



Методические рекомендации по обучению
лиц с ограниченными возможностями здоровья для педагогов, работающими
со студентами - инвалидами и лицами с ОВЗ.

Краткая характеристика заболеваний и соответствующие рекомендации

**09.02.07 Информационные системы и программирование
(Разработчик веб и мультимедийных приложений)**



Методические рекомендации по обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в группе ИС-18-01 специальности 09.02.07 Информационные системы и программирование (Разработчик веб и мультимедийных приложений)

Авторы-составители:

Педагог-психолог ГАПОУ «СГК» Есетов Б.А.

Методист ГАПОУ «СГК» Бабич И.А.

Методист ГАПОУ «СГК» Кузьмина М.В.

Реализация государственной политики в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья предполагает возможность получения ими полноценного среднего профессионального образования, приобретения такой специальности, которая дает возможность стать равноправным членом общества.

В методических рекомендациях раскрываются актуальные вопросы теории и практики инклюзивного образования студентов-инвалидов и студентов с ОВЗ в условиях ГАПОУ «СГК».

Методические рекомендации по обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья по специальности 09.02.07 Информационные системы и программирование (Разработчик веб и мультимедийных приложений) предназначаются для преподавателей колледжа и разработаны на основе Методических рекомендаций по обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья для педагогов, работающих со студентами - инвалидами и лицами с ОВЗ, утвержденными приказом № 123-уч от 01.09.2015 г.



Оглавление

1. Общие положения	4
Детский церебральный паралич	7



1. Общие положения

1.1 Нормативную правовую основу разработки методических рекомендаций составляют:

- Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации";

- Требования к организации образовательной деятельности для лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе требования к средствам обучения и воспитания, утвержденные директором департамента государственной политики в сфере подготовки рабочих кадров и ДПО Министерства образования и науки РФ 26.12.2013 г № 06-2412вн;

- Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования, утвержденного приказом Министерства образования и науки РФ от 14.06.2013 г. № 464 (в действующей редакции);

Положение о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 апреля 2013 г. № 291;

- Порядок применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 января 2014 г. № 2.

- Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 ноября 2015 г. N 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для



инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;

- Письмо Минобрнауки РФ от 18.03.2014 г. №06-281 «Требования к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса»;

- Письмо Минобрнауки России от 22.04.2015 N 06-443 «О направлении Методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по разработке и реализации адаптированных образовательных программ среднего профессионального образования», утв. Минобрнауки России 20.04.2015 N 06-830вн);

- Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по соответствующей профессии/специальности.

1.2 Данные Рекомендации направлены на создание условий, обеспечивающих организацию образовательного процесса для лиц с ограниченными возможностями здоровья, получения ими профессиональной подготовки и профессионального образования с учетом требований рынка труда и перспектив развития профессий и специальностей, которые могут быть ими освоены с учетом состояния здоровья, а также условий для их социальной адаптации и интеграции в общественную инфраструктуру.

1.3 Рекомендации ориентированы на решение следующих задач

– разработки технологий обучения для студентов-инвалидов и лиц с ОВЗ;

– использования технических средств в соответствии со спецификой заболевания и получаемой квалификацией;

– создания системы психолого-педагогического сопровождения студентов-инвалидов и лиц с ОВЗ;



– создания системы информационного обеспечения комплексной профессиональной, социокультурной и психологической адаптации студентов-инвалидов и лиц с ОВЗ;

1.4 Определение понятия «лица с ограниченными возможностями здоровья».

В соответствии с Федеральным законом от 30 июня 2007 г. № 120-ФЗ о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья употребляемые в нормативных правовых актах слова «с отклонениями в развитии», заменены термином «с ОВЗ». Так было введено в действие понятие «лица с ОВЗ».

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

Лица с ОВЗ - это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, имеющие значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.



Детский церебральный паралич

Детский церебральный паралич — термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном (околородовом) периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка. Примерно у 30-50 % людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта. Затруднения в мышлении и умственной деятельности более распространены среди пациентов со спастической квадриплегией чем среди страдающих от других видов церебрального паралича. Повреждение мозга может повлиять также на освоение родного языка и речи.

Формы и распространённость ДЦП:

-Спастическая тетраплегия (2%) (квадрипарез) - псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения. У 50 % детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у студентов отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

-Спастическая диплегия (40%) - Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов:



сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления, сегрегация). Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном умственном развитии и хорошем функционировании рук.

-Гемиплегическая форма (32%) - Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

-Дискинетическая форма (10%) - При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсионная дистония (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется произвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных



функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетонидный и дистонический (с развитием хорей, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

-Атаксическая форма (15%) - Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексамии. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врождённой аномалии развития. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония, атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрия, интенционный тремор, дизартрия). При этой форме ДЦП может быть задержка развития интеллекта в редких случаях. Более половины случаев диагностированной данной формы являются нераспознанные ранние наследственные атаксии.

-Смешанные формы - Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как последствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных).



Рекомендация:

-фиксация в специальном стуле, удерживающем вертикальное положение ребенка сидя или стоя;

-применение утяжелителей для обучающихся с размахистыми гиперкинезами (насильственными движениями), осложняющими захват предмета (ручки, книги или др.) или другую учебную деятельность (например, чтение, т.к. гиперкинезы мешают фиксации взгляда и прослеживанию строки);

-обязательный перерыв в занятии на физкультминутку;

-в каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.);

-необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы студента и учитывать его во время занятий (студентам с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания или попытке его выполнить);

-для обучающихся, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ;

-четко и медленно проговаривать инструкцию или задания, которые нацелены на студента.

-часто использовать методы похвалы и поощрения.

-на занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование;



-необходима адаптация объема и характера учебного материала к познавательным возможностям учащихся, для чего необходимо систему изучения того или иного раздела программы значительно детализировать: учебный материал преподносить небольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий;

-особое место должны занять уроки ручного труда, рисование, так как, на них значительное место занимает деятельность по наглядно-предметному образцу, что позволяет формировать обобщенные приемы умственной работы;

-в случаях, когда по своему психическому состоянию студент не в силах работать на данном уроке, материал следует объяснять на индивидуально-групповых занятиях;

-для предупреждения быстрой утомляемости или снятия ее, целесообразно переключать студентов с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий.