

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета

Педагогика и психологии
факультет
Психологии развития личности
кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование
код и наименование направления

44.03.02.05 Психология и социальная педагогика
наименование профиля

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С
МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

тема

Руководитель

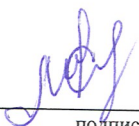


подпись

Н.В.Басалаева

инициалы, фамилия

Выпускник



подпись

М.С.Сараева

инициалы, фамилия

Лесосибирск 2016

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ЛЕСОСИБИРСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Сибирского федерального университета

Педагогики и психологии
факультет
Психологии развития личности
кафедра

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

44.03.02 Психолого-педагогическое образование
код и наименование направления

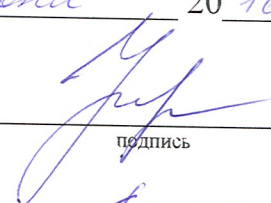
44.03.02.05 Психология и социальная педагогика
наименование профиля

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С
МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

тема

Работа защищена « 18 » июня 20 16 г. с оценкой « хорошо »

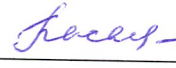
Председатель ГЭК



подпись


И.О. Логинова
инициалы, фамилия

Члены ГЭК




подпись

Н.В. Басалаева
инициалы, фамилия



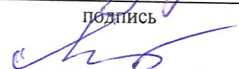
подпись

Л.И. Ермушева
инициалы, фамилия



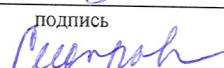
подпись

Н.П. Кириченко
инициалы, фамилия



подпись

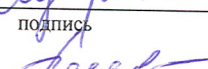
С.В. Митросенко
инициалы, фамилия



подпись

Е.Н. Сидорова
инициалы, фамилия

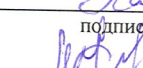
Руководитель



подпись

Н.В. Басалаева
инициалы, фамилия

Выпускник



подпись

М.С. Сараева
инициалы, фамилия

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа по теме: «Психолого-педагогические аспекты работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья» содержит 50 страниц текстового документа, 40 использованных источников, 4 таблицы, 1 рисунок.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, МЛАДШИЕ ШКОЛЬНИКИ.

В связи с глубокими социально-экономическими изменениями, в развитии общества происходят значительные перемены в системе образования. В образовании детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) формируется новый общественный заказ на инклюзивное образование ребенка.

Цель работы: изучение в теоретическом и экспериментальном планах психолого-педагогических аспектов работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики «Лесенка», мы выявили, что, у 5 школьников (45,5%) - заниженная самооценка, у 6 школьников (54,5%) – адекватная самооценка.

Проанализировав результаты по тесту Р.Б. Кетелла (детский вариант), мы пришли к выводу, что большинство детей в классе общительны, доверчивы, настойчивы, энергичны, успешны, сдержанные. Помимо этого, дети примитивно подходят к решению своих проблем, остро реагируют на неудачи, часто конфликтуют с учителями и родителями

Нами описана система работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья в условиях МБОУ СШ № 3 г. Красноярска.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1 Теоретические аспекты изучения психологических особенностей детей младшего школьного возраста с ОВЗ.....	9
1.1 Психологические особенности детей с ОВЗ.....	9
1.2 Психолого–педагогические проблемы младших школьников с ОВЗ.....	20
1.3 Методы и формы работы с младшими школьниками с ОВЗ.....	23
2 Экспериментальное исследование психологических особенностей младших школьников с ОВЗ и психолого – педагогических аспектов работы с ними.....	28
2.1 Организация и методы исследования. Анализ результатов исследования.....	28
2.2 Система работы с младшими школьниками с ОВЗ в условиях школы.....	34
Заключение	44
Список использованных источников	46

ВВЕДЕНИЕ

В связи с глубокими социально-экономическими изменениями, в развитии общества происходят значительные перемены в системе образования. В образовании детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) формируется новый общественный заказ на инклюзивное образование ребенка. Инклюзия (включение) – это обеспечение гарантий помощи и поддержки тем, кто в ней нуждается, в каком бы виде и форме она им не потребовалась. В образовательной сфере – это вид образования, при которой учащиеся с ОВЗ посещают те же школы, что и их нормально развивающиеся ровесники; имеют личные, соответствующие их потребностям и возможностям стремления и обеспечиваются необходимой помощью.

Основой инклюзивного образования ребенка с ограниченными возможностями здоровья является приобретение образовательного и социального опыта воедино с ровесником. Самое существенное условие результативности инклюзивного образования – успешность социализации, введение в культуру, воспитание социального опыта всех детей, в том числе и детей с особыми образовательными потребностями.

В настоящее время система образования ещё плохо и слабо приспособлена к нуждам детей-инвалидов, общество не готово принять инвалидов как равноправных членов социума, не готовы все: дети, педагоги и, к сожалению, даже родители.

Глобальной проблемой на сегодняшний день является притеснение доступа детей - инвалидов к полноценным образовательным услугам и к образовательной сфере. Как результат социальная изоляция детей и их семей, которая усугубляется материальными затруднениями и ощущением отсутствия перспектив для дальнейшего развития.

Существование всех вышеперечисленных проблем, демографическая и социально-экономическая ситуации подтверждают, что практичность и надобность выполнения работы, связана с организацией и с улучшением положения детей-инвалидов, усовершенствования их качества жизни.

На сегодняшний день, дошкольные и школьные учреждения готовы подготовить и разобрать комплекс мероприятий, которые будут способствовать успешной социализации детей в обществе, объединения их с учётом развития каждого ребёнка.

На протяжении долгого времени одной из проблем обучения и развития детей с ОВЗ остаётся проблема оптимизации психокоррекционной помощи им на первоначальной стадии школьного образования. Несформированность многих психических функций относительно возрастной нормы существенно препятствует процессу обучения детей с ОВЗ. Особенно сильно тормозится освоение учебной деятельности из-за отставания в развитии базовых сфер психики, связанных с процессом непосредственного познания — сенсорной, моторной и речевой.

В этот период необходимо оказание младшим школьникам комплексной дифференцированной помощи, направленной на преодоление трудностей овладения социальными и познавательными компетентностями, что в конечном итоге будет способствовать более успешной их адаптации и интеграции в общество.

Цель исследования: изучение в теоретическом и экспериментальном планах психолого-педагогических аспектов работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования: психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: психолого-педагогические аспекты работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть теоретические аспекты исследования проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Раскрыть психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья.
3. Провести экспериментальное исследование, направленное на изучение психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья.
4. Описать систему работы с младшими школьниками с ОВЗ в условиях общеобразовательной организации.

Теоретико-методологическая база исследования: представлена научными работами Л. И. Акатова, Б. С. Бондаренко, А. Р. Маллера, С. Я. Рубинштейна и др.

Методы исследования:

1. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.
2. Эмпирические методы: тестирование (методика «Лесенка» В.Г. Щур; тест Р. Кетелла – детский вариант).
3. Методы количественной и качественной обработки результатов.

Экспериментальная база исследования: представлена МБОУ СШ №3 г. Красноярска. В исследовании участвовало 11 человек (в возрасте 10-11 лет).

Практическая значимость дипломной работы: материалы данной дипломной работы могут быть использованы студентами при подготовке к семинарским занятиям, а также написании докладов или рефератов по схожей тематике. Полученные результаты экспериментального исследования могут быть использованы педагогами-психологами, учителями при организации работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, описанная система работы с младшими школьниками с ОВЗ в условиях школы может служить ориентиром при сопровождении детей с ОВЗ в образовательном учреждении.

Структура и объем работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников (40 наименований). Общий объем работы 50 страниц.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

1.1 Психологические особенности детей с ОВЗ

На сегодняшней фазе формирования общества существует тенденция ухудшения здоровья детей и подростков, увеличилась численность детей с ограниченными возможностями здоровья.

Термин «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, деятельность которых характеризуется каким-либо ограничением или недостатком способности проявлять активность разными способами или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста [16].

Согласно точке зрения автора Т.В. Егоровой, дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) - это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания [16].

На нынешней стадии формирования общества обозначилось течение ухудшения состояния здоровья детей и подростков, увеличилось количество детей с ограниченными возможностями здоровья. Отмеченная выше тенденция социально обусловлена и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экологии, экономическое положение в обществе, наследственность и здоровье родителей, условия жизни, обучения и воспитания в семье, в образовательном учреждении [29]. Для «особых» детей, имеющих хронические нарушения в здоровье, необходимо создавать специальные условия для того, чтобы ребенок был приспособлен к окружающему миру. Большое количество таких детей социально изолированы от сверстников в силу своего заболевания, и имеют возможность общения с детьми только в пределах школы или больницы [25].

Описание детей с ограниченными возможностями здоровья зависит от многих свойств, из которых фиксирующим является сам изъян. В таком

случае собственно от него будет зависеть дальнейшая практическая активность индивидуума.

Л. С. Выготский отмечал желательность включать детей с ограниченными возможностями здоровья в различную социально значимую деятельность, направленную на налаживание детского умения [11].

По классификации, которую предложили В.А. Лапшин и Б.П. Пузанов различаются следующие группы детей с нарушениями в развитии: дети с нарушением слуха; дети с нарушением зрения; дети с тяжелыми нарушениями речи; дети с соматическими заболеваниями; дети с умственной отсталостью; дети с задержкой психического развития; дети с нарушением опорно-двигательного аппарата; дети с расстройствами раннего детского аутизма [20]. Далее опишем данные категории детей.

1. Дети с нарушением слуха

Утрата слуха может лишить ребенка одного из ценных источников информации и тем самым ограничить течение его интеллектуального развития. Выделяются последующие группы детей с недостатками слуха:

Неслышащие – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса.

Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, что затрудняет речевое развитие.

Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на развитие памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

Важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, *тактильно-вибрационные ощущения*.

Необычность мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным освоением им словесной речью. Особенно ярко это может проявиться в развитии словесно-логического мышления. Вдобавок ко всему, наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих учащихся имеет индивидуальные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, что вероятно приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике.

Не исключено, что у ребенка с нарушением слуха возможно расстройство всех основных функций речи (коммуникативной, обобщающей, регулирующей). Оттого, дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих ровесников.

2. Дети с нарушением зрения

Слабовидящие дети весьма отличаются друг от друга по состоянию зрения, работоспособности, утомляемости и скорости усвоения материала. В значительной мере это обусловлено характером поражения зрения, происхождением дефекта и личными особенностями детей.

Обычно, для детей с нарушениями зрения характерны повышенная эмоциональная ранимость, обидчивость, конфликтность, напряженность, неспособность к пониманию эмоционального состояния партнера по общению и адекватному самовыражению. *В поведении детей с нарушениями зрения* в большинстве случаев присутствует недостаток гибкости и спонтанности, отсутствуют, или слабо развиты неречевые формы общения. Для таких детей характерна большая неуверенность в правильности и качестве выполнения работы, что выражается в более частом обращении за помощью в оценке деятельности к взрослому, переводе оценки в вербальный коммуникативный план. Игры таких детей отличаются меньшей развернутостью по сравнению с играми обычных детей.

3. Дети с тяжелыми нарушениями речи

Особенность речевого развития детей с тяжелыми нарушениями речи оказывает воздействие на формирование личности ребенка и на развитие всех психических процессов. Дети имеют ряд психолого-педагогических особенностей, которые могут затруднить их социальную адаптацию и может потребоваться целенаправленная коррекция имеющихся нарушений у ребенка.

Свойства речевой деятельности могут едва отразиться на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сферы. Отмечается стабильность внимания, ограниченные возможности его распределения. При сохранности смысловой памяти у детей отмечается пониженная вербальная память, страдает практическая запоминания. Низкая мнемическая активность может стать сочетанием у детей с задержкой в формировании иных психических процессов. Взаимосвязь между речевыми нарушениями и противоположными сторонами психического развития выражается в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для изучения мыслительных операций, доступных по возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, им тяжело сравнивать и обобщать.

4. Дети с соматическими заболеваниями

Детей с соматическими заболеваниями, которые не имеют видимых дефектов, а имеют сохраненный интеллект, с первого взгляда тяжело отличить от остальных детей.

Среди детских соматических заболеваний существуют: хронический бронхит, бронхиальную астму, мастоидит, гайморит, аллергический ринит, атопический дерматит.

У таких детей плохо развита познавательная сфера, может отмечаться недоразвитие личности, интеллектуальная пассивность, ограниченный объем

принятой информации, низкий талант к обобщениям, быстрая потеря интереса к занятиям.

5. Дети с умственной отсталостью

Среди таких детей и подростков, которые имеют психическую патологию развития, большую группу составляют умственно отсталые дети. Большая часть 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 должна устанавливаться опека родителей или замещающих лиц [20].

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-другому 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 [7].

6. Дети с задержкой психического развития (ЗПР)

Внимание таких детей характеризуется неустойчивостью, выявлены периодические его колебания, неравномерная работоспособность. Очень тяжело собрать и сконцентрировать внимание этих детей, временно удержать на протяжении той или иной деятельности. Нам очевидна недостаточность

целенаправленности деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются на посторонние звуки.

Многие из детей испытывают трудности в процессе восприятия (зрительного, слухового, тактильного). Снижена скорость выполнения перцептивных операций.

Память детей с задержкой психического развития также отличается качественным своеобразием. Характерны неточность воспроизведения и быстрая потеря информации. Наиболее страдает вербальная память.

Значительное своеобразие можем отметить в развитии их мыслительной деятельности. Отставание отмечается уже на высоте наглядных форм мышления, может возникнуть трудность в формировании сферы образов-представлений. Многие исследователи подчеркивают трудность создания целого из собранных частей и выделения этих частей из целого, помимо этого, может возникнуть трудность в пространственном оперировании образами [21].

У детей с ЗПР отмечается выраженная тревожность по отношению к взрослому, от которого они зависят. Такая тревожность имеет тенденцию с возрастом прогрессировать.

Большое количество детей склонны к конфликтному или избегающему методу взаимодействия. Дети с ЗПР предпочитают общаться с детьми младше их, в силу того, что группа сверстников, с которыми они могут контактировать, устанавливать взаимоотношения, может вызывать у них тревогу. У них преобладают ситуативно-деловые формы общения, основывающиеся на предметно-практических операциях. У детей с ЗПР, выявлена сниженная потребность в общении. В процессе общения дошкольников с ЗПР на первый план выдвигается недостаточная сформированность его мотивационной основы. Потребность в игре у этих детей резко снижена [9].

7. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

Детский церебральный паралич (ДЦП) – болезнь, которая развивается вследствие поражения головного мозга – внутриутробно, при родах или в период новорожденности, характеризуется двигательными расстройствами, вдобавок к этому и нарушениями психоречевых функций.

Для большинства детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу так называемого психического инфантилизма. Под психическим инфантилизмом понимается незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка. Это объясняется замедленным формированием высших структур мозга (лобные отделы головного мозга), связанных с волевой деятельностью. Интеллект ребенка может соответствовать возрастным нормам, при этом эмоциональная сфера остается несформированной.

Как отмечает Н.В. Петрова, при психическом инфантилизме отмечаются следующие особенности поведения. В первую очередь, в своих действиях дети руководствуются чувством удовольствия. Такие дети чаще всего эгоцентричны, не способны продуктивно работать в любом коллективе, им тяжело соотносить свои желания с заинтересованностью окружающих, в их поведении присутствует элемент "детскости". Свойства незрелости эмоционально-волевой сферы сохраняются и в старшем школьном возрасте. Только в этом случае они будут проявлять повышенный интерес к игровой деятельности, высокую внушаемость, неспособность к волевому усилию над собой. Такое поведение очень часто сопровождается эмоциональной нестабильностью, двигательной расторможенностью, стремительной утомляемостью. Несмотря на перечисленные особенности поведения, эмоционально-волевые нарушения могут проявлять себя по-разному. Это может быть и повышенная возбудимость. Дети этого типа беспокойны, суетливы, раздражительны, склонны к проявлению немотивированной агрессии. Для них характерны резкие перепады настроения: они то,

чрезмерно веселы, то вдруг начинают капризничать, кажутся усталыми и раздражительными [29].

8. Дети с расстройствами раннего детского аутизма

Аутизм – это нарушение естественного хода мышления под воздействием болезни, психотропных или иных средств. В этом случае человек уходит от реальности в мир фантазий и грез. В наиболее яркой форме он обнаруживается у детей дошкольного возраста и у больных шизофренией.

Главными отличиями раннего детского аутизма при всех его клинических вариантах являются:

- недостаток потребности в контактах с окружающими, или же недостаточная потребность в них;
- изоляция от окружающего мира;
- слабость эмоциональной реакции по отношению к близким, даже к матери, возможно, полное безразличие к ним (аффективная блокада);
- дети, которые страдают аутизмом, очень часто чувствительны к слабым раздражителям. Например, их раздражает тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана;
- монотонное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям, например, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.) [7].

Сложность и своеобразие психики ребенка с проблемами в развитии требует тщательного методологического подхода к процессу психологической помощи [3].

Беспредельно важен такой принцип как, личностный подход к ребенку с проблемами в развитии. В процессе психологической помощи никогда не учитывается какая-то отдельная функция или изолированное психическое явление, к примеру, низкий уровень интеллекта, а личность в целом со всеми ее индивидуальными особенностями [34].

В классификации А.Р. Маллера, началом которой выступает характер расстройства, недостатка, различают нижеследующие 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 [22].

Обобщенную типологию дает Т.В. Егорова, где в основе лежит группировка указанных до 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) [15].

Существуют такие психологические особенности развития детей с ограниченными возможностями, как:

1. Умственная отсталость. Между детьми и подростками, которые имеют психическую патологию формирования, многочисленную категорию составляют умственно отсталые дети. Большая часть из них — олигофрены.

Важные перемены в физическом и психическом формировании влекут за собой расстройства в личностной сфере. Наиболее основными являются:

— условия развития индивида складываются не как у нормально развивающихся детей в раннем детстве, а лишь в старшем дошкольном возрасте. Таким образом, индивидуальность умственно отсталого ребенка формируется с большими отклонениями, как в качественном соотношении, так и в темпах, и в длительности развития;

— главные показания самосознания, извлечения своего «Я» у умственно отсталого ребенка начинает проявляться не с трех лет, как в условиях нормального развития, а лишь после четырех лет, когда у них начинают формироваться упрощенные действия с предметами;

— простоватость способов общения (как речевых, так и неречевых) приводит к тому, что умственно отсталые дети становятся изгоями в среде сверстников. Желание самоутвердиться иногда может проявиться в патологической форме. Такие дети чаще всего ведут себя жестоко, по отношению к слабым детям. Развивающая совокупность неполноценности, если не предпринять мер, делает их еще больше отверженными в среде сверстников.

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

Шизофрения — тяжелое психическое заболевание, которое характеризуется потерей единства психических процессов с мгновенными или замедленно развивающимися преобразованиями личности и различными психопатологическими расстройствами. Болезнь чаще всего может быть связана с наследственным предрасположением и приходится в основном на подростковый и юношеский возраст. К перемене личности при этом заболевании относят: снижение энергетических возможностей, выраженную интровертированность (уход в себя, отстраненность от окружающих), эмоциональный упадок, расстройство мышления и др. Выраженность психопатологических изменений колеблется от легких преобразований личности до грубой и стойкой дезорганизации психики.

Маниакально-депрессивный психоз — это считается эндогенным заболеванием, которое протекает приступами. Состояние веселости, возбужденности, активности (маниакальная фаза) сменяется заторможенностью, подавленностью (депрессивная фаза). Зачастую болезнь можно охарактеризовать сменой маниакальных или депрессивных фаз. При выходе из болезненного состояния наступает выздоровление. Не исключено, что заболевание может начаться в любом возрасте, но преимущественно в 12—16 лет. По большей части этому заболеванию подвержены девочки на стадии препубертатного и пубертатного периодов. При данном заболевании стойких психических нарушений и значительных изменений склада личности и признаков дефекта не наблюдается.

Эпилепсия — патология головного мозга, которая характеризуется разнообразными расстройствами в виде маленьких и больших судорожных эпилептических припадков. Чаще всего признаки заболевания эпилепсией возникают в возрасте до 15 лет. Характерный результат гениальной эпилепсии — расстройство интеллектуальной способности вплоть до выраженного слабоумия и деформации личности.

В личностной сфере у больного эпилепсией будет наблюдаться замедленность всех психических процессов, склонность заострения внимания на деталях, обстоятельность, невероятность отличить главное от второстепенного и др. По тому, как развивается эндогенное заболевание, увеличивается и риск к формированию дефектов личности, может возникнуть препятствие при психокоррекционной работе.

3. Реактивные состояния, конфликтные переживания 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. Обозначенные состояния развиваются ввиду умственных и физических перегрузок, каких-либо нарушений микросоциальных контактов в кругу сверстников, в семье и др. Указанные выше отклонения характеризуются как

называемые пограничные состояния, скачок от нормы к патологии. Они относятся к группе болезненных состояний, где в основе лежат психогенные невротические и астенические состояния, конфликтные переживания. Для невротических состояний у детей больше всего характерны страхи (фобии), соматовегетативные (энурез, привычная рвота) и двигательные расстройства (логоневроз, тики, истерический паралич). С возрастом и со временем данные расстройства могут принимать более длительный характер. Охарактеризованные выше нарушения, накладывают отпечаток на зависимость нервно-психического состояния ребенка или подростка в виде дисгармонии в развитии личности, изменений в познавательной и потребностно - мотивационной сферах личности.

Главным путем уравнивания у детей и подростков душевных переживаний и преодоления чувства своей неполноценности является создание для них нормальных межличностных взаимоотношений и активное включение в продуктивное сотрудничество со сверстниками.

4. Аномалии личности при задержке психического развития (ЗПР). Виной отклонений личности могут быть задержки психического развития или психический инфантилизм разной этиологии. Инфантилизм — это сохранение и поддержка в психике и поведении подростка, юноши, взрослого свойств и особенностей, которые присуще детскому возрасту [17].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что дети с ограниченными возможностями здоровья — это дети, имеющие заметные и ощутимые отклонения от нормального психического и физического развития. Они вызваны серьезным врожденным или приобретенным дефектом, и в силу этого нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

1.2 Психолого – педагогические проблемы младших школьников с ОВЗ

Каждый младший школьник сталкивается с огромным количеством проблем. Не исключением будут и дети с ограниченными возможностями

здоровья [12]. Как отмечает Е.В. Панфилова, наиболее распространенными проблемами у детей с ОВЗ являются [28]:

1. Заниженная самооценка может привести к неуверенности в себе, робости, застенчивости. Школьнику невозможно реализовывать свои задатки и способности. Такой ребенок будет ставить перед собой такие цели, которые будут отличаться от целей других детей. Именно этот ребенок преувеличивает значение неудач, остро нуждается в поддержке окружающих, слишком критичен к себе. Из-за низкой самооценкой ребенок становится очень ранимым. Все это может привести к возникновению комплекса неполноценности, что отразится на его внешнем виде - глаза отводятся в сторону, хмур, не улыбочив. В связи с нарушениями в личностном и познавательном развитии, к тому же, с наличием отрицательного влияния социальных факторов у учащихся с ОВЗ самооценка своеобразна и больше, чем у обычных детей зависима от мнения окружающих его людей.

2. Самоотношение. У младших школьников с ограниченными возможностями здоровья самоотношение нередко отличается негативной окраской, самооценка в большей части занижена, образ «Я» искажён, самопринятие слабо выражено. Самоотношение можно определить как отношение личности к собственному «Я», которое включает самоуважение, самооценку, самопринятие, любовь к себе, самообвинение, самокритику.

3. Проблема детско-родительских отношений. Самыми важными факторами, которые влияют на развитие ребенка, являются атмосфера семьи, наличие эмоционального контакта у ребенка с обоими родителями, структура семьи, а так же стиль воспитания и общения в семье [5]. Семьи, где воспитывается ребенок с ограниченными возможностями здоровья, нуждаются и в психологической поддержке, направленной на повышение самооценки родителей, оптимизацию психологического климата в семье, и в педагогической помощи, которая связана с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию ребенка [33].

4. Проблема социальной адаптации. Адаптация ребенка, его здоровье и развитие зависят не только от правильного питания и режима дня, но и от психологического комфорта, от того, какой индивидуальный подход к ребёнку с учётом его психологических и личностных особенностей. Душевный дискомфорт у ребенка может возникнуть в результате неудовлетворённости его жизненно важных потребностей - в безопасности, любви, общении, познании через взрослых окружающего мира [35].

5. Низкий уровень интеллекта. В младшем школьном возрасте низкий интеллект проявляется более определенно – будут явно заметны признаки тяжелого восприятия новой информации, пониженное внимание к происходящему. Плохая память будет мешать освоить учебный материал.

6. Взаимоотношения с окружающими. Любая задержка развития речи или нарушение развития речи может отразиться на поведении младшего школьника, на его деятельности в различных ее формах. Большие затруднения могут возникнуть в общении с взрослыми и сверстниками.

7. Повышенная утомляемость. Дети с повышенной утомляемостью быстро становятся вялыми и раздражительными, плаксивыми, им трудно сосредоточиться на задании. При неудачах быстро теряют интерес и могут отказаться от выполнения задания. Не исключено, что у детей в результате утомления возникнет двигательное беспокойство [28].

Таким образом, вследствие таких проблем, как: заниженная самооценка; самоотношение; проблема детско–родительских отношений; проблема социальной адаптации; низкий уровень интеллекта; взаимоотношения с окружающими и повышенная утомляемость, у детей проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы, определения путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности, умение работать в определенном темпе).

1.3 Методы и формы работы с младшими школьниками с ОВЗ

У большого количества младших школьников с ограниченными возможностями здоровья выявлен низкий уровень познавательной инициативности. Наряду с отсутствием мотивации к учебной деятельности, у ребенка будет снижена работоспособность и самостоятельность. В связи с этим поиск и применение активных форм, методов и приёмов обучения будет являться самым приемлемым средством для повышения эффективности коррекционно-развивающего процесса в деятельности педагога [1].

Целью школьного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья, кроме получения определенного набора знаний, умений и навыков, будет являться расширение и развитие потенциала ребенка. Благодаря благоприятным условиям и обстановке школьник может воплотить свои природные способности [4].

В естественной игровой среде, где нехватка давления и есть вероятность для любого ребенка найти себя и свое место, проявить инициативу и индивидуальность, произвольно реализовать свои интересы. Именно способности и образовательные потребности будут являться оптимальностью для достижения этих целей. Присоединение активных методов обучения в образовательный процесс имеет возможность образовать такую среду, как на уроке, так и во внеклассной деятельности, в том числе и для детей с ограниченными возможностями здоровья [17].

Активность служит одной из важнейших характеристик всех психических процессов, что во многом определяет благополучность их протекания. При увеличении уровня активности восприятия, памяти, мышления будет выявлена большая эффективность познавательной деятельности. Для того, чтобы подобрать задания для содержания занятий, для учащихся с ОВЗ необходимо в первую очередь учитывать принцип доступности, но нельзя не допускать излишнего упрощения материала.

Содержание становится действенным средством активизации учебной деятельности в том случае, если оно соответствует психическим, интеллектуальным возможностям детей и их потребностям [16].

Весьма значимым средством учения являются методы работы. Собственно через использование тех или иных методов будет реализовываться содержание обучения [37].

Группировка поисково-исследовательских методов предоставляет наибольшую вероятность для того, чтобы сформировать у учащихся познавательную активность, помимо этого, для реализации методов проблемного обучения требуется довольно высокий уровень, что позволит сформировать у учащихся знания и умения в использовании предоставляемой им информацией, умения самому найти путь решения для поставленной задачи. Увы, не все младшие школьники с ОВЗ могут обладать такими умениями, а значит, что им необходима дополнительная поддержка учителя, учителя-логопеда и родителей. Очень важно увеличивать степень самостоятельности учащихся с ОВЗ, а особенно детей с задержкой психического развития и вводить в обучение задания, вначале которых лежат элементы творческой или поисковой деятельности можно только очень понемногу, когда уже сформирован некоторый изначальный уровень их собственной познавательной активности [23].

Существуют активные методы работы, так называемые, игровые методы – они очень гибкие, многие из них даже используются с разными возрастными группами и в разных жизненных условиях. К примеру, если общепринятой и любимой формой деятельности для ребенка является игра, следовательно, нужно использовать именно эту форму организации деятельности для обучения, объединив игру и учебно-воспитательный процесс, точнее, применив игровую форму организации деятельности обучающихся для достижения образовательных целей. Следовательно, мотивационные возможности применения игры будут направлены на более эффективное освоение школьной программы школьниками с нарушениями

речи, но и особенно важно для школьников с ограниченными возможностями здоровья [18].

Вполне вероятно, что различные методы и приемы работы с младшими школьниками с ОВЗ в смысле активизации учебной и учебно–производственной деятельности разные, зависят не только от природы содержания данного метода, но и от способов их использования.

В процессе работы с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья педагогу разрешается использовать различные приемы обучения. Учитель сам подбирает методы работы, которые соответствуют содержанию обучения и познавательным возможностям учащихся, способствуя тем самым активизации их познавательной деятельности [25].

Для стимулирования деятельности учащихся с ОВЗ можно применять следующие активные методы работы:

1. Применение сигнальных карточек при проведении занятий (с одной стороны на карточке изображен положительный знак, а с другой - отрицательный; круги разноцветные по звукам, карточки должны быть с буквами). При выполнении ребенком задания нужно оценивать его правильность. Также эти карточки можно использовать и при изучении любой другой темы для того, чтобы проверить знания учащихся, выявить пробелы в пройденном материале. Комфорт и результативность заключаются в том, что должна быть сразу видна деятельность каждого ребёнка.

2. Применение вставок на доску (буквы, слова) при выполнении задания, разгадывания кроссворда и т. д. Детям весьма нравится такого вида соревновательный момент в ходе выполнения задания, т. к., чтобы прикрепить свою карточку на доску, им нужно правильно ответить на вопрос, или выполнить предложенное задание лучше других.

3. Узелки на память (составление, запись и вывешивание на доску основных моментов изучения темы, выводов, которые нужно

запомнить). Этот прием можно использовать в конце изучения любой темы – для закрепления, подведения итогов.

4. Понимание материала на определённом этапе занятия с закрытыми глазами используется для того, чтобы развить слуховое восприятие, внимание и память; переключить эмоциональное состояние детей в ходе занятия; настроить детей на занятие по окончании активной деятельности (после урока физкультуры), после выполнения задания повышенной трудности и т. д.

5. Использование презентации и фрагментов презентации по ходу занятия. Внедрение современных компьютерных технологий в школьную практику может позволить сделать работу учителя наиболее продуктивной и эффективной. Использование ИКТ неотъемлемо могут дополнять традиционные формы работы, при этом расширяя возможности организации взаимодействия учителя с другими участниками образовательного процесса. Использование программы создания презентаций представляется очень удобным способом. На слайдах можно разместить то, что понадобится, например картинный материал, цифровые фотографии, тексты; по желанию можно добавить музыкальное и голосовое сопровождение к демонстрации презентации. При такой организации материала включаются три вида памяти детей: зрительная, слуховая, моторная. Это позволяет сформировать устойчивые визуально-кинестетические и визуально - аудиальные условно-рефлекторные связи центральной нервной системы. В процессе коррекционной работы на их основе у детей формируются правильные речевые навыки, а в дальнейшем и самоконтроль за своей речью. Мультимедийные презентации приносят эффект наглядности в занятие, повышают мотивационную активность, способствуют более тесной взаимосвязи учителя-логопеда и ребёнка. За счет последовательного появления изображений на экране, дети имеют возможность выполнять упражнения более внимательно и в полном объеме. Применение анимации и сюрпризных моментов делает коррекционный процесс интересным и

выразительным. Дети получают похвалу не только от логопеда, но и со стороны компьютера в виде картинок-призов, сопровождающихся звуковым оформлением.

б. Специальное применение картинного материала для смены вида деятельности в ходе занятия, развития зрительного восприятия, внимания и памяти, что поможет активизировать словарный запас, развить связную речь.

Все вышеперечисленные методы работы с младшими школьниками с ОВЗ в той или иной мере стимулируют их познавательную активность.

Таким образом, применение активных методов работы помогают повышать познавательную активность учащихся, развить их творческие способности, стимулировать самостоятельную деятельность учащихся. Многообразие существующих методов работы позволяет педагогу и психологу чередовать различные виды работы, что также является эффективным средством активизации учебной деятельности младших школьников с ограниченными возможностями здоровья.

ГЛАВА 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ОВЗ И ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ РАБОТЫ С НИМИ

2.1 Организация и методы исследования. Анализ результатов исследования

Экспериментальное исследование проводилось на базе МБОУ СШ № 3 (г. Красноярск). Выборка представлена младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья в количестве 11 человек (в возрасте 10-11 лет). Мы провели исследование с помощью двух методик: методика «Лесенка» (автор – В.Г. Щур), тест Р.Б. Кеттелла (детский вариант) (адаптирован Э. М. Александровской). Рассмотрим содержание методик более подробно.

1. Методика «Лесенка» (автор – В.Г. Щур).

Цель: исследование самооценки детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Ребенку показывают нарисованную лесенку с семью ступеньками, и объясняют задание.

Используется стандартный набор характеристик: «хороший – плохой», «добрый – злой», «умный – глупый», «сильный – слабый», «смелый – трусливый», «самый старательный – самый небрежный». Количество характеристик можно сократить.

В процессе обследования необходимо учитывать, как ребенок выполняет задание: испытывает колебания, раздумывает, аргументирует свой выбор.

Если ребенок не дает никаких объяснений, ему следует задать уточняющие вопросы: «Почему ты себя сюда поставил? Ты всегда такой?» и т.д.

2. Детский вариант личностного теста Р.Б. Кеттелла

Цель: исследование оценки индивидуально–психологических особенностей личности.

Тест включает в себя 12 шкал (общительность, вербальный интеллект, уверенность в себе, возбудимость, склонность к самоутверждению, склонность к риску, ответственность, социальная смелость, чувствительность, тревожность, самоконтроль, нервное напряжение), соответствующих основным чертам личности ребенка.

В результате исследования по указанным выше методикам были получены количественные и качественные экспериментальные данные.

Результаты исследования в 4 классе по методике «Лесенка» отображены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования самооценки младших школьников с ОВЗ по методике «Лесенка»

№	Имя Ф.	Нарушение в развитии	Самооценка
1	Игорь Р.	ЗПР	Заниженная
2	Денис Б.	ЗПР	Заниженная
3	Анна Ч.	ЗПР	Заниженная
4	Татьяна И.	Легкая умственная отсталость	Заниженная
5	Алексей М.	ЗПР	Адекватная
6	Андрей Н.	ЗПР	Адекватная
7	Иван З.	Легкая умственная отсталость	Адекватная
8	Дмитрий М.	ЗПР	Адекватная
9	Анастасия П.	ЗПР	Адекватная
10	Данил С.	ЗПР	Заниженная
11	Виктор К.	ЗПР	Адекватная

Анализируя результаты исследования, мы отмечаем, у 5 школьников (45,5%) - заниженная самооценка, у 6 школьников (54,5%) – адекватная самооценка.

Наглядно эти данные представлены на рисунке 1.

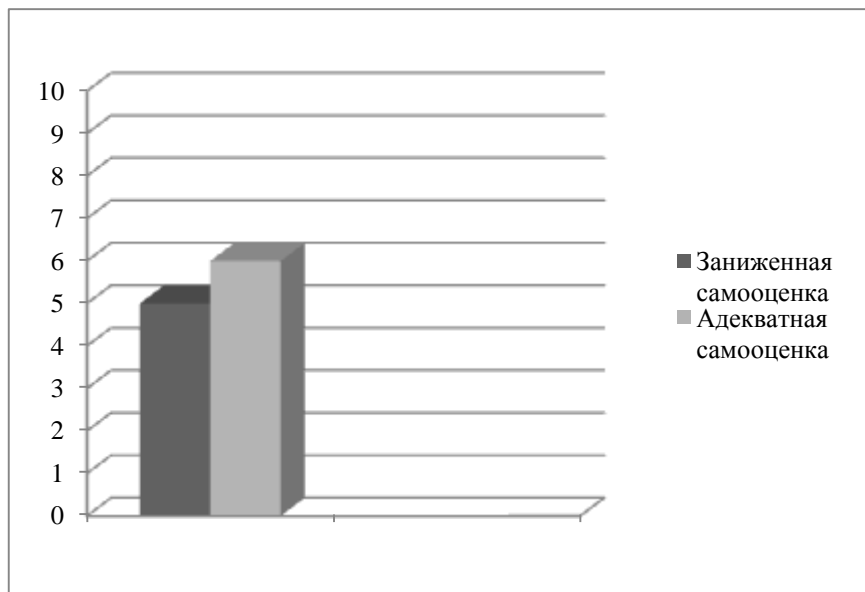


Рисунок 1 – Результаты исследования самооценки у младших школьников с ОВЗ по методике «Лесенка»

Таким образом, почти у половины (45,5%) выявлена заниженная самооценка, что свидетельствует о том, что эти учащиеся не верят в себя и в свои возможности. Они не пытаются выделиться из толпы, не ставят перед собой больших целей, считают себя незаметными, ни на что не претендуют. Активно не участвуют ни в какой деятельности, не пытаются показать себя.

У 54,5 % школьников – адекватная самооценка. Такие учащиеся ставят перед собой вполне реальные цели.

Результаты исследования индивидуальных особенностей личности младших школьников с ОВЗ по тесту Р.Б. Кетелла (детский вариант) отображены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты исследования индивидуально–психологических особенностей личности младших школьников с ОВЗ по тесту Р.Б. Кетелла (детский вариант)

№	Имя Ф.	А	В	С	Д	Е	Ф	Г	Н	І	О	Q3	Q4
1	Дмитрий М.	3	4	3	8	7	9	1	6	2	7	3	8
2	Иван З.	4	4	3	6	7	10	6	4	6	6	6	3
3	Анастасия П.	5	4	6	4	5	4	5	4	7	5	7	3
4	Игорь Р.	9	2	6	4	4	6	5	2	6	4	6	8
5	Денис Б.	7	1	4	6	7	8	5	4	4	3	4	5
6	Анна Ч.	6	4	4	7	5	4	7	6	4	6	5	4
7	Татьяна И.	5	5	5	4	4	5	5	6	4	4	4	7
8	Алексей М.	4	3	5	7	7	5	6	5	3	5	5	5
9	Андей Н.	8	4	5	4	4	7	5	4	6	7	6	4
10	Данил С.	4	4	2	4	6	7	7	6	4	5	6	5
11	Виктор К.	3	2	5	6	5	6	5	5	5	4	8	4

Результаты уровней развития разных черт личности представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты диагностики уровней развития индивидуально–психологических особенностей личности младших школьников с ОВЗ по тесту Р.Б. Кетелла (детский вариант)

№	Имя Ф.	А	В	С	Д	Е	Ф	Г	Н	І	О	Q3	Q4
1	Дмитрий М.	С	Н	С	В	С	В	Н	С	С	В	С	В
2	Иван З.	С	Н	С	С	С	В	В	С	В	С	В	С
3	Настя П.	С	Н	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Н
4	Игорь Р.	В	Н	С	С	С	С	С	Н	В	С	В	В
5	Денис Б.	С	Н	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
6	Анна Ч.	С	Н	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
7	Татьяна И.	С	Н	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
8	Алексей М.	С	Н	С	С	С	С	В	С	С	С	С	С
9	Андей Н.	В	Н	С	С	С	С	С	С	В	В	В	С
10	Данил С.	С	Н	Н	С	С	С	В	С	С	С	В	С
11	Виктор К.	С	Н	С	С	С	С	С	С	С	С	В	С

Условные обозначения:

«Н» - низкий уровень развития;

«С» - средний уровень развития;

«В» - высокий уровень развития.

Проанализировав результаты, полученные по фактору «А» (определение степени общительности ребенка в классе), мы отмечаем, что у 18,2% младших школьников с ограниченными возможностями здоровья выявлен высокий уровень. Эти дети характеризуются такими качествами, как общительность, добродушие, внимательность к людям, доверчивость.

Анализируя результаты, полученные по фактору «D», мы констатируем, что у 9% младших школьников с ОВЗ обнаруживается повышенная возбудимость, чрезвычайная активность у них порой сочетается с самонадеянностью. Для них характерны моторное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания.

У 18,2 % младших школьников по фактору «F» (сдержанность \ экспрессивность) выявлен высокий показатель. Такие дети отличаются энергичностью, активностью, отсутствием страха в ситуации повышенного риска; им, как правило, присущи переоценка своих возможностей и чрезмерный оптимизм.

Получен высокий показатель по фактору «G» (низкое\высокое супер – эго) у 27,3% детей, что свидетельствует о том, что школьники целеустремленны, настойчивы, добросовестны и аккуратны, у них высокое чувство ответственности.

Мы сделали вывод о том, что по фактору «I» у 27,3% младших школьников с ОВЗ выявлен высокий уровень. Эти школьники характеризуются эмоциональной сензитивностью, богатым воображением, эстетическими наклонностями, отрицательным – реалистическим подходом в решении ситуации, практицизмом. Такие дети сентиментальны, доверчивы, нуждаются в поддержке, в большой степени подвержены влияниям внешней среды.

Проанализировав результаты, полученные по фактору «O», мы отмечаем, что у 18,2% младших школьников с ограниченными возможностями здоровья выявлен высокий уровень. Данный факт

свидетельствует о том, что ребенок полон предчувствия неудач, легко выводится из душевного равновесия, часто имеет пониженное настроение.

Высокий уровень по фактору «Q3» (самоуверенность) наблюдается у 45,5% младших школьников, что может быть расценено как лучшая социальная приспособленность, более успешное овладение требованиями окружающей жизни.

У 18,2 % младших школьников по фактору «Q4» (эго - напряженность) отмечается высокий уровень. Такие дети отличаются избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В их поведении преобладает нервное напряжение.

По фактору «В» низкий показатель выявлен у всех младших школьников с ограниченными возможностями здоровья. Эти дети выполняют предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходят к решению своих проблем. У них часто отмечается плохое внимание, утомляемость.

Анализируя результаты, полученные по фактору «С» мы констатируем, что у 9% младших школьников с ОВЗ обнаруживается низкий уровень. Такие дети остро реагируют на неудачи, оценивают себя как менее способных по сравнению со сверстниками, обнаруживают неустойчивость настроения, плохо контролируют свои эмоции, испытывают трудности в приспособлении к новым условиям.

Получен низкий показатель по фактору «G» у 9% детей. Это свидетельствует о том, что эти дети пренебрегают своими обязанностями, не заслуживают доверия, часто конфликтуют с родителями и учителями, у них отмечается непостоянство, несобранность, отсутствие стойкой мотивации.

Мы отмечаем, что по фактору «Н» у 9% младших школьников с ОВЗ выявлен низкий уровень. Такие дети проявляют застенчивость и робость.

Выявлен низкий показатель по фактору «Q4» (это - напряженность) у 9% школьников. Они характеризуются такими качествами, как: спокойство, сдержанность.

Таким образом, можно сделать вывод, что большинство детей в классе общительны, доверчивы, настойчивы, энергичны, успешны, сдержанные. Помимо этого, дети примитивно подходят к решению своих проблем, остро реагируют на неудачи, часто конфликтуют с учителями и родителями

2.2 Система работы с младшими школьниками с ОВЗ в условиях школы

Создание условий для получения образования детьми с учетом их психофизических особенностей можно рассмотреть в качестве основной задачи в области реализации права на образование детей с ограниченными возможностями здоровья.

Наиболее обобщенно требования к условиям получения образования детьми с ОВЗ отражены в Федеральном государственном образовательном стандарте, и более подробно разработаны в «Проекте специального федерального государственного стандарта начального школьного образования детей с ОВЗ». В нем говорится о том, что надо дать интегральное (обобщенное) описание совокупности условий, необходимых для реализации соответствующих образовательных программ, структурированное по сферам ресурсного обеспечения. Вместе с тем отмечается, что подобная система требований должна включать в себя специфические компоненты в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с ОВЗ в целом и для каждой категории отклоняющегося развития, в отдельности [26].

В конечном итоге, отмечается в Проекте, интегративным результатом реализации указанных требований должно быть: создание среды, адекватной общим и особым образовательным потребностям, физически и эмоционально

комфортной для ребенка с ОВЗ, открытой для его родителей (законных представителей); гарантирующей сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся.

В результате в образовательных учреждениях, в том числе, реализующих инклюзивную практику, должны создаваться условия, гарантирующие возможность:

— достижения планируемых результатов освоения основной образовательной программы начального общего образования всеми обучающимися;

— использования обычных и специфических шкал оценки «академических» достижений ребенка с ОВЗ, соответствующих его особым образовательным потребностям;

— адекватной оценки динамики развития жизненной компетенции ребенка с ОВЗ совместно всеми участниками образовательного процесса, включая и работников школы и родителей (их законных представителей);

— индивидуализации образовательного процесса в отношении детей с ОВЗ;

— целенаправленного развития способности детей с ОВЗ к коммуникации и взаимодействию со сверстниками;

— выявления и развития способностей обучающихся с ОВЗ через систему клубов, секций, студий и кружков, организацию общественно-полезной деятельности, в том числе социальной практики, используя возможности образовательных учреждений дополнительного образования детей;

— включения детей с ОВЗ в доступные им интеллектуальные и творческие соревнования, научно-техническое творчество и проектно-исследовательскую деятельность;

— включения детей с ОВЗ, их родителей (законных представителей), педагогических работников и общественности в разработку основной образовательной программы начального общего образования,

проектирование и развитие внутришкольной социальной среды, а также формирование и реализацию индивидуальных образовательных маршрутов обучающихся;

— использования в образовательном процессе современных научно-обоснованных и достоверных коррекционных технологий, адекватных особым образовательным потребностям детей с ОВЗ;

— взаимодействия в едином образовательном пространстве общеобразовательной и специальной (коррекционной) школы в целях продуктивного использования накопленного педагогического опыта обучения детей с ОВЗ и созданных для этого ресурсов [14].

Значительное разнообразие категорий детей с ОВЗ, включающих в себя, в том числе и наличие или отсутствие инвалидности определяет и значительную вариативность специальных образовательных условий распределенных по различным ресурсным сферам (материально-техническое обеспечение, включая и архитектурные условия, кадровое, информационное, программно-методическое и т. п.).

В настоящее время каждый гражданин нашей страны может выбрать то учебное заведение и ту форму обучения, которые для него наиболее удобны и приемлемы. Одна из таких форм - интегрированная форма обучения, являющаяся сегодня ведущей тенденцией государственной политики образования нашей страны. Это активно внедряется во многих школах, в том числе и в МБОУ СШ №3 г. Красноярска.

Последние 15 лет школа активно работает в направлении обучения всех и каждого ребёнка независимо от уровня его интеллектуального и физического развития. В школе обучаются дети с особыми возможностями здоровья с незначительными, нарушениями опорно-двигательного аппарата, есть дети со слабо выраженной формой ДЦП, а также задержками интеллектуального развития. Школа тесно сотрудничает с Центром диагностики и консультирования детей и подростков «Сознание» под руководством Скакун Л.В. Всегда получает от них консультативную и

методическую помощь. В тесном сотрудничестве с ними на базе школы ежегодно работает комиссия ПМПК, на которой после тщательной диагностической и индивидуальной работы консультируется ежегодно до 30 человек для определения программы обучения и установления дальнейшего маршрута развития ребёнка.

Целями работы МБОУ СШ №3 г. Красноярск (по данному коррекционному направлению) являются следующие:

1. Все дети, независимо от степени их обучаемости или наличия нарушений в развитии, должны иметь равные возможности учиться в данной школе. Наша задача – создать для них оптимальные условия для обучения и развития.

2. Учащиеся, нуждающиеся в особом сопровождении, должны рассчитывать на его получение, чтобы получить достойное образование.

3. Школа должна давать знания и учить использовать эти знания, помочь детям социализироваться.

На сегодняшний день в школе обучается 785 учащихся. С ними работают 64 квалифицированных педагога, социально-психологическая служба, которая включает в себя: психологов, логопеда, социального педагога, учителей-дефектологов, куратора всего коррекционно-образовательного процесса.

Из всех учащихся школы 19% составляют ученики с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Это значительная цифра - 149 человек. Из них 27 человек обучаются по коррекционной программе VIII вида, 127 человек обучается по программе VII вида, 8 человек являются инвалидами по разным медицинским показателям.

Все учащиеся имеют равные права для получения образования. Задача школы предоставить им условия и возможности для обучения. Техническое оснащение школы даёт возможность без особых затруднений включаться всем детям в образовательный процесс и во внешкольные мероприятия. Дети посещают секции, клубы, кружки которые работают в школе. Дети-инвалиды

вместе с другими детьми участвуют в проведении воспитательных, культурно-развлекательных, спортивно-оздоровительных и иных досуговых внеклассных мероприятий.

В городе Красноярске работает система единого образовательного пространства, и школа тесно сотрудничает с Домом детского творчества, школой искусств, спортивной школой. Проводятся совместные мероприятия, праздники. И дети с ОВЗ являются такими же равноправными участниками и получают дополнительное образование вместе со всеми.

Подготовка преподавательского состава позволяет всем детям приобрести полный объём знаний, необходимых в будущем для поступления в высшие учебные заведения и построения дальнейшей карьеры. Учителя регулярно повышают свой уровень профессионализма на курсах, семинарах, мастер-классах не только на базе своей школы, но и благодаря ИПК г. Красноярска. Надо сказать, что дети с ОВЗ требуют особого внимания, заботы со стороны взрослых и педагогов в первую очередь, поэтому вся система работы хорошо отработана и приносит свои положительные результаты.

Обучение детей с ОВЗ в МБОУ СШ №3 г. Красноярска происходит в разных формах. Это коррекционно-развивающие классы, интегрированные, индивидуальное - надомное обучение.

Коррекционные классы.

- *наполняемость класса 9-12 человек;*
- *индивидуальные и коррекционные занятия;*
- *психолого-педагогическое сопровождение детей;*
- *обучение по специальным программам;*
- *режим работы – I смена и группа продленного дня;*
- *бесплатное и 50% питание;*
- *зачисление на основе заключения и рекомендаций ПМПК ,
заявления родителей.*

Интегрированные классы

- *обучение ведётся по вариативным учебным планам и программам, т.к количество детей с ОВЗ в классе 1-6 человек*
- *больше контактов для социализации в обществе;*
- *более тщательный дифференцированный подход к учащимся;*
- *воспитание толерантности у детей;*
- *коррекционные занятия с узкими специалистами;*
- *зачисляются по заявлению родителей, имеются заключения и рекомендации ПМПК и школьного консилиума.*

При организации учебного процесса в этих классах пришлось учитывать своеобразность таких детей и на этой основе уже вырабатывать план синхронизации обучения с обычными детьми. Обучение детей с ОВЗ начинается с первого класса на любой параллели. В соответствии с санитарными требованиями стараются, чтобы в классах обучалось 25-27 учеников. Вместе с тем количество детей с ограниченными возможностями от 1 до 6 человек в классе.

Распорядок дня и расписание занятий в школе соответствует общеобразовательным нормативно-правовым актам. Учителя, ведущие занятия в интегрированных классах составляют календарно-тематическое планирование, в рамках которого отдельно планируется работа с детьми с ограниченными возможностями в рамках общеобразовательного учебного процесса и варьируют время, затраченное на тех или иных учащихся в соответствии с их успеваемостью и способностями. Вдобавок детям с отклонениями в развитии уделяется немножко больше внимания и заботы, так как у них усвоение материала идёт слегка медленнее. Снижается темп и ритм ведения урока, им даются только те задания, которые позволяют отработать какие-то базовые знания. Учителя стараются, чтобы на общеобразовательный процесс, как и на успеваемость других детей это не влияло.

В школе обучаются в основном дети ОВЗ по коррекционным программам VII и VIII вида. Для них характерен недостаток интеллектуального развития. Оттого форма осуществления различных заданий и ответов на вопросы для таких детей немного отличается. Им стараются давать меньший объём письменных заданий, а если это необходимо, то для них предусмотрены либо карточки, тесты с вариантами ответов, которые они выбирают. В период проведения итоговой аттестации в 4 классах таким детям предоставляется возможность сдачи экзаменов в традиционной форме. Для этого выделяются отдельные аудитории и педагоги. Организация совместного обучения предусматривает не только вовлечение детей с ограниченными возможностями в образовательный процесс, но и их активное участие в жизни школы. Примером этому могут служить утренники, школьные и городские олимпиады, развлекательные мероприятия в рамках школьной программы. При этом дети с особенностями в физическом развитии не только являются зрителями таких мероприятий, но и принимают активное участие в них. Совместное проживание школьной жизни усиливает совместную социализацию детей и позволяет преодолеть сложившиеся в обществе стереотипы по отношению к инвалидам.

Кроме всего, ещё одна форма обучения - это индивидуальная - надомная. В этом году в школе 16 таких детей.

- *учеба ведётся по специальным учебным планам и программам;*
- *основание медицинское заключение, рекомендации ПМПК, заявление родителей, закреплено приказом директора школы;*
- *осуществляется индивидуальный подход к учащимся;*
- *ученик имеет возможность посещать по желанию другие уроки и внеклассные занятия и воспитательные мероприятия;*
- *оказывается коррекционная помощь с узкими специалистами.*

В школе в педагогическом коллективе выработана собственная культура труда, где душевность и толерантность является главным в психологическом

климате в отношении с детьми с особыми возможностями здоровья их родителями, родственниками.

Система работы с детьми с ОВЗ МБОУ СШ№3 г. Красноярска представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Система мероприятий, проводимых с младшими школьниками с ОВЗ

Мероприятия	Сроки	Ответственные
Диагностика, выявление детей с ОВЗ	Сентябрь	Педагог-психолог
Ознакомление с результатами диагностики	Сентябрь	Педагог-психолог
Определение уровня и своевременности проведения индивидуальных занятий с учащимися	Сентябрь	зам. директора по УВР;
Организация досуга и кружковой деятельности	Сентябрь	Кл. руководители соц. Педагог
Организация встреч учителей и специалистов школы с родителями	В течение учебного года	Кл. руководители соц. Педагог
Посещение уроков с целью наблюдений за учащимися	1 раз в четверть	зам. директора по УВР Педагог-психолог соц. Педагог

Продолжение Таблицы 5

Индивидуальное консультирование педагогов-предметников (цель: индивидуально-личностный подход при работе с детьми-инвалидами, детьми с ослабленным здоровьем)	Октябрь	педагог – психолог
Отслеживание прохождения программ по предметам	Октябрь	зам. директора по УВР
Встреча с родителями, консультации	Ноябрь, апрель	Психолог
Усвоение образовательных программ детьми с ОВЗ, в том числе занимающимися на домашнем и индивидуальном обучении	Ноябрь	зам. директора по УВР
Выявление отставания в прохождении учебных программ	Март	зам. директора по УВР
Организация дополнительных занятий детей с ОВЗ	В течение года	зам. директора по УВР
Предварительная заявка на организацию летнего - оздоровительного отдыха	Апрель	соц. Педагог
Отслеживание динамики состояния здоровья детей данной категории	Май	Фельдшер
Отслеживание прохождения учебных программ	В течение года	зам. директора по УВР;
Мониторинг уровня здоровья	По итогам четверти	Фельдшер

Таким образом, можно сделать вывод, что система специальных образовательных условий начинается с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, заканчивая частно – специфическими и индивидуально ориентированными. Это определяет эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в полном соответствии с его конкретными особенностями и образовательными возможностями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав психолого – педагогическую литературу по проблеме исследования, можно сделать вывод, что дети с ОВЗ – это дети, которые имеют высокие отклонения от нормального психического и физического развития, что вызвано серьезными врожденными или приобретенными дефектами. В силу этого они нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

Вследствие таких проблем, как: заниженная самооценка; самоотношение; проблема детско – родительских отношений; проблема социальной адаптации; низкий уровень интеллекта; взаимоотношения с окружающими и повышенная утомляемость, у детей проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы, определения путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности, умение работать в определенном темпе).

Нами проводилось эмпирическое исследование с целью изучения индивидуально-психологических особенностей младших школьников с ограниченными возможностями здоровья.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики «Лесенка» (автор – В. Г. Щур), мы выявили, что у 5 школьников (45,5%) - заниженная самооценка. Это свидетельствует о том, что эти учащиеся неуверенны в себе, они не пытаются выделиться, работают не в меру своих способностей. У 6 школьников (54,5%) – адекватная самооценка. Такие ребята реально оценивают свои возможности и способности, ставят перед собой вполне выполнимые цели.

Проанализировав результаты по тесту Р. Б. Кетелла (детский вариант), мы пришли к выводу, что большинство детей в классе общительны, доверчивы, настойчивы, энергичны, успешны, сдержанные. Помимо этого,

дети примитивно подходят к решению своих проблем, остро реагируют на неудачи, часто конфликтуют с учителями и родителями

Нами описана система работы с младшими школьниками с ОВЗ, реализующая в МБОУ СШ №3 г. Красноярска. Система специальных образовательных условий начинается с предельно общих, необходимых для всех категорий детей с ОВЗ, заканчивая частно – специфическими и индивидуально ориентированными. Это определяет эффективность реализации образовательного процесса и социальной адаптированности ребенка в полном соответствии с его конкретными особенностями и образовательными возможностями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акатов, Л. И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л. И. Акатов. – Москва: Просвещение, 2004. – 276 с.
2. Алехина, С. В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: монография / Н. В. Новикова, Л. А. Казакова, С. В. Алехина; под общей редакцией Н. В. Лалетина; Сибирский Федеральный университет, Красноярск гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013. – С. 71 - 95.
3. Бабанский, Ю. К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса: (Метод. основы) / Ю. К. Бабанский. – Москва: Просвещение, 1989. – 192 с.
4. Бабанский, Ю. К. Методы обучения в современной общеобразовательной школе / Ю. К. Бабанский. – Москва: Просвещение, 1985. – 208 с.
5. Багаева, Г. Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева. – Москва: ВЛАДОС, 2005. – 451 с.
6. Большакова, Ю. В. Психолого-педагогические особенности сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном пространстве / Ю. В. Большакова. – Москва: Педагогика, 2002. – 349 с.
7. Бондаренко, Б. С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации / Б. С. Бондаренко. – Москва: Владос, 2009. – 300 с.

8. Буянов, М. И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам / М. И. Буянов. – Москва: Педагогика, 1971. – 349 с.
9. Власова, Т. А. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой и [др.] – Москва: Педагогика, 2004.
10. Волков, Б. С. Младший школьник: как помочь ему учиться / Б. С. Волков. – Москва: Академический Проект, 2008.
11. Выготский, Л. С. Основные проблемы дефектологии // Том 5 из собрания сочинений в шести томах / Л. С. Выготский. – Москва: Педагогика, 1982.
12. Григорьева, Л. Г. Дети с проблемами в развитии / Л. Г. Григорьева. – Москва: Академкнига, 2002. – 213 с.
13. Давыдов, В. В. Теория развивающего обучения / В. В. Давыдов. – Москва, 2009.
14. Дементьева, Н. Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н. Ф. Дементьева, Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева. – Москва: Академкнига, 2005. – 247 с.
15. Егоров, П. Р. Теоретические подходы к инклюзивному образованию людей с особыми образовательными потребностями / П. Р. Егоров // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 3. – С. 35-39.
16. Егорова, Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова. – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.
17. Зайцева, И. А. Коррекционная педагогика / Под ред. В. С. Кукушина, И. А. Зайцевой. Изд–е 2-е, перераб. И доп. – Москва: ИКЦ “МарТ”; Ростов–на–Дону: Издательский центр “МарТ”, 2009. – 352 с.
18. Киселева, Н. А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н. А. Киселева, И. Ю. Левченко. – Москва: Коррекционная педагогика, 2005. – 210 с.

19. Костенкова, Ю. А. Дети с задержкой психического развития: особенности речи, письма, чтения / Ю. А. Костенкова, Р. Д. Тригер, С. Г. Шевченко. – Москва: Школьная Пресса, 2004. – 64 с.
20. Лапшин, В. А. Основы дефектологии / В. А. Лапшин. – Москва: Просвещение, 1991.
21. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития / В. В. Лебединский. – Москва: Педагогика. – 2004. – 306 с.
22. Лебединская, К. С. Задержка психического развития / К. С. Лебединская. – Москва: Педагогика. – 2007. – 280 с.
23. Лернер, И. Я. Методы обучения. Российская педагогическая энциклопедия: в 2-х Т. –Т 1. / И. Я. Лернер, М. Н. Скаткин. – Москва: Научное изд-во “Большая российская энциклопедия”, 2000. - 608 с.
24. Маллер, А. Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А. Р. Маллер. – Москва: Издательский центр «Академии», 2010. – 208 с.
25. Маллер, А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями / А. Р. Маллер. – Москва: Педагогика – Пресс, 2006. – 284 с.
26. Малофеев, Н. Н. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения / Н. Н. Малофеев // Российская академия образования. – Москва, 2008.
27. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт–Петербург: Речь, 2004. – 220 с.
28. Панфилова, Е. В. Особенности обучения в коррекционной школе: проблемы учащихся с ограниченными возможностями здоровья / Е.В.Панфилова // Педагогика: традиции и инновации: материалы II междунар. науч. конф. (г. Челябинск, октябрь 2012 г.). — Челябинск: Два комсомольца, 2012. — С. 141-143.
29. Петрова, Н. В. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья через воспитание дружеских взаимоотношений во

время игр / Н. В. Петрова // Вопросы дошкольной педагогики. — 2015. — № 3. — С. 48-51.

30. Пособие по технологии работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья / под ред. Гуслияковой Л. Г. – Москва: Социальное здоровье России, 2007. – 210 с.

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

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

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

34. Сорокин, В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин.– Санкт-Петербург: Речь, 2003. – 216 с.

35. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья / под ред. А. Поликовой. – Москва: КТМУ, 2009 – 207 с.

36. Староверова, М. С. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ. Методическое пособие / М. С. Староверова. — Москва: Владос, 2011. — 167 с.

37. Шевченко, С. Г. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / под ред. С. Г. Шевченко. – Москва: АРКТИ, 2001. – 224 с.

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

39. Щепко, Е. Л. Психодиагностика нарушений развития / Е. Л. Щепко. – Москва: Академия, 2000. – 410 с.

Электронные ресурсы:

40. Методика «Лесенка» автор В. Г. Щур. [Электронный ресурс] /

Инфоурок/ Режим доступа:https://infourok.ru/metodika_lesenka_avtor_v.g.schur-374167.htm

41. Тест Кеттелла, детский вариант. Адаптирован Э.М.Александровской. 12 ФЛО-120. [Электронный ресурс] / Все тесты / Режим доступа: <http://vsetesti.ru/360/>