



Министерство просвещения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Институт коррекционной педагогики»

**Методические рекомендации
по разработке и обновлению адаптированных
образовательных программ, разработке
индивидуальных планов с учетом особенностей
здоровья детей при необходимости снижения
или перераспределения учебной нагрузки**

Москва 2021



УДК 376.4

ББК 74.5

Г65

Гончарова Г.А., Нурлыгаянов И.Н., Лазуренко С.Б., Голубчикова А.В.

Методические рекомендации по разработке и обновлению адаптированных образовательных программ, разработке индивидуальных планов с учетом особенностей здоровья детей при необходимости снижения или перераспределения учебной нагрузки / Г.А. Гончарова, И.Н. Нурлыгаянов, С.Б. Лазуренко, А.В. Голубчикова. – М., 2021. – 59 с.:

Методические рекомендации содержат информацию о нормативно-правовой базе образования обучающихся с ОВЗ, клинико-психолого-педагогическом статусе обучающихся с ОВЗ, об условиях здоровьесбережения и конструировании здоровьесберегающей среды образовательной организации, основных направлениях оптимизации здоровьесберегающей среды. В методических рекомендациях раскрыты подходы к разработке индивидуальных планов работы по обеспечению здоровьесберегающих условий в процессе образования детей с ограниченными возможностями здоровья, предложены формы организации и алгоритмы проектирования оптимальных условий образования детей с ОВЗ разных возрастных групп. Методические рекомендации предназначены для педагогических работников системы основного общего образования, специалистов ПМПК, студентов, обучающихся по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», «Психолого-педагогическое образование».

УДК 376.4

ББК 74.5

ISBN 978-5-907593-23-7

© Гончарова Г.А.
Нурлыгаянов И.Н.,
Лазуренко С.Б.,
Голубчикова А.В., 2021



СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Введение	4
Раздел 1. Теоретические и методические основы организации здоровьесберегающих условий в образовании детей с ОВЗ.....	6
1.1. Нормативно-правовая база образования детей школьного возраста с ОВЗ.....	6
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика обучающихся с ОВЗ.....	7
1.3. Здоровьесберегающая среда образовательной организации.....	15
Раздел 2. Здоровьесберегающие условия образования детей с ОВЗ.....	21
2.1. Организация медицинской помощи в образовании обучающимся с ОВЗ.....	21
2.2. Практика разработки специальной индивидуальной программы развития для обучающихся с ОВЗ.....	25
Раздел 3. Пути оптимизации здоровьесберегающей среды образовательной организации.....	38
3.1. Оптимизация учебной нагрузки для обучающихся с ОВЗ..	38
3.2. Рекомендации по организации эргономических аспектов здоровьесберегающей среды.....	42
Заключение.....	50
Перечень сокращений и обозначений.....	52
Список литературы.....	53



Введение

Организация образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и охрана их здоровья относятся к наиболее актуальным проблемам современного общества, их решению уделяется особое внимание со стороны государства.

Одной из эффективных мер здоровьесбережения является подбор оптимального объема учебной нагрузки и уровня сложности изучаемого материала в соответствии с индивидуально-психологическими особенностями школьника, а также с особыми образовательными потребностями.

Однако, до настоящего времени имеет место противоречие, которое заключается в недостаточном методическом оснащении личностно-ориентированного образования в качестве научной основы здоровьесберегающей и здоровьесформирующей среды в образовательной организации [1, 2] и приоритетов современной государственной образовательной политики по расширению возможностей социализации детей с разной степенью ограничений здоровья [3-5].

Основные ресурсы системы образования представлены нормативно-правовой и материально-технической базой, соблюдением санитарно-гигиенических требований и финансовым обеспечением, вариативным характером содержания образования, а также, что чрезвычайно важно, профессиональной готовностью кадров к реализации индивидуального и дифференцированного подходов в обучении, целенаправленной и систематической работой по укреплению здоровья обучающихся [6, 7].

Сформировавшееся нормативно-правовое обеспечение направлено на обеспечение равного доступа детей с ОВЗ и инвалидностью к современным образовательным услугам, а также предоставляет соответствующие их особым образовательным потребностям условия для образования и интеграции в социум. В то же время многочисленными исследованиями последних лет доказано, что за время обучения в общеобразовательных



организациях в состоянии здоровья детей, в том числе с ОВЗ, наблюдается выраженная отрицательная динамика [8-13].

Помощь руководителям и специалистам образовательных организаций, в которых осуществляется обучение школьников с ОВЗ по адаптированным основным общеобразовательным программам, в разработке индивидуальных планов и программ здоровьесбережения призвано оказать данное методическое пособие. В нем изложены основополагающие принципы и методические подходы к разработке индивидуальных планов работы по обеспечению здоровьесберегающих условий в процессе обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе за счет снижения или перераспределения учебной нагрузки. Предложены формы организации и алгоритмы проектирования оптимальных условий образования детей с ОВЗ разных возрастных групп.



Раздел 1. Теоретические и методические основы организации здоровьесберегающих условий в образовании детей с ОВЗ.

1.1. Нормативно-правовая база образования детей школьного возраста с ОВЗ

Нормативно-правовая база в сфере образования детей с ОВЗ в Российской Федерации представлена международными и государственными документами.

Международные нормы были ратифицированы в разное время СССР или Российской Федерацией. В ряде документов подчеркивается право каждого человека на получение бесплатного образования, которое должно содействовать самореализации, личностному росту и развитию человека, в том числе и образованию, направленному на удовлетворение специальных образовательных потребностей [14, 15]. Другая группа документов нацелена на оказание правовой помощи и представление интересов инвалидов. Например, говорится о необходимости обеспечения интеграции инвалидов в общество через организацию лечения и восстановление трудоспособности; возможности жить в кругу своей семьи и близких; профессиональной подготовке и реализации в трудовой деятельности; расширении направлений досуга и социальных связей инвалидов [16]. Отдельно нужно выделить нормативно-правовые документы относительно организации образования инвалидов. Система образования инвалидов должна иметь преемственность разных возрастных ступеней, а также предполагать возможность инклюзивного обучения. Образовательный процесс обеспечивается специалистами, которые имеют соответствующую профессиональную подготовку, способны учитывать интересы семьи, владеть специальными техническими средствами и учебно-методическими материалами для обучения инвалидов [17-19]. Ряд документов регламентирует права людей с умственной отсталостью. Ими гарантируется право на медицинскую помощь



и лечение, получение образовательных услуг и профессиональное развитие, включение в жизнь общества и самореализацию [20].

Если говорить о российском законодательстве, то особого внимания заслуживают следующие документы: во-первых, регламентирующие направление образовательной политики в сфере обучения детей с ОВЗ, во-вторых, раскрывающие требования к образовательной здоровьесберегающей и безопасной среде, в-третьих, регулирующие содержание образования обучающихся с ОВЗ. Так, образование детей с ОВЗ регулируется рядом стандартов, обеспечивающими качественное освоение программы обучения, социализации и интеграции [21-25], а возможность получить образование по адаптированной основной общеобразовательной программе (АООП), в свою очередь, определяется рядом требований [26, 27]. Немаловажным является наличие документов, в которых представлены требования к функционированию пространства образовательной организации с точки зрения здоровьесбережения и реализации «безбарьерной» среды [28-30]. Целый ряд документов связан с описанием функционала специалистов, с правилами аккредитации образовательных программ и аттестации выпускников, с требованиями по учебно-методическому сопровождению образовательного процесса [31-37]. Отдельно необходимо отметить материалы, направленные на помощь в организации образования детей с тяжелыми нарушениями интеллекта и множественными нарушениями развития, это особенно важно в связи с тем, что данная категория детей в большинстве случаев не включалась в образовательный процесс, вплоть до 2000-х гг. [38].

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика обучающихся с ОВЗ

Одним из важнейших факторов в организации образования обучающихся с ОВЗ выступает оценка актуального клинико-психолого-педагогического статуса, особых образовательных потребностей и



трудностей, возникающих в процессе обучения. Проблема обучения школьников с задержкой психического развития, с интеллектуальными нарушениями, с сенсорными нарушениями широко представлена в учебно-методической литературе, так как в отечественной дефектологической науке и практике данные категории обучающихся традиционно были в фокусе внимания специалистов. В связи с включением в образовательный процесс категорий школьников, ранее не обучавшихся, остро стоит вопрос обеспечения методическим материалом специалистов.

В отечественной специальной педагогике и психологии представлены работы ученых, в которых дается классификация и клинико-психолого-педагогическая характеристика лиц с интеллектуальными нарушениями. Так, в классификации Г.Е. Сухаревой [39] выделяется три формы олигофрении: первая – неосложненная форма олигофрении; вторая – осложненная форма олигофрении; третья – олигофрения, возникшая вследствие экзогенных факторов.

М.С. Певзнер [40] представила следующую классификацию олигофрений: 1) неосложненная форма без грубых нарушений анализаторов, нейродинамики; 2) олигофрения, отличающаяся неуравновешенностью нервных процессов, с нарушением поведения и снижением работоспособности; 3) олигофрения, сопряженная с сенсорными нарушениями; 4) олигофрения, сопряженная с личностными расстройствами по психопатическому типу; 5) олигофрения, сопряженная с волевыми нарушениями и пониженной психической активностью.

Д.Н. Исаев [41] описывает четыре формы умственной отсталости:

1) Астеническая форма. Показатели: неглубокое нарушение интеллекта, недоразвитость речи и неустойчивость эмоционально-волевой сферы, недостаточный уровень развития моторной зрелости, неустойчивое внимание, истощаемость и утомляемость.



2) Атоническая форма. Показатели: нарушение целенаправленной активности и сосредоточения, бедность эмоций, сниженный уровень межличностных отношений.

3) Дисфорическая форма. Показатели: аффективная напряженность, раздражительность и плаксивость, капризность и агрессивность.

4) Стеническая форма. Показатели: гетерохронность проявления интеллектуальных, мнемических и эмоционально-мотивационной сферы.

Представленные классификации основываются либо на позиции влияния экзогенных или эндогенных факторов, либо на сопряженности интеллектуального дефекта и других нарушений, либо на клинико-психологическом описании умственной отсталости. Совсем по-иному представлена классификация умственной отсталости согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в которой умственная отсталость подразделяется, в зависимости от степени выраженности дефекта, на легкую, умеренную, тяжелую и глубокую.

Специфика представленных классификаций была учтена в образовательной практике при разработке и реализации ФГОС и АООП. Для образования обучающихся с сенсорными нарушениями, расстройствами аутистического спектра, у которых присутствует умственная отсталость в умеренной, тяжелой и глубокой степени, разработаны отдельные варианты АООП (1.4., 3.4., 6.4., 8.4.). Для решения образовательных задач также выделяется 2 варианта АООП для обучающихся с интеллектуальными нарушениями. Второй вариант реализации АООП, предполагая индивидуализацию образования обучающегося, реализуется через специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

В последнее время проявляется тенденция увеличения численности школьников с интеллектуальными нарушениями. Кроме того, ухудшается состояние здоровья обучающихся, о чем свидетельствуют статистические данные: только 34% детей являются здоровыми, однако в школьной популяции абсолютно здоровыми являются не более 10% детей младшего



школьного возраста, а также от 3% до 5% обучающихся в старшем звене (В.Н. Аверьянов, 2004). Согласно сведениям НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ, обнаруживается отрицательная динамика в состоянии здоровья обучающихся, что подкрепляется фактологическим материалом:

- изменчивость структуры хронической патологии;
- увеличение количества больных детей и заметная тенденция в уменьшении здоровых детей (только 10-12% детей может быть квалифицирована, как абсолютно здоровые);
- значительный рост хронических заболеваний (практически в 2 раза) и функциональных нарушений (в 1,5 раза). Таким образом, на сегодняшний день более 50% младших школьников и 60% учащихся старших классов имеют различные хронические заболевания.

Медицинская информация о состоянии здоровья обучающегося позволяет объединить детей со сходными состояниями в основные «группы здоровья»:

I группа – дети здоровые и дети, имеющие внешние компенсированные врожденные дефекты развития;

II группа – дети с факторами риска по возникновению патологии, функциональными отклонениями, хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинко-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет, врожденными пороками развития, неосложненными заболеваниями одноименного органа или нарушением его функции;

III группа – дети с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития разной степени активности и компенсации;

IV группа – дети с активными хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации;

V группа – дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных



возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций, с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Негативная динамика также обнаружена по другим показателям состояния здоровья школьников: в два раза увеличилось количество болезней органов пищеварения, в 4 раза – заболевания опорно-двигательного аппарата (осложненные формы плоскостопия, сколиоз и т.д.), в три раза – болезни мочевыводящих путей и почек. Наряду с этим, в период обучения в школе у детей отмечается нарастание числа функциональных нарушений здоровья. Так, младшие школьники с ОВЗ имеют в среднем 2 диагноза, обучающиеся средней ступени – 3 диагноза, данные диспансеризации свидетельствуют о том, что у 20% выпускников могут быть зафиксированы 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний. Негативные тенденции в состоянии здоровья у обучающихся с особыми образовательными потребностями и инвалидностью в период обучения в школе указывают на необходимость формирования у руководителей образовательных организаций, педагогов и всех субъектов образовательного процесса знаний по здоровьесберегающей деятельности, в частности оптимизации режима обучения путем рационального распределения учебной нагрузки с учетом состояния здоровья обучающихся.

В настоящее время руководством государства и Министерством Просвещения реализованы необходимые меры организационно-правового характера, регламентирующие процесс обучения детей с ОВЗ и вопросы охраны их здоровья на разных этапах роста и развития. В ряде Законов и нормативных актов в области образования раскрывается порядок и правила приема в образовательную организацию, определено содержание и уточнена специфика организации процесса обучения по АООП. Изложен объем учебной нагрузки и ее распределение по основным видам учебной



деятельности. Дается четкая характеристика специальным условиям обучения и оснащению техническими средствами для коллективного и индивидуального пользования. Указаны нормы обеспечения и правила организации доступной и развивающей образовательной среды, а также нормы аккредитации и контроля образовательной деятельности. Необходимо заметить, что в них отсутствуют конкретные рекомендации по организации обучения и здоровьесбережения детей с ОВЗ, исходя из этиологии, характера и тяжести нарушения здоровья, а также при их сочетаниях.

Разработка индивидуальных планов с учетом особенностей здоровья, образовательных потребностей и трудностей ребёнка является одной из эффективных мер профилактики ухудшения здоровья обучающихся, за счет минимизации негативного влияния внешних социальных факторов на здоровье обучающихся с особыми образовательными потребностями.

Показатель детской инвалидности является одним из критериев социально-экономического состояния и перспектив развития общества, т.к. для выполнения социальных гарантий и поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов, обеспечения специальных условий для их социальной адаптации и трудовой реализации во взрослом возрасте требуется привлечение значительных государственных средств.

В последние 20 лет в Российской Федерации не удается снизить численность детей-инвалидов. Рост детской инвалидности связан с рядом факторов: стремительным развитием медицины и точностью диагностики нарушений здоровья у детей, негативным влиянием различных внешних факторов, в том числе ухудшением экологической ситуации в стране, снижением репродуктивного здоровья молодого поколения и общего уровня физического и психического здоровья нации.

Необходимо заметить, что увеличение бремени детской инвалидности происходит на фоне сокращения численности детского населения в возрасте 0 – 15 лет. Так, за 2020 год сокращение составило 55 тыс. человек (0,2%) и к началу 2021 года население детского возраста не превышает 27,4 млн.



человек. Согласно статистическим данным, за последние пять лет в России число детей-инвалидов составило 717643 человека, что на 200 тысяч больше показателя 2017 года – 568523 человека. Причем, большинство детей-инвалидов относятся к возрастной группе 8-14 лет – 360 448 человек. По информации, представленной на сайте Министерства Просвещения, в настоящее время число детей с ОВЗ в Российской Федерации составляет более 1 миллиона.

По данным собственного научного исследования, реализованного в 40 общеобразовательных организациях, расположенных в различных регионах Российской Федерации, где обучается 5347 детей разных психолого-педагогических категорий, большинству – 67,5% из них присвоен статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья» и 32,1% – статус «инвалид», подтвержденный заключением медико-социальной экспертизы (МСЭ). Распределение обучающихся по категориям, согласно заключениям психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), было следующим. Из них: 27,5% дети с нарушением интеллекта, 20,3% с задержкой психического развития (ЗПР), 19,1% с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), 12,8% с нарушениями слуха, 11,3% с нарушениями зрения; 5,7% с нарушениями речи; 3,3% с расстройствами аутистического спектра (РАС). Анализ сведений, полученных в ходе профилактических осмотров, позволил распределить обучающихся по группам здоровья и медицинским группам для занятий физической культурой.

Было установлено, что большинство (37,1%) обучающихся детей с ОВЗ и инвалидностью были отнесены к V группе здоровья, значительная часть (33,3%) к III группе, а с IV группой – 19,1%. Дети со II группой здоровья составили 10,5%. Последние являлись обучающимися с ЗПР и дети с нарушениями речи, другие дети с ЗПР, нарушениями речи и РАС имели III группу здоровья. Однако, чуть более 30% детей с ЗПР, нарушениями речи и РАС были отнесены к 4-5 группам здоровья.



Структура заболеваний, ставших причиной возникновения особых образовательных потребностей у детей с ОВЗ и у детей-инвалидов, была различной. В первом случае наиболее распространенным социальным нарушением являлась задержка психического развития (в 28,5%) и снижение слухового восприятия (в 20,9%). Несколько реже имели место: снижение зрения различной этиологии и степени тяжести, доля которых составляла 17,4%, а также тяжелые нарушения речи – 15,8% и разная степень снижения интеллекта – 15,6%. Небольшой удельный вес в структуре отклонений в здоровье у детей с ОВЗ приходился на двигательные (в том числе детский церебральный паралич) нарушения и расстройства эмоционально-волевой сферы (в том числе расстройства аутистического спектра) – 5% и 2,3% соответственно.

У обучающихся со статусом «ребенок-инвалид» в 57,2% случаев имели место нарушения слуха, из них у одной трети (в 31,5%) – нарушения интеллекта. Довольно часто двигательные нарушения сочетались с нарушением интеллекта и расстройствами эмоционально-волевой сферы (в том числе РАС) – 13,7% и 5,7% соответственно.

Достаточно ожидаемым было распределение детей по классам болезней по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10). В целом, по когорте преобладали: заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения (23 случая на 100 осмотренных), болезни глаза и придаточного аппарата (20,9), эндокринной системы и обмена веществ (18,9). Далее по убыванию следовали болезни уха и сосцевидного отростка (14,4) и костно-мышечной системы (12,5). Более редкой патологией были болезни системы кровообращения (8,0) и органов пищеварения (7,1).

При профилактических медицинских осмотрах была выявлена различная соматическая патология, которая нередко являлась причиной формирования инвалидности. Однако данный факт редко учитывается при построении образовательного процесса. Невзирая на то, что именно течение



соматической болезни определяло психофизическое состояние ребенка и динамику усвоения программного материала.

Динамика состояния здоровья обучающихся детей с ОВЗ и с инвалидностью статистически значимо не различалась. У подавляющего большинства детей не было отмечено перемен в их состоянии здоровья – при ОВЗ в 79,1% случаев, при наличии инвалидности в 87,3%, $p > 0,05$. Снято с учета в связи с выздоровлением в обеих группах было только 0,1% детей, $p > 0,05$. Улучшение состояния здоровья имело место у 4,5% детей с ОВЗ и 6% у детей-инвалидов, $p > 0,05$. В остальных случаях отмечалась отрицательная динамика – в 6,3% и 4,6% соответственно, $p > 0,05$. Доля часто болеющих детей колебалась по образовательным учреждениям от 50% до 2%.

В связи с преобладанием в отдельных образовательных организациях обучающихся с III-IV группами здоровья, 33,5% из них показаны занятия физкультурой в специальной медицинской группе и одной трети (33,5%) – в подготовительной медицинской группе.

Таким образом, в настоящее время в структуре заболеваемости обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в отдельных образовательных организациях, реализующих обучение, осуществляющих обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам, в целом преобладают психические расстройства и расстройства поведения, болезни глаза и придаточного аппарата, эндокринной системы и обмена веществ. У подавляющего большинства детей в динамике не отмечено перемен в их состоянии здоровья.

1.3. Здоровьесберегающая среда образовательной организации

В настоящее время сформирован спектр исследований, посвящённых оценке различных технологий с позиций их влияния на самочувствие, функциональное состояние и здоровье обучающихся [42-44]. В связи с этим, общепринятая классификация педагогических технологий дополняется понятием «здоровьесберегающие образовательные технологии» [45], а



содержание образования характеризуется учётом особенностей развития обучающихся с ОВЗ, различающихся уровнем здоровья, психологической реактивностью, ценностными ориентациями, профориентационными предпочтениями и перспективными намерениями жизнедеятельности. Важно, что своеобразие т.н. личностно-ориентированных технологий, по мнению Г.К. Селевко, заключается в ориентации на свойства личности, её становление, развитие, в соответствии с природными особенностями развития [46].

Идеи здоровьесбережения, основанные на личностно-ориентированном подходе, созвучны принципам индивидуализации и дифференциации образования обучающихся с ОВЗ, что нашло отражение в работах известных гигиенистов детства Г.Н. Сердюковской, С.М. Громбаха, Е.К. Глушковой, Д.Н. Крылова, Н.Н. Куинджи, В.Р. Кучмы, М.И. Степановой и др. [47-52]. По мнению А.М. Митяевой, здоровьесберегающие технологии логично дополняют комплекс традиционных образовательных технологий, объединяя все направления деятельности образовательных организаций по формированию, охране и укреплению здоровья обучающихся [53].

Здоровьесберегающая среда образовательной организации должна обладать совокупностью факторов: оснащённость специальными учебными и техническими средствами для реализации особых образовательных потребностей школьников с учетом степени тяжести ограничения жизнедеятельности; соответствие расписания, плотности занятий и учебной нагрузки состоянию здоровья и индивидуальным психологическим возможностям ребенка; наличие отдельных помещений для отдыха и восстановления работоспособности; обеспеченность современным реабилитационным оборудованием для укрепления здоровья детей с ОВЗ в условиях образовательных организаций; укомплектованность педагогическими и медицинскими кадрами, владеющими современными технологиями работы с детьми с ОВЗ [54].



Разработка образовательной стратегии и индивидуального образовательного маршрута с учетом психофизических возможностей и особых образовательных потребностей обучающихся предполагает рациональное сочетание разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности, направленных на повышение адаптационных резервов и работоспособности обучающихся с ОВЗ.

Некоторые исследователи представляют здоровьесберегающие технологии как набор условий и факторов по организации и осуществлению образовательной деятельности, систему, создающую максимально возможные условия для охраны, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех участников образовательного процесса [55].

Для эффективной реализации данной системы, как правило, необходимы следующие параметры:

- Мониторинг состояния здоровья обучающихся с ОВЗ и условий обучения.
- Разработка образовательной стратегии и индивидуального образовательного маршрута с учетом психофизических возможностей и особых образовательных потребностей обучающихся с ОВЗ.
- Создание благоприятного эмоционально-психологического климата в образовательном процессе за счет реализации данной технологии.
- Сочетание разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности, направленных на повышение адаптационных резервов и работоспособности обучающихся с ОВЗ [55].

Выделяют несколько групп здоровьесберегающих технологий, применяемых в системе образования, в основе которых заложены разные механизмы воздействия и охраны здоровья обучающихся и, соответственно, различные методы и формы работы.



На основе характера (механизма) воздействия здоровьесберегающие технологии наиболее полно систематизированы в рамках следующей классификации [45]:

– гигиенические (медико-профилактические) технологии, к которым относятся обеспечение и контроль за соблюдением надлежащих гигиенических условий в соответствии с регламентами СанПиНов, а также все направления работы, связанные со здоровьем человека, традиционно входящие в сферу интересов и ответственности системы здравоохранения: организация медицинских осмотров, мониторингов, диспансеризации, профилактических прививок и др., ответственность за которые ложится на администрацию образовательной организации, педагогов и медицинских работников;

– физкультурно-оздоровительные технологии, содействующие физическому развитию обучающихся, включая повышение общего жизненного тонуса, улучшение обменных процессов, нормализацию и улучшение психоэмоционального состояния, закаливание, тренировку силы, выносливости, плавности, гибкости и других качеств, необходимых для здоровья. Данные технологии преимущественно реализуются на уроках физкультуры, адаптивной физкультуры и в работе ЛФК, во внеурочной спортивно-оздоровительной деятельности педагогами по физической культуре и врачами ЛФК и педагогами, имеющими специальную подготовку;

– экологические здоровьесберегающие технологии, ориентированные на воспитание у обучающихся любви к природе, стремления заботиться о ней и др. В большей степени они направлены на создание гармоничных с природой экологически оптимальных условий жизнедеятельности обучающихся, привлечение их к обустройству пришкольной территории, разведению и уходу за зелеными растениями в классах, рекреациях, участие в природоохранных мероприятиях и др.;

– технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности, нацеленные на обучение детей навыкам защиты и рационального поведения



в чрезвычайных ситуациях, сложных неординарных обстоятельствах. Традиционно их реализуют педагоги ОБЖ;

– собственно здоровьесберегающие образовательные технологии, определяющие рациональное сочетание психолого-педагогических приемов, методов, подходов для сохранения здоровья обучающихся в процессе освоения материала образовательной программы, что косвенно может способствовать повышению качества обучения. Для их реализации необходимо осознание всеми педагогами образовательной организации своей солидарной ответственности за сохранение здоровья обучающихся и наличие необходимых компетенций. Здоровьесберегающие образовательные технологии, в зависимости от целевого предназначения, исследователи подразделяют на организационно-педагогические, психолого-педагогические и учебно-воспитательные.

Первые из них определяют структуру образовательного процесса, частично регламентированного в СанПиН, профилактику и предотвращение состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптивных состояний детей с ОВЗ. Речь идет о соответствии условий обучения гигиеническим требованиям, построении содержания и организации учебного процесса с учетом возрастных морфофункциональных особенностей обучающихся, подборе объема учебной нагрузки и уровня сложности изучаемого материала с учётом образовательных возможностей детей. Гигиенически рациональная организация деятельности основывается на обеспечении оптимального состояния организма в процессе обучения и воспитания. Данные технологии нацелены на соблюдение баланса между уровнем умственной и физической нагрузки и характером образовательной деятельности. С одной стороны, нагрузка не должна превышать функциональных возможностей обучающихся с ОВЗ, с другой стороны, образовательная деятельность должна в полной мере обеспечивать благоприятное развитие растущего организма. Основным критерием психогигиенической оценки учебной нагрузки является её соответствие функциональным возможностям



организма обучающегося на каждом возрастном этапе. Учёту индивидуальных морфофункциональных особенностей детей способствуют: ранжирование трудности содержания учебных предметов, индивидуализация обучения, в зависимости от познавательных возможностей и темпа учебной деятельности обучающихся.

В свою очередь, психолого-педагогические технологии, включая социально-психологические тренинги, программы социальной поддержки и информационные мероприятия, разрабатываемые психологами, педагогами и социальными работниками, способствуют формированию и укреплению психологического здоровья, повышению адаптационных ресурсов обучающихся.

Учебно-воспитательные технологии, как правило, реализуются посредством программ по формированию комплекса мотивов для организации и поддержанию здорового образа жизни, по предупреждению вредных привычек, просвещению не только обучающихся, но и их родителей.

Таким образом, по мнению большинства исследователей, здоровьесберегающие технологии представляют собой неотъемлемый элемент образовательного процесса и общей педагогической стратегии образовательной организации, наряду с образовательными целями, программами и планами деятельности.

Для детей с ОВЗ здоровьесберегающие образовательные технологии имеют первостепенное значение, поскольку данная категория обучающихся имеет сниженные адаптационные механизмы и недостаточный опыт социализации. Здоровьесберегающие технологии для обучающихся с ОВЗ имеют свою специфику, что обусловлено особыми образовательными потребностями, этиологией и характером нарушений здоровья, степенью социальной тяжести ограничений у каждой категории обучающихся [31-34].



Раздел 2. Здоровьесберегающие условия образования детей с ОВЗ

2.1. Организация медицинской помощи в образовании обучающихся с ОВЗ

1. Обучающимся гарантируется оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в соответствии с утвержденными порядками.

2. В образовательной организации должна быть организована работа медицинского кабинета, в котором осуществляются профилактические мероприятия следующего характера: оказание неотложной помощи, первой помощи детям с отклонениями в состоянии здоровья, организация и проведение профилактических медицинских осмотров, связь с медицинскими учреждениями по месту жительства обучающихся, оказание помощи педагогическому коллективу в осуществлении индивидуального подхода в обучении и воспитании детей с ОВЗ, детей-инвалидов, развитии их способностей и создании оптимальных условий для социальной адаптации.

3. Распределение специалистов, оказывающих медицинскую помощь в образовательной организации, должно быть следующим: 1 врач-педиатр отделения на 1000 обучающихся; 1 врач по гигиене на 2500, 1 медицинская сестра на 500.

4. Заботиться о здоровье ребенка во время его нахождения в образовательной организации должны педагоги, медсестра, школьный врач. Работники школы не имеют права игнорировать жалобы на здоровье учащегося, должны своевременно оказать ему необходимую помощь.

5. Для фиксации данных о состоянии здоровья на каждого обучающегося заводится индивидуальная карта ребёнка по форме №026/у-2000, где отмечаются перенесенные заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований, осмотры узких специалистов 1 раз в год во время диспансеризации, данные об иммунопрофилактике, планы



оздоровления и диспансерного наблюдения детей, состоящих на диспансерном учете.

6. Рекомендуется вести в динамике мониторинг состояния здоровья обучающихся (параметры необходимо фиксировать осенью и весной). Информацию о состоянии здоровья, динамике хронического заболевания и других нарушений в состоянии органов и систем организма медицинский работник образовательной организации может найти в медицинской карте ребенка. Медицинский работник должен проводить анализ результатов медицинских осмотров, фиксацию данных с рекомендациями врачей-специалистов в листе здоровья индивидуальной медицинской карты, в том числе отражать в нем случаи травматизма в школе; с соблюдением норм законодательства относительно конфиденциальности медицинских сведений обучающихся знакомить с ней педагогов и родителей с целью их учета при планировании содержания и организации образовательного процесса, осуществлении мониторинга параметров личностного здоровья всех участников педагогического процесса (совместно с медицинскими работниками). Отдельным направлением его деятельности является анализ деятельности медицинского кабинета за учебный год и составление отчета.

Достоверность медицинской информации и качества охраны здоровья обучающихся зависит от ряда условий:

- правильности постановки диагноза, а также дальнейших медицинских назначений по восстановлению и укреплению, охране здоровья;
- регулярности проведения диспансеризации;
- комплексной оценки состояния здоровья, наличия/отсутствия врожденных пороков развития и хронических заболеваний; степени резистентности и ресурсов организма.

7. Для реализации охраны здоровья детей с хроническими неинфекционными заболеваниями в образовательной организации должны решаться следующие задачи:



- поиск (внедрение) здоровьесберегающих оптимальных режимов учебно-воспитательной работы;
- разработка и внедрение в практику лучшего опыта использования здоровьесохраняющих технологий обучения и воспитания, а также его совершенствование;
- содействие гармоничному развитию личности путем профилактики и коррекции возможных отклонений физического состояния и здоровья на каждом возрастном этапе;
- обучение педагогов и воспитателей необходимыми знаниями в области охраны здоровья, а также научно-обоснованным методам предупреждения и устранения возможных нарушений в состоянии здоровья и физического развития;
- мониторинг физического состояния и развития, физической подготовленности и работоспособности детей;
- контроль за состоянием здоровья;
- диагностика состояния адаптационных механизмов, предупреждение психосоматической дезадаптации;
- контроль за сбалансированностью питания;
- мониторинг причин, влияющих на ухудшение состояния здоровья и нарушение гармоничности физического развития;
- вовлечение родителей и администрации образовательной организации в решение задач по охране и укреплению здоровья обучающихся.

8. Еще одним управляемым социальным фактором является объем и интенсивность учебной нагрузки, соответствие содержания обучения индивидуальным возможностям и уровню познавательного развития обучающегося. При индивидуальном планировании образовательного процесса администрация школы и педагоги должны определить:



- актуальные образовательные потребности и возможности обучающегося, исходя из данных медицинских и психолого-педагогических обследований;
- соответствие содержания, методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям обучающихся;
- объем учебной нагрузки с учетом возрастных и индивидуальных возможностей обучающегося;
- расписание уроков с рациональным распределением нагрузки по дням и кварталам учебного года;
- последовательность, форму организации, режим и направленность здоровьесберегающих технологий, которые внедрены в образовательный процесс;
- план психологической работы с ребенком и детским коллективом для оптимизации психологического микроклимата и эмоционального состояния каждого обучающегося;
- график работы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни обучающихся;
- состояние здоровья учителя (педагога), его образ жизни и отношение к своему здоровью;
- профессиональную готовность педагогов к реализации в образовательном процессе здоровьесберегающих технологий и формированию у обучающихся здоровьесберегающего поведения;
- систему включения родителей в образовательный процесс и повышение их педагогической компетентности в вопросах охраны здоровья обучающегося.

В совокупности все вышперечисленные мероприятия должны способствовать:

- сохранению и укреплению здоровья обучающихся;
- снижению уровня заболеваемости;



- совершенствованию физического развития детей с ограниченными возможностями здоровья;
- внедрению новых технологий, пропагандирующих и способствующих приверженности обучающихся к ведению здорового образа жизни;
- формированию ценностного отношения к здоровью всех участников педагогического процесса;
- овладению обучающимися элементарными навыками безопасного поведения;
- повышению уровня социальной адаптированности обучающихся к современным условиям жизни;
- повышению значимости занятий спортом, увеличение количества учащихся, занимающихся в спортивных секциях;
- профилактике и коррекции зависимостей (табакокурения, алкоголизма, токсикомании, наркомании);
- социально-педагогической поддержке и сопровождению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- формирование компетентности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

2.2. Практика разработки специальной индивидуальной программы развития для обучающихся с ОВЗ

Для достижения текущих образовательных целей и социализации детей с особыми образовательными потребностями, исходя из рекомендаций ФГОС, образовательная организация, основываясь на решении ПМПК, разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

Этот документ составляется на определенный отрезок времени, но не более чем на один год. Структура и методические рекомендации по разработке СИПР изложены в Письме Минобрнауки России от 11.03.2016 N ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ» [56]. В Письме указано, что



ответственность за выбор содержания СИПР, условий его реализации и кадровое обеспечение несет команда специалистов, его составившая. Причем специалисты, разработавшие и утвердившие СИПР, должны хорошо знать ребенка, его особые образовательные потребности и участвовать в мониторинге и оценке результатов обучения.

Нормативными документами в сфере образования рекомендовано разрабатывать СИПР для обучающихся, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации. Основанием для этого является заключение медицинской организации и письменное обращение родителей (законных представителей) обучающихся в образовательную организацию.

Для любой психолого-педагогической категории детей с особыми образовательными потребностями СИПР имеет единую структуру (пункт 2.9.1 приложения ФГОС). В дополнение к СИПР, образовательная организация разрабатывает индивидуальный учебный план (ИУП), являющийся неотъемлемой частью СИПР. Согласно решению консилиума специалистов, которое утверждено решением ПМПК, ИУП наполняется отдельными учебными предметами и коррекционными курсами, направлениями внеурочной деятельности. Специалисты, принимая решение об их включении в ИУП, исходят из возможности каждого из них содействовать развитию психических возможностей ребенка, освоению новых академических и социальных компетенций, формированию более совершенных учебных действий, умений и навыков. Как учебные предметы, так и занятия коррекционной направленности, внеурочной деятельности должны совпадать с теми, что изложены в АООП. Заметим, что достаточное большое число учебных предметов (не менее 10), коррекционных курсов и видов внеурочной деятельности обеспечивает возможность комплектования индивидуального плана с учетом индивидуальных интересов личности и существующих ограничений здоровья. Основным ориентиром для специалистов являются, с одной стороны, актуальные достижения,



личностные предпочтения и перспективы развития ребенка, с другой – актуальные трудности, которые мешают ему осваивать программный материал. Руководствуясь психолого-педагогическим состоянием каждого из этих двух показателей (актуальные достижения и актуальные психологические/физические трудности), специалисты определяют содержание обучения и наполнение ИУП. При планировании необходимо помнить о допустимом минимальном и максимальном объеме недельной нагрузки для каждого обучающегося (СанПиН).

Считаем необходимым напомнить, что совокупный объем учебной нагрузки, рассчитанный согласно санитарным нормам и правилам, включает в себя урочную форму и внеурочные виды деятельности, в том числе перемены и время приема пищи, дополнительное образование, время выполнения домашнего задания. Образовательная организация имеет право самостоятельно определять график и режим учебной деятельности в соответствии с законодательством и гигиеническими нормами.

Так, дети с ОВЗ в стабильном психофизическом состоянии, независимо от психолого-педагогической категории, к которой они относятся, как с нормативным психическим развитием, задержкой психического развития, так и с интеллектуальными нарушениями (легкой и умеренной умственной отсталостью) могут иметь средний и максимально допустимый объем учебной нагрузки. При обучении ребенка с ОВЗ по варианту 1 АООП в СИПР могут быть включены отдельные темы, разделы, предметы. В этом случае в ИУП включаются учебные предметы различной направленности с учетом индивидуальных интересов ребенка и пожеланий родителей (законных представителей). Академическая нагрузка может составлять 50-60% от общего числа учебных часов. Объем программного материала должен осваиваться ребенком без увеличения часов на дополнительную домашнюю или самостоятельную работу. Качество усвоения новых знаний, умений и навыков педагог контролирует в ходе плановых и итоговых оценочных мероприятий. Недостаточная самостоятельность ребенка, трудности



выполнения проверочных работ, практического применения знаний при выполнении незнакомых задач в рамках изучаемой темы свидетельствуют о необходимости снижений учебной нагрузки за счет уменьшения числа учебных предметов и увеличения времени на коррекционные курсы, закрепление пройденного материала во внеурочной деятельности. Количество коррекционных курсов в ИУП и их содержание определяется, исходя из актуальных психофизических трудностей ребенка, которые могут быть сглажены или устранены с помощью специальных педагогических занятий. Это не только вторичные и третичные социальные последствия, вызванные ведущим нарушением в развитии ребенка, но и актуальное физическое состояние, которое оказывает непосредственное влияние на психическую активность, работоспособность, настроение, темп и качество усвоения программного материала. Нередко значимую роль приобретают коррекционные курсы по восстановлению психического тонуса и нормализации настроения, а также внеурочная деятельность, которая приносит удовольствие и дает ощущение успеха, удовлетворение от творчества. На коррекционные курсы и внеурочную деятельность может быть отведено до 50% учебного времени. Объем каждого вида деятельности в расписании подбирается индивидуально. Важным является не только количество учебных часов, отведенных на предметные области, но и их рациональное сочетание, смена видов деятельности, что само по себе имеет определённый здоровьесберегающий эффект и может рассматриваться как средство влияния на качество и скорость усвоения ребенком программного материала.

Для детей в нестабильном психофизическом состоянии, с нарушением интеллекта (легкая и умеренная умственная отсталость) в сочетании со снижением функциональных возможностей одного из анализаторов, либо ограничениями движений, чаще всего требуется иное распределение учебной нагрузки в СИПР. В этом случае число учебных часов по предметам может занимать 50-60% времени. Другая часть учебного времени заполняется



коррекционными курсами и занятиями внеурочной деятельностью. При этом допускается сокращение урока до 30-35 минут, в том числе уменьшение длительности непосредственной учебной деятельности за счет увеличения количества динамических или релаксационных пауз, перерывов для отдыха. Ограничения здоровья требуют от педагогов и родителей особого внимания к психофизическому состоянию ребёнка во время урока, его оценке по окончании занятий, а также вечером и в конце недели. Снижение работоспособности, настроения, отсутствие интереса к занятиям, низкая познавательная и учебная активность во время урока указывают на необходимость пересмотра учебного расписания, т.к. регулярное возникновение таких состояний может негативным образом отразиться на здоровье обучающегося. Рациональным выходом является организация уроков в виде проектной деятельности, либо уменьшение объема нового материала в течение недели, что позволит выделить дополнительное время на закрепление пройденного, более детально разбирать новую тему и содержание урока, включать различные виды практических работ. Это сделает учебный процесс более разнообразным и интересным. Аналогичным образом следует организовать занятия коррекционной направленности. Интенсивность коррекционных методов воздействия должна подбираться индивидуально, исходя из психофизического и эмоционального состояния ребенка во время него. Индивидуальная форма, как и работа в малых группах, позволяет специалисту оценить состояние ребенка, задать подходящий для каждого темп деятельности, выбрать оптимальное сочетание и последовательность заданий, за счет чего облегчить ребенку восприятие учебного материала.

При выборе внеурочных и дополнительных видов деятельности, в первую очередь, учитывают существующие у ребенка ограничения здоровья, степень тяжести первичных нарушений, а также рекомендации врачей-специалистов по возможной нагрузке и организации учебных занятий, продолжительности активной деятельности того или иного анализатора. В



этом случае разъяснительная работа с родителями становится отдельным направлением деятельности педагогов. В ходе конструктивного диалога должно быть найдено рациональное сочетание занятий, цель которых содействовать усвоению учебного материала, удовлетворению познавательных и творческих интересов ребенка, расширению его кругозора и приобретению новых социальных компетенций.

Наиболее сложной педагогической задачей становится разработка содержания ИУП как одного из компонентов СИПР для детей с тяжелыми множественными нарушениями в развитии. Это связано не только с необходимостью учета большого числа физиологических и психологических параметров (степень тяжести нарушения развития, актуальные достижения возраста, особенности поведения), но и нестабильность состояния здоровья, высокий риск ухудшения состояния при несоответствии учебной нагрузки психофизическим возможностям ребенка. Количество учебных предметов команда специалистов, реализующих СИПР, подбирает индивидуально. Стандарт предусматривает возможность сокращения числа предметов до 1-2 уроков с воплощением их содержания в проектной или игровой форме деятельности, что делает учебный процесс более увлекательным и доступным для ребенка с ТМНР. Примерные планы уроков и расписания занятий в течение недели размещены на сайте Федерального ресурсного центра «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения» г. Псков, а также в Письме Минобрнауки России от 11.03.2016 N ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ».

Основное учебное время отводится на коррекционные курсы, а также внеурочную деятельность с целью содействия социализации ребенка и обретения самостоятельности за счет формирования различных личностных и социальных компетенций, которые находятся в зоне ближайшего психического развития ребенка. Ориентировка содержания СИПР на ведущее психологическое достижение возраста ребенка отражается в том, что все задания, методы и приемы направлены на то, что сегодня их решение



становится доступным ребенку с помощью взрослого, а завтра он сможет применять новые знания самостоятельно в обычной жизни. Как общее расписание занятий, так и содержание каждого направлено на достижение ближайших психологических перспектив развития, которые определены онтогенетической последовательностью их становления. Наиболее результативной является следующая структура занятия. По каждой предметной области практические виды деятельности, в которых происходит знакомство или закрепление нового, составляют 50-60% от общей продолжительности урока, а собственно учебная деятельность (письмо, чтение, формирование математических представлений, слушание) занимает не менее 20% урока. Аналогичной структуры следует придерживаться при планировании коррекционных курсов, внеурочной и досуговой деятельности. В середине учебного дня, когда наблюдается самая высокая работоспособность ребенка, можно включать в учебную деятельность задания, которые выше потенциальных возможностей ребенка. Длительность работы по ним ограничивается 3-5 минутами. В общей сложности таких упражнений не может быть более 10% от общего количества учебного времени. Их включение в ИУП способствует формированию предпосылок психологических достижений, которые могут появиться у ребенка на следующие периоды обучения, что соответствует принципу опережающего обучения, т.е. «обучения, идущего впереди развития». Всегда в такую деятельность ребенок включается совместно со взрослым и для этого нередко требуются как специальные учебные пособия, так и технические средства.

Итак, специалисты должны реализовать дифференцированный подход при разработке ИУП детей с ОВЗ. Так, для детей в стабильном психофизическом состоянии ИУП максимально наполняется учебными предметами из АООП, остальное учебное время распределяется между коррекционными курсами и внеурочной деятельностью. Чем сложнее структура первичных нарушений развития у детей и менее стабильно состояние здоровья, тем больший объем выделяется на коррекционные курсы



и внеурочную деятельность, предметные области реализуются в практических видах деятельности с увеличением продолжительности релаксационных и динамичных пауз.

В ФГОС указывается, что учебная деятельность для данной категории детей организуется следующим образом: к коррекционным курсам и внеурочной деятельности добавляются часы урочных занятий по предметным областям в «пределах максимально допустимой нагрузки, установленной учебным планом АООП». Такая организация обучения позволяет варьировать время пребывания ребенка в школе и рационально использовать домашние условия для развития психических возможностей ребенка. Форма, условия и особенности организации обучения отражаются в СИПР. Обращаем внимание специалистов на то, что недопустимо переносить все предметы из основного учебного плана в индивидуальный, из-за чего часов на реализацию содержания АООП не остаётся, что является нарушением требований ФГОС, сформулированных в пункте 1.12, а также в пункте 2.2 «о необходимости учета особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося, что может привести к нарушению права обучающегося на доступное образование». Экспертная группа, участвующая в реализации образования детей с ОВЗ в данной образовательной организации, должна контролировать объемы и распределение учебной нагрузки в АООП, СИПР и ИУП в соответствии с требованиями ФГОС. Каждая АООП и СИПР для ребенка, конкретный порядок их разработки и правила реализации должны быть утверждены педагогическим советом и приказом руководителя образовательной организации в качестве локального акта.

В связи с тем, что СИПР разрабатывается на определенный отрезок времени, необходимо регулярно проводить оценочные и контрольные работы с целью мониторинга результатов образования и своевременного внесения изменений в учебный процесс. Команда специалистов, разрабатывающих СИПР, совместно определяет результаты обучения, которые предполагают



фиксировать по каждому предмету по завершению определенного отрезка времени. График проведения, частоту, содержание и форму контрольных мероприятий педагоги планируют заранее. В процесс разработки материалов для аттестации/оценивания обучающегося и реализации контрольных мероприятий следует привлекать родителей.

Текущая аттестация обучающихся – это мероприятие, которое проводится каждые 6 месяцев с целью оценивания результатов освоения СИПР. Промежуточная (годовая) аттестация представляет собой оценку результатов обучения по окончанию (итогу) учебного года. Итоговая аттестация осуществляется в течение последних двух недель учебного года путем наблюдения за выполнением обучающимися специально подобранных заданий, позволяющих выявить и оценить результаты обучения. В аттестации или оценивании принимают участие экспертная группа из тех, кто непосредственно реализует обучение ребенка. Состав экспертной группы определяет консилиум специалистов и утверждает руководитель образовательной организации. Задачей экспертной группы является выработка единых критериев и показателей в сфере академических и жизненных достижений ребенка. Данные показатели предназначены для вынесения решения относительно степени освоения обучающимся содержания СИПР. Для этого следует рассмотреть результаты обучения с трех позиций: возможности применения обучающимся пройденного материала на практике; степень самостоятельности и уверенности в своих силах (социальную состоятельность); качество результата и умение дать ему объективную оценку. В методической литературе предлагаются следующие виды помощи обучающемуся при выполнении контрольных и оценочных работ: разъяснение, показ, графические инструкции. Результаты, полученные в ходе оценочных мероприятий, отражаются в педагогических документах ребенка и являются основанием для вынесения решения относительно организации обучения в дальнейшем (форма, содержание, кадровое обеспечение, техническое оснащение). Еще одним документом, в котором



отражены результаты оценочных мероприятий, является подробная психолого-педагогическая характеристика ребенка, где реальные психологические достижения ребенка представлены как отражение успехов освоения программного материала. В ней указываются результаты оказания помощи обучающемуся, т.к. они отражают качество освоения программного материала и степень самостоятельности: «выполняет задание самостоятельно», «выполняет задание после разъяснения и объяснения», «выполняет задание, ориентируясь на образец», «не выполняет». Отдельное внимание в психолого-педагогической характеристике должно быть уделено описанию динамических изменений в академических и жизненных компетенциях. При описании текущих учебных трудностей указывают причины их вызывавшие, а также пути коррекционно-педагогической помощи по их устранению.

Оценка предметных результатов детей с ОВЗ в стабильном психофизическом состоянии независимо от психолого-педагогической категории, к которой они относятся, как с нормативным развитием, задержкой психического развития, так и с интеллектуальными нарушениями (легкой и умеренной умственной отсталостью) реализуется в объеме и по графику, который определен образовательной организацией для обучающихся данной психолого-педагогической категории. В этом случае процедура оценивания затрагивает все предметные области АООП. Содержание, форма и график контрольных мероприятий по оценке предметных результатов у детей с сочетанными нарушениями развития, независимо от степени тяжести и сложности структуры, подбирается индивидуально, исходя из имеющейся у ребенка «зоны ближайшего развития» и намеченных образовательных перспектив, а также содержания предметных областей и конкретных учебных предметов. Требования к итоговым достижениям обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) (вариант 2) отличаются от тех, что предъявляются к детям



с задержкой психического развития и легкой умственной отсталостью (вариант 1). В этом случае наиболее значимым результатом обучения становится социальная компетентность ребенка, которая является свидетельством самостоятельного применения им на практике как практических умений, так и академических знаний. Овладение знаниями, умениями и навыками в различных образовательных областях («академический» компонент) позволяет ребенку самостоятельно решать повседневные жизненные задачи и постепенно психологически отделяться от взрослого, становиться социально независимым. Последовательное расширение социальных возможностей в коммуникации, самообслуживании, трудовой деятельности, умение применять имеющиеся знания на обычной жизни и деятельность (компонент «жизненной компетенции») являются базовой основой для овладения профессией и навыков самостоятельного проживания во взрослом возрасте, приобретения активной жизненной позиции и социального статуса в обществе.

Необходимо помнить, что в значительной степени самостоятельность и социальная успешность ребенка определяется психофизическим состоянием ребенка, его самочувствием и самоощущением в социуме. Следует учитывать произошедшие за время обучения изменения в состоянии здоровья ребенка. В случае обострения основного заболевания, перенесенного инфекционного заболевания, травмы и др., решением консилиума образовательной организации могут быть внесены изменения в содержании и графике проведения оценивающих мероприятий. Приоритет может быть отдан положительным изменениям в личностном развитии ребенка, которые произошли в процессе освоения АООП. Оценка может проводиться по следующим параметрам:

- персональная идентичность или совершенствование «Я» сознания;
- самостоятельность в общении и деятельности;
- ориентировка в окружающей среде;



- осознание и соблюдение социальных норм поведения, уважительного отношения к окружающим;
- осознание социальных отношений между людьми;
- повышение мотивации к учебной деятельности и позитивного отношения к сотрудничеству со взрослыми в различных видах деятельности;
- реалистичность оценки результата деятельности, понимание социальной сути поступков и умение давать им оценку;
- понимание, эмоциональная чуткость к прекрасному, произведениям творчества и культуры, материальным и духовным ценностям;
- эмоциональная отзывчивость, доброжелательность, понимание и сопереживание чувствам других людей;
- коммуникативные навыки, конструктивные способы решения межличностных проблем, спорных ситуаций;
- привычка следить за своим внешним видом, вести здоровый образ жизни;
- мотивация к сотрудничеству и продуктивной деятельности.

Произошедшие за время обучения изменения в каждом из вышеперечисленных параметров необходимо отразить в СИПР. Именно они помогут ребенку в будущем с учетом реальных и потенциальных психофизических возможностей самостоятельно решать задачи и социально реализоваться в общественной жизни.

Еще одним элементом СИПР является Программа сотрудничества с семьей. Это график проведения мероприятий, способствующих повышению педагогической компетенции родителей ребенка с ОВЗ и конструктивному взаимодействию специалистов образовательной организации и родителей (законных представителей) обучающегося. Сотрудничество участников образовательного процесса может осуществляться в форме: консультаций, семинаров, тренингов, индивидуальных бесед, собраний, а также включать в себя домашнее визитирование и другие мероприятия. Результативность такой работы оценивается по следующим параметрам: психологическое состояние



родителей (законных представителей); участие семьи в разработке СИПР и реализации образовательного процесса; регулярность взаимодействия и обмена информацией о ребенке; удовлетворенность организацией образования.



Раздел 3. Пути оптимизации здоровьесберегающей среды образовательной организации

3.1. Оптимизация учебной нагрузки для обучающихся с ОВЗ

Согласно действующим нормативным документам по обучению детей с ОВЗ по АООП, учебная нагрузка или число уроков в неделю не превышает для обучающихся 1-х классов – 4 урока и один раз в неделю – 5 уроков, за счет урока физической культуры, для обучающихся 2–4 классов – 5 уроков и один раз в неделю – 6 уроков за счет урока физической культуры. Таким образом, общая учебная нагрузка в неделю – это 21-23 часа. Причем на начальной ступени обучения урочная часть не должна превышать 10-12 часов в неделю, а внеурочная часть – 10 часов в неделю. Внеурочная часть объединяет в себе занятия коррекционной направленности и общеразвивающую внеурочную деятельность. Внеурочная деятельность – это межличностное взаимодействие детей в игре, в различных видах творческой и продуктивной деятельности, экскурсиях, посещении выставок и музеев, конкурсах, походах, занятиях в кружках по интересам, творческих фестивалях и соревнованиях, участии в праздниках, проектной деятельности и др. Цель мероприятий, организованных во внеурочное время, содействовать расширению круга социальных контактов, развитию самосознания и личности, ее социальной интеграции.

Мероприятия внеурочной деятельности объединяются в СИПР и представляют собой отдельный блок Программы. Для результативного процесса интеграции в ходе внеурочных мероприятий важно обеспечить условия, благоприятствующие самореализации и успешной совместной деятельности всех ее участников.

При организации урочных и внеурочных занятий необходимо руководствоваться утверждёнными гигиеническими нормативами. В течение всего учебного дня, как в течение одного урока, при смене уроков, последовательности предметов друг за другом, мы должны учитывать



динамику умственной работоспособности обучающихся и шкалу трудности учебных предметов. Известно, что максимальная работоспособность у детей отмечается в период от 10 до 12 часов. Целесообразно начинать с предметов творческой направленности. В середине учебного дня проводить занятия по предметам с высокой интеллектуальной нагрузкой. Предметы, которые требуют значительного умственного напряжения и больших временных затрат на освоение материала, в том числе его закрепления в ходе выполнения домашних заданий, не должны группироваться в один день.

Напоминаем, что интенсивность интеллектуальной нагрузки может варьироваться, в зависимости от психолого-педагогической категории обучающихся. Важно учитывать это обстоятельство при определении расписания занятий. Отдельное внимание следует уделять месту в расписании и видам деятельности на уроках физкультуры. Если урок физкультуры включает в себя интенсивные нагрузки, после него не может быть размещен в расписании урок с разбором новой сложной темы или письменной проверочной работой.

Рациональное распределение уроков в расписании и чередование видов урочной деятельности представляет собой такой важный фактор, как плотность урока. Оптимальная плотность урока составляет 60%. В этом случае сложный программный материал или определенные виды письменных и устных работ, требующие высокого интеллектуального напряжения, сменяются другими, менее интенсивными по нагрузке видами деятельности. Исключение составляют дни, когда проводятся контрольные, проверочные и аттестационные мероприятия, либо изучается новый материал и тема. Плотность таких уроков может достигать 75%, а после них следовать большая перемена или может быть предоставлено дополнительное время для отдыха. Следует также увеличить число перерывов во время урока, сделать несколько активизирующих или релаксационных пауз. Это позволит соблюсти нормы выполнения одного вида учебной деятельности, который не может превышать 10 минут в начальной школе и 15 минут в старших



классах. Регулярная смена деятельности обеспечивает смену позы на руках. Рабочие позы должны меняться за урок как минимум трижды и между разными видами деятельности обязательно сделана пауза – двигательная или релаксационная.

Важным фактором, влияющим на психофизическое состояние ребенка, его работоспособность, качество усвоения программного материала, является непрерывная учебная деятельность, организованная в различной форме. В настоящее время нет отдельных указаний относительно временных ограничений для определённых видов деятельности детей различных психолого-педагогических категорий. Утверждены общие рекомендации по организации учебной деятельности детей с ОВЗ как единой группы обучающихся. Так, непрерывная зрительная нагрузка не должна превышать временной интервал 10 минут. При планировании зрительной нагрузки для обучающихся с болезнями органа зрения, даже если она осуществляется при использовании оптических средств, следует уточнить режим использования компьютера, электронных средств обучения и текстов у медицинского работника. В этом случае можно обратиться к родителям с просьбой получить рекомендации врача-офтальмолога по организации учебного процесса для конкретного обучающегося. Аналогичного алгоритма действий рекомендуется придерживаться при планировании учебного процесса для всех детей с ОВЗ. С целью профилактики утомления и негативного влияния нагрузки на психофизическое состояние и здоровье ребенка следует регулярно делать паузы, перерывы для отдыха и включать расслабляющие упражнения, чтобы снять напряжение. Наиболее рациональным является режим непрерывной учебной работы 3-5 минут, сменяющийся паузой или перерывом в течение 1-2 минут. Перерывы для отдыха лучше организовывать по научно-обоснованным методическим рекомендациям и материалам.

Для полноценного отдыха и восстановления работоспособности обучающегося образовательный процесс имеет следующую структуру.



Равные отрезки времени (45 минут для большинства обучающихся, 30 минут для детей с ТМНР) непосредственной учебной деятельности разделены переменами или периодами отдыха. Продолжительность перемен между уроками разная, от 10 до 30 минут. Для детей с ОВЗ допускается увеличение количества перерывов и их продолжительности как в процессе урока, так и между ними. Причем большая перемена может быть увеличена до 45 минут. В большой перемене не менее 30 минут должно отводиться на организацию двигательной активности обучающихся как внутри образовательной организации, так и в благоприятную погоду на улице. Перемена между урочной и внеурочной деятельностью должна составлять не менее 30 минут (за исключением категории обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с тяжелыми множественными нарушениями развития), обучение которых осуществляется по специальной индивидуальной программе развития. Педагоги обязаны тщательно продумывать организацию перемен, иметь план и содержание занятий с детьми на переменах. Он может составляться на неделю или четверть.

Еще одним средством рационального распределения учебной нагрузки является разгрузочный день. Лучше всего назначать его на середину недели, т.е. среду или четверг. Для полноценного исполнения ИУП можно наполнить разгрузочный день внеурочными мероприятиями и коррекционными курсами, исключив учебные предметы, тем самым снизив учебную нагрузку. В любом случае, разгрузочный день не может включать в себя более, чем 3-4 вида деятельности, общей продолжительности 2 часа с учетом времени для отдыха (трех минут) между уроками. Один из уроков посвящен творческой или физической деятельности. После разгрузочного дня целесообразно включать уроки, на которых будет изучаться новая тема или проводиться контрольная работа. Оптимальным временем для проведения контрольных и оценочных работ является 2-3 урок.

Рациональное планирование урочной деятельности является эффективным средством профилактики ухудшения состояния здоровья и



качественного усвоения программного материала, последовательной социальной интеграции ребенка с ОВЗ.

Отдельное внимание необходимо обратить на возможность организовать оценку психофизиологического состояния обучающегося в течение дня и учебной недели для определения допустимых нагрузок и оптимизации учебной деятельности. В психолого-педагогической литературе имеется ряд работ, в которых раскрываются вопросы применения методов, основанных на технологии биологически обратной связи (БОС), для диагностики функциональных состояний [57], предупреждения и профилактики дезадаптации у школьников [58]. Однако, в специальной педагогике и психологии данные методы не стали объектом внимания, как на теоретическом, так и на прикладном уровнях. Хотя внедрение надежных методов и учет объективных показателей необходим для понимания функционального состояния обучающегося, особенно при организации образовательного процесса, планировании учебной и внеучебной работы, определении допустимой нагрузки, учета режимных моментов, конструировании здоровьесберегающей среды.

3.2. Рекомендации по организации эргономических аспектов здоровьесберегающей среды

В настоящее время акцент государственной политики в Российской Федерации все более ориентирован на развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения, что гарантируется рядом законов, программ и положений. В частности, Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» определены мероприятия по совершенствованию условий беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных групп населения, в соответствии с Паспортом доступности объекта социальной инфраструктуры [59]. Пространство строящихся и реконструируемых школ для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предполагает мероприятия по созданию доступной,



«безбарьерной» среды. Здоровьесберегающая среда в образовательной организации должна рассматриваться как совокупность психолого-педагогических, медико-гигиенических и технических факторов и условий, способствующих укреплению и сохранению здоровья обучающихся [21, 22].

Пространство образовательной организации – важный фактор, определяющий психические состояния и психологическое самочувствие обучающегося с ОВЗ. Психические состояния играют важную роль в регулировании познавательных процессов, в формировании характерологических свойств и мотивационно-потребностной сферы. Успеваемость ребенка, его желание обучаться во многом будет предопределяться его психическими состояниями. Повышенная сензитивность обучающихся с тяжелыми формами умственной отсталости и ТМНР к внешним раздражителям, в том числе и к оформлению пространства образовательной среды, требует особого рассмотрения данной проблемы.

Для оценки эргономических аспектов здоровьесберегающей среды школы нами была разработана стандартизированная анкета, включающая ряд показателей. На основании сходных признаков показатели отнесены к одному из трех факторов. Применение анкеты при диагностике среды учреждения позволит выявить ее состояние и при последующем отнесении к некоторой группе определить соответствующие рекомендации по оформлению здоровьесберегающей среды.

Первый фактор включил показатели цветовых решений интерьера. Соответственно, он получил название «цветовое оформление пространства школы». Это важный фактор, определяющий гармоничный интерьер и влияющий на состояние обучающихся с ОВЗ. Длительное время в российских школах этому эстетическому компоненту среды не уделялось достаточного внимания, решение о цветовой палитре преимущественно выносилось по двум критериям: естественности и природосообразности. Краски, которыми оформлялись помещения, были зачастую низкого качества. В настоящее время к цветовому оформлению пространства школы



привлекаются профессиональные дизайнеры и психологи. Объединение знаний в области композиционного решения пространства и закономерностей влияния цвета на психологическое состояние человека позволяют придать образовательной среде стимулирующее или расслабляющее свойство в соответствии от направленности деятельности, реализуемой в данном помещении. Благодаря чему, оказать определенное влияние на психологическое состояние обучающегося и, косвенно, на качество обучения.

Данный фактор включил следующие показатели. «Отделка помещений и мебель выполнены из экологичных, безопасных материалов, соответствует правилам эргономики», который оценивает качество используемых материалов как для оформления стен, потолка и пола, так и мебели, соответствие их нормам СанПиН. Мебель должна учитывать ростовые показатели ребенка и удобство пользования. «Экологичные цветовые решения» и «эстетичность, креативность, обоснованность цветовых и дизайнерских решений» показывают, что помещения и мебель не должны оказывать негативного влияния на состояние ребенка. «Адекватный уровень стимуляции: сложность среды, цветовые решения, текстуры и ее сенсорные качества» учитывает разнообразие и стимулирующее воздействие используемых средств на развитие ребенка.

Рекомендации по обеспечению соответствия фактора «цветовое оформление пространства школы» необходимым нормам и требованиям. Отделка помещений должна быть выполнена из экологичных и безопасных для здоровья материалов, цветовые и дизайнерские решения обоснованы. Цветовое оформление стен в поле зрения обучающегося во время урока не должно оказывать отвлекающее и раздражающее воздействие, целесообразно выбирать экологичные цветовые решения спокойной светлой гаммы, однако, в зоне отдыха могут быть яркие акцентные элементы. Использовать надо лакокрасочные материалы с матовым эффектом. Для обучающихся с нарушениями зрения желательно применять контрастную по цвету мебель в



зоне отдыха, чтобы дети не получали травмы при двигательной активности. На окнах лучше использовать жалюзи спокойных оттенков, с помощью которых можно регулировать уровень освещенности в учебном кабинете.

Второй фактор объединил показатели, отражающие применение специального оборудования и учет гигиенических требований при конструировании интерьера. Этот фактор обозначен как «гигиеническое состояние пространства школы». Данный аспект в современных реалиях является не менее важным, он тесно связан с государственными стандартами и положениями, утверждёнными в Российской Федерации. Нормативными документами закреплён порядок применения специального оборудования и технологий с учетом особых образовательных потребностей обучающихся. Кроме того, в связи с инклюзивными и интеграционными процессами, происходящими в российском образовании, изменился состав обучающихся в образовательной организации. Многие школы, построенные в советское время, не удовлетворяют современным гигиеническим требованиям и нуждаются в модернизации или реконструкции зданий.

Данный фактор включил ряд показателей. «Применение здоровьесберегающих технологий» показывает, какие технологии внедрены в школе и в каком объеме. «Проведение капитального/косметического ремонта в помещении» оценивает реальное состояние помещений школы и соответствие их нормам. Для обеспечения комфортного режима обучения показатель «соответствие требованиям по освещенности и микроклимату» должен полностью соблюдаться. Для организации рационального коммуникационного режима необходимо «наличие и качество средств навигации».

Рекомендации по обеспечению соответствия фактора «гигиеническое состояние пространства школы» необходимым нормам и требованиям. Организация пространства школы должна обеспечивать реализацию в полном объеме здоровьесберегающих технологий: гигиенических,



образовательных, экологических, физкультурно-оздоровительных, обеспечения безопасности жизнедеятельности.

Помещения должны быть отремонтированы, стены и потолок без отслаивания краски и штукатурки, покрытие пола без повреждений. Для травмобезопасного и комфортного передвижения обучающихся в пространстве школы должны отсутствовать факторы, негативно влияющие на жизнедеятельность детей. В пределах полос движения нельзя размещать какие-либо предметы, поручни надо располагать в необходимых точках, краевые ступени выделять цветом и т.д. Для комфортного перемещения в пространстве школы средства навигации должны иметь качественное исполнение и размещение в соответствующих местах. Для обучающихся с нарушениями зрения необходимо выделить контрастным цветом двери и дверные проемы, торчащие элементы мебели и оборудования, края ступеней.

Учебные кабинеты необходимо оснастить потолочными светильниками одного типа и светозлучения с разрядными, люминесцентными или светодиодными лампами. Уровень освещенности такого пространства должен быть не менее 300 Люкс. Для детей с нарушениями зрения надо предусмотреть комбинированное освещение. Микроклимат помещения следует обеспечить ежедневным проветриванием по графику. Использование акустических панелей на стенах и потолке создаст необходимые условия шумоизоляции для обучающихся с нарушениями слуха.

Третий фактор связал показатели, предполагающие функциональное планирование и зонирование помещений. Суть фактора отражает термин «зонирование пространства школы». Это важный аспект для формирования оптимальной образовательной среды, реализующий специальное и инклюзивное образование. Пространство школы должно содействовать развитию и обучению, мотивировать и формировать волевые качества (самостоятельность, ответственность, инициативу и т.д.), соответствовать критериям функциональности и безопасности.



Фактор включил следующие показатели. «Эффективное зонирование» предполагает наличие зон для индивидуальной и групповой работы, отдыха и двигательной активности, возможности проведения неформатных занятий. «Возможность трансформации пространства» оценивает вид используемой мебели и оснащения, наличие в учебных кабинетах модульной трансформируемой мебели и мобильного оборудования. Показатели «используется эргономичная мебель, учитывающая особые образовательные потребности обучающихся» и «удобство и качество мебели, эффективность систем хранения» учитывают функциональность изделий и удобство пользования ими.

Рекомендации по обеспечению соответствия фактора «зонирование пространства школы» необходимым нормам и требованиям. Наиболее комплексным показателем, отражающим эффективное зонирование, является создание зон различного назначения в пространстве школы. В помещениях общего пользования и рекреациях необходимо организовать зоны отдыха и двигательной активности, которые должны содержать мягкую и эргономичную мебель для комфортного сидения (скамьи, диванчики, пуфы и т.п.), оборудование и приспособления для двигательной активности, что снизит утомляемость обучающихся в течение учебного дня. В учебных кабинетах, в зависимости от преподаваемой дисциплины, целесообразно выделить зоны для индивидуальной и групповой работы, что позволит учесть разнообразные образовательные потребности обучающихся. Необходимо предусмотреть зону отдыха, где будет свободное пространство и мебель для отдыха и неформатных занятий (например, для детей с НОДА должны использоваться корпусные кресла и диваны, кресло-мешок неудобно). Обучающийся, в случае утомления, сможет там отдохнуть и во время урока.

Важно обеспечить возможность трансформации пространства, что позволит гигиенически рационально организовать разные виды учебной деятельности. Для этого в классе должна быть модульная трансформируемая мебель и мобильное оборудование. Например, одноместная парта с



трапециевидной столешницей позволит выполнить как стандартную расстановку парт, так и полукругом, рекомендуемую для обучающихся с нарушениями слуха, либо круговую для групповой деятельности. Однако, при расстановке парт следует учитывать ширину проходов между ними, чтобы обучающиеся не получили травмы.

Учебные кабинеты надо комплектовать эргономичными и удобными, регулируемые по высоте, партами и стульями/креслами, которые учитывают особые образовательные потребности обучающихся. Например, для обучающихся с нарушениями зрения, использующими для обучения учебники со шрифтом Брайля, целесообразна корзина для их вертикального хранения; для детей с НОДА нельзя комплектовать кабинет креслами с колесиками и т.д. Мебель надо выбирать выполненную из экологически чистых материалов, не оказывающих негативное воздействие на здоровье обучающихся. Системы хранения должны быть эффективны, безопасны и удобны в использовании, как для учителя, так и для обучающегося (дверки, препятствующие падению предметов, эргономичные ручки и т.д.).

Таким образом, после заполнения анкеты при анализе показателей каждая школа будет отнесена к одной из трех групп, характеризующих состояние эргономических аспектов здоровьесберегающей среды.

В первом типе школ в наибольшей степени представлены все требования, которые предъявляются к учреждениям, реализующим специальное и инклюзивное образование. В основном, это школы, построены недавно или прошли глобальную реконструкцию, у них практически полное соответствие гигиеническим нормам. Образовательный процесс реализуется в индивидуально подобранной для каждого помещения цветовой гамме с использованием технических средств и оборудования, рекомендованного обучающимся с ОВЗ индивидуальной программой реабилитации. Данный тип организации, с оцениваемой точки зрения, можно отнести к эталонному.

Второй тип школы имеет достаточный уровень соблюдения всех условий и факторов в оформлении здоровьесберегающей среды. Учреждения



в большинстве случаев расположены в новых или реконструированных зданиях, отличаются профессионально подобранным цветовым оформлением пространства, целевым зонированием площадей, рациональным расположением специального оборудования с учетом гигиенических требований. В этих учреждениях не требуется серьезных модификаций, все изменения имеют локальный характер минимального охвата (например, оснащение зоны отдыха грифельной доской или мягкой мебелью).

В третью группу вошли школы с низким уровнем соблюдения требований здоровьесберегающей среды. Их можно обозначить как образовательные организации с минимальным содействием среды здоровьесбережению обучающихся. Специфика зданий данных школ во многом не способна удовлетворить особые образовательные потребности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, т.к. ранее в них не планировалось обучения данной категории детей. В настоящем, представленное в них образовательное пространство не отражает актуальных политических задач, направленных на создание комфортных и эффективных условий для обучения и социализации школьников с ограниченными возможностями здоровья. В данных школах необходимо проведение капитального или косметического ремонта во многих помещениях, оснащение рациональной мебелью и оборудованием, зонирование и т.д., в соответствии с изложенными выше рекомендациями.

Таким образом, использование представленных рекомендаций позволит организовать эргономически и эстетически целесообразную здоровьесберегающую среду в разных типах образовательных организаций.



Заключение

Стабильное состояние здоровья – это физиологическая база, обеспечивающая психическое и личностное развитие ребенка, процесс его социальной интеграции. Изменения в состоянии здоровья рассматриваются учеными как значимый показатель оптимальной организации образования и соответствия педагогических условий психофизическим возможностям обучающихся. Современные нормы и правила организации обучения детей с ОВЗ учитывают характерные для них общие и специфические особые образовательные потребности, регламентируют порядок индивидуализации обучения как одни из возможных путей укрепления здоровья этой категории обучающихся. Индивидуальный подход в организации образования детей с ОВЗ является инновационным в педагогической практике. Он возник на этапе изменения педагогической парадигмы и системы образования в России в 2016 году. Индивидуализация достигается за счет разработки АООП и внесения в нее изменений с учетом особых образовательных потребностей обучающихся. Так исключается возможность возникновения «социального вывиха» в виде несоответствия организации и содержания образования актуальным психологическим достижениям, особым потребностям и потенциальным возможностям развития ребенка с ОВЗ. В АООП отражается общее содержание образования и организационная структура по годам обучения, ожидаемые результаты предметных достижений, формы оценивания предметных достижений. Одним из структурных элементов АООП является СИПР и ИУП, в которых персонифицируются условия и форма организации образовательного процесса, уточняется и дополняется содержание обучения.

Насущная необходимость специалистов в ориентировке на достаточно большое число медико-социальных и психолого-педагогических данных обучающегося с ОВЗ вызывает определенные затруднения при разработке СИПР. Ситуация усугубляется малым числом методических и практических рекомендаций с разъяснениями последовательности действий специалистов



при определении числа предметных областей, коррекционных курсов и внеурочных видов деятельности, организации педагогической работы, оценки условий обучения в образовательной организации, создания здоровьесберегающей среды, контроля состояния здоровья обучающихся с ОВЗ.

Существующие потребности практики стали основанием для формулировки методических рекомендаций по обновлению адаптированных образовательных программ, разработке индивидуальных планов и учебной нагрузки с учетом особенностей здоровья как условие индивидуализации обучения и воспитания детей с ОВЗ. Реализация такого подхода в обучении сегодня регламентирована всеми действующими нормативно-правовыми документами. Практическое воплощение законодательных норм является свидетельством эволюции образования и интеграции современных научных достижений в медицине, педагогике и психологии в педагогический менеджмент, расширения междисциплинарного и культурного пространства.

Содержание методических рекомендаций будет полезно руководителям и специалистам образовательных организаций, родителям детей с ограниченными возможностями здоровья. Они призваны содействовать повышению качества образования и укреплению здоровья детей с особыми образовательными потребностями, их полноценной интеграции в общество с учетом существующих психофизических ограничений и социальных реалий.



Перечень сокращений и обозначений

В настоящих методических рекомендациях применяются следующие сокращения и обозначения:

АООП – адаптированная основная общеобразовательная программа

Дети с ОВЗ – дети с ограниченными возможностями здоровья

ЗПР – задержка психического развития

ИУП – индивидуальный учебный план

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МСЭ – медико-социальная экспертиза

НОДА – нарушения опорно-двигательного аппарата

ОБЖ – основы безопасности жизнедеятельности

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

РАС – расстройства аутистического спектра

СанПиН – санитарные правила и норма

СИПР – специальная индивидуальная программа развития

ТМНР – тяжелые множественные нарушения развития

ФГОС – Федеральный государственный образовательный стандарт



Список литературы

1. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: Аркти, 2003. – 270 с.
2. Вирабова А.Р. Развитие здоровьесберегающей среды в системе образования на основе интеграции ресурсного обеспечения. – М.: ПРОБЕЛ-2000, 2012. – 290 с.
3. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» [Электронный ресурс] информационный портал – Режим доступа: <http://mon.gov.ru/dok/akt/6591/>.
4. Образовательная политика России на современном этапе: доклад рабочей группы Госсовета РФ по реформированию образованию [Электронный ресурс] информационный портал – Режим доступа: <http://gov.karelia.ru/Leader/Gossovet/doklad.html/>.
5. Федеральные государственные образовательные стандарты [Электронный ресурс] информационный портал – Режим доступа: <http://standart.edu.ru>.
6. Харисов, Ф.Ф. Образование и здоровье. М.: ООО Издательство «Весь мир», 2003.
7. Харисов, Ф. Ф., Харисова, Л. А. Оценка здоровьесберегающих образовательных технологий в системе общего образования // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3. Педагогика и психология. – 2012. – №2. – С.86-89.
8. Баранов, А.А., Щеплягина, Л.А., Сухарева, Л.М. Федеральная целевая программа «Здоровый ребенок» // Российский педиатрический журнал. – 2000. – №1. – С. 5-8.
9. Баранов, А.А., Кучма, В.Р., Сухарева, Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2008. – 424 с.



10. Баранов, А.А., Кучма, В.Р., Тутельян, В.А., Величковский, Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России / Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.». – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2008. – 174 с.

11. Баранов, А.А., Кучма, В.Р., Сухарева, Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2009. – №5. – С.6-11.

12. Онищенко, Г.Г., Баранов, А.А., Кучма, В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. – М.: Изд-во ГУ НЦЗД РАМН, – 2004. – 154 с.

13. Онищенко, Г.Г. Гигиенические аспекты обучения и воспитания и влияния их на здоровье детского населения //Здоровые дети России в 21 веке. – М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, – 2000. – С. 7-26.

14. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.).

15. Декларация прав ребенка. Резолюция 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г.

16. Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447(XXX) от 9 декабря 1975 г.).

17. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.93).

18. Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями, Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г.

19. «Конвенция о правах инвалидов» от 13 декабря 2006 года.



20. Декларация о правах умственно отсталых лиц Провозглашена резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1971 года.

21. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

22. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

23. Приказ Минобрнауки России от 22.01.2014 № 32 «Об утверждении Порядка приёма граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

24. Приказ Минпросвещения России от 09.11.2018 № 196 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».

25. Письмо Минпросвещения России от 2 ноября 2018 № ТС-459/07 «О получении общего образования лицами с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

26. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

27. Распоряжение Минпросвещения России от 09.09.2019 № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации».

28. СП 2.4.3648-20 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи от 18.12.2020.

29. Приказ Минобрнауки России от 9.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и



предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».

30. Письмо Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании».

31. Письмо Минпросвещения России от 20.02.2019 № ТС-551/07 «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью».

32. Распоряжение Минпросвещения России от 06.08.2020 № Р-75 «Об утверждении примерного Положения об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность».

33. Письмо Минобрнауки России от 20.08.2014 № ВК-1748/07 «О государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам, адаптированным для обучения лиц с умственной отсталостью».

34. Приказ Минпросвещения России от 07.11.2018 № 189/1513 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования».

35. Приказ Минпросвещения России от 07.11.2018 № 190/1512 «Об утверждении Порядка проведения аттестации по образовательным программам среднего общего образования».

36. Письмо Минпросвещения России от 10.06.2019 № ОВ-473/07 «Об обеспечении учебными изданиями (учебниками и учебными пособиями) обучающихся с ОВЗ».

37. Приказ Минпросвещения России от 28.12.2018 № 345 «О федеральном перечне учебников, рекомендуемых к использованию при реализации имеющих государственную аккредитацию образовательных программ начального общего, основного общего, среднего общего образования».

38. Письмо Минобрнауки России от 15.03.2018 № ТС-728/07 «Об организации работы по СИПР».



39. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). – М: Медицина, – 1974. – 320 с.

40. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Текст] / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: Просвещение, 1973. – 175 с.

41. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, – 2007. – 389 с.

42. Кучма, В.Р., Вирабова, А.Р. Использование здоровьесберегающих образовательных технологий для коррекции экологически обусловленных нарушений здоровья школьников // Вестник ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 8 (46). – С. 29-32.

43. Баранов, А.А., Кучма, В.Р., Сухарева, Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, – 2008. – С. 156-163.

44. Linda Darling-Hammond, Lisa Flook, Channa Cook-Harvey, Brigid Barron & David Osher (2020). Implications for educational practice of the science of learning and development, *Applied Developmental Science*, 24:2. – P. 97-140.

45. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: Аркти, – 2006. – 270 с.

46. Селевко, Г.К. Современные образовательные технологии. – М.: Народное образование, – 1998. – 256 с.

47. Унифицированная методика гигиенического изучения организации условий и режима учебных занятий с использованием компьютеров. Под ред. Г.Н Сердюковской. – М., ВНИИГДиП, – 1987. – 91 с.

48. Громбах, С.М. Психогигиена учебных занятий в школе/ Психогигиена детей и подростков. – М., Медицина, – 1985. – С. 92-114.

49. Куинджи, Н.Н. Здоровьесберегающие возможности личностно-ориентированных педагогических технологий // Здоровая образовательная



среда - здоровый ребенок: материалы Всерос. конф. с междунар. участием, 8-11 октября 2003 г. – Архангельск, – 2003. – С. 171-172.

50. Крылов, Д.Н. Задачи, структура и функции психогигиенической службы в школе / Проблемы социальной дезадаптации детей и подростков и принципы ее профилактики. – М., – 1993. – С. 129-140.

51. Глушкова, Е.К. Динамика работоспособности и функционального состояния организма учащихся среднего возраста при обучении в современной школе. – М.: Просвещение, – 2005. – 76 с.

52. Степанова, М.И. и др. Резервы здоровьесбережения учащихся в современной школе // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 37-41.

53. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений. – М: Издательский центр «Академия», – 2010. – 187 с.

54. Проблемы здоровьесбережения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях Российской Федерации / С. Б. Лазуренко, Т. А. Соловьева, Р. Н. Терлецкая, С. Р. Конова. – DOI 10.15507/1991-9468.102.025.202101.127-143 // Интеграция образования. – 2021. – Т. 25, № 1. – С. 127–143.

55. Смирнов, Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, – 2002. – 121 с.

56. Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 N ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ».

57. Зарипов, А.А., Потапов, Р.В., Ашанина, Е.Н. Современные представления об использовании принципа биологической обратной связи в коррекции функционального состояния организма у сотрудников силовых ведомств при сменном режиме деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2015;(2):86-99. <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2015-0-2-86-99>.



58. Гурьева, В.В. Предупреждение школьной дезадаптации учащихся первых классов методом биологической обратной связи: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07: Калуга, – 2004. – 133 с.

59. Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 г. N 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».