

## МАДОУ «ДС №440 г. Челябинска».

Дата создания образовательного учреждения - 07.12.1982 г.

Заведующий: Оксана Николаевна Мирошниченко

<http://mou440.chel-edu.ru>

На сегодняшний день в дошкольном образовательном учреждении функционирует 11 дошкольных групп, из них 5 групп общеразвивающей направленности, 1 группа комбинированной направленности и 5 компенсирующих групп для детей с нарушением зрения. В детском саду оборудованы: физкультурный зал, музыкальный зал, ИЗО-студия, кабинет педагога-психолога, кабинет учителей-дефектологов, кабинет учителей-логопедов, медицинский кабинет, офтальмологический кабинет. Территория детского сада оснащена участками для каждой группы, спортивной площадкой, площадкой для занятий по ПДД, огородом.

**Образовательный процесс в группах для детей компенсирующей и комбинированной направленности осуществляется на основе адаптированной образовательной программы для детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья.**

### Цели, задачи АОП

Программа способствует повышению эффективности коррекционной работы в условиях реализации Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» и Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования. Реализация программы осуществляется в соответствии с требованием ФГОС ДО по обеспечению прав детей с ограниченными возможностями здоровья (с нарушениями зрения) на специальную (коррекционную) помощь, с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и образовательных потребностей, охрану и укрепление физического и психического здоровья, преодоление отклонений в психофизическом развитии детей с патологией зрения.

Целью программы является проектирование и создание условий для коррекции имеющихся отклонений в развитии детей с ОВЗ. Обеспечение овладения детьми с ОВЗ (с нарушениями зрения) содержанием образовательной программы, присвоения социальных норм; проектирование специальных приемов и способов деятельности, обеспечивающих максимально эффективную ориентировку ребенка в окружающем мире и способствующих социализации детей данной категории.

АОП ДОУ обеспечивает развитие личности детей дошкольного возраста в различных видах общения и деятельности с учётом их возрастных, индивидуальных психологических и физиологических особенностей, особенностей развития детей с ОВЗ (нарушениями зрения) и направлена на решение следующих задач:

- охраны и укрепления физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия;
- обеспечения равных возможностей для полноценного развития каждого ребёнка в период дошкольного детства;
- обеспечения преемственности целей, задач и содержания образования, реализуемых в рамках образовательных программ различных уровней (далее - преемственность основных образовательных программ дошкольного и начального общего образования);
- создания благоприятных условий развития детей в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями и склонностями, развития способностей и творческого потенциала каждого ребёнка как субъекта отношений с самим собой, другими детьми, взрослыми и миром;
- объединения обучения и воспитания в целостный образовательный процесс на основе духовно-нравственных и социокультурных ценностей и принятых в обществе

правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества;

- формирования общей культуры личности детей, в том числе ценностей здорового образа жизни, развития их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребёнка, формирования предпосылок учебной деятельности;
- обеспечения вариативности и разнообразия содержания реализуемых программ (Примерной основной образовательной программы, авторских образовательных программ по направлениям развития детей дошкольного возраста) и организационных форм дошкольного образования, возможности формирования программ различной направленности с учётом образовательных потребностей, способностей и состояния здоровья детей;
- формирования социокультурной среды, соответствующей возрастным, индивидуальным, психологическим и физиологическим особенностям детей;
- обеспечения психолого-педагогической поддержки семьи и повышения компетентности родителей (законных представителей) в вопросах развития и образования, охраны и укрепления здоровья детей с ОВЗ (нарушениями зрения).

### **Характеристика психического развития слепых и слабовидящих детей дошкольного возраста**

Неудачи и трудности, с которыми ребенок сталкивается в обучении, в игре, в овладении двигательными навыками, пространственной ориентировке, вызывают сложные переживания и негативные реакции, проявляющиеся в неуверенности, пассивности, самоизоляции, неадекватном поведении и даже агрессивности. Многим детям с нарушением зрения присуще астеническое состояние, характеризующееся значительным снижением желаний играть, нервным напряжением, повышенной утомляемостью. Нужно иметь в виду, что дети с депривацией зрения оказываются в стрессовых ситуациях чаще, чем их нормально видящие сверстники. Постоянно высокое эмоциональное напряжение, чувство дискомфорта могут в отдельных случаях вызвать эмоциональные расстройства, нарушения баланса процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга. А.Г. Литвак (1998) отмечает, что среди детей с нарушением зрения можно встретить обладающих замечательными волевыми качествами, и наряду с этим наблюдаются такие дефекты воли, как импульсивность поведения, внушаемость, упрямство, негативизм.

Особенности внимания. Из-за недостатка зрения нарушено произвольное внимание (узкий запас знаний и представлений). Снижение произвольного внимания обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности -- низкому объему внимания, хаотичности, т. е. не целенаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей: инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Внимание часто переключается на второстепенные объекты. Рассеянность детей нередко объясняется переутомлением из-за длительного воздействия слуховых раздражителей. Поэтому у детей с патологией зрения утомление наступает быстрее, чем у нормально видящих сверстников.

Особенности памяти. Рассматривая специфические особенности памяти слабовидящих, А.Г. Литвак (1998) отмечает, что дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством или отсутствием повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых дети с нарушением зрения могут получить только вербальное знание! Ограниченный объем, сниженная скорость и другие недостатки запоминания детей с нарушением зрения имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии.

У детей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти. Выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти. Объем кратковременной слуховой памяти у всех категорий детей с нарушением зрения высокий. Образы памяти незрячих при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к быстрому угасанию. Значимость вербальной информации для детей с нарушением зрения играет особую роль в его сохранении. С возрастом происходит переход от произвольного вида памяти к произвольному. Ухудшение двигательной памяти наблюдается у мальчиков в 10--11 и 14--15 лет, у девочек 12--15 лет.

Особенности восприятия. У детей с депривацией зрения ослаблены зрительные ощущения, а восприятие внешнего мира ограничено. Эти затруднения сказываются на степени полноты, целостности образов отображаемых предметов и действий, но они могут только изменить тип восприятия, но не влияют на физиологический механизм восприятия. В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Объем внимания у младших школьников мал. Они способны одновременно воспринимать одно-два движения или отдельные элементы движений. У незрячих и детей с остаточным зрением основные формы восприятия -- осязательно-двигательная и зрительно-двигательно-слуховая. Следует отметить, что поздно ослепшие имеют в арсенале своей памяти успевшие сформироваться двигательные умения и навыки. Благодаря им они быстрее и адекватнее воспринимают учебный материал. Их движения выглядят более уверенными, точными, но если навыки были слабо закреплены, дети их теряют. Нарушение зрительного анализатора приводит к образованию новых межанализаторных связей, изменению доминирования иных сенсорных систем.

Особенности мышления. Дети с нарушением зрения не имеют возможности воспринимать окружающую ситуацию в целом, им приходится анализировать ее на основании отдельных признаков, доступных их восприятию.

На уроках физкультуры учащиеся чаще пользуются наглядно-образным и словесно-логическим мышлением, когда задача решается в словесной (вербальной) форме. Используется также практически-действенный тип мышления, когда мыслительные операции осуществляются в процессе манипулирования с предметами (спортивный инвентарь) и выполнения физических упражнений. Этот вид оказывается незаменимым в тех случаях, когда решение мыслительной задачи должно протекать одновременно с практической деятельностью (Солнцева Л. И., 2000). У отдельных учащихся может преобладать тот или иной тип мышления.

Особенности физического развития и двигательных нарушений. Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии. В связи с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движений.

Индивидуальные отклонения обусловлены рядом причин:

1. расстройством функций зрения на основе органических нарушений, сопровождающихся трудностями формирования физических качеств;
2. ограничением возможностей зрительного подражания, порождающим искаженное представление об окружающей действительности;
3. неблагоприятным периодом дошкольного воспитания (у детей, не посещающих детские дошкольные учреждения), тормозящим развитие познавательной и двигательной активности;
4. снижением иммунитета к инфекционным и простудным заболеваниям, и как следствие, к пропускам академических занятий, снижению успеваемости учащихся.

Известно, что наибольший коррекционный эффект обучения детей с проблемами в развитии зависит от выбора оптимального возрастного этапа. Младший школьный возраст является наиболее благоприятным, сенситивным для освоения различных видов деятельности, формирования у школьников привычки к систематическим занятиям физическими упражнениями, привития навыка здорового образа жизни, обеспечивающего реализацию личностных, жизненных потенциалов детей с нарушением зрения. В младшем школьном возрасте развиваются мышечно-двигательные ощущения, улучшается зрительный и осязательный контроль за выполнением движений, совершенствуется координация между зрительными ощущениями и выполнением движений. И.М. Сеченов отмечал, что согласованность движений рук и глаз человека разучивается с детства. Всякий раз рука играет роль хватательного орудия и без руководства глаз служить таким орудием не может.

Уровень физического развития и физической подготовленности /детей младшего и среднего школьного возраста с депривацией зрения значительно отстает от нормально видящих сверстников: в весе / (от 3 до 5%), росте (от 5 до 13 см), в показателях окружности / грудной клетки у детей младшего и среднего возраста отставание составляет у слабовидящих до 4,7 см. Заметное отставание от нормы отмечается и в развитии жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Исследования И.И. Шмелькова (1981), Р.Н. Азаряна (1989), Л.Н. Ростомашвили (1999) показывают, что у детей 10--12 лет с нарушением зрения ЖЕЛ=1600 куб. см, а у нормально видящих -- 1800 куб. см. Мышечная сила (кистевая) у детей с нарушением зрения по сравнению с нормой слабо развита. У слабовидящих школьников показатели кистевой динамометрии ниже на 28 %, чем у нормально видящих сверстников, в показателях гибкости они уступают последним в среднем на 12--15%. Л.Ф. Касаткин (1967, 1970), И.И. Шмельков (1981) и Б.В. Сермеев (1984) указывают на очень низкое развитие мышечной силы у девочек. Наиболее выраженная разница в росте мышечной силы у незрячих детей по сравнению с нормально видящими наблюдается в 7--14 лет: отставание у мальчиков 3,5--5 кг, у девочек 1 --1,5 кг. У детей с патологией зрения отмечается нарушение координации движений. В возрасте 8--9 лет оно составляет 28 %, а к 16 годам достигает 52%. Школьники испытывают трудности в выполнении согласованных движений рук и ног. Сопоставление результатов скоростно-силовых качеств показывает, что незрячие дети в 7--9 лет обладают самым низким уровнем прыжковой способности. Исследование (И.И. Шмельков, 1981) прыгучести (прыжок в высоту с места) у незрячих школьников выявило отставание от нормально видящих сверстников на 6,9 см. Результаты прыжков в длину с места у мальчиков ниже результатов нормально видящих на 16--24%. По данным А. Г. Сухарева (1975), слабовидящие мальчики младшего школьного возраста проходят в день 4,1 км, а зрячие дети 10,3 км; в среднем школьном возрасте слабовидящие -- 6,8 км, а зрячие -- 14,7 км; в старшем возрасте соответственно 3,5; 4,8 и 12,2 км. Эти данные свидетельствуют о низкой двигательной активности, а следовательно, меньшей выносливости и работоспособности детей с нарушением зрения.

С возрастом показатели физического развития у детей со зрительной депривацией увеличиваются, но более медленно по сравнению с нормально видящими. У незрячих и слабовидящих отмечаются наиболее выраженные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на всех возрастных этапах развития. Возрастная динамика физического развития у этих детей сохраняется такой же, как и в норме, но уровень физического развития значительно ниже. Например, если в норме формирование быстроты движений завершается к 15 годам, то у детей с депривацией зрения развитие быстроты движений продолжается и после 16 лет. У школьников с нарушением зрения отмечается задержка статической выносливости. В норме развитие этой функции завершается к 14 годам, у слабовидящих продолжает развиваться до 17 лет.

Наиболее выраженные отклонения у детей с нарушением зрения в старшем школьном возрасте: длина тела у них меньше на 5--5,5 см по сравнению с нормально видящими

сверстниками, масса тела на 6--7% ниже, окружность грудной клетки в среднем на 4 см меньше, чем у нормально видящих (Касаткин Л. Ф., 1980). Мышечная сила значительно ослаблена, движения угловаты, медленны и нерешительны, наблюдается нарушение статического и динамического равновесия.

Вторичные отклонения в физическом развитии детей, обусловленные нарушением зрения. По данным Е.И. Ливадо (1974), А.К. Акимовой (1973, 1977, 1979), Р.Н. Азаряна (1989), у слабовидящих школьников плоскостопие

встречается от 30 до 53,8%, мышечная слабость -- у 12 %. Б. П. Ермаков (1989, 1990) констатирует, что нарушение осанки наблюдается у 59,2% слабовидящих мальчиков и 58 % девочек, тогда как у нормально видящих соответственно у 20 % и 14 %; значительно больше и число простудных заболеваний. Исследования Л.Н. Ростомашвили (1997) показали, что 87% учащихся школы-интерната для слепых и слабовидящих детей Санкт-Петербурга относятся к специальной медицинской группе. Нередко дети с нарушениями зрения поступают в школу с уже стойкими нарушениями осанки, с круглой спиной, усилением грудного кифоза и уплощением поясничного лордоза, сколиозом, плоскостопием и т.д. При нарушении осанки и деформации позвоночника грудная клетка видоизменяется, снижается жизненная емкость легких, что в свою очередь приводит к заболеваниям органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

По данным медико-психолого-педагогической оценки, все причины вторичных отклонений можно разделить на две группы: 1) органические нарушения, наследственные заболевания, врожденное слабовидение, обуславливающие трудности формирования гармонически развитой личности; 2) недостаточный уровень социальных и педагогических условий для гармоничного развития ребенка с депривацией зрения, отсутствие или недостаточность профилактической, коррекционной работы с данной категорией детей.

К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся: общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней, сопровождающееся различными типами дизартрии, недоразвитие письменной речи смешанного характера (разные виды дисграфии), соматические заболевания, задержка психического развития, детский церебральный паралич, минимальная мозговая дисфункция (ММД).

ММД -- часто встречающееся заболевание. Оно характеризуется негрубым поражением центральной нервной системы, сопровождается мышечной дистонией -- неуклюжестью, неловкостью, скованностью в движениях, трудностями в освоении письма, точности моторики. Наиболее характерны для ММД двигательная расторможенность, суетливость, чрезмерная двигательная активность, шаловливость, плохая обучаемость, низкая дисциплина и неорганизованность. Периодически появляются вспышки гнева. Такие дети сталкиваются с непониманием со стороны сверстников, оказываются в эпицентре конфликтов. В результате они накапливают отрицательный опыт межличностных отношений. Нередко у

них развивается невроз в виде неврастения. Такой ребенок биологически не способен быть тихоней, сдержанным и целеустремленным. Эти качества необходимо терпеливо прививать, умело направлять его сверх активность в русло продуктивных игр, физических упражнений, интересной деятельности. При правильной коррекционной работе с таким ребенком к 10--11 годам отрицательные проявления сглаживаются, он будет нормально учиться и упорядочит свое поведение, станет достаточно контактным и адекватным в поведенческих реакциях (В.И. Гарбузов, 1982).

Таким образом, дети с депривацией зрения нуждаются в профилактической и коррекционной работе, направленной на нормализацию двигательных функций. Эта работа должна предусматривать комплексный характер, т. е. оказывать положительное влияние на все ослабленные функции ребенка, обеспечивая наилучшие условия его жизнедеятельности и развития.

