000 г. № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения». Данный документ регламентирует деятельность консилиума и определяет необходимую документацию. Все коллегиальные решения консилиума носят рекомендательный характер. Обследование осуществляется с письменного согласия родителей (законных представителей) на проведение диагностической и коррекционной работы

с ребенком. Протокол и заключение ПМПк подписывается председателем и всеми членами консилиума.

Цель деятельности ПМПк – коллективная разработка и планирование комплексной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для детей:

- а) с нарушением речевого развития,
- б) с нарушением психофизического развития в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями.

Задачи ПМПк:

1. Своевременно выявить и комплексно обследовать детей, имеющих особенности психофизического и речевого развития.
2. Выявить уровень и особенности развития познавательной деятельности дошкольников (речи, памяти, работоспособности и других психических функций).
3. Изучить эмоционально-волевое и личностное развитие воспитанников.
4. Составить индивидуальные рекомендации по развитию детей с особенностями речевого и психофизического развития, оценить их эффективность.
5. Организовать взаимодействие между педагогами и специалистами, участвующими в деятельности консилиума.

Перечень документов образовательного учреждения по организации деятельности ПМПк:

1. Приказ ДОУ о создании ПМПк.
2. Положение о ПМПк образовательного учреждения.
3. Договор о взаимодействии психолого-медико-педагогической комиссии и ПМПк образовательного учреждения.
4. Договор между образовательным учреждением (в лице руководителя ОУ) и родителями (законными представителями) воспитанника ОУ о его психолого-медико-педагогическом сопровождении.
5. График плановых заседаний ПМПк.
6. Протоколы ПМПк.
7. Журнал записи детей на ПМПк.
8. Индивидуальные образовательные маршруты детей.
9. Архив консилиума, состоящий из карт развития детей (результаты оценки уровня развития актуальных характеристик ребенка и его усвоения программного материала) при переходе в другие образовательные учреждения или учреждения здравоохранения и социальной защиты. Архив хранится в течение пяти лет после окончания

образовательных отношений между ДООУ и родителями (законными представителями) воспитанников и выдается только членам ПМПк или по запросу специалистов ПМПк.

В состав ПМПк могут входить: председатель ПМПк (заместитель заведующего, старший воспитатель), воспитатель группы, воспитатель с большим опытом работы или со специальным (коррекционным) образованием, педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, врач-педиатр, медицинская сестра, социальный педагог (инспектор по охране прав детства).

Заседания ПМПк образовательного учреждения бывают плановыми и внеплановыми. Плановый консилиум решает следующие задачи:

- определение путей психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка;
- выработка согласованных решений по определению образовательного и коррекционно-развивающего маршрута;
- динамическая оценка состояния ребенка и коррекция ранее намеченной программы;
- решение вопроса об изменении образовательного маршрута коррекционно-развивающей работы при завершении учебного года.

Плановые консилиумы проводятся не реже одного раза в квартал (стартовый – сентябрь; промежуточные – ноябрь, февраль; итоговый – май).

Внеплановые консилиумы собираются по запросу специалиста, педагога или воспитателя. Задачи внепланового консилиума:

- принять какие-либо экстренные меры по выявившимся обстоятельствам;
- изменить направление коррекционно-развивающей работы в изменившейся ситуации или в случае ее неэффективности;
- изменить образовательный маршрут (в рамках данного образовательного учреждения или подбор иного типа учебного заведения).

Диагностика и обследование ребенка начинаются либо с запроса родителей (лиц, их замещающих), либо с запроса воспитателя, администрации образовательного учреждения, с согласия родителей.

Медицинский работник, представляющий интересы ребенка в образовательном учреждении, при наличии показаний и с согласия родителей (законных представителей) направляет ребенка в детскую поликлинику.

Описание запросов и жалоб родителей или специалистов, контактирующих с ребенком, должно происходить заранее, например, при записи ребенка на консультацию.

На заседание ПМПк предоставляются следующие документы:

- педагогическая характеристика на ребенка;
- данные предварительного обследования ребенка специалистами;
- история развития ребенка (амбулаторная карта);
- при повторном обсуждении данного ребенка – индивидуальный план реабилитации с результатами коррекционно-реабилитационной работы.

Этапы работы ПМПк:

1 этап – индивидуальное обследование ребенка специалистами консилиума. На этом этапе происходит индивидуальное обследование ребенка всеми специалистами консилиума и заканчивается он составлением заключений каждым специалистом консилиума.

2 этап – коллегиальное обсуждение: определение образовательного маршрута и коррекционной помощи. Коллегиальное обсуждение результатов обследования позволяет:

- выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка;
- определить общий прогноз его развития;
- определить комплекс коррекционно-развивающих мероприятий;
- поставить вопрос об изменении образовательного маршрута.

При необходимости определяется последовательность работы с ребенком различных специалистов. После коллегиального обсуждения родителям сообщается заключение в понятной для них форме. Как правило, это делает руководитель консилиума или психолог. Также проконсультировать родителей, дать им ясные и понятные рекомендации, выдать копию заключения ПМПк обязан каждый специалист.

3 этап – направление ребенка на территориальную (центральную) ПМПк. Руководитель образовательной организации, в структуре которой функционирует ПМПк, заключает договор о взаимодействии психолого-медико-педагогического консилиума ДОО с территориальной психолого-медико-педагогической комиссией.

Ребенок направляется на территориальную (центральную) ПМПк в случае, если:

- в ДОО отсутствуют условия, адекватные индивидуальным особенностям ребенка;

- необходимо провести углубленную диагностику;
- ПМПк не приходит к общему мнению (спорные вопросы);
- ребенок находится на диагностическом обучении;
- необходимо изменение образовательного маршрута;
- родители не принимают решение и рекомендации ПМПк (конфликтные вопросы).

4 этап – согласование деятельности специалистов по коррекционно-развивающей работе. Между учреждением и родителями (законными представителями) воспитанника подписывается договор о психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении. Во всех случаях согласие родителей на обследование и (или) коррекционную работу должно быть оформлено в письменном виде. Обследование ребенка проводится каждым специалистом индивидуально с учетом реальной возрастной психофизиологической нагрузки на воспитанника.

Каждый специалист оформляет к консилиуму необходимую документацию, где на каждого ребенка заполняются *представления специалистов*.

1. Представление педагога-психолога на основе результатов диагностики дошкольников выявляет детей с уровнем психического развития, не соответствующим возрастной норме. Далее с ними проводятся углубленная диагностика психической сферы (памяти, внимания, воображения, мышления, речевого развития), развития эмоционально-личностной, мотивационно-волевой сфер, а также диагностика межличностных взаимоотношений с другими детьми.

2. Представление учителя-логопеда содержит результаты логопедического обследования детей, список дошкольников со сложными речевыми нарушениями.

3. Воспитатели составляют *педагогическую характеристику* на детей, имеющих отклонения в психоречевом развитии, где отражают трудности, которые испытывает тот или иной воспитанник в различных ситуациях; особенности индивидуальных черт их обучения и воспитания.

4. Медицинский работник предоставляет информационную справку о состоянии здоровья дошкольников и выписку из истории развития.

5. Социальное заключение составляется со слов родителей (законных представителей) ребенка.

На консилиуме выступают все специалисты по каждому из воспитанников, обозначая индивидуальные трудности детей,

предлагая свои рекомендации по проведению дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

После обсуждения и анализа представленной информации *заполняется коллегиальное заключение ПМПк*, которое содержит обобщенную характеристику структуры нарушения развития ребенка (без указанного диагноза) с общими рекомендациями. Впоследствии разрабатывается *индивидуальная программа развития* для каждого ребенка в соответствии с возможностями ДОО. Индивидуальная программа предполагает совместное определение содержания коррекционно-развивающей работы с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка, основных ее целей и направлений.

Помимо этого, *деятельность ПМПк фиксируется в следующих документах:*

– Журнал записи детей на ПМПк, в который в последующем вносится информация: Ф.И.О., дата рождения детей, направленных на консилиум, повод обращения и инициатор;

– Журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов ПМПк, который заполняется на каждом заседании;

– Журнал сведений о динамике развития воспитанников, который заполняется перед проведением повторного обследования на ПМПк.

Протокол ПМПк оформляется секретарем консилиума не позднее чем через три дня после его проведения и подписывается председателем, а также всеми членами ПМПк.

При отсутствии в ДОО оптимальных условий, адекватных индивидуальным особенностям воспитанника, или же при необходимости более углубленной диагностики специалисты консилиума рекомендуют родителям (законным представителям) обратиться в территориальную (центральную) ПМПк. Коллегиальное заключение комиссии индивидуально доводится до сведения родителей (законных представителей) в доступной форме. Только после этого осуществляется коррекционно-развивающая работа с детьми.

Деятельность ПМПк контролирует заведующий ДОО. В *ноябре* на втором плановом заседании (промежуточный этап) обсуждаются представленные специалистами результаты обследования детей, имеющих отклонения в психоречевом развитии. В *феврале* проводится третье плановое (промежуточное) заседание, на котором специалисты анализируют динамику состояния ребенка на основании результатов промежуточного обследования. Все данные фиксируются в журнале сведений о динамике развития воспитанников. Для

детей с низким показателем изменяются и дополняются рекомендации программы индивидуального развития. В *апреле – мае* ПМПк анализирует результаты коррекционно-развивающего обучения каждого ребенка на основании динамического наблюдения и принимает решение о его дальнейшем образовании.

При направлении ребенка на ПМПк копия коллегиального заключения консилиума образовательного учреждения выдается родителям (законным представителям) на руки; копии заключений специалистов направляются только по почте или сопровождаются представителем ПМПк. В другие учреждения и организации заключения специалистов или коллегиальное заключение ПМПк могут направляться только по официальному запросу.

2.3. Технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Решение проблемы повышения эффективности учебно-воспитательного процесса и уровня коррекционной работы предусматривает поиск новых методов и форм организации обучения, преимущественно эффективных путей формирования знаний, которые учитывали бы фактические возможности детей с особыми образовательными потребностями, условия текущей деятельности. Основной целью воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья является коррекция отклонений в развитии путем снижения зависимости ребенка от посторонней помощи, активизирование его активности, адаптации к окружающей и социальной среде. Для достижения наилучшего результата в работе с детьми с ОВЗ используются такие технологии, как:

- индивидуальный и дифференцированный подход;
- игровая технология;
- информационно-коммуникационная;
- здоровьесберегающая.

Индивидуальный и дифференцированный подход. При выполнении заданий дети испытывают трудности, педагог должен работать с каждым ребенком, и по мере необходимости должна быть оказана помощь в зависимости от возможностей детей. При применении данной технологии воспитанников можно разделить (условно) на группы. В зависимости от уровня развития каждой группе предъявляются свой разноуровневый дидактический материал и

задания для выполнения, различающиеся по содержанию, объему, методам и приемам выполнения. Например, на занятии по лепке «Мой веселый звонкий мяч» *первой группе* воспитанников предлагается: отгадать загадку о мяче; разложить мячи, опираясь при выборе на цвет и величину; игра с мячом «Подбрось-поймай»; самостоятельно размять пластилин и раскатать шар вращательными движениями на доске или в руках (по показу), а *второй группе* воспитанников предлагаются сопряженные действия с воспитателем: игра «Прокати мяч», обследование мяча, раскатывание шара вращательными движениями в руках.

Игровая технология. Данный вид технологии включает в себя различные дидактические, сюжетно-ролевые, настольные игры. Занятия проходят в игровой форме. Для привлечения внимания детей используются сказочные персонажи. Герои участвуют в процессе всей коррекционной работы. Это настраивает детей на выполнение заданий. Также интересен прием «*занятие-сказка*», который очень нравится детям. Такой вид занятия поднимает настроение, вызывает положительные эмоции, способствует формированию учебной мотивации и побуждает детей к выполнению задания. Например, на протяжении всего занятия дети, «путешествуя» по сказкам, выполняли задания, данные им героями сказок. Так, Колобку дети помогали спрятаться в домике, закрывая окошко такого же цвета, что и домик (закрепляли знание основных цветов); героям сказки «Теремок» дети нарисовали новый теремок; с помощью прищепок сделали ботву для репки (сказка «Репка»); а курочку Рябу (сказка «Курочка Ряба») накормили зернышками, предварительно перебрав и рассортировав фасоль и горох. Включение игровых ситуаций делает процесс обучения интересным, удерживает внимание.

Информационно-коммуникационная технология. Это технология как неотъемлемая часть совершенствования работы воспитателя в условиях внедрения ФГОС. Без информационно-компьютерных технологий нельзя представить современное образование. Понимая требования, выдвигаемые современным информационным обществом, на занятиях используются различные виды информационных технологий: презентации, в зависимости от лексических тем используется мультимедиа, просмотр видеоклипов, прослушивание музыки. Большое предпочтение отдается демонстрации презентациям по лексическим темам. Компьютерную презентацию можно

использовать в течение всего занятия, а также на отдельных этапах работы. Наглядный материал для презентаций подбирается дозированно, то есть в том объеме, который необходим для данных детей и на данном занятии. Познавательная направленность заданий, красочные картинки, звуковое сопровождение действий, игровая форма изложения учебного материала и забавные ведущие делают программы интересными, способствуют повышению мотивации к выполнению детьми заданий. Применение информационно-коммуникационных технологий в коррекционной работе предоставило возможность сделать следующие выводы:

– компьютерные средства обучения становятся необходимыми средствами обучения детей с ОВЗ;

– использование ИКТ побуждает ребенка к занятиям, содействует повышению речевой и познавательной активности; способствует коррекции речевых нарушений и развитию высших психических функций;

– повышается самооценка ребенка.

Здоровьесберегающие технологии. Приоритетные задачи современного коррекционного образования – сохранить и укрепить здоровье детей с ОВЗ. Главной целью здоровьесберегающих образовательных технологий является формирование у ребенка с ограниченными возможностями здоровья знаний, умений, навыков, необходимых для обеспечения здорового образа жизни, воспитание при этом культуры здоровья. При выборе здоровьесберегающих технологий для ребенка с ОВЗ необходимо учитывать программу, реальные условия, а также заболевание каждого конкретного ребенка. Обучение ребёнка с ОВЗ с использованием здоровьесберегающих технологий имеет немаловажное значение для развития и их реабилитации в обществе. Принципы здоровьесберегающих технологий:

1. Формирование образовательной среды. Доброжелательная обстановка, индивидуальный подход, настрой на выполнение, одобрение и похвала независимо от результата.

2. Развитие двигательной активности. Объединение способов оздоровления и воспитания позволяет сохранить и, по возможности, укрепить здоровье в специальных учреждениях.

3. Возможность восстановления сил. Во избежание перенагрузки, переутомления необходима частая смена видов деятельности, периоды напряженной работы чередовать с расслаблением.

Этот вид технологии предполагает проведение во время занятий физминуток, динамических пауз, дыхательной гимнастики, зрительной гимнастики, пальчиковой гимнастики, релаксации. Коррекционные занятия должны быть составлены с учетом частой смены видов деятельности детей. Каждое занятие должно содержать несколько видов деятельности: дидактические игры или их элементы, задания на развитие внимания, выполнение подражательных движений, практические действия. Двигательная активность детей с ОВЗ должна быть правильно организована, и только в этом случае она сыграет большую роль в развитии и здоровье этих детей. В силу своего заболевания такие дети не всегда самостоятельно включаются в процесс выполнения каких-либо упражнений и заданий, их необходимо увлечь, привлечь тем, что им в данный момент интересно. Поэтому игры и упражнения необходимо подбирать индивидуально адаптированные, для конкретного ребенка или группы детей. Радость и увлеченность соразмерны необходимости растущего организма в движении. Здоровьесберегающая деятельность на занятиях и в течение всего дня осуществляется в следующих формах:

- Закаливающие процедуры. Одна из важных частей физической культуры, способствует формированию обязательных условий и привычек здорового образа жизни. Умывание и мытьё рук холодной водой.

- Двигательная разминка. Главной целью является предупреждение развития утомления у детей с ОВЗ, снятие эмоционального напряжения в процессе занятий. Игровые упражнения для разминки должны быть упрощены по содержанию, с небольшим количеством правил, кратковременны, доступны детям с разным уровнем двигательной активности.

- Утренняя гимнастика. Комплекс упражнений для того, чтобы повысить общий тонус и настроение, устранить сонливость и вялость. Утреннюю зарядку необходимо проводить систематически. Она необходима для укрепления здоровья, воспитания воли. Чтобы выполнение зарядки проходило увлекательно, задорно и с соблюдением всех принципов, задания для выполнения подбираются с учетом индивидуальных особенностей детей, отличаются доступностью, повторяемостью. Упражнения лучше всего проводить под музыку в игровой форме.

- Проведение физкультминуток. Время проведения физминутки определяет педагог во время занятия самостоятельно. Обычно

физминутки проводятся при первых признаках утомления детей. Выполнение упражнений сопровождается стихотворным текстом в ритме движений. Проведение физминуток способствует повышению общего тонуса, моторики, снятию психоэмоционального напряжения, а также улучшает настроение.

- Гимнастика после дневного сна, которая помогает улучшить настроение детей, поднять мышечный тонус. (Мы проснулись, улыбнулись, посильнее потянулись. Первый разик на спине, а потом на животе... Наклонились, потянулись, до носочков дотянулись, распрямились и опять будем ножки поднимать. А теперь пришла пора дружно встать нам, детвора!)

- Дыхательная гимнастика. Данный вид технологии также направлен на оздоровление организма. Дыхательная гимнастика проводится как на занятиях, так и в течение всего дня, в разных формах оздоровительной работы. Проведение дыхательной гимнастики способствует развитию психических процессов, улучшает нервно-психическое состояние, развивает дыхательную систему ребенка.

- Игры на свежем воздухе и подвижные игры. При проведении игр необходимо учитывать физические возможности этих детей. При выборе игр для детей с ОВЗ следует учитывать дефект, двигательные возможности, величину нагрузки. Подбор игр происходит от легких к усложненным, при этом учитывается интенсивность и продолжительность. Эмоции, которые возникают в ходе игры, благотворно влияют на нервную систему, активизируют функциональную деятельность организма.

Таким образом, в результате применения данных видов технологий в процессе обучения у детей с ОВЗ возрастает самооценка, происходит коррекция психических процессов, развиваются умения и навыки, которые способствуют в дальнейшем социальной адаптации.

2.4. Задания для практических занятий

1. Разработать структуру и краткое содержание одного раздела адаптированной образовательной программы на выбор (целевой, содержательный, организационный) для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра (с использованием примерных адаптированных образовательных программ, включенных в государственный реестр примерных основных общеобразовательных программ и проектов пример-

ных адаптированных образовательных программ, разработанных Научно-методическим центром образования, воспитания и социальной защиты детей и молодежи (АНО НМЦ «СУВАГ»).

2. Разработать алгоритм сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов в дошкольной образовательной организации.

3. Разработать рекомендации по созданию специальных условий и образовательной среды для детей с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и др.

Задания для самостоятельной работы

1. Изучить основные направления деятельности психолого-медико-педагогического консилиума в современных условиях. (Семаго, Н.Я. Инклюзивный детский сад: деятельность специалистов / Н.Я. Семаго; под науч. ред. М.М. Семаго. – М.: Сфера, 2012. – 128 с.. – (Библиотека журнала «Управление ДОУ»)).

Список литературы

1. Афонькина, Ю.А. Технологии комплексного сопровождения детей / Ю.А. Афонькина, И.А. Усанова. – Волгоград, 2013. – 67 с.
2. Газман, О.С. Воспитание: цели, средства, перспективы / О.С. Газман // Новое педагогическое мышление. – М.: Педагогика, 1989. – С. 234–236.
3. Газман, О.С. Неклассическое воспитание: От авторитарной педагогики к педагогике свободы / О.С. Газман, А.О. Зверев, А.Н. Тубельский. – М.: МИРОС, 2002. – 294 с.
4. Инклюзивная практика в дошкольном образовании: пособие для педагогов дошкольных учреждений / под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: Мозаика-Синтез, 2011. – 144 с.
5. Интеграция детей с особенностями развития в образовательное пространство: сб. статей, методических материалов, нормативно-правовых документов / под ред. проф. Л.М. Шипицыной; Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. – М.: Ритм, 2006. – 216 с.
6. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья: методические рекомендации к примерной основной общеобразовательной программе дошкольного образования

«Мозаика» / авт.-сост. Е.Г. Карасева. – М.: ООО «Русское слово – учебник», 2014. – 64 с.

7. Левченко, И.Ю. К проблеме стандартизации специальных условий образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья / И.Ю. Левченко, А.А. Гусейнова // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2016. – № 3.
8. Михайлова, Н.Н. Педагогическая поддержка ребенка в образовании: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин, Е.А. Александрова [и др.]. – М.: МИРОС, 2001. – 208 с.
9. Новикова, Н.В. Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н.В. Новикова, Л.А. Казаков, С.В. Алехина; под общ. ред. Н.В. Лалетина; Сиб. Федер. ун-т, Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева [и др.]. – Красноярск, 2013.
10. Семаго, Н.Я. Инклюзивный детский сад: деятельность специалистов / Н.Я. Семаго; под науч. ред. М.М. Семаго. – М.: Сфера, 2012. – 128 с.). – (Библиотека журнала «Управление ДОУ»).
11. Социальная педагогика: учеб.-метод. пособие / М-во образования и науки Рос. Федерации, Федер. гос. автоном. образоват. учреждение высш. проф. образования «Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова»; сост. М.А. Брутова, А.Н. Буторина. – Архангельск: ИПЦ САФУ, 2013. – 76 с.

ГЛАВА 3.

Характеристики, педагогическое взаимодействие и организация среды для детей с ограниченными возможностями здоровья в дошкольном учреждении

3.1. Дети с нарушениями слуха

Серьезность проблемы нарушения слуха у детей обусловлена тем, что глухота не сразу может быть распознана как имеющееся расстройство. Данное нарушение влияет не только на физиологическое, но и на психологическое развитие ребенка, поэтому важно диагностировать его в первый год жизни. Именно в этот период можно откорректировать слух при помощи слухового аппарата и обеспечить ребенку полноценное языковое и речевое развитие посредством организации ранней абилитации (подготовка к какому-либо роду деятельности) и компенсации (восстановление равновесия). В семье коррекция обеспечивается естественным речевым общением с близкими взрослыми и детьми. Оптимальное количество времени общения с ребенком — 30–40 часов в неделю, так как наиболее полная компенсация нарушения возможна именно при таких ресурсных затратах. Для успешной интеграции в образовательную среду ребенок с нарушением слуха должен быть максимально подготовлен. Комплексная психолого-педагогическая поддержка детей с нарушенным слухом также должна начинаться с раннего возраста. Наиболее эффективной формой коррекции нарушений слуха являются воспитание и обучение детей, начиная с двух лет, направленные на развитие остаточного слуха, речи, эмоционально-волевой, двигательной сферы, и обучение грамоте (чтению и письму печатными буквами). При необходимости и по имеющимся медицинским показаниям должна быть осуществлена кохлеарная имплантация или другие методы адекватной акустической коррекции слухового восприятия.

Игровая деятельность имеет важное значение для общего и речевого развития слышащих и слабослышащих детей, так как в ней формируется способность замещения одного предмета другим, подготавливается овладение знаковой функцией слова и возможность оперировать им в ходе выполнения заданий, направленных на развитие мышления. Игры детей с нарушениями слуха отличаются от игр здоровых сверстников: они более просты и однообразны. Поэтому нельзя оставлять без внимания трудности общения: нечеткая дикция, невыразительность интонации, затрудненность понимания обращенной речи. Также держать ситуации общения под контролем, чтобы избежать конфликтов и прийти на помощь. Стимулировать к преодолению стеснительности, к обращению за помощью. В игре предоставлять возможность побыть лидером-капитаном, ответственным за уборку территории.

Одна из трудностей: распределить воспитанников так, чтобы дети с нарушениями слуха не оказались за спинами сверстников, они должны хорошо видеть лицо педагога и происходящее. Помнить о требованиях, предъявляемых к речи, говорить естественно, в нормальном темпе. На первом этапе полезно работать над приобретением у детей опыта устного общения. Включать слабослышащих во все виды деятельности со слышащими, но при этом ставить разные задачи, опираясь на индивидуальные возможности ребенка. Глухие не могут приобрести опыт общения стихийно, в отличие от слышащих. Поэтому важно развернуть их лицом друг к другу, помочь глухим стать более активными (сажать парами, учитывая взаимную симпатию детей друг к другу). Например, наклеить что-либо, имея один тюбик клея, собрать картинку из нескольких частей.

Кроме того, при формировании инклюзивной подгруппы учитывать, что слышащим детям с высоким уровнем развития становится скучно, с низким — много дополнительных проблем. Оптимально — со средним уровнем развития, контактных, любознательных, имеющих определенные творческие способности.

В зависимости от степени снижения слуха различают глухоту и тугоухость. Глухота — наиболее резкая степень поражения, при которой разборчивое слуховое восприятие речи становится неразборчивым. Тугоухость — стойкое снижение слуха, при котором возможно овладение речью с опорой на остаточный слух. Дети могут иметь дополнительные отклонения: нарушения интеллектуального развития, нарушения зрения, нарушения опорно-двигательного аппара-

та, нарушения эмоционально-волевой сферы. При легкой степени снижения слуха оказывается достаточным усиление громкости звучания речи педагога для активизации ослабленного слуха, при тяжелых степенях снижения слуха учат считывать с губ, используют тактильно-вибрационную чувствительность, на занятиях используют и подключают остаточный слух. Задача педагога – сочетая устные обращения к ребенку с соответствующими действиями и предметами, научить необходимым для общения словам. Для этого использовать не остаточный слух, а зрение. Обращаться к ребенку так, чтобы он видел речь педагога, будь то устное слово или сказанное пальцами. Если у ребенка развиты бытовые навыки, это создает благоприятные условия. Выполняя привычные действия, ему легче догадаться о смысле сказанного или понять обращенную речь.

Комплексное сопровождение детей с нарушениями слуха должно различаться до операции (кохлеарной пластики) и после (с аппаратами). До операции в работе с ребенком с нарушенным слухом важно выработать или использовать имеющийся язык для общения, на основе которого строится вся коррекционная работа. Это будет язык жестов и мимики, который находит воспитатель совместно с родителями. Воспитатель обязательно должен быть в курсе лечения ребенка (родители должны объяснить особенности ребенка и влияние лекарственных препаратов на поведение малыша).

После операции ребенку необходим период реабилитации, во время которого он должен осознать, что значат все слышимые им звуки. В этот период специалист-сурдолог является ведущим куратором сопровождения. Учитель-дефектолог в этот период отслеживает динамику развития ребенка, появление вторичных отклонений (задержки психоречевого развития). Руководитель и методист должны объяснить родителям, что с детьми данной категории коррекционная работа будет эффективной и даст наибольший результат только в условиях специализированного учреждения. В том случае, если у ребенка нарушение слуха незначительное или ребенок уже осознанно пользуется слуховым аппаратом, то всем специалистам (воспитателю, учителю-логопеду, педагогу-психологу, инструктору по физической культуре, музыкальному работнику и т.д.) при организации деятельности необходимо учитывать особенности ребенка. Обогащать его сенсорный опыт, включая в совместную деятельность любой способ речевого опосредования, стараться находиться в зоне его видимости, попутно озвучивая все

свои действия и действия ребенка, давать больше возможности действий с предметами: потрогать, подвигать.

Необходимо включать такого ребенка во взаимодействие со сверстниками. Смысл коррекционной работы для ребенка с нарушением слуха заключается в том, чтобы создать такие условия для его развития и обучения, которые позволят расширить и качественно изменить доходящие до него внешние воздействия, изменить их количественный и качественный состав, то есть заменить акустические воздействия на равные им по значению. Для этого нужно: обучить ребенка чтению, научить читать с губ, выполнять действия по подражанию, использовать символы-опоры.

3.2. Дети с нарушениями зрения

Нарушения зрения относятся к наиболее распространенным нарушениям здоровья у детей. По данным Министерства здравоохранения, более миллиона детей в России страдают различными заболеваниями глаз и нарушениями зрения: косоглазием, близорукостью, дальнозоркостью, амблиопией. С каждым годом число таких детей растет. Зрительный анализатор в ряду других анализаторов имеет одно из первостепенных значений. Поэтому проблема обучения детей со зрительными расстройствами продолжает оставаться актуальной. Изменения здоровья детей тесно взаимосвязаны с функциями органа зрения: заболевания внутренних органов, нервной системы и позвоночника часто сочетаются с близорукостью, нарушениями аккомодации, заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата; болезнями уха, горла, органов дыхания, пищеварительной системы.

Основная задача воспитателя – избежать вторичных дефектов, часто возникающих у детей с дефицитом анализаторов не из-за самой болезни, а из-за ограничений социума: нарушения общения, несамостоятельность, эгоцентризм, аутичность и отгороженность от мира, ипохондрия, заикленность на своей болезни, неврозы (осознание собственной неполноценности и нежелание с этим бороться).

Педагогам и родителям необходимо понимать, что чем раньше приобретен дефект, тем больше будут выражены вторичные нарушения, несмотря на то, что психическое развитие слепых детей имеет такие же закономерности, как у видящих. Например, наступившая слепота влечет за собой отсутствие визуальной ориентации,

ориентации в пространстве и как следствие – нарушения в двигательной сфере и в освоении социального опыта. Нарушения зрения, в частности тотальная слепота, формируют своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, вызывают у детей трудности в игре, учении, сложные переживания и негативные реакции, а в дальнейшем – в овладении профессиональной деятельностью.

С раннего возраста родителям и педагогам необходимо направлять усилия на целенаправленное формирование у детей с нарушениями зрения интереса к происходящему вокруг них и желания вступать в тесный эмоциональный и речевой контакт с детьми и взрослыми. Для этого посредством использования игровых приемов надо направлять их совместные действия, специально создавать, организовывать ситуации общения, активно участвуя во всех видах детской деятельности. Обязательным условием результативной работы с детьми данной категории является рациональное построение занятий, определение оптимальных зрительных нагрузок, применение корригирующих и тифлотехнических средств, а также организация специальных коррекционных занятий, направленных на преодоление отклонений в психофизическом развитии. В процессе взаимодействия с ребенком, имеющим расстройства зрения, взрослому необходимо комментировать все свои действия, что позволит ребенку воспринимать информацию, исследовать и познавать окружающий мир с помощью сохранных анализаторов. Но при этом необходимо знать, что у слабовидящих детей в познавательной и учебной деятельности зрение остается ведущим анализатором, поэтому для письма и чтения используется плоский шрифт.

Большое значение для развития детей с нарушением зрения имеет социализация, в процессе которой они должны овладеть умением взаимодействовать с окружающими детьми и взрослыми, необходимыми элементарными бытовыми и социальными навыками. Кроме того, у детей с данными нарушениями важно формировать эмоциональную отзывчивость на происходящее.

Одной из необходимых задач при реализации инклюзивного образования является вовлечение родителей в коррекционно-развивающую работу, организуемую в образовательном учреждении и в семье. Поэтому такое большое значение приобретает просветительская и консультативная работа с педагогами и родителями. Полноценное воспитание и развитие слепого или слабовидящего ребенка требуют от родителей знаний особенностей его развития, влияния

первичного дефекта на формирование психических функций, двигательных, социальных, учебных и других умений, умения общаться и контактировать со сверстниками и взрослыми, обслуживать себя при помощи сохранных чувств. Родители ребенка с нарушенным зрением должны регулярно получать консультативную помощь специалистов: тифлопедагога, психолога, офтальмолога и др. При этом важно создавать условия, соответствующие возможностям слепого или слабовидящего ребенка: не следует применять излишне щадящий режим или гиперопеку, обе стратегии отрицательно сказываются на формировании личности при дефекте зрения. Большим подспорьем педагогам и родителям являются труды Вены Закировны Денискиной, в которых представлена усовершенствованная педагогическая классификация детей с нарушением зрения и раскрыто множество аспектов.

Комплексное сопровождение детей с нарушениями зрения будет зависеть от степени тяжести дефекта. Руководитель и методист должны аргументированно объяснить родителям, что с детьми данной категории коррекционная работа будет эффективной и даст наилучший результат только в условиях специализированного дошкольного учреждения — для детей с нарушением зрения. В группу общеразвивающей направленности может попасть слабовидящий ребенок, у которого нет противопоказаний и стабилизировано нарушение зрения (прошедший необходимое медикаментозное лечение, при необходимости — с подобранными очками). В этом случае воспитателю необходимо держать на контроле вопрос медицинского сопровождения. Он может интересоваться у родителей текущим лечением и его влиянием на общее состояние и поведение ребенка. Комплексное сопровождение будет заключаться в подключении специалистов разного профиля, физиотерапевтического лечения для обогащения клеток мозга кровью, насыщенной кислородом. Это все работает не только на коррекцию первичного дефекта (нарушение зрения), но и опосредованно на вторичные наслоения (задержку психоречевого развития). Всем специалистам ДОО, работающим с детьми данной категории, необходимо в организации работы учитывать их особенности.

Работа с детьми с нарушениями зрения предполагает регламентированную зрительную нагрузку, охрану и рациональное использование неполноценного зрения. У этой группы детей зрение неустойчиво, поэтому им необходимо повышенное внимание. Таких

детей необходимо обучать пользоваться различными оптическими средствами: очками, лупой и т.п. Необходимо развивать их осязательную чувствительность и слуховое внимание через игры: «волшебный мешочек», «жмурки», «чей голосок», «песочные игры» (игры с песком) и т.п. Педагогам необходимо обращать внимание не на количество получаемой детьми информации, а на качество формируемых образов, представлений, понятий, смыслов.

Обогащать сенсорный (чувственный) опыт ребенка с нарушением зрения – основная задача дошкольного этапа развития. Педагог расширяет восприятие окружающего мира и развивает словарный запас ребенка по тематическому принципу: «Игрушки», «Посуда», «Овощи», «Фрукты» и т. п., путем ощупывания предметов, их анализа установки их признаков. При этом ребенок запоминает названия предметов (имена существительные) и признаки предметов (имена прилагательные). Затем педагог учит ребенка с нарушенным зрением практическим действиям с предметами, держа руку ребенка в своей руке и демонстрируя образец действия.

Таким образом, для расширения восприятия окружающего мира и развития речи слабовидящего ребенка взрослому необходимо комментировать совместные предметные действия, а при самостоятельной деятельности соотносить усвоенные ребенком слова с конкретными предметами окружающего мира.

Воспитателю необходимо обучать ребенка с нарушениями зрения игре, помогая ему в осуществлении игровых действий, усложняя их и сюжет игры и вводя партнера.

3.3. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

При поступлении ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА) планируются весь маршрут передвижения ребенка по саду, все режимные моменты и их обеспечение (сидение за столом, посещение туалета, прогулки, двигательные занятия), педагогические действия по организации обучения и взаимодействия ребенка с другими детьми. Очень внимательно педагогу нужно относиться к развитию движений разного характера. Следует помнить, что иногда детский церебральный паралич имеет неярко выраженный, стертый характер. Внимательно наблюдая за таким малышом, воспитатель отмечает, что у него нет навыков самообслуживания, он неаккуратно ест, не может застегнуть пуговицы. И дело здесь не в пло-

хо развитых навыках самообслуживания, а в недостатках двигательной сферы. Поэтому, наблюдая за ребенком, надо обратить внимание на скоординированность движений во время маршировки, ритмичность действий под музыку, наконец, можно предложить выполнить какое-либо практическое действие: завязать узел на веревке, сложить одежду в шкафчик и т.п. Особое внимание надо уделить мелкой моторике, но ее изучение можно совместить с обследованием деятельности. При стертых формах детского церебрального паралича определенные трудности у ребенка вызывает предметная деятельность: соотносящие действия не точны, кажется, что дошкольник не перерос метода проб и ошибок, орудийные действия малопродуктивны. Плохо получаются синхронные действия двумя руками.

Не надо бояться озвучивать трудности ребенка: не может танцевать или сложно вырезать, — это не делает его хуже. Эмоции стеснения или отвращения возникают у детей только с подачи взрослого, если последние показывают неприязненное отношение к особым детям.

Среди детей с нарушением опорно-двигательного аппарата большинство составляют дети с детским церебральным параличом (далее — ДЦП). Их заболевание стабильно, без ухудшения физического состояния. Поэтому эти дети довольно часто оказываются в группах общеразвивающей направленности. Комплексное сопровождение позволяет детям с ДЦП участвовать в общей деятельности группы. Таким детям необходима помощь врачей-неврологов, систематическое лечение, помощь специалистов-ортопедов (для подбора специальной корректирующей обуви). Так как ДЦП часто сопровождается нарушениями слуха, следовательно, им необходима помощь узких специалистов и подбор необходимых приспособлений (очки, слуховые аппараты).

При ДЦП мышцы ребенка находятся в вынужденном состоянии: или только в напряжении, или в расслаблении, часто сопровождаются гиперкинезами (ритмическими судорогами). В обычном детском саду для таких детей велика роль инструктора по физической культуре. Причем одними занятиями в детском саду ребенок с ДЦП не может быть ограничен, необходима помощь специалистов на фоне медикаментозного лечения, физиотерапевтических процедур и массажа. Этим детям показана специальная лечебная физкультура (ЛФК).

ДЦП сопровождается речевым нарушением — дизартрией, поэтому этим детям необходимы занятия с учителем-логопедом, ко-

торый работает над просодикой, фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторонами речи ребенка. Сложность работы учителя-логопеда при дизартрии заключается в том, что ребенок не чувствует ощущений от движений собственных органов артикуляции, не может произвольно ими управлять. Следовательно, у ребенка будут нарушены все группы звуков, которые вводятся в речь с огромным трудом. На эту картину накладываются вторичные нарушения: недоразвитие фонематических процессов. Страдают также словарный запас, грамматика и связная речь. Так как у этих детей наблюдается нарушение мелодики, темпа и тембра речи, может понадобиться помощь врача-фониатра. В детском саду в этом плане важна роль музыкального работника, который должен развивать ребенка, учитывая его особенности.

Учитель-дефектолог и педагог-психолог должны работать над предупреждением вторичной задержки психического и речевого развития, коррекцией познавательных процессов.

Воспитатель совместно с родителями вырабатывает единую систему требований к ребенку: что он может делать сам, какая мера помощи ему необходима, как избежать ненужной гиперопеки, какие полученные у специалистов навыки необходимо закреплять и развивать в повседневной деятельности. Во время организации деятельности детей воспитатель должен учитывать снижение способности формирования навыков самообслуживания и ручной умелости вследствие нарушения пространственных представлений. Коррекционная работа должна производиться с опорой на устный анализ операций, дозирование нагрузки по темпу и объему. Дети с ДЦП активно используют схемы, рисунки, алгоритмы, опоры на предметно-практическую деятельность, выполнение задания по частям.

3.4. Дети с задержкой психического развития

Дети с ЗПР могут действовать с предметами неспецифично, например, стучать пирамидкой, подбрасывать кольца или разметывать их по столу. При побуждении к началу деятельности могут наблюдаться соскальзывания (то есть, начав действовать адекватно, ребенок останавливается или переходит к неспецифичным действиям).

Диагноз «задержка психического развития» ставится специалистами психолого-медико-педагогической комиссии после достижения ребенком четырехлетнего возраста, поскольку точно судить о

возможностях мозга ребенка в этот период не представляется возможным даже специалистам. Однако ЗПР в разной степени выраженности характерна для всех описываемых категорий детей, поэтому воспитателю следует знать основные правила воспитания и обучения ребенка с ЗПР:

1. Начинайте работу с ребенком с той ступени, с того уровня, на котором он находится в настоящее время, не торопите события. Первые слова, усваиваемые ребенком, — это те речевые штампы, которыми он должен оперировать регулярно, обслуживая свои потребности.

2. Говорите за ребенка то, что он не может произнести («Можно пойти домой?», «Идем гулять»). Старайтесь озвучивать каждый жест ребенка, каждую эмоцию, которую можно проговорить (больно, смешно и т.п.).

3. Говорите кратко, четко, эмоционально. Если вы вывели детей на прогулку и мимо пролетает вертолет, нужно тут же, указывая рукой в его сторону, крикнуть — «вертолет», еще лучше, если вы будете показывать пальцем ребенка.

4. Активно используйте руки ребенка, чтобы задействовать его внимание. Следите, чтобы они работали всякий раз, когда вы работаете с речью ребенка. Поглаживайте его руки, чтобы расслабить тонус мышц, тем самым удлиняя время концентрации внимания.

5. Следите, чтобы ребенок с ЗПР имел возможность видеть ваши губы, когда вы общаетесь с ним, или проведите его рукой по своим губам, привлекая внимание к ним. Ловите взгляд ребенка, старайтесь, чтобы он концентрировался на вашем лице и руках.

6. Если ребенок начал использовать небольшой словарный запас по назначению, начинайте вводить глаголы.

7. Важно все комментировать, что происходит с ребенком и вокруг него. Следите за тем, что ребенку интересно, и переводите на язык слов его ощущения, но коротко, не забывая про движения руки. Помните, что ваша речь должна быть понятна ребенку.

8. Проявляйте терпение, сохраняйте с ребенком эмоциональный контакт, чтобы он не начал демонстрировать свой характер и упрямство, так как это является большим препятствием в обучении.

Необходимо понимать, что у всех детей с нарушениями в развитии первичный дефект влечет за собой задержку формирования всех психических, познавательных процессов. Так как природа наградила малыша в раннем возрасте потенциалом к интенсивному развитию, воспитатель, родители и все специалисты должны обязательно

его использовать. Постоянная, непрекращающаяся работа, пронизывающая каждый вид деятельности, очень важна для ребенка с нарушениями в развитии в плане сокращения возможного отставания в плане его развития.

В результате комплексного психолого-педагогического сопровождения у детей наблюдается динамика речевого, психофизического и интеллектуального развития; создаются позитивные основы для социальной адаптации, их родители получают квалифицированную психолого-педагогическую помощь в воспитании и развитии ребёнка; овладевают элементарными знаниями детской психологии, педагогики, логопедии; включаются в педагогический процесс ДОО.

ЗПР трудно отделить от умственной отсталости без специальных знаний. Причины такого психического расстройства, как умственная отсталость, — ранние повреждения головного мозга во внутриутробном периоде либо хромосомные нарушения (синдром Дауна). Диагноз ставится врачами после четырех лет (при тяжелой и средней степени), после семи лет (при легкой степени нарушений). Отличительные черты: значительно более медленное развитие мышления. Долго не могут перейти от предметных к наглядно-образным действиям, не соотносят рисунок и предмет, не показывают рисунок по названию. Постоянно отвлекаются, даже когда задание интересно. Страдает произвольное внимание. Испытывают сложности переноса опыта или способа решения задачи на другой материал: научив ребенка расставлять предметы по размеру, увидим, что не может расставлять другие предметы или животных. Часто страдает эмоциональная сфера: недоразвитие высших функций, слабость волевых процессов, вспышки агрессии. Действия воспитателя (родителей, методиста, психолога): требуется больше времени и усилий для овладения умственными операциями, навыками самообслуживания. Повторять одно и то же много раз. Важно научить общаться в среде сверстников, контролировать эмоции и агрессию.

Действия детей с нарушенным зрением, слухом, общим недоразвитием речи будут похожи на действия детей с задержкой психического развития в младшем дошкольном возрасте, однако к пяти-шести годам предметная деятельность этих детей в целом не отличается от деятельности детей с нормальным психомоторным и речевым развитием. Если же нарушение имеет выраженный характер, своеобразные черты сохраняются в предметной деятельности до старшего дошкольного возраста. Но, в отличие от детей с задержкой психиче-

ского развития, у детей с сенсорными и речевыми нарушениями не будет соскальзывания и неспецифических действий, хотя и не исключены неправильные действия (неправильный набор колец пирамидки по цвету, размеру и т.п.).

Ключевое отличие — умственная отсталость слабо поддается коррекции, ЗПР поддается коррекции и может быть полностью преодолена в дошкольном возрасте.

3.5. Дети с нарушениями речи

Комплексное педагогическое сопровождение детей с речевыми нарушениями относится к числу наиболее сложных видов оказания психолого-медико-педагогической помощи. Это обусловлено тем, что речевой дефект носит многосторонний характер, имеет различную природу и неоднородность клинических проявлений. Общее недоразвитие речи у детей характеризуется нарушением всех компонентов речевой системы, а именно: фонетико-фонематической, лексико-грамматической сторон речи, поздним началом речевого развития, низкой речевой активностью. Кроме того, в структуре дефекта выявляются нарушения неречевых психических функций: задержка и специфичность формирования познавательной деятельности, отставание в развитии сенсорных и двигательных функций, невербального и вербального мышления, эмоциональной сферы личности. Таким образом, многоуровневость структуры дефекта, наличие неречевой и речевой симптоматики предполагает разнонаправленное воздействие на личность ребенка, осуществляемое в комплексе коррекционных мероприятий.

Воспитатель должен стремиться к пониманию речи ребенком, постепенно работая над накоплением его словарного запаса. Обращенная к ребенку речь должна быть наглядной. Необходимо дать ребенку потрогать предмет, затем называть его. Через некоторое время, когда узнавание будет достигнуто, присоединяется характерный глагол-действие. Лучшая тактика в развитии речи при ее задержке: двигаться постепенно, без нагромождения речевой информации. Инструкция, данная ребенку воспитателем, должна быть краткой, четкой и ясной для понимания. Если здоровому малышу можно давать максимум информации и он самостоятельно вычленил из нее суть, запомнит и сможет ею пользоваться, то в случае с ребенком, имеющим речевые нарушения, важно понимать, что са-

мостоятельно он эту задачу не выполнит. Встречая препятствия к пониманию информации, он перестает ее воспринимать. Так, например, перед чтением необходимо убедиться, что каждое слово ребенку будет понятно, только затем читать текст.

Чтобы обеспечить ребенку с речевыми нарушениями более эффективную коммуникацию, используются сохраненные двигательные функции частей тела. С помощью взгляда, мимики, жеста, указания на фотографию, картинку или символ ребенок может осуществить свое высказывание или показать его.

Эмоции как двигатель речи возникают у детей, как правило, при тактильном общении. Обладая способностью осязать, ребенок получает возможность воспринимать информацию посредством прикосновений, и эти возможности должны стать опорой в развитии речи. Общаясь с миром через прикосновения, запахи и другие ощущения, малыш может развить свою речь, если каждый раз воспитатель будет опредмечивать явление или давать ему оценку. Воспитатель может использовать эмоциональность ребенка, его желание все пощупать руками. Прикасайтесь рукой ребенка к называемому предмету или к своим губам. Если малыш робкий и ласковый, погладьте его перед тем, как сказать определение. Если подвижный и юркий, отвлеките его от того процесса, в который он погружен, привлечите внимание хлопком или восторженным окриком — и в тот же миг дайте определение своим эмоциям коротким, но емким словом, которое ребенок должен запомнить.

Хорошего результата можно достичь при систематическом комплексном сопровождении, включающем медикоментозную поддержку, физиотерапевтическое лечение, занятия со специалистами: учителем-логопедом, педагогом-психологом, инструктором по физическому воспитанию, занятия в системе дополнительного образования для развития компенсаторных возможностей ребенка.

3.6. Дети с расстройствами аутистического спектра

Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, утвержденным Приказом Минобрнауки России от 30.08.2013 № 1015, предусмотрена возможность совместного обучения детей с расстройствами аутистического спек-

тра (РАС) с детьми с умственной отсталостью (п. 29). В соответствии с п. 29 Порядка для успешной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра, обучающихся совместно с детьми с умственной отсталостью, на групповых занятиях, кроме учителя, присутствует воспитатель (тьютор), организуются индивидуальные занятия с педагогом-психологом по развитию навыков коммуникации, поддержке эмоционального и социального развития таких детей из расчета 5–8 учащихся с расстройством аутистического спектра на одну ставку должности педагога-психолога. П. 32 Порядка предусматривает, что при организации образовательной деятельности по адаптированной образовательной программе создаются условия для лечебно-восстановительной работы, организации образовательной деятельности и коррекционных занятий с учетом особенностей учащихся из расчета по одной штатной единице:

- учителя-дефектолога (сурдопедагога, тифлопедагога) на каждые 6–12 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;
- учителя-логопеда на каждые 6–12 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;
- педагога-психолога на каждые 20 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;
- тьютора, ассистента (помощника) на каждые 1–6 учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

РАС – наиболее часто обсуждаемый вид нарушения, менее изученный. До сих пор нет точной диагностики и лечения. До 6% дошкольников имеют РАС. Признаки: нарушения коммуникации, неспособность включаться в общение и строить отношения с детьми и взрослыми. В речи нет диалогов, личных местоимений, ответов на вопросы. Речь чаще на индивидуальном языке, с нарушением интонирования (птичий язык). Мышление строится на внутренней аутистической логике. Игры специфичны (пересыпание, обнюхивание, стереотипное манипулирование), привязанность к привычным объектам. Моторика угловатая, иногда чрезмерно плавная, смотрит мимо людей, повышенная тревожность, сильные реакции страха, реакция на новые стимулы. Может начать кричать, царапать себя, драться. Именно страх является причиной аутизма.

Аутичные дети пугаются незнакомых предметов, в том числе игрушек, и могут отказываться от них. У таких детей уже в раннем возрасте отмечается повышенная чувствительность (сензитивность) к сенсорным стимулам. Это может проявляться как непереноси-

мость бытовых шумов обычной интенсивности (звука кофемолки, пылесоса, телефонного звонка и т.д.), нелюбовь к тактильному контакту, неприятие ярких игрушек.

Для ребенка с аутистическими расстройствами характерны следующие особенности психического развития: отсутствие потребности в общении, неумение пользоваться коммуникативной формой речи, таким детям для комплексного сопровождения необходимы учитель-дефектолог и учитель-логопед. Педагогам предстоит заниматься с таким ребенком неспецифическими средствами развития речи. У аутичного ребенка нарушены ощущения от движений собственных органов артикуляции, он не может произвольно ими управлять. Особенности речи таких детей: длительный период «вокализации» и отдельных слов спонтанно переходит во фразовую речь (часто с эхоталией), т.е. идет по альтернативному пути. Главные средства развития аутичного ребенка – это стимуляция его познавательного интереса и поэтапная фокусировка внимания ребенка: вычленение конкретного предмета или явления из общей массы и опредмечивание (называние слова).

Ребенок с аутистическими расстройствами склонен к стереотипным (повторяющимся) движениям и действиям. Следовательно, для его развития необходимо комплексное сопровождение специалистов по физической культуре, лечебной физкультуре, которые будут заниматься нормализацией двигательной сферы через телесную терапию, расширяя его двигательно-кинестетический опыт.

Музыкальному руководителю необходимо помнить, что музыкальное развитие, чувство ритма, мелодичность, внимание и интерес к музыкальным произведениям развивают не только компенсаторные возможности ребенка, но и открывают дополнительный канал для связи с окружающим миром ребенка с аутизмом. Такому ребенку также крайне необходима поддержка и систематическая работа педагога-психолога по коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы.

Учитель-дефектолог занимается развитием ребенка с аутистическими расстройствами, расширяя его чувственный опыт, воздействуя на все виды восприятия. Он работает методом системного поведенческого анализа, основанного на «подкреплении» (поощрении), отрабатывая отдельные социально-бытовые, коммуникативные, познавательные навыки.

Задача педагога: заинтересовать занятиями и совместными играми, обеспечить среду, чтобы было безопасное место (уголок или домик, где можно спрятаться), научить следовать за группой, делать как все. Включение ребенка с РАС возможно только тогда, когда он чувствует себя в безопасности. Первое время ему надо освоиться и привыкнуть к новым условиям. Воспитателю и родителям для обучения ребенка необходимо использовать ежедневные ритуальные процедуры режимных моментов и строить общение с ребенком как бы «между делом». Педагог должен знать, что время концентрации внимания должно быть равно времени отдыха. Короткие эмоциональные привлечения внимания дают больший результат, чем статическое занятие. Внимание привлекается спонтанно, на эмоциях, сопровождается практическими примерами, что позволяет ребенку не просто слушать, но и слышать взрослого. Однако эффективность работы может быть достигнута только в содружестве всех участников образовательного процесса.

3.7. Задания для практических занятий

1. Разработать индивидуальный образовательный маршрут для ребенка определенной нозологической группы (по выбору).
2. Провести анализ семейной системы и разработать мероприятия по оптимизации детско-родительских отношений с учетом особенностей нарушений развития у ребенка.

Список литературы

1. Большакова, С.Е. Формирование мелкой моторики рук: игры и упражнения: методическое пособие для логопедов ДОУ, воспитателей и родителей / С.Е. Большакова. — 2-е изд., испр. — М.: Сфера, 2014. — 64 с.
2. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра: Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина; под общ. ред. Н.Я. Семаго. — М.: МГППУ, 2012. — 80 с.
3. Семаго, Н.Я. Инклюзивный детский сад: деятельность специалистов / Н.Я. Семаго; под науч. ред. М.М. Семаго. — М.: Сфера, 2012. — 128 с. — (Библиотека журнала «Управление ДОУ»).
4. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями интеллектуального развития / Л.М. Шипицына. — М.: Академия, 2012. — 222 с.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

К каждому вопросу необходимо выбрать один или несколько ответов.

Вопрос 1. Основные компетенции, необходимые для создания социальной ситуации развития воспитанников, соответствующей специфике дошкольного возраста, предполагают обеспечение эмоционального благополучия через:

- а) поддержку спонтанной игры детей, ее обогащение, обеспечение игрового времени и пространства;
 - б) развитие коммуникативных способностей детей, позволяющих разрешать конфликтные ситуации со сверстниками;
 - в) оценку индивидуального развития детей в ходе наблюдения;
 - г) создание условий для позитивных, доброжелательных отношений между детьми;
 - д) непосредственное общение с каждым ребёнком;
 - е) недирективную помощь детям, поддержку детской инициативы и самостоятельности в разных видах деятельности;
 - ж) создание условий для принятия детьми решений, выражения своих чувств и мыслей;
- з) уважительное отношение к каждому ребёнку, к его чувствам и потребностям.

Вопрос 2. Основные компетенции, необходимые для создания социальной ситуации развития воспитанников, соответствующей специфике дошкольного возраста, предполагают поддержку индивидуальности и инициативы детей через:

- а) создание условий для принятия детьми решений, выражения своих чувств и мыслей;
- б) непосредственное общение с каждым ребёнком;
- в) уважительное отношение к каждому ребёнку, к его чувствам и потребностям;

- г) развитие коммуникативных способностей детей, позволяющих разрешать конфликтные ситуации со сверстниками;
- д) оценку индивидуального развития детей в ходе наблюдения;
- е) создание условий для позитивных, доброжелательных отношений между детьми;
- ж) недирективную помощь детям, поддержку детской инициативы и самостоятельности в разных видах деятельности;
- з) поддержку спонтанной игры детей, ее обогащение, обеспечение игрового времени и пространства.

Вопрос 3. Основные компетенции, необходимые для создания социальной ситуации развития воспитанников, соответствующей специфике дошкольного возраста, предполагают установление правил поведения и взаимодействия в разных ситуациях через:

- а) уважительное отношение к каждому ребенку, к его чувствам и потребностям;
- б) недирективную помощь детям, поддержку детской инициативы и самостоятельности в разных видах деятельности;
- в) непосредственное общение с каждым ребёнком;
- г) поддержку спонтанной игры детей, ее обогащение, обеспечение игрового времени и пространства;
- д) развитие коммуникативных способностей детей, позволяющих разрешать конфликтные ситуации со сверстниками;
- е) оценку индивидуального развития детей в ходе наблюдения;
- ж) создание условий для принятия детьми решений, выражения своих чувств и мыслей;
- з) создание условий для позитивных, доброжелательных отношений между детьми.

Вопрос 4. Основные компетенции, необходимые для создания социальной ситуации развития воспитанников, соответствующей специфике дошкольного возраста, предполагают построение развивающего образования, ориентированного на зону ближайшего развития каждого воспитанника, через:

- а) создание условий для позитивных, доброжелательных отношений между детьми;
- б) поддержку спонтанной игры детей, ее обогащение, обеспечение игрового времени и пространства;

- в) уважительное отношение к каждому ребенку, к его чувствам и потребностям;
- г) недирективную помощь детям, поддержку детской инициативы и самостоятельности в разных видах деятельности;
- д) оценку индивидуального развития детей в ходе наблюдения;
- е) создание условий для принятия детьми решений, выражения своих чувств и мыслей;
- ж) развитие коммуникативных способностей детей, позволяющих разрешать конфликтные ситуации со сверстниками;
- з) непосредственное общение с каждым ребёнком.

Вопрос 5. При реализации Основной образовательной программы в ДО должны быть созданы условия для:

- а) материально-технического обеспечения реализации Программы;
- б) повышения квалификации педагогических и руководящих работников (в том числе по их выбору) и их профессионального развития;
- в) организационно-методического сопровождения процесса реализации Программы, в том числе в плане взаимодействия с социумом;
- г) консультативной поддержки педагогов и родителей (законных представителей) по вопросам образования и охраны здоровья детей, в том числе инклюзивного образования в случае его организации.

Вопрос 6. Среди психолого-педагогических условий, необходимых для успешной реализации основной образовательной программы дошкольного образования, можно выделить следующие:

- а) контроль за родителями (законными представителями) в воспитании детей, охране и укреплении их здоровья, вовлечение семей непосредственно в образовательную деятельность;
- б) возможность выбора детьми материалов, видов активности, участников совместной деятельности и общения;
- в) разумное ограничение инициативы и самостоятельности детей в специфических для них видах деятельности;
- г) защита детей от всех форм физического и психического насилия.

Вопрос 7. Среди психолого-педагогических условий, необходимых для успешной реализации основной образовательной программы дошкольного образования, можно выделить следующие:

а) контроль за родителями (законными представителями) в воспитании детей, охране и укреплении их здоровья, вовлечение семей непосредственно в образовательную деятельность;

б) разумное ограничение инициативы и самостоятельности детей в специфических для них видах деятельности;

в) защита детей от всех форм физического и психического насилия;

г) возможность выбора детьми материалов, видов активности, участников совместной деятельности и общения.

Вопрос 8. Дети с ограниченными возможностями здоровья – это ...

а) дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие вести полноценную жизнь;

б) дети, имеющие различные отклонения физического плана, которые обуславливают нарушения психического развития, не позволяющие вести полноценную жизнь;

в) дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые не ведут к нарушениям общего развития и позволяют вести полноценную жизнь.

Вопрос 9. К категории детей с нарушениями слуха относятся ...

а) дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено или невозможно;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, имеющие расстройства, характеризующиеся нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничением их объема и силы;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Вопрос 10. К категории детей с нарушениями речи относятся ...

а) дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено или невозможно;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, имеющие расстройства, характеризующиеся нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничением их объема и силы;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебральными, невротическими, невротоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Вопрос 11. К категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата относятся ...

а) дети, имеющие стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, при котором речевое общение с окружающими посредством устной речи затруднено или невозможно;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, имеющие расстройства, характеризующиеся нарушениями скоординированности, темпа движений, ограничением их объема и силы;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебральными, невротическими, невротоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Вопрос 12. К категории детей с задержкой психического развития относятся ...

а) дети, имеющие стойкое, необратимое нарушение психического развития, прежде всего интеллектуального, возникающее на ранних этапах онтогенеза вследствие органической недостаточности ЦН;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, у которых нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков, имеющие проблемы и трудности в становлении активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Вопрос 13. К категории детей с умственной отсталостью относятся ...

а) дети, имеющие стойкое, необратимое нарушение психического развития, прежде всего интеллектуального, возникающее на ранних этапах онтогенеза вследствие органической недостаточности ЦНС;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, у которых нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков, имеющие проблемы и трудности в становлении активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Вопрос 14. К категории детей с аутизмом относятся ...

а) дети, имеющие стойкое, необратимое нарушение психического развития, прежде всего интеллектуального, возникающее на ранних этапах онтогенеза вследствие органической недостаточности ЦНС;

б) дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;

в) дети, у которых нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков, имеющие проблемы и трудности в становлении активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой;

г) дети со стойкими нервно-психическими расстройствами (астеническими, церебрастеническими, невротическими, неврозоподобными и др.), нарушающими интеллектуальную работоспособность.

Критерии оценивания ответов

№ вопроса	Правильный вариант ответа
1	д, з
2	а, ж
3	д, з
4	б, д
5	а, б, в, г
6	б, г
7	в, г
8	а
9	а
10	б
11	в
12	г
13	а
14	в

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Афонькина, Ю.А. Технологии комплексного сопровождения детей / Ю.А. Афонькина, И.И. Усанова. – Волгоград, 2013. – 67 с.
2. Газман, О.С. Воспитание: цели, средства, перспективы / О.С. Газман // Новое педагогическое мышление / Под ред. А.В. Петровского. – М., 1989. – С. 234–236.
3. Газман, О.С. Неклассическое воспитание: От авторитарной педагогики к педагогике свободы / О.С. Газман, А.О. Зверев, А.Н. Тубельский. – М., 2002.
4. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья: методические рекомендации к примерной основной общеобразовательной программе дошкольного образования «Мозаика» / Авт.-сост. Е.Г. Карасева. – М.: ООО «Русское слово – учебник», 2014. – 64 с.
5. Михайлова, Н.Н. Педагогическая поддержка ребенка в образовании: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин, Е.А. Александрова [и др.]. – М.: МИРОС, 2001. – 208 с.
6. Новикова, Н.В. Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н.В. Новикова, Л.А. Казакова, С.В. Алехина; под общ. ред Н.В. Лалетина; Сиб. федер. ун-т, Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева [и др.]. – Красноярск, 2013.
7. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2000 г. № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения».
8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, со-

держанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций"».

9. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
10. Семаго, Н.Я. Инклюзивный детский сад: деятельность специалистов / Н.Я. Семаго; под науч. ред. М.М. Семаго. – М.: Сфера, 2012. – 128 с.). – (Библиотека журнала «Управление ДОУ»).
11. Социальная педагогика: учеб.-метод. пособие / М-во образования и науки Рос. Федерации, Федер. гос. автоном. образоват. учреждение высш. проф. образования «Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова»; сост. М.А. Брутова, А.Н. Буторина. – Архангельск: ИПЦ САФУ, 2013. – 76 с.
12. Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы».
13. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
14. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

**Перечень нормативно-правовых актов,
регулирующих инклюзивное образование**

1. Декларация прав ребенка. Принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 года. Дополнения к Декларации прав ребенка, связанные с правом ребенка на игру, от 01.02.2013.
2. Закон РФ от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ».
3. Комментарии к федеральному государственному образовательному стандарту дошкольного образования (письмо МО РФ от 28 февраля 2014 г. № 08.249).
4. Конвенция о правах ребёнка. Принята резолюцией 44/24 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года.
5. Письмо Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения».
6. Письмо Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2008 г. № АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».
7. Письмо Министерства образования и науки РФ от 10.12.2012 № 07-832 «О направлении Методических рекомендаций по организации обучения на дому детей-инвалидов с использованием дистанционных образовательных технологий».
8. Письмо Министерства образования и науки РФ от 7 июня 2013 г. № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей».
9. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций"».
10. Постановление Правительства РФ от 07.02.1996 № 14 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры».
11. Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 № 617 (с изменениями от 18.05.2009) «О внесении изменений в некоторые

акты Правительства РФ об образовательных учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ограниченными возможностями здоровья».

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 26 августа 2010 г. № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников образования"».
13. Приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам образовательным программам дошкольного образования».
14. Приказ Минобрнауки России от 23 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогических комиссиях».
15. Приказ Минобрнауки России от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
16. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 октября 2013 г. № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)».
17. Протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике от 04.02.2008 № 26, раздел III, п. 5.
18. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (утвержден Приказом МО РФ от 17.10.2013 № 1155).
19. Федеральный закон от 24.11.1995 (ред. от 28.12.2013) № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
20. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
21. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации».

ОРГАНИЗАЦИЯ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ

Учебно-методическое пособие

Директор В. Герасимов
Редактор А. Сафонова
Дизайнер О. Ячменникова

Формат 60x84/16
Бумага «Снегурочка»
Печать цифровая. Усл. печ. л. 4,19
Заказ № 23. Тираж 100 экз.

693006, г. Южно-Сахалинск, ул. Пограничная, 42
Тел. 8 (4242) 300-298
E-mail: izdatelstvo@iroso.ru

Для заметок