

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Факультет педагогики, психологии и коммуникативистики

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе,
качеству образования – первый
проректор

Хагуров Т.А.

« 20 » _____ 2021 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Б1.О.17.04

«Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата»

(код и наименование дисциплины в соответствии с учебным планом)

Направление подготовки/специальность

44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Направленность (профиль) / специализация

**Образование лиц с интеллектуальными нарушениями
(Олигофренопедагогика)**

Форма обучения **очная**

Квалификация **бакалавр**

Краснодар 2021

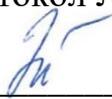
Рабочая программа дисциплины Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» составлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки / специальности 44.03.03. Специальное (дефектологическое) образование, степень – бакалавр.

Программу составил(и): Е.Ю. Журавлева, к.психол.н.
И.О. Фамилия, должность, ученая степень, ученое звание


_____ подпись

Рабочая программа дисциплины Б1.О.17.05 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» утверждена на заседании кафедры дефектологии и специальной психологии протокол 17.05.2021 протокол № 13

Заведующий кафедрой (разработчика) Е. А. Шумилова
фамилия, инициалы


_____ подпись

Утверждена на заседании учебно-методической комиссии факультета педагогики, психологии и коммуникативистики 19.05.2021 протокол № 10

Председатель УМК факультета
Гребенникова В. М., д. пед. н, профессор
фамилия, инициалы


_____ подпись

Рецензенты:

Цику З. И., к. псих. н., доцент
Заведующая МБДОУ МО город Краснодар
«Детский сад комбинированного вида № 214»


_____ подпись

Топчий Т. Г.
Директор ГКОУ школа-интернат г. Краснодара


_____ подпись

1 Цели и задачи изучения дисциплины (модуля)

1.1. Цель освоения дисциплины Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» – формирование у будущих бакалавров специального (дефектологического) образования системы научных представлений об индивидуально-типологических особенностях психофизического развития, особых образовательных потребностях, и возможностях образовании детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, осуществление их личностно-мотивационной, когнитивной и практической подготовки к реализации вариативных моделей образования лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на различных уровнях системы образования.

1.2 Задачи дисциплины

-сформировать профессиональное мировоззрение и научные представления о закономерностях и своеобразии психического и личностного развития лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата;

- изучить содержание, методы и оптимальные структурно-организационные формы осуществления профессиональной деятельности педагогов в образовательных организациях с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- изучить современные коррекционно-воспитательные и коррекционно-образовательные практики организации деятельности с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата, варианты специальных условий обучения в условиях ФГОС, принципы реализации адаптированных основных образовательных программ для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

1.3 Место дисциплины (модуля) в структуре ООП бакалавриата

Дисциплина Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» относится к обязательным дисциплинам базового Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана ООП «Образование лиц с интеллектуальными нарушениями (Олигофренопедагогика)». Дисциплина является одним из важных компонентов образовательного модуля «Обучение и воспитание детей с ОВЗ» и, наряду с другими дисциплинами профессионального блока, ориентирована на формирование основ теоретической и практической подготовки бакалавров специального (дефектологического) образования к будущей профессиональной деятельности.

Необходимым условием обучения является успешное освоение следующих дисциплин: Психология, дисциплин модуля «Медико-биологические основы дефектологии» (Неврология, Основы генетики, Основы нейрофизиологии и ВНД), Специальная психология, Специальная педагогика, Олигофренопедагогика, Психология умственно отсталых детей, Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья.

1.4 Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

Код и наименование индикатора*	Результаты обучения по дисциплине
ОПК-6. Способен использовать психолого-педагогические технологии в профессиональной деятельности, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями	
ИОПК-6.1. Понимает сущность психолого-педагогических технологий, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями	Знает сущность психолого-педагогических технологий, необходимых для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата.
	Умеет использовать психолого-педагогические технологии, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся и эффективное

Код и наименование индикатора*	Результаты обучения по дисциплине
ИОПК-6.2. Демонстрирует способность использования психолого-педагогических технологий, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями	взаимодействие с педагогами, с родителями обучаемых с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Владеет методами эффективного взаимодействия с участниками образовательных отношений в рамках реализации адаптированных образовательных программ для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
ПК-1 Способен создавать специальную образовательную среду на основе базовых общечеловеческих и национальных ценностей для осуществления воспитательной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья	
ИПК-1.1. Понимает базовые общечеловеческие и национальные ценности в сфере специального образования	Знает базовые общечеловеческие и национальные ценности в сфере специального образования
ИПК-1.2. Демонстрирует способность создавать специальную образовательную среду для осуществления воспитательной работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья	Умеет создавать специальную образовательную среду для осуществления коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Владеет способами адаптации учебного материала и способов деятельности с учетом индивидуально-типологических особенностей развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Результаты обучения по дисциплине Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» достигаются в рамках осуществления всех видов контактной и самостоятельной работы обучающихся в соответствии с утвержденным учебным планом.

Индикаторы достижения компетенций считаются сформированными при достижении соответствующих им результатов обучения.

2. Структура и содержание дисциплины

2.1 Распределение трудоёмкости дисциплины по видам работ

Общая трудоёмкость дисциплины Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» составляет 3 зачетных единиц (108 часов), их распределение по видам работ представлено в таблице.

Виды работ	Всего Часов	Форма обучения			
		Очная		очно-заочная	заочная
		5 семестр (часы)	X семестр (часы)	X семестр (часы)	X курс (часы)
Контактная работа, в том числе:	40,2	40,2			
Аудиторные занятия (всего):	36	36			
занятия лекционного типа	8	8			
лабораторные занятия					
практические занятия	28	28			
семинарские занятия					
Иная контактная работа:					
Контроль самостоятельной работы (КСР)					
Промежуточная аттестация (ИКР)	0,2	0,2			
Самостоятельная работа, в том числе:	67,8	67,8			
Реферат/эссе (подготовка)					
Самостоятельное изучение разделов, самоподготовка (проработка и повторение лекционного материала и материала учебников и учебных пособий, подготовка к лабораторным и практическим занятиям, коллоквиумам и т.д.)	40	40			

Подготовка к текущему контролю	27,8	27,8			
Контроль:					
Подготовка к экзамену					
Общая трудоемкость	108	108			
	40,2	40,2			
	3	3			

2.2 Содержание дисциплины

Распределение видов учебной работы и их трудоемкости по разделам дисциплины.

Разделы (темы) дисциплины, изучаемые в 5 семестре (3 курса) (очная форма).

№	Наименование разделов (тем)	Количество часов				
		Всего	Аудиторная Работа			Внеауди- торная работа
			Л	ПЗ	ЛР	
1.	Методологические и теоретические основания деятельности специалистов служб сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	12	2	4		6
2	Современная модель реабилитации. Международная классификация функционирования.	12	2	4		6
3	Особенности двигательной сферы при детском церебральном параличе	12	2	4		6
4	Система обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	11	1	4		6
5	Психолого-педагогическая диагностика образовательных потребностей обучающегося с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа для построения оптимального образовательного маршрута	11	1	4		6
6	Коррекционно-педагогическая работа с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата,	18		8		10
	<i>ИТОГО по разделам дисциплины</i>	72	8	28		40
	Контроль самостоятельной работы (КСР)					2
	Промежуточная аттестация (ИКР)					
	Подготовка к текущему контролю					
	Общая трудоемкость по дисциплине					

Примечание: Л – лекции, ПЗ – практические занятия / семинары, ЛР – лабораторные занятия, СРС – самостоятельная работа студента

2.3 Содержание разделов (тем) дисциплины

2.3.1 Занятия лекционного типа

№	Наименование раздела (темы)	Содержание раздела (темы)	Форма текущего контроля
1.	Методологические и теоретические основания деятельности специалистов служб сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Этиология, патогенез, клиника нарушениями опорно-двигательного аппарата. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата как нозологическая форма. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	К
2.	Современная модель реабилитации. Международная классификация функционирования.	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные понятия, категории, принципы и задачи реабилитации. Модель функционирования и ограничения	К

		жизнедеятельности: функции и структуры организма, активность и участие, окружающие факторы. Классификации МКФ. Современные методы и подходы к абилитации и реабилитации детей с детским церебральным параличом: принципы, методы оценки и терапии.	
3.	Особенности двигательной сферы при детском церебральном параличе	Расстройства мышечного тонуса. Патологические синкенезии. Гиперкинезы, виды насильственных движений. Атаксические расстройства. Задержка редукции, угасания ранних тонических рефлексов ствола. Наличие патологических рефлексов. Особенности сухожильных и периостальных рефлексов. Несвоевременное и недостаточное развитие статокинетических рефлексов. Патологический рефедвигательный стереотип. Нарушение актов приема пищи (особенности жевания, глотания). Формы детского церебрального паралича: двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гемипаретическая, гиперкинетическая, атонически-астатическая. Характеристика двигательных, речевых и интеллектуальных нарушений при каждой форме ДЦП. Педагогическая оценка движений при ДЦП: возможности восстановления двигательных функций, функциональная приспособленность к дефекту, влияние двигательного дефекта на уровень овладения различными практическими навыками.	
4.	Система обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Система обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до и после 2012 года. Уход за ребенком в семье раннего возраста (основы развивающего подхода): позиционирование ребенка, соматическое состояние и возникновение вторичных нарушений, оценка повседневных поз и использование технических средств реабилитации, проблемы коммуникации ребенка и родителей, развитие навыков самообслуживания. Основы питания детей с ДЦП старше одного года: безопасность, подбор индивидуального плана питания, кормление как социализация.	Тест
5.	Психолого-педагогическая диагностика образовательных потребностей обучающегося с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа для построения оптимального образовательного маршрута	Диагностика психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Анализ структуры дефекта. Профилактика вторичных нарушений у обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	К
6.	Коррекционно-педагогическая работа с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата,	Коррекция высших психических функций. Коррекционные занятия по развитию психо-моторных функций на разных этапах развития. Коррекция речи. Коррекционные упражнения по развитию чтения и письма. Коррекция эмоционально-личностных нарушений. Коррекция детско-родительских отношений. Составление индивидуальных психо-коррекционных программ. Психологические аспекты взаимодействия с семьей (опыт института Рауля Валенберга, г. Санкт-Петербург).	К

2.3.2 Занятия семинарского типа (практические / семинарские занятия/ лабораторные работы)

№	Наименование раздела (темы)	Тематика и примерное содержание занятий/работ	Форма текущего контроля
---	-----------------------------	---	-------------------------

1.	Методологические и теоретические основания деятельности специалистов служб сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Современные представления о детском церебральном параличе. Что такое церебральный паралич. Причины возникновения ДЦП. Формы церебрального паралича. Основные клинические синдромы при ДЦП. Степень двигательных нарушений. Шкала глобальных моторных функций GMFCS. Динамика развития моторных функций у детей с ДЦП. Научный фундамент Шкалы моторных функций. Программа профилактического обследования детей с церебральным параличом (СРUP).	Тест
2.	Современная модель реабилитации. Международная классификация функционирования.	Двигательный режим ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата как условие успешности его развития. Реабилитационное вмешательство как процесс обучения двигательным навыкам. Цели физической терапии в зависимости от возраста ребенка и уровня по GMFCS. Стратегия освоения двигательных навыков.	К
3.	Особенности двигательной сферы при детском церебральном параличе.	Методики физических воздействий, используемые при ДЦП (обзор). Кондуктивная педагогика: основные принципы, особенности организации занятий. Психолого-педагогическая и социально-бытовая реабилитация в условиях реабилитационного центра: направления работы, потенциал сенсорной комнаты, логопедическая работа, задачи социальной адаптации ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Презентация
4.	Система обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Особенности развития детей раннего возраста при нарушениях опорно-двигательного аппарата: ранняя диагностика, основные этапы развития детей младенческого и раннего возраста в онтогенезе, особенности развития в условиях дизонтогенеза. Специфика доречевого и речевого развития детей с ДЦП от рождения до трех лет. Своеобразие познавательного развития детей раннего возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Социализация обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основной механизм дошкольного и школьного воспитания детей с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Особенности дошкольного и школьного периодов развития детей с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата как задача образовательной организации.	Эссе
5.	Психолого-педагогическая диагностика образовательных потребностей обучающегося с нарушениями опорно-двигательного аппарата как основа для построения оптимального образовательного маршрута	Диагностика психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Анализ структуры дефекта. Профилактика вторичных нарушений у обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Решение задач
6.	Коррекционно-педагогическая работа с обучающимися с нарушениями опорно-двигательного аппарата, страдающими нарушениями функций	Коррекция высших психических функций. Коррекционные занятия по развитию движений и действий на разных этапах развития. Коррекция речи. Коррекционные упражнения по развитию чтения и письма. Коррекция эмоционально-личностных нарушений. Коррекция детско-родительских отношений. Составление индивидуальных психокоррекционных программ.	Решение задач

Защита лабораторной работы (ЛР), выполнение курсового проекта (КП), курсовой работы (КР), расчетно-графического задания (РГЗ), написание реферата (Р), эссе (Э), коллоквиум (К), тестирование (Т) и т.д.

При изучении дисциплины могут применяться электронное обучение, дистанционные образовательные технологии в соответствии с ФГОС ВО.

2.3.3 Примерная тематика курсовых работ (проектов)

1. Особенности формирования анализаторной деятельности у детей с церебральным параличом.
2. Особенности сенсорного развития у детей при нарушениях опорно-двигательного аппарата.
3. Специфика зрительно-моторной координации и пространственного восприятия при нарушениях опорно-двигательного аппарата.
4. Состояние представлений об окружающей действительности у детей с церебральным параличом.
5. Влияние двигательных нарушений на психическое развитие ребенка дошкольного возраста.
6. Особенности эмоционально-волевого и личностного развития при ДЦП.
7. Свообразие психических функций у детей с церебральным параличом.
8. Особенности познавательной деятельности при ДЦП.
9. Особенности межличностных процессов в инклюзивной группе дошкольной образовательной организации.
10. Особенности развития игровой деятельности детей с церебральным параличом.
11. Состояние изобразительной и конструктивной деятельности при ДЦП.
12. Особенности овладения трудовой деятельностью детьми дошкольного возраста с церебральным параличом.
13. Особенности связной речи детей с церебральным параличом.
14. Психологическая готовность детей с церебральным параличом к школьному обучению.
15. Коммуникативные возможности обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
16. Особенности взаимодействия специалистов службы сопровождения образовательной организации с родителями.

Структура проекта предполагает наличие названия, цели, задач, указанием на время и контингент обучающихся, описание используемых ресурсов и места проведения, этапы, сценарий и систему критериев оценивания запланированных образовательных результатов.

2.3.4 Варианты заданий для самостоятельной работы

№	Содержание задания	Формируемые компетенции
1.	Разработать шаблон индивидуального образовательного маршрута для разных моделей инклюзии.	ОПК-6
2.	Провести сравнительный анализ учебных планов адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Объяснить возможный набор и объем учебных предметов.	
3.	Провести анализ доступности образовательной организации (по выбору) для посещения обучающимся с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях инклюзии.	ПК-1
4.	Составить программу осуществления присмотра и ухода за обучающимся 2го класса с нарушением опорно-двигательного аппарата, посещающим школу в режиме «полный день» (структурный компонент АООП).	
5.	Разработать инфографику для родителей «Особенности двигательного развития ребенка 1 года» для использования в ПМПК ... муниципального образования.	ОПК-6 ПК-1

2.4 Краткое содержание дисциплины

Закон № 273-ФЗ от 21.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации» регламентирует обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей (п. 27 ст. 2 ФЗ-273), в том числе и обучающихся с НОДА: образование и

профессионального самоопределения в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья. Несмотря на госпрограмму «Доступная среда, действующую с 2013 года, еще рано утверждать, что образовательная инфраструктура в полной мере приспособлена к обучению данной категории инвалидов. Доступная среда образовательной организации включает и архитектурную доступность, и обеспечение техническим средствами реабилитации, и психолого-педагогические техники, методики, приемы обучения лиц с НОДА в условиях инклюзии. В российском законодательстве рассматривают составляющие доступности: архитектурная, информационная технологическая.

Классификация НОДА. Нарушения функций ОДА могут быть врожденные и/или приобретенные. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата:

1) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит;

2) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, деформации стоп (косолапость и др.), аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство);

3) приобретенные заболевания и повреждения ОДА: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

Полиомиелит - острое инфекционное заболевание центральной нервной системы, поражающее преимущественно серое вещество спинного мозга. Проявления заболевания: вялые параличи конечностей, атрофия мышц, отсутствие двигательных рефлексов. Лица, перенесшие эту болезнь, получают неврологическую и ортопедическую помощь, им создаются специальные условия педагогического характера.

Большую часть детей с нарушениями ОДА составляют дети с церебральными параличами (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности. Это связано с органическим поражением центральной нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира. Часто заметны речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому большинство из них нуждается не только в медицинской и социальной помощи, но также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другая часть детей не имеет отклонений в развитии познавательной деятельности и не требует специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое направление имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе направление адаптации ребенка с НОДА – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (на 1000 новорожденных приходится от 5 до 9 больных ДЦП). ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляется в виде сочетания различных двигательных, психических и речевых нарушений. Следовательно, при ДЦП страдают самые важные для человека функции – движение, психика и речь.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в широких пределах, где на

одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом - минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, варьируют в широком диапазоне и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства.

Причиной ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает внутриутробно, 60 - в момент родов, 10 после рождения (Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская).

Детский церебральный паралич может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений при ДЦП обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Мышечный тонус условно называют рефлексом на проприоцепцию, ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса - спастичность. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония - меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложненных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется центральным параличом, а ограничение

объема движений - центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например, изолированные движения пальцев рук.

Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища.

Тремор - дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальценосовая проба по выявлению тремора).

Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.

Нарушение ощущений движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в центральную нервную систему информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называют мышечно-суставным чувством. При всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений.

Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии. Синкинезии - это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые

пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

Наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются нерезко в первые месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка так называемых установочных рефлексов. При нормальном ходе развития к 3 месяцам жизни позотонические рефлексы уже не проявляются.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций. У детей с церебральным параличом проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. Развитие моторики при ДЦП чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет и более, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5-8-месячного здорового младенца.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

Нарушения психики при ДЦП. Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью, и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами:

а) вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

б) затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;

в) нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены.

Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития, причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических проявлений - замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других - в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто

сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Речевые нарушения при ДЦП. В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 80%.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизводительной стороны речи. Недостаточность кинестетического восприятия проявляется в том, что ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи.

Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии - дизартрия - часто сочетается с задержкой речевого развития или реже - с алалией.

Классификации лиц с НОДА. Типология, основанная на оценке сформированности познавательных и социальных способностей у детей с НОДА:

- дети с нарушениями функций ОДА различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами, имеющие нормативное психическое развитие и разборчивую речь; достаточное интеллектуальное развитие у этих детей часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью; личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни;

- дети с легким дефицитом познавательных и социальных способностей, передвигающиеся при помощи ортопедических средств или лишённые возможности самостоятельного передвижения, имеющие нейросенсорные нарушения в сочетании с ограничениями манипулятивной деятельности и дизартрическими расстройствами разной степени выраженности; задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей; они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала; при адекватной коррекционно-педагогической поддержке они часто догоняют сверстников в умственном развитии;

- дети с двигательными нарушениями и разной степенью выраженности интеллектуальной недостаточности, осложненными нейросенсорными нарушениями, а также имеющими дизартрические нарушения и системное недоразвитие речи; на первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности; личность характеризуется низким познавательным интересом, недостаточной критичностью, менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации;

- дети, имеющие тяжёлые НОДА неврологического генеза и, как следствие, полная или почти полная зависимость от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности; большинство из них не могут самостоятельно удерживать своё тело в сидячем положении, спастичность конечностей часто осложнена гиперкинезами; процесс общения затруднен в связи с несформированностью языковых средств и речемоторных функций порождения экспрессивной речи; степень умственной отсталости колеблется от лёгкой до глубокой.

Дети данной группы с менее выраженным интеллектуальным недоразвитием имеют предпосылки для формирования представлений, умений и навыков, значимых для социальной адаптации детей; у большинства детей проявляется интерес к общению и взаимодействию, что позволяет обучать детей пользоваться невербальными средствами коммуникации (жесты, мимика, графические изображения и др.); наличие отдельных двигательных действий (захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи и др.), создаёт предпосылки для обучения детей выполнению доступных операций самообслуживания и предметно-практической деятельности; обучение и воспитание строится с учётом специфики развития каждого ребёнка, а также в соответствии с типологическими особенностями развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития.

Таким образом, вследствие неоднородности состава детей с НОДА диапазон различий в требуемом уровне и содержании их обучения и воспитания предполагает их образовательную дифференциацию.

Особенности развития познавательных процессов: трудности с заданиями, требующими целостной интеллектуальной [SEP]операции, основанной на взаимодействии анализаторных систем; малый запас знаний и представлений за счет бедности практического [SEP]опыта; специфические трудности переработки информации; нарушенная

динамика мыслительных процессов; замедленность мышления, некоторая его инертность; нарушения грамматического строя речи.

Особенности личностного развития: психический инфантилизм — незрелость эмоционально-волевой сферы личности ребенка (руководствуются в первую очередь эмоцией удовольствия).

Особенности деятельности и поведения: недостаточная волевая деятельность; эмоциональная сфера остается несформированной; двигательная расторможенность; быстрая утомляемость; повышенная возбудимость или, наоборот, пассивность; расстройства сна (мучают ночные кошмары, тревожно спят, с трудом засыпают); повышенная впечатлительность.

Большинство лиц с ДЦП нуждаются в психотерапии. При работе с ними основными психотерапевтическими «мишенями» являются: искаженная внутренняя картина болезни; острое переживание своих недостатков; высокий уровень тревожности; нарушения самооценки; дисгармония семейных отношений; специфические нарушения коммуникаций; референтное отношение детей к собственному заболеванию; склонность к манипулятивному поведению; симбиотические отношения с матерью; недостаточный самоконтроль.

Особенности организации образовательной деятельности лиц с НОДА. Отклонения в развитии у них отличаются значительной разнообразностью. Достаточное интеллектуальное развитие у этих детей часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, с ограниченной самостоятельностью, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость (инфантильность) проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Особые образовательные потребности у лиц с НОДА определяются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения интеллектуального развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, отражаются в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые потребности, свойственные всем обучающимся с нарушениями ОДА: непрерывность коррекционно-развивающего процесса; использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), индивидуализация обучения; обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды. Помимо этого, лица с нарушениями ОДА нуждаются в различных видах помощи (в сопровождении на занятиях, помощи в самообслуживании), в связи с чем им необходим щадящий режим, особенно в период адаптации к новым условиям, психологическая и коррекционно-педагогическая помощь.

Основные характеристики обучающихся с НОДА. Трудности освоения учебного материала связаны с наличием легкого или выраженного когнитивного дефицита, астеническими проявлениями и речедвигательными нарушениями. Замедлены такие операции, как сравнение, выделение существенных и несущественных признаков, установление причинно-следственной зависимости, отмечается расстройства внимания и памяти, сужение объема внимания, преобладание слуховой памяти над зрительной. Это проявляется в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве. При тяжелом поражении конечностей возникают трудности при овладении определенными предметно-практическими навыками.

Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, проявлении страхов, склонности к колебаниям настроения, пониженной мотивации к деятельности, страхов, связанных с передвижением и общением, стремления к ограничению социальных контактов. У одних отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, пугливость, у других - вялость, пассивность и двигательная заторможенность.

Требования к организации образовательной среды: установка пандусов (аппарелей); установка расширенных дверных групп; специальное оборудование гигиенических комнат;

наличие подъемного устройства (лифт, ступенькоход и др.); установка кнопки вызова; технические средства: специальные стол и стулья, кресла, конторки; транспортные решения; возможность дистанционного обучения; наличие спортивных тренажеров. ^[L]_{SEP}

Занятия физической культурой (в том числе и лечебной) должны обеспечивать обучающимся возможность физического самосовершенствования, даже если их физический статус значительно ниже общепринятой нормы. Для этого оснащение физкультурных залов должно предусматривать как обычное (для спортивных залов образовательных организаций), так и специальное адаптированное (ассистивное) оборудование для обучающихся с различными нарушениями развития, включая тренажеры, специальные велосипеды (с ортопедическими средствами) и др.

Необходимо обеспечение беспрепятственного доступа в учебные аудитории, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие поручней, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м, наличие специальных кресел и других приспособлений). Для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи при церебральном параличе может понадобиться вспомогательная техника (коммуникаторы).

Образовательная среда должна обеспечивать сочетание образовательного процесса и лечебно-восстановительной работы (медицинская коррекция двигательного дефекта; терапия нервно-психических расстройств; лечение соматических заболеваний, психологическая и логопедическая помощь). Обучение должно сочетаться с лечением на базе поликлиники, занятиями ЛФК и логопедическими занятиями на базе медицинского учреждения или реабилитационного центра.

Для организации учебного процесса необходимо определить учебное место в аудитории, разрешить обучающемуся самому подбирать комфортную позу для выполнения письменных и устных работ (сидя, стоя, облокотившись и т.д.).

Специфика обучения лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: использование функциональных возможностей сохранных анализаторов и компенсаторного потенциала (тактильного, ^[L]_{SEP}зрительного, слухового), при усвоении учебного материала; ^[L]_{SEP}коррекционная направленность обучения (специальные методы обучения, введение специальных пропедевтических занятий, предшествующих изучению отдельных разделов и тем программы, введение специальных индивидуальных и групповых занятий); учёт объема и формы выполнения устных и письменных работ, темпа работы аудитории и, по возможности, смена форм проведения занятий; использование наглядного материала, обучающих видеоматериалов, методов, активизирующих познавательную деятельность, специальные методы формирования графо-моторных навыков, развивающие устную и ^[L]_{SEP}письменную речь; ^[L]_{SEP}использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения; разработка материалов с детализацией в форме алгоритмов для конкретизации действий при самостоятельной работе; дублирование звуковых сообщений зрительными с целью получения ^[L]_{SEP}информации в полном объеме; использование вербальных и невербальных средств коммуникации.

Вспомогательными средствами невербальной (неречевой) коммуникации могут являться: специально подобранные предметы, ^[L]_{SEP}графические / печатные изображения (тематические наборы фотографий, рисунков, пиктограмм и др., а также составленные из них индивидуальные коммуникативные альбомы), дидактические средства с применением видеотехники, проекционного оборудования, интернет - ресурсов и печатных материалов, электронные средства (электронные коммуникаторы, планшетный или персональный компьютер с соответствующим программным обеспечением и вспомогательным оборудованием и др.). ^[L]_{SEP}

Методы обучения в учебной группе гетерогенного типа, в состав которой входят обучающиеся с двигательными нарушениями, целесообразно комбинировать и

адаптировать. Использование словесных методов обучения ориентировано на лиц с хорошо развитой словесной речью и способностью ее воспринимать, понимать и воспроизводить. При проведении беседы необходимо сочетать ее с использованием наглядных методов (письменная презентация ключевых вопросов, являющихся темой обсуждения во время беседы; использование необходимых электронных видеоматериалов для иллюстрирования вопросов и контекста обсуждаемой проблемы, и т.п.). Применяя словесные методы, например, объяснение материала, следует четко и лаконично оформлять свои мысли в простые предложения, не допускать лишних, ничего не значащих в данном контексте слов и выражений, подавать информацию в виде небольших логически и по смыслу законченных фрагментов, поскольку лица с двигательными нарушениями имеют повышенную утомляемость. Применение наглядных методов также требует от преподавателя, мастера производственного обучения организации наблюдения.

Каждая учебная дисциплина, помимо стандартного учебно- методического комплекса, дополнительно, обеспечивая образовательные потребности обучающихся с двигательными нарушениями, должна иметь: специальное учебное пособие (бумажный или электронный вариант); разработанные преподавателем опорные конспекты лекций и практических (лабораторных) занятий, учитывающие речевые и познавательные особенности; средства наглядности и соответствующие мультимедийные материалы к каждой теме.

Целесообразно проводить занятия в аудитории с мультимедийным проектором, где имеется возможность подкрепления основных положений лекционного материала необходимым иллюстративным материалом, предоставлять необходимый учебный материал на диске (флешке) для последующей самостоятельной работы с ним.

Выполнение лабораторных и практических работ целесообразно проводить парами или «бригадами», в которых присутствует смешанный состав обучающихся: в паре – один обычный обучающийся и один обучающийся с НОДА; «бригада» включает одного обучающегося с двигательным нарушением и несколько обычных обучающихся. Взаимопомощь, взаимное обучение, упражнение в деловом и профессиональном общении, использование в речи профессиональной терминологии, - такие преимущества дает данная форма организации работы. Принимая во внимание быструю утомляемость лиц с двигательными нарушениями, следует чередовать и дозировать формы предъявления учебной информации.

При работе важно обеспечить индивидуальный подход в удовлетворении общих и специальных образовательных потребностей обучающегося с НОДА с учетом состояния его двигательных, речевых и интеллектуальных возможностей, образовательного уровня и образовательных запросов.

Особенности социальной реабилитации обучающихся с НОДА. В ходе социально- бытовой реабилитации инвалида с нарушением ОДА решаются проблемы осуществления его самообслуживания и самостоятельного передвижения. Этот процесс носит технологичный характер.

На этапе первичного освидетельствования инвалида в бюро медико- социальной экспертизы (МСЭ) выявляется тип дефекта и связанные с ним ограничения жизнедеятельности. За этим изучается вопрос о нуждаемости инвалида в приспособлениях и вспомогательных устройствах для осуществления относительно независимого существования в быту. На следующем этапе выявляется ситуация о наличии условий в жилище инвалида для относительной бытовой независимости. Полученная специалистом по социальной работе данная информация включается в индивидуальную программу реабилитации, абилитации инвалида (ИПРА). При поступлении инвалида в профессиональную образовательную организацию, необходимо ознакомиться с содержанием ИПРА.

При условии проживания лица с НОДА в общежитии образовательной организации, перед администрацией возникает вопрос о реконструкции комнаты, создании в ней

необходимых условий для проживания.

Социально-бытовая реабилитация инвалида с НОДА предусматривает обучение его приемам восстановления утраченных навыков по социально-бытовому самообслуживанию. Необходимо обеспечить несколько принципиальных позиций: оборудовать комнату новыми специальными адаптивными техническими средствами с учетом потребностей инвалида, приспособить жилищные условия к потребностям инвалида с учетом типа дефекта; предусмотреть возможность использования инвалидом обычного хозяйственно-бытового оборудования и кухонной утвари путем обучения (переобучения); оснастить имеющееся оборудование, утварь элементарными специальными приспособлениями (насадками, рычагами) для использования его инвалидом.

Специальные приспособления устанавливаются в ванной (душевой) комнате в виде фиксированных к стене электроприборов, удлиненных ручек к расческам и зубным щеткам, в виде установок автоматической подачи зубной пасты, в виде рычажных кранов для воды. Приспособления должны обеспечить инвалиду удобство и безопасность, необходима установка навесного сиденья, противоскользящей опоры для фиксации ног, поручней для подъема и перемещения. Необходимы также приспособления для инвалидов с поражением ОДА и в туалете. Они предусматривают различные опоры (настенные, откидные, вертикальные, горизонтальные) к унитазу, устройства для подъема с унитаза.

Для осуществления самостоятельного приготовления пищи необходимы приспособления для мойки и чистки овощей и рыбы, для резки продуктов, для мытья посуды, для открывания банок и бутылок и др.

Для инвалида с поражением верхних конечностей необходимо его обеспечить специальными приспособлениями для раздвигания занавесок, для поднятия предметов с пола, для открывания форточек.

Оборудование комнаты, предназначенной для проживания инвалида-колясочника должно предусматривать несколько позиций: низкое расположение вешалки для одежды и полок; окна и двери должны иметь ручки, расположенные на доступной для инвалида высоте, площадь комнаты должна быть достаточной для маневрирования кресла-коляски; при входе в комнату не должно быть порога; дверные проемы должны давать возможность проезда кресла-коляски; вдоль свободных от мебели стен необходима установка горизонтальных поручней.

2.5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом,
- в форме электронного документа,
- в форме аудиофайла,
- в печатной форме на языке Брайля.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме,
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме,
- в форме электронного документа,
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

3. Образовательные технологии, применяемые при освоении дисциплины (модуля)

В образовательной деятельности со студентами используются такие педагогические технологии, как: лекции; семинарские занятия; практическая работа по изготовлению наглядных материалов для уроков и внеклассных мероприятий; мультимедийные презентации; домашние задания по разработке конспектов уроков истории и внеклассных мероприятий; задания для педагогической практики (посещение уроков, анализ; проведение уроков и самоанализ).

Интерактивные образовательные технологии: деловая игра, проектирование, семинары, коллоквиум, презентации.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья предусмотрена организация консультаций с использованием электронной почты.

4. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины Б1.О.17.04 «Обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата».

Оценочные средства включает контрольные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Структура оценочных средств для текущей и промежуточной аттестации

№ п/п	Код и наименование индикатора	Результаты обучения	Наименование оценочного средства	
			Текущий контроль	Промежуточная аттестация
1	ИОПК-6.1. Понимает сущность психолого-педагогических технологий, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями ИОПК-6.2. Демонстрирует способность использования психолого-педагогических технологий, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с особыми образовательными потребностями	Знает сущность психолого-педагогических технологий, необходимых для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата. Умеет использовать психолого-педагогические технологии, необходимые для индивидуализации обучения, развития, воспитания, в том числе обучающихся и эффективное взаимодействие с педагогами, с родителями обучаемых с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Владет методами эффективного взаимодействия с участниками образовательных отношений в рамках реализации адаптированных образовательных программ для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	Тест по теме, разделу: 1,2, 3, 4. Выступление на семинаре Индивидуальное задание	Вопросы к зачету 1-23
2	ИПК-1.1. Осуществляет разработку адаптированных образовательных программ с учетом индивидуальных и типологических особенностей лиц с	Знает требования ФГОС к структуре и условиям реализации адаптированных образовательных программ, индивидуально-типологические особенности обучаемых с интеллектуальными нарушениями и эффективные технологии их обучения и	Устный опрос по теме 5,6. Выступление на семинаре Индивидуальное задание	Вопросы к зачету 24-50

	ограниченными возможностями здоровья ИПК - 1.2. Понимает и знает требования федеральных государственных образовательных стандартов по разработке адаптированных образовательных программ.	воспитания как в разных моделях образования. Умеет выстраивать индивидуальный образовательный маршрут в зависимости от потребностей возможностей обучаемых с интеллектуальными нарушениями. Владеет технологией моделирования адаптированных образовательных программ для обучающихся с интеллектуальными нарушениями развития на любом уровне образования.		
--	---	---	--	--

4.1. Промежуточный контроль.

Примерные вопросы теста.

1. К какому виду дизонтогенеза относится категория лиц с НОДА? А) Искаженное развитие; Б) Поврежденное развитие; В) Дисгармоничное развитие; Г) Дефицитарное развитие

2. В основе двигательных нарушений при ДЦП лежит А) Расстройство нормальной корковой регуляции функций ретикулярной формации; Б) Нарушение в строении мозжечка; В) Расстройство регуляции функций лимбической системы; Г) Нет верного ответа

3. К врожденным патологиям периферического отдела опорно-двигательного аппарата относится – А) Полиомиелит; Б) Артрогрипоз; В) Кривошея; Г) ДЦП.

4. К приобретенным заболеваниям и повреждениям опорно-двигательного аппарата относится – А) Косолапость; Б) Остиомиелит; В) Полиартрит; Г) Полиомиелит.

5. Форма ДЦП, при которой поражены все четыре конечности, называется – А) Гиперкинетическая; Б) Двойная гемиплегия; В) Атанически – астатическая; Г) Спастическая диплегия.

6. Форма ДЦП, для которой характерны множественные насильственные движения и порезы – А) Гиперкинетическая; Б) Атанически – астатическая; В) Спастическая диплегия; Г) Гемипаретическая.

7. Форма ДЦП, для которой характерны проблемы в координации движений в тонусе мышц, в удержании равновесия – А) Спастическая диплегия; Б) Двойная гемиплегия. В) Атанически – астатическая Г) Гиперкинетическая.

8) Форма ДЦП, которая характеризуется односторонними двигательными нарушениями, чаще сильнее поражается рука, называется – А) Атанически – астатическая; Б) Гиперкинетическая; В) Гемипаретическая; Г) Спастическая диплегия

9) Форма ДЦП, при которой поражаются ноги – А) Атанически – астатическая; Б) Гиперкинетическая; В) Двойная гемиплегия; Г) Спастическая диплегия.

10. Соотнесите нарушения моторного развития в младенческом периоде с их проявлениями: Голова запрокинута назад, не подтягивается за руками и туловищем; А) Гипертония 2. Руки не разгибаются; Б) Гипотония; г) Нет верного ответа.

11. В основе ДЦП лежит... А) Ранний органический дефект, который приводит к сочетанию двигательных и психических недостатков; Б) Ранний органический дефект, который приводит к двигательным недостаткам; В) Ранний органический дефект, который приводит к появлению психических недостатков; г) Нет верного ответа.

12. При какой из форм ДЦП отмечается диспропорция между сохранным интеллектом и нарушением эмоциональной сферы, произвольности и работоспособности: А) При двойной гемиплегии; Б) При спастической диплегии; В) При

гиперкинетической; Г) При атанически – астатической.

13. Для какой из форм ДЦП характерно неравномерность развития познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер: А) Для гиперкинетической; Б) Для двойной гемиплегии; В) Для спастической диплегии; Г) Для атанически – астатической.

14. Как называются множественные насильственные движения конечностей, при патологии опорно-двигательного аппарата – А) Параличи; Б) Гипекинезы; В) Парезы; г) Нет верного ответа.

15. Невозможность произвольных движений вследствие отсутствия силы мышц, называется - А) Параличом; Б) Гиперкинезом; В) Парезом; Г) Спастичностью.

16. Ослабление двигательных функций со снижением силы мышц, называется – А) Спастичностью; Б) Параличом; В) Парезом; Г) Гиперкинезом;

17. Выберите факторы, обуславливающие разнообразие двигательных нарушений при патологии опорно-двигательного аппарата: А) Наличие насильственных движений; Б) Нарушение равновесия, координации и ощущения движений; В) Патология тонуса мышц; Г) Все ответы верны.

18. Как называется расстройство ощущения движения, ослабление проприоцепции от мышц, сухожилий и суставов – А) Спастичность; Б) Гиперкинез; В) Кинестезия; Г) Диспраксия.

19. Синдром ДЦП, при котором отмечается выраженное нарушение умственной работоспособности это – А) Церебро – астенический синдром; Б) Синдром локальных поражений; В) Локально – астенический синдром; г) Все ответы верны.

20. Синдром ДЦП, при котором в большей степени страдает эмоционально-волевая и личностная сферы – это А) Локально – астенический синдром; Б) Синдром локальных поражений; В) Церебро – астенический синдром; Г) Нет верного ответа.

21. К особенностям динамики мыслительных процессов при ДЦП не относится – А) Замедленность мышления; Б) Тугоподвижность мышления; В) Ригидность мышления; Г) Не критичность мышления.

22. Синдром, часто встречающийся при ДЦП, для которого свойственно состояние апатии и безучастности это – А) Астеничный синдром; Б) Апатико-абулический синдром; В) Фобический синдром; Г) Нет верного ответа.

23. Нарушение речи при ДЦП, для которого характерно наличие насильственных движений языка и лица называется – А) Атаксической дизартрией; Б) Спастика-ригидной дизартрией; В) Гиперкинетической дизартрией; Г) Спастика-поретической дизартрией.

24. Нарушение речи при ДЦП, при котором отмечаются спазмы речевых мышц, нарушение тонус мышц и порезы речевой мускулатуры – это А) Спастика-ригидная дизартрия; Б) Гиперкинетическая дизартрия; В) Атаксическая дизартрия; Г) Спастика-поретическая дизартрия.

25. Нарушение речи при ДЦП, при котором наблюдается, нарушение ритма, замедление темпа речи, а т.ж. отсутствие модуляции и интонации – это А) Спастика-ригидная дизартрия; Б) Спастика-поретическая дизартрия; В) Гиперкинетическая дизартрия; Г) Атаксическая дизартрия.

26. Нарушение речи при ДЦП, главной особенностью которого является преобладание гипотонии над спастичностью, внешне отмечается асимметрия лица это – А) Атаксическая дизартрия; Б) Спастика-поретическая дизартрия; В) Спастика-ригидная дизартрия; Г) Гиперкинетическая дизартрия.

27. Синдром, при котором происходит постоянное либо спазматическое сокращение мышц, затрагивающее как мышцу - антагонист так и противодействующую ей мышцу, это – А) Гипотония; Б) Дистония; В) Гипертония; Г) Нет верного ответа.

28. Непроизвольные движения, сочетающиеся с произвольными, но не связанные с ними по смыслу, называются – А) Гиперкинезы; Б) Кинестезии; В) Синкнезии.

29. Быстро развивается усталость рук, общее утомление и снижение внимания – это

явления А) Патологического гипотонуса; Б) Патологического гипертонуса; В) Дистонии.

30. Ухудшение внимания, быстрая утомляемость, перенапряжение, наблюдаются характерные нарушения в письме, может быть тенденция к микрографии, грамматические ошибки - фиксация на технической стороне письма наблюдаются при - А) Дистонии; Б) Патологическом гипотонусе; В) Патологическом гипертонусе; Г) Нет верного ответа.

31. Мышцы, обеспечивающие противоположные движения: сгибание – разгибание, называются – А) Мышцы-антагонисты; Б) Мышцы поперечно-полосатой мускулатуры; В) Косыми мышцами; Г) Нет верного ответа.

32. Иррадиация возбуждения на структуры мозга вызывающая периодические генерализованные мышечные сокращения, называется – А) Спастическим параличом; Б) Судорожным приступом; В) Синкнезией; Г) Нет верного ответа.

33. Детский церебральный паралич – это А) Группа двигательных расстройств, возникающих при органическом поражении головного мозга и проявляющихся в отсутствии или недостаточном контроле ЦНС за произвольными движениями; Б) Группа двигательных расстройств, возникающих при поражении сенсорных систем головного мозга, проявляющихся в общем угнетении, двигательно-рефлекторных нарушениях, патологичных двигательных рефлексах и нарушениях тонуса мышц; В) Группа двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в отсутствии или недостаточном контроле ЦНС за произвольными движениями; Г) Нет верного ответа.

34. Как называется подход диагностики и коррекции двигательных и речевых нарушений у детей с ЦП, суть которого заключается в том, чтобы отслеживать и компенсировать недостаточность ЦНС, которая проявляется в нарушении развития мозга на ранних стадиях формирования, это – А) Нейрологопедический; Б) Нейроонтогенетический; В) Нейрофилогенетический; Г) Нет верного ответа.

35. Вторичным дефектом у ребенка с ДЦП может быть – А) Проблема в координации, в результате поражения двигательных систем головного мозга; Б) Нарушение зрительно-пространственной координации; В) Воспитание в семье по типу гиперопеки; Г) Нет верного ответа.

36. К ортопедическим мероприятиям в лечении ДЦП не относится – А) Оперативное вмешательство; Б) Ношение ортопедической обуви; В) Протезирование; Г) Употребление препаратов, снижающих тонус мышц.

4.2. Итоговый контроль

Вопросы для подготовки к зачету

1. Общие сведения о детях с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
2. Виды патологии опорно-двигательного аппарата.
3. Характеристика психомоторного развития ребёнка первого года жизни.
4. Этиология, патогенез, формы ДЦП. Структура дефекта при ДЦП.
5. Характеристика клинических проявлений ДЦП (основные синдромы при церебральном параличе).
6. Психическое развитие при ДЦП. Олигофрения при ДЦП. [1] [SEP]
7. Характеристика речевого нарушения при ДЦП. [1] [SEP]
8. Принципы семейно-центрированного подхода.
9. Значение семейно-центрированного подхода в сопровождении семей, воспитывающих детей с НОДА.
10. Развивающий уход: основные принципы и направления работы специалиста службы сопровождения семей, воспитывающих детей с НОДА.
11. Социальная модель инвалидности как основа МКФ.
12. МКФ: основные понятия и принципы.
13. Нормативное поле деятельности в отношении к лицам с НОДА.

14. Содержание понятия «доступная среда».
15. Принципы универсального дизайна.
16. Нейроонтогенетический подход к диагностике и коррекции двигательных и речевых нарушений при ДЦП.
17. Общая характеристика, этиология и клиника полиомиелита.
18. Врождённая патология периферического отдела опорно-двигательного аппарата. Характеристика основных нарушений в детском возрасте.
19. Приобретённые заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. Травматические повреждения спинного и головного мозга.
20. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. Туберкулёз.
21. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. Артриты.
22. Системные заболевания скелета. Рахит.
23. Наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата в детском возрасте.
24. Общие закономерности коррекции и развития моторики у детей с церебральным параличом.
25. Особенности логопедической работы и речевой терапии при ДЦП.
26. Особенности психологической готовности детей с церебральным параличом к обучению в школе.
27. Нарушения формирования личности ребёнка с ДЦП.
28. Психологическая диагностика детей с ДЦП.
29. Кондуктивная педагогика: цели, задачи, принципы воспитания детей с ДЦП.
30. Значение представлений об окружающей действительности для умственного развития ребенка дошкольного возраста.
31. Особенности представлений об окружающем у детей с церебральным параличом.
32. Своеобразие личностного развития при ДЦП.
33. Роль психогенных факторов и резидуально – органических расстройств в развитии поведенческих реакций и формировании личностных установок ребенка с ДЦП.
34. Особенности межличностных процессов в группе детей с церебральным параличом.
35. Особенности коммуникативной деятельности при ДЦП.
36. Нарушения речи у детей с ДЦП. Механизмы речевых нарушений при ДЦП.
37. Характеристика дизартрических расстройств при ДЦП.
38. Особенности развития лексико-грамматической стороны речи у дошкольников с церебральным параличом.
39. Особенности игровых действий детей с НОДА на разных этапах овладения игрой.
40. Зависимость состояния игровой деятельности детей с ДЦП от двигательного, речевого и интеллектуального развития.
41. Тенденции изменения игровой деятельности детей с ДЦП в дошкольном возрасте (при спонтанном развитии, целенаправленном обучении).
42. Значение изобразительной деятельности для психического развития ребенка с ДЦП.
43. Особенности изобразительной деятельности и конструирования детей с ДЦП.
44. Особенности овладения трудовой деятельностью и самообслуживанием детьми дошкольного возраста с церебральным параличом.
45. Двигательная и психологическая готовность дошкольников с ДЦП к овладению трудовыми навыками.
46. Особенности психологической готовности при ДЦП к обучению в школе.
47. Психологические особенности детей, перенесших полиомиелит.
48. Остеохондропатии и особенности их медико-психолого-педагогическое сопровождения.
49. Миопатии и психологический статус детей. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей с миопатиями.
50. Повреждения спинного мозга. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей с последствиями повреждений спинного мозга.

Критерии оценивания результатов обучения (экзамен)

Оценка	Критерии оценивания по экзамену
Высокий уровень «5» (отлично)	оценку «отлично» заслуживает студент, освоивший знания, умения, компетенции и теоретический материал без пробелов; выполнивший все задания, предусмотренные учебным планом на высоком качественном уровне; практические навыки профессионального применения освоенных знаний сформированы.
Средний уровень «4» (хорошо)	оценку «хорошо» заслуживает студент, практически полностью освоивший знания, умения, компетенции и теоретический материал, учебные задания не оценены максимальным числом баллов, в основном сформировал практические навыки.
Пороговый уровень «3» (удовлетворительно)	оценку «удовлетворительно» заслуживает студент, частично с пробелами освоивший знания, умения, компетенции и теоретический материал, многие учебные задания либо не выполнил, либо они оценены числом баллов близким к минимальному, некоторые практические навыки не сформированы.
Минимальный уровень «2» (неудовлетворительно)	оценку «неудовлетворительно» заслуживает студент, не освоивший знания, умения, компетенции и теоретический материал, учебные задания не выполнил, практические навыки не сформированы.

Критерии оценивания результатов обучения (зачет):

- «зачтено»:

студент владеет теоретическими знаниями по данному разделу, знает формы характеристик, варианты планирования, допускает незначительные ошибки;
студент умеет правильно объяснять разрабатываемый к реализации на практике материал, иллюстрируя его примерами из педагогической литературы;

- «не зачтено»:

студентом материал не усвоен или усвоен не в полной мере,
студент затрудняется привести примеры по основным разделам курса, имеет довольно ограниченный объем знаний материала.

Оценочные средства для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья выбираются с учетом их индивидуальных психофизических особенностей.

– при необходимости инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на экзамене;

– при проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями;

– при необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине может проводиться в несколько этапов.

Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

– в печатной форме увеличенным шрифтом,

– в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями слуха:

– в печатной форме,

– в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

– в печатной форме,

– в форме электронного документа.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

5. Перечень учебной литературы, информационных ресурсов и технологий

5.1. Учебная литература

Основная

1. Глухов, В. П. Специальная педагогика и специальная психология : учебник для вузов / В. П. Глухов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 323 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-13096-6. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/469476> (дата обращения: 31.07.2021).

2. Письмо министерства образования и науки РФ от 11 марта 2016 года №ВК-452/07 “О введении ФГОС ОВЗ”. — Текст : электронный // Электронный фонд правовых и нормативных документов [сайт]. - URL: <https://docs.cntd.ru/document/420344468> (дата обращения 31.07.2021г.).

3. Практикум : учебное пособие для вузов / В. П. Глухов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 330 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07275-4. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/470163> (дата обращения: 31.07.2021).

4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». - Текст : электронный // Электронный фонд правовых и нормативных документов [сайт]. URL: <https://docs.edu.gov.ru/id1510> (дата обращения: 31.07.2021).

5. Специальная психология : учебник для вузов / Л. М. Шипицына [и др.] ; под редакцией Л. М. Шипицыной. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 287 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-02326-8. — Текст : электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/469511> (дата обращения: 31.07.2021).

Дополнительная литература:

1. Левченко, И.Ю., Приходько, О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с. . Текст : электронный // Педагогическая библиотека [сайт]. – URL: http://pedlib.ru/Books/6/0011/6_0011-7.shtml (дата обращения: 31.07.2021).

2. Наумов, А. А. Педагогические условия формирования социально-бытовых навыков у детей со спастическими формами детского церебрального паралича : монография / А. А. Наумов ; Перм. гос. пед. ун-т. — Пермь, 2008. — 234 с. Текст : электронный // Электронная библиотека МГППУ [сайт]. – URL: <http://psychlib.ru/mgppu/npy-2008/npy-234.htm#n14> (дата обращения: 31.07.2021).

3. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. [Текст] / Л.М.Шипицына, И.И.Мамайчук. - СПб., Изд-во "Дидактика Плюс", — 2001, 272 с. ISBN 5-89239-029-2. - Текст : электронный // Педагогическая библиотека [сайт]. – URL: <http://pedlib.ru/Books/7/0444/> (дата обращения: 31.07.2021).

4. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб.заведений.[Текст] / Л.М.Шипицына, И.И.Мамайчук. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. —368 с: ил. — (Коррекционная педагогика).ISBN 5-691-01095-6.

5.2. Периодическая литература

Печатные периодические издания из «Перечня печатных периодических изданий, хранящихся в фонде Научной библиотеки КубГУ» <https://www.kubsu.ru/ru/node/15554>:

1. Вестник образования России
2. Вестник психосоциальной и коррекционной реабилитационной работы
3. Вопросы психологии
4. Воспитание и обучение детей с нарушением развития.
5. Воспитание школьников.
6. Высшее образование в России.
7. Дефектология.
8. Дошкольная педагогика
9. Дошкольное воспитание
10. Дошкольное образование Первое сентября
11. Завуч начальной школы
12. Инновации в образовании
13. Коррекционная педагогика: теория и практика
14. Начальная школа. Первое сентября
15. Педагогика.
16. Педагогический вестник Кубани
17. Педагогическая психология и логопедия.
18. Социальная педагогика
19. Стандарты и мониторинг в образовании
20. Дошкольная педагогика

Базы данных, доступ к которым имеет КубГУ:

Базы данных компании «Ист Вью» <http://dlib.eastview.com>

Электронная библиотека GREBENNIKON.RU <https://grebennikon.ru/>

5.3. Интернет-ресурсы, в том числе современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

Электронно-библиотечные системы (ЭБС):

1. ЭБС «ЮРАЙТ» <https://urait.ru/>
2. ЭБС «УНИВЕРСИТЕТСКАЯ БИБЛИОТЕКА ОНЛАЙН» www.biblioclub.ru
3. ЭБС «BOOK.ru» <https://www.book.ru>
4. ЭБС «ZNANIUM.COM» www.znanium.com
5. ЭБС «ЛАНЬ» <https://e.lanbook.com>

Профессиональные базы данных:

1. Web of Science (WoS) <http://webofscience.com/>
2. Scopus <http://www.scopus.com/>
3. ScienceDirect www.sciencedirect.com
4. Журналы издательства Wiley <https://onlinelibrary.wiley.com/>
5. Научная электронная библиотека (НЭБ) <http://www.elibrary.ru/>
6. Полнотекстовые архивы ведущих западных научных журналов на Российской платформе научных журналов НЭИКОН <http://archive.neicon.ru>
7. Национальная электронная библиотека (доступ к Электронной библиотеке диссертаций Российской государственной библиотеки (РГБ) <https://rusneb.ru/>
8. Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина <https://www.prlib.ru/>
9. Электронная коллекция Оксфордского Российского Фонда <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kubanstate/home.action>
10. Springer Journals <https://link.springer.com/>
11. Nature Journals <https://www.nature.com/siteindex/index.html>
12. Springer Nature Protocols and Methods <https://experiments.springernature.com/sources/springer-protocols>

13. Springer Materials <http://materials.springer.com/>
14. Springer eBooks: <https://link.springer.com/>
15. "Лекториум ТВ" <http://www.lektorium.tv/>
16. Университетская информационная система РОССИЯ <http://uisrussia.msu.ru>

Информационные справочные системы:

1. Консультант Плюс - справочная правовая система (доступ по локальной сети с компьютеров библиотеки)

Ресурсы свободного доступа:

1. Американская патентная база данных <http://www.uspto.gov/patft/>
2. Полные тексты канадских диссертаций <http://www.nlc-bnc.ca/thesescanada/>
3. КиберЛенинка (<http://cyberleninka.ru/>);
4. Министерство науки и высшего образования Российской Федерации <https://www.minobrnauki.gov.ru/>;
5. Федеральный портал "Российское образование" <http://www.edu.ru/>;
6. Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" <http://window.edu.ru/>;
7. Единая коллекция цифровых образовательных ресурсов <http://school-collection.edu.ru/> .
8. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов (<http://fcior.edu.ru/>);
9. Проект Государственного института русского языка имени А.С. Пушкина "Образование на русском" <https://pushkininstitute.ru/>;
10. Справочно-информационный портал "Русский язык" <http://gramota.ru/>;
11. Служба тематических толковых словарей <http://www.glossary.ru/>;
12. Словари и энциклопедии <http://dic.academic.ru/>;
13. Образовательный портал "Учеба" <http://www.ucheba.com/>;
14. Законопроект "Об образовании в Российской Федерации". Вопросы и ответы http://xn--273--84d1f.xn--plai/voprosy_i_otvety

Собственные электронные образовательные и информационные ресурсы

КубГУ:

1. Среда модульного динамического обучения <http://moodle.kubsu.ru>
2. База учебных планов, учебно-методических комплексов, публикаций и конференций <http://mschool.kubsu.ru/>
3. Библиотека информационных ресурсов кафедры информационных образовательных технологий <http://mschool.kubsu.ru;>
4. Электронный архив документов КубГУ <http://docspace.kubsu.ru/>
5. Электронные образовательные ресурсы кафедры информационных систем и технологий в образовании КубГУ и научно-методического журнала "ШКОЛЬНЫЕ ГОДЫ" <http://icdau.kubsu.ru/>

6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

№ п/п	Вид методической разработки	Дата утверждения на заседании кафедры
1.	Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов.	
2.	Методические рекомендации по подготовке к семинарским и практическим занятиям	
3.	Методические рекомендации по проектной деятельности студентов.	
4.	Методические рекомендации по подготовке и выполнению заданий по учебной и производственной практики бакалавров (магистров)	
5.	Порядок организации, проведения и отчетности студентов о прохождении педагогической практики.	

6.	Методические рекомендации по научно- исследовательской деятельности студентов.	
7.	Методические рекомендации по использованию информационных и электронных учебных ресурсов.	
8.	Методические рекомендации по подготовке, написанию и защите выпускных квалификационных работ бакалавров.	

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная учебная работа (консультации) – дополнительное разъяснение учебного материала.

Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или лицом с ограниченными возможностями здоровья.

7. Материально-техническое обеспечение по дисциплине (модулю)

По всем видам учебной деятельности в рамках дисциплины используются аудитории, кабинеты и лаборатории, оснащенные необходимым специализированным и лабораторным оборудованием.

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень лицензионного программного обеспечения
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	Мебель: учебная мебель Технические средства обучения: экран, проектор, компьютер	
Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации	Мебель: учебная мебель Технические средства обучения: экран, проектор, компьютер Оборудование:	

Для самостоятельной работы обучающихся предусмотрены помещения, укомплектованные специализированной мебелью, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.

Наименование помещений для самостоятельной работы обучающихся	Оснащенность помещений для самостоятельной работы обучающихся	Перечень лицензионного программного обеспечения
Помещение для самостоятельной работы обучающихся (читальный зал Научной библиотеки)	Мебель: учебная мебель Комплект специализированной мебели: компьютерные столы Оборудование: компьютерная техника с подключением к информационно-коммуникационной сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду образовательной организации, веб-камеры, коммуникационное оборудование, обеспечивающее доступ к сети интернет (проводное соединение и беспроводное соединение по технологии Wi-Fi)	
Помещение для самостоятельной работы обучающихся (ауд.11,12, 16)	Мебель: учебная мебель Комплект специализированной мебели: компьютерные столы	

	<p>Оборудование: компьютерная техника с подключением к информационно-коммуникационной сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду образовательной организации, веб-камеры, коммуникационное оборудование, обеспечивающее доступ к сети интернет (проводное соединение и беспроводное соединение по технологии Wi-Fi)</p>	
--	---	--