



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

С.Б. Лазуренко, К.А. Боженкова, И.Н. Нурлыгаянов, Е.А. Медведева,
А.П. Юлдашева, А.В. Голубчикова, М.С. Горохова, О.Ф. Жуков

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕТСКОМ ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ

© Лазуренко С.Б., Боженкова К.А.,
Нурлыгаянов И. Н., Медведева Е.А.,
Юлдашева А.П., Голубчикова А.В.,
Горохова М.С., Жуков О.Ф., 2024
© ФГБНУ «ИКП», 2024

Москва, 2024



УДК 376.112.4

ББК 74.5

Рецензенты:

Соломина Е.Н., к.п.н., профессор кафедры олигофренопедагогики и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «МПГУ»

Хайртдинова Л.Ф., к.п.н., доцент, заведующий кафедрой специального и инклюзивного образования ГАУ ДПО ИРО РБ

Дифференцированный подход в организации дошкольного образования детей с умственной отсталостью, проживающих в детском доме-интернате / С.Б.Лазуренко, К.А.Боженкова, И.Н.Нурлыгаянов, Е.А.Медведева, А.П.Юлдашева, А.В.Голубчикова, М.С.Горохова, О.Ф.Жуков [электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. (143Кб). М.: ИКП, 2024. —1 электрон. опт. диск.- Систем. требования: Intel Corei 31,5ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; Windows7/8/8.1/10/11; CD/DVD - привод.— загл. с экрана.

Методические рекомендации знакомят с нормативно-правовыми документами, регламентирующими организацию образовательного процесса детей дошкольного возраста по Федеральной адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, раскрывают основные трудовые функции и правила взаимодействия специалистов, участвующих в реализации конституционных прав ребенка, направленных на охрану здоровья, социальную защиту и образование. Клинико-психолого-педагогическая характеристика вариантов психического развития детей с разной степенью умственной отсталости позволяет понять алгоритм выбора содержания и форм обучения детей этой психолого-педагогической категории. Обоснованы психолого-педагогические и средовые условия, включая здоровьесберегающий подход и пространственно-предметные компоненты образовательной среды. Особое внимание уделено вопросам психолого-педагогического консультирования семей (законных представителей) детей, проживающих в детских домах-интернатах.

Пособие адресовано специалистам психолого-педагогического профиля (учителям-дефектологам, логопедам, педагогам-психологам, педагогам дополнительного образования, социальным педагогам и учителям), ответственным за психическое и личностное развитие детей-сирот с нарушением интеллекта.

Текстовое электронное издание

Минимальные системные требования

Компьютер: Intel Corei 31,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; 4,5 Мб свободного пространства на жестком диске; CD/DVD-привод

Операционная система: Windows 7/8/8.1/10/11

Программное обеспечение: любая программа для просмотра pdf-файлов.

ISBN 978-5-907593-73-2

© Лазуренко С.Б., Боженкова К.А., Нурлыгаянов И.Н., Медведева Е.А., Юлдашева А.П., Голубчикова А.В., Горохова М.С., Жуков О.Ф., 2024

© ФГБНУ «ИКП», 2024



Оглавление

Введение.....	4
1. Теоретические и нормативно-правовые аспекты образования детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями в ДДИ.....	6
1.1. Нормативно-правовые акты, регламентирующие организацию образовательного процесса.....	6
1.2. Трудовые функции специалистов, обеспечивающих реализацию образовательного процесса воспитанников ДДИ.....	11
1.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями.....	14
2. Организация образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями.....	20
2.1. Общие требования к организации и содержанию образования обучающихся с разной степенью интеллектуальных нарушений.....	20
2.2. Особенности и содержание образования воспитанников ДДИ с легкими интеллектуальными нарушениями.....	24
2.3. Особенности и содержание образования воспитанников ДДИ с выраженными и глубокими интеллектуальными нарушениями.....	26
3. Организация психолого-педагогических и средовых условий обеспечения образования.....	30
3.1. Конструирование здоровьесберегающих условий образования.....	30
3.2. Формирование пространственно-предметного компонента образовательной среды.....	38
3.3. Работа с семьей ребенка, проживающего в ДДИ.....	42
Заключение.....	47
Перечень сокращений и обозначений.....	48
Список литературы.....	49
Приложения.....	52



Введение

В Российской Федерации разработана и утверждена законодательная и нормативно-правовая база [24,27,29,30], обеспечивающая возможность образования всех категорий детей с нарушениями в развитии, включая детей с тяжелыми множественными нарушениями.

С целью осуществления образовательной деятельности в рамках детского дома-интерната (далее - ДДИ) необходимо реализовать учебно-воспитательный процесс, учитывающий состояние здоровья, психофизические возможности и особые образовательные потребности детей, а также современные достижения в теории и практике отечественной специальной педагогики и психологии. Реализация образовательного процесса в обязательном порядке должна соответствовать тем требованиям, которые прописаны в нормативно-правовых документах. Согласно ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»[30], образование реализуется в интересах человека, семьи, общества и государства, предполагает приобретение знаний, умений и навыков, компетенций с целью развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов. Образование детей с интеллектуальными нарушениями должно соотноситься с этим положением, но учитывать особенности и возможности данной категории детей, специфику реализации учебно-воспитательного процесса. Система образования детей с интеллектуальными нарушениями в обязательном порядке должна базироваться на идеях и принципах гуманизма. Важными задачами образования воспитанников ДДИ дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями выступают: формирование культурно-гигиенических навыков, коррекция познавательной деятельности и личностных особенностей, развитие коммуникативных навыков и адаптация, подготовка к обучению в школе. Общие цели достигаются в разной степени у отдельных воспитанников ДДИ, что предполагает возможность их пролонгации в системе школьного образования.

Методические рекомендации направлены на уточнение вопросов организации дошкольного образования детей с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью), проживающих в ДДИ с учетом дифференцированного подхода. В пособии рассматриваются теоретико-методологические и нормативно-правовые основы организации образовательного процесса, описываются основные трудовые функции и направления деятельности специалистов, участвующих в его реализации, с опорой на существующие профессиональные стандарты. Отдельно раскрывается клинико-психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с умственной отсталостью с учетом степени интеллектуального нарушения и целостного подхода к человеку. Описывается специфика реализации образовательных областей с учетом степени интеллектуального нарушения ребенка, а также вопросы деятельности специалистов, связанные с эмоционально-коммуникативным взаимодействием с ребенком, сотрудничеством специалистов в процессе комплексного воздействия, закреплением навыков и умений детей, освоенных на занятиях, оказанием помощи в подготовке пособий и материалов, осуществлением взаимодействия с родителями (законными представителями)



воспитанников ДДИ. В методическом пособии раскрывается содержание образования для детей с различными формами умственной отсталости, а также обосновываются психолого-педагогические и средовые условия, обеспечивающие эффективность реализации образовательного процесса. Особое внимание уделено вопросам поддержки и сопровождения семей детей, проживающих в ДДИ.



1. Теоретические и нормативно-правовые аспекты образования детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями в ДДИ

1.1. Нормативно-правовые акты, регламентирующие организацию образовательного процесса

Законодательная база, регулирующая образование детей с интеллектуальными нарушениями, корнями восходит к разработкам зарубежных и отечественных ученых, обративших внимание на необходимость оказания психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи такой категории людей, запрет на преследование и сегрегацию людей с умственной отсталостью. Работы Ф. Пинеля, Д. Эскироля, Э. Сегена позволили описать клинические проявления лиц с интеллектуальными нарушениями и возможности применения сенсорной стимуляции для развития и обучения. Для выявления отставания в развитии у детей, в практику вводятся психометрические методы диагностики (методика Бине-Симона, тест Векслера), вызвавшие у некоторых ученых критическое отношение в их использовании. В дореволюционный период в России создаются учреждения для детей с интеллектуальными нарушениями (Е.К. Грачева, В.П. Кашенко). В отечественной науке Л.С. Выготский выдвинул динамический подход к сущности интеллектуальных нарушений и познанию ребенка. В отечественной олигофренопедагогике сформирован большой опыт обучения и воспитания умственно отсталых детей (А.Н. Граборов, Л.В. Занков, Г.М. Дульнев). Отдельное направление в практике образования детей дошкольного возраста оформлено в раздел «Дошкольная олигофренопедагогика» (А.А. Катаева, Е.А. Стребелева), в котором раскрывается содержание, методы и технологии, формы организации обучения и воспитания. Современные разработки в области обучения и воспитания детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями соотносятся с нормативно-правовыми документами, регламентирующими образование данной категории детей.

Организация и содержание образовательной деятельности в ДДИ регулируется целым спектром нормативно-правовых документов, в которых затрагиваются в том числе правила приема в ДДИ, требования к профессиональной подготовке специалистов. Нормативно-правовое регулирование образовательной деятельности детей дошкольного возраста с умственной отсталостью, проживающих в детских домах-интернатах, включает положения Федеральных законов [28, 29], приказов Министерства просвещения [11, 15] и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации [17], а также Санитарно-эпидемиологических правил и норм [26]. Данные документы определяют логику проектирования образовательных условий, важных для эффективной реализации дошкольного



обучения и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Рассмотрим нормативные аспекты организации дошкольного образования для детей с умственной отсталостью в ДДИ в аспекте содержания законодательных основ, адаптированных образовательных программ, межведомственного взаимодействия и кадровых ресурсов.

Правовое регулирование ответственности ДДИ.

Деятельность ДДИ, в котором находятся дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, регламентируется рядом документов [13,27]. В данных документах отражаются права детей, обязанность родителей (законных представителей) по обеспечению реализации основных потребностей ребенка, вопросы оформления опеки и попечительства, ответственности за выполнение родительского функционала.

Правовые основы организации дошкольного образования для детей с интеллектуальными нарушениями.

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [30], все дети с ОВЗ, включая детей с умственной отсталостью, имеют право на получение образования на условиях, соответствующих их особым образовательным потребностям. Эти права регламентируются также Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [30], в котором закрепляется категория «ребенок-инвалид» и говорится о необходимости реализации специальных условий при получении образования. Ряд документов озвучивает права и обязанности образовательных организаций в контексте реализации доступности образования для детей с интеллектуальными нарушениями, что соотносится с приказами Министерства просвещения и Министерства образования и науки Российской Федерации, регулирующими организацию методического сопровождения и кадрового обеспечения образовательной деятельности обучающихся данной категории.

Статья 5 Федерального закона № 273-ФЗ [30] закрепляет право каждого ребенка на получение образования в соответствии с его возможностями. Дети с ОВЗ, в том числе с интеллектуальными нарушениями, могут получать образование при создании для них специальных условий, которые позволяют учитывать особенности их психофизического развития.

Роль психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) в организации образования детей с интеллектуальными нарушениями.

Согласно Федеральному закону № 273-ФЗ [30], ПМПК проводит комплексные психолого-медико-педагогические обследования детей. Цель деятельности заключается в своевременном определении особенностей физического и (или) психического развития детей, а также нарушений в поведении для выбора оптимальной образовательной программы. Заключение ПМПК является обязательным документом для организации образовательного процесса детей с умственной отсталостью в ДДИ. Оно учитывает специфику нарушений в развитии ребенка и может включать рекомендации по условиям обучения,



расписанию и интенсивности занятий, что способствует минимизации затруднений в образовательном процессе и созданию оптимальной образовательной среды.

Рекомендации ПМПК позволяют организовать образовательный процесс таким образом, чтобы он обеспечивал интеграцию обучающихся и коррекционно-развивающих мероприятий. Кроме того, ПМПК консультирует родителей (законных представителей) обучающихся, а также педагогов и специалистов по вопросам психолого-педагогического сопровождения детей с умственной отсталостью, что способствует повышению эффективности взаимодействия участников образовательного процесса.

Адаптированная образовательная программа дошкольного образования (АОП ДО) для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (ФГОС ДО) [15] ориентирует на реализацию паритетного права на образование, что предполагает формирование условий по адаптации детей с ОВЗ к образовательной среде, создание индивидуальной траектории образовательного маршрута в соответствии с особенностями каждого ребенка, развитие навыков межличностного взаимодействия и включение в коллектив сверстников.

Внедрение Федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования (ФАОП ДО) [14] вводит унифицированный подход к содержанию и структуре дошкольного образования, создавая единые ориентиры, используемые всеми образовательными организациями. На уровне дошкольного образования детей с умственной отсталостью в ДДИ используются адаптированные образовательные программы (АОП), обеспечивающие коррекцию нарушений развития и помощь в социальной адаптации (часть 2 статьи 79 Федерального закона № 273-ФЗ [30]). Организации, осуществляющие образовательную деятельность, самостоятельно разрабатывают и утверждают АОП ДО для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) на основе ФАОП. АОП ДО для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) предусматривает:

- целевые ориентиры – предполагаемые результаты развития, намечаемые к завершению периода дошкольного детства, различающиеся в зависимости от степени интеллектуального нарушения;
- содержательное структурирование дошкольного обучения, включающего пять образовательных областей: социально-коммуникативное, познавательное, речевое, художественно-эстетическое и физическое развитие;
- коррекционно-развивающие мероприятия, направленные на социальную адаптацию обучающихся.

Создание специальных условий для получения образования детьми с интеллектуальными нарушениями.

В соответствии с положениями статьи 79 Федерального закона № 273-ФЗ [30] образовательные организации должны создать специальные условия, необходимые для обучения детей с умственной отсталостью. К таким условиям относятся: использование специализированных учебных программ и пособий; организация коррекционных и развивающих занятий; предоставление ассистентов



и вспомогательных технических средств; обеспечение физической доступности образовательной среды.

Создание специальных условий требует также активного межведомственного взаимодействия. В частности, Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи [22] включают в себя следующие положения:

- обеспечение условий доступности услуг для инвалидов (детей-инвалидов) и обучающихся с ОВЗ;
- мебель для лиц с ОВЗ и инвалидов должна быть приспособлена к особенностям их психофизического развития, индивидуальным возможностям и состоянию здоровья;
- дошкольное образование, начальное общее, основное общее и среднее общее образование детей с ОВЗ может быть организовано как совместно с другими детьми, так и в отдельных группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- обучение классов для обучающихся с ОВЗ проводится в первую смену;
- для организации трудового обучения кабинеты технологии обеспечиваются необходимым оборудованием и инструментом со специальными приспособлениями, учитывающими особые образовательные потребности обучающихся с ОВЗ.

Помимо этого, определены порядок и последовательность мероприятий по образовательной и социальной реабилитации детей-инвалидов, что позволяет создавать условия для индивидуального подхода в образовательном процессе, повышая эффективность обучения и социальной адаптации [24].

Межведомственное взаимодействие в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида.

Органы социальной защиты населения играют важную роль в межведомственном взаимодействии, обеспечивая реализацию ИПРА детей-инвалидов с умственной отсталостью. Совместно федеральные и региональные органы управления образованием и социальной защиты разрабатывают структуру направлений работы, включающих психолого-педагогическую реабилитацию и абилитацию, контроль за качеством предоставляемых услуг. В свою очередь, органы исполнительной власти в сфере образования обеспечивают контроль выполнения ИПРА, что позволяет оценивать динамику развития ребенка. Взаимодействие образовательных организаций и социальных служб позволяет эффективно координировать деятельность по реализации мероприятий ИПРА, отслеживать результативность образовательного процесса, а также обеспечивать информационную и методическую поддержку педагогического состава и специалистов ДДИ.

Кадровое обеспечение образовательного процесса в ДДИ.

Надлежащая реализация образовательных программ для детей с умственной отсталостью требует создания системы кадрового обеспечения [24]. Данный нормативный акт устанавливает требования к численности и квалификации специалистов, работающих с детьми с умственной отсталостью. В частности, необходимо наличие таких специалистов, как учителя-дефектологи, учителя-



логопеды, педагоги-психологи, а также тьюторы и ассистенты. Специалисты проводят индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие занятия, направленные на развитие высших психических функций и социальной адаптации воспитанников. В Приказе [24] также определены количественные нормы специалистов для групп детей с ОВЗ, что особенно важно для эффективной организации образовательного процесса в ДДИ. Например, для детей с интеллектуальными нарушениями установлена норма: ставка одного учителя-дефектолога (олигофренопедагога) на группу от 5 до 12 обучающихся, а также не менее одной ставки педагога-психолога. Для образовательного процесса детей с тяжелыми формами умственной отсталости или сочетанными нарушениями рекомендуется дополнительное привлечение тьюторов и ассистентов, что способствует созданию условий для полноценного и безопасного обучения.

Вариативные формы организации дошкольного образования детей с умственной отсталостью.

На основании заключения ПМПК для детей с умственной отсталостью, проживающих в ДДИ, предусмотрены такие формы обучения, как:

- в близко расположенной к ДДИ образовательной организации – воспитанники посещают инклюзивную или отдельную (коррекционную) образовательную организацию;

- в ДДИ приходящими педагогами (на дому) – образование организовано педагогами из близко расположенных образовательных организаций;

- в ДДИ педагогами ДДИ – у ДДИ есть лицензия на осуществление образовательной деятельности, в ДДИ открыто образовательное структурное подразделение; образование организовано педагогами, включенными в штат ДДИ.

Эта вариативность форм обучения позволяет учитывать образовательные потребности каждого ребенка и обеспечивает гибкость в организации образовательного процесса, что особенно важно при необходимости оказания психолого-педагогической помощи.

Нормативно-правовое обеспечение реализации дошкольного образования воспитанников ДДИ с интеллектуальными нарушениями создает условия, способствующие получению доступного и качественного образования, соответствующее индивидуальным особенностям каждого ребенка.

Федеральные и региональные нормы и требования, включая ФАОП ДО, ИПРА и санитарные правила, создают единую основу организации образовательного процесса и социальной адаптации воспитанников ДДИ.



1.2. Трудовые функции специалистов, обеспечивающих реализацию образовательного процесса воспитанников ДДИ

В современных условиях развития системы образования важной задачей является обеспечение качественного образовательного процесса обучающихся с ОВЗ, с инвалидностью, в том числе проживающих в ДДИ. Решение поставленных задач требует привлечения специалистов, которые осуществляют психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с различными нарушениями развития. В данном разделе представлены трудовые функции воспитателя, учителя – дефектолога, учителя-логопеда, педагога-психолога, социального педагога, тьютора, специалиста по медицинской реабилитации, инструктора-методиста по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту.

1. Воспитатель [18]. Воспитатель выполняет несколько трудовых функций. Так, в рамках *общепедагогической функции* занимается разработкой и реализацией программ, ориентируясь на требования федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС), с использованием методов обучения, соответствующих образовательным потребностям детей. Специалисты осуществляют подготовку индивидуальных образовательных маршрутов и программ развития вместе с обучающимися, их родителями и другими субъектами образовательного процесса. Педагоги работают над созданием безопасной и психологически комфортной образовательной среды, проводят анализ динамики достижений, а также корректировку задач в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребенка. Воспитатель выполняет рекомендации специалистов психолого-педагогического профиля.

В рамках *воспитательной функции* данный специалист использует наиболее современные и актуальные методы воспитательной работы, в том числе, направленные на развитие эмоционально-ценностной сферы ребенка.

С точки зрения *развивающей функции* занимается разработкой программ профилактики насилия, использует разнообразный инструментарий и методы диагностики с целью оценки уровня и динамики развития ребенка, а также для оказания адресной помощи обучающимся совместно с их родителями. Воспитатель может принимать участие в психолого-педагогических консилиумах.

2. Учитель-дефектолог [19]. Учитель-дефектолог выполняет трудовые функции, направленные на создание условий для обучения и воспитания детей с интеллектуальными нарушениями, тяжелыми и множественными нарушениями развития. Его функционал включает организацию образовательной среды, соответствующей особым образовательным потребностям детей с умственной отсталостью. Учитель-дефектолог разрабатывает АОП и применяет вспомогательные технологии, такие как визуальные и тактильные материалы для оптимизации образовательного процесса и содействия освоению необходимых навыков. Важной частью его деятельности является методическая поддержка



и консультирование других специалистов и родителей (законных представителей) воспитанников, разъяснение специфики работы с детьми с учетом их индивидуальных особенностей.

Кроме того, учитель-дефектолог в ДДИ содействует формированию у воспитанников навыков самообслуживания и реализации повседневной активности, что способствует их большей самостоятельности и интеграции в социум.

Учителя-логопеды и дефектологи, работая в тесном взаимодействии, создают условия для всесторонней поддержки дошкольников с умственной отсталостью в условиях ДДИ, что позволяет обеспечить их успешную социальную адаптацию, освоение образовательной программы и развитие личности в условиях, соответствующих их особым образовательным потребностям.

3. Учитель-логопед [19]. Основной целью профессиональной деятельности учителя-логопеда и учителя-дефектолога является организация образовательного процесса детей с ОВЗ, обеспечивающего овладение содержанием АОП, развитие личности воспитанников и коррекцию нарушений психофизического развития, а также психолого-педагогической поддержки родителей или законных представителей воспитанников. Для достижения этих целей специалисты реализуют комплекс трудовых функций, включающий организацию специальных условий в образовательной среде, педагогическое сопровождение участников образовательных отношений, а также психолого-педагогическую помощь обучающимся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), с тяжелыми и множественными нарушениями развития в их социальной адаптации и реабилитации.

Учитель-логопед выполняет трудовые функции, связанные с коррекцией речевых нарушений, а также с обеспечением социальной адаптации и реабилитации воспитанников. Его функционал включает организацию образовательной среды, соответствующей потребностям детей с нарушениями речи. Это предполагает подбор методов и материалов, обеспечивающих развитие коммуникативных навыков и адаптацию подходов к коррекции в зависимости от уровня речевых нарушений. Также учитель-логопед оказывает консультативную и методическую поддержку другим участникам образовательного процесса – воспитателям, специалистам, родителям (законным представителям) воспитанников. Он содействует профилактике и коррекции речевых нарушений, подбирает программные материалы, направленные на развитие речевых навыков и повышение коммуникативной компетентности детей. Важным аспектом работы учителя-логопеда в ДДИ является использование средств альтернативной и дополнительной коммуникации, что способствует развитию навыков общения у неговорящих детей с умственной отсталостью.

4. Педагог-психолог [16]. Педагог-психолог проводит просветительские мероприятия для трудового коллектива, где рассказывает об актуальных достижениях в области психологии детей с ОВЗ, с инвалидностью, профилактики социальной адаптации, дает рекомендации по созданию и организации благоприятной психологической культуры, основам здоровьесбережения, как у детей, так и у коллектива. Кроме того, педагог-психолог активно взаимодействует с родителями (законными представителями) детей, знакомит их с ключевыми



условиями психического развития ребенка с учетом их психофизических особенностей и особых образовательных потребностей. В рамках работы с воспитанниками, педагог-психолог разрабатывает индивидуальные планы коррекционно-развивающей направленности, проводит профилактические, диагностические и развивающие мероприятия.

5. Социальный педагог [17]. Основная задача данного специалиста заключается в оказании поддержки и социализации воспитанников, сталкивающихся с множеством медико-психолого-педагогических и социальных проблем. В рамках трудовой деятельности социальный педагог проводит диагностику жизненной ситуации воспитанников с целью выявления наиболее значимых и актуальных потребностей ребенка, осуществляет социальное сопровождение (помощь с документами, получение социальных пособий, трудоустройство и др.), занимается разработкой и внедрением социально-педагогических программ, направленных на социальную адаптацию ребенка, в том числе профилактику девиантного поведения. Проводит работу с родителями (законными представителями) по повышению их социально-педагогической компетентности.

6. Тьютор [18]. Основная деятельность тьютора связана с педагогическим, организационно-методическим сопровождением воспитанников с учетом их индивидуального образовательного маршрута (анализ, координация, коррекция деятельности, мониторинг выполнения заданий и др.). Данный специалист осуществляет целенаправленную деятельность по организации различных сфер жизни воспитанников, включая учебную, трудовую и воспитательную. Взаимодействует со специалистами психолого-педагогического профиля, родителями (законными представителями) с целью обеспечения системного подхода к образовательному и воспитательному процессу.

7. Специалист по медицинской реабилитации [21]. Данный специалист проводит комплексную оценку (сбор анамнеза) имеющихся нарушений функций и структур организма воспитанников в соответствии с порядком организации медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями. На основе проведенной оценки функционального состояния воспитанника, разрабатывает детализированный индивидуальный план реабилитации/абилитации. Проводит различного рода мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению родителей (законных представителей), а также специалистов.

8. Инструктор-методист по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту [22]. Выполняет реабилитационную (восстановительную), воспитательную, рекреационно-досуговую, оздоровительную деятельность с использованием средств адаптивной физической культуры в рамках индивидуального плана физической реабилитации. Организует группы для занятий адаптивной физической культурой с учетом типичных нарушений инвалидов и лиц с ОВЗ.

Таким образом, специалисты, осуществляющие трудовые функции в ДДИ, организуют комплексную поддержку и всестороннее развитие воспитанников. Эти специалисты играют ключевую роль в социальной адаптации детей и в создании психологически безопасной и благоприятной образовательной среды.



1.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями

Научные исследования причин, особенностей, результативности обучения и динамики психического развития детей с нарушением интеллекта ученые всего мира ведут с середины XIX века [6, 28, 31]. В настоящее время в учебной литературе по специальной педагогике и психологии подробно изложены клинико-психолого-педагогические основания классификации и психолого-педагогических характеристик детей с нарушением интеллекта. Учеными доказано, что интеллектуальные нарушения у детей возникают в результате недоразвития наиболее дифференцированных, филогенетически и онтогенетически молодых систем головного мозга, сочетающаяся с другими аномалиями развития организма в целом. Наиболее частыми причинами являются различные наследственные, врожденных или рано приобретенные состояния, а также в результате воздействия патогенных факторов во время родов и в раннем детстве. При стойком нарушении познавательной деятельности, степень поражения головного мозга может быть различной по тяжести, локализации и по времени воздействия, что вызывает индивидуальные особенности динамики психического развития. Данное состояние не является просто недостатком умственных способностей или «малым количеством ума». Оно проявляется качественным своеобразием всех психических процессов, в первую очередь слабостью познавательной активностью и волевых процессов, незрелостью личности в целом, являющихся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Л.С. Выготский указывал на недостаток волевой регуляции поведения. Э.Сеген также отмечает низкую мотивированность умственно отсталых людей. Г.Я. Трошин, указывая на закономерности аномальных детей, отмечает, что оно не является патологическим, а представляет вариант отклонения от нормы, соответственно при обучении таких детей необходимо ориентироваться на компенсаторные возможности ребенка. В качестве основного отличия детей с нарушением интеллекта от здоровых сверстников. В связи с чем динамика психического развития детей с нарушением интеллекта нередко воспринимается как «чрезвычайно статичная, однообразная, застывшая». Важным для педагога является следующий научный факт. Психическое развитие ребенка с интеллектуальными нарушениями подчиняется тем же законам и реализуется по тем же этапам, что и здорового ребенка. Соответственно, при организации психолого-педагогической помощи необходимо ориентироваться на уже имеющиеся у ребенка психологические достижения, формируя или развивая те, что должны появиться у детей на следующем возрастном этапе. Необходимо заметить, что последовательное совершенствование познавательной деятельности и психического развития у детей-инвалидов с выраженной умственной отсталостью происходит только в специально созданной развивающей среде при постоянном оказании коррекционно-педагогической помощи [15]. Учеными в области



специального образования доказано, что без регулярного направленного коррекционно-педагогического воздействия процесс психического развития реализуется менее динамично и патологично, в результате чего даже при наличии потенциальных возможностей к развитию более совершенными уровнями познания дети с ментальной инвалидностью не овладевают [6]. В настоящее время, на основании динамики и потенциальных возможностях психического развития детей, степень нарушения интеллекта классифицируют следующим образом. Так, динамичное психическое развитие и достаточная социальная адаптация характерны для дошкольников с легкими формами интеллектуальных нарушений. Умеренная социальная активность при медленном темпе формирования возрастных психологических достижений имеет место у детей с умеренной умственной отсталостью. Относительная социальная активность при крайне медленной динамике психического развития в дошкольном возрасте наблюдается у детей с тяжелой умственной отсталостью в сочетании с другими нарушениями развития. Частичную социальную активность можно наблюдать при своевременном и постоянном коррекционно-развивающем обучении у детей с глубокой умственной отсталостью и другими тяжелыми нарушениями развития. При планировании образовательного процесса, ближайших и глобальных педагогических целей необходимо понимать, что дети с тяжелой умственной отсталостью в сочетании с другими нарушениями развития и глубокой умственной отсталостью отличаются абсолютной невозможностью социальной активности и участия, но могут овладеть элементарными социальными формами поведения и коммуникации с людьми, способны непродолжительное время осуществлять целенаправленную практическую деятельность под контролем и внешней помощи ухаживающего взрослого. Различия в потенциальных возможностях умственного развития у детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта представлены в ФАОП ДО для обучающихся с ОВЗ в виде 4 типов: 1) «социально близкий к нормативному по динамике психического развития, с характерным для детей качественным своеобразием психических процессов в условиях специального обучения» (близок к легкой степени умственной отсталости), 2) «социально неустойчивый в силу медленной динамики и трудностей самостоятельного применения детьми имеющихся знаний, умений и навыков в знакомых и новых жизненных ситуациях» (сходен с умеренной степенью умственной отсталости), 3) «социально неблагополучный, т.к. дети постоянно нуждаются во внешней активизации и организации любой социальной деятельности взрослым» (сходен с тяжелой степенью умственной отсталости), 4) «социально дезадаптированный, т.к. социальные способы взаимодействия с людьми и действия формируются крайне медленно и остаются несовершенными» (близок к глубокой степени умственной отсталости) [14].

Дадим краткую психолого-педагогическую характеристику психического развития детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями.

Физическое развитие.

По основным параметрам физическое развитие детей с легкими интеллектуальными нарушениями приближается к нормативному развитию по овладению основными видами движений (ходьба, бег, ползание и т.д.). Отличием



является трудности выполнения точных координированных движений рук, в том числе при выполнении продуктивных видов деятельности: конструирование, рисование. Некоторые дети проявляют интерес к активным спортивным играм, в том числе и к коллективным. У детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями отмечается диспропорция телосложения, недоразвитие моторики, аномалии строения лица и черепа, координация при смене положения и позы нарушена, они могут терять равновесие, в связи с чем передвигают ногу слегка отрывая их от пола, что вызывает трудности передвижения и частые падения при преодолении даже небольших препятствий на пути. С тяжестью интеллектуального дефекта на формирование более сложных движений ребенку требуется значительно больше времени, чем на это отводится программой. Для детей с глубокими интеллектуальными нарушениями для изменения положения тела необходима помощь окружающих, а также применение технических средств реабилитации (вертикализаторы, коляски и т.д.). *Задачами в рамках этого блока* выступает формирование, развитие и закрепление движений, развитие ориентировки в пространстве, обучение как выполнению, так и пониманию значения социальным движениям рук и тела.

Эмоциональная сфера.

Формирование эмоциональной сферы и социального отношения к происходящему у дошкольников с интеллектуальными нарушениями происходит длительно и требует отдельной коррекционно-педагогической работы. У детей с глубокими формами нарушения интеллекта эмоции возбуждения, интереса и негативизма часто проявляются одинаково: хаотическими движениями, криком и плачем, а также в виде вегетативных реакций (повышение температуры, покраснение кожи, учащение дыхания и т.д.). Постепенно, под руководством взрослого, отражая его действия, мимику и поведение, дети овладевают дифференцированными эмоциями и начинают использовать жестово-мимические средства и речь в целях коммуникации. Со временем у детей с легкими интеллектуальными нарушениями формируется достаточно широкий спектр эмоций и возникают свои личные предпочтения, индивидуальное отношение к происходящему. В спокойной и знакомой обстановке дети выражают позитивные эмоции в общении со взрослыми и со сверстниками. В незнакомой ситуации теряются, испытывают дискомфорт и страх, плачут и раздражаются, могут проявлять вспышки агрессии. *Основная задача* состоит в социализации эмоций и овладении способами их выражения, расширение спектра переживаемых эмоций и по возможности формирование высших чувств (интеллектуальных, моральных, эстетических и др.).

Деятельность и общение.

В дошкольном возрасте детям с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений в большей степени присуща хаотичная двигательная активность. Например, дети при вкладывании им в руку предмета не пытаются удержать его, иногда отталкивают его и в редких случаях тянут ко рту. У других детей происходит постепенное преобразование произвольных реакций в социальные действия в виде манипуляций с предметами, которые вызывают у детей интерес (звук игрушек, цветные блики и т.д.) и понимание возможности воздействия на



окружающую среду и ее познание. Действия, совершаемые детьми с тяжелой умственной отсталостью нецеленаправленны и нерезультативны. Внешне, совершаемые детьми манипуляции, вполне напоминают социальные действия, на самом деле, эти действия хаотичны, например, ребенок не играет с игрушкой, а облизывает ее или бьет ею по поверхности. Предпосылки к продуктивной деятельности в виде цепочки целенаправленных и социально связанных между собой действий у них формируются все дошкольное детство. К концу дошкольного возраста у них появляются предпосылки к продуктивной деятельности: игре, конструированию, лепке и значительно позже к рисованию. У детей с легкими нарушениями интеллектуальной сферы в процессе коррекционного обучения формируется практические действия и социальные формы поведения. Однако, сама деятельность отличается однообразием, поэтому перед педагогами стоит задача мотивации ребенка к овладению более совершенными видами деятельности и удовольствия от их выполнения. *Основные задачи* состоят в освоении вербальной и невербальной коммуникации, в освоении действий с предметами, осознанию функций и социального смысла действий с предметами, в том числе и в овладении техническими коммуникативными устройствами.

Познавательные процессы.

Процессы чувственного познания (ощущение, восприятие, представление) являются базовым уровнем отражения реальности. Процессы чувственного познания формируются и эффективно реализуются только при сохранности и функционировании различных анализаторов. Как известно, у детей с выраженными интеллектуальными нарушениями часто встречаются разные физиологические и анатомические нарушения, в том числе и анализаторов. Вследствие этого наблюдается запоздалое освоение познавательного опыта, что еще в большей степени негативно сказывается на умственном развитии ребенка. При глубоких нарушениях интеллекта дети не могут сфокусировать взгляд и сконцентрироваться на предметах/объектах. При нарушении интеллекта у детей присутствуют трудности в создании целостного образа предмета и нахождения предметов, нарушения цветоразличения, узнавания и названия цветов. Представления детей слабо структурированы и фрагментарны, что оказывает влияние на узнавание предметов и оперирование образами. Внимание детей отличается повышенной отвлекаемостью, сложностями концентрации и сосредоточения на объектах, постоянной переключаемостью на другие объекты, а также малым объемом объектов, на которых может сфокусироваться ребенок. В основном у детей присутствует непроизвольное внимание. Чтобы привлечь ребенка к выполнению каких-либо действий или операций, необходимо использовать стимуляцию (смена видов деятельности, сенсорные сигналы, и т.д.). Способность к решению творческих задач отсутствует. Память детей характеризуется низким объемом, в основном ребенок опирается только на кратковременную память, для сохранения полученной информации необходимо систематическое и последовательное закрепление материала. Для решения мыслительных задач ребенок пытается оперировать на уровне действий и частично образов. К концу дошкольного возраста у детей с легкими нарушениями наблюдаются зачатки формирования словесно-логического мышления, поэтому



отсутствуют возможности классификации и группировки предметов, выделения лишнего, переноса усвоенного способа решения задачи на другую похожую ситуацию, непонимание короткого текста и т.д. Речевое развитие детей отличается разнообразием – от элементарных произвольных и эмоциональных реакций на речь взрослого до применения активной речи в деятельности и общении со сверстниками и взрослыми, от непонимания обращенной речи до владения небольшим активным словарным запасом, от тяжелых речевых нарушений до формально хорошо развитой речи. *Основные задачи* состоят в развитии процессов чувственного познания через воздействие на анализаторы, формирование предметно-практической деятельности как основы для развития мыслительных процессов.

Личностное развитие.

Формирование личности ребенка с нарушением интеллекта имеет свои особенности и различается в зависимости от тяжести интеллектуального дефекта. У детей с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений к концу дошкольного детства начинает формироваться Я-сознание, т.е. дифференциация ощущений тела и внешних объектов. Отсутствует или снижена регуляция действий и эмоций. Дети с легкой степенью умственной отсталости знают свое имя и откликаются на него, а также знают имена своих близких. Они радуются похвале или порицанию, часто не понимают требования, предъявляемые к ним. Самооценка неустойчива и подвержена влиянию взрослых, чаще всего отмечается недооценка результатов своей деятельности. Мотивационная сфера слабо структурирована, отсутствует соподчинение мотивов, преобладают более примитивные интересы. *Основные задачи* состоят в коррекции личностных особенностей (агрессивности, раздражительности и т.д.), в формировании социально одобряемых моделей поведения.

Социально-бытовая адаптация.

Дети с легкими интеллектуальными нарушениями могут себя обслуживать, в том числе овладевают культурно-гигиеническими навыками. Однако, им нельзя предоставлять самостоятельность, нужно организовывать жизнедеятельность такого ребенка, привлекать к выполнению социально значимой деятельности. У детей с тяжелыми формами интеллектуального дефекта присутствует зависимость от взрослого человека во всех ситуациях, в некоторых случаях необходимо использование технических средств реабилитации для ухода за ребенком, гигиенические навыки не сформированы. *Основные задачи* состоят в формировании и закреплении, расширении культурно-гигиенических навыков, в формировании умения обращения за помощью.

Динамика психического развития и актуальный способ мышления ребенка, ведущая форма взаимодействия со взрослым являются факторами, определяющими содержание обучения, степень самостоятельности при освоении академических и жизненных компетенций, перспективы социальной адаптации и трудовой реализации. Для детей с легкими интеллектуальными нарушениями и другими нарушениями развития, а также для детей с умеренной умственной отсталостью без других нарушений развития содержание обучения в дошкольном возрасте должно быть посвящено формированию наглядно-образного. Содержание



обучения детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью должно быть направлено на формирование и развитие предметно-практической деятельности, что позволит им овладеть самостоятельностью в быту и сформировать привычку полезной практической занятости. Успешное последовательное освоение содержания обучения и достижения целевых показателей детьми-инвалидами с умственной отсталостью и другими нарушениями развития возможно при постоянном контроле состояния здоровья врачами-специалистами и своевременной реализации курсов комплексной реабилитации в соответствии с рекомендациями индивидуальной программы. Дифференцированный подход в реализации содержания обучения и восстановлении здоровья детей-инвалидов с умственной отсталостью обеспечит возможность развития социальной компетентности с учетом познавательных ограничений и подготовит базу для освоения целенаправленной социальной активности, трудовых или профессиональных навыков.



2. Организация образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями

2.1. Общие требования к организации и содержанию образования обучающихся с разной степенью интеллектуальных нарушений

С целью развития личностного потенциала, предупреждения вторичных отклонений в психофизическом развитии, подготовке к школьному обучению, успешной интеграции в общество для дошкольников с интеллектуальными нарушениями, проживающими в ДДИ, создаются специальные образовательные условия, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья, а также удовлетворяют особым потребностям и психофизическим возможностям детей.

Образование воспитанников ДДИ осуществляется организацией, имеющей специальное разрешение на право осуществления обучения по адаптированной образовательной программе дошкольного образования [14] в специализированном структурном подразделении ДДИ или в территориально доступном ДОУ, с которым заключен договор.

Помимо адаптированной программы дошкольного образования, обучение воспитанников ДДИ осуществляется по адаптированным дополнительным общеразвивающим образовательным программам, имеющим ориентацию на любые из доступных областей знаний и виды детской деятельности. Выбор программ (художественной, социально-гуманитарной, технической, естественно-научной, туристско-краеведческой и физкультурно-спортивной направленности) осуществляется в соответствии со склонностями, интересами и предпочтениями детей, а также на основании требований к педагогической нагрузке [11].

Для реализации дополнительного образования с помощью сетевого и межведомственного взаимодействия могут привлекаться центры дополнительного образования, художественные и спортивные школы, детские сады, а также научные и медицинские организации, дворцы культуры и спорта, библиотеки, досугово-развлекательные центры, технопарки «Кванториумы» и прочие организации, прошедшие соответствующее лицензирование, обладающие ресурсами для осуществления обучения по адаптированным дополнительным образовательным программам.

При наличии медицинских показаний образование может быть организовано на дому (в месте проживания ребенка) или в медицинской организации [10].

В соответствии с принципами инклюзии приоритетной формой организации образования воспитанников ДДИ является обучение совместно с другими детьми, а также вне постоянного места проживания, если это не противоречит текущим медицинским рекомендациям. Надомный формат обучения может быть рекомендован только детям, имеющим объективные ограничения по состоянию здоровья. Для того, чтобы своевременно предоставить ребенку, обучающемуся



на дому, возможность социокультурной интеграции, рекомендуется постоянная динамическая оценка стабильности соматического и неврологического состояний. В результате такой оценки может быть пересмотрена форма организации образовательной деятельности или предоставлено разрешение на участие ребенка в различных образовательных и досуговых мероприятиях при строгом соблюдении охранительного режима, правил профилактики осложнений.

Для освоения обучающимися адаптированных образовательных программ образовательная организация создает ряд индивидуальных условий, рекомендованных программой реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) и психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК):

- создание доступной и комфортной образовательной среды, в частности, с применением специальных технических средств и пособий;

- использование специальных методов и приемов обучения, в частности, дозирования образовательной нагрузки, совместного выполнения с ребенком необходимых действий с постепенным уменьшением практической помощи, пооперационного обучения, рационально учащенной смены видов деятельности в процессе выполнения заданий, стимулирующего воздействия на несколько сенсорных каналов ребенка (полисенсорного воздействия), повторяемости материала и переноса полученных навыков на новый практический материал;

- предоставление ассистента для оказания технической помощи ребенку, а также тьюторского сопровождения для успешного включения ребенка в образовательную среду;

- организация коррекционно-развивающего сопровождения с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

- проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья, в частности, регулярной медико-психолого-педагогической диагностики, специальных упражнений и процедур в режимных моментах, в процессе занятий и после них (Приложение 1), тщательное соблюдение распорядка дня и общих требований к нагрузке детей (Приложение 2, 3), своевременное внесение корректировок в распорядок и образовательную нагрузку на основании показаний специалистов в области охраны и укрепления здоровья;

- создание прочих условий, способствующих освоению образовательных программ, например, обеспечение динамической смены формы обучения и педагогической нагрузки в зависимости от состояния здоровья.

Содержание образовательной деятельности включает работу по пяти направлениям: развитие социально-коммуникативной сферы, а также познавательное, речевое, художественно-эстетическое и физическое развитие. Для реализации данного содержания и составления вариативной части образовательной программы могут быть использованы комплексные, парциальные программы, методические пособия, которые соответствуют ФГОС. Образовательная организация может самостоятельно выбрать средства обучения, различные материалы и оборудование, которые необходимы для детей, осваивающих адаптированную образовательную программу.



В содержание программы коррекционно-развивающей работы (в соответствии с индивидуальными возможностями и потребностями детей) могут входить следующие виды работ.

Социально-коммуникативное развитие.

С детьми с легкими формами интеллектуальных нарушений, как правило, осуществляется работа по развитию ситуативно-делового и предметно-действенного общения, представлений о себе и окружающих; формированию основ нравственного отношения; развитию навыков самостоятельности в быту.

С детьми, имеющими тяжелые формы интеллектуальных нарушений, делается акцент на работе по стимулированию эмоционально-личностного общения; развитию адекватного восприятия окружающих предметов и событий; формированию элементарных гигиенических навыков и самообслуживания.

Познавательное развитие.

С детьми с легкими формами интеллектуальных нарушений ведется работа по развитию образов восприятия, наглядно-действенного мышления и представлений о сенсорных эталонах; формированию образов-представлений на основе их закрепления в речи, а также в игровой деятельности; становлению наглядно-образного и элементов логического мышления.

С детьми с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений проводятся занятия по развитию зрительного и слухового внимания, восприятию сенсорных стимулов различной интенсивности, формированию ориентировочной деятельности, развитию навыков манипулирования предметами и предметных действий.

Речевое развитие.

С детьми с легкими формами интеллектуальных нарушений осуществляются занятия по развитию понимания обращенной речи и расширению словарного запаса; становлению звукоподражания, первых форм слов, фразовой речи; формированию грамматического строя речи и коррекции звукопроизношения; подготовке к освоению грамоты.

В работе с детьми с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений делается акцент на обучении умению ориентироваться на обращенную речь, узнавании своего имени, формировании реакции на интонацию голоса взрослого, поиске предметов и совершении действий по слову, развитии невербальных средств коммуникации (социальных жестов, мимики, поведения и др.), а также использовании звуков, лепета и отдельных слов для общения.

Художественно-эстетическое развитие.

Для детей с легкими формами интеллектуальных нарушений в программу включаются занятия по развитию слухового внимания и памяти, освоению пения и движений под музыку, использованию музыкальных инструментов; воспроизведению образов героев в спектаклях; восприятию различных жанров художественных произведений; развитию навыков лепки, конструирования, аппликации и ручного труда; развитию представлений о прекрасном в мире природы, предметов, а также в жизни и быте людей.

С детьми с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений проводится работа по восприятию мира звуков и музыки; ориентировке на музыкальный ритм, характер мелодии, слова песни и стихотворения; использованию простых



музыкальных инструментов в игре; развитию элементарной продуктивной деятельности.

Физическое развитие.

С детьми с легкими формами интеллектуальных нарушений осуществляется работа по развитию основных двигательных умений и навыков, равновесия, координации движений; укреплению мышечного корсета; формированию практических навыков и приемов сохранения и укрепления своего здоровья.

С детьми, имеющими тяжелые формы интеллектуальных нарушений, при составлении программы делается акцент на выполнении лечебно-профилактических физических упражнений в пассивной и активной форме; формировании навыков смены положения тела и передвижения в пространстве; работе по произвольному сохранению правильных положений тела и выполнению правильных моторных актов в процессе занятий и свободной деятельности [14].

Важнейшим фактором развития любого ребенка является общение и взаимодействие с близкими людьми. Поэтому независимо от наличия или отсутствия лицензии на образовательную деятельность все сотрудники ДДИ, осуществляющие работу с детьми, являются активными участниками образовательного процесса и создают образовательные условия, приближенные к семейным.

С целью обеспечения непрерывности коррекционно-развивающего процесса и успешной социализации детей в задачи сотрудников ДДИ, осуществляющих работу с детьми вне образовательного времени, входит:

1. Осуществление эмоционального содержательного общения с ребенком:

- ежедневное доброжелательное эмоциональное общение в процессе ухода и выполнения различных видов деятельности, проявление отзывчивости по отношению к состоянию и потребностям ребенка;

- выбор формы общения, который соответствует психологическому возрасту ребенка: эмоциональная игра, сотрудничество по поводу предметов и обучение действию «рука в руку», ситуативно-деловое общение;

- помощь в налаживании эмоционального контакта и взаимодействия со сверстниками и взрослыми, в частности, при помощи доступных неговорящему ребенку средств общения (социальных жестов, звуков, интонаций, поведения);

- поэтапное формирование самостоятельности в быту, в частности, при реализации культурно-гигиенических навыков, использовании предметов и орудий быта в соответствии с функциональным назначением, ориентировки в пространстве, исследовании окружающего мира.

2. Поддержание контакта и взаимодействия с воспитателями ДОУ и специалистами психолого-педагогического профиля, сотрудничество по поводу развития и воспитания детей в любых удобных формах:

- ведение общего дневника с наблюдениями за ребенком, его занятиями, успехами и трудностями, помощь в составлении детского портфолио и карты развития ребенка;

- личная переписка и группы в мессенджерах для обсуждения и решения вопросов, обмена информацией о ребенке;



- проведение собраний, лекций, мастер-классов и индивидуальных консультаций для обмена знаниями и опытом.

3. Закрепление навыков и умений детей, освоенных на занятиях:

- организация использования ребенком на практике позитивного жизненного опыта, который он получил на коррекционных занятиях (включение новых способов общения и взаимодействия в повседневную жизнь);

- выполнение с детьми домашних заданий, предлагаемых воспитателями и специалистами психолого-педагогического профиля.

4. Оказание помощи в подготовке пособий и материалов, необходимых ребенку для коррекционно-развивающей работы на занятиях и дома, а также для участия в мероприятиях детского сада (конкурсах, ярмарках, концертах и спектаклях).

5. Осуществление взаимодействия с законными представителями, а также с родителями и иными родственниками детей, обращающимися с запросом в ДДИ, независимо от наличия или отсутствия ограничений/отмены родительских прав:

- информирование об успехах и продвижениях ребенка, особенностях развивающих занятий с ним, а также ознакомление с содержанием образовательного процесса в целом;

- психолого-педагогическое просвещение с целью повышения уверенности в собственных силах и компетенции в вопросах обучения особого ребенка.

С целью содействия устройству детей на воспитание в семью, обладающую необходимыми для воспитания и обучения ресурсами, работникам ДДИ следует осуществлять активное взаимодействие с лицами, желающими усыновить (удочерить) или принять под опеку (попечительство) ребенка [13]. Может быть предложено участие в проведении бесед и анкетирования для выявления пробелов в педагогических знаниях о развитии и воспитании особого ребенка. В результате чего становится возможной адресная помощь в виде теоретических и практических занятий, которые способствуют повышению компетентности усыновителей и опекунов, нормализуется система требований и ожиданий. Подобная стратегия способствует преемственности образовательных задач, методов и приемов обучения детей, минимизации риска неблагоприятного устройства.

Немаловажным для реализации инклюзивного подхода к образованию воспитанников ДДИ является содействие росту и развитию добровольческих (волонтерских) движений. Это касается не только привлечения добровольцев и волонтерских организаций к оказанию ассистивной помощи, включению в реализацию образовательных программ и организацию досуговой деятельности, но и создания собственных программ, моделей сопровождения и иных разработок, адаптированных к конкретным нуждам детского дома и его особенностям.



2.2. Особенности и содержание образования воспитанников ДДИ с легкими интеллектуальными нарушениями

Для обеспечения благоприятной социальной перспективы ребенку с легкими формами интеллектуальных нарушений необходимо раннее начало специального обучения и его непрерывность. Благодаря правильной организации образования дети последовательно переходят от наглядно-действенного мышления в дошкольном возрасте к наглядно-образному мышлению в младшем школьном возрасте. Такие дети вырастают полностью дееспособными, ведут полноценную социально активную жизнь с минимальной помощью со стороны компетентных социальных служб.

Для преодоления социальной недостаточности ребенка приоритетными направлениями работы являются: формирование способов усвоения общественного опыта, упрочение взаимосвязей с обществом, развитие социальной активности, ориентировки в нормах и правилах поведения, а также формирование практических навыков, необходимых для общественной жизни.

Обучение детей с легкими формами интеллектуальных нарушений по адаптированной образовательной программе рекомендуется осуществлять в группах компенсирующей и комбинированной направленности. Образовательная организация, принимающая ребенка в группу детского сада, должна иметь опыт работы с данной категорией детей, соответствующее кадровое и методическое обеспечение для эффективной реализации программы. Формат надомного обучения возможен только при наличии заключения консилиума специалистов с участием медицинского работника, отражающего соответствующие условия для получения образования.

Образовательные программы должны разрабатываться с учетом:

- особенностей детей, связанных с психофизическими возможностями и индивидуальными особенностями; соответствующих образовательных потребностей, заключающихся, в частности, в использовании специальных методов и приемов обучения и особой организации самого процесса обучения;

- специфики социокультурной среды воспитанников ДДИ (повседневного окружения и быта, традиций и правил организации), а также культурного опыта региона проживания (связанного с климатом, природой, инфраструктурой и другими особенностями родного края);

- необходимости составления программы комплексной коррекционно-развивающей работы, охватывающей весь образовательный процесс и предусматривающей индивидуализацию психолого-педагогического сопровождения для максимальной реализации каждым обучающимся с легким интеллектуальным нарушением своего личностного потенциала.

При обучении детей по программам младшего и среднего дошкольного возраста рекомендуется проводить любые развивающие занятия в первой половине



дня, а оставшуюся часть дня посвящать свободной игре и социальному взаимодействию, досуговой деятельности.

Во второй половине дня с детьми, осваивающими программу старшего дошкольного возраста, могут быть организованы творческие занятия, требующие эмоциональной вовлеченности, содействующие расслаблению и снятию эмоционального напряжения.

Занятия, требующие повышенной познавательной активности, высокого умственного и физического напряжения, в течение всего периода обучения должны приходиться на первую половину дня.

Продолжительность непрерывной педагогической нагрузки для детей с легкими формами интеллектуальных нарушений при стабильном соматическом состоянии соответствует стандартным требованиям [12]. Показателями, свидетельствующими о необходимости пересмотра и снижения педагогической нагрузки, могут служить: преобладание пониженного фона настроения, проявление сильных негативных эмоций, отсутствие целенаправленной двигательной активности, ухудшение состояния здоровья.

При выборе и разработке адаптированных дополнительных образовательных программ рекомендуется отдавать предпочтение тем видам деятельности, которые содействуют саморазвитию, самоутверждению, сохранению и укреплению здоровья; в которых развивается коммуникативная культура ребенка и предоставляется возможность получить опыт взаимодействия в разных социальных ситуациях, в том числе с детьми разных возрастов.

2.3. Особенности и содержание образования воспитанников ДДИ с выраженными и глубокими интеллектуальными нарушениями

Чтобы повысить социальные перспективы ребенка с тяжелой формой интеллектуальных нарушений, также необходимо раннее начало и грамотное осуществление целенаправленного специального обучения.

В дошкольном возрасте дети с выраженными формами интеллектуальных нарушений в результате специального обучения успешно осваивают предметную деятельность и овладевают наглядно-действенным мышлением. В течение школьного возраста дети с умеренной умственной отсталостью осваивают способы наглядно-образного мышления, вырастают частично дееспособными, самостоятельными и могут осуществлять трудовую деятельность при постоянном внешнем контроле.

Дети с глубокими интеллектуальными нарушениями нуждаются в постоянной помощи, организации деятельности и в будущем недееспособны. Тем не менее благодаря непрерывной комплексной медико-психолого-педагогической работе с ребенком активизируются защитные силы его организма, стабилизируется эмоциональное состояние, нормализуется поведение, интенсифицируются



мыслительные процессы и пробуждаются нераскрытые возможности. Дети могут демонстрировать относительно стабильную положительную динамику психофизического развития, а также проявлять незаурядные способности к творчеству, эмоциональному общению и продуктивному взаимодействию с окружающими. В дальнейшем такие благоприятные изменения повлияют на социальную активность и самостоятельность взрослого человека с тяжелой инвалидностью, на его участие в жизни общества, на качество всей его жизни и жизни его окружения.

При обучении детей с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений большое значение имеет формирование жизненных компетенций с целью достижения ребенком максимальной социализации и независимости. Тяжесть состояния здоровья детей, как правило, обуславливает потребность в индивидуальном обучении, в котором педагогический процесс строится с акцентом на социально-адаптационную работу, подготовку к подгрупповой и групповой форме очного обучения в образовательной организации [7].

Для реализации индивидуального обучения образовательная организация составляет специальную индивидуальную программу коррекционной работы, исходя из:

- выявленных по результатам обследования психологических достижений ребенка в основных психологических сферах, а также ведущего вида деятельности и способа усвоения социального опыта;
- индивидуальных особенностей характера ребенка, его предпочтений и ограничений, а также поведенческих трудностей;
- степени снижения функциональных возможностей анализаторов и особенностей двигательной активности;
- общего состояния здоровья и рекомендаций ИПРА и ПМПК;
- сопоставления показателей «зоны ближайшего развития» ребенка с целевыми ориентирами ФАОП ДО, представленными в четырех онтогенетически обусловленных образовательных периодах: формирование поисково-ориентировочной активности, формирование предметных действий, формирование предметной деятельности, формирование познавательной деятельности.

Основой становления всех видов детской деятельности является сенсорное развитие ребенка, поэтому начальный этап обучения связан с обогащением сенсорного и практического опыта, формированием у детей перцептивных действий (рассматривания, выслушивания, ощупывания), знакомством с миром предметов и людей, практическими действиями, привитием элементарных навыков самостоятельности.

Первый и основной метод обучения детей с выраженными и глубокими интеллектуальными нарушениями предметно-практическим действиям – это их совместное выполнение. В результате выполнения и отработки движений с предметом «рука в руку» с ребенком взрослый постепенно уменьшает объем помощи, предоставляет ему возможность выполнить отдельное движение или часть действия самостоятельно, поддерживает ребенка до достижения максимального уровня самостоятельности [1].



В связи со сложностью структуры заболевания, диагностические мероприятия для внесения изменений в индивидуальную программу и реализации реабилитационного потенциала ребенка осуществляются приблизительно каждые полгода, при необходимости – каждые три месяца. Плановые обследования позволяют вовремя обнаружить положительную и отрицательную динамику психического развития ребенка, ознакомиться с актуальными данными о состоянии его здоровья. Выявленные изменения являются основанием для обновления содержания индивидуальной программы коррекционной работы.

Организация образования детей с глубокими интеллектуальными нарушениями требует от всех участников образовательного процесса умения осуществлять анализ медицинской информации о детях и использовать ее при определении способов взаимодействия с ребенком, объема педагогической нагрузки, структуры и содержания любых занятий [1].

Коррекционно-развивающие занятия рекомендуется проводить в первой половине дня. Режим педагогической нагрузки определяется состоянием здоровья и устойчивостью ребенка к разнообразным воздействиям. С детьми, находящимися в тяжелом соматическом состоянии, при котором наблюдается регресс и стагнация психического развития, занятия проводятся в *щадящем* режиме: целенаправленное педагогическое воздействие занимает 5-10 минут; эмоционально-развивающее взаимодействие – 15-25 минут. При *среднем* и *нормальном* режимах педагогической нагрузки целенаправленное педагогическое воздействие составляет 15 и 30 минут соответственно; эмоционально-развивающее взаимодействие – 30 и 40 минут соответственно. Темп занятий должен быть медленным, чередоваться с паузами и отдыхом. В структуру занятия включаются как минимум одна физкультминутка и одна релаксационная пауза, индивидуально подобранные с учетом психологического возраста и рекомендаций врачей. В процессе занятия специалист ориентируется на поведение ребенка: если он проявляет признаки усталости, следует завершить развивающее взаимодействие [7].

Доброжелательное и продуктивное общение с другими детьми является одним из ведущих факторов включения ребенка в образовательный процесс. Как только будет стабилизировано соматическое состояние воспитанника, при появлении первых ростков интереса к другому ребенку, необходимо искать любую возможность для него окунуться в социальную среду. Это может происходить в домашних условиях при организации сопровождающими игрового взаимодействия с другим ребенком, во время подгрупповой работы и занятий в малых коллективах различного типа, в том числе вне учреждения, а также на ежедневных и специально организованных тематических прогулках.

Дополнительное образование детей является мощным инструментом социализации и адаптации ребенка. Социально-гуманитарная и художественная направленности дополнительного образования наиболее перспективны и открывают много возможностей для самореализации тяжелых детей. Большой вклад в развитие двигательной активности и стимуляцию психического развития вносят адаптированные программы дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности [4].



Тяжелое течение хронических заболеваний приводит к стагнации и регрессу психического развития у некоторых детей и, соответственно, к невозможности социальной активности ребенка. Однако, в соответствии с принципом гуманизма и положением о ведущей роли социальных условий среды для благоприятной динамики развития, ребенок должен быть включен в коррекционно-развивающую работу в охранительном режиме сразу же, как только будет относительно стабилизировано его соматическое состояние. Бережное воздействие на адаптационные резервы психики способствует удовлетворению жизненно важной потребности в активности, познании нового и общении, что, в свою очередь, содействует улучшению эмоционального и физического состояния ребенка, выходу в ремиссию тяжелых хронических заболеваний.



3. Организация психолого-педагогических и средовых условий обеспечения образования

3.1. Конструирование здоровьесберегающих условий образования

Организация жизни, воспитания и образования детей в ДДИ требует создания здоровьесберегающей развивающей пространственной среды, содействующей полноценному развитию и социализации детей. Лишенные базовой семейной поддержки, воспитанники нуждаются в особом внимании и условиях, которые будут способствовать их физическому, психическому и социальному благополучию.

Одним из основных приоритетов, обозначенным в ФГОС ДО и ФАОП ДО для обучающихся с ОВЗ, является наличие условий для обеспечения стабильного состояния здоровья, укрепления и развития физических возможностей, последовательного психического и личностного развития, социализации через формирование самостоятельности и привычки к труду.

Здоровьесберегающая пространственная среда в образовании - это система условий и ресурсов, направленных на защиту и укрепление здоровья обучающихся, обеспечение их физического, психологического и социального благополучия, доступность самостоятельного познания окружающей среды, активности и участия во всех видах детской деятельности. Это понятие подразумевает не только наличие безопасной и комфортной среды, но и создание социальной и образовательной инфраструктуры, способствующей формированию привычек и убеждений как основы здорового образа жизни.

Охрана здоровья обучающихся в дошкольных образовательных организациях включает в себя комплекс мер, направленных на улучшение физического, психического и социального благополучия учащихся на протяжении всего периода их обучения и воспитательной работы. Эта деятельность должна осуществляться коллективом образовательной организации в сотрудничестве с государственными и негосударственными организациями, родительским сообществом, муниципальными органами управления образованием, общественными организациями.

Основные направления создания здоровьесберегающей среды включают в себя медико-профилактическое и психолого-педагогическое.

Медико-профилактическое направление (медицинское сопровождение).

В рамках первичной (доврачебной, врачебной и специализированной) медико-санитарной помощи выполняются следующие виды работ (услуг):

- при первичной доврачебной помощи (амбулаторно): вакцинация (профилактические прививки), лечебная физкультура, медицинский массаж, организация сестринского дела (в том числе в педиатрии), физиотерапия;
- при первичной врачебной помощи (амбулаторно): организация здравоохранения и общественного здоровья, педиатрия, терапия;
- при первичной специализированной помощи (амбулаторно): неврология, психиатрия.



Первичная медико-санитарная помощь организуется амбулаторно и охватывает профилактику заболеваний и снижение заболеваемости; диагностику и лечение различных болезней и состояний; диспансерное наблюдение детей-инвалидов, имеющих право на получение набора социальных услуг; динамическое наблюдение за ростом и развитием ребёнка; организацию питания; дополнительную бесплатную медицинскую помощь отдельным категориям граждан, включая обеспечение необходимыми лекарствами; определение показаний и направление в государственные учреждения здравоохранения для получения специализированной медицинской помощи; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; санитарно-гигиеническое просвещение.

Стационарная помощь в стационарно-поликлинических организациях включает неотложную помощь при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и прочих экстренных состояниях; диагностику и лечение острых и хронических болезней, травм и отравлений, требующих круглосуточного наблюдения либо изоляции по эпидемическим показаниям; восстановительное лечение и реабилитацию.

Госпитализация в больничные (стационарно-поликлинические) учреждения осуществляется по медицинским показаниям по направлению врача ДДИ или при обращении скорой медицинской помощи.

Медицинская помощь должна осуществляться в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [12,26].

Первичная медико-санитарная помощь и профилактическая деятельность должна учитывать специфику детей с интеллектуальными нарушениями, особенно с тяжелыми формами, которые, как правило, относятся к 3-5 группам здоровья. Дети данной категории нередко имеют сочетание нескольких тяжелых диагнозов: интеллектуальные нарушения, поражения центральной нервной системы, патологии опорно-двигательного аппарата, эпилепсию, нарушения слуха, зрения, а также заболевания внутренних органов. Это приводит к повышенному риску частых обострений, медленному восстановлению и необходимости постоянного динамического наблюдения. Дети имеют ослабленную иммунную систему и подвержены инфекционным и соматическим заболеваниям. Интеллектуальные нарушения в сочетании с тяжелыми сенсомоторными нарушениями зачастую затрудняет адекватное восприятие инструкций, сигналов тела о боли или недомогании. Дети могут не уметь или с трудом сообщать о своем состоянии, что усложняет диагностику и своевременное оказание помощи.

Медицинскому персоналу и педагогам необходимо уделять особое внимание невербальным сигналам: изменениям аппетита, сна, поведения, двигательной активности, мимики, жестов. Ребенок нуждается в регулярном осмотре профильных специалистов (невролога, ортопеда, психиатра, педиатра, сурдолога, офтальмолога и др.), коррекции лечения, особом режиме питания и специальных мероприятиях по профилактике обострений (лечебная физкультура, массаж, физиотерапия). План медико-социальной поддержки должен разрабатываться индивидуально с учетом конкретных патологий и возможностей ребенка.



Помимо врачей, в сопровождении детей в ДДИ участвуют медицинские сестры, воспитатели, педагоги-психологи, учителя-дефектологи и логопеды, эрготерапевты и социальные работники. Такой командный подход помогает комплексно оценить состояние ребенка и вовремя предпринять профилактические меры, снизить риски ухудшения здоровья.

Для детей с ограниченной двигательной активностью, нарушениями глотания или дыхания необходимо особое внимание уделить профилактике пролежней, пневмоний, нарушений пищеварения, контрактур. Регулярные осмотры, специальный уход (правильное позиционирование, технические средства реабилитации), своевременные вакцинации, контроль физиологических функций – всё это обязательные компоненты профилактической деятельности.

Медицинское обеспечение предусматривает и своевременное медицинское вмешательство, предполагая оказание помощи в экстренной и неотложной форме. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, представлен в приложении № 1 к Порядку оказания первой помощи [23] (отсутствие сознания, остановка дыхания и (или) остановка кровообращения, нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом, отравления и др.). Сотрудники ДДИ, находящиеся в постоянном контакте с воспитанниками, должны знать перечень мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их проведения. Им необходимо в экстренном случае сохранять контроль над ситуацией и выполнять предусмотренные Порядком действия.

В итоге, основная цель медико-профилактической деятельности заключается в создании условий для укрепления здоровья, физического развития и улучшения качества жизни детей. Согласованная работа медицинских работников и педагогов направлена на достижение целей, связанных с оптимизацией развития, здоровья и социализации детей. Благодаря эффективной коммуникации между специалистами, своевременному учёту медицинских рекомендаций в педагогическом процессе и, в свою очередь, педагогических задач – в реабилитационной работе, ребенок получает комплексную, скоординированную поддержку, которая способствует максимальному раскрытию его индивидуального потенциала.

Психолого-педагогическое направление.

Психолого-педагогическое направление предполагает создание безопасных условий обучения, воспитания и досуга, создание санитарно-гигиенических, учебно-организационных условий образования, адаптированного режима и распорядка дня, организацию здоровьесберегающей пространственной и предметно-развивающей среды, обеспечение полноценного двигательного режима, просвещение по вопросам сохранения здоровья.

Создание безопасных условий обучения, воспитания и досуга.

Помещение, мебель, оборудование и учебные материалы должны соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям детей. Исключаются острые, бьющиеся предметы, скользкие поверхности, применяются специальные мебельные решения (ограничители, поручни, мягкое напольное покрытие), обеспечивается оптимальный температурно-влажностный режим и хорошее освещение. Правильно организованная среда минимизирует риск травм, повышает физический и психологический комфорт.



Создание санитарно-гигиенических условий пребывания.

К факторам окружающей среды, оказывающим влияние на развитие детей, относятся санитарно-гигиенические требования к организации учебно-воспитательного процесса, которые представлены в действующих нормативно-методических документах [12,26] и подлежат обязательному исполнению всеми хозяйствующими субъектами. В Приложении 4 приведены основные требования к микроклимату различных помещений в организациях воспитания и обучения детей до 7 лет (температура воздуха, относительная влажность и скорость движения воздуха).

Создание учебно-организационных условий.

Учебно-организационные условия обучения и воспитания детей с интеллектуальными нарушениями создаются в соответствии с рядом документов [12,15]. В Приложении 2 представлены требования к организации образовательного процесса детей дошкольного возраста базирующиеся на санитарных правилах и нормах. В частности, продолжительность одного занятия для детей дошкольного возраста в зависимости от возраста варьируется от 10 до 30 минут. Суммарная дневная образовательная нагрузка в зависимости от возраста должна быть не более 20 - 75 минут. Однако объем педагогической нагрузки и продолжительность отдельных видов деятельности детей определяются индивидуально с учетом медицинских данных о состоянии здоровья ребенка. Такой подход основан на том, что каждый ребенок имеет свой порог утомляемости, особенности восприятия и реагирования на нагрузку. Поэтому педагогу необходимо адаптировать режим занятий, что снизит риск перегрузок, обеспечит эмоциональный комфорт и будет способствовать более эффективному развитию ребенка.

Педагог и воспитатель должны постоянно оценивать поведение и реакции ребенка. Если он становится вялым, раздражительным, невнимательным – это сигнал к уменьшению времени активности или изменению вида деятельности. Напротив, при хорошем самочувствии и заинтересованности можно увеличить время занятия.

Организация режима и распорядка дня.

Для детей с интеллектуальными нарушениями важно создать особые условия и индивидуальный распорядок дня [12,25]. Наиболее приемлемым является защитный педагогический режим, который предполагает четкий, спокойный и привычный распорядок дня с тщательным планированием всех видов деятельности. В основу такого режима входит четко определенный график сна и бодрствования, приема пищи, гигиенических и оздоровительных процедур, образовательных мероприятий, прогулок и самостоятельных игр. Необходимо опираться на действующие санитарно-эпидемиологические требования, но в тоже время учитывать особенности детей и формировать режимные моменты исходя из индивидуальных рекомендаций специалистов (врачей-неврологов, педиатров, дефектологов, психологов).

В Приложении 3 приведены примерные рекомендации по длительности и времени сна для детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями. Важно отметить, что эти рекомендации являются ориентировочными, а точный график и длительность отдыха должны корректироваться на основании наблюдений



за конкретным ребенком и под контролем врача-специалиста (невролога, психиатра, сомнолога).

Общее суточное количество сна для детей (1-2 года) - 11-14 часов в сутки, включая дневной сон, для дошкольников (3-5 лет) обычно составляет около 10–13 часов в сутки. Дети с тяжелыми неврологическими нарушениями нередко быстрее утомляются и могут нуждаться в верхней границе этой нормы или даже больше, например, 12–14 часов в общей сложности.

Дневной сон (1–2 периода). Для детей с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений часто необходим как минимум один дневной сон, продолжительностью от 1 до 2 часов. Если ребенок сильно утомляется, то возможно введение двух коротких дневных периодов сна (по 40–60 минут) – один ближе к середине утра, второй во второй половине дня. Например, первый сон в 10:30–11:30, второй – в 15:00–16:00. Если врач отмечает особые нарушения ритма сна, возможна рекомендация о более частых, но коротких периодах отдыха (30–40 минут), чтобы не допустить сильного переутомления. При наличии эпилептического синдрома или других тяжёлых неврологических состояний врач может порекомендовать более частые, но менее длительные периоды сна днём, чтобы поддерживать стабильное состояние нервной системы.

Если у ребенка наблюдаются трудности с засыпанием или частые ночные пробуждения, врач может посоветовать сместить время укладывания, использовать успокаивающие ритуалы перед сном.

Необходимо регулярно наблюдать за поведением ребенка. Если он после периода сна выглядит бодрым, спокойным и может дольше концентрировать внимание, значит длительность и время сна подобраны правильно. Если же проявляются признаки переутомления, повышенная раздражительность, сонливость, то стоит скорректировать график сна, удлинив его или сместив время начала.

Организация здоровьесберегающей пространственной и предметно-развивающей среды.

Здоровьесберегающая пространственная и предметно-развивающая среда представляет собой социально-культурное пространство группы и организации, которое должно быть тщательно структурировано. Она рассчитана на создание условий, способствующих последовательному усвоению детьми привычки и умения вести здоровый образ жизни.

В рамках игровой активности можно создать в групповом пространстве спортивные уголки с мячами, массажными ковриками и т.п. Педагогам важно обучить детей активному движению в ограниченном пространстве и безопасному использованию спортивного оборудования. Тем самым можно стимулировать у ребенка не только освоение новых навыков, но и приучить его к самостоятельным активным движениям.

Организация здоровьесберегающей предметной среды поможет детям приобрести опыт в двигательной, познавательной и исследовательской деятельности. Для этого воспитателям, специалисту по адаптивной физической культуре и учителю-дефектологу целесообразно строить часть занятий с использованием спортивного инвентаря с соответствующими заданиями.



Например, для развития пространственного мышления можно использовать инвентарь для направленного движения (обручи, кегли или «туннели»), проходя через который ребенок учится планировать свои действия, оценивать расстояния, положение предметов и собственные возможности.

Необходимо обучать ребенка основам здорового образа жизни. Информация должна быть максимально простой, может быть представлена в доступной форме с опорой на наглядный материал (картинки, фотографии, пиктограммы), конкретные предметы, демонстрацию действий в реальной ситуации. Чем более наглядны и конкретны примеры (мытьё рук, чистка зубов, одевание по сезону), тем легче ребенку понять и запомнить правила.

Обеспечение полноценного двигательного режима.

Чтобы обеспечить полноценный двигательный режим ребенку, необходимо взять за основу рекомендации Всемирной организации здравоохранения по физической активности и уменьшению малоподвижного образа жизни. В которых определено, что физическая активность положительно влияет на общее функционирование организма, а недостаток движения может привести к негативным последствиям для здоровья. В Приложении 6 представлены некоторые формы двигательной активности в дошкольных группах.

Всемирная организация здравоохранения также представила общие рекомендации по двигательной активности для детей до 5 лет [25]. Согласно им в режиме дня у детей до 1 года физическая активность должна присутствовать несколько раз в день, включая минимум 30 минут «времени на животе». Не рекомендуется находиться в коляске, на стуле или спине взрослого более 1 часа подряд. Экранное время не рекомендуется вовсе. Для детей 1–2 лет ежедневная активность рекомендуется в течение 3 и более часов (включая подвижные игры). Не рекомендуется сидеть без движения дольше 1 часа подряд. Экранное время: детям 1 года – не рекомендуется. Детям 2 лет – до 1 часа в день. Для детей 3–4 лет физические нагрузки (игры и активные занятия) рекомендуются не менее 3 часов в день. Экранное время – не более 1 часа в день.

При планировании физической активности детей с интеллектуальными нарушениями следует производить корректировку общих рекомендаций в соответствии с психологическим возрастом, индивидуальными особенностями и рекомендациями специалистов. Ниже приведен перечень абсолютных и относительных противопоказаний при организации двигательной активности детей с разными формами нарушения интеллекта, который может варьироваться в зависимости от конкретного диагноза и рекомендаций врачей. Этот перечень отражает общий подход к разделению противопоказаний на две группы (абсолютные и относительные).

Абсолютные противопоказания.

Это состояния, при которых двигательная активность (даже в адаптированной форме) категорически запрещена или должна быть полностью прекращена на время до улучшения состояния ребёнка:

- острые инфекционные и воспалительные заболевания, острые воспалительные процессы;
- высокая температура тела;



- острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), грипп, ангина и др.;
- тяжелые нарушения сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
- серьезная сердечная недостаточность;
- неконтролируемые сердечные аритмии;
- обострение хронических заболеваний;
- недавно полученные переломы, вывихи, тяжёлые ушибы, требующие иммобилизации и покоя;
- ярко выраженный болевой синдром, который усиливается при минимальной двигательной активности;
- неотложные неврологические состояния;
- период строгого постельного режима и послеоперационный период.

Относительные противопоказания.

Это состояния, при которых двигательная активность разрешена, но требует адаптации, снижения интенсивности, сокращения продолжительности, использования вспомогательных средств и постоянного контроля со стороны специалистов:

- контролируемая хроническая патология;
- эпилепсия с редкими приступами;
- выраженные ортопедические проблемы в стабильном состоянии;
- нарушения мышечного тонуса (спастика, дистония) средней или лёгкой степени;
- психоэмоциональная нестабильность, тревожность, негативизм, лёгкая форма агрессии, не представляющая прямой угрозы;
- нарушения зрения, слуха, вестибулярного аппарата (можно привлекать дополнительного взрослого для страховки и адаптации среды (поручни, мягкие модули, отсутствие громких резких звуков).

Общие рекомендации при организации двигательной активности при наличии противопоказаний заключаются в следующем:

- необходимы консультации со специалистами при составлении индивидуального плана занятий (врач-педиатр, невролог, ортопед, кардиолог, врач по лечебной физкультуре);
- начинать нужно с минимальных нагрузок и кратковременных упражнений, при этом необходимо следить за реакцией ребенка на нагрузку, при малейшем ухудшении самочувствия занятие необходимо прекратить;
- необходимо использовать специальные ассистивные (вспомогательные) средства (ортопедические приспособления, поручни, мягкие модули), подбирать упражнения с учетом особенностей ребенка, дополнительно обеспечить страховку со стороны взрослого (тьютора или ассистента);
- следует обеспечить регулярную оценку у ребенка динамики показателей давления, пульса, общего самочувствия, что поможет при необходимости скорректировать программу физической активности.

Для обеспечения двигательной активности лежачих (или малоподвижных) детей следует соблюдать следующие рекомендации:

- регулярно менять положение ребенка, переворачивая его каждые 2–3 часа (на спину, на бок - правый/левый, возможно, на живот, если нет противопоказаний);



- использовать специальные валики, подушки, ролики, чтобы фиксировать удобное и безопасное положение ребенка;
- проводить пассивную гимнастику, выполняя движения в суставах (сгибать/разгибать руки, ноги, аккуратно вращать кисти, стопы);
- проводить легкий массаж, который помогает улучшать кровообращение, повышает тонус ослабленных мышц и снижает напряжение в спастичных (перенапряжённых) мышцах.
- если позволяет состояние ребёнка и есть рекомендации специалистов, использовать вертикализатор, кресло-коляску с поддержкой туловища или другие приспособления, позволяющие менять положение тела (сидеть, полулежать и т.д.);

В приложении 6 представлены некоторые формы двигательной активности в дошкольных группах.

Просвещение по вопросам сохранения здоровья.

Обучение детей тому, как поддерживать и укреплять свое здоровье, играет важную роль в формировании основ здорового образа жизни. Образовательный процесс должен начинаться с простых и понятных детям представлений о том, что такое здоровье и как его защищать и укреплять (понятие о здоровье и здоровом образе жизни, личная и общественная гигиена, основы рационального питания, полезные и вредные привычки, режим дня и т.д.). Просветительская деятельность должна вестись через наглядность, повторение, совместную деятельность и игру.

Таким образом, содержание программы здоровьесберегающей работы должно меняться на основе регулярного анализа медицинских показателей и с учетом индивидуальных возможностей детей. Координация работы медицинских и педагогической команды должна быть выстроена так, чтобы дети получали максимально комплексную поддержку, при непрерывной оценке динамики здоровья и развития.

Эффект от создания здоровьесберегающих условий контролируется посредством:

- анализа медицинских показателей детей (улучшение основных показателей здоровья, веса, роста, иммунитета, отсутствие заболеваний, частота госпитализации);
- анализ показателей физической активности (уровень участия в физической активности);
- психолого-педагогическое наблюдение (самостоятельное выполнение ежедневных процедур, снижение уровня тревожности, улучшение настроения, участие в совместных занятиях, игры с другими детьми);
- анкетирование персонала (замечают ли изменения в физическом и эмоциональном состоянии детей, насколько дети стали лучше справляться с ежедневными задачами).

Это позволит своевременно корректировать программу здоровьесбережения и создавать оптимальные условия для раскрытия потенциала каждого ребенка. Такая системная работа позволяет не только снизить риск обострения заболеваний, но и обеспечить гармоничное развитие и социальную адаптацию воспитанников ДДИ.



3.2. Формирование пространственно-предметного компонента образовательной среды

Пространственно-предметный компонент образовательной среды является важной составляющей процесса обучения и воспитания. Данный аспект обеспечивает полифункциональность, трансформируемость, вариативность, доступность и безопасность развивающей предметно-пространственной среды (РППС). Решающее значение для психологического, физического и социального благополучия воспитанников ДДИ с умственной отсталостью имеет правильная организация средового компонента, сформированного с учетом физических нарушений и особых образовательных потребностей детей, содержания образовательной программы.

Адаптированное пространство, которое обеспечивает комфорт для пребывания, перемещения, обучения, отдыха и сна воспитанников, включает специальное оборудование, приспособления и инвентарь, технические средства реабилитации, игровую и дидактическую продукцию [3].

В ДДИ дети дошкольного возраста размещаются в воспитательных группах [12], состоящих из жилых комнат для мальчиков и девочек, игровой комнаты, помещения для приема пищи, санитарных помещений и раздевальной. В организациях, где воспитываются дети с нарушением зрения, с нарушением опорно-двигательного аппарата или дети, для которых эти нарушения являются сочетанными, важно продумать полосы движения, проходы должны быть широкими без лишних предметов, и пространство необходимо оснастить мебелью без острых углов. Если ребенку требуется применение каких-либо технических средств реабилитации, то в помещениях должна быть предусмотрена возможность их размещения и использования.

Зонирование.

Во всех помещениях необходимо организовать зонирование пространства в соответствии с назначением и видами деятельности. Жилые комнаты целесообразно дополнить диваном, местом для личных вещей. Следует предусмотреть возможность организации рабочего места для специалиста и воспитателя рядом с кроватью детей с ТМНР, которые из-за физических особенностей проводят в ней большую часть времени. В игровой комнате выделяется несколько зон для игровой деятельности – на полу, на столе, на специальной игровой мебели; для отдыха и уединения.

Общее оформление.

Общее оформление внутреннего пространства учреждения должно быть гостеприимным, с единым стилистическим решением. В жилых комнатах целесообразно создать уютную и домашнюю обстановку. Цвет в оформлении помещений имеет большое значение, особенно цвет стен. Светлые тона позволят снизить информационную нагрузку и создать располагающую атмосферу, ощущение легкости и простора. Следует избегать использования ярких и неестественных цветов, которые могут вызвать раздражение и утомление. Рисунки и аппликации на



стенах должны быть ненавязчивыми и приятными для восприятия, не создавая визуального шума и не отвлекая внимание от основного содержания.

Освещение.

Во всех помещениях ДДИ, где воспитываются, обучаются и пребывают дети, освещение должно быть равномерным и достаточным [3]. Продолжительность непрерывной инсоляции варьируется от 1,5 до 2,5 часов, в зависимости от географической широты. При недостаточном освещении используется комбинированный вариант. Освещение должно быть максимально приближено к естественному дневному свету, приятному для глаз. Рекомендовано использовать спектр лампочек люминесцентного или светодиодного типа, белого, тепло-белого или естественно-белого цвета одинаковой гаммы в одном помещении. Освещение в групповых помещениях, должно быть ярче (400 люкс), в музыкальном, физкультурном зале и раздевалных можно делать менее яркое освещения (200 люкс), в спальне рекомендован самый тусклый свет (75 люкс) [12, 26].

Осветительные приборы должны быть с рассеивающим светом, в физкультурном зале необходимо предусмотреть защитную конструкцию ламп. Для детей с нарушением зрения необходимо организовать дополнительный источник света, который должен хорошо освещать рабочую или игровую зону, не создавая бликов и не попадая в поле зрения ребенка.

Мебель.

В рамках образовательного процесса в зависимости от педагогической задачи следует обеспечить возможность организации группового, подгруппового и индивидуального обучения. С целью мобильности и трансформации пространства можно использовать мобильные столы, с низким сенсорным воздействием и со светлой поверхностью. Такие мобильные столы помогут организовать пространство для проведения занятий как по фронтальной, так и по круговой схеме. Для организации круговой схемы подходят столешницы в форме трапеции, полукруга или треугольника. Для удобства перемещения ножки столов могут быть оснащены колесами со стопперами.

Для индивидуальных занятий рекомендуется использовать двухместные столы с рассадкой по одному ребенку. Это позволит при проведении обучения в случае необходимости сесть рядом с ребенком воспитателю или тьютору. Для слабовидящих детей на дополнительном месте можно разместить стационарный или ручной видеоувеличитель. Оба варианта оснащены подсветкой и помогут изменить изображение в диапазоне от двукратного до шестидесятикратного увеличения.

Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата для предотвращения неудобств, связанных с ограничением подвижности, необходимо использовать стол с возможностью регулировки высоты и угла наклона столешницы. Предотвратить падение предметов помогут специальные бортики по периметру столешницы. Такие столы также должны быть оснащены колесиками и стояночным тормозом, для удобства перемещения стола. Для стабилизации детей в вертикальной плоскости используются специальные вертикализаторы, которые позволяют ребенку работать стоя или сидя. При необходимости расстояние между столами может быть увеличено для удобства передвижения детей.



Системы хранения игрового и дидактического инструментария должны сочетать открытые и закрытые стеллажи, что позволит минимизировать визуальный шум, выделить место для «выставок» и сохранить целостность пространства. Часть игрушек целесообразно хранить в невысоких передвижных стеллаж с контейнерами, доступных каждому ребенку, это даст возможность трансформировать пространство.

Игровая продукция.

Наполнение РППС в игровой комнате должно учитывать индивидуальные интересы и увлечения ребенка, способы познания мира, соответствовать его потребностям. Для совершенствования уже имеющихся навыков и становления новых вся игровая продукция должна быть удобной для самостоятельного использования и быть в поле досягаемости ребенка. В группе необходимо выделить свободное пространство для игры: мебель для хранения игровой продукции следует размещать по периметру комнаты. Для стимулирования игровой деятельности игрушки на полках целесообразно периодически обновлять, сохраняя эффект новизны.

РППС должна быть разнообразной и стимулировать появление у ребенка инициативности, познавательной активности, самостоятельности и творческих способностей. Игровой инструментарий и предметы, окружающие детей, должны быть яркими, тактильно и зрительно приятными, с четко выраженными характерными признаками, удобными для захвата и удержания. Целесообразно, чтобы часть игрушек имела полисенсорные свойства и воздействовала сразу на несколько анализаторов (зрительное восприятие – цвет приближен к основным «чистым», приятен для восприятия и не перенасыщен; слуховое восприятие – звуковые, шумовые и шуршащие элементы; тактильное восприятие – разнообразный материал изготовления с различной фактурой поверхности). Для детей с нарушением зрения дополнительно необходимо наличие световых и вибрационных элементов. Предметная среда должна быть оснащена инструментарием, способствующим осуществлению результативных последовательных действий, развитию согласованных движений рук, использованию предмета как орудия с ориентировкой на его функциональное назначение (конструкторы, мячи, удочки, сачки, пинцеты, каталки, щипцы, палочки, черпаки, совочки, крышки, молоточки, каталки, тележки). Дидактические пособия, способствующие воспроизведению простых сюжетов, запоминанию алгоритмов выполнения действий и последовательности событий, должны включать инструментарий, который будет расширять познавательную деятельность и обогащать сенсорный опыт. Для этого необходимо предлагать детям игрушки с разнообразными сенсорными эталонами: формой, величиной, цветом. РППС также должна включать инструменты для творчества: различные виды бумаги (белая, цветная, бархатная, картон, цветной картон и т. д.), безопасные ножницы, различные виды клея (клей ПВА, клей-карандаш), карандаши и фломастеры (толстые, обычные), кисти разной текстуры и толщины, ручки, мелки (обычные, восковые, пастельные), пластилин (классический, восковой), штампы, трафареты и т. д.

Приспособления и оборудование для позиционирования.

Дети с ТМНР, имеющие сочетанные нарушения опорно-двигательного аппарата, нуждаются в дополнительных средствах позиционирования во время



организации обучения [5]. Разрешается временное объединение зон по медицинским показаниям. В зависимости от физических особенностей ребенка подбираются индивидуальные позиционеры и технические средства, которые позволят ему комфортно обучаться и часто менять положение тела (лежа, полулежа). Такие условия важны при пребывании ребенка во временно объединенном пространстве. Кровати должны быть широкими и удобными, с ортопедическим матрасом и оснащены специальными приспособлениями для стабилизации ребенка во время сна (оптимальной считается поза на боку).

В зависимости от типа позиционирования предлагаются различные виды приспособлений. Для поддержания положения тела полулежа на животе используется подушка-подкова, на спине – П-образная подушка. Для разведения бедер в положении лежа на спине и боку можно взять Т-образные подушки. Чтобы ребенок мог наблюдать за окружающими, общаться и играть, можно задействовать наклонную поверхность с углом наклона до 30°. Для позиционирования в положении сидя, чтобы стабилизировать позу, поддерживать чувство уверенности, фиксировать опорность ног и спины, целесообразны к применению опоры для сидения, подставки различной высоты и длины под спину и стопы ребенка. Если ребенок плохо контролирует положение головы, нужен подголовник или специальный головодержатель. Для позиционирования стоя разработаны вертикализаторы, в которых ребенок фиксируется в вертикальном положении с помощью ремней и страховочных поясов. Также в них предусмотрены боковые упоры, в некоторых случаях спинной прижим и навесной столик.

Для детей, которые могут вставать на колени или на ноги, стимулирующей функцией будут обладать расположенные на стенах разноуровневые поручни, мягкая мебель, опорные и специальные блоки. Способствовать ходьбе, помимо поручней, могут различные варианты специализированных тележек и каталок, на которые ребенок сможет опереться.

Зона приема пищи оснащается специальными креслами и системами фиксации, которые позволят ребенку с комфортом находиться в сидячем положении. Для детей индивидуально подбирается специализированная посуда, приспособления для принятия пищи и питья.

Зона для занятий, досуга, отдыха или для активного бодрствования оснащается мягким напольным покрытием. Игровой инвентарь подбирается с учетом особенностей развития и психофизического состояния ребенка, физических и зрительных возможностей. Материал детям с ТМНР должен демонстрироваться индивидуально. Если занятия осуществляются, когда ребенок занимает позу лежа или полулежа, целесообразно использовать такие приспособления, как подставки с креплениями, мольберт или фланелеграф [5]. В ряде случаев рекомендуется в игровой зоне использовать безопасное настенное зеркало для возможности наблюдения ребенком за своими игровыми действиями.

Зона отдыха в игровой комнате.

Зона отдыха должна включать места для комфортного сидения. Это могут быть пуфики, кресло-мешок, диван. Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата следует применять каркасную мягкую мебель.



Для детей, испытывающих сложности в социальном взаимодействии, с особенностями развития эмоциональной сферы, в целях оптимизации и улучшения процесса адаптации используются специальные пространства для уединения (домик, палатка, специально оборудованный «тихий уголок»). Данные пространства следует оснастить таким образом, чтобы ребенок мог уединиться. Для комфортной организации отдыха целесообразно на полу использовать мягкое покрытие. Оснащение зоны отдыха также может включать большую мягкую подушку, на которую ребенок может прилечь и отдохнуть; мягкие игрушки различных размеров, тактильные игрушки (массажные мячики, тактильные мешочки); аудиозаписи с релаксирующей музыкой (шум воды, пение птиц, шелест листьев). Материалы в зоне отдыха следует регулярно обновлять, но основные элементы рекомендуется оставить без изменения, чтобы ребенок комфортно чувствовал себя в знакомой обстановке.

3.3. Работа с семьей ребенка, проживающего в ДДИ

По законодательству Российской Федерации, родители, усыновители, опекуны или попечители (далее - законные представители) имеют право временно передать своего ребенка на полное государственное обеспечение в учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [27].

Однако решение о помещении ребенка в социальное учреждение является сложным и многогранным, и оно часто сопровождается тяжелыми эмоциональными переживаниями и внутрисемейными конфликтами у родителей. Психолого-педагогическая работа с семьей ребенка требует понимания множества факторов, влияющих на это решение, а также способов поддержки и помощи родителям.

По данным Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации [9], к основным жизненным ситуациям, которые приводят к помещению ребенка в ДДИ (далее - ДДИ) следует отнести:

1. Злоупотребление родителями алкоголем и психоактивными веществами. Данные злоупотребления одним или обоими родителями приводят к серьезным последствиям, таким как насилие в семье, пренебрежение потребностями ребенка и неспособность родителей обеспечить надлежащий уход.

2. Игнорирование выполнения родительских обязанностей по воспитанию ребенка (пренебрежение потребностей ребенка в еде, одежде, образовании и медицинской помощи).

3. Тяжелое материальное положение. Семьи, оказавшиеся в тяжелом материальном положении, часто сталкиваются с невозможностью обеспечить своим детям необходимый уровень жизни (отсутствие стабильного дохода, жилья, доступа к медицинской помощи и др.).

4. Заболевание, инвалидность ребенка. Когда ребенок имеет серьезное заболевание, родители могут столкнуться с трудностями в обеспечении его специализированного ухода.



5. Заболевание, инвалидность родителя. Если один или оба родителя имеют тяжелое заболевание/инвалидность, то у них возникают трудности в выполнении родительских обязательств. Ограниченные ресурсы родителей могут не позволять им удовлетворять даже базовые потребности ребенка. В таких ситуациях, особенно если нет поддержки со стороны родственников или социальных служб, родители могут принять решение о временном или постоянном помещении ребенка в ДДИ.

6. Смерть одного из родителей.

7. Лишение свободы одного из родителей. В данной ситуации ребенок может оказаться без надлежащей опеки, особенно если второй родитель отсутствует или также неспособен исполнять свои обязанности. В таких случаях органы опеки могут принять решение о временном помещении ребенка в ДДИ, чтобы обеспечить ему безопасную среду на время отбывания наказания родителем.

8. Внутрисемейный конфликт. Продолжительные и напряженные конфликты в семье, особенно сопровождающиеся насилием, могут создать неблагоприятную обстановку для ребенка. Когда отношения между родителями или другими членами семьи становятся источником постоянного стресса и угрозы для ребенка, вмешательство социальных служб является обязательным условием.

Следует отметить, что в некоторых случаях функции по воспитанию ребенка могут переходить к прародителям, то есть бабушкам и дедушкам [2].

Нередко именно они выполняют полноценные «родительские» обязанности в отношении ребенка. Специалистам психолого-педагогического профиля, работающим с данной категорией, важно учитывать возрастные и индивидуальные особенности прародителей, которые включают: физическое и психическое здоровье, социальный статус, а также опыт предыдущего воспитания детей и взаимодействия с внуками. Эти факторы играют ключевую роль в выборе подходящих методов и стратегий работы, направленных на поддержку прародителей в их роли, сохранение их здоровья и благополучия, а также создание оптимальных условий для гармоничного развития детей. Кроме того, важно учитывать культурные и семейные традиции, которые могут влиять на воспитание и отношение к роли прародителей в семье.

Работа с семьей ребенка, проживающего в ДДИ, должна быть построена на следующих принципах.

1. Индивидуальный подход. Необходимо разрабатывать индивидуальные программы взаимодействия, адаптированные под конкретные ситуации и условия, в которых находится семья.

2. Комплексность. Работа должна охватывать все аспекты развития ребенка – психологические, социальные, и физические. Это требует координации усилий специалистов разных профилей (психологов, педагогов, социальных работников, врачей и т.д.) для обеспечения целостного подхода к поддержке ребенка и его семьи.

3. Сотрудничество. Установление доверительных отношений с семьей, вовлечение родителей или опекунов в процесс работы, создание атмосферы сотрудничества, в которой родители рассматриваются как равноправные партнеры в воспитании и развитии ребенка.



4. Поддержка. Обеспечение постоянной психологической и педагогической поддержки семьи на всех этапах взаимодействия. Важно не только помочь в решении текущих проблем, но и сопровождать семью в долгосрочной перспективе, предлагая консультации и помощь в адаптации к изменениям.

Работа специалистов с семьей ребенка, проживающего в ДДИ, требует особого подхода, сочетающего социальные, медицинские, психологические и педагогические аспекты [8]. С учетом данных принципов работа с семьей будет включать в себя несколько этапов.

1. Аналитический этап. На этом этапе специалисты проводят комплексный анализ семейной ситуации ребенка. Важно выявить причины, по которым ребенок оказался в ДДИ, оценить семейный микроклимат, особенности взаимоотношений между членами семьи, а также степень вовлеченности семьи в жизнь ребенка. Анализ включает в себя сбор информации о здоровье ребенка и его семьи, социальном статусе, финансовом положении, образовании, а также наличие ресурсов для поддержания ребенка в семье.

2. Просветительский этап. На данном этапе специалисты проводят работу по информированию семьи о правах ребенка, возможностях реабилитации и социальной, психолого-педагогической поддержки. Родителям и родственникам предоставляются сведения о существующих программах помощи, формах поддержки и механизмах взаимодействия с организациями, оказывающими помощь в уходе и воспитании ребенка, в том числе с ОВЗ.

3. Организационный этап. На этом этапе осуществляется координация усилий различных специалистов и учреждений для обеспечения комплексной поддержки семьи ребенка. В рамках этого этапа проводится психолого-педагогическая реабилитация семьи, разрабатывается и осуществляется план по ее восстановлению. Также организуются встречи с семьей. Параллельно осуществляется психологическая подготовка ребенка к возможному возвращению в биологическую семью, при условии, что семья демонстрирует положительную динамику в своем функционировании.

4. Консультативный этап. На данном этапе специалисты оказывают семье индивидуальные консультации по вопросам ухода, воспитания и поддержки ребенка. Консультирование может включать помощь в разрешении конфликтов, рекомендации по улучшению семейного микроклимата, а также советы по адаптации ребенка к условиям жизни в семье (если рассматривается возможность его возвращения из ДДИ). Консультации направлены на укрепление детско-родительских отношений, а также на повышение компетентности родителей в вопросах воспитания ребенка с ОВЗ.

Ниже приведены примеры психологических техник, которые могут быть использованы на каждом из представленных этапов.

1. Техники, направленные на осознание и решение проблемы

«История принятого решения». Попросите родителей описать шаг за шагом, как они приняли решение отдать ребенка в ДДИ. Задавайте уточняющие вопросы о том, что они чувствовали на каждом этапе, что их подтолкнуло к этому решению. Это поможет осознать скрытые эмоции и факторы, влияющие на их выбор.



«Дерево решений». Составьте вместе с родителями схему, представляющую различные решения, которые они могли бы принять в той ситуации, с которой столкнулись. Обсудите возможные последствия каждого выбора, чтобы помочь им осознать альтернативы и увидеть проблему под другим углом.

«Проблемное дерево». Попросите родителей создать «дерево проблем», где корень представляет основную проблему, а ветви – связанные с ней подпроблемы. Это упражнение поможет систематизировать проблемы и выявить их взаимосвязи.

«Шаг за шагом». Разделите сложную проблему на более мелкие, управляемые шаги. Пусть родители разработают план действий для решения каждой из подпроблем. Это может включать конкретные задачи, сроки и ответственных лиц.

2. Техники, направленные на осознание эмоционального состояния

«Эмоциональная карта». Попросите родителей нарисовать карту своих эмоций, связанных с решением о сдаче ребенка в ДДИ. Обсудите каждую эмоцию, постарайтесь понять, откуда она берет начало и как влияет на их поведение и отношения с окружающими.

«Письмо себе в будущем». Попросите родителей написать письмо себе через несколько месяцев или лет, описывая, как они представляют себе свою жизнь после решения текущих проблем и как они чувствуют себя. Это поможет им сформировать позитивное видение будущего и мотивацию для изменений.

«Релаксационные упражнения». Научите родителей методам релаксации, таким как глубокое дыхание, прогрессивная мышечная релаксация или визуализация. Эти техники помогут снизить уровень стресса и улучшить эмоциональное состояние.

3. Техники, направленные на понимание внутренних и внешних ресурсов

«Социальная сеть». Создайте вместе с родителями диаграмму их социальной сети, включая друзей, семью, коллег и других значимых людей. Обсудите, как можно улучшить или расширить эту сеть для получения дополнительной поддержки. Рекомендуйте участие родителей в группах поддержки или терапевтических группах для людей, находящихся в трудных жизненных ситуациях.

«Анализ негативных мыслей». Попросите родителей записывать свои негативные мысли и убеждения о себе и своей ситуации. Затем работайте с ними над тем, чтобы заменить эти мысли более конструктивными и реалистичными.

Данные техники помогут родителям не только справиться с текущими трудностями, но и развить навыки для улучшения своей жизни и отношений с ребенком в будущем.

Как было отмечено ранее, психолого-педагогическая работа с семьей ребенка после возвращения его в биологическую семью не только не прекращается, но и становится особенно важной в этот период. Возвращение ребенка в семью сопровождается адаптационными трудностями как для самого ребенка, так и для его родителей (законных представителей). Поэтому уровень готовности семьи ребенка определяет тип и продолжительность коррекционно-реабилитационного сопровождения.

1. Мониторинговое сопровождение предусматривает минимальное включение специалистов при положительной динамике функционирования семьи. Это



позволяет семье самостоятельно справляться с трудностями, но при этом сохраняется взаимодействие с семьей. Специалист, курирующий семью, посещает ее с периодичностью раз в три месяца.

2. Активное сопровождение семьи предполагает более интенсивное и систематическое участие специалистов, что особенно важно в случаях, когда семья сталкивается с серьезными трудностями или нуждается в постоянной поддержке для достижения положительных изменений. В таком формате сопровождения акцент делается на всестороннюю помощь и контроль за выполнением индивидуального плана. Специалисты посещают семью каждые две недели. Может потребоваться помощь по всем сферам жизнедеятельности: социальная, психологическая, медицинская или педагогическая поддержка.

3. Кризисное сопровождение организуется для семей с отрицательной динамикой, предусматривает оперативное вмешательство. Данный тип сопровождения предполагает систематический мониторинг и постоянный контроль изменений в семье. Анализ индивидуального плана проводится еженедельно. Оценку условий проживания ребенка осуществляет куратор не менее двух раз в месяц.

Таким образом, психолого-педагогическая работа с семьей ребенка, проживающего в ДДИ, предполагает комплексный подход, включающий диагностику и оценку ситуации в семье, повышение компетентности родителей, координацию работы специалистов различных профилей, оказание постоянной психологической и педагогической поддержки семье.



Заключение

Основной контингент воспитанников ДДИ в настоящее время – это дети с выраженными интеллектуальными и тяжелыми множественными нарушениями развития. Задача специалистов заключается в организации и реализации комплексной системы психолого-педагогического сопровождения и образования детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями. Данный подход должен осуществляться в контексте гуманизации образовательного пространства ДДИ, что выдвигает требования к комплексному сопровождению всех субъектов образовательного процесса, к восприятию ребенка с умственной отсталостью как субъекта жизнедеятельности, к пересмотру содержания и структуры воспитательного процесса, к профессионально важным качествам и компетенциям специалистов, к организации предметно-развивающей и здоровьесберегающей среды. В разных уголках Российской Федерации существует большое количество ДДИ, система образования в которых значительно различается в связи с существующими региональными и культурными аспектами, форматами реализации обучения.

В методических рекомендациях представлены нормативно-правовые документы, унифицирующие образование детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями. Приведены общие сведения о структуре образовательного процесса, его особенностях и содержании. Особое внимание уделено содержанию и процессу реализации образовательных областей в зависимости от степени интеллектуального дефекта, таким образом осуществляя дифференцированный подход.

Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста предлагается с учетом принципов субъектности и системности, что позволяет наметить направления и задачи в области коррекционной работы. Кроме того, состояние здоровья и потребности, индивидуально-психологические особенности ребенка должны учитываться при организации медико-профилактического и психолого-педагогического направления здоровьесбережения в дошкольном образовании. Важное направление работы состоит в создании, запуске и реализации развивающей предметно-пространственной среды, обеспечивающей возможности для отдыха и развития ребенка.

Методические рекомендации будут полезны руководителям и специалистам в области психолого-педагогической деятельности (учителям-дефектологам, логопедам, педагогам-психологам, социальным педагогам и воспитателям), участвующим в обучении детей с умственной отсталостью. Методические рекомендации очерчивают профессиональное поле деятельности специалистов, трудовой функционал и компетенции каждого специалиста.

В рекомендациях обоснованы основные принципы работы с семьей ребенка, проживающего в ДДИ, а также описаны психологические техники, направленные на осознание и решение проблем, выявление внутренних и внешних ресурсов и понимание эмоционального состояния родителей.



Перечень сокращений и обозначений

АОП – адаптированная образовательная программа

АОП ДО – адаптированная образовательная программа дошкольного образования

ДДИ – детский дом-интернат

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

РППС – развивающая предметно-пространственная среда

СанПиН – санитарно-эпидемиологические правила и нормы

ФАОП ДО – федеральная адаптированная образовательная программа дошкольного образования

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт



Список литературы

1. Акимова Е.А., Павлова Н.Н. Методические рекомендации по планированию и реализации индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ с учетом его возможностей и потребностей в сохранении и укреплении здоровья (для тьюторов, сопровождающих детей с ОВЗ). – М., 2021. – 48 с.

2. Бруцкая К.А., Лазуренко С.Б. Практики включения родителей и прародителей в образование детей с ОВЗ: отечественный и зарубежный опыт инклюзии // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2022. – № 206. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/praktiki-vklyucheniya-roditeley-i-praroditeley-v-obrazovanie-detey-s-ovz-otchestvennyu-i-zarubezhnyu-opyt-inklyuzii> (дата обращения: 20.10.2024).

3. ГОСТ Р 70499-2022 «Развивающие игровые средства для детей с ограниченными возможностями здоровья. Функциональные требования». – М.: Российский институт стандартизации, 2022. – 15 с.

4. Евтушенко И.В. Методические рекомендации по особенностям организации дополнительного образования детей с ОВЗ и инвалидностью по направленностям дополнительных общеобразовательных программ. – М.: РУДН, 2020. – 86 с.

5. Играя, развиваем: советы родителям детей с ТМНР: методическое пособие / Е.А. Акимова, Н.Н. Павлова. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2022. – 87 с.

6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

7. Лазуренко С.Б., Павлова Н.Н. Организация надомного обучения дошкольников с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР): методическое пособие. – М.: ИНФРА-М, 2021. – 71 с.

8. Мазурчук Е.О. Программа психолого-педагогического сопровождения биологической семьи в условиях реформирования учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Педагогическое образование в России. – 2015. – № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/programma-psihologo-pedagogicheskogo-soprovozhdeniya-biologicheskoy-semi-v-usloviyah-reformirovaniya-uchrezhdeniy-dlya-detey-sirot-i> (дата обращения: 21.08.2024).

9. Николаева Н.А., Семья Г.В., Лашкул М.В. и др. Исследование причин социального сиротства – жизненных ситуаций, которые приводят к попаданию детей в детские учреждения.

URL: <https://fondtimchenko.ru/upload/iblock/795/uu3sw6x0ap0yfjpw072sshbq09it709v.pdf> (дата обращения: 19.09.2024).

10. Письмо Минобрнауки России от 26.05.2014 № ВК-1048/07 «О порядке получения образования воспитанниками детских домов-интернатов». URL: https://rulaws.ru/acts/Pismo-Minobrnauki-Rossii-ot-26.05.2014-N-VK-1048_07/ (дата обращения: 04.09.2024).

11. Письмо Минпросвещения России от 30.12.2022 № АБ-3924/06 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с Методическими рекомендациями «Создание современного инклюзивного образовательного



пространства для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов на базе образовательных организаций, реализующих дополнительные общеобразовательные программы в субъектах Российской Федерации»). URL: https://rulaws.ru/acts/Pismo-Minprosvescheniya-Rossii-ot-30.12.2022-N-AB-3924_06/ (дата обращения: 04.09.2024).

12. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания». URL: https://ds278-krasnoyarsk-r04.gosweb.gosuslugi.ru/netcat_files/19/8/SP123685_21_0.pdf (дата обращения: 15.09.2024).

13. Постановление Правительства РФ от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/70661542/> (дата обращения: 04.09.2024).

14. Приказ Минпросвещения России от 24.11.2022 № 1022 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202301270036> (дата обращения: 18.10.2024).

15. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования». URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/a72db92c851c9f9c33d52d482420b477/download/1253/> (дата обращения: 18.10.2024).

16. Приказ Минтруда России от 24.07.2015 № 514н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)». URL: <https://www.eduprofrb.ru/uploads/documents/docs/n-514n.pdf> (дата обращения: 01.10.2024).

17. Приказ Минтруда России от 30.01.2023 № 53н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области воспитания». URL: <https://www.eduprofrb.ru/uploads/documents/docs/prikaz-mintruda-rossii-ot-30012023-n-53n.pdf> (дата обращения: 15.09.2024).

18. Приказ Минтруда России от 18.10.2013 № 544н (с изм. от 25.12.2014) «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=281205> (дата обращения: 20.09.2024).

19. Приказ Минтруда России № 136н от 13.03.2023 «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-дефектолог». URL: <https://www.eduprofrb.ru/uploads/documents/docs/prikaz-mintruda-rossii-ot-13032023-n-136n.pdf> (дата обращения: 07.10.2024).

20. Приказ Минтруда России от 10.12.2013. № 723 «Об организации работы по межведомственному взаимодействию федеральных государственных учреждений



медико-социальной экспертизы с психолого-медико-педагогическими комиссиями». URL: <https://base.garant.ru/70582748/> (дата обращения: 18.10.2024).

21. Приказ Минтруда России от 3 сентября 2018 года № 572н об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации». URL: <https://docs.cntd.ru/document/551160092> (дата обращения: 19.12. 2024).

22. Приказ Минтруда России от 02.04.2019 № 197н «Об утверждении профессионального стандарта "Инструктор-методист по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту». URL: <https://clck.ru/3FNKob> (дата обращения: 19.12. 2024).

23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 мая 2024 года № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи». URL: <https://docs.cntd.ru/document/1306088802?marker=7DI0KA> (дата обращения: 19.12.2024).

24. Приказ Минпросвещения России от 31.07.2020 № 373 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».

URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=475872> (дата обращения: 15.09.2024).

25. Руководство по физической активности, малоподвижному образу жизни и сну для детей в возрасте до 5 лет. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9789240000070-rus.pdf> (Дата обращения 19.12.2024)]

26. СанПиН 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи». URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/files/news/SP2.4.3648-20_deti.pdf.

27. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 31.07.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.10.2023). Статья 155.1. Устройство детей, оставшихся без попечения родителей, в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 25.09.2024).

28. Стребелева Е.А. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта. – М.: Парадигма, 2012. – 256 с.

29. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения: 01.12.2023).

30. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 01.11.2024).

31. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.



Мероприятия по сохранению и укреплению здоровья

Форма организации	Ответственный	Время проведения	Место проведения
Воздушные закаливающие процедуры	Врач, медсестра, воспитатели (по инструкции врача)	Ежедневно	Группа
Свето-воздушные ванны	Врач, медсестра, воспитатели (по инструкции врача)	Летний период	Игровая площадка
Дыхательная гимнастика	Воспитатели, педагоги дополнительного образования, инструктор АФК	Ежедневно	Группа, спортивный зал
Прогулки	Воспитатели	В соответствии с режимом и погодными условиями	Игровая площадка
Массаж стоп – ходьба босиком по массажным коврикам, ребристым дорожкам	Воспитатели, инструктор АФК	В соответствии с режимом	Группа, спортивный зал, игровая площадка
Режим теплового комфорта выбора одежды для пребывания детей в группе, на физкультурных занятиях, во время прогулок	Воспитатели	Постоянно	Группа, спортивный зал
Режим проветривания	Медсестра, воспитатели	В соответствии с режимом	Группа, спортивный зал
Витаминно-профилактический комплекс	Медсестра	В течение года	Витаминация третьего блюда
Релаксационные паузы (1-3 минуты)	Воспитатели, педагоги дополнительного образования, специалисты психолого-педагогического профиля	По необходимости в течение дня и на занятиях	Группа, кабинеты специалистов психолого-педагогического профиля



Нормативы и требования к организации образовательного процесса [22]

Показатель	Организация, возраст		Норматив
Начало занятий, не ранее	все возрастные группы		8:00
Окончание занятий, не позднее	при реализации образовательных программ дошкольного образования		17:00
	при реализации дополнительных образовательных программ, деятельности кружков (студий), спортивных секций	до 7 лет	19:30
Продолжительность занятия для детей дошкольного возраста, не более	от 1,5 до 3 лет		10 мин
	от 3 до 4 лет		15 мин
	от 4 до 5 лет		20 мин
	от 5 до 6 лет		25 мин
	от 6 до 7 лет		30 мин
Продолжительность дневной суммарной образовательной нагрузки для детей дошкольного возраста, не более	от 1,5 до 3 лет		20 мин
	от 3 до 4 лет		30 мин
	от 4 до 5 лет		40 мин
	от 5 до 6 лет		50 мин или 75 мин при организации 1 занятия после дневного сна
	от 6 до 7 лет		90 мин



Примерный режим дня

Группа	Средняя группа (4-5 лет)	Старшая группа (5-6 лет)	Подготовительная группа (6-7 лет)
Режимные моменты			
Постепенный подъем, зарядка, утренний туалет	07:45 – 08:25	07:45 – 08:25	07:45 – 08:25
Завтрак	08:25 – 08:50	08:25 – 08:50	08:25 – 08:50
Физиопроцедуры, массаж и т. д. (по плану оздоровления)	В течение дня		
Игры, самостоятельная деятельность	08:50 – 09:00	08:50 – 09:00	08:50 – 09:00
Организованная образовательная деятельность, самостоятельная деятельность, игры	09:00 – 10:20	09:00 – 10:20	09:00 – 10:20
Прогулка	10:20 – 11:50	10:20 – 11:50	10:20 – 11:50
Обед	11:50 – 12:30	11:50 – 12:30	11:50 – 12:30
Дневной сон	12:30 – 15:00	12:30 – 15:00	12:30 – 15:00
Постепенный подъем, закаливание (воздушные, водные процедуры), гимнастика)	15:00 – 15:20	15:00 – 15:20	15:00 – 15:20
Полдник	15:20 – 15:45	15:20 – 15:45	15:20 – 15:45
Организованная образовательная деятельность, самостоятельная деятельность, игры	15:45 – 16:40	15:45 – 16:40	15:45 – 16:40
Прогулка	16:40 – 18:15	16:40 – 18:15	16:40 – 18:15
Ужин	18:15 – 18:40	18:15 – 18:40	18:15 – 18:40
Игры, самостоятельная деятельность	18:40 – 20:30	18:40 – 20:30	18:40 – 20:30
Второй ужин	20:30 – 20:40	20:30 – 20:40	20:30 – 20:40
Вечерний туалет	20:40 – 21:00	20:40 – 21:00	20:40 – 21:00
Ночной сон	21:00 – 07:45	21:00 – 07:45	21:00 – 07:45



Требования к микроклимату в организациях воспитания и обучения до 7 лет

Наименование помещения	Допустимая температура воздуха (°С)	Относительная влажность воздуха, %	Скорость движения воздуха, м/с (не более)
Групповая (игровая), игровая комната (помещения), помещения для занятий для детей до 3 лет	22-24	40-60	0,1
Групповая (игровая), игровая комната (помещения), помещения для занятий для детей от 3 до 7 лет	21-24	40-60	0,1
Спальные	19-21	40-60	0,1
Туалетные для детей до 3 лет	22-24	-	0,1
Туалетные для детей от 3 до 7 лет	19-21	-	0,1
Физкультурный зал	19-21	40-60	0,1
Музыкальный зал	19-21	40-60	0,1
Душевая (ванная комната)	24-26	-	0,1
Раздевальная в групповой ячейке	21-24	40-60	0,1
Кабинет для индивидуальных занятий с детьми (логопед, психолог) и (или) кабинет для коррекционно-развивающих занятий с детьми	21-24	40-60	0,1
Прогулочные веранды (не менее)	12	-	-
Отапливаемые переходы (не менее)	15	-	0,1
Дошкольные группы, размещенные в жилых помещениях жилищного фонда	21-24	40-60	0,1



Режим сна и двигательной активности

Показатель	Организация, возраст	Норматив
Продолжительность ночного сна, не менее	1-3 года	12,0 ч
	4-7 лет	11,0 ч
Продолжительность дневного сна, не менее	1-3 года	3,0 ч
	4-7 лет	2,5 ч
Продолжительность прогулок, не менее	для детей до 7 лет	3, ч/день
Суммарный объем двигательной активности, не менее	все возраста	1,0 ч/день
Утренний подъем, не ранее	все возраста	7 ч 00 мин.
Утренняя зарядка, продолжительность, не менее	до 7 лет	10 мин.



Формы двигательной активности детей

Форма организации	Ответственный	Время проведения	Место проведения
Утренняя гимнастика	Воспитатели	Ежедневно утром	Группа
Физкультминутки, в том числе, пальчиковая гимнастика и гимнастика для глаз (2-3 минуты)	Воспитатели, инструктор АФК, специалисты психолого-педагогического профиля, педагоги дополнительного образования	Ежедневно во время непрерывной образовательной деятельности	Группа, спортивный зал, кабинеты специалистов психолого-педагогического профиля
Динамические паузы (5-10 минут)	Воспитатели, специалисты психолого-педагогического профиля, педагоги дополнительного образования	Ежедневно между различными видами образовательной деятельности	Группа, кабинеты специалистов психолого-педагогического профиля
Занятия АФК	Инструктор АФК	По расписанию	Спортивный зал /спортивная площадка, на улице
Самостоятельная двигательная деятельность детей в помещении и на прогулке	Воспитатели (наблюдение, оказание помощи)	Ежедневно	Группа, игровая площадка, спортивный зал
Детские развлечения и физкультурные досуги	Воспитатели, музыкальный руководитель, педагоги дополнительного образования, специалисты психолого-педагогического профиля, инструктор АФК	2 раза в месяц, во второй половине дня	Группа, музыкальный зал, спортивный зал
Физкультурные праздники	Инструктор АФК, музыкальный руководитель	1 раз в квартал	Спортивный зал, на территории ДОО (на улице)
Подвижные игры	Воспитатели, музыкальный руководитель, педагоги дополнительного образования, специалисты психолого-педагогического профиля	Ежедневно	Группа, музыкально-спортивный зал, игровая площадка
Игры с элементами спортивных упражнений и спортивных игр (старший дошкольный возраст)	Воспитатели, инструктор АФК	По календарному плану	Музыкально-спортивный зал, игровая площадка
Дни здоровья	В подготовке сценария и проведении участвуют педагоги ДОО	2 раза в год	Музыкально-спортивный зал, игровая площадка