

**УТВЕРЖДАЮ:**

Муниципальное бюджетное  
дошкольное образовательное  
учреждение «Березовский детский  
сад № 2»

  
Н. В. Юнусова

« 01 » марта 2013 г.

# **ПРОГРАММА**

**ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ И ВЫПОЛНЕНИЕМ САНИТАРНО-  
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ)  
МЕРОПРИЯТИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОМ БЮДЖЕТНОМ  
ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ  
«БЕРЕЗОВСКИЙ ДЕТСКИЙ САД № 2»**

## 1. ВВЕДЕНИЕ

1. Настоящая Программа производственного контроля (далее – Программа) разработана в соответствии с требованиями Санитарных правил СП 1.1.1058–01 "Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий", СП 1.1.2193-07 Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» Изменения и дополнения к СП 1.1.1058-01.

2. Программа разработана с целью обеспечения санитарно-эпидемиологических критериев безопасности условий дошкольного образования детей и производственной среды, что позволит исключить вредное воздействие на здоровье детей и персонала при осуществлении деятельности по их воспитанию, обучению, развитию и оздоровлению (далее – учреждение).

3. Программа предусматривает осуществление мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами (приложение 1) при оказании услуг дошкольного образования и обеспечивает контроль за:

- санитарным состоянием образовательного учреждения;
- условиями труда воспитателей и обслуживающего персонала;
- условиями оказания услуг дошкольного образования;
- условиями оказания услуг общественного питания;
- условиями оказания услуг медицинского обслуживания.

4. Настоящая программа определяет порядок и периодичность производственного контроля в детском дошкольном образовательном учреждении.

5. В основу показателей, подлежащих производственному контролю в учреждении, положены санитарные правила СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».

6. При возникновении ситуаций, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию детей и персонала руководитель разрабатывает соответствующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

7. При изменении вида деятельности в настоящую программу вносятся соответствующие изменения и дополнения.

## 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Юридический адрес учреждения: 662520, Красноярский край, Березовский район, пгт. Березовка, ул. Солнечная, дом 4.

2.2. Фактический адрес учреждения:

662520, Красноярский край, Березовский район, пгт. Березовка, ул. Солнечная, дом 4, корпус А.

662521, Красноярский край, Березовский район, пгт. Березовка, ул. Заводская, дом 57 Г, корпус Б.

2.3. Виды деятельности: дошкольные образовательные услуги по основным и дополнительным образовательным программам, общественное питание и медицинское обслуживание.

2.4. Паспортные данные:

**КОРПУС А:**

учреждение размещается в отдельно стоящем двухэтажном здании, расположенном на отдельном обособленном земельном участке.

На участке учреждения оборудовано три игровых площадки. На игровых площадках имеются песочницы, уголки отдыха, теневые навесы.

В состав здания входят: административные помещения (кабинет заведующей, методический кабинет), гардероб для персонала; прачечная, спальные помещения; 3 групповых помещения, пищеблок, медицинский блок (процедурный кабинет, кабинет врача, изолятор), музыкально-спортивный зал, туалет для персонала, КУИНЫ, складские помещения.

Системы водоснабжения, канализации и теплоснабжения здания централизованные от магистральных сетей пгт. Березовка.

**КОРПУС Б:**

учреждение размещается в отдельно стоящем одноэтажном здании, расположенном на отдельном обособленном земельном участке.

На участке учреждения оборудовано две игровых площадки. На игровых площадках имеются песочницы, уголки отдыха, теневые навесы.

В состав здания входят: административные помещения (кабинет заведующей, методический кабинет), спальные помещения; 2 групповых помещения, пищеблок, кабинет врача, туалет для персонала, складское помещение.

Системы водоснабжения, канализации и теплоснабжения здания централизованные от магистральных сетей пгт. Березовка.

2.5. Штат работников учреждения в себя включает следующие должности: заведующая, заместитель заведующей по АХР, завхоз, старший воспитатель, воспитатель, младший воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по ФК, делопроизводитель, повар, подсобный рабочий, машинист по стирке белья, кастелянша, водитель, кладовщик, дворник, уборщик служебных помещений, сторож.

2.6. Производственный контроль включает мероприятия по визуальной проверке выполнения санитарных правил (приложение 1), а также проведение инструментальных измерений и лабораторных исследований по действующим методам и методикам, утвержденным в установленном порядке (приложение 3).

Визуальный контроль за соблюдением санитарных правил осуществляется руководителем предприятия или ответственными должностными лицами.

Инструментальные измерения факторов внешней среды на рабочих местах работающего персонала, проводятся лицензированными и

аккредитованными в установленном порядке лабораториями.

Лабораторные исследования пищевых продуктов, объектов внешней среды учреждения проводятся лицензированными и аккредитованными в установленном порядке лабораториями при необходимости (по показаниям).

2.7. При получении неудовлетворительных результатов лабораторных исследований и испытаний после устранения выявленных нарушений проводится повторный лабораторный контроль.

2.8. При возникновении ситуаций, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения (приложение 5) администрация предприятия разрабатывает соответствующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

2.9. Результаты визуального контроля, инструментальных измерений и лабораторных исследований регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

2.10. Функции по организации и осуществлению производственного контроля возложены на заведующую.

Отдельные функции согласно должностным инструкциям возлагаются на соответствующих работников.

### **3. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ**

#### **3.1. Контроль санитарного состояния дошкольного учреждения**

3.1.1. Визуальный контроль осуществляется заведующей и предусматривает контроль за:

- контроль наличия официально изданных санитарных правил (приложение № 1) – 1 раз в месяц;
- контроль наличия документов, подтверждающих качество и безопасность (санитарно-эпидемиологических заключений) на мебель, игры и игрушки, издания книжные и журнальные для детей, программы и методики обучения, а также отделочных материалов, применяемых при проведении ремонта – перед использованием;
- контроль наличия и своевременного ведения форм учета и отчетности, связанных с осуществлением деятельности (приложение 2);
- контроль за прохождением предварительных (перед поступлением на работу) медицинских осмотров персоналом учреждения – перед приемом на работу;
- контроль за прохождением периодических медицинских осмотров персоналом учреждения – 1 раз в год;
- контроль за прохождением персоналом профессиональной гигиенической подготовки и аттестации – 1 раз в 2 года, работниками пищеблока 1 раз в год;

- контроль за иммунизацией персонала против дифтерии – ежегодно;
- контроль за иммунизацией персонала против гриппа – ежегодно;
- контроль за наличием профилактических прививок против кори для сотрудников 35 лет и младше – 1 раз в год;
- контроль за иммунизацией медицинских работников против вирусного гепатита «В» – 1 раз в год;
- контроль за прохождением обследования медицинскими работниками на наличие в крови австралийского антигена и анти-ВГС – 1 раз в год;
- контроль за полнотой охвата и своевременностью прохождения персоналом флюорографического обследования – ежегодно.

Результаты проведенного контроля регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

3.1.2. Визуальный контроль осуществляется заместителем заведующей по АХР и предусматривает контроль за:

- личной гигиеной персонала, сменой спецодежды – ежедневно;
- проведением уборки территории – ежедневно: утром за 1-2 ч до прихода детей и по мере загрязнения территории;
- накоплением (не более 2/3 объема каждого мусоросборника) и вывозом на полигон твердых бытовых отходов – по мере накопления;
- проведением после освобождения мусоросборников их очистки и дезинфекции – после удаления мусора;
- проведением дезинфекции площадок для сбора мусора – после вывоза мусора;
- проведением обеззараживания мусора – ежедневно;
- проведением очистки участков игровых площадок после загрязнения механическими примесями – ежедневно;
- сменой песка в песочнице – 1 раз в месяц в летнее время и ежегодно весной полная смена песка;
- предупреждением наличия безнадзорных животных – ежедневно;
- уборкой всех помещений – 2 раза в день, в спальном помещении – после дневного сна, в групповых – после каждого приема пищи;
- проведением генеральной уборки всех помещений и оборудования с применением моющих и дезинфицирующих средств – 1 раз в месяц;
- своевременным устранением выявленных ранее нарушений;
- состоянием внутренней отделки помещений – ежемесячно;
- исправностью систем инженерно-технического обеспечения (водоснабжение, канализация, отопление, вентиляция) – ежемесячно;
- исправностью санитарно-технического оборудования – ежемесячно;
- исправностью систем освещения и укомплектованностью осветительными приборами – ежемесячно;
- целостностью оконного остекления, его санитарным состоянием – ежемесячно;
- обеспеченностью необходимым оборудованием – ежемесячно;
- исправностью оборудования, мебели, инвентаря – ежемесячно;

- проведением уборки всех помещений с применением моющих средств, включая мытье ручек дверей, шкафов, а также подоконников, выключателей, жесткой мебели и мест скопления пыли (полы у плинтусов и под мебелью, радиаторы, арматура осветительных приборов, вентиляционные решетки) – 2 раза в день при открытых фрамугах или окнах;

- проведением уборки с применением дезинфицирующих средств санитарных узлов, медицинских помещений – ежедневно;

- проведением влажной уборки теплой водой с применением мыла сидений на унитазах, ручек сливных бачков и ручек дверей – ежедневно;

- проведением мойки горшков с применением моющих средств – после каждого использования;

- проведением чистки раковин, унитазов с применением моющих и дезинфицирующих средств – 2 раза в день;

- удалением мочекислых солей в унитазах – 1 раз в неделю;

- проведением чистки и уборки с помощью пылесосов ковров – ежедневно;

- очисткой стекол, рам и оконных проемов – 2 раза в год (весна, осень), а также по мере загрязнения;

- температурой воздуха в помещениях – ежедневно;

- проветриванием помещений для детей – сквозным проветриванием – через каждые 1,5 часа, не менее 10 мин.;

- температурой воды в умывальниках – 1 раз в месяц;

- мытьем игрушек – при каждом приобретении и в дальнейшем – ежедневно в конце дня, в ясельной группе – 2 раза в день;

- маркировкой постельного белья – 1 раз в 7 дней;

- сменой постельного белья, полотенец – 1 раз в 7 дней и по мере загрязнения;

- качеством используемых моющих и дезинфицирующих средств, их хранением, приготовлением рабочих растворов – ежедневно;

- организацией и проведением дератизационных и дезинсекционных мероприятий – 1 раз в месяц.

Результаты проведенного контроля ежедневно регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

3.1.2. Контроль за санитарной обработкой организует заместитель заведующей по АХР в соответствии с табл. 1.

**Таблица 1**

**Контроль санитарной обработки помещений**

Объект	Мероприятие	Кратность проведения мероприятий
Внутренние стены, двери помещений	Очистка, мытье теплой водой или моющими растворами, споласкивание	1 раз в месяц
Окна	Мытье теплой водой или	Не реже 2 раз в год

Объект	Мероприятие	Кратность проведения мероприятий
	моющими растворами	
Пол	Мытье теплой водой или моющими растворами	2 раза в день
Места временного хранения отходов и емкости для их хранения	Мытье теплой водой с моющими растворами	Ежедневно

### 3.2. Контроль за условиями дошкольного образования

3.2.1. Визуальный контроль осуществляется заведующей и предусматривает контроль за:

- наличием официально изданных санитарных правил (приложение № 1) – 1 раз в год;
- наличием и своевременным ведением форм учета и отчетности, связанных с осуществлением деятельности (приложение 2) – ежедневно;
- проверку документов, подтверждающих качество и безопасность учебных изданий, программ обучения, мебели, технических средств обучения (при приобретении) и отделочных материалов, применяемых при проведении ремонта (санитарно-эпидемиологические заключения) – 1 раз в месяц;
- проверку правильности расстановки оборудования и технических средств обучения – 2 раза в год;
- проверку соответствия мебели росту, возрасту и учебному процессу – 1 раз в год.

Результаты проведенного контроля ежедневно регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

3.2.2. Производственный контроль за проведением мероприятий по укреплению и сохранению здоровья детей осуществляется медицинской сестрой и предусматривает:

- контроль за проведением систематического наблюдения за состоянием здоровья детей – ежедневно;
- контроль за режимом дня детей, организацией всех видов деятельности, осуществлением оздоровительных и профилактических мероприятий – ежедневно;
- контроль за организацией физвоспитания, закаливания, гигиенического обучения детей – ежедневно;
- организацию проведение медицинских осмотров детей декретированных возрастов в соответствии с действующими приказами Министерства здравоохранения РФ, с доврачебным, педиатрическим и специализированным этапами – 1 раз в год;
- контроль за оценкой физического развития детей – 2 раза в год;

- проведение мероприятий, направленных на комплексное оздоровление детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья – в соответствии с утвержденным планом – ежедневно.

Результаты проведенного контроля ежедневно регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

3.2.3. Производственный контроль факторов среды пребывания детей и производственной среды, проводимый с применением лабораторных исследований и инструментальных измерений, организует и контролирует заместитель заведующей по АХР в соответствии с требованиями табл. 2, 3.

**Таблица 2**

**Инструментальный и лабораторный контроль факторов окружающей среды на участке и в помещениях для детей**

Рабочее место и место отбора проб, проведения измерений	Фактор окружающей среды	Периодичность контроля	Методы исследования*
Песок песочниц	Яйца и личинки гельминтов, опасных для человека	1 раз в месяц в теплое время	Приложение 4
Помещения игровых комнат, спален, музыкального зала	Естественная освещенность** Искусственная освещенность** Показатель дискомфорта Коэффициент пульсации освещенности	1 раз в год	Приложение 4
Помещения игровых комнат, спален, музыкального зала, приемных, туалетных с умывальными	Микроклимат***	1 раз в 6 месяцев (в теплый и холодный периоды года)	Приложение 4

Примечания: \* номер методики контроля приведен в приложении 4.

\*\* при контроле освещенности проводится измерение естественной, искусственной освещенности и коэффициента пульсации;

\*\*\* при исследовании микроклимата производится измерение температуры, относительной влажности и скорости движения воздуха; измерение проводят в теплый и холодный периоды года.

Таблица 3

Точка проведения измерений	Производственный фактор	Периодичность контроля	Методика контроля*
Рабочее место повара (одно, у холодильников)	Шум	1 раз в год	Приложение 4
Кабинет заведующей, методический кабинет, кабинет психолога	Естественная освещенность**	1 раз в год	Приложение 4
	Искусственная освещенность** Показатель дискомфорта	1 раз в год	Приложение 4
	Коэффициент пульсации освещенности	1 раз в год	Приложение 4
	Микроклимат***	1 раз в 6 месяцев (в теплый и холодный периоды года)	Приложение 4
Кабинет заведующей, методический кабинет, кабинет психолога	Аэроионный состав воздуха	1 раз в год	Приложение 4
	Напряженность электромагнитного поля; напряженность электростатического поля; плотность магнитного потока	1 раз в год	Приложение 4
	Визуальные параметры: яркость белого поля, неравномерность яркости рабочего стола, контрастность, временная и пространственная нестабиль-	1 раз в год	Приложение 4

	ность изображения		
Условия труда на рабочем месте	Физиологоэргонические исследования (физические, динамические нагрузки, масса поднимаемого и перемещаемого груза вручную, стереотипные рабочие движения, статические нагрузки, рабочая поза, перемещение в пространстве, интеллектуальные нагрузки, сенсорные нагрузки, эмоциональные нагрузки, монотонность нагрузок, режим работы)	При вводе в эксплуатацию и при вводе нового технологического оборудования  При аттестации рабочих мест 1 раз в 5 лет	Приложение 4

Примечания: \* номер методики контроля приведен в приложении 4.

\*\* при контроле освещенности проводится измерение естественной, искусственной освещенности и коэффициента пульсации;

\*\*\* при исследовании микроклимата производится измерение температуры, относительной влажности и скорости движения воздуха; измерение проводят в теплый и холодный периоды года.

### **3.3. Контроль за условиями транспортировки, хранения продуктов, приготовлением и реализацией готовых блюд**

3.3.1. Визуальный контроль за условиями транспортировки, хранения продуктов, приготовлением и реализацией готовых блюд на пищеблоке осуществляется поваром, завхозом и медицинской сестрой и предусматривает:

- проверку сопроводительных документов на пищевые продукты, подтверждающих их происхождение, удостоверяющих качество и безопасность для здоровья человека – при поступлении;

- проверку наличия этикеток (ярлыки) на транспортной и потребительской таре, идентификацию пищевых продуктов – при приеме и до конца реализации;
- контроль за проведением бракеража поступающей продукции с записью в специальном журнале – по мере поступления продуктов питания;
- оценку качества и безопасности пищевых продуктов (внешний вид, органолептические показатели) – ежедневно;
- проверку условий, сроков хранения и реализации продуктов в соответствии с требованиями нормативной документацией – ежедневно;
- проверку температурных режимов при хранении, изготовлении, реализации продукции, мытье посуды, кухонного инвентаря – ежедневно;
- контроль за холодной обработкой продуктового сырья, приготовлением полуфабрикатов, технологией приготовления блюд – ежедневно;
- контроль за мытьем кухонной и столовой посуды на пищеблоке, хранением чистой посуды, инвентаря – ежедневно;
- контроль за качеством кухонной посуды – 1 раз в день;
- контроль за соблюдением правил хранения посуды в моечной – ежедневно;
- контроль за проведением влажной уборки помещений: мытьем полов, обметанием паутины, удалением пыли, протиранием радиаторов, подоконников – ежедневно;
- контроль за проведением влажной уборки пищеблока: мытьем стен, осветительной арматуры, очисткой стекол от пыли и копоти – еженедельно;
- контроль за маркировкой разделочных досок, ножей – 1 раз в день;
- контроль за сбором и хранением пищевых отходов – ежедневно;
- контроль наличия санитарного паспорта на транспорт, занятый перевозкой пищевых продуктов – ежедневно.

Таблица 4

## Температурные режимы, подлежащие контролю

Объект исследования	Точки контроля	Регламентируемые режимы	Кратность контроля
Температура воздуха	Холодильники для гастрономической продукции, молока	2 + 6 град. С	Ежедневно
Температура воздуха	Холодильники для закусок, салатов	2 + 6 град. С	Ежедневно
Температура воздуха	Холодильник для рыбы	0 – 2 град. С	Ежедневно
Температура воздуха	Холодильник для сырково-творожных изделий	0 + 2 град. С	Ежедневно
Вода	Ванны для мытья	В первой - 40	Каждую

Объект исследования	Точки контроля	Регламентируемые режимы	Кратность контроля
	стаканов, кружек, столовых приборов	град. С, во второй – 65 град. С	мойку
Вода	Ванны для столовой посуды	В первой - 40 град. С, во второй - 65 град. С	Каждую мойку
Вода	Ванны для мытья кухонной посуды	40 град. С в первой ванне, во второй - 65 град. С	Каждую мойку

### 3.4. Контроль санитарного состояния пищеблока

3.4.1. Визуальный контроль за помещениями пищеблока осуществляется поваром и предусматривает контроль за:

- проведением генеральной уборки всех помещений пищеблока, включающую мытье полов, стен, дверей, окон, осветительной арматуры, очистку стекол от пыли и копоти, вентиляционных коробов с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных в установленном порядке – 1 раз в месяц;
- проведением уборки помещений пищеблока влажным способом с применением моющих средств, разрешенных в установленном порядке - ежедневно;
- проведением уборки влажным способом столов, производственных помещений, оборудования и инвентаря с применением моющих средств, разрешенными в установленном порядке – после каждого приема пищи;
- качеством используемых моющих и дезинфицирующих средств, режима их хранения и приготовления рабочих растворов;
- организацией и проведением дератизационных мероприятий – 1 раз в месяц;
- организацией и проведением дезинсекционных мероприятий – по мере необходимости;
- проведением засетчивания окон (при необходимости дверей) в помещениях пищеблока.

### 3.5. Производственный контроль за организацией питания

3.5.1. Производственный контроль за организацией питания осуществляет медицинский работник и предусматривает:

- контроль за наличием разработанного в соответствии с физиологическими потребностями детей 10-ти дневного примерного циклического меню – 1 раз в год;
- контроль за организацией полноценного, разнообразного питания, соблюдением 10-дневного циклического меню, контроль за составлением меню-требование – ежедневно;
- контроль за выполнением официально установленных норм питания – 1 раз в месяц;
- контроль за наличием разработанных технологических карт (рецептур блюд) – 1 раз в месяц;
- контроль за реализацией примерного циклического меню – ежедневно;
- контроль за соблюдением технологии приготовления блюд в соответствии с технологическими картами (рецептурами) – ежедневно;
- контроль за использованием йодированной соли – ежедневно;
- контроль за проведением «С» - витаминизацией третьих блюд – ежедневно;
- контроль за органолептическими показателями готовых блюд путем снятия пробы готовой пищи с обязательной отметкой вкусовых качеств и готовности с последующей отметкой в бракеражном журнале готовых блюд – ежедневно, перед раздачей;
- контроль за весом порционных блюд с последующей записью в бракеражном журнале готовых блюд – ежедневно;
- контроль за соблюдением калорийности и химического состава пищевого рациона (белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные вещества) – 1 раз в 10 дней;
- контроль наличия рабочих растворов дез средств на пищеблоке, соблюдения правил мытья и дезинфекции посуды на пищеблоке, в групповых – ежедневно;
- осмотром зева и открытых поверхностей тела работников пищеблока на наличие гнойничковых заболеваний – ежедневно.

Результаты проведенного контроля ежедневно регистрируются в специальных журналах (приложение 2).

### **3.6. Лабораторный контроль за организацией питания детей**

3.6.1. Лабораторный контроль за организацией питания предусматривает выборочные исследования кулинарной продукции по показателям безопасности и качества питьевой воды с целью контроля возможного загрязнения готовых блюд в процессе их приготовления и реализации.

3.6.2. Производственный лабораторный контроль за приготовлением и реализацией готовых блюд на пищеблоке организует повар в соответствии с табл. 5.

Таблица 5

Номенклатура, объем и периодичность проведения  
лабораторных исследований

Вид исследований	Объект исследования	Методы исследования*	Количество, не менее	Кратность, не реже
Микробиологические исследования проб готовых блюд на соответствие гигиеническим требованиям	Салаты, сладкие блюда, напитки, вторые блюда, гарниры, соусы, творожные, яичные, овощные блюда	Приложение 4	2-3 блюда исследуемого приема пищи	1 раз в квартал
Калорийность, выход блюд и соответствие химического состава блюд рецептуре	Суточный рацион питания	Приложение 4	1	1 раз в год
Контроль проводимой витаминизации блюд	Третьи и сладкие блюда	Приложение 4	1 блюдо	2 раза в год
Микробиологические исследования смывов на наличие санитарно-показательной флоры (БГКП)	Объекты производственного окружения, руки и спецодежда персонала	Приложение 4	10 смывов	1 раз в год
Микробиологические исследования смывов на наличие возбудителей иерсиниозов	Оборудование, инвентарь склада хранения овощей, зоне обработки овощей	Приложение 4	5-10 смывов	1 раз в год

Исследования смывов на наличие яиц гельминтов	Оборудование, инвентарь, руки и спецодежда персонала, сырые пищевые продукты (рыба, мясо, зелень)	Приложение 4	10 смывов	1 раз в год
Исследования проб питьевой воды на соответствие гигиенических требований по санитарно-химическим и микробиологическим показателям	Питьевая вода из разводящей сети помещений: моечных столовой и кухонной посуды; зоне овощного, холодного, горячего цехов	Приложение 4	2 пробы	По санитарно-химическим показателям – 1 раз в год, по микробиологическим показателям – 2 раза в год

Примечание: \* методы контроля изложены в приложении 4.

### **3.7. Производственный контроль за условиями труда на пищеблоке**

3.7.1. Производственный контроль за условиями труда работников пищеблока осуществляется мед.сестрой и предусматривает:

- контроль за обеспечением работающих мылом, полотенцами, туалетной бумагой – ежедневно;
- контроль за работой вентиляционной системы в горячем цехе – ежедневно;
- контроль за оборудованием рабочих мест повара, кухонного работника соответствующими столами, тепловым, технологическим оборудованием – ежедневно;
- контроль за очисткой нагревательных приборов от пыли и загрязнений – ежедневно;
- контроль за очисткой остекленных поверхностей окон, осветительных приборов и арматуры – ежедневно;
- контроль за проведением шумозащитных мероприятий (креплением, смазкой движущихся частей машин, механизмов, своевременным устранением неисправностей) – ежедневно;
- контроль за прохождением предварительных медицинских осмотров работниками пищеблока – перед приемом на работу;
- контроль за прохождением периодических медицинских осмотров работниками пищеблока – 2 раза в год;

- контроль за наличием в личных медицинских книжках работников пищеблока сведений о профилактических прививках против дифтерии, для работников до 35 лет включительно сведений о прививках против кори – 1 раз в год;

- контроль за полнотой охвата и своевременностью прохождения персоналом флюорографического обследования – ежегодно;

- прохождением профессиональной гигиенической подготовки работниками пищеблока – 1 раз в год;

- контроль за прохождением медицинских осмотров работниками, чья деятельность связана с вредными условиями труда – 1 раз в год.

3.7.2. Производственный лабораторный контроль факторов производственной среды организует заведующей в соответствии с табл. 6.

**Таблица 6**

Перечень и периодичность инструментальных измерений  
производственных факторов на пищеблоке

Объекты исследований	Контролируемые показатели	Периодичность контроля	Методика контроля*
Рабочие места, в том числе: повар, кухонный работник	Уровни искусственной освещенности	1 раз в год	Приложение 4
	Параметры микроклимата**	1 раз в 6 месяцев (в теплый и холодный периоды года)	Приложение 4
Рабочее место, в том числе: повара	Уровень шума	1 раз в год, а также после реконструкции систем вентиляции, ремонта оборудования, являющегося источником шума	Приложение 4

### 3.8. Контроль за условиями труда персонала

3.8.1. Производственный контроль за условиями труда осуществляется заместителем заведующей по АХР и предусматривает контроль за:

- исправностью систем отопления, электроснабжения – ежедневно;
- соответствием систем освещения принятому технологическому процессу, исправности и укомплектованности осветительных приборов лампами – ежедневно;
- исправностью систем водообеспечения и удаления сточных вод – ежедневно;
- безопасностью рабочих проходов – ежедневно;
- своевременностью удаления отходов производства – ежедневно;
- качеством уборки помещений – ежедневно;
- обеспеченностью работников средствами личной гигиены – 1 раз в неделю;
- своевременное устранение выявленных ранее нарушений;
- обеспечением персонала, занятого приемом, выдачей, сортировкой чистого белья санитарной одеждой – 1 раз в месяц;
- обеспечением персонала, занятого медицинским обслуживанием детей санитарной одеждой – 1 раз в месяц;
- обеспечением персонала пищеблока санитарной одеждой – 1 раз в месяц;
- обеспечением обслуживающего персонала санитарной одеждой – 1 раз в месяц;
- своевременной сменой персоналом санитарной одежды – ежедневно.

## Приложение 1

### Перечень официально изданных санитарных правил

1. СанПиН 2.4.1.2660-10 «санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».
2. СП 1.1.1058-01 Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
3. СП 1.1.2193-07 Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» Изменения и дополнения к СП 1.1.1058-01.
4. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».
5. СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности пищевых продуктов» с дополнениями и изменениями.
6. СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».
7. Санитарные правила содержания территорий населенных мест, утв. 5 августа 1988 г. № 4690-88.
8. СП 3.1.094-96 «Иерсиниозы».
9. СП 3.5.3.1129-02 «Дератизация. Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации».
10. СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих».
11. СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».
12. СП 3.1.2.1108-02 «Профилактика дифтерии».
13. СП 3.1.2.1176-02 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».
14. СП 3.1.1117-02 «Профилактика острых кишечных инфекции».
15. СП 3.1.1295-03 «Профилактика туберкулеза».
16. СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».
17. СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В».
18. СП 3.2.1317-03 «Профилактика энтеробиоза».
19. СП 3.1.2.1319-03 «Профилактика гриппа».
20. СП 3.1.2.1382-03 «Профилактика гриппа. Дополнения и изменения к СП 3.1.2.1319-03».
21. СанПиН 2.2.4.548-96 Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений.

22. СанПиН 2.2.1./2.1.1.1278-03 Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий.

23. СанПиН 2.2.1./2.1.1.2585-10 «Изменение и дополнение № 1 к СанПиН 2.2.1./2.1.1.1278-03».

24. Федеральные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03».

25. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.2.2./2.4.2198-07 Изменение № 1 к СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».

26. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.2.2./2.4.2620-10 Изменение № 2 к СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».

27. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.2.2./2.4.2732-10 Изменение № 3 к СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».

28. Федеральные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Гигиенические требования к аэроионному составу воздуха производственных и общественных помещений. СанПиН 2.2.4.1294-03».

29. Федеральные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Гигиенические требования к условиям труда женщин. СанПиН 2.2.0.555-96».

30. СанПиН 2.2.4.1294-03 Гигиенические требования к аэроионному составу воздуха производственных и общественных помещений.

31. СП 4607-88 «Санитарные правила при работе с ртутью, ее соединениями и приборами с ртутным наполнением».

32. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

33. Федеральные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. СанПиН 2.1.4.1074-01».

34. Федеральные санитарные нормы «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки. СН 2.2.4/2.1.8.562-96».

35. Приказ Минздрава России от 16.08.2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические осмотры (обследования) и порядка проведения этих осмотров (обследований)».

36. Приказ № 569 от 31.08.07 г. «Порядок проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Перечень форм учета и отчетности, связанных с осуществлением  
производственного контроля**

1. Журнал учета мероприятий по контролю.
2. Личные медицинские книжки на каждого работника установленного образца.
3. Журнал учета прохождения медицинского осмотра и гигиенической подготовки персонала.
4. Журнал учета аварийных ситуаций.
5. Циклическое меню с рационами питания, технологические карточки рецептов готовых блюд.
6. Журнал бракеража готовой кулинарной продукции.
7. Журнал бракеража продовольственного сырья и пищевых продуктов.
8. Журнал осмотра персонала на гнойничковые и острые респираторные заболевания.
9. Протоколы исследований параметров микроклимата и искусственной освещенности, шума, вибрации, вредных веществ в воздухе на рабочих местах.
10. Журнал регистрации исследованных образцов пищевых продуктов с приложением протоколов исследований и принятых мер по продукции, несоответствующей гигиеническим требованиям.
11. Примерное 10 дневное циклическое меню с технологическими картами.
12. Журнал контроля за проведением С-витаминизации третьих блюд.
13. Документы, подтверждающие происхождение, качество и безопасность пищевых продуктов: сертификаты соответствия, ветеринарные свидетельства, санитарно-эпидемиологические заключения, качественные удостоверения.
14. Контингент лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, согласно ст. 32 Закона РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и приказа МЗ РФ № 83 от 16.08.04г.
15. Акт заключительной комиссии по результатам профилактического осмотра работающих во вредных и опасных условиях труда.
16. Журнал осмотра детей на педикулез, чесотку.
17. Учетная форма профилактических прививок на каждого ребенка (ф.063-у).
18. Бланк экстренных извещений (Ф-58/у).
19. История развития ребенка (ф.026/у).

**Перечень должностей работников, подлежащих медицинским осмотрам**

Должность	Периодичность
<b>Перечень должностей работников, подлежащих медицинским осмотрам</b>	
Заведующая, заместитель заведующей по АХР, старший воспитатель, воспитатель, младший воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по ФК, педагог-психолог, делопроизводитель, машинист по стирке белья, кастелянша, обслуживающий здания, водитель, кладовщик, дворник, уборщик служебных помещений, сторож.	Перед устройством на работу и в дальнейшем 1 раз в год
Работники пищеблока (повар, подсобный рабочий)	Перед устройством на работу и в дальнейшем 1 раз в год
<b>Перечень должностей работников, подлежащих профессиональной гигиенической подготовке и аттестации</b>	
Заведующая	1 раз в год
Заместитель заведующей по АХР, старший воспитатель, воспитатель, младший воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по ФК, делопроизводитель, машинист по стирке белья, кастелянша, кладовщик, уборщик служебных помещений.	1 раз в 2 года
Работники пищеблока (повар, подсобный рабочий)	1 раз в год

**Список  
методов инструментальных и лабораторных исследований**

1. Методические указания МУ 2.2.4.706-98/МУ ОТМО1-98 «Оценка освещенности рабочих мест».
2. Здания и сооружения. Методы измерения освещенности. ГОСТ 24940-96. – М.: Издательство стандартов, 1997. С. 25.
3. Физические факторы производственной среды. Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений. СанПиН 2.2.4.548-96. – М.: Информационно-издательский центр Минздрава России, 1997. С. 20.
4. Методические указания «Санитарно-гигиенический контроль систем вентиляции производственных помещений» № 4425-87. – М.: Минздрав СССР, 1987. С. 21 – 39.
5. «Методические указания на фотометрическое определение озона в воздухе», утв. Зам. главного государственного санитарного врача СССР № 1639—77 от 18 апреля 1977 г.
6. «Анализатор газортутный переносной АГП-01. Техническое описание и инструкция по эксплуатации. АХЖ 2.840.000 ТО», утв. Главным инженером Опытного-экспериментального завода скважинной геофизической аппаратуры.
7. ГОСТ 10444.15-94 «Продукты пищевые. Методы определения количества мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов».
8. ГОСТ Р 50474-93 «Продукты пищевые. Методы выявления и определения количества бактерий группы кишечных палочек (колиформных бактерий)».
9. ГОСТ 30726-2001 «Продукты пищевые. Метод выявления и определения количества *Escherichia coli*».
10. ГОСТ 10444.2-94 «Продукты пищевые. Методы выявления и определения количества *Staphylococcus aureus*».
11. ГОСТ 28560-90 «Продукты пищевые. Метод выявления бактерий родов *Proteus*, *Morganella*, *Providencia*».
12. ГОСТ Р 50480–93 «Продукты пищевые. Методы выявления бактерий рода сальмонелл».
13. МУ МЗ СССР № 4237-86 «Методические указания по гигиеническому контролю за питанием в организованных коллективах».
14. Инструктивно-методические материалы по гигиене питания. МЗ РСФСР, 1978.
15. МУ 2657-82 «Методические указания по санитарно-бактериологическому контролю на предприятиях общественного питания и торговли пищевыми продуктами».
16. Методические рекомендации по лабораторной диагностике псевдотуберкулеза.

17. МУК 4.2.796-99 «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований».

18. ГОСТ 3351-74. «Вода питьевая. Методы определения вкуса, запаха, цветности и мутности».

19. ГОСТ 18164-72 «Вода питьевая. Метод определения содержания сухого остатка».

20. ГОСТ 4151-72 «Вода питьевая. Метод определения общей жесткости».

21. ИСО 8467 «Вода. Контроль химической, бактериальной и радиационной безопасности по международным стандартам».

22. ГОСТ Р 23950-80 «Вода питьевая. Метод определения массовой концентрации стронция».

23. ИСО 10523 «Качество воды. Определение водородного показателя».

24. МУК 4.2.1018-01 «Санитарно-микробиологический анализ питьевой воды».

25. Система стандартов безопасности труда. Методы измерения шума на рабочих местах. ГОСТ 12.1.050-86. – М.: Издательство стандартов, 1986.–18с.

26. Методические указания по проведению измерений и гигиенической оценки шумов на рабочих местах. МУ МЗ СССР №1844-78. – М.: Минздрав.

**Перечень возможных аварийных ситуаций, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию**

1. Авария на системе водоснабжения, электроснабжения, канализации.
2. Отключение отопления в отопительный период года.

## ДЕТИ С ОВЗ ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения России находится в критическом состоянии. Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют о кризисном состоянии здоровья у представителей всех возрастных групп, особенно у детей. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями. С конца XX столетия частота детской инвалидности в нашей стране увеличилась в 2 раза и по разным данным составляет от 6 до 9%. При сохранении этой тенденции прогноз будущего для населения нашей страны крайне пессимистичен. Для того, чтобы человек с ограниченными возможностями почувствовал себя полноценным членом общества необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные со здоровыми людьми возможности участия в жизни общества [12].

Если общество оставляет инвалида вне своего внимания и заботы, то он целиком попадает во власть физических недугов, они определяют его характер, его отношения с людьми, собственное семейное положение, уровень его образования, карьеру. Вообще весь жизненный путь и даже длину этого пути. Если же социум берет человека под свою опеку, то влияние инвалидности отступает на второй или даже третий план.

Современное российское образование, формирующее определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями, имеет гуманистическую направленность. Создается и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов и т.д. Тем не менее, эта проблема остается актуальной.

Значительная часть детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу.

В связи с актуальностью исследования цель исследования: изучение психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детского Дома – интерната)

Объект исследования: дети с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детского Дома – интерната)

Задачи исследования:

Рассмотреть теоретические аспекты исследования проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья.

Раскрыть психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Подобрать диагностический инструментарий для исследования психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

В ходе экспериментального исследования выявить психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Описать специфику организации коррекционно–развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями в условиях дома – интерната

Методы исследования:

Анализ психолого–педагогической литературы.

Эмпирические методы: констатирующий эксперимент, наблюдение (методики «Разрезные картинки», «Серия сюжетных картинок»)

Методы количественной и качественной обработки результатов.

Практическая значимость определяется тем, что данные исследования могут быть использованы воспитателями, педагогами, психологами и родителями для организации психологической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, теоретические положения, представленные в работе, могут использоваться студентами при подготовке к курсовым, выпускным квалификационным исследованиям, семинарским

занятиям.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, включающего 24 наименования, 3 приложений. Общий объем работы – 50 страниц.

## 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Дети с ограниченными возможностями здоровья: понятие, классификации

На современном этапе развития общества обозначилась реальная тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья.

Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [4].

Современный взгляд на процесс развития психики сложился в трудах отечественных психологов Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева. Опираясь на теоретические и экспериментальные исследования, они установили, что психика человека, в отличие от индивидуального развития психики животного в онтогенезе, имеет свои специфические особенности и условия развития. В процессе развития психики животного основное значение имеет проявление двух форм опыта: видового — передаваемого генетически и индивидуального — приобретаемого на основе научения. В развитии психики ребенка, наряду с названными видами опыта, возникает и начинает играть ведущую роль особая форма опыта — социальный опыт, воплощенный в продуктах материального и духовного производства, который усваивается ребенком на протяжении всего детства [цит. по:15].

На современном этапе развития общества обозначилась реальная тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилось число детей с ограниченными возможностями здоровья. Отмеченная тенденция социально обусловлена и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экономическое положение в обществе, наследственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении [17].

Наиболее распространенными в современной психолого-педагогической и медико-социальной литературе являются понятия «дети с особенностями развития» и «дети с ограниченными возможностями». Их преимущественное

употребление вызвано тем, что эти понятия отражают состояние детей как исходное положение, определяющее круг проблем независимо от состояния общества и среды, которое может только расширить этот круг.

Использование термина «дети с особенностями развития» основано на абстрагировании от человека — от конкретного индивида с некоторыми особенностями, присущими только ему, от особенного человека (тогда как говоря об отклонениях отталкиваются от нормы, а понятие нормы в ряде случаев условно и относительно). Данные понятия, кроме того, определяют лично-ориентированное направление реабилитации, при которой особенности могут перерасти в своеобразие и неповторимость конкретного человека. Дети с особенностями развития — это дети, имеющие значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания [5].

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным [8].

По мнению Т.В. Егоровой дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [9].

Таким образом, в качестве универсального, собирательного, применяемого в широком смысле термина, обозначающего недостаток физической или психической сферы человека, сегодня принят термин ограничение (возможностей), в англоамериканской профессиональной речевой среде — *handicap* (ограничение, препятствие). Понятие ограничения рассматривается с разных точек зрения и соответственно по-разному обозначается в разных профессиональных сферах, имеющих отношение к человеку с нарушенным развитием: в медицине, социологии, сфере социального права, педагогике, психологии. В соответствии с этим, понятие «дети с ограниченными возможностями» позволяет рассматривать данную категорию лиц как имеющих функциональные ограничения, неспособных к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе [3].

Дети с отклонениями в развитии оказываются лишены доступных их здоровым

сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, дети не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сферы досягаемости. Они также лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Нарушение, недостаток развития может возникнуть внезапно после несчастного случая, болезни, а может развиваться и усиливаться на протяжении длительного времени, например, вследствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, вследствие длительно текущего хронического заболевания. Недостаток, нарушение могут устраняться (полностью или частично) медицинскими и (или) психолого-педагогическими, социальными средствами или уменьшаться в своем проявлении [9].

В соответствии с разными профессиональными подходами к данному предмету и разными основаниями для систематики существуют разные классификации. Наиболее распространенными основаниями являются следующие:

- причины нарушений;
- виды нарушений с последующей конкретизацией их характера;
- последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни.

Так, в классификации А.Р. Маллера, основой которой является характер нарушения, недостатка, различают следующие категории лиц с ограниченными возможностями:

- глухие;
- слабослышащие;
- позднооглохшие;
- незрячие;
- слабовидящие;
- лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- лица с нарушением интеллекта;

- дети с задержкой психического развития (труднообучаемые);
- лица с тяжелыми нарушениями речи;
- лица со сложными недостатками развития [13].

Т.В. Егорова дает более обобщенную классификацию, в основе которой лежит группировка указанных выше категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма:

- телесные (соматические) нарушения (опорно-двигательный аппарат, хронические заболевания);
- сенсорные нарушения (слух, зрение);
- нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения) [8].

М. Варнок предложил классификацию, в которой указаны не только нарушенные сферы организма и функций человека, но и степень их поражения. Это позволяет не только более тонко дифференцировать различные категории лиц с ограниченными возможностями, но и на основе этой классификации более точно определять характер и объем особых образовательных и социальных потребностей каждого конкретного человека с проблемами в развитии [цит. по:7].

Исходя из этой классификации, можно с достаточно большой долей вероятности определить социально-значимые особые потребности того или иного человека с ограниченными возможностями и, соответственно, направления социальной реабилитации: ориентировка в окружающей физической и социальной среде, физическая независимость, подвижность, возможность различных видов деятельности, возможность занятости, возможность социальной интеграции и социально-экономической независимости.

К основным категориям детей, имеющим психическую патологию, относят:

- детей с умственной отсталостью;
- детей с эндогенными психическими заболеваниями;
- детей с реактивными состояниями, конфликтными переживаниями, астениями;
- детей с признаками задержки психического развития;

- детей с признаками психопатии.

Названные психические патологии у детей и подростков в зависимости от причин возникновения и тяжести проявления дефекта по-разному отражаются на формировании социальных отношений, познавательных возможностей, трудовой деятельности и по-разному сказываются на развитии личности [14].

Т.А. Власова и М.С. Певзнер представляют следующие категории:

- 1) дети с отклонениями в развитии, вызванными с органическими нарушениями ЦНС;
- 2) дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью ЦНС;
- 3) дети с отклонениями в связи с депривационными ситуациями [цит. по:19].

Еще одна классификация предложена В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым:

- 1) дети с сенсорными нарушениями (зрения и слуха);
- 2) дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость и задержка психического развития);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 5) дети с комплексными, комбинированными расстройствами;
- 6) дети с искаженным (дисгармоничным) развитием [цит. по:19].

Г.Н. Коберник и В.Н. Синев выделяют похожую классификацию, выделяя следующие группы:

- 1) дети со стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) дети со стойкими нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы;
- 4) дети с тяжелыми речевыми нарушениями;

- 5) дети с комплексными расстройствами;
- 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 7) дети с задержкой психического развития;
- 8) дети с психопатическими формами поведения [цит. по:19].

Как видно из приведенных примеров, некоторые подгруппы переходят из классификации в классификацию, иные представлены лишь в единичных вариантах, или из одной системы в другой объединяются.

В настоящее время наибольшую популярность, приобрела классификация отклонений в развитии, предложенная В.В. Лебединским. Он выделяет шесть видов дизонтогенеза.

1. Психическое недоразвитие, типичной моделью которого является умственная отсталость.
2. Задержанное развитие — полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д.
3. Поврежденное психическое развитие описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами.
4. Дефицитарное развитие представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.
5. Искаженное развитие — сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития.
6. Дисгармоническое развитие — нарушения в формировании личности. Типичной моделью данного вида дизонтогенеза могут быть различные формы психопатий [12].

Таким образом, диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально

развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей.

Вследствие неоднородности состава группы, диапазон различий в требуемом уровне и содержании дошкольного образования тоже должен быть максимально широким, соответствующим возможностям и потребностями всех детей с ОВЗ, т.е. для каждой категории и внутри каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта, разработка вариантов, на практике обеспечивающих охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям; преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванные тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребенка к освоению цензового уровня образования, а также ограничения в получении инклюзивного образования детьми с ОВЗ, достигшими к моменту поступления в школу уровня психического развития, сопоставимого с нормально развивающимися сверстниками.

Психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья

Под влиянием новых ценностных ориентацией общества и государства, а также в связи с переходом системы специального образования на качественно новый этап развития, возникла необходимость переосмыслить соотношение образовательных достижений ребенка и достижений в области социальной компетенции, переосмысления роли и места личностного, социального развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В процессе взаимодействия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, возникает немало проблем, связанных с влиянием на развивающуюся личность огромного количества внешних и внутренних факторов. Чтобы эффективно управлять этим процессом, надо знать их специфику, положительные и негативные стороны, предвидеть результаты воздействия и своевременно вносить коррективы.

Знание законов психического развития ребенка и умение использовать их на практике необходимы для того, чтобы, опираясь на них, грамотно реализовывать основные цели и задачи социально-реабилитационного процесса:

— целенаправленно воспитывать ребенка-инвалида как полноценную личность, гражданина с правами и обязанностями;

— вырабатывать у ребенка систему потребностей и специальные качества, необходимые для вхождения в сложный мир социальных и социально-экономических отношений;

— опираясь на возрастные психологические особенности ребенка, раскрывающие структуру целостной личности ребенка в ее становлении и развитии, относиться к нему как к субъекту самопознания и самосовершенствования;

— разрабатывать методики и технологии социально-реабилитационного процесса, направленные на формирование личности, устойчивой к травмирующим ситуациям;

— совершенствовать систему комплексных воздействий на ребенка, которые, дополняя друг друга, могут оказать максимальное влияние на развитие его как личности [18].

Рассмотрим некоторые психологические особенности развития детей с ограниченными возможностями:

1. Умственная отсталость. Среди детей и подростков, имеющих психическую патологию развития, наиболее многочисленную группу составляют умственно отсталые дети. Большинство из них — олигофрены.

Олигофрения — это форма умственного и психического недоразвития, возникающая в результате поражения ЦНС, и в первую очередь коры головного мозга, в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития) периоды. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяют на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность. Дети с умственной отсталостью в стадии идиотии и имбецильности в правовом отношении являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или замещающих лиц [9].

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У них отмечаются задержки в физическом развитии, общая психологическая инертность, снижен интерес к окружающему миру, заметно недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. По-иному у них складываются соотношения в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления. Многие умственно отсталые дети начинают говорить только к 4—5 годам. Речь умственно отсталого ребенка не выполняет своей основной функции — коммуникативной.

Существенные изменения в физическом и психическом развитии влекут за

собой нарушения в личностной сфере. Основными ее особенностями являются:

— предпосылки развития личности складываются не в раннем детстве, как у нормально развивающихся детей, а лишь в старшем дошкольном возрасте. Поэтому личность умственно отсталого ребенка формируется с большими отклонениями как в качественном отношении, так и в темпах и в сроках развития;

— первые проявления самосознания, отделения своего «Я» у умственно отсталого ребенка начинает проявляться не с 3-х лет, как в условиях нормального развития, а лишь после 4-х лет, когда у них начинают формироваться элементарные действия с предметами;

— ограниченность средств общения (как речевых, так и неречевых) приводит к тому, что умственно отсталые дети становятся отверженными в среде сверстников. Желание самоутвердиться нередко проявляется в патологической форме. Они могут вести себя жестоко по отношению к слабым детям. Развивающийся комплекс неполноценности, если не принять мер, делает их еще более отверженными в среде сверстников.

2. Эндогенные психические заболевания. К эндогенным психическим заболеваниям относят шизофрению, маниакально-депрессивные состояния, генуинную эпилепсию и др.

Шизофрения — тяжелое психическое заболевание, характеризующееся утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности и разнообразными психопатологическими расстройствами. Заболевание чаще всего связано с наследственным предрасположением и приходится в основном на подростковый и юношеский возраст. К изменениям личности при данном заболевании относят снижение энергетического потенциала (амотивационность), выраженную интровертированность (уход в себя, отчуждение от окружающих), эмоциональное оскудение, расстройства мышления и др. Выраженность психопатологических изменений может колебаться от легких изменений личности до грубой и стойкой дезорганизации психики.

Маниакально-депрессивный психоз — эндогенное заболевание, протекающее приступами. Состояние веселости, возбужденности, активности (маниакальная фаза) сменяется заторможенностью, подавленностью (депрессивная фаза). Нередко болезнь характеризуется сменой маниакальных или депрессивных фаз. При выходе из болезненного состояния наступает практическое выздоровление. Заболевание может начаться в любом возрасте, но преимущественно в 12—16 лет. В большей степени этому заболеванию подвержены девочки на этапе препубертатного и пубертатного периодов. При данном заболевании стойких

психических нарушений и значительных изменений склада личности и признаков дефекта не наблюдается.

Эпилепсия — заболевание головного мозга, характеризующееся разнообразными расстройствами в виде малых и больших судорожных эпилептических припадков. Чаще всего признаки заболевания эпилепсией возникают в возрасте до 15 лет. Классический исход генуинной эпилепсии — нарушения интеллектуальной способности вплоть до выраженного слабоумия и деформации личности.

В личностной сфере у страдающего эпилепсией наблюдается замедленность всех психических процессов, склонность заострять внимание на деталях, обстоятельность, невозможность отличить главное от второстепенного и др. По мере развития эндогенных заболеваний увеличивается риск к формированию дефектов личности, что может вызвать затруднения в психокоррекционной работе.

3. Реактивные состояния, конфликтные переживания, астении во многом обусловлены условиями обучения и воспитания детей. У одних детей в результате социальной дезадаптации, неуспеваемости в школе наблюдаются неврозы, у других — астении, у третьих — психопатические реакции. Названные состояния развиваются вследствие умственных и физических перегрузок, нарушений микросоциальных контактов в кругу сверстников, в семье и др. Перечисленные отклонения характеризуют так называемые пограничные состояния, переход от нормы к патологии. Их относят к группе болезненных состояний, в основе которых лежат психогенные невротические и астенические состояния, конфликтные переживания. Для невротических состояний у детей более всего характерны страхи (фобии), соматовегетативные (энурез, привычная рвота) и двигательные расстройства (логоневроз, тики, истерический паралич). С возрастом эти расстройства могут принимать более затяжной характер. Названные нарушения накладывают отпечаток на динамику нервно-психического состояния ребенка или подростка в виде дисгармонии в развитии личности, изменений в познавательной и потребностно-мотивационной сферах личности.

Основной путь нивелирования у детей и подростков душевных переживаний и преодоления чувства своей неполноценности — создание для них нормальных межличностных взаимоотношений и активное включение в продуктивное взаимодействие со сверстниками.

4. Аномалии личности при задержке психического развития (ЗПР). Причиной аномалий личности могут быть задержки психического развития или психический инфантилизм различной этиологии. Инфантилизм — это сохранение в психике и поведении подростка, юноши, взрослого свойств и особенностей, присущих детскому возрасту [10].

К.С. Лебединская выделяет следующие основные типы ЗПР детей:

1) Конституционального происхождения или гармоничный инфантилизм. У детей этого типа эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, напоминая нормальную структуру детей более младшего возраста.

2) Соматического происхождения. Основные причины задержек психического развития данного типа — хронические инфекции, врожденные и приобретенные пороки, в первую очередь порок сердца, снижающие не только общий, но и психический тонус и вызывающие стойкую астению. Нередко наблюдается задержка эмоционального развития — соматогенный инфантилизм. Для него характерны боязливость, неуверенность, проявление переживаний, связанных с ощущением своей неполноценности и др.

3) Психогенного происхождения. Задержки данного типа порождены неблагоприятными условиями, препятствующими нормальному формированию личности ребенка. Психотравмирующие факты приводят, как правило, к стойким нарушениям сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь, эмоционального развития [11].

4) Церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм). Причины: интоксикации, травмы, недоношенность и др. Встречается чаще других и обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах. Признаки ЗПР данного типа проявляются в запаздывании формирования различных функций: ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

Таким образом, личностная незрелость бывает как патологическая, так и непатологическая. Патологическая форма — предмет рассмотрения психиатрии. Непатологическая форма наиболее распространена среди детей школьного возраста. Коррекцией названной формы психической незрелости занимаются педагоги, психологи, семья, школа. Индивид, у которого наблюдается инфантилизм при нормальном или даже ускоренном физическом и умственном развитии, отличается, прежде всего, незрелостью эмоционально-волевой сферы. Эта особенность может выражаться в несамостоятельности решений, чувстве незащищенности, в заниженной самооценке, повышенной требовательности заботы о себе со стороны родителей, в разнообразных компенсаторных реакциях в виде фантазирования, эгоцентризма и др. Незрелые в личностном отношении дети могут хорошо учиться, однако из-за детскости, типичной для более младших детей, они неусидчивы, затрудняются выполнять волевые усилия, такие дети требуют постоянного контроля.

М.И. Буянов, Г.Е. Сухарева выделяют два вида личностной незрелости у детей

и подростков — гармоничный и дисгармоничный [5].

Гармоничный — это необычный, но нормальный характер. Данный тип инфантилизма обычно обнаруживается с 7—8 летнего возраста: ребенок ведет себя несоответственно своему возрасту. В его поведении преобладают капризность, жажда удовольствия, игровые интересы. Такие дети отличаются неусидчивостью, неспособностью сделать вывод из ошибок и из опыта других людей. Их постоянно что-то отвлекает. Они легко смеются, а также легко обижаются и плачут. К 10—12 годам у большинства подобных детей черты психологического инфантилизма уменьшаются. К 20—25 годам — проходят, человек как бы дозревает и сравнивается со сверстниками. Одной из причин появления незрелости является изнеживающее воспитание, когда ребенка искусственно ограждают от сложностей жизни и выполняют все его капризы.

Дисгармоничный инфантилизм. Индивиды, относящиеся к данному виду незрелости, чаще всего попадают в поле зрения медицины. У дисгармоничных инфантилов встречаются те же свойства, что и у гармоничных, но какая то одна или несколько черт характера резко выделяются: у одних может преобладать возбудимость, у других — слабоволие, у третьих — склонность ко лжи и т. д. Выделяют три варианта дисгармоничного инфантилизма:

1. Возбудимый вариант. У таких детей на первый план выступает горячность, легкая взрывчатость, они очень часто во всем видят несправедливость, часто скандалят, дерутся, но потом приходят быстро в себя, раскаиваются и тут же забывают о своих обещаниях.

2. Неустойчивый вариант. Основными признаками являются болезненное слабоволие, несамостоятельность, неумение и неспособность довести до конца любое дело. Как правило, из неустойчивых инфантилов формируются пьяницы, тунеядцы, с которыми очень трудно сладить.

3. Истерический вариант. Встречается несколько реже, чем предыдущие, и свойственен только девочкам. Естественно, степень психической незрелости бывает различной. Успешность ее коррекции зависит от названного фактора и тех мер, которые принимаются по отношению к таким детям с целью коррекции их развития.

5. Люди с психопатическими формами поведения. Люди отличаются друг от друга по темпераменту, характеру, поведению, интеллекту и т. п. В процессе развития человеческой личности и психики в силу влияния различных факторов неизбежно возникает вероятность того, что некоторые личностные свойства гипертрофируются. Таких личностей с крайне выраженными и одноплановыми свойствами характера, неспособных достаточно длительное время жить без конфликтов и выполнять каждодневные обязанности, называют психопатическими.

Психопаты — это люди, обладающие тяжелым характером, от которого страдают они сами, но в еще большей степени окружающие. Этот трудный характер приводит таких субъектов к постоянным ссорам с окружением, и в первую очередь с теми, с кем они чаще всего общаются. Они предъявляют окружающим повышенные требования, зачастую в конкретных условиях невыполнимые. Не умеющие подчиняться, они не способны выполнять длительное время руководящую роль, вызывая к себе отрицательное отношение вспыльчивостью, нетерпимостью, высокомерием и другими резко выраженными чертами характера.

Проблема психопатий — это не проблема интеллекта, это проблема эмоций, воли и совести. Прежде всего, совести. Совесть — это внутренний судья, внутренний контролер нашего поведения. При психопатиях личность формируется таким образом, что она не может быстро усвоить то, что хорошо, а что плохо. Именно психопатам ничто, как правило, не мешает в жизни, их ничего не останавливает, они часто оказываются на виду [22].

Л.К. Акатов выделяет несколько форм психопатии:

**Истероидная форма.** Характерна эксцентричность, неестественность, театральность поведения, жажда признания. Лица с этой формой психопатии отличаются повышенной внушаемостью, склонностью устраивать публичные сцены.

**Взрывчатая эксплозивная форма.** Для этой формы психопатии характерна несдержанность, невозможность тормозить свои аффекты, агрессивность, негативизм, застревание на мелочах, конкретность мышления.

**Эпилептоидная форма** близка к взрывчатой форме. Как следует из названия, эпилептоид, то есть похожий на эпилептика, имеет эпилептические черты характера, проявляющиеся в чрезмерной скупости, педантичности, аккуратности, въедливости ит. д.

**Аффективная форма.** Люди, страдающие такими психопатиями, выделяются неустойчивым настроением, которое может быть повышенным (гипоманиакальным) или пониженным (депрессивным).

**Паранойяльная форма (параноики).** Они недоверчивы, подозрительны, конфликтны или замкнуты, склонны к бредовым построениям, идеям,

отношениям. Они часто считают себя обойденными, ущемленными, имеют врагов, которые якобы специально действуют против них. Эти больные нередко вступают в сутяжную борьбу с окружающими, проявляя мстительность, злопамятность.

Шизоидная форма. Лица с этой формой психопатии — чудаки, «не от мира сего», странные. Часто они живут в отрыве от действительности, бывают эмоционально холодны и сверх меры рациональны, часто находятся в особых отношениях с семьей, не имеют привязанностей [1].

Для многих психопатических личностей характерно антисоциальное поведение. Психопатические свойства обнаруживаются в детстве; у большинства детей и подростков становятся заметными в школьном возрасте; затем, примерно у 60 % таких лиц психопатические свойства начинают постепенно уменьшаться. Большую роль в этом играет целенаправленное воспитание, ориентированное на компенсацию и подавление ненормальных свойств характера (спокойная обстановка дома, в школе, отсутствие примеров для дурного подражания). У остальных психопатические свойства продолжают доминировать в характере и даже обостряются в подростковом возрасте. Обычно в 25—50 летнем возрасте психопатические свойства заметно уменьшаются, но после 55—60 лет характер у многих вновь ухудшается.

При психопатиях (во всех ее формах) имеются дефекты личностного развития, в основном в моральной сфере. Такие люди отличаются жестокостью, бесчувствием, бессовестностью. Поэтому в процессе воспитания необходимо культивировать в больных детях отсутствующие у них свойства и, в первую очередь, чувство вины за совершенный проступок. [1].

Таким образом, ограничение возможностей не является чисто количественным фактором (т. е. человек просто хуже слышит или видит, ограничен в движении и пр.). Это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой» ребенок, «другой» человек, не такой, как все, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком. Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать собственно образовательные (общеобразовательные) программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизненной компетентности (социального адаптирования): навыки ориентировки в пространстве и во времени, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки сознательной регуляции собственного поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; восполнять недостаток знаний об окружающем мире, связанный с ограничением возможностей; развивать потребностно-мотивационную, эмоционально-волевыми сферами; формировать и развивать способность к максимально

независимой жизни в обществе.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

### Организация и методы исследования

Экспериментальное исследование с целью изучения психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, организованное на базе Краевого государственного бюджетного учреждения социальной защиты «Большемуртинский детский дом – интернат для умственно отсталых детей» проходило в сентябре-ноябре 2012 года.

Целью деятельности Учреждения является предоставление социальных услуг детям-инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечения создания соответствующих из возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведения мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питания и ухода, а также организация посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

В учреждение принимаются дети-инвалиды в возрасте 4-18 лет, страдающие:

- умственной отсталостью умеренной-F71;
- умственной отсталостью тяжелой-F72;
- умственной отсталостью глубокой F73;
- эпилепсией с редкими припадками при наличии слабоумия;
- шизофренией с выраженным дефектом без продуктивной симптоматики;
- слабоумием как следствие органических поражений головного мозга;
- сочетанием нарушений двигательных и других важнейших функций с любой умственной отсталостью, нуждающиеся по состоянию здоровья в постоянном уходе, бытовом обслуживании, медицинской помощи, социальной и трудовой реабилитации.

Выборка представлена детьми с диагнозом - умеренная умственная отсталость,

в количестве 19 человек в возрасте от 9 до 12 лет. Характеризуя данную выборку следует отметить, что у пяти детей наблюдается расстройство внимания, у двоих слабое зрение, двоим характерна расторможенность.

Экспериментальное исследование проводилось в 2 этапа.

1 этап (сентябрь 2012): подбор диагностического инструментария с целью изучения психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

2 этап (октябрь-ноябрь 2012): проведение диагностики психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, анализ результатов исследования.

В качестве диагностического инструментария мы использовали методики:

«Разрезные картинки»;

«Серия сюжетных картинок»;

Наблюдение за игровой деятельностью детей

Ниже опишем содержание данных методик.

#### 1. Разрезные картинки.

Цель – выявление уровня развития целостного восприятия предметной картинки детей с 3 лет.

Стимульный материал: картинки, разрезанные на две и три части с разной конфигурацией разреза.

Нормативы:

разрезная картинка из двух фрагментов — в 2,5—3 года;

разрезная картинка из трех фрагментов — в 3 — 3,5 года.

Анализ результатов:

1) совершает целенаправленные действия;

- 2) соединяет части без анализа полученного целого;
- 3) прикладывание с разворотами;
- 4) зрительное соотношение частей без прикладывания.

Игра знакомит с предметами окружающего мира, которые встречаются дома и на улице, развивает зрительное восприятие, мелкую моторику рук и координацию движений. Ребенок учится находить недостающие детали, складывать из частей целое изображение.

Продолжительность игры зависит от интереса ребенка (10-15 минут).

Цель игры: познакомить ребенка с окружающими предметами, научить складывать целое изображение из двух частей.

Ход игры: Разложите разобранные картинки изображением вверх. Возьмите одну деталь и спросите, что на ней нарисовано. Предложите ребенку найти недостающую половинку. Сложите две детали вместе - они должны плотно соединиться в целое изображение. Пусть ребенок найдет и сложит все пары карточек. После игры можно спросить у него, как называется тот или иной предмет, для чего он нужен.

## 2. Серия сюжетных картинок.

Цель – выявление уровня развития наглядного и логического мышления.

Методика направлена на исследование мыслительных процессов, сообразительности, умения проанализировать изображенные на картинке (картинках) события, выделить существенные моменты, смысл ситуации, сделать выводы, установить пространственно-временные и причинно-следственные отношения.

Обращается внимание на умение ребенка построить связный и логически последовательный рассказ, отмечается эмоциональное отношение к картинке (картинкам). Кроме того, учитываются виды помощи, оказываемой ребенку во время выполнения заданий.

Оборудование: сюжетные картинки с изображением последовательных событий.

Процедура выполнения: перед ребенком раскладывают картинки в случайном порядке и предлагают разложить их так, чтобы получился рассказ.

Инструкция: "Разложи картинки по порядку и составь по ним рассказ".

В том случае, если ребенок разложил серию неправильно, следует попытаться, задавая наводящие вопросы, довести до его понимания предложенный сюжет. Если такая помощь не привела к успеху, можно попробовать начать рассказывать, иногда в процессе рассказа испытуемый находит и исправляет ошибки.

Если ребенок не может разобраться в последовательности картинок, следует предложить ему серию картинок, уже разложенных в нужной последовательности.

Если ребенок обнаруживает полное непонимание сюжета, после оказания ему помощи следует прекратить выполнение задания.

Анализ результатов выполнения:

4 балла - дети способны правильно установить последовательность событий, выявить причинно-следственные связи и составить рассказ;

3 балла - дети испытывают затруднения при составлении рассказа по самостоятельно правильно разложенной серии последовательных картинок, предпочитая вопросно-ответную форму. Иногда нуждаются в помощи и при раскладывании картинок в правильной последовательности;

2 балла - дети передают содержание отдельной сюжетной картинки. Чаще воспринимают ее фрагментарно, просто перечисляя изображенные предметы и не связывая их единым сюжетом. Понимание скрытого смысла сюжетных картинок затруднено. Оказание помощи не эффективно;

балл - ребенок не понял смысла задания.

### 3. Наблюдение за детьми в игровой деятельности.

Цель – выявление уровня развития выполнения учебной задачи детьми с ограниченными возможностями здоровья через игровую деятельность.

Наблюдение осуществлялось психологом. Метод был направлен на изучение выполнения учебной задачи через игровую деятельность.

В зависимости от результатов, полученных с использованием вышеперечисленных методик, мы распределили всех детей по уровням, предложенными Е.Л. Щепко:

1 уровень - Дети осуществляют «действия по подражанию». Ведущая

психическая функция на нем - восприятие. Познание окружающего мира осуществляется через действия с реальными предметами, которые усваиваются по подражанию. В целом характеризуется следующими особенностями: ребенок мало осознает свои умственные действия, не планирует деятельность, нечетко предвидит ее результат, и не может проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Ребенка привлекает сам процесс деятельности.

2 уровень - Дети осуществляют деятельность на уровне «проб и ошибок». Ведущая психическая функция на нем - память. Поскольку ведущая деятельность в этот период является игра, ребенок именно в ней воспроизводит имеющиеся у него знания об объектах действительности. Ребенок частично осознает свои умственные действия, и, соответственно, может планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становится результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен.

3 уровень - Развития наглядно-действенного мышления. Такие дети осуществляют деятельность на уровне «правил и алгоритмов». Ведущая психическая функция на нем - речь. Ребенок начинает на этом уровне выделять познавательную задачу, осознавать свои умственные действия, планировать деятельность. Соответственно становится доступным анализ имеющихся условий и контроль результатов деятельности [24].

Опишем результаты экспериментального исследования уровня развития целостного восприятия предметной картинке у детей по методике «Разрезные картинки». Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования уровня развития целостного восприятия предметной картинке у детей с ограниченными возможностями здоровья при помощи методики «Разрезные картинки»

№ п/п

Имя Ф.

Уровень

1

Галя П.

второй

2

Снежана Б.

первый

3

Катя Б.  
второй

4

Валерия Г.  
второй

5

Кристина М.  
второй

6

Изовидол М.  
второй

7

Саша В.  
второй

8

Кирилл Б.  
второй

9

Саша М.  
первый

10

Сережа А.  
второй

11

Дима Б.  
второй

12

Леша П.  
первый

13

Вадим Л.  
второй

14  
Коля Б.  
второй

15  
Артем П.  
первый

16  
Женя Г.  
первый

17  
Костя Н.  
первый

18  
Вова П.  
второй

19  
Женя И.  
второй

Анализируя результаты исследования по методике «Разрезные картинки», мы пришли к выводу, что 68 % детей (13 чел.) можно отнести ко второму уровню развития целостного восприятия предметной картинки. Такие дети осуществляют деятельность на уровне «проб и ошибок». Ведущая психическая функция на нем - память. Поскольку ведущая деятельность в этот период является игра, ребенок именно в ней воспроизводит имеющиеся у него знания об объектах действительности. Так, испытуемые при исследовании с помощью методики «Разрезные картинки» варьировали положение частей и через несколько попыток складывали части в целое.

Второй уровень – «проб и ошибок». Ребенок частично осознает свои умственные действия, и, соответственно, может планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становится результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен.

32% детей (6 чел.) можно отнести к первому уровню развития целостного восприятия предметной картинки. Такие дети осуществляют «действия по

подражанию». Ведущая психическая функция на нем - восприятие. Познание окружающего мира осуществляется через действия с реальными предметами, которые усваиваются по подражанию. Так испытуемые при исследовании с помощью методики «Разрезные картинки» не ориентировались на словесную инструкцию, успешно выполняли задания только после его демонстрации.

Опишем результаты выявления уровня развития наглядного и логического мышления детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью методики «Серия сюжетных картинок».

Результаты исследования уровня развития наглядного и логического мышления у детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью методики «Серия сюжетных картинок»

Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

№ п/п

Имя Ф.

Уровень

1

Галя П.  
второй

2

Снежана Б.  
первый

3

Катя Б.  
первый

4

Валерия Г.  
второй

5

Кристина М.  
первый

6

Изовидол М.  
второй

7

Саша В.  
второй

8

Кирилл Б.  
второй

9

Саша М.  
второй

10

Сереза А.  
первый

11

Дима Б.  
второй

12

Леша П.  
первый

13

Вадим Л.  
второй

14

Коля Б.  
второй

15

Артем П.  
первый

16

Женя Г.  
первый

17

Костя Н.  
второй

18

Вова П.  
второй

19  
Женя И.  
второй

Анализируя результаты исследования по методике «Серия сюжетных картинок», мы пришли к выводу, что 63 % детей (12 чел.) можно отнести ко второму уровню развития наглядного и логического мышления. Такие дети осуществляют деятельность на уровне «проб и ошибок». Ведущая психическая функция на нем - восприятие. Познание окружающего мира осуществляется через действия с реальными предметами, которые усваиваются по подражанию. Так, испытуемые при исследовании с помощью методики «Серия сюжетных картинок» варьировали положение картинок и через несколько попыток складывали части в целое.

37 % детей (7 чел.) можно отнести к первому уровню развития наглядного и логического мышления. Такие дети осуществляют «действия по подражанию» Ведущая психическая функция на нем - восприятие. испытуемые выполняли задания методики по подражанию.

Ребенок мало осознает свои умственные действия, не планирует деятельность. Соответственно ребенок нечетко предвидит результат, и не может проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется.

Опишем результаты экспериментального исследования уровня развития выполнения учебной задачи детьми с ограниченными возможностями здоровья с помощью метода наблюдения.

Результаты представлены в таблице 3.

Анализируя результаты наблюдения за выполнением учебной задачи в игровой деятельности детей, мы пришли к выводу, что 63 % детей (12 чел.) можно отнести ко второму уровню развития наглядного и логического мышления. Такие дети осуществляют деятельность на уровне «проб и ошибок». Ведущая психическая функция на нем - восприятие. Познание окружающего мира осуществляется через действия с реальными предметами, которые усваиваются по подражанию.

37 % детей (7 чел.) можно отнести к первому уровню развития наглядного и логического мышления. Такие дети осуществляют «действия по подражанию»

Ведущая психическая функция на нем - восприятие. испытуемые выполняли задания методики по подражанию.

Ребенок мало осознает свои умственные действия, не планирует деятельность. Соответственно ребенок нечетко предвидит результат, и не может проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется.

### Таблица 3

Результаты исследования уровня развития выполнения учебной задачи у детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью наблюдения

№ п/п

Имя Ф.

Уровень

1

Галя П.

второй

2

Снежана Б.

второй

3

Катя Б.

второй

4

Валерия Г.

второй

5

Кристина М.

второй

6

Изовидол М.

второй

7

Саша В.

второй

8  
Кирилл Б.  
первый

9  
Саша М.  
первый

10  
Сереза А.  
второй

11  
Дима Б.  
второй

12  
Леша П.  
первый

13  
Вадим Л.  
первый

14  
Коля Б.  
второй

15  
Артем П.  
первый

16  
Женя Г.  
первый

17  
Костя Н  
второй

18  
Вова П.  
первый

19

Женя И.  
второй

Опишем результаты экспериментального исследования психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью метода наблюдения. Результаты представлены в таблице 4.

В зависимости от результатов, полученных с использованием вышеперечисленных методик, мы распределили всех детей по уровням, предложенными Е.Л. Щепко:

26 % детей (5 чел.) можно отнести к первому уровню - дети осуществляют «действия по подражанию». Ведущая психическая функция на нем - восприятие. Познание окружающего мира осуществляется через действия с реальными предметами, которые усваиваются по подражанию. В целом характеризуется следующими особенностями: ребенок мало осознает свои умственные действия, не планирует деятельность, нечетко предвидит ее результат, и не может проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Ребенка привлекает сам процесс деятельности.

74 % детей (14 чел.) можно отнести ко второму уровню - дети осуществляют деятельность на уровне «проб и ошибок». Ведущая психическая функция на нем - память. Поскольку ведущая деятельность в этот период является игра, ребенок именно в ней воспроизводит имеющиеся у него знания об объектах действительности. Ребенок частично осознает свои умственные действия, и, соответственно, может планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становится результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен.

Результаты исследования психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья

Таблица 4

Имя Ф.

Методика «Разрезные картинки»

Методика «Серия сюжетных картинок»

Наблюдения за детьми в игровой деятельности

Уровень развития

Галя П.

второй  
второй  
второй  
второй

Снежана Б.  
второй  
первый  
второй  
второй

Катя Б.  
первый  
первый  
второй  
первый

Валерия Г.  
второй  
второй  
второй  
второй

Кристина М.  
второй  
первый  
второй  
второй

Изовидол М.  
второй  
второй  
второй  
второй

Саша В.  
второй  
второй  
второй  
второй

Кирилл Б.  
второй  
второй  
первый

второй

Саша М.

первый

второй

первый

первый

Сереза А.

второй

первый

второй

второй

Дима Б.

второй

второй

второй

второй

Леша П.

первый

первый

первый

первый

Вадим Л.

второй

второй

первый

второй

Коля Б.

второй

второй

второй

второй

Артем П.

первый

первый

первый

первый

Женя Г.

первый  
 первый  
 первый  
 первый

Костя Н  
 первый  
 второй  
 второй  
 второй

Вова П.  
 второй  
 второй  
 первый  
 второй

Женя И.  
 второй  
 второй  
 второй  
 второй

В связи с этим можно сделать вывод о том, что большинство исследуемых мало осознают свои умственные действия, не планируют деятельность, нечетко предвидят ее результат, и не могут проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Детей привлекает сам процесс деятельности. Некоторые, из числа детей с умеренной умственной отсталостью частично осознают свои умственные действия, и, соответственно, могут планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становится результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен. Ниже опишем специфику организации психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением в познавательной деятельности в условиях «детского дома – интернат для умственно отсталых детей»

## 2.2 Организация коррекционно–развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями в условиях дома – интерната

Одной из важнейших задач обучения и воспитания детей с ОВЗ является помощь психологическому и социальному развитию детей, и в первую очередь

формирование у них образцов позитивного социального поведения, ознакомление с культурой поведения в обществе, обучение навыкам повседневной деятельности.

Содержание обучения и воспитания детей с тяжелыми нарушениями развития в домах – интернатах построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач.

Каждый ребенок с нарушениями в развитии уникален как по своему состоянию, так и по темпу развития, поэтому ранняя коррекционная помощь является средством формирования тех навыков и умений, которые ребенок готов воспринять в данное время, и должна быть по возможности максимально индивидуализирована. При этом следует обеспечить максимальные возможности для его развития. Требуется целенаправленная, кропотливая и терпеливая работа. Педагоги должны иметь четкое представление о том, как и чему его учить, как относиться к его поведению и трудностям во время занятий, как учитывать его возможности, сглаживать особенности его состояния, вызванные болезнью и т.д. [19].

Цели, которые стоят перед специальным учреждением, — включение детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, организация своевременного квалифицированного обучения детей, учитывающего их психофизические и возрастные особенности и направленного на предупреждение и преодоление дефектов развития [15].

Исходя из этой цели, можно определить следующие конкретные задачи коррекционно-педагогической работы с детьми этой категории в дошкольном возрасте в условиях дома – интерната:

- тщательное психолого-педагогическое изучение индивидуальных особенностей и возможностей ребенка с учетом клинико-этиологических данных и диагноза;
- организация сотрудничества с родителями детей по совместно разработанному индивидуальному плану для каждого ребенка;
- сохранение и укрепление физического и нервно-психического здоровья;
- развитие положительной эмоциональной контактности, коммуникативности, собственной активности детей, их интереса к окружающему;
- формирование навыков адекватного поведения и общения со взрослым. Формирование первых контактов между детьми. Привитие первых навыков

личной и коллективной организованности;

- физическое воспитание ребенка, развитие общей моторики(развитие психомоторики, движений рук; коррекция недостатков двигательной сферы);
- привитие элементарных санитарно-гигиенических навыков и простейших навыков самообслуживания;
- поэтапное формирование элементарной предметной деятельности. (сенсорное воспитание; формирование целенаправленной деятельности как интегративного показателя психического развития);
- расширение практического опыта детей, объема их знаний и представлений об окружающем мире и развитие речи;
- формирование игровой деятельности;
- развитие эмоционально-эстетических и творческих возможностей детей средствами искусства (музыка, изобразительная деятельность, ручное творчество, арттерапия) [21].

При проведении коррекционно-развивающей работы необходимо учитывать различия между детьми по уровню личностного и речевого развития. Различна обучаемость этих детей — от почти полного ее отсутствия до возможности значительного продвижения, позволяющего ставить вопрос об изменении диагноза.

При изучении маленького ребенка с тяжелым нарушением развития необходимо обратить внимание на следующие стороны его состояния:

- сохранность эмоциональной сферы;
- правильность восприятия интонаций речи взрослого и дифференцирование близких;
- поведение, контакт с окружающими, способы общения (речь, жесты);
- состояние двигательной сферы;
- игру;
- возможность включения в целенаправленную деятельность и уровень развития разных видов деятельности (предметной, изобразительной, конструктивной и др.);

- состояние речи:

а) понимание обращенной речи;

б) понимание и выполнение ряда несложных инструкций;

в) активная речь (содержание, произношение);

-уровень представлений ребенка о себе и об окружающем мире;

- владение, хотя бы частичное, навыками самообслуживания, опрятности;

- состояние пространственных и временных ориентировок.

В дальнейшем эти сведения пополняются наблюдениями за состоянием внимания, работоспособностью и истощаемостью ребенка, его памятью, свойствами его характера и интересами [22].

Вся развивающая работа с ребенком, наблюдения и изучение его в повседневной жизни и на организованных занятиях дают возможность сделать обоснованные выводы о степени его обучаемости и о дальнейших перспективах, формах и методах работы с ним [15].

В дошкольном возрасте у ребенка в норме ведущей деятельностью является игра. Но у детей с тяжелой умственной отсталостью она не может развиваться в этом возрасте, если своевременно у них не была сформирована предметная деятельность. У таких детей главными коррекционно-воспитательными задачами становятся в это время формирование предметной деятельности, формирование предпосылок к игре и целенаправленное обучение предметно-игровым действиям.

Деятельность педагогов, по развитию предметных действий в условиях дома – интерната, осуществляется на занятиях по привитию санитарно-гигиенических навыков и самообслуживания, на которых детей учат одеваться, умываться, есть и т.д., на занятиях по развитию движений, где используются мячи, воздушные шары, обручи, флажки и т.д., на занятиях рисованием в действиях с мелом, краской, карандашом, бумагой [20].

Специальная работа по развитию предметных действий проводится на занятиях предметно-практической деятельностью по программе, в которой предусмотрено выполнение постепенно усложняющихся заданий с использованием разнообразных предметов, игрушек.

Формирование игровых возможностей детей осуществляется на специальных занятиях по обучению игре, используются также игровые моменты на всех

других занятиях: по ознакомлению с окружающим миром, развитию речи, развитию движений на музыкально-ритмических занятиях.

Важнейшее значение в работе с аномальными дошкольниками в доме - интернате имеет также организация общения детей со взрослым. Значительное снижение адаптационных возможностей умственно отсталых детей, несформированность их эмоционально-волевой сферы делает необходимым проведение такой работы [24].

Все психическое развитие ребенка — это процесс усвоения им социального опыта, который он может получить только во взаимодействии со взрослым человеком. Стремление к контакту со взрослым, желание подражать ему, обратиться за помощью присуще нормально развивающемуся ребенку. У детей с тяжелыми нарушениями интеллекта в силу несформированности познавательного интереса такое стремление неразвито, что резко затрудняет возможности направленной работы с ним. Начальный, чрезвычайно важный аспект работы с этими детьми — побуждение их к общению со взрослыми (педагогом, воспитателем, родителями), формирование положительного эмоционального отношения ко взрослым, стремление к контакту с ними [24].

Важно, чтобы общение со взрослым приносило ребенку радость, было приятно ему, вызывало положительные эмоции, педагогу же следует даже самый незначительный успех отмечать похвалой. Работа по развитию способности к общению со взрослым должна осуществляться в обыденной обстановке, на протяжении всего дня, эту работу рекомендуется проводить также и в специально организованных ситуациях. Побуждать детей к контакту со взрослым надо ласково, поощряя, одобряя ребенка, легонько прикасаясь к нему, обнимая.

Организация общения со взрослым не является отдельным разделом обучения. Оно происходит в повседневной жизни детей, в учреждении и в семье. Вместе с тем независимо от особенностей и возможностей ребенка в специальном учреждении воспитатель должен находить время для индивидуальной работы по установлению эмоционального контакта с ним.

Основным показателем способности детей к обучению является возможность включения их в какую-либо целенаправленную деятельность. Уровень сформированности целенаправленной деятельности служит интегративным показателем психического развития ребенка [25].

Обучение и развитие детей ведется на протяжении всего времени бодрствования: в процессе выполнения режимных моментов, в различного рода играх и на специальных занятиях [2].

Внимание педагогов в первую очередь должно быть обращено на организацию

быта детей, соблюдение охранительного режима, сохранение спокойного, доброжелательного тона, максимальной внимательности к каждому ребенку, использование любой ситуации для общения с ребенком и оказания ему помощи. Воспитатель, проводя все режимные моменты с детьми, прививая им санитарно-гигиенические навыки, организуя игры детей, их досуг, кроме того, проводит занятия по расписанию, закрепляет материал, который дают педагог-дефектолог, логопед [6].

Эти специалисты проводят занятия с детьми по подгруппам и индивидуально.

Успех воспитательного процесса зависит не только от занятий, на которых применяются специальные методы, но и от умелого построения дня, от рационального сочетания различных видов занятий.

Дошкольники с тяжелой умственной отсталостью по своим психофизическим возможностям не могут долго заниматься одним и тем же видом деятельности. Однако режимные моменты, свободные (организуемые) игры, занятия, прогулки в течение дня воспитатель использует для непрерывного воспитания и обучения детей.

В каждую конкретную деятельность (игру, лепку, рисование и др.) ребенок с выраженной умственной отсталостью должен включаться не под давлением педагога, а только по желанию ему подражать, под воздействием собственных импульсов к деятельности.

Очень часто негативизм ребенка объясняется его неготовностью принять задачи взрослого. Воспитательный процесс должен быть построен так, чтобы, с одной стороны, ребенок свободно действовал по своему желанию, с другой — чтобы педагог мог умело направлять эти желания и включать детей в организованную им деятельность.

Занятия в дошкольной группе проводятся в утренние и вечерние часы. Особенно эффективно должно использоваться время между завтраком и обедом, до прогулки [17].

В первой половине дня целесообразно выстроить такой порядок занятий: игры в игровом уголке с обязательным участием взрослого; ритмические занятия, сочетающиеся с речевой работой; работа за столом — занятия различными видами ручной продуктивной деятельности; подвижная игра или хоровод с песней; рассказывание сказки. Таким образом, все время от завтрака до прогулки посвящено организованным занятиям, переходящим одно в другое. Время, которое выделяет педагог на ту или иную часть занятия, определяется им самостоятельно, в зависимости от возможностей детей, и организуется им в соответствии с программой и возможностями детей.

После дневного сна планируется проведение игр, занятий по формированию навыков самообслуживания, досуговых мероприятий (показ кукольного театра, пение и танцы с воспитателем и др.).

У детей с тяжелыми нарушениями развития почти отсутствуют активность, интерес и внимание к окружающему. Следствием этого является и отсутствие таких не обходимых условий для обучения, как положительное отношение к заданию, принятие задачи.

У детей с тяжелым нарушением интеллекта основные трудности при решении умственных задач заключаются в том, что они не могут правильно организовать свои действия, т.е. последовательно переходить от действия к действию, осуществляя связь между ними [23].

Очевидно, что на игровом, наглядном материале можно научить этому успешнее, чем на отвлеченном. Например, собирая многосоставную матрешку, подбирая последовательно ее части и вкладывая их одна в другую, дети руководствуются их величиной, что тоже требует умения последовательно переходить от действия к действию, устанавливая связь между ними. В этой деятельности ее результат виден и понятен ребенку (матрешка не может быть собрана, если части подобраны неправильно или вкладывались не в том порядке) [15].

Таким образом, содержание коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья развития в домах – интернатах должно быть построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач. Необходимо включение детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, с учетом их психофизических и возрастных особенностей, направленную на предупреждение и преодоление дефектов развития.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Это понятие характеризуется чрезмерностью или недостаточностью по сравнению с обычным в поведении или деятельности, может быть временным или постоянным, а также прогрессирующим и регрессивным.

В соответствии с разными профессиональными подходами к данному предмету, существуют разные классификации детей с ограниченными

возможностями здоровья.

В настоящее время наибольшую популярность, приобрела классификация отклонений в развитии, предложенная В.В. Лебединским. Он выделяет шесть видов дизонтогенеза:

1. Психическое недоразвитие, типичной моделью которого является умственная отсталость.
2. Задержанное развитие — полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д.
3. Поврежденное психическое развитие описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами.
4. Дефицитарное развитие представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.
5. Искривленное развитие — сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития.
6. Дисгармоническое развитие — нарушения в формировании личности. Типичной моделью данного вида дезонтогенеза могут быть различные формы психопатий.

Проанализировав психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования, мы, вслед за Т.В. Егоровой, определяем, что дети с ОВЗ – это категория лиц, имеющих функциональные ограничения, неспособные к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей [8].

Изучив и проанализировав психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья, мы пришли к выводу, что ограничение возможностей не является чисто количественным фактором (т. е. человек просто хуже слышит или видит, ограничен в движении и пр.). Это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой» ребенок, «другой» человек, не такой, как все, нуждающийся в совершенно иных, чем обычно, условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком. Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать собственно образовательные (общеобразовательные) программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизненной компетентности (социального адаптирования): навыки ориентировки в пространстве и во времени, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки сознательной регуляции собственного поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; восполнять недостаток знаний об окружающем мире, связанный с ограничением возможностей; развивать потребностно-мотивационную, эмоционально-волевую сферы; формировать и развивать способность к максимально независимой жизни в обществе.

Нами было организовано экспериментальное исследование с целью изучения психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья на базе Краевого государственного бюджетного учреждения социальной защиты «Большемуртинский детский дом – интернат для умственно отсталых детей». Анализируя результаты исследования, мы пришли к выводу, что большинство исследуемых мало осознают свои умственные действия, не планируют деятельность, нечетко предвидят ее результат, и не могут проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Детей привлекает сам процесс деятельности. Некоторые, из числа детей с умеренной умственной отсталостью частично осознают свои умственные действия, и, соответственно, могут планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становится результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен.

Характеризуя специфику организации коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, мы отмечаем что содержание коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья развития в домах-интернатах должно быть построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач. Необходимо

включение детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, с учетом их психофизических и возрастных особенностей, направленную на предупреждение и преодоление дефектов развития.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья.– М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

Багаева, Г.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Г.Н. Багаева, Т.А. Исаева. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 451 с.

Бгажнокова, И.М. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития.– М.: Педагогика, 2007. – 247 с.

Бондаренко, Б.С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации. – М.: Владос, 2009. – 300 с.

Буянов, М.И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам / М.И. Буянов. – М.: Педагогика, 1971. –349 с.

Григорьева, Л.Г. Дети с проблемами в развитии. – М.: Академкнига, 2002. – 213 с.

Дементьева, Н.Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н.Ф. Дементьева, Г.Н. Багаева, Т.А. Исаева. – М.: Академкнига, 2005. – 247 с.

Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.

Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. – СПб.: Издательство ППМИ, 2003. – 186 с.

Киселева, Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н.А. Киселева, И.Ю. Левченко. – М.: Коррекционная педагогика, 2005. – 210 с.

Лебединская, К.С. Задержка психического развития. – М.: Педагогика. – 2007. – 280 с.

Лебединский, В.В. Нарушение психического развития. – М.: Педагогика. – 2004. – 306 с.

Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. – М.: Издательский центр «Академии», 2010. – 208 с.

Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей. – М.: Педагогика – Пресс, 2006. – 284 с.

Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

Назарова, Н.М. Специальная педагогика. – М.: Академия, 2010. – 356с.

Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.

Соколова, Н.Д. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании / Н.Д. Соколова, Л.В. Калиникова. – М.: 2005. – 180 с.

Солодянкина, О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: АРКТИ, 2007. – 80 с.

Сорокин, В.М. Специальная психология.– СПб.: Речь, 2003. – 216 с.

Стребелева, Е.А. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А.

Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 312 с.

Фадина, Г.В. Специальная дошкольная педагогика /Г.В. Фадина– Балашов: Николаев, 2004. – 80 с.

Фатихова, Л.Ф. Диагностика социального интеллекта детей с отклонениями в развитии. // Научное творчество XXI века: материалы II Всероссийской научной конференции. – Красноярск // В мире научных открытий. – 2010. № 4 (10). Часть 8. – С. 82-84. [электронный ресурс] [http://www.pedlib.ru/Books/6/0317/6\\_0317-5.shtml#book\\_page\\_top](http://www.pedlib.ru/Books/6/0317/6_0317-5.shtml#book_page_top)

Щепко, Е.Л. Психодиагностика нарушений развития. Принцип дифференциаций. – М.: Академия, 2000. –410 с.

Шипицына, Л.М. Психологическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 92с.

### **Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)**

Библиографическое описание: Галкина Е. В. Работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [Текст] / Е. В. Галкина // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы II междунар. науч. конф. (г. Уфа, июль 2012 г.). — Уфа: Лето, 2012.

На современном этапе развития системы образования взаимодействию с семьями воспитанников уделяется большое внимание. Это обусловлено проблемами в межличностных отношениях между детьми с ОВЗ и их родителями, неадекватным оцениванием своего ребенка, имеющего проблемы в развитии, жестоким обращением с ним. Поэтому помощь детям с ограниченными возможностями здоровья требует социально-психологической поддержки их семей. Развитие ребенка с особыми образовательными потребностями в большой степени зависит от благополучия его семейной ситуации, от адекватного участия родителей в его физическом и нравственном становлении, правильности их воспитательных воздействий. Опыт работы нашего детского сада показал необходимость социально-педагогической и психологической поддержки родителей детей с ограниченными

возможностями, в первую очередь матерей, поскольку именно на их плечи чаще всего ложится бремя ответственности за воспитание ребенка. Работа с родителями включает в себя мониторинг психологического климата в семье, проблем в воспитании, обучении и коррекционной работе в домашних, оказание консультативной и практической помощи. Главной целью нашей работы является создание благоприятного эмоционального климата в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии, формирование педагогической компетенции родителей, воспитывающих детей с особыми образовательными потребностями.

Семья – это основанная на браке и кровном родстве малая группа, члены которой объединены совместным проживанием и ведением домашнего хозяйства, эмоциональной связью и взаимными обязанностями друг к другу.

Семья осуществляет следующие функции:

- 1) воспитательная;
- 2) хозяйственно-бытовая – для удовлетворения материальных потребностей и для сохранения здоровья;
- 3) эмоциональная: культурное и духовное общение;
- 4) первичный социальный контроль – это контроль за выполнением норм, усвоенных в процессе социализации и воспитания;
- 5) репродуктивная и сексуальная – это воспроизводство потомства и супружеские взаимоотношения.

Современная семья переживает сложный этап в эволюции – переход от традиционной модели к новой, и многие ученые характеризуют нынешние условия семьи как кризисные, что повлекло за собой падение рождаемости, рост числа разводов и увеличение числа одиноких людей. Средняя величина семьи составляет 3,2 человека – в городе и 3,3 – в селе [1, с.6]. Факторы сокращения величины семьи: рост числа бездетных и молодежных семей; рост числа молодых семей вследствие снижения возраста вступления в брак; тенденция отделения молодых семей от родителей; увеличение доли семей с одним родителем в результате разводов, смерти одного из супругов и рождения детей одинокой матерью.

Основные социальные проблемы семьи:

- 1) трудное материальное положение семьи;
- 2) ухудшение состояния здоровья населения вследствие недоедания, плохой

экологии, от качества продуктов питания;

- 3) злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- 4) жестокое обращение с детьми и другими членами семьи;
- 5) антиобщественный образ жизни, правонарушения и скандалы;
- 6) социальное сиротство – это явления устранения или неучастия в выполнении родительских обязанностей – искажение родительского поведения.

Социальные сироты – это дети, лишенные родителей, то есть сироты при живых родителях. Более 50% детей помещаются в дом ребенка по социальным причинам: лишение родительских прав, плохие материальные и жилищные условия, внебрачное положение женщины, нахождение родителей в местах лишения свободы, алкоголизм родителей.

Отказные дети – это те, от которых мать отказалась письменно в родильном доме. Основные причины отказа от ребенка:

- 1) тяжелая болезнь или уродства (около 60%);
- 2) сложные материальные и бытовые условия (около 20%) [2, с.181].

Типы семей:

Среднестатистическая семья:

- семья нуждается в политике стабилизации семьи и, прежде всего, в эмоциональной разрядке, проблемы такой семьи – это взаимоотношения супругов, воспитание детей, особенно подростков.

Молодая семья:

- здесь приоритетной сферой внимания социальной работы могут быть – межличностная адаптация супругов, распределение ролей и функций, трудности начального воспитания детей.

Вторичная семья:

- это семья, созданная повторно обоими или одним из супругов – для нее характерны выше перечисленные проблемы, а также типичны построение взаимоотношений со старой и новой семьей, адаптация детей к новым родителям или уходу одного из них из семьи.

Неполная семья:

- это семья, где отсутствует один из родителей; ее проблемы – это изменение статуса в обществе – низкий материальный уровень, наличие развития у детей девиантности.

Многодетная семья:

- где три и более детей; ее проблемы – бедность, нестабильность статуса в обществе, иждивенческие установки, условия для развития у подростков девиантности и психологических отношений.

Типы семейных взаимоотношений

Брак – это гражданское состояние, добровольный союз мужчины и женщины, ведущий к образованию семьи. По силе власти в семье кого-либо из супругов, можно выделить четыре типа брака:

- 1) доминирующий муж и пассивная жена;
- 2) доминирующая жена и пассивный муж;
- 3) открытая борьба или соперничество;
- 4) изоляция или эмоциональное отчуждение;
- 5) псевдо-кооперация, когда внешне соглашаются, но внутри остаются при своем мнении.

В зависимости от типа семейных взаимоотношений семьи можно подразделить на гармоничные, где адекватное исполнение ролей мужчины и женщины, и дисгармоничные семьи, в которых супруги имеют различные проблемы, такие, как:

- обвинение, когда один из супругов утверждает, что дефект в другом супруге;
- успокоение, когда супруг пассивно согласен с утверждением, что дефект в нем;
- отвлечение, когда поведение одного из супругов отвлекает его от напряженной ситуации в семье;
- чувство обиды, возникает в том случае, когда один из супругов дает больше, чем получает;

- чувство вины, когда один из супругов получает больше, чем дает;
- паразитические отношения (ревность, озлобленность, подозрительность).

Общеизвестно, что семья является уникальным социальным созданием человечества. Фактически, это явление – первый вид общения людей. В то же время как социальная система семья имеет черты социального института и одновременно малой социальной группы.

Черты семьи как социального института заключены в социальных нормах, санкциях и образцах поведения, регламентирующих взаимоотношения между супругами, родителями, детьми и другими родственниками. Как малую группу, основанную на браке или кровном родстве, ее характеризуют общность быта всех членов семьи, взаимная моральная ответственность и взаимопомощь.

Семья является той формой общности людей, в которой – соединенные браком мужчина и женщина, их дети и родственники связаны кровнородственной связью.

Являясь социальным образованием, семья имеет определенные социальные функции, которые являются отражением как общественных потребностей в ее жизнедеятельности, так и индивидуальных потребностей членов семейной группы.

В научно-педагогической литературе по проблемам семьи к важнейшим функциям семьи относят генеративную (воспроизводство людей, поскольку, как правило, здоровые дети рождаются в семье), рекреативную (физическая, материальная, моральная, психологическая взаимопомощь, организация досуга), коммуникативную, регулятивную, фелицитологическую (ощущение счастья в семье), экономическую и хозяйственно-бытовую. Главной функцией семьи называется функция первичной (или базисной) социализации ребенка, его формирования.

Под структурой семьи понимают систему отношений родства, а также совокупность духовных, нравственных, психологических отношений, внутрисемейной установки и отношения власти и авторитета.

В структуре семьи учитываются: количество членов семьи (что определяет тип семьи – нуклеарная или большая), их родственные связи (родители, родители и дети, братья и сестры), характер взаимоотношений в подсистемах, границы взаимоотношений (проблемы близости и отдаленности между членами семьи, специфика семейных правил и норм, эмоциональный климат); взаимоотношения между членами семьи и семьей как системой с другими членами «большой» семьи (бабушки, дедушки, двоюродные родственники и т.д.), взаимоотношения между семьей как системой и ближайшими друзьями.

Вторым компонентом семьи как системы является окружение. Под ним понимают ситуацию проживания, социоэкологический статус, взаимоотношения семьи с соседями и вообще в социуме, влияние референтной группы «большой» семьи (бабушки, дедушки, ближайшие родственники), сильные и слабые стороны этого влияния на семью.

Функционирование семьи является ее третьим компонентом. Оно включает в себя ролевую деятельность ее членов – совокупность установок, норм и образцов поведения, характеризующих одних членов семьи в их отношениях к другим ее членам (в нуклеарной модели семьи основными семейными ролями являются роли мужа и жены, матери и отца, детей, братьев, сестер; в модели большой семьи – добавляются роли дедушек и бабушек, свекра и свекрови, тестя и тещи, зятя и невестки, и т.п.).

Ролевая значительность членов сравнивается со стандартами и учитывается при работе с семьей как объектом воздействия.

Четвертым компонентом семьи-системы является история ее развития. Она включает в себя генеалогическое древо семьи («корни» семьи и влияние их на сегодняшнее положение дел в семье), обычаи и традиции семьи и стадии развития семейной жизни.

Американский исследователь семьи Соня Роудс выделяет в развитии семьи семь основных стадий [1 с. 177].

- Интимность, близость. Взаимоотношения мужа и жены находятся в стадии формирования. Задача – развитие реалистической оценки каждому из партнеров.

- Наполнение и пополнение. Стадия между рождением первенца и тем временем, когда последний ребенок отправляется в школу. Задача – развитие воспитательных образцов у всех членов семьи.

- Индивидуализация, обособление членов семьи. Стадия, когда семья имеет детей дошкольного возраста. Задача – отделение своей личности от личности ребенка, оказание поддержки детям, индивидуализация, обособление каждого члена семьи.

- Товарищеские отношения, общение. Стадия семьи с детьми подросткового возраста. Задача – развитие взаимоотношений «Родитель-подросток», основанных на понимании возрастающей независимости ребенка и на супружеских отношениях, основанных на товариществе.

- Перегруппировки. Стадия, когда повзрослевшие дети покидают семью.

Задача – изменение взаимоотношений между поколениями, переход к взаимоотношениям «взрослый-взрослый» между детьми и родителями.

- Восстановление. Стадия, когда в семье полностью исчезают родительские заботы. Задача – восстановление отношений супружеской пары без детей.

- Взаимопомощь. Родители-пенсионеры, зачастую имеющие внуков. Задача – развитие системы взаимоотношений между поколениями.

Несомненный интерес представляет понимание семьи как системы американского психолога В. Сатир [3, с. 221]. По ее мнению, семья как система состоит из следующих составных частей: цели (воспитание подрастающего поколения и дальнейшее развитие всех ее членов), основных элементов (взрослые и дети; мужчины и женщины), порядка функционирования элементов системы (правила, по которым живет семья или общения между ее членами и особенности их самооценок), энергетики (ее дают пища, вода, воздух, активность и жизненные позиции членов семьи в их сочетании друг с другом), взаимодействия с внешним миром (оно связано с отношением к изменениям, происходящим в жизни). Как считает В. Сатир, семья как система может быть закрытой (т.е. неблагополучная семья) и открытой (гармоничная семья). В ее работе приводятся характеристики закрытой семьи-системы и семьи-системы открытой, подчеркивается, что открытая семья работает по принципу развития, а поскольку целью сегодняшней семьи является развитие каждого ее члена, то ставится задача по использованию всех ее структур для достижения вышеуказанной цели. Чтобы семейная система была жизнестойкой, указывает Сатир, она должна предоставлять каждому ее члену возможность занять свое место в семье и испытывать от этого удовольствие.

Эмоциональный тон, общность семьи, взаимосвязь всех ее членов – важнейшие составляющие характеристики, на которые обращается внимание при восприятии семьи как объекта социального воздействия.

Однако, являясь объектом социального воздействия, семья одновременно является и субъектом социализации личности ребенка. В этом случае эффективность воздействия семьи на личность определяется ее воспитательным потенциалом.

Воспитательный потенциал семьи складывается из биологического, технологического, экономического и социального компонентов.

Биологический компонент определяется наследственностью, которая передается из поколения в поколение генограммой, чем и определяется наследственное состояние психики индивида. Явление это пока изучено недостаточно.

Психологический компонент включает тип семьи («нуклеарная» или «большая», полная или неполная), выполнение ролевых функций членами семьи (действительные и стандарты), тип взаимоотношений в семье (авторитарный, демократический, попустительский), наличие или отсутствие педагогических способностей у родителей и уровень их интеллектуального развития. И главное – нравственно-психологический климат в семье.

Основными составляющими экономического компонента являются уровень доходов в семье, наличие жилья и другие материальные блага.

Социальный компонент, который также в совокупности с другими определяет воспитательный потенциал семьи, складывается из принадлежности семьи к определенной этнической группе, социального статуса семьи, образования родителей, их профессии и занимаемой должности, культурного и духовного уровня развития.

Традиционно проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, в нашей стране рассматривались исключительно через призму проблем своего ребенка. Работа с родителями ограничивалась консультациями по поводу развития и обучения ребенка, но при этом упускался из виду очень серьезный аспект – эмоциональное состояние самих родителей. Для многих родителей детей с ОВЗ характерна особая ранимость и ощущение себя изгоями в обществе. Окружающие, к сожалению, не всегда толерантно относятся не только к самим детям с особыми образовательными потребностями (ООП), но и их родственникам. Поэтому для них так важно найти людей, которые понимают их проблемы, не осуждают и поддерживают, относятся к ним без нигилизма. Беседы с воспитателями, дефектологом, социальным педагогом и психологом – это одна из возможностей решить проблемы, преодолеть негатив, стабилизировать нервную систему, получить ответы на сложные вопросы.

При работе с такими семьями мы решаем следующие задачи:

- формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров;
- развитие детско-родительских отношений;
- совершенствование коммуникативных форм поведения;
- формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Во время индивидуальных консультаций мы предоставляем родителям информацию о возможностях психологической разгрузки и снижении уровня

эмоциональных переживаний, связанных с выполнением роли родителя ребенка с ОВЗ.

Часто родители категорично отрицают диагноз, завышают требования к ребенку, в итоге результат не соответствует ожиданиям родителей, возникают конфликты. Сотрудники детского сада помогают родителям принять ситуацию и ребенка такими, какие они есть.

Часто оказывается, что в основе заявляемых проблем лежит внутренний страх, неуверенность, поэтому работа проводится очень деликатно.

В семьях, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями, возникают конфликты, осложняются отношения между супругами, родственниками, что сказывается на ребенке. При работе с такими родителями мы стараемся нейтрализовать проблему, гармонизируя детско-родительские отношения.

Как показывает наш опыт, всем семьям, имеющим ребенка с ОВЗ, требуется социально-психологическая поддержка. Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, чтобы эта проблема не становилась только личным делом семьи. Важно, чтобы семья не замыкалась, не стеснялась своего ребенка. При адекватно построенной семейной атмосфере, отношении к своему ребенку функционирование семьи сохраняется.

Воспитание ребенка с нарушениями в развитии требует от родителей больших физических и духовных сил, поэтому так важно взрослым сохранить физическое здоровье и душевное равновесие, оптимизм. От того, как дальше поведут себя родители, во многом будет зависеть судьба ребенка и самой семьи. Мы считаем, что наилучший способ помощи детям с ОВЗ – это помощь их родителям, и всегда призываем к этому всех работников нашего учреждения.

Дети, имеющие проблемы в развитии, – сложная и разнообразная группа. Различные нарушения развития по-разному отражаются на формировании социальных связей детей. У родителей необходимо формировать правильное понимание особенностей развития ребенка с ОВЗ. Адекватное понимание родителями причин отклонения от нормального развития ребенка, а также возможных последствий, является необходимым условием для правильно организованного воспитания ребенка.

Помощь детям с особыми образовательными потребностями требует социально-педагогической поддержки их семей. Развитие ребенка в огромной степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности воспитательных воздействий. Выделяют следующие формы отношения родителей к своим

детям, имеющим проблемы в развитии:

Родители стесняются неполноценности своего ребенка, гипер опекают его, прячут от людей, не посещают общественные места, лишая его жизненных впечатлений. Ребенок развивается медленно, не чувствует себя спокойным и в безопасности, он замкнут, неуверен в себе.

Родители ошибочно считают себя виновными в состоянии ребенка, настаивают на проведении самых неразумных методов «лечения», которые только расстраивают ребенка, не приносят ему никакой пользы.

3. Родители постепенно приходят к выводу о безнадежности состояния ребенка, отказывают в проявлении к нему каких-либо знаков внимания, любви. Часто такие родители отказываются от воспитания ребенка, передавая его на попечение государства. Если ребенок продолжает воспитываться в семье, то его либо обижают, либо перестают обращать внимание. У ребенка появляется негативизм, подавленное состояние, немотивированное упрямство.

4. Не желая примириться с неполноценностью ребенка, родители преувеличивают его возможности, не хотят замечать недостатков, предъявляют к нему завышенные требования. Постоянное давление делает ребенка упрямым и раздражительным.

5. Родители принимают ребенка таким, каков он есть, не ограничивают круг его общения. Ребенок чувствует себя уверенно, счастливо, воспринимая себя таким, как все.

Многие родители основную роль в преодолении отклонений в развитии отводят медикаментозному лечению. Но необходимо при этом помнить, что даже самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при качественной коррекционной работе и правильном семейном. Максимально возможного уровня развития ребенка можно достигнуть только при соблюдении ряда условий. К ним относятся:

- раннее начало коррекционной работы,
- благоприятная семейная обстановка,
- взаимодействие детского сада с семьей,
- медицинское сопровождение.

Для полноценного воспитания в семье необходимо соблюдать основные

принципы коррекционной работы, поэтому родители не должны самообразовываться, чтобы помочь ребенку с особыми образовательными потребностями.

Гармонизация отношений в семье, учет индивидуальных и возрастных особенностей ребенка с отклонениями в развитии в процессе воспитания и обучения, стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья делает семью «особой». Семья ребенка с нарушением развития имеет много своих особенностей, так как ее жизненная ситуация совершенно иная, она находится в ином положении в обществе, чем семья здорового ребенка. Это, в свою очередь, накладывает отпечаток на типы семейного воспитания и на психологические проблемы родителей.

От успешности решения проблем в семье зависит гармоничность взаимоотношений и наличие необходимой комфортной микросреды для жизни и развития ребенка.

Психолого-педагогическая и медико-социальная помощь ребенку является наиболее значимой для социальной адаптации детей с ОВЗ. С помощью совместных усилий специалистов и родителей, воспитывающих ребенка с ООП, и готовности социума к оказанию поддержки таким семьям, возможно достичь такого качества жизни, при котором они смогут чувствовать себя полноценной частью нашего общества.

## **Социальный статус родителей детей с ограниченными возможностями здоровья**

Общим местом во всех рассуждениях о семьях детей-инвалидов, особенно с нарушениями психического развития, стала фраза типа: "Социальный статус таких семей крайне низок". Фраза достаточно безликая, так как дальше не уточняется, что же это такое - социальный статус. Но дальше на основе этого постулата делаются далеко идущие выводы - начиная с того, что и материальное положение таких семей крайне плохое, и кончая тем, что это-то и является причиной инвалидности ребенка. Налицо явно демагогический прием - инверсия, то есть причина и якобы следствие меняются местами. Наверное, это делается для придания пущей политкорректности всем рассуждениям.

Но попробуем разобраться, а что же вообще это такое - социальный статус семьи с ребенком-инвалидом. Возьмем для примера такую ситуацию. В семье родился ребенок с синдромом Дауна. Ребенок поздний, причем единственный в семье. Так, социальный статус уже резко упал. Дальше: отец ребенка - госслужащий, мать - домохозяйка. Очевидно, социальный статус уже ниже некуда. А теперь я вынужден извиниться, потому что описал реальную семью - семью Шарля Де Голля, президента Французской республики. Совсем другое дело - скажете вы. То есть здоровье ребенка в данном случае не влияет на социальный статус? Получается, что социальный статус зависит от угла зрения. С одного боку глянул - социальный статус крайне низок, с другой стороны заглянул - крайне высок. То есть социальный статус семьи ребенка-инвалида - вещь необъективная.

Тогда попробуем выяснить, от чего зависит точка зрения на семью ребенка-инвалида. Понятно, что всех подробностей о семье посторонний человек с ходу узнать не может, и свое впечатление о ее социальном статусе делает на основе ее образа (имиджа), преломляя его через свою систему ценностей. Таким образом, получается, что социальный статус семьи зависит не от реального положения дел в семье, а от ее имиджа и системы ценностей того, кто этот социальный статус определяет. Поэтому когда политик говорит о том, что "необходимо повысить социальный статус семей детей-инвалидов", вряд ли он имеет в виду, что он хочет изменить свою систему ценностей, а также маловероятно, что его интересует реальное положение дел в такой семье. Скорее всего, он хочет изменить имидж семьи, а точнее - ту его часть, по которой он и судит о социальном статусе, то есть имидж ребенка-инвалида. Кардинально улучшить имидж семьи ребенка-инвалида можно несколькими путями - например, убрать слово "инвалид". Для этого не обязательно быстро вылечить ребенка, достаточно не продлять инвалидность. Семье легче не станет, но статистика улучшится. Или другой вариант - изъять ребенка-

инвалида из семьи (процедура рекомендованного отказа). Таким образом, одной семьей ребенка-инвалида станет меньше.

Становится ясно, что рассуждения о социальном статусе семьи ребенка-инвалида далеко не всегда безобидны. Но есть ли более приемлемые варианты улучшения имиджа семьи ребенка-инвалида? Да, есть. Попробуем их перечислить.

#### 1) Не стесняйтесь своего ребенка.

Родители часто стесняются своего ребенка-инвалида, особенно если у него поведенческие проблемы. Некоторые доходят до того, что годами не выпускают ребенка на улицу (я слышал о девочке, которую до 15 лет не выводили на улицу по этой причине). Естественно, это не выход ни с точки зрения коррекционной работы, ни с точки зрения самочувствия родителей. А главное, такое поведение катастрофически портит имидж семьи. Родители думают, что если никто не видит особенностей поведения их ребенка, то все в порядке. На самом деле ничто так не насторожит соседей и знакомых, как то, что родители никогда не показываются на людях вместе с ребенком. Это непонятно, а к непонятным явлениям люди всегда относятся настороженно. Совсем другое дело, когда родители всегда вместе с ребенком. Это понятно, это естественно - а значит, рождает подсознательное доверие.

#### 2) Любите своего ребенка таким, какой он есть.

"А как быть, если у ребенка поведенческие проблемы?" - спросите Вы. Если проблемы серьезные, например гиперагрессивность, то необходимо проконсультироваться с врачом. Если же особенности поведения не сильно мешают окружающим людям - не берите в голову. Смотрите на своего ребенка влюбленными глазами и не давайте ему сильно чудить - и все будет в порядке. Если же Вы будете нервничать и постоянно одергивать ребенка, это насторожит окружающих людей, они будут обращать на него пристальное внимание и, естественно, заметят странности в его поведении. Если поведение ребенка не нравится его родителям, почему оно должно нравиться окружающим?

#### 3) Следите за собой, выглядите лучше.

Некоторые родители детей-инвалидов перестают следить за собой, меньше уделяют внимания своей внешности, чем до рождения ребенка. Это плохо не только с точки зрения имиджа семьи, но и имеет негативный педагогический эффект. Каждый ребенок мечтает гордиться своими родителями, быть похожим на них. Некоторые люди считают, что если мать ребенка-инвалида уделяет внимание своей внешности, то это за счет ребенка. Но возможна и другая точка зрения - если мать не следит за собой, сможет ли она хорошо ухаживать за ребенком?

#### 4) Одевайте своего ребенка как можно лучше.

И чем сильнее у него поведенческие проблемы, тем ярче должны быть его вещи. Помимо эстетической стороны, это имеет и практический смысл - если Вы потеряли ребенка в толпе, Вам будет легче найти его по яркой одежде. Некоторые люди одевают своего ребенка в дешевую или поношенную одежду -

мол, все равно испачкает. С одной стороны, это снижает самооценку ребенка. С другой стороны, если Вы одеты неопрятно или не по сезону, даже если при этом у Вас полные карманы денег, к Вам все равно будут относиться как к малообеспеченному.

Каждый сможет продолжить этот список. Советы просты, но тем удивительнее эффект, который производит их выполнение.  
<http://dorogavmir.chat.ru/>

Наверх

Терминологический словарь

**Адаптация** — приспособление человека к условиям существования; бывает биологическая, психологическая, социальная.

**Анамнез** — совокупность сведений о развитии ребенка на всех этапах, включая беременность матери, роды и течение заболеваний. Сбор А. является важной частью комплексного обследования ребенка.

**Ведущий вид деятельности** – деятельность, в наибольшей степени способствующая психическому развитию ребенка в данный период его жизни и ведущая развитие за собой.

**Ведущий тип общения** – преобладающий в данный возрастной период тип общения с окружающими людьми, благодаря которому у человека формируются его основные личностные качества.

**Вербальное научение** – научение, осуществляемое через словесные воздействия: инструкции, разъяснения и словесно представленные образцы поведения и т.п., без обращения к конкретным предметным действиям.

**Временная интеграция** – объединение воспитанников специальной группы (класса) вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития со здоровыми сверстниками не реже двух раз в месяц для проведения мероприятий воспитательного характера.

**Викарное научение** – научение, осуществляемое через прямое наблюдение за сенсорно представленными образцами и подражание им.

**Внутренняя речь** – особая, неосознаваемая, автоматически действующая форма речи, которой человек пользуется, размышляя над решением разных словесно-

логических задач. Внутренняя речь является производной от внешней речи и представляет собой мысль, не выраженную в произнесенном или написанном слове.

Возраст психологический – возраст физический, которому соответствует человек по уровню своего психологического развития.

Детство – период жизни человека, в течение которого в его психике и поведении доминируют так называемые детские черты, отличающие ребенка от взрослого человека. Детство охватывает период жизни от рождения до примерно младшего юношеского возраста.

Дети с ограниченными возможностями здоровья – группа детей с сенсорными, интеллектуальными, эмоционально-волевыми, физическими и другими отклонениями в психофизическом развитии. Эволюция понятия: «аномальные», «с отклонениями в развитии», «с особыми образовательными потребностями», «с ограниченными возможностями здоровья».

Дети с особыми образовательными потребностями – не является правоустанавливающим понятием, используется применительно к обучающимся с несоответствием своих возможностей «общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения».

Депривация — психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей ребенка в удовлетворении его насущных биологических и социальных потребностей. Д. бывает зрительная, слуховая, речевая, эмоциональная и др.

Дефектология – область научных исследований, пограничная между медициной и психологией. Содержит в себе знания, касающиеся происхождения и лечения различных дефектов, порождающих у ребенка отклонения от нормы психического характера.

Движущие силы развития – цели, которые взрослые ставят перед собой в обучении и воспитании детей, а также собственные детские потребности в самосовершенствовании.

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

Зона актуального развития — актуальный уровень знаний, умений и навыков ребенка, проявляющийся на данном этапе его развития и обнаруживающийся в ситуации конкретного диагностического обследования.

Зона ближайшего развития — уровень знаний, умений и навыков, который ребенок может достичь самостоятельно или с помощью взрослого, потенциальные возможности развития ребенка.

Импринтинг – приобретение или начало функционирования какой-либо формы поведения без специального научения с момента рождения сразу же в практически готовом виде в результате ее прямого включения под влиянием какого-либо стимула, закодированного в генетической программе созревания и функционирования данной формы поведения.

Инклюзия – это вовлечение в процесс каждого ученика с помощью образовательной программы, которая соответствует его способностям, удовлетворение индивидуальных образовательных потребностей, обеспечение специальных условий.

Инстинкт – врожденный вид поведения, передающийся по наследству или возникающий в результате естественного созревания организма. Инстинктивное поведение осуществляется по определенной, достаточно жесткой программе и мало изменяющейся под влиянием приобретаемого жизненного опыта.

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

Интеграция – восстановление, восполнение, объединение в целое каких-либо частей.

Интегрированное обучение – это совместное обучение лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки, и лиц, не имеющих таких недостатков, с использованием специальных средств и методов и при участии педагогов – специалистов.

Интегрируемый ребенок – ребенок, имеющий ограниченные возможности здоровья и способный посещать уроки в общеобразовательной школе, получая дополнительную специальную коррекционную помощь.

Интерииоризация – постепенное превращение какого-либо процесса или явления из внешнего для организма во внутреннее, например, из практически осуществляемого индивидуального или коллективного действия во внутренне психологическое свойство или способность человека.

Интеграция интернальная – интеграция внутри системы специального образования (дети со сложными, сочетанными дефектами в развитии).

Интеграция экстернальная – взаимодействие специального и массового образования (интеграция в общеобразовательные учреждения детей с ограниченными возможностями здоровья), это влечет за собой улучшение обучения детей со специальными нуждами в массовых школах.

Коррекционное обучение — особый вид обучения, цель которого полное или частичное преодоление имеющихся у детей нарушений в развитии и обеспечение их потребности в личном росте и социализации.

Коррекционно-воспитательная работа — система психолого-педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений психического или физического развития детей и на их адаптацию в обществе.

Комбинированная интеграция – обучение или воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья (имеющих уровень психофизического и речевого развития, близкий к возрастной норме) по 1–2 человека в массовых группах (классах). При этом дети получают постоянную коррекционную помощь у специалистов (сурдопедагога, тифлопедагога, дефектолога, логопеда).

Компенсация – повышенное, компенсаторное развитие физических, психических и личностных компонентов, возмещающее некоторый недостаток.

Компенсация дефекта – развитие замещающих навыков, позволяющих выполнять социально значимые функции, ранее недоступные индивиду вследствие дефекта.

Кризис возрастного развития – задержка в психическом развитии человека, сопровождаемая депрессивными состояниями, выраженной неудовлетворенностью собой, а также трудноразрешимыми проблемами внутреннего (личностного) и внешнего (межличностного) характера. Кризис возрастного развития обычно возникает при переходе из одного физического или психологического возраста в другой.

Наглядно-образное мышление - совокупность способов и процесс образного решения задач в плане зрительного представления ситуации и оперирования образами составляющих ее предметов без выполнения реальных практических действий с ними.

Научение – процесс и результат приобретения человеком знаний, умений и навыков.

Обучение – профессиональная деятельность учителя, направленная на передачу учащимся знаний, умений и навыков.

Обучаемость – способность человека к научению.

Олигофрения – особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций.

Педагогическая интеграция – это формирование у детей с ограниченными возможностями здоровья способности к усвоению учебного материала, определяемого общеобразовательной программой, т. е. общим учебным планом (совместное обучение в одном классе).

Полная интеграция – обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья (по уровню психофизического и речевого развития соответствующих возрастной норме и психологически готовых к интеграции) в учреждениях общей системы образования в одном классе с нормально развивающимися детьми по 1–2 человека в группе или классе. При этом дети обязательно получают коррекционную помощь у специалистов.

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

Сегрегация – это включение учащихся со специальными нуждами в учебный процесс отдельно, изолированно от других детей того же возраста (специальные школы, специальные классы в массовых школах).

Сензитивные периоды развития функций — периоды жизни ребенка, в которые наиболее интенсивно, сильно и гармонично развивается та или иная психическая функция. С этими периодами связана и наиболее оптимальная коррекция тех дефицитарных функций, которые формируются в данный отрезок времени.

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

Социализация – процесс и результат присвоения ребенком социального опыта по мере его психологического интеллектуального развития, т.е. преобразование под влиянием обучения и воспитания его психических функций, присвоение социально-нравственных ценностей, норм, и правил поведения, формирование мировоззрения.

Социальная интеграция – предполагает социальную адаптацию ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общую систему социальных

отношений и взаимодействий, прежде всего в рамках той образовательной среды, в которую он интегрируется (учащиеся со специальными нуждами, обучающиеся в специальных классах, смешиваются с учениками обычных классов для выполнения разных видов деятельности, получая таким образом возможность общения со сверстниками).

Среда – совокупность внешних условий, факторов и объектов, среди которых рождается, живет и развивается организм.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии (Тип): - образовательное учреждение, созданное для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Система специального образования – система образовательных учреждений, оказывающих образовательные услуги детям с проблемами в развитии, обеспечивающие качественное и доступное образование (общее и профессиональное) детям, молодым людям с проблемами в развитии, их успешную адаптацию и интеграцию в общество.

Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специальных социальных ситуациях, связанных или с экзаменационными испытаниями, или с повышенной эмоциональной и физической напряженностью, порожденной причинами иного характера.

Факторы развития – система факторов, определяющих собой психическое и поведенческое развитие ребенка, включает содержание обучения и воспитания, педагогическую подготовленность учителей и воспитателей, методы и средства обучения и воспитания, многое другое, от чего зависит психологическое развитие ребенка.

Частичная интеграция – это целенаправленное расширение минимальных возможностей детей в области социальной интеграции (для детей с сохраненными потенциальными возможностями, но еще неспособных овладеть образовательным стандартом). Дети с ограниченными возможностями здоровья включаются по 1–2 человека в обычные группы на отдельные занятия или на часть дня.

Эгоизм – отрицательная черта характера человека, выражающаяся в его стремлении к личному благополучию, не считаясь с благом и интересами других людей.

Эгоцентризм – сосредоточенность внимания и мышления человека исключительно на себе, его отвлеченность от всего, что происходит вокруг.

Эмпатия – способность человека к сочувствию и сопереживанию другим людям, к пониманию их состояний, готовность оказать им посильную помощь.

Этиология — причины возникновения нарушений.

Наверх

Из истории специальных (коррекционных) учреждений

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения обеспечивают обучающимся, воспитанникам с отклонениями в развитии обучение, воспитание, лечение, способствуют их социальной адаптации и интеграции в общество.

Впервые специально обучать глухих начали в Испании в 1578 году, в Англии — в 1648 году. Индивидуальное обучение слепых во Франции началось в 1670 году. Попытки специального обучения олигофренов начались в XIX веке, сочетаясь с исследованиями самого явления олигофрении (Ф. Пинель, Ж.-Э. Д. Эскироль, Ж.-М.-Г. Итар). Э. Сеген (англ.)русск. в США открывал частные школы для слабоумных детей, предполагающие обучение и воспитание, трудовое и физическое. В Европе эти идеи были подхвачены и развиты М. Монтессори.

К началу XX века в Европе появились и стали развиваться основные направления коррекционной педагогики в специальных учреждениях:

- христианско-филантропическое (в приютах, богадельнях);
- медико-педагогическое: лечение, воспитание и обучение;
- педагогическое: обучение детей с нарушениями слуха, зрения, умственной деятельности;
- психодиагностическое: выявление лиц с нарушениями интеллекта.

Впервые внимание к особым нуждам олигофренов в Норвегии было привлечено Л. Далем. Первые эксперименты выполнили в 1871 году сурдопедагоги Хансен (норв. Hans Hansen) и Липпестад (норв. Johan Anton Lippestad). В 1877 году они создали первую школу для умственно отсталых детей. Затем последовали другие школы, отдельные для мальчиков и девочек, созданные этими же педагогами. В 1892 году в Норвегии был принят Закон об обязательном школьном образовании, переводивший все школы, в том числе, коррекционные, под контроль государства. Таким образом, Норвегия и Саксония были единственными государствами Европы, где обучение умственно отсталых стало обязательным.

## Российская Империя

В Российской Империи система специального образования детей появилась в 1797 году с учреждением ведомства императрицы Марии Федоровны, уделявшего особое внимание детским приютам. В 1806 году стараниями В. Гаюи в Павловске было открыто первое в России опытное училище для глухонемых детей, а в 1807 году — школа для слепых. В 1854 году в Риге бывший сурдопедагог Фридрих Пляц (Friedrich Platz) основал первое в Империи лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков. Там не только пытались обеспечить лечение, но и вели занятия по системе Э. Сегена, а вдова Пляца, возглавившая организацию в 1864 году, имела некоторый успех в использовании систем Фрёбеля и Георгенса. Затем последовали заведения в Санкт-Петербурге (учреждения Е. К. Грачевой, супругов Маляревских) и Москве (классы М. П. Постовской). Крупные российские коррекционные педагоги того времени — А. И. Граборов, Л. К. Шлегер, К. Н. Корнилов. В 1908 году В. П. Кащенко открыл в Москве «Школу-санаторий для дефективных детей», а также написал известный труд «Педагогическая коррекция. Исправление недостатков характера у детей и подростков».

В начале XX века в Российской Империи действовало около 4,5 тысяч благотворительных организаций и 6,5 тыс. учреждений для социальной поддержки детей, в том числе с отклонениями в развитии. Н. Ю. Борякова пишет со ссылкой на Н. Н. Малофеева, что в дореволюционной России не была оформлена система специального образования, но была создана сеть специальных образовательных учреждений.

К 1907 году существовало 61 заведение для глухих. В 1914 году было примерно 30 заведений для незрячих, включая учебные. К Октябрьской Революции воспитывалось около двух тысяч детей с умственным