

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ
Челябинский государственный педагогический университет**

Дружинина Лилия Александровна

**КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА В ДЕТСКОМ САДУ
ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ**

Москва – 2004 г.

В предлагаемом исследовании рассматриваются рациональные и эффективные пути и средства индивидуального и дифференцированного подходов к содержанию и формам коррекционной работы с дошкольниками, имеющими нарушения зрения. Данная проблема рассматривается во взаимосвязи коррекционно-развивающей и лечебно-восстановительной работы, проводимой с учетом состояния зрения, здоровья и познавательных возможностей дошкольников.

Книга предназначена тифлопедагогам дошкольных образовательных учреждений, психологам, воспитателям, родителям, студентам факультетов коррекционной педагогики.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		5
Глава 1	ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ	6
	1.1. Понятие индивидуального и дифференцированного подходов в педагогике и психологии	6
	1.2. Дефектологическая наука о проблеме индивидуального и дифференцированного подходов	15
	1.3. Проблема изучения состояния зрения и здоровья как основа к организации комплексного лечения	23
	1.4. Изучение психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией как основа организации индивидуального и дифференцированного подходов	29
Глава 2	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	34
	2.1. Состояние зрения детей	34
	2.2. Характеристика нервно-психического статуса	39
	2.3. Состояние желудочно-кишечного тракта	48
	2.4. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы	53
	2.5. Характерные отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата	55
Глава 3	ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	60
	3.1. Методика и задачи исследования	61
	3.2. Особенности зрительных представлений о предметном мире	66
	3.3. Особенности пространственной ориентировки	71

	3.4. Особенности развития представлений об окружающем мире	76
Глава 4	ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ НА ОСНОВЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ К ДЕТЯМ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	83
	4.1. Дифференцированная медицинская помощь детям	83
	4.2. Организация индивидуальной и подгрупповой коррекции	93
	4.3. Методика работы с детьми в условиях индивидуального и дифференцированного подходов	97
	4.4. Результаты формирующего эксперимента	118
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	126
	ЛИТЕРАТУРА	128

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время становится все более актуальным слияние различных областей знаний о физическом, нравственном, духовном становлении человека.

Это особенно касается больных детей, которым необходима разносторонняя помощь и поддержка.

Как известно, значительная часть детей с косоглазием и амблиопией требует комплексной медико-педагогической помощи с учетом своеобразия их развития (Л.И. Плаксина, 1998).

Вместе с тем в практике работы дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения не имеется достаточных научно – методических рекомендаций к организации коррекционной работы с учетом своеобразия развития индивидуума и не проработан вопрос о том, как определить "зону ближайшего развития" (Л.С. Выготский, 1980) с учетом состояния здоровья каждого ребенка, что осложняет процесс практической реализации взаимодействия между коррекционно-педагогическим и лечебным процессами.

Очевидно, что научное обоснование и разработка комплексных методических рекомендаций к организации индивидуального и дифференцированного подходов к коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией являются теоретически и практически весьма актуальными и социально значимыми.

В книге представлены данные о детях с нарушением зрения в комплексе: изучены уровни познавательных возможностей детей и представлены данные о состоянии зрения и здоровья, что позволяет наиболее эффективно организовать индивидуальную и дифференцированную помощь и доказать, что для детей с нарушением зрения наряду с оказанием офтальмологического лечения необходимы и другие виды медицинской помощи, так как дети страдают разными сопутствующими заболеваниями. Снижение состояния здоровья предопределяет как формы работы (индивидуально или в дифференцированных группах), так и содержание коррекционных занятий, а педагогическая работа организуется с учетом медицинских предписаний.

Глава 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ

1.1. Понятие индивидуального и дифференцированного подходов к обучению и воспитанию детей.

Одной из наиболее обсуждаемой за последние годы в педагогической науке проблем в свете реформирования современного образования является разработка индивидуального и дифференцированного подходов, как средство преодоления несоответствия между требованиями учебно-воспитательного процесса и реальными возможностями ребенка.

Учет особенностей личности, осуществляемый на всех этапах обучения, является необходимым условием полноценного становления личности ребенка (В.С. Мухина, 1975).

Развитие демократических начал в российском обществе требует от образования обеспечения условий для самопроявления личности сообразно ее психофизическим возможностям, это особенно касается детей с отклонениями в развитии, у которых наблюдаются различные своеобразные проявления и трудности в процессе обучения и воспитания.

Но прежде чем перейти к проблемам детей с нарушением зрения, необходимо рассмотреть индивидуальный и дифференцированный подходы как психолого-педагогическое понятие.

В Российской педагогической энциклопедии дается такое определение: "Индивидуальный подход в воспитании – осуществление педагогического процесса с учетом индивидуальных особенностей учащихся (темперамента и характера, способностей и склонностей, мотивов и интересов и др.) в значительной степени влияющих на поведение в различных жизненных ситуациях. Суть индивидуального подхода составляет гибкое использование педагогом различных форм и методов воспитательного воздействия с целью достижения оптимальных результатов учебно-воспитательского процесса по отношению к каждому ребенку. Индивидуальный подход может применяться

для поощрения или подавления тех или иных особенностей поведения и свойств личности конкретного ребенка" (с. 361).

Похожее определение приводится и в психологическом словаре: "Индивидуальный подход – важнейший психолого-педагогический принцип, согласно которому в учебно-воспитательной работе с детьми учитываются индивидуальные особенности каждого ребенка" (с. 135).

Индивидуализация учебной деятельности предусматривает создание всех необходимых условий для того, чтобы обучение не замыкалось, не задерживалось на уже сформированном интеллектуальном уровне ученика, а вызывало те интеллектуальные свойства, которые еще отсутствуют, но для их развития имеются необходимые предпосылки, тогда оно пробуждает и вызывает к жизни целый ряд функций, находящихся в стадии созревания, лежащих в "зоне ближайшего развития" (Л.С. Выготский, 1956, Л.И. Божович, 1968, М.В. Зверева, 1970).

Проблема индивидуального подхода в воспитании имеет длительную историю развития. Еще великий чешский педагог Ян Амос Коменский создал педагогическую систему, в которой разработал дидактические основы (содержание и методы) образования и воспитания. В педагогической системе Коменского учитываются индивидуальные особенности детей и показываются способы их выявления путем систематических наблюдений. Он видел организацию индивидуальной работы в сочетании с коллективной.

Ян Амос Коменский не сводил приспособление содержания, методов и приемов обучения к уровню подготовленности учащихся, а рассматривал его как средство продвижения каждого ученика к новым уровням развития (А.А. Кирсанов, 1982 год). Педагогические труды Коменского не утратили своей актуальности и в наше время. К.Д. Ушинский развил свою педагогическую систему, в которой большое внимание уделяется индивидуальному подходу и отмечается его творческий характер. Он подчеркивал: "Если педагогика хочет воспитывать человека во всех

отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях" (с. 237).

До сегодняшних дней идеи К.Д. Ушинского привлекают внимание педагогов, когда обсуждаются сочетания коллективных и индивидуальных форм работы на уроке.

А.С. Макаренко (1977), нацеливаясь на необходимость индивидуального подхода в воспитании, писал: "Мы ожидаем, когда ученик совершит тот или иной проступок, и тогда начинаем его "воспитывать". Ученик, не совершающий проступков, нас не занимает, куда он идет, какой характер развивается в кажущемся его внешнем порядке – мы не знаем и узнавать не умеем" (с. 320). Таким образом он подчеркивал важность знания индивида для прогнозирования пути его развития.

В свете этого весьма значимо высказывание В.А. Сухомлинского (1974) о том, что воспитание – это, прежде всего, человековедение. Без знания особенностей ребенка, его умственных способностей, интересов и склонностей не может быть воспитания.

В 20-е – 30-е годы перед обществом стояла задача осуществления всеобщего обязательного обучения детей, индивидуальный подход рассматривался П.П. Блонским как необходимое условие с учетом своеобразия развития ребенка.

Позднее А.А. Бударный (1965) обосновал необходимость соотнесения дидактического содержания с данными индивидуальных особенностей учащегося для успешного преодоления трудностей в обучении.

В 60-е – 70-е годы в педагогике широко обсуждалась проблема организации самостоятельной работы учащихся, в связи с чем возникла необходимость исследования проблемы индивидуализации обучения с позиций характеристики нервно-психического здоровья и особенностей развития психики ребенка.

В последние годы А.О. Зоткин (1997), рассматривая необходимость изменения педагогической установки на проблему индивидуализации обучения, предложил несколько моделей:

- педагогической поддержки;
- адаптивная модель;
- модель компенсирующего обучения;
- коррекционная модель;
- модель дифференцированного обучения.

Не разделяя в целом такую градацию, остановимся на описании некоторых моделей.

Адаптивная модель учитывает, что требования, которые предъявляет ребенку социальная среда не всегда полностью соответствует его индивидуальным особенностям, склонностям и интересам, поэтому возникает противоречие между индивидуальными особенностями ребенка и социально-педагогическими требованиями, а это вызывает дезадаптивные явления в различных сферах. Наблюдается несколько видов дезадаптации: школьная (по отношению к нормам школьной жизни); дидактическая (противоречие между спецификой познавательных процессов ребенка и методикой обучения); эмоциональная (конфликтное поведение ребенка с окружающими); социальная (неприятие по каким-либо причинам правил общежития).

Данная модель направлена на предупреждение дезадаптивных явлений, предусматривает создание специальных условий по оказанию помощи ребенку при вхождении в какую-либо систему деятельности, в процесс обучения и воспитания адекватно его индивидуальным особенностям (личностно-ориентированная адаптация).

Следующая модель – компенсирующая. Это название взято из дефектологии, что означает восполнение аномальных функций.

Говоря о сущности коррекционной модели, автор указывает, что коррекция в психолого-педагогическом аспекте содержит исправление

недостатков характера, поведения, общения. В дидактическом аспекте – недостатков в оперировании понятиями, недостатков развития навыков.

По мнению автора вышеописанные модели позволяют проектировать различные дидактические системы в условиях конкретного учебного заведения. Также возможно сочетание различных моделей.

Для нас представляет интерес последние три модели, которые мы видим как одно целое, так как при нарушении зрения процесс компенсации зрительной недостаточности осуществляется только в условиях специально организованной коррекционной помощи на условиях дифференцированного подхода к детям в зависимости от выраженности дефекта.

Тем более, как пишет И. Унт (1986) в массовой школе не созданы условия для полной индивидуализации, есть относительная индивидуализация или выделение ряда учеников в зависимости от типологии в отдельные группы, что естественно снижает уровень успешности отдельных учащихся.

Рассматривая проблему индивидуального подхода необходимо выделить формы учебной работы: фронтальной, групповой и индивидуальной для поиска путей разрешения имеющихся противоречий между необходимостью дать знания ученику и его возможностями.

Педагогические исследования, посвященные этой проблеме, показывают, что педагог, придя к мысли о необходимости индивидуального подхода к детям, находится в поиске способов, которые помогли бы ему решать проблемы каждого обучаемого. Однако взгляды на эту проблему в литературе неоднозначны.

Детально анализируя проблему индивидуального подхода, А.А. Кирсанов (1982) писал, что одними авторами индивидуальный подход рассматривается как знание сильных и слабых сторон развивающейся личности школьника, создание условий для всестороннего развития и преодоления тех слабых сторон, которые мешают ему успешно учиться (Н.А. Алексеев, 1995, Н.К. Акимова, 1992, Ю.К. Бабанский, 1977, И.Э. Унт, 1972, 1986, А.А. Кирсанов, 1982, А.А. Потапчук, 1994, Е.С. Рабунский, 1975).

Другие имеют в виду такую организацию учебного процесса, при котором преподаватель выбирает способы, приемы, темы обучения, учитывая индивидуальные особенности учащихся, степень развития их способностей к овладению знаниями (И.П. Подласый, 1996, В.Ф.Шаталов, 1980, И.А. Чуриков, 1973, и другие).

А.А. Кирсанов (1982) реализацию принципа индивидуального подхода рассматривает в соответствии деятельности учителя и учащегося, в этапности процесса обучения, в подготовке учащегося к усвоению нового материала, в важности первичного закрепления и дальнейшего применения знаний на практике и при выполнении домашних заданий.

Общим же является убеждение, что индивидуальный подход направлен на личностные особенности учащегося.

Вместе с тем, принцип индивидуального подхода тесно связан с дифференцированным обучением. Один из известных способов дифференциации состоит в распределении детей по классам и школам в соответствии с их возможностями к обучению.

В Российской педагогической энциклопедии дифференцированный подход обозначается как "... целенаправленное воздействие на группу учащихся, которые существуют в сообществе детей как структурные или неформальные объединения или выделяются педагогом по сходным индивидуальным или личностным качествам учащихся, при которых учитываются их склонности, интересы и проявившиеся способности" (с. 276).

Необходимо дать определение двум понятиям: "дифференциация образования" и "дифференцированный подход".

В исследованиях А.А. Кирсанова (1982) установлено, что дифференциация образования – разделение учебных планов, программ, применяемых в специальных школах и классах и на факультативных занятиях в массовой школе. При этом соблюдается единый уровень среднего общего образования. Дифференцированный подход – это особый подход учителя к различным группам учеников или отдельным ученикам, заключающийся в

организации учебной работы различной по содержанию, объему сложности, методам и приемам.

Дифференцированное обучение до 1920 года ставило своей целью углубленное изучение учебных предметов, исходя из способностей и интересов учащихся и профилирования их дальнейшего обучения.

Идея дифференцированного обучения начала осуществляться в опытно-показательных школах в 20-е годы по следующим направлениям ее реализации: комплектование классов по принципу однородной обучаемости, введение двухуровневых программ, создание дифференцированных уклонов по различным специальностям, например, по педагогике, медицине, конторскому делу. В 1925 году Наркомпрос принял решение о целесообразности введения дифференцированных профессиональных уклонов в старших классах средней школы.

В дальнейшем дифференциация внедрялась с переменным успехом, то она отклонялась, то снова применялась, но заметных достижений не было (П.М. Теплов, 1961). И только когда в конце 80-х со всей очевидностью выяснилось отставание содержания и методов школьного образования, потребностей общественного развития, положение стало меняться. Идеи дифференцированного обучения получают широкое признание, и возникают новые типы образовательных учреждений: школы и классы с углубленным теоретическим и практическим изучением отдельных предметов, лицеи, гимназии, предназначенные для того, чтобы формировать контингент абитуриентов и будущих студентов, готовить школьников не только к вступительным экзаменам, но и к дальнейшему обучению в ВУЗе, знакомить старшеклассников с будущей профессией и, в конечном счете, начать первый этап формирования будущей профессиональной элиты (В.А. Попков, 1998)

В исследованиях (Х.И. Лийметс, 1975, В. Карамкова, И.Э. Унт, 1986) было показано, что дифференцированное обучение имеет свои формы.

Первая форма – это дифференциация обучения, на основе отдельных особенностей формируется группа для обучения по несколько различным

учебным планам (это могут быть школы, классы, группы); вторая форма – это индивидуализация учебной работы (может быть внутри классной, внутри групповой); третья форма учитывает индивидуально различный темп прохождения учебного курса (убыстренного или замедленного).

В педагогике групповые занятия считают аналогом дифференцированных, когда отдельные группы учащихся выполняют задания разной сложности по одной и той же теме.

Дифференцированная форма обучения имеет свои достоинства, учащиеся контактируют друг с другом, используют взаимопомощь, соревновательность, высказывают свои мысли и точку зрения.

Дифференциация детей в группе или классе, то есть разделение на более или менее однородные подгруппы производится на основании одного или нескольких признаков, зависящих от содержания учебной или воспитательной задачи. Например, при дифференциации по математике, ребенок, одаренный математическими способностями, естественно, попадет в подгруппу отличников (или сильную подгруппу). Тот же ребенок при разделении по физическим данным попадет, скажем, в группу середняков, по умению рисовать попадет в посредственную группу.

Специфика дифференцированного подхода в различных случаях описана во многих литературных источниках: например, дифференцированному подходу в обучении грамоте шестилетних детей посвящена статья А. Евдокимовой (1996). Дети приходят в класс, имея разный уровень дошкольной подготовки: одни уже бегло читают, у других послоговое чтение, а третьи – совсем не знают букв. В этой ситуации учителю необходимо владеть различными методами обучения и знаниями возрастных особенностей детей данного возраста. Условие эффективности обучения – учет исходного уровня знаний и умений детей (В.Л. Поздняков, 1986).

Е.Ю. Никитина (1996) выделяет основные особенности дифференциации, считая, что дифференциация является важнейшим направлением индивидуализации обучения; тесно связана с индивидуальными особенностями

учащегося, его обучаемостью, возможностями и способностями. Цели дифференциации обучения с психолого-педагогической точки зрения – индивидуализация обучения на основе создания оптимальных условий для выявления задатков, развития интересов и способностей каждого учащегося; с социальной – целенаправленное воздействие на формирование творческого, интеллектуального, профессионального потенциала общества в целях рационального использования возможностей каждого члена общества в его взаимоотношениях с социумом; с дидактической – решение назревших проблем школы путем создания новой методической системы дифференцированного обучения учащихся, основанная на принципиально новой мотивационной основе.

Методы обучения в условиях дифференциации меняются в соответствии с особенностями учащихся и содержанием обучения. Дифференциация обеспечивает максимальную познавательную активность учащихся на основе сотрудничества с учителем.

А.О. Зоткин (1997) различает прямую и опосредованную дифференциацию. Индивидуальные задания, оценивание, стиль общения – это опосредованная дифференциация. Прямая дифференциация связана с созданием специализированных групп или классов. Далее автор выделяет типы дифференциаций: на основе уровня познавательных (специальных задатков и способностей; на основе свободного выбора – дифференциация по интересам; по темпам психических процессов, самоорганизации в деятельности.

В практике российской школы, делает вывод автор, модель прямого дифференцированного обучения является наиболее распространенной.

Анализируя исследования по организации индивидуального и дифференцированного подходов в обучении и воспитании можно сделать следующие выводы:

- при использовании понятия "индивидуальный подход" имеют в виду принцип обучения, в случае, когда осуществляется данный принцип, согласно которому в работе с детьми учитываются индивидуальные

особенности каждого ребенка, который имеет свои формы и методы, говорят об индивидуализации, тогда речь идет об организации учебного процесса с учетом индивидуальных особенностей и создания оптимальных условий для развития каждого ученика;

- индивидуальный подход может быть реализован как при групповом обучении детей с приблизительно одинаковыми особенностями, так и при индивидуальном обучении, когда ребенка невозможно по тем или иным причинам ввести в групповое обучение;
- дифференциация обучения, имея свои формы, должна учитывать индивидуализацию учебной работы внутри класса или группы; и строить темп прохождения учебного материала, сообразно индивидуальным возможностям учащихся;
- дифференциация позволяет объединить в группу детей как по принципу сходства способностей детей, так и по принципу различий для усиления коррекции отдельных негативных проявлений у учащихся.

1.2. Дефектологическая наука о проблеме индивидуального и дифференцированного подходов.

Проблема индивидуального и дифференцированного подходов воспитания и обучения аномальных детей различных категорий является одним из ведущих дефектологических принципов.

Все разделы коррекционной педагогики как науки (сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика, логопедия) построены на определении тех условий воспитания и обучения, которые наиболее адекватно соотносятся с особенностями развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений в психофизическом развитии, при подготовке их к жизни и общественно-полезному труду (Т.А. Власова, 1972). В связи с этим ею выделены два основных направления,

определяющие содержание и формы индивидуального и дифференцированного подходов к воспитанию и обучению аномальных детей:

- психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение закономерностей и особенностей развития аномальных детей, зависящих от того или иного дефекта, что является основой рационального построения лечебно-оздоровительных мероприятий и корригирующего учебно-воспитательного процесса в специальной школе или дошкольном учреждении каждого типа;
- научное обоснование для каждой категории аномальных детей системы специального воспитания и обучения, обеспечивающей коррекцию и компенсацию имеющихся у этих детей недостатков развития. Сюда включаются проблемы развития сети и обоснования структуры специальных дошкольных и школьных учреждений, определение содержания образования и производственно-трудовой подготовки в них, разработки специальных дидактических систем, приемов и методов воспитания и обучения.

Развитие дефектологии 20-го века предопределено учением Л.С. Выготского, идеи и положения которого стали методологической основой науки для разработки теории и практики обучения детей с отклонениями в развитии.

В положениях и идеях Л.С. Выготского говорится о необходимости ранней коррекции аномального развития, учета зоны актуального и ближайшего развития при диагностике аномальных детей, соотнесения первичного дефекта и вторичных отклонений в ходе аномального развития.

Положения Л.С. Выготского привели к новому пониманию проблемы специального, дифференцированного и своевременного обучения и развития аномального ребенка и позволили по-новому понять проблему диагностики и компенсации различных дефектов (Т.А. Власова, 1972, В.И. Коган, 1978, Р.Е. Левина, 1965, 1968, Е.М. Мастюкова, 1992, Н.Г. Морозова, 1969, Л.И. Носкова, 1989, Ж.И. Шиф, 1968, В.А. Феоктистова, 1978).

Исследования Л.С. Выготского были развиты в дальнейшем в работах: Р.М. Боскис (1961), Т.А. Власовой (1972), Л.А. Головчиц (1987), М.И. Земцовой (1967), С.А. Зыкова (1962), Ю.А. Кулагина (1969), Р.Е. Левиной (1969), Н.Н. Малофеева (1998), Д.М. Маллаева (1992) и других, позволившие разработать методики, направленные на дифференцированное обучение, воспитание разных категорий аномальных детей (слепых, глухих, умственно отсталых, с речевой патологией).

Для организации дифференцированного индивидуального подходов, необходимо глубокое исследование психофизических особенностей ребенка. Такое исследование должно быть всесторонним, должно проводиться совместно разными педагогическими и медицинскими специалистами.

В исследованиях К.Т. Багдуевой (1995), Л.П. Григорьевой (1988), М.И. Земцовой (1967), А.И. Каплан (1967), В.А. Кручинина (1996), А.Г. Литвака (1985), В.И. Лубовского (1978), М.С. Певзнер (1967), Б.К. Тупоногова (1998), были изучены и показаны закономерности психофизического развития детей с глубоким нарушением зрения.

В основу изучения детей положен принцип комплексного, всестороннего исследования каждого ребенка в динамике его развития. Такой подход базируется на тщательном изучении анамнеза и результатов объективного обследования, которое позволяет сделать обоснованное заключение об особенностях развития органов зрения и организма в целом. В экспериментальных данных показана роль дифференцированного обучения в развитии психических процессов, памяти, речи, мышления у детей с нарушением зрения. В результате чего были выделены следующие группы детей по степени тяжести нарушения зрения: в первую подгруппу выделили детей, которые при восприятии и ориентации пользуются осязательно-слуховым способом; ко второй группе отнесли частично видящих детей с остротой центрального зрения до 0,04 с коррекцией на лучше видящем глазу, при восприятии и ориентации пользуются зрительно-осязательно-слуховым способом; в третью группу вошли дети слабовидящие с остротой центрального

зрения 0,05 – 0,2 с коррекцией стеклами на лучше видящем глазу. Ведущим в восприятии является зрительный анализатор.

Данная классификация, разработанная М.И. Земцовой (1967), способствовала возникновению дифференцированных форм воспитания и обучения детей с нарушением зрения.

Практическая направленность данного исследования заключалась в разработке дифференцированных форм обучения, способов индивидуального подхода, установление режимов физической и умственной нагрузки. Полученные результаты позволили использовать наиболее рациональные формы и методы дифференцированного обучения и воспитания детей с нарушением зрения и организовать адекватную лечебно-профилактическую работу в образовательном учреждении для детей с нарушением зрения.

При установлении распорядка дня, составлении расписания учебных занятий и пр., Л.П. Григорьева (1990), А.Н. Добромысов (1977), А.И. Каплан (1967) предлагали учитывать не только функциональное состояние поврежденного зрительного анализатора, стадию, течение глазного заболевания, но и общее состояние организма, справедливо обращая внимание на необходимость проведения специальных занятий по гигиене зрения, предусматривающих оказание первой помощи при заболеваниях и повреждениях глаз.

От знания учителем и воспитателем особенностей психофизического развития детей с нарушением зрения, как отмечает М.И. Земцова, зависит успех обучения и воспитания этих детей. Обстоятельный учет этих особенностей позволяет выяснить компенсаторные возможности, наметить пути и формы дифференцированного обучения, повысить качество усвоения знаний, определить содержание и методы коррекционно-воспитательной работы по отношению к каждой отдельной личности.

По мере развития тифлопедагогики расширилась и сфера ее исследований: в начале развития предметом ее исследования являлись дети с тяжелыми нарушениями в развитии (слепота). На современном этапе уровень

науки позволил изучать детей, которые имеют менее выраженные нарушения (слабовидение, косоглазие и амблиопия). В 1963 году Э.С. Аветисовым была предложена классификация амблиопии, в основе которой лежит степень понижения остроты зрения:

- амблиопия слабой степени при остроте зрения 0,8 – 0,4;
- средней степени при остроте зрения 0,3 – 0,2;
- высокой степени при остроте зрения 0,1 – 0,05;
- очень высокой степени при остроте зрения 0,04 – ...

Среди других глазных патологий косоглазие и амблиопия являются самыми распространенными (Э.С. Аветисов, В.И. Ковалевский, 1963, Л.И. Медведь, 1976).

В связи с этим, расширяется сеть дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения. Возникает необходимость введения в общепринятую классификацию подгруппы детей, страдающих амблиопией и косоглазием (Л.И.Плаксина, 1978).

Детально анализируя характер зрительной патологии, клинические формы проявления, различные компенсаторные возможности развития, коррекции и восстановления функций зрительной системы, Л.И. Плаксина (1998) представила дифференцированную комплексную модель медико-психолого-педагогической коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией.

Л.И. Плаксина указывает, что структура дефекта, степень его выраженности определяет и характер его влияния на общее психофизическое развитие ребенка, предопределяя своеобразие развития, обучения, воспитания и лечения детей. При этом Л.И. Плаксина (1998) дает общую картину психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией.

Результаты исследования тифлопедагогов (А.М. Витковской, 1997, Л.В. Рудаковой, 1986, И.В. Новичковой, 1997, Л.С. Сековец, 1984, Л.И. Плаксиной, 1998, Ю.В. Павловым, 1988, Е.В. Селезневой, 1995,

Е.Н. Подколзиной, 1999 и др.) раскрыли специфические особенности в развитии детей данной категории.

Знания этих детей о предметном мире носят частичный, неполный и фрагментарный характер, а трудность соотнесения признака предмета со словом обусловлена недостаточностью знаний детьми с косоглазием и амблиопией признаков реальных объектов и обедненностью словарного запаса, замечает И.В. Новичкова (1998).

В исследовании Е.В. Селезневой (1995) показано, что детям с косоглазием и амблиопией недостает представлений о собственных возможностях зрительного анализатора, что и ведет к недостаточности самосознания своих возможностей. Они не умеют пользоваться сохранными анализаторами для восполнения недостаточности зрительной информации. В работах Е.Н. Подколзиной (1999) определены трудности предметно-практической ориентировки у детей 3 – 4 лет, что сдерживает формирование образа пространства.

Л.И. Плаксина (1998) выделяет отклонения в эмоционально-волевой сфере детей с косоглазием и амблиопией. Не всегда дети бывают активны, не проявляют желаний организовывать, участвовать в игре, труде, в занятиях, часто предпочитают играть в одиночку. Автор объясняет это явление не только имеющимся зрительным дефектом, но и негативным влиянием лечебного процесса на психоэмоциональное состояние детей, а также некоторым разрывом между ребенком и окружающей средой.

Детально анализируя содержание и методы коррекционной работы, учитывая общие и специфические закономерности детей с нарушением зрения, Л.И. Плаксина разработала ряд принципов коррекционной работы. Одним из которых является принцип дифференцированного подхода в организации коррекционной помощи детям, которая должна учитывать состояние зрения, степень выраженности зрительного дефекта, характера зрения и особенности познавательного развития.

Другой принцип – это принцип единства педагога и ребенка, где обязательным является внимательное изучение ребенка в процессе деятельности, а весь процесс воздействия строится на основе учета интересов, склонностей и психических возможностей последнего.

Сочетание педагогического и лечебного воздействия является существенным специфическим принципом работы в специализированном дошкольном учреждении. Это позволяет, с одной стороны, извлекать лечебный эффект из самих общеобразовательных занятий, а с другой – проводить лечебное воздействие без ущерба для учебно-воспитательной работы (Т.П. Кащенко, Л.А. Григорян 1994).

Для эффективности лечебного процесса Л.А. Григорян разработала идею включения в этот процесс педагогических мероприятий – это использование игровой деятельности, детского труда, занятий познавательного цикла.

Большое практическое значение имеет разработка доступных для детей зрительных нагрузок, целью которых является повышение зрительных функций амблиопичного глаза. Зрительные нагрузки распределены по остроте, характеру зрения, ориентации, виду косоглазия, определены отличительные особенности нагрузки при разном виде косоглазия и характере зрения. Также дана характеристика учебно-наглядным пособиям (по цвету, размеру и форме).

Таким образом, система зрительных нагрузок одновременно отвечает и педагогическим, и лечебно-офтальмологическим требованиям, а также способствует применению индивидуального и дифференцированного подходов к детям с косоглазием и амблиопией.

Л.А. Григорян (1982) отмечает, что все задания и упражнения по развитию зрения строятся на индивидуальном подходе к ребенку, при этом необходимо учитывать разрешающие возможности зрения, требования восстановительного лечения.

Л.И. Плаксина (1998) логично обосновывает, расширяет и уточняет данный подход, при разработке содержания общеразвивающих и коррекционных занятий большое внимание уделяется коррекции и активизации

зрения. А во всех видах деятельности предусматривается учет зрительных нагрузок, индивидуальные и дифференцированные подходы к проведению отдельных занятий с детьми сообразно этапам восстановительного лечения зрения и общего состояния здоровья.

В контексте данной работы нас интересуют не только индивидуальные особенности ребенка, но и принципы объединения их в группы по признакам общности каких-то проявлений: по клинике различных заболеваний или по уровню познавательных возможностей. Литературных данных по этой тематике недостаточно, поэтому необходимо рассмотрение работы по следующим направлениям:

- для организации индивидуального и дифференцированного подходов необходимо всестороннее педагогическое и медицинское исследование ребенка, что позволит рационально определить и использовать формы и методы воспитания и обучения детей с нарушениями зрения, а также организовать адекватную лечебно-профилактическую работу в образовательном учреждении;
- реализация индивидуального и дифференцированного подходов в воспитании и обучении детей с косоглазием и амблиопией опирается на принципы коррекционной работы – дифференцированного подхода с учетом состояния зрения детей, особенностям психофизического развития; принцип единства педагога и ребенка помогает строить образовательный процесс с учетом интересов, склонностей и возможностей ребенка;
- анализ литературы подтверждает важность индивидуальной и дифференцированной помощи детям с отклонениями в развитии и необходимость разработки модели индивидуального и дифференцированного подходов в организации жизнедеятельности ребенка в дошкольном учреждении. Это позволяет рационально и сообразно построить в тесном взаимодействии медико-педагогическую коррекционную помощь детям с косоглазием и амблиопией.

1.3. Проблема изучения состояния зрения и здоровья как основа к организации комплексного лечения.

Всемирная организация здравоохранения определяет понятие здоровье как "состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов"

Кроме данного понятия в настоящее время существует множество других определений здоровья, показывающие наличие определенной классификации, обусловленной основными целями, которые тот или иной автор ставит перед собой (Э.Н. Вайнер, 1998, Т.Н. Сердюковская, 1972).

Так В.П. Казначеев (1974) считает здоровье процессом сохранения и развития биологических, физиологических и психологических возможностей человека, оптимальной социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Следовательно, напоминает о создании определенных условий, которые будут способствовать не только укреплению здоровья, но и его развитию.

По мнению С.Я. Чикина (1979), здоровье представляет собой гармоническое взаимодействие и функционирование всех органов и систем человека при его физическом совершенстве и нормальной психике, что позволяет активно участвовать в общественно-полезном труде.

Определение здоровья по Р.М. Баевскому (1979) звучит следующим образом – это возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психической и социальной сущности.

Н.М. Амосов (1987) рассматривает здоровье как способность к проявлению резервов организма.

Р.И. Айзман (1998) справедливо указывает, что определение здоровья является понятием многомерным и динамичным. Многомерность его определяется различными системами, участвующими в поддержании конкретного состояния, уровня здоровья, которые сами по себе также являются целостными, интегрально отражающими какую-либо сторону здоровья.

Далее справедливо указывает, что здоровье следует рассматривать как единое целое, состоящее из взаимосвязанных частей. Все, что происходит с одной частью, обязательно влияет на все остальные части. С этих позиций он выделяет следующие компоненты (части) здоровья: физическое, психоэмоциональное, интеллектуальное, социальное, личностное и духовное.

Под физическим здоровьем понимается качество функций всех органов и систем организма, учитывается присутствие физических дефектов, заболеваний, в том числе генетических.

Наличие или отсутствие нервно-психических отклонений характеризует психоэмоциональный аспект здоровья.

Под интеллектуальным здоровьем понимается усвоение, накопление и использование нужной информации, которая обеспечивает развитие личности и адаптацию в окружающем мире.

Осознание себя в качестве субъекта мужского или женского пола, о способе общения и отношения с окружающими людьми подразумевает социальный компонент здоровья. Личностный аспект здоровья означает осознание человеком себя в качестве личности, как развивается собственное "я", то есть самоощущение и чувство самореализации.

Духовный аспект здоровья отражает суть человеческого бытия, те основополагающие жизненные установки, которые обеспечивают целостность личности, ее развитие и ее жизнь в обществе.

Далее Р.И. Айзман (1998) отмечает, что в детском возрасте ведущим является физическое, психоэмоциональное и интеллектуальное здоровье, а в зрелом возрасте – духовное, социальное и личностное становится стержнем, определяющим другие его составляющие.

Ряд исследователей (Д.З. Шибкова 1998, Э.Н. Вайнер 1998 и др.) считают, что несмотря на обилие определений точек зрения на суть здоровья, до настоящего времени нет единства подходов его определения и оценки.

Однако, Э.Н. Вайнер (1998) дает более полное определение здоровью, говоря, что это такое состояние организма, дающее человеку возможность в

максимальной степени реализовать свою генетическую программу в условиях социокультурного бытия данного человека. Здоровье следует рассматривать, как понятие динамическое по крайней мере в трех аспектах – индивидуальном, возрастном, историческом.

Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения остается одной из главных не решенных проблем разных медицинских специалистов.

Прогноз специалистов таков, что через 20 лет доля здоровых новорожденных снизится до 15 – 20%. Страна быстро стареет, поэтому проблема здоровья детей становится приоритетной национальной проблемой (В.Н. Чумаков, 1997).

Назрела острая необходимость дать оценку состоянию здоровья детей на современном этапе. Уровень заболеваемости детей дошкольного возраста по данным исследования А.А. Баранова (1995) вызывает тревогу. Только за период с 1990 года частота онкологических заболеваний у детей увеличилась на 13 %, эндокринных болезней и расстройств питания на 29,5 %, болезней крови на 35,4 %, бронхиальной астмы на 40 %, болезней органов пищеварения на 21,6%.

Статистические данные по городу Челябинску, что только 7-8 % дошкольников здоровы, 35-40% составляют группу риска, примерно 40% – хроника, 90% дошкольников имеют различные нарушения осанки. 80% детей 3-7 лет имеют отклонения в развитии и здоровье, из них наибольший процент детей – с нарушением опорно-двигательного аппарата. В этой связи актуальной становится задача обеспечения дошкольного образования и воспитания без потерь здоровья детьми (Т.А. Тарасова, 1997). Современные дети, как отмечает В.Ф. Базарный (1995), в подавляющем большинстве уже изначально физически и психически ослаблены, болезненные. Болезненные от зачатия, от родов, от семьи. А по мере все более широкого распространения всеобуча в мир детства, в общественное сознание, как фатальная неизбежность стали входить такие понятия, как "школьная близорукость", "школьные сколиозы", "школьная неврастения" и др.

В исследованиях Н.П. Вайзмана (1996) указывается на то, что за последнее десятилетие картина здоровья и развития наших школьников резко изменилась к худшему. Больше значится детей с задержкой физического развития, поздним половым созреванием. Двигательные качества подростков 90-х годов значительно ниже, чем у сверстников 60-х годов.

Далее автор исследования приводит следующие данные: 5-15 % первоклассников без признаков умственной отсталости функционально не готовы к школьному обучению. Они не усваивают программу или овладевают ею с перенапряжением и ухудшением состояния здоровья, при этом установлено, что 15 % учащихся первого класса имеют хроническую патологию (3-4 группа здоровья), а у 80 % – морфо-функциональные отклонения (2 группа здоровья), 30 % школьников имеют нервно-психические отклонения.

Успешность обучения и адаптации в школе зависят от биологического возраста ребенка, состояния его здоровья и школьной зрелости. Причинами этого могут быть поражения головного мозга во внутриутробном развитии, родовые травмы или послеродовые мозговые инфекции, травмы и интоксикации (Г.Е. Сухарева, 1959, В.И. Гарбузов, 1977, В.В. Ковалев, 1979). При этом, как отмечал Н.П. Вайзман (1998), поражение центральной нервной системы у новорожденного проявляется в повышенной возбудимости, двигательном беспокойстве. У ребенка нарушен сон, имеют место желудочно-кишечные расстройства, отмечается тремор, нистагм, непостоянное косоглазие.

Установлено, что на 2-3 году жизни последствия раннего органического поражения центральной нервной системы проявляются в двигательной расторможенности, дети не могут сосредоточиться на предмете, отвлекаемы, отмечается задержка речевого и моторного развития, соматовегетативные расстройства. (Е.А. Стребелева, 1994).

У детей 5-6 лет недостаточно развито внимание, обнаруживаются затруднения в рисовании. А при поступлении в школу детям трудно усваивать навыки письма, чтения, счета. В ряде исследований (В.В. Ковалев, 1979;

Г.Е. Сухарева, 1959, Н.П. Вайзман, 1996) указывается, что у детей школьного возраста с диагнозом последствия раннего органического поражения центральной нервной системы отмечаются нарушения восприятия, памяти и внимания, недоразвитие эмоциональной, волевой сферы, дети испытывают трудности в обучении. На электроэнцефалограмме признаки органического поражения мозга.

Статистические данные по г. Челябинску о состоянии здоровья школьников таковы:

- заболеванием иммунной системы страдают 53%;
- аллергопатология отмечается у 53%;
- нарушения опорно-двигательного аппарата у 78%;
- неврологические нарушения у 51%;
- заболевания желудочно-кишечного тракта у 42%;
- ЛОР-патология у 31%.

Эти данные относятся к детям, посещающим общеобразовательные учреждения.

Проблема здоровья приобретает еще более выраженный характер, когда речь идет о детях с глазной патологией – это слепые, слабовидящие и дети с косоглазием и амблиопией.

Н.И. Кудряшова (1995) разводит понятия понижение остроты зрения и болезнь глаза. Болезни глаз возникают как результат патологических изменений в различных частях глаза вследствие нарушения как самого глаза, так и других органов. Близорукость, дальнозоркость и так далее – это плохое зрение, катаракта, глаукома и так далее – это болезнь глаз.

Детально анализируя состояние зрения и здоровья слепых и слабовидящих детей А.И. Каплан (1964) отмечает, что нередко заболевания и аномалии развития органа зрения являются частью системного поражения организма. Так, например, одна из основных клинических форм слепоты – атрофия зрительного нерва у ряда учащихся школ слепых бывает только одним

из проявлений поражения центральной нервной системы различной этиологии как врожденного, так и приобретенного характера.

Более полное и углубленное исследование состояния здоровья детей были проведены группой ученых под руководством И.М. Самченко (1976) в школах для слепых и слабовидящих детей.

Результаты исследования показали, что глазные болезни, нарушения нервно – психического здоровья часто сочетаются с отклонениями в состоянии опорно-двигательного аппарата, нервной системы, лор-органов, несколько реже в сердечно-сосудистой, мочевыводящей, дыхательной, эндокринной системах. Наиболее часто встречается поражение органа зрения в совокупности с дефектами опорно-двигательного аппарата.

Автор данного исследования отмечает необходимость применения в процессе обучения слепых и слабовидящих лечебной и корригирующей гимнастики, массажа с целью коррекции выявления дефектов и компенсации нарушенных функций.

Наряду с этим отмечается необходимость постоянного медицинского контроля, осуществление комплексного лечения выявленных у учащихся отклонений в состоянии зрения и здоровья. Нарушения со стороны центральной нервной системы приводят к патологическому формированию личности у детей с врожденными нарушениями зрения, одной из форм которой является нервно-психическое расстройство.

Н.Б. Лурье (1975) выделяет три стадии в клинической динамике патологического формирования личности.

Развитие детей 5-9-летнего возраста обусловлено церебростенией и переживанием своей ущербности. Отмечается плаксивость, раздражительность, плохое самочувствие, соматовегетативные расстройства. Ярко выражены такие черты характера, как настороженность, замкнутость, склонность к фантазированию. В 10-12 лет эти черты гипертрофируются, что влечет за собой трудности в социальной адаптации. У детей постарше (13 – 16 лет) обострено

чувство собственной недостаточности, повышенной ранимости и неуверенности в себе. Дети замкнуты, подвержены частой смене настроения.

Подобное исследование позволило успешнее решить проблемы восстановления и коррекции зрения посредством повышения эффективности медико-педагогических воздействий в условиях школьного обучения слепых и слабовидящих детей.

Как отмечала А.Н. Гнеушева (1976), что многие слепые и слабовидящие дети соматически ослаблены. Проследивая состояние здоровья детей с нормальным зрением и с нарушенным, у последних чаще выявляются изменения со стороны других органов и систем, у отдельных детей зрительный дефект сочетается с различными отклонениями в нервно – психической сфере.

Таким образом, детально проанализировав состояние здоровья слепых и слабовидящих детей А.Н. Гнеушева пришла к выводу, что дети данной категории представляют сложную и разнообразную группу, их можно различить по степени снижения зрительных функций, зрительной патологии, по течению и степени прогрессирования заболевания глаз, по своим зрительным возможностям, общему состоянию здоровья, выраженности вторичных отклонений.

Таким образом, знание зрительного дефекта при косоглазии и специфики восстановления зрительных функций, требует от нас описания трудностей, которые возникают у детей на фоне данной глазной патологии.

1.4. Изучение психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией как основа индивидуального и дифференцированного подходов

Дети с косоглазием и амблиопией при некоторой их общности с психофизическим развитием слепых и слабовидящих детей имеют свои специфические особенности в развитии (Л.И. Плаксина, 1998).

Детально анализируя своеобразие монокулярного видения, что характерно для данной категории, автор уточняет, что в связи с его наличием страдает точность, полнота зрительного восприятия, наблюдается неспособность глаза выделять точное местоположение объекта в пространстве, его удаленность, выделение объемных признаков предметов, дифференциация направлений.

В работах тифлопедагогов (Л.С. Сековец, 1984, Е.Н. Подколзиной, 1999, Л.И. Плаксиной, 1998, И.В. Новичковой, 1998, Е.В. Селезневой, 1995 и др.) представлена общая картина психолого-педагогического развития детей с косоглазием и амблиопией.

Изучив практические действия детей с нарушением зрения Л.И. Плаксына (1998) делает вывод о том, что освоение предметного мира, развитие предметных действий, где требуется зрительный контроль и анализ у детей с косоглазием и амблиопией происходит сложнее, они носят замедленный характер. Далее автор отмечает затруднения в работе с объемными материалами детей с косоглазием и амблиопией и желание непосредственного контактирования с объектами.

В ряде исследований Л.И. Плаксына отмечает общую обедненность предметных представлений и снижение уровня чувственного опыта детей за счет неточности, фрагментарности, замедленности зрительно-пространственной ориентировки.

Детально анализируя особенности формирования ориентировки в пространстве у детей с нарушением зрения 3 – 4-х лет Е.Н. Подколзина (1999) отмечает, что у детей с косоглазием и амблиопией из-за ограничения чувственного опыта возникают значительные затруднения предметно-практической и словесной ориентировки в пространстве.

За счет монокулярного видения пространства у детей с косоглазием и амблиопией затрудняется ориентация в пространстве на уровне предметно-практических действий, так как многие из признаков зрительно не воспринимаются.

У детей с нарушением зрения отсутствуют четкие представления о своем теле и связи между пространственным расположением парно-противоположных направлений своего тела с их словесными обозначениями, отмечается неустойчивость и фрагментарность пространственных представлений о своем теле, а это, в свою очередь, делает невозможным практическую ориентировку "на себе" и перенос действий в конкретные предметно-пространственные ситуации.

Исследования И.В. Новичковой (1998) представляют особенности развития речи у детей с косоглазием и амблиопией старшего дошкольного возраста.

Овладение обобщающими словами и уровень выделения общих признаков предметов у детей с косоглазием и амблиопией, в сравнении с детьми с нормальным зрением, значительно снижен, а это, в свою очередь, затрудняет формирование предметно-практических действий сравнения, классификации и сериации предметов по общим или отдельным признакам. Далее автор отмечает, что процесс формирования умения строить описательный рассказ сдерживается из-за недостаточности зрительно-сенсорного опыта, трудностей анализа зрительных признаков в изображении и понимания смысла изображений.

Изучение детей старшего дошкольного возраста (6-7 лет) показало, что у них существуют трудности ориентации в признаках и свойствах предметов окружающего мира, при этом собственные сенсорные возможности детьми не осознаются (Е.В. Селезнева, 1995). В результате исследования автором установлено, что у детей с косоглазием и амблиопией наблюдаются бессистемные неточные сведения о собственных сенсорно-перцептивных возможностях, о внешних признаках, строении, функциональном назначении органов чувств, что не позволяет ребенку с патологией зрения активно включиться в процесс компенсации собственного дефекта. Далее автор уточняет, что в процессе сенсорной ориентации дети с косоглазием и амблиопией без специального обучения полностью доверяются поступающей

зрительной информации. Лишь отдельные дошкольники осознают необходимость использования сохранных органов чувств, отдавая при этом предпочтение осязанию и слуху. Почти отсутствует ориентация на обоняние и вкусовые ощущения. При этом у детей практически отсутствует планомерное обследование предметов как зрением, так и сохранными анализаторами, снижена их перцептивная активность.

Л.С. Сековец (1984), М.А. Мишин (1997) показали наличие отклонений в развитии двигательной сферы детей, их мобильность, связанные с монокулярным видением пространства, которая характеризуется возможностью анализа таких признаков пространства, как протяженность, удаленность, глубина, объемность (Л.И. Плаксина, 1998).

Косоглазие и амблиопия как сложный зрительный дефект обуславливает появление отклонений в развитии двигательной сферы ребенка, приводит к снижению двигательной активности, сложностям ориентировки в пространстве и овладения движениями (Л.С. Сековец, 1985). При этом автор отмечает, что овладение основными движениями (ходьбой, бегом, метанием, прыжками, лазанием) во многом определяется состоянием и характером зрения, уровнем зрительно-пространственной ориентации. Дети с косоглазием и амблиопией за счет снижения остроты зрения и монокулярном его характере затрудняются в видении предметов и объектов в пространстве, в выделении расстояния и глубины пространства. Поэтому во время ходьбы и бега дети затрудняются в сохранении дистанции, наталкиваются друг на друга, протягивают вперед руку при движении в пространстве. Продолжая говорить о недостатках развития детей с косоглазием и амблиопией Л.С. Сековец установила, что качество прыжков детей характеризуется несогласованностью рук и ног, приземлении на одну ногу, отсутствию отталкивания, слабой силой толчка за счет сложности видения глубины, удаленности объектов при монокулярном зрении.

При метании у детей наблюдается отсутствие прослеживания взором предмета и действий бросающей руки, снижение быстроты восприятия действий метания.

В ряде исследований по выявлению особенностей психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией отмечено, что спонтанное развитие выявленных отклонений будет протекать медленно или совсем не произойдет, необходима организация психолого-педагогической коррекционной помощи детям.

Вышеуказанными авторами представлена общая картина психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией, а применительно к индивидууму и описанию своеобразия конкретного ребенка мы не обнаружили в литературе никаких данных.

Вместе с тем нас интересует, как идет социальная адаптация детей с косоглазием и амблиопией к отдельным видам деятельности и как на основе типологических общностей объединять детей в группы в процессе обучения, воспитания и коррекционных занятий. Для этого нам необходимы данные о состоянии зрения, здоровья и уровнях познавательных возможностей детей.

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ

Состояние зрения тесно связано с общим состоянием организма. Зрительная система подчиняется основным законам жизнедеятельности организма, будучи здоровыми или больными (Е.М. Белостоцкая, Г.Л. Старков, 1972). Поэтому необходимо всестороннее клиническое обследование детей с косоглазием и амблиопией, посредством которого предоставится возможность дать рекомендации педагогам по организации и проведению коррекционно – развивающих мероприятий в детском саду с учетом медицинских показаний и рекомендаций. Медицинские данные позволят иметь полную картину соматического состояния каждого ребенка, чтобы соответственно подойти к лечению.

Для этого разными медицинскими специалистами в дошкольном образовательном учреждении был проведен углубленный осмотр детей. Диагнозы устанавливались на основании анамнестических данных, жалоб, лабораторных и клинических исследований (электро-энцефалограмма, электрокардиограмма, ЭХО-грамма, ультразвуковое исследование, рентгенография позвоночника и черепа). Обследованию подлежали 50 детей с косоглазием и амблиопией и 50 детей с нормальным зрением.

Необходимо было составить общее представление о состоянии зрения и здоровья детей.

2.1. Состояние зрения детей

Для правильной организации и содержания коррекционной работы педагогам необходимо владеть основами медицинских (офтальмологических) знаний и уметь применять их в отношении каждого ребенка.

Остановимся кратко на том, что такое косоглазие и амблиопия и представим результаты обследования наших испытуемых по состоянию зрения.

Косоглазие – заболевание с нарушением бинокулярного зрения, в результате отклонения одного из глаз от общей точки фиксации. Косоглазие – это не только косметический дефект, а тяжелый функциональный недостаток. При несогласованности работы мышц глаза развивается косоглазие. Чаще всего это начинается в 2 – 3 года, когда наиболее активно формируется совместная деятельность обоих глаз. Причиной нарушения взаимодействия глаз могут быть заболевания и травмы центральной нервной системы и органа зрения.

Анализируя состояние зрения детей с косоглазием и амблиопией Э.С. Аветисов (1963), Л.А. Григорян (1978), Е.И. Ковалевский (1995), R. Sachsenweger (1959) выделили следующие клинические виды косоглазия:

- содружественное косоглазие;
- сходящееся косоглазие и амблиопия различной степени;
- расходящееся косоглазие с разной структурой дефекта: при нормальной остроте зрения, при гиперметропии с дальнозорким астигматизмом, при миопии, при амблиопии различной степени.

Сходящееся косоглазие развивается в раннем детстве и часто бывает не постоянным, а периодическим. Со временем косоглазие приобретает стойкий характер, так как зрительная система ребенка перестраивается и приспособляется к асимметричному положению глаз, нарушается бинокулярное зрение.

Расходящееся косоглазие постепенно усиливается с возрастом или остается неизменным, а возникает оно в более позднем возрасте.

Исследования показывают, что у 70% детей со сходящимся косоглазием наблюдается гиперметропия (дальнозоркость), а у 60% при расходящемся косоглазии миопия (близорукость) (В.Т. Абрамов, 1993).

При этом в зависимости от состояния аккомодационного аппарата выделены:

- аккомодационное косоглазие;
- частично-аккомодационное косоглазие;
- неаккомодационное косоглазие.

При косоглазии косящий глаз практически бездействует, в зрении участвует только один глаз. Постепенно это приводит к стойкому понижению зрения косящего глаза, амблиопии.

Под амблиопией понимают понижение остроты зрения, обусловленное функциональными расстройствами зрительного анализатора, не сопровождающиеся видимыми анатомическими изменениями (Л.А. Григорян, 1978, S. Karpowiz, 1962).

Различают следующие виды амблиопии:

- рефракционная;
- дисбинокулярная;
- обскурационная;
- истерическая.

Причиной возникновения рефракционной амблиопии является длительное и постоянное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Данный вид амблиопии возникает вследствие аномалии рефракции, которые в данный момент не поддаются коррекции.

При ношении правильно подобранных очков острота зрения постепенно может повыситься вплоть до нормального.

Причиной возникновения дисбинокулярной амблиопии является расстройство бинокулярного зрения. Понижение центрального зрения ведет к расстройству зрительной фиксации и появлению нецентральной фиксации. Точная оценка местоположения видимого предмета затруднена. Таким образом, дисбинокулярная амблиопия подразделяется на две группы: амблиопия с правильной фиксацией и амблиопия с неправильной фиксацией, которая встречается в 70 – 75 % случаев.

Амблиопия данного вида, как правило, односторонняя и встречается при монолатеральном косоглазии. При центральной фиксации своевременное

лечение приводит к повышению остроты зрения. При нецентральной фиксации это удается не всегда.

Причиной возникновения абскурационной амблиопии является врожденное или раноприобретенное помутнение хрусталика.

Понижение зрения при данном виде амблиопии обусловлено не только функциональными, но и анатомическими причинами, поэтому на значительное улучшение зрения нельзя рассчитывать.

Истерическая форма амблиопии встречается редко и может возникнуть после психической травмы. Происходит понижение остроты центрального зрения, сужение поля зрения, наблюдается спазм аккомодации и конвергенции. Ведущую роль в лечении данного вида амблиопии занимает психотерапевт.

Нарушение бинокулярного зрения при косоглазии и амблиопии может и должно быть устранено в ходе интенсивных тренировок и применения специальных методов лечения (Л.И. Плаксина, 1998).

В исследовании состояния зрения детей с косоглазием и амблиопией, проведенном врачом-офтальмологом в дошкольном учреждении № 138 г. Челябинска, отмечается, что из 50 детей у 43 косоглазие возникло в возрасте до трех лет.

Амблиопия без наличия косоглазия отмечена у двух детей; при сходящемся содружественном косоглазии из 24 детей у 20 отмечена амблиопия разной степени тяжести; косоглазие расходящееся содружественное имели 6 детей, при этом у 4 была отмечена амблиопия разной степени тяжести; детей с врожденной катарактой оказалось 2 при наличии амблиопии; последствия перенесенного внутриутробного увеита было отмечено у 4 детей при наличии амблиопии; у 9 детей был выставлен диагноз гиперметропический астигматизм, который сочетался с амблиопией; миопия врожденная была отмечена у 3 детей при наличии амблиопии.

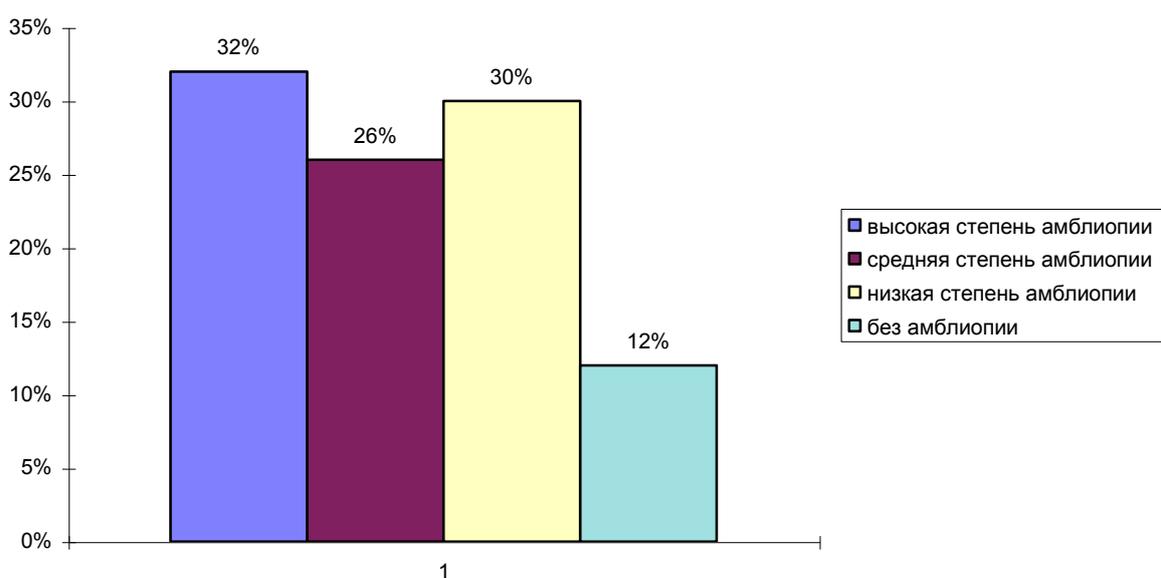
Итак, всего было осмотрено 50 детей, у 44 была отмечена амблиопия разной степени тяжести. В соответствии с имеющимися данными дети были разделены на подгруппы:

- в первую подгруппу вошли дети с высокой степенью амблиопии – 32%;
- ко второй подгруппе отнесены дети с амблиопией средней степени тяжести – 26%;
- в третью подгруппу вошли дети с амблиопией слабой степени тяжести – 30%;
- к четвертой подгруппе были отнесены дети без амблиопии – 12%.

Все дети с монокулярным характером зрения в основном находятся в условиях окклюзионного лечения, когда из акта зрения выключается лучше видящий глаз.

Диаграмма № 1

Данные обследования врача офтальмолога



Л.И. Плаксина (1998) подчеркивает, что для организации медицинской и психолого-педагогической коррекционной работы необходимо понимать не только структуру зрительного дефекта, знать систему лечения зрения, но и знать состояние здоровья в целом, чтобы решать проблему комплексной лечебно-восстановительной работы.

2.2. Характеристика нервно-психического статуса

В.М. Остапов (1991), В.И. Гарбузов (1990), А.О. Дробинская (1998), С.С. Мнухин (1968) к нервно-психическим расстройствам относит чрезмерную возбудимость, раздражительность, плаксивость, впечатлительность, нарушение сна, а также невропатию и невроз.

По данным исследования психоневролога детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией выявлено семь видов нервно – психических нарушений центральной нервной системы, причинами которых являлись поражения головного мозга во внутриутробном периоде – это интоксикация, инфекции, гипоксия; родовые травмы черепа, вследствие затяжных или быстрых родов, асфиксия новорожденных, энцефалопатия; послеродовые мозговые инфекции, травмы и интоксикации.

Выявленные нервно-психические расстройства:

- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с невротоподобным синдромом (28% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с невротическим и астеноневротическим синдромом (10 % обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом (6% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с эпилептиформным синдромом (4% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом(12% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом (6% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с псевдоаутизмом (2% обследованных детей).

В основе вышеуказанных нервно-психических проявлений лежат нарушения функций центральной нервной системы, среди которых

преобладают нерезко выраженные и обратимые формы нарушений при условии соответствующей медицинской помощи. Рассмотрим характер каждого синдрома, так как это необходимо знать специалистам разного профиля для организации индивидуального и дифференцированного подходов в воспитании и лечении детей с косоглазием и амблиопией.

- при неврозоподобном синдроме ребенок характеризуется аффективными нарушениями: понижением настроения в сочетании с капризностью, ребенок склонен к монотонному плачу, часто испытывает тревогу. Наблюдаются неврозоподобные расстройства в виде:
- упорного, стойкого, частого ночного энуреза, иногда мочеиспускание происходит во время дневного сна, что обычно связано с соматическими заболеваниями, физическим переутомлением, эмоциональным напряжением и нарушением водного режима;
- неврозоподобные страхи: ребенок боится громких непонятных звуков, неизвестных предметов, героев сказок, темноты, высоты и т.д., дети неуверены в себе и своих действиях, несамостоятельны, ребенок плохо ориентируется в окружающем мире. В.И. Гарбузов, врач, говорит: "Чего ребенок не понимает – того он и боится". Во время приступов страха возможно присоединение вегетативных расстройств, ребенок испытывает тягостные телесные ощущения: холодеют руки и ноги, ему не хватает воздуха, испытывает ощущение "остановки" сердца, тахикардия, повышенное артериальное давление, сухость во рту, бледность, а затем покраснение кожных покровов, одышка;
- часто встречаются неврозоподобные тики: частое мигание, подергивание носом, щекой, передергивание плечами, покашливание. Движения возникают исподволь, дети их не замечают;
- наблюдаются нарушения сна и аппетита.

Дети с неврозоподобным синдромом не осознают своего состояния. Данные параклинических исследований подтверждают наличие расстройств по

органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример, ЮЛЯ К., частичный альбинизм, смешанный астигматизм, рефракционная амблиопия, острота зрения OD-0,5, OS-0,5, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, плоскостопие. Девочка тревожная, ночью долго не может уснуть, боится громких шорохов и звуков, засыпает только после того, как мама приложит ее к груди (почти до 5 лет). Днем неуверена в себе и в своих действиях. В кругу знакомых сверстников общительна. Эпизоды ночного энуреза отмечались до 4,5 лет, жалобы на срыва стула и расстройства желудочно-кишечного тракта. Отмечаются двигательные навязчивости: передергивание носом. Бесконечно поднимает и мнет подол платья в руках. Боится всего нового, неуверена в ответе, когда ее спрашивают на занятии краснеет и смущается, выступают слезы на глазах. На ЭЭГ диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с органическими стигмами.

Невротический и астеноневротический синдром характерен быстрой истощаемостью и утомлением от любого вида деятельности, при этом наблюдается:

- повышенная чувствительность к шуму, громкому голосу, ребенок плохо переносит жару, вследствие этого начинается головная боль. Ребенок часто плачет, становится раздражительным, что осложняет его отношения со сверстниками, его внимание становится рассеянным, память ухудшается;
- на фоне утомления и истощения нервной системы иногда нарушается чувствительность глаз (глаза краснеют, ребенок начинает часто моргать или щуриться);
- отмечаются нарушения сна и бодрствования; сон ребенка поверхностный, он трудно засыпает, а ночью часто пробуждается со страхами и опасениями, иногда говорит и ходит во сне;

- возможны вегетативные нарушения: расстройства пищеварения, аппетита, сердцебиение;
- появляются патологические привычки: сосание пальца, накручивание волос на палец.

Ребенок ощущает себя нездоровым, тяжело переносит свое состояние.

Дети с астеноневротическим синдромом – это дети часто и длительно болеющие. В их медицинской карточке значатся такие болезни, как хронический тонзиллит, синусит, острые респираторные заболевания, острые респираторные вирусные инфекции, острый и хронический отит, бронхит, аллергические заболевания. Болезни носят затяжной характер. После недолгого посещения детского сада дети вновь заболевают, так как организм ребенка ослаблен. Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (данные электроэнцефалограммы, ЭХО-граммы, рентгенографии).

Приведем пример. АНЯ Б., непостоянное расходящееся косоглазие $< -15^\circ$, острота зрения OD-0.9, OS-1.0, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астеноневротическим синдромом, дисбактериоз, нарушение осанки (кругло-вогнутая спина), девочка соматически ослаблена, подвержена частым простудным заболеваниям, часто хандрит, вечерами температурит. После болезни долгое время со сверстниками обидчива и раздражительна, быстро утомляется и истощается, жалуется на головные боли. Плохой аппетит. Во время дневного сна долго не может уснуть, вечером трудно уложить спать, сон поверхностный, тревожный. Несколько раз за ночь приходит в комнату к родителям и просит разрешения остаться с ними. Присутствуют навязчивые движения в виде покашливания. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по органическому типу.

Гипердинамический синдром характеризуется повышенной двигательной активностью, неусидчивостью, множеством нецеленаправленных движений и действий:

- дети возбуждены, не могут сконцентрировать свое внимание на чем-либо, если сосредотачиваются, то на очень короткое время, что затрудняет проведение воспитательной и лечебной работы;
- дети легко вступают в конфликты со сверстниками, могут быть агрессивными, проявляют негативизм, наблюдается частая перемена настроения;
- отмечаются трудности при засыпании (в постели играют, балуются, засыпают, стоя на коленях и локтях);
- на занятиях ребенку трудно усидеть на месте, обязательно будет вертеть какой-то предмет в руках, ерзать на стуле, мешать товарищам; одни дети особенно возбудимы с утра, другие – к вечеру.

Педагогам необходимо знать, что именно гипердинамичный ребенок чаще других может оказаться в нежелательной ситуации (залезть в яму, взять без спросу колющие предметы, опрокинуть чайник с кипятком и т.д.) (В.И. Гарбузов, 1990).

Приведем пример: СЕРЕЖА 3., гиперметропия, астигматизм, рефракционная амблиопия, острота зрения OD-0.4, OS-0.4, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом, гастродуоденит, плоскостопие. Мальчик соматически здоров, общителен, претендует на лидерство среди сверстников. Чрезмерно активен, непоседлив, ему трудно сосредоточиться в течение короткого времени при выполнении заданий, постоянно что-то вертит в руках, отвлекает других детей. Провоцирует детей на недоброжелательные поступки ("подойди и отбери игрушку у Коли" или "стукни Ваню"). Трудно засыпает во время дневного сна, ерзает, крутится, мешает другим детям. Эмоционально заряжен с утра. На занятиях требует частой смены деятельности.

Эпилептиформный синдром сопровождается нарушениями в эмоционально-волевых и двигательных расстройствах. Иногда состояние детей характеризуется как двигательная буря. Сильное возбуждение и

расторможенность сменяется апатией и безразличием, быстрой сменой настроений:

- у детей затруднены переключения движений, страдает речевая и мелкая моторика, им трудно рисовать и лепить мелкие детали, шнуровать обувь и застегивать пуговицы;
- необходимо отметить вялость, пассивность, инертность ребенка;
- у большинства снижена память, дети затрудняются в сосредоточении внимания на объекте и переключения его;
- наблюдаются различного характера судорожные и бессудорожные параксизмы.

Данные параклинических исследований подтверждают наличие расстройств по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: СВЕТА Ч., врожденный нистагм, гиперметропия, астигматизм, вторичное расходящееся косоглазие, слабовидение, острота зрения OD-0.1, OS-0.15, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с эпилептиформным синдромом, остаточные явления детского церебрального паралича, дискинезия желчевыводящих путей, пролапс митрального клапана I степени без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, сколиоз. Девочка соматически ослаблена, часто болеет. Со слов мамы дома возбуждима и раздражительна, подчиняет всех взрослых, поведение характерно двигательной буре (громко хлопает дверьми, кидает табуретки, может ударить бабушку, истерически визжит и требует, чтобы все было исполнено так, как хочет она). В детском саду спокойна, общительна со сверстниками, на занятиях инертная, пассивная, трудно сосредотачивается на задании и переключении с одного вида деятельности на другой, раздражительна, может прикрикнуть на ребят. Наблюдаются остаточные явления детского церебрального паралича, судорожный синдром, эпилептические припадки до 5 лет, до сих пор получает профилактическое противосудорожное лечение. На электроэнцефалограмме грубые органические

изменения с судорожной готовностью и параксизмальными знаками в правой теменно-височной области.

Церебростенический синдром характеризуется быстрой утомляемостью и снижением работоспособности при любой интеллектуальной нагрузке. У детей наблюдаются:

- эмоциональные нарушения, выражающиеся с одной стороны в ранимости, обидчивости, плаксивости, вспыльчивости, с другой – пассивностью, утомляемостью, вялостью, истощаемостью психических процессов, которые более обострены, чем при астеническом синдроме;
- нарушения психических функций в виде: памяти (становится трудным запомнить материал, сохранить его в памяти и воспроизвести); нарушение зрительного восприятия (дети не могут определить фон и изображенные фигуры);
- трудности пространственной ориентировки;
- расстройства вегетативной и вестибулярной регуляции (тошнота, рвота, головокружение и чувство дурноты во время езды в транспорте), часто страдают головными болями, которые усиливаются во второй половине дня;
- у многих детей недостаточность развития мелкой моторики.

Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: ЕГОР Ц., косоглазие сходящееся содружественное нецентральной фиксации с вертикальным компонентом $<+10^\circ$, острота зрения OD-0.5, OS-0.3, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки (плоская спина). Мальчик соматически ослаблен, подвержен частым простудным заболеваниям, со сверстниками находит общий язык, быстро вступает в контакт, делает все очень медленно, много времени уходит на самообслуживание. Быстро устает и истощается при игре, что проявляется в обильном потоотделении, часто

возникает желание побыть и играть одному или посидеть в уголке. Материал на занятиях запоминает, рассудителен, память хорошая, но в силу инертности воспроизведение затруднено (для того, чтобы ответить материал необходимо дополнительное время), плохой аппетит. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга по органическому типу.

Гидроцефальный синдромом характерен неустойчивостью настроения (приподнятое может сменяться слезами, немотивированный гнев – громким смехом). Чаще всего дети капризны, плаксивы и ранимы. К аффективным нарушениям можно добавить вегетативные, дети часто жалуются на головные боли, которые носят приступообразный характер. Детям дискомфортно в духоте, плохо переносят езду в транспорте, им не рекомендуется качаться на качелях и каруселях, так как это может вызвать тошноту и рвоту.

Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, эхограмма, рентгенография черепа).

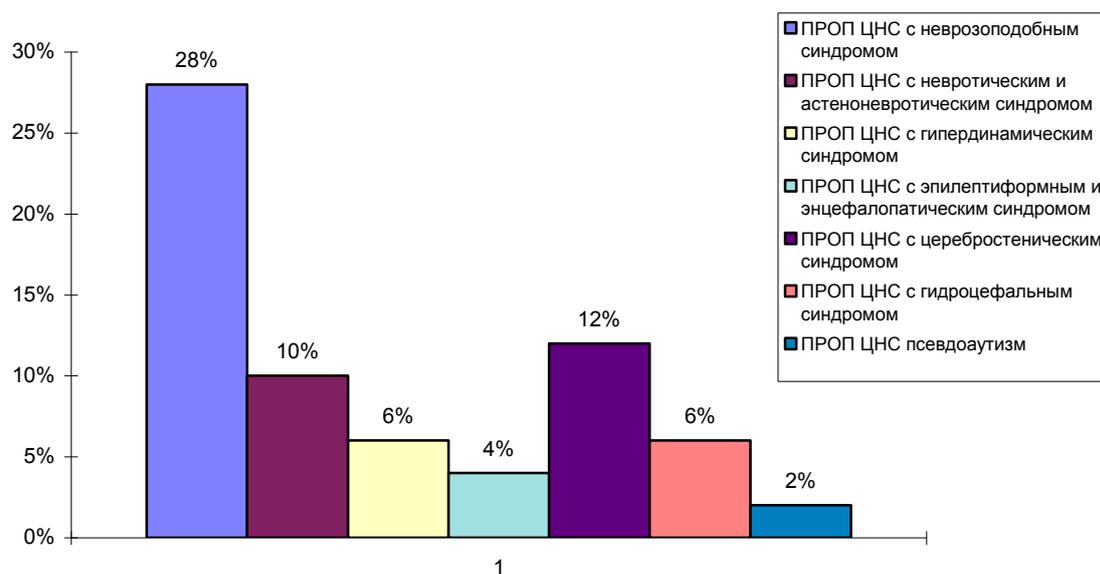
Приведем пример: ИГОРЬ А., непостоянное расходящееся косоглазие эксцесс дивергенции, острота зрения OD-0,8, OS-0,8, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, сколиоз. Мальчик подвержен частым простудным заболеваниям, часто жалуется на боли в голове, просится полежать в постели, плохо переносит езду в транспорте, когда боли отсутствуют активен, общителен со сверстниками и взрослыми, по характеру добрый, покладистый, чувствителен на ласку, очень ранимый (принимает близко к сердцу все обстоятельства и события, связанные с ним). После перенесенной стрессовой ситуации у ребенка наблюдаются частые тики мимической мускулатуры, обидчив. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга на фоне умеренно выраженной гидроцефалии.

Псевдоаутизм характеризуется отгороженностью детей, снижением потребности в контакте с окружающими людьми, замкнуты (Е.Р. Баенская, 1990). Дети уходят в свой мир переживаний. Их поведение характеризуется отчужденностью от окружающих. Они боятся всего нового, боятся любой перемены, не могут переносить взгляда человека, который с ним разговаривает, ребенок отводит глаза в сторону. Отмечается моторная недостаточность и угловатость. Псевдоаутизм носит обратимый характер при нормализации условий воспитания, подвергается быстрому обратному развитию, оставляя особенности личности и характера.

Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: ГРИША Н., гиперметропия средней степени OS, сходящееся косоглазие, острота зрения OD-1,0, OS-0,9, $<+15^\circ$, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с псевдоаутизмом, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки (плоская спина). Мальчик немногословен, предпочитает играть один, со стороны наблюдает за игрой сверстников, не вступая в речевой контакт. При общении со взрослыми не переносит открытого взгляда, опускает голову или отводит глаза в сторону. На вопросы воспитателя во время занятия может отвечать при наличии определенных условий (похвала, подбадривание). Страдает общая моторика, движения замедленны и угловаты. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга по органическому типу, явления умеренно выраженной гидроцефалии.

Данные обследования врача психоневролога



2.3. Состояние желудочно-кишечного тракта

Функциональные желудочно-кишечные расстройства той или иной степени выраженности почти неизбежны при невротических, невротоподобных, астеноневротических, гипердинамических и других синдромах. Эти нарушения касаются практически всех органов пищеварения (С.А. Аббакумов, 1996, С.М. Мальцев, С.Я. Волгина, 1996). Поэтому для получения полной картины клинико-физиологического обследования детей в работу был включен врач гастроэнтеролог.

По результатам углубленного осмотра вышеназванного специалиста было выявлено восемь подгрупп детей, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями. Перечислим, а в дальнейшем остановимся подробно на каждом из них:

- дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу (30%);
- гастродуоденит (2%);
- расстройство кишечника (2%);
- энтероколит (6%);

- дисбактериоз (8%);
- лямблиоз (4%);
- лекарственная и пищевая аллергия (14%);
- нервно-артретический диатез (8%).

Остановимся подробно на каждом заболевании.

Причиной **дискинезии желчевыводящих путей** могут быть ранее перенесенные хронические инфекции: гайморит, хронический тонзиллит. Заболевания желчевыводящих путей зависит от различных невротических состояний, от недостаточной физической активности. Ребенок с дискинезией желчевыводящих путей (гипотоническая форма) жалуется на постоянные боли ноющего либо колющего характера в правом подреберье, чувство тяжести в этой области, ощущает горечь во рту, иногда его тошнит и даже бывает рвота. Усиление симптомов бывает при переутомлении, после перенесенных стрессовых ситуаций, болезней, а также после погрешностей в диете. Нельзя употреблять острую, жирную, пряную пищу.

Возникновению **гастродуоденита** у детей способствует нерегулярное питание, в некоторых случаях причиной является непосредственное воздействие различных паразитов (лямблии, глисты) на слизистую оболочку. Ребенок жалуется на боли в верхнем отделе живота, которые усиливаются через 2 – 3 часа после еды или бывают натощак. Боли могут быть как острыми, так и тупыми. Необходимо отметить изменение аппетита и частую отрыжку. Начало заболевания связано с нарушениями режима питания, психоэмоциональными перегрузками и психотравмирующими факторами.

Гастродуоденит – это воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Чаще всего сопутствуют язвенной болезни, гастриту, панкреатиту, холециститу. Врачами гастроэнтерологами было проведено исследование по определению психоэмоционального состояния детей в стадии обострения хронического гастродуоденита. Было выявлено, что 2/3 больных находились в состоянии тревоги, 1/2 в состоянии утомления и

эмоционального стресса, 1/3 пациентов в состоянии напряжения (С.М. Мальцев, С.Я. Волгина, 1996).

Дисбактериоз кишечника – это изменение количественного и качественного состава микрофлоры, возникающее под воздействием различных причин. Дисбактериоз может формироваться после перенесенных острых кишечных инфекций, под влиянием патогенных микроорганизмов на нормальную флору; после использования антибактериальных препаратов, что может привести к изменению экологии кишечника. Ребенок жалуется на боли в животе схваткообразные или тупые, это бывает через 2 – 3 часа после еды: наблюдается урчание кишечника, ребенок слышит переливания в животе. Стул неустойчивый, ребенок худеет, у него отсутствует или резко снижен аппетит. Дети, страдающие дисбактериозом, быстро утомляются, часто болеют простудными заболеваниями. Изменение нормальной микрофлоры кишечного тракта при дисбактериозах может привести к нарушению функций кишечника. Нарушаются процессы пищеварения: всасывание питательных веществ и витаминов.

Расстройство кишечника – это самостоятельное функциональное заболевание толстой кишки, у ребенка нарушена привычка ежедневно опорожнять кишечник. Причиной может быть частое подавление позывов к дефекации из-за боязни болевых ощущений при геморрое, трещинах заднего прохода, из-за привычки долго лежать по утрам в постели или из-за увлечения игрой. Возникновению расстройства кишечника способствует однообразное питание, уменьшение в пищевом рационе воды, овощей и фруктов, а также малоподвижный образ жизни. Ребенок, страдающий расстройством кишечника жалуется на вздутие и боли в животе, испытывает страх перед дефекацией, так как она происходит болезненно; всегда ощущает переполнение прямой кишки. Если не обратить внимание и не лечить расстройство кишечника, то может развиваться дисбактериоз, изменяется состав микроорганизмов, обитающих в кишечнике, появляются гнилостные бактерии. Сильное натуживание при дефекации приводит к появлению грыжи, геморроя.

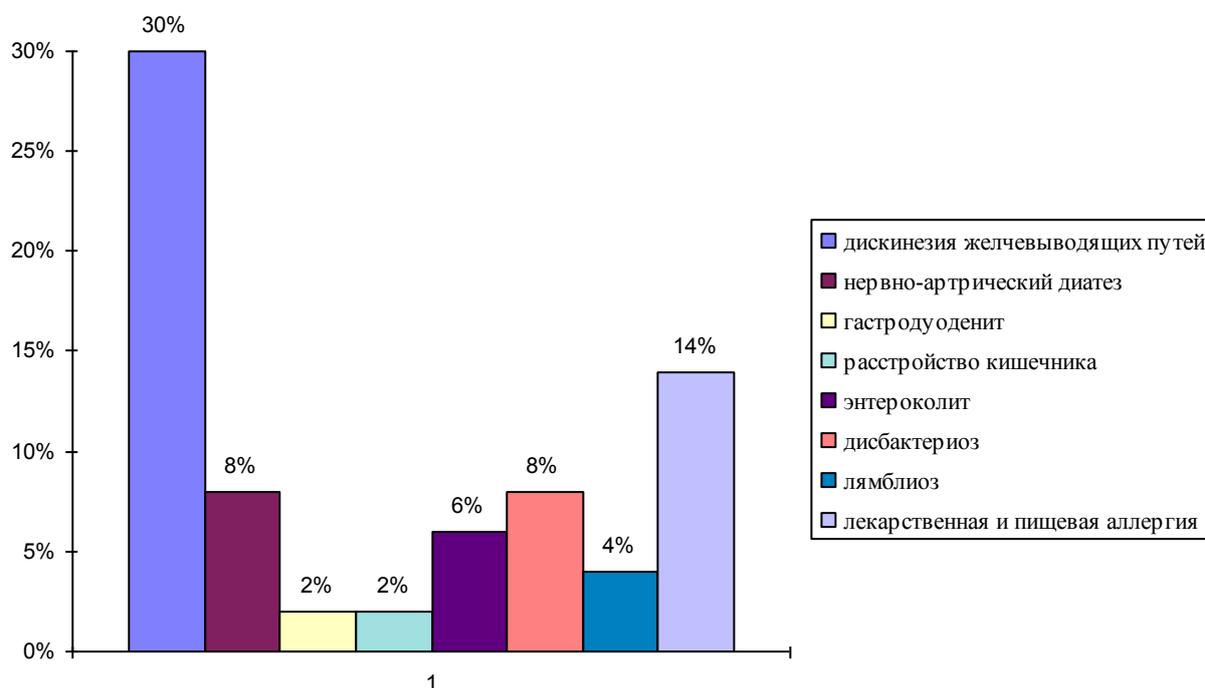
Колит – воспаление толстой кишки, которое вызывается болезнетворными микроорганизмами (дизентерийными бактериями, сальмонеллами, стафилококками, амебами и т.д.). При остром колите у ребенка внезапно появляется диспепсия, он жалуется на боли в животе, бывает рвота, метеоризм, иногда повышается температура.

Лямблиоз – паразитирование в тонком кишечнике, прежде всего в двенадцатиперстной кишке, иногда в желчном пузыре простейших – лямблий. Заражение происходит при употреблении немытых фруктов, ягод, овощей, через грязные руки. Чаще всего болезнь протекает без проявлений и обнаруживают ее только после любого другого перенесенного заболевания. Ребенок жалуется на боли в животе, его вздутии, теряет массу тела.

Пищевая аллергия может протекать как самостоятельное заболевание, а может сочетаться с различной патологией. Общеизвестные аллергены: цитрусовые, шоколад, кофе, какао, мед, клубника, орехи. Аллергенами могут быть продукты повседневного питания: яйца, сахар, яблоки, картофель, морковь, рыба, пшеничная мука, гречневая крупа. Аллергия у детей может проявляться по типу диатеза, гастропроявлений (поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта), могут быть поражения верхних дыхательных путей.

Нервно-артретический диатез – это состояние, при котором происходят изменения со стороны нервной системы, жирового обмена и функций некоторых внутренних органов. Причиной являются наследственные особенности организма, своеобразная реакция на некоторые продукты питания. Дети, страдающие нервно-артретическим диатезом, возбудимы и капризны, у них бывают ночные страхи, тики. Ни в коем случае нельзя перекармливать ребенка, иначе все это закончится неукротимой рвотой. Аппетит у большинства детей снижен. Иногда наблюдаются приступы тахикардии (учащенное сердцебиение), непостоянные аритмии.

Данные обследования врача гастроэнтеролога



У детей вследствие анатомо-физиологических особенностей заболевания органов пищеварения протекает на начальных этапах малосимптомно. Среди детей 5-6-летнего возраста, когда происходят интенсивные морфофункциональные изменения, наблюдается повышенная распространенность болезней органов пищеварения. Установлено, что 30% выявленных в этот период болезней являются функциональными нарушениями, более половины из которых исчезают бесследно без какого-либо лечения, а значительная часть функциональных нарушений, при условии действия на ребенка факторов внешней среды прогрессирует и переходит в хронические болезни. Таким образом, указанный выше возрастной период с точки зрения формирования болезней органов пищеварения следует рассматривать как критический, что необходимо учитывать в работе с детьми (А.А. Баранов, Е.В. Климанская, И.И. Зинец, 1995). Незнание педагогами и родителями изменений функций желудочно-кишечного тракта ребенка может привести к ухудшению состояния общего здоровья последнего. Необходимо строгое

выполнение всех назначений врача гастроэнтеролога, отслеживание состояния здоровья детей каждые три месяца, о чем мы подробно остановимся в IV главе.

2.4. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

По данным углубленного обследования детей врачом кардиологом было выявлено 3 подгруппы. К первой подгруппе отнесли детей с диагнозом: умеренный стеноз аорты, открытое овальное окно, их оказалось 2%; ко второй подгруппе – детей с диагнозом: пролапс митрального клапана I степени без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, их оказалось 10%; к 3 подгруппе мы отнесли детей с диагнозом вегето-сосудистая дистония, их оказалось 10%.

Диаграмма № 4



Кратко остановимся на указанных изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы.

Стеноз аорты у детей встречается довольно редко. Длительное время дети могут не предъявлять жалоб. При наступлении декомпенсации порока у ребенка появляется одышка и быстрая утомляемость. Могут быть головные боли, головокружение, появляются боли в сердце, чаще всего отмечается бледность кожных покровов. При длительной нагрузке умственной или физической у ребенка может начаться сердцебиение.

Дети с диагнозом **пролапс митрального клапана** I степени без регургитации, при наличии транзиторной миокардиодистрофии в начальной стадии жалоб не предъявляют. Только с помощью электрокардиограммы и эхограммы врач может определить наличие заболевания.

У детей с диагнозом **вегето-сосудистая дистония** на электрокардиограмме не наблюдалось изменений, но объективно дети предъявляли жалобы.

В медицинской энциклопедии симптомы **вегето-сосудистой дистонии** охарактеризованы следующим образом. Дети, страдающие данным заболеванием реагируют на перемену погоды, при эмоциональных переживаниях легко бледнеют или краснеют, испытывают сердцебиение, наблюдается повышенная потливость, приступы повышения и понижения кровяного давления, общей слабости. Приступы могут длиться от нескольких минут до 2-3 часов. Переутомление или волнение вызывают учащение приступов.

Врачом кардиологом и тифлопедагогами в детском саду было проведено исследование зависимости работы сердечно-сосудистой системы после аппаратного лечения глаз, посредством электрокардиограммы, данные мероприятия помогли правильно организовать во времени коррекционно-развивающую работу.

В таблице № 1 приведены данные изменений со стороны сердечно-сосудистой системы после аппаратного лечения.

Большее число изменений со стороны сердечно-сосудистой системы произошли после лечения на синоптофоре и засветах, а восстановление функций происходит в течение 2 часов, поэтому детей, получивших вышеназванное лечение на сегодняшний день освобождаем от занятий, предоставляя им возможность поиграть, отдохнуть, заняться любимым делом.

2.5. Характерные отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата

Врачом ортопедом было выявлено, что 96 % детей с косоглазием и амблиопией имеют нарушения осанки. По результатам исследования было выявлено 4 подгруппы детей. К первой подгруппе мы отнесли детей с диагнозом плоская спина (сглаженность всех физиологических изгибов). Их оказалось 26%. Ко второй группе мы отнесли детей с диагнозом кругловогнутая спина (увеличение всех физиологических изгибов). Таких детей оказалось 14% .

Таблица № 1

Зависимость работы сердечно-сосудистой системы от аппаратного лечения

	засветы	призмы	амблиотренер	макулотестер	синопторфор	иллюзион	монобинокл
без изменений	5	2	4	1	-	2	-
метаболические изменения в миокарде	1	2	-	-	-	2	1
гипоксические изменения в миокарде (вегетососудистая система стала более активной)	9	-	1	3	8	2	-
возникла аритмия (нарушения со стороны ЦНС)	2	-	-	1	-	-	-
возбуждение миокарда	2	-	-	-	-	-	2
результат	19	4	5	5	8	6	3

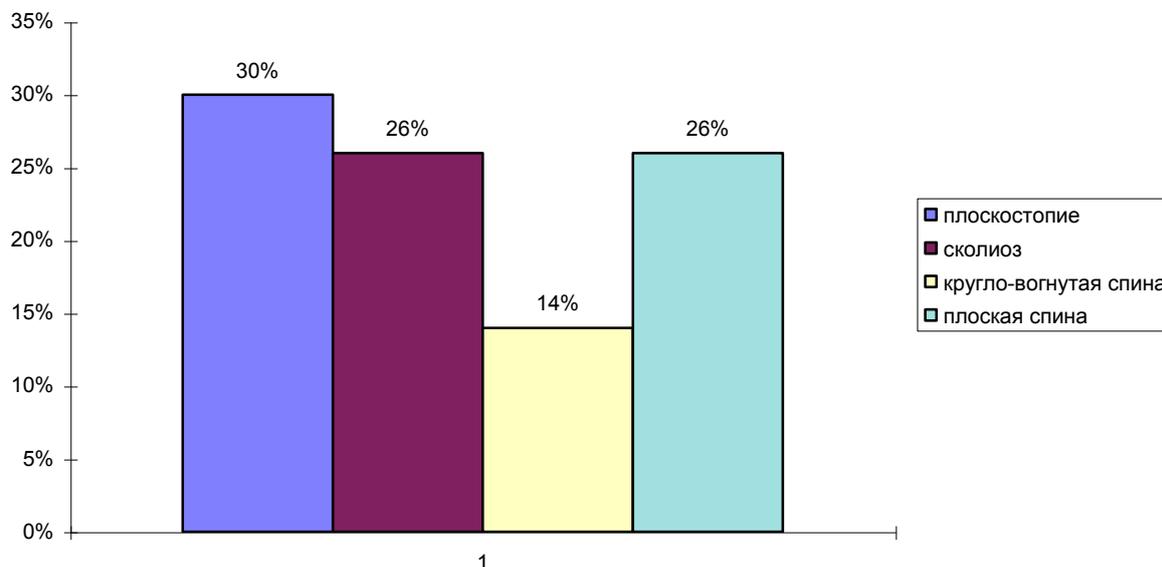
К третьей подгруппе отнесены дети, страдающие плоскостопием. Их было 30% . Детей с диагнозом сколиоз, которые вошли в четвертую подгруппу было 26% . Первые два нарушения относятся к функциональным расстройствам с нерезко и нестойко выраженным отклонением со стороны позвоночника, устранить которые возможно с применением специальных гимнастических упражнений. Два последних относятся к органическим изменениям в стопе и позвоночнике.

- Для людей с **плоской спиной** характерно: доскообразная спина, крыловидные лопатки, плоская поясница, уплощенные ягодицы, вялая

слаборазвитая мускулатура (Ф.И. Багров, 1963, В.И. Мачинская, 1964, М.А. Робинеску, 1972, А.М. Рейзман, 1963), Плоская спина может являться следствием болезни ребенка, которая повлекла за собой длительный и строгий постельный режим, позднее вставание на ножки, несвоевременное (раннее) сидение ребенка, вынужденное длительное согнутое пребывание во время занятий, слабость мышц и связок в области позвоночного столба. Подгруппа этих детей подвержена возникновению бокового искривления позвоночника. Слабая мускулатура позвоночника приводит к перегрузке связочного аппарата и вызывает боли в пояснично-крестцовой области.

- Другим видом нарушения осанки является **кругло-вогнутая спина**, который встречается чаще. При данном отклонении физиологические изгибы позвоночника сильно увеличены. Одной из главных причин формирования кругло-вогнутой спины являются рахитические изменения организма и последующие за ней слабости костно-мышечной системы (особенно мышц спины и брюшного пресса).
- **Плоская стопа** – одна из самых распространенных деформаций опорно-двигательного аппарата у детей. Причинами появления плоскостопия могут служить последствия рахита, слабость мышечно-связочного аппарата стопы, ее травмы, результат непосильных физических нагрузок на ребенка. Дети, страдающие данным заболеванием после большой физической нагрузки или длительной ходьбы жалуются на боли в ногах. Особенно во второй половине дня, иногда ночью ребенок может просыпаться от боли (А.Н. Шабанова, 1983).
- Диагноз – **сколиоз** детям ставят с пятилетнего возраста. Неправильное положение во время рисования, работы с мозаикой, конструктором ведет к неравномерной нагрузке на позвоночник и мышцы спины, что утомляет и ослабляет их. Имеются и другие причины возникновения сколиоза (рахит, травмы позвоночника). При заболевании сколиозом подвижность позвоночника резко уменьшается. Ребенка утомляет любое физическое напряжение, могут возникнуть межреберные боли – невралгии.

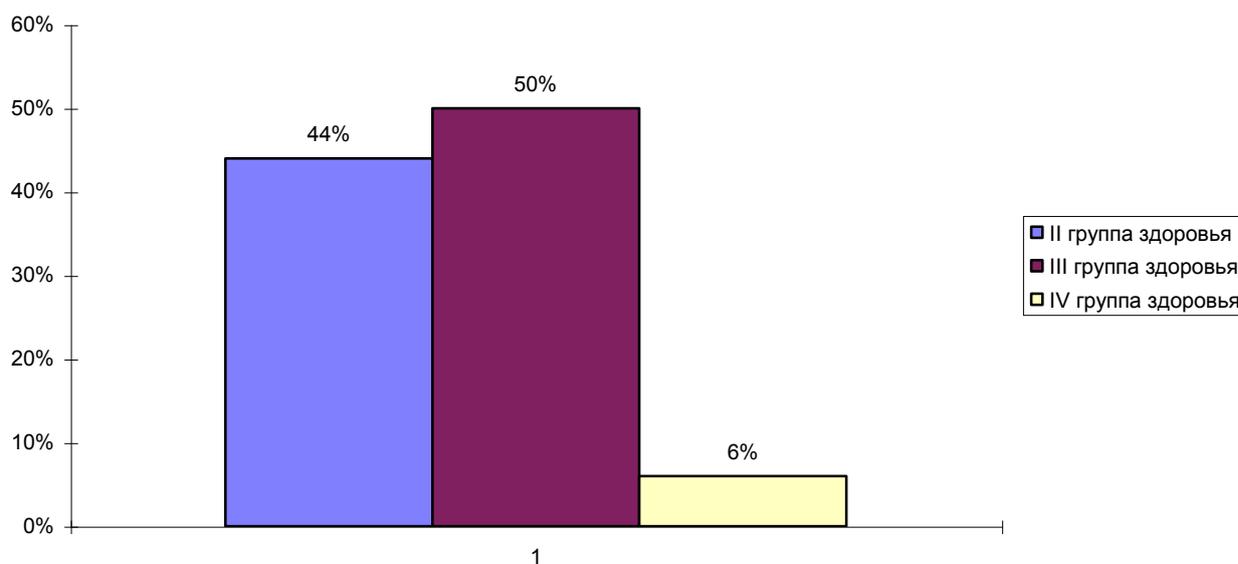
Данные обследования врача ортопеда



Таким образом, после обследования детей разными медицинскими специалистами врачом педиатром были определены группы здоровья детей. Результаты распределения детей по группам можно представить на диаграмме:

Диаграмма № 6

Данные обследования врача педиатра



Все вышесказанное позволяет сделать следующий вывод: комплексное обследование разными медицинскими специалистами показало, что у

большинства детей с косоглазием и амблиопией отмечаются нарушения в функциях центральной нервной и сердечно-сосудистой системах, наблюдаются изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата. Это обуславливает необходимость планирования и проведения коррекционно – развивающей работы с учетом медицинских показаний и введение лечебно – восстановительных процедур в распорядок дня детей. Профилактические мероприятия, лечение и оздоровление детей в дошкольном возрасте помогут им предотвратить обострение болезни или возникновение новых, а значит успешно овладеть разными видами деятельности, быть эмоционально благополучными на других ступенях образования.

У детей с нарушением зрения имеется острая потребность в комплексном медицинском воздействии, так как глазные заболевания чаще всего сопровождаются общим ослаблением состояния здоровья. (Л.И. Плаксина, 1998).

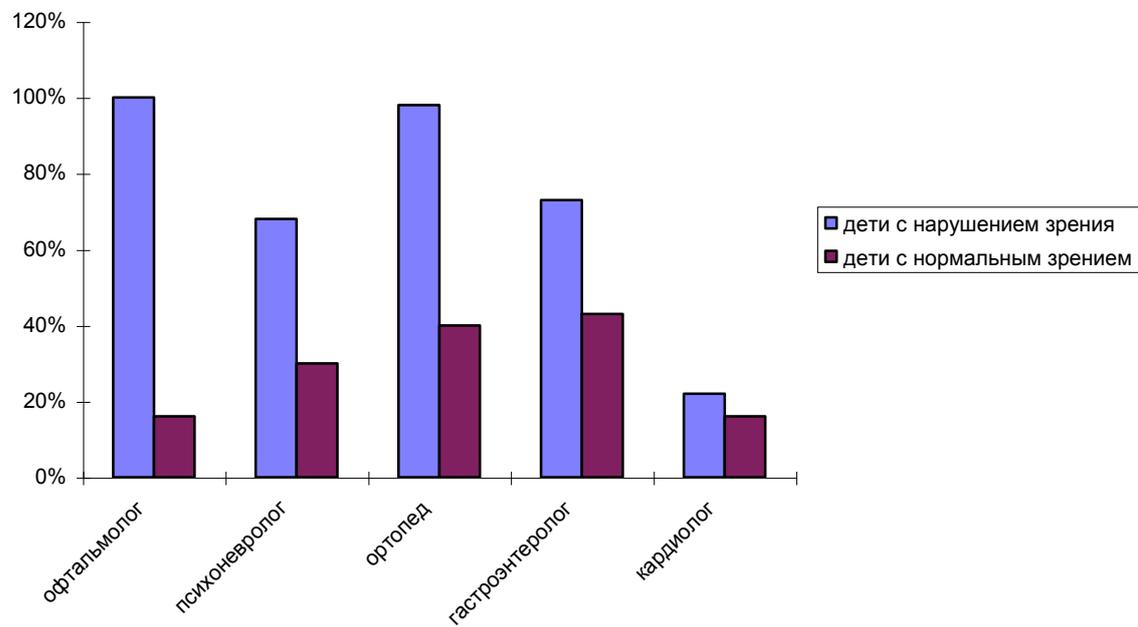
Полученные данные о состоянии зрения и здоровья детей позволили разработать программу комплексной медицинской помощи, на которой остановимся далее.

Параллельно медицинскими специалистами было обследовано состояние здоровья 50 детей с нормальным зрением дошкольного учреждения № 293 г. Челябинска.

Приведем на диаграмме № 7 сравнительные данные состояния здоровья детей с нарушенным и нормальным зрением.

Однако для решения комплексного подхода к индивидуализации и дифференциации коррекционной помощи необходимо изучить некоторые особенности развития детей с косоглазием и амблиопией, понимания их типологических проявлений (уровня развития познавательных возможностей).

**Сравнительные данные состояния здоровья детей
с нарушенным и нормальным зрением**



Глава 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ, КАК ОСНОВА ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ К ИХ ОБУЧЕНИЮ

В практике работы дошкольных образовательных учреждений для детей с нарушением зрения до настоящего времени остается слабо разработанной проблема организации коррекционно-развивающей работы с учетом индивидуальных особенностей развития познавательных возможностей каждого ребенка.

Вместе с тем, метод фронтальной работы со всей группой на общеразвивающих и коррекционных занятиях довольно часто для отдельных детей бывает малоэффективным, а для других – участие в таких групповых занятиях не только не件лезно, но и приносит им ряд психоэмоциональных напряжений, в результате чего они отказываются принимать участие в занятии.

Проведенное хронометрирование занятости ребенка различными медицинским и педагогическими специалистами показало, что существует значительная перегрузка детей, свободной деятельности ребенка в распорядке жизни практически не уделяется должного внимания.

Все это связано с тем, что до настоящего времени не разработаны принципы дифференциации детей с косоглазием и амблиопией в зависимости от их типологических особенностей, связанных с характером течения глазного заболевания, задачей его лечения, с особенностями развития познавательных возможностей и содержанием коррекционно-педагогической работы. Для последнего необходимо выявить, как можно объединить детей в подгруппы для того, чтобы процесс обучения совпадал с уровнем развития детей. Так как известно, что изучение структуры дефекта и особенно характера вторичных отклонений позволяет определить ряд ведущих факторов дифференцированного воспитания, обучения, а также лечения детей.

Правильное выполнения задач отбора детей в подгрупповое обучение позволяет организовать соответствующую коррекционно-развивающую среду.

Поэтому после анализа особенностей состояния здоровья, мы считаем необходимым рассмотреть некоторые особенности познавательной деятельности детей.

3.1. Задачи и методика исследования.

Теоретическими основами констатирующего эксперимента являлись диагностические методики, разработанные Л.А. Венгером, Н.Н. Поддьяковым, Л.И. Солнцевой, Л.И. Плаксиной и другими с некоторой их модификацией. Было проведено три серии экспериментальных заданий, направленных на характеристику зрительных представлений о предметном мире, ориентировки в пространстве, представлений об окружающем мире. По содержанию задания соответствовали возрастным возможностям детей с 4-х до 5 лет, с 5 до 6 лет, с 6 до 7 лет.

Первая серия констатирующего эксперимента была нацелена на определение уровня развития зрительных представлений о предметном мире. За основу нами были взяты из программы "Развитие зрительного восприятия" Л.И. Плаксиной (1998) дидактические задания, с помощью которых устанавливали умение детей выделять форму, цвет и величину предметов. Всего было три серии заданий.

Подгруппе детей **4 – 5 лет** в данной серии было предложено 17 заданий:

Найди две одинаковые по форме фигуры. Предлагалось по 5 больших и маленьких фигур разного цвета (квадраты, круги, треугольники, овалы и прямоугольники), покажи большой квадрат, покажи маленький треугольник, найди круги зеленого цвета и т.д.;

Подбери по цвету украшение к сарафану. К семи сарафанам основных цветов спектра предлагалось несколько украшений (бусы различных оттенков основных цветов), какого цвета этот сарафан, какое лучше подобрать для него украшение;

Найдите в группе самые высокие и самые низкие предметы, назови и покажи высокие предметы, какие предметы ты считаешь низкими и почему;

Подбери к предмету его контурное, силуэтное и наполненное изображение, назови предмет, найди его контур, силуэт, цветное изображение и т.д.;

Детям второй возрастной группы (5 – 6 лет) для определения уровня зрительных представлений о предметном мире было предложено 15 заданий:

Игра подбери по цвету карандаши, выбери самый светлый и самый темный из всех карандашей, разложи карандаши по насыщенности от самого светлого к самому темному.

Детей просили назвать и показать предметы по величине, высоте, ширине, толщине, длине, какая книга толще, какой стул выше, какая лента длиннее.

Загадай – мы отгадаем (нахождение предметов по описанию) и придумывание своей загадки.

Составь петрушку из геометрических фигур (на определение формы, цвета, величины предмета).

Для определения уровня развития зрительных представлений о предметном мире детям 6 – 7 лет было предъявлено 11 заданий:

Назови, сколько предметов изображено на рисунке, что изображено ближе, что дальше.

Выбери предметы по заданному признаку (форма, цвет, размер, материал).

Посмотри внимательно и расставь предметы на столе так же, как они расположены на моем столе.

Назови предметы разных геометрических форм, которые нарисованы на картине.

Вторая серия опытов была направлена на выявление **уровня развития ориентировки в пространстве.**

Детям 4 – 5 лет было предложено 29 заданий:

Составь Петрушку, обозначь пространственное расположение частей тела, где правая рука, левая нога, где находится голова.

Что оденем в гости, назови одежду, ее детали и обозначь пространственными терминами.

Магазин "Игрушки", определи и дай объяснение, где находится игрушка, какая игрушка справа, какая в центре.

Определи и назови форму предмета по образцу. Найди и покажи предметы, в которых ты видишь квадратную форму и так далее.

Назови предмет по величине, используя термины "длинная-короткая лента", "большой-маленький мячик", "высокая-низкая пирамидка", "широкая-узкая полоска", "толстый-тонкий столбик".

Найди и назови с помощью осязания разные поверхности (гладкая, шероховатая, ворсистая).

Поставь игрушку, куда я попросила, поставь в центр стола, справа, в верхний левый угол и так далее.

Сделай шаг вперед (назад), что от тебя слева (справа), что вверху (внизу).

Детям **5 – 6 лет** в данной серии было предложено 20 заданий:

Назови части своего тела и обозначь, где расположены, где находится голова, а где ноги и так далее.

В специально подготовленной обстановке назови, что и где находится вокруг тебя, где стоят игрушки, лежат книги.

Подбери предметы к геометрической фигуре, какие предметы похожи на квадрат, круг, прямоугольник, треугольник и так далее.

Определи величину предмета с помощью словесной инструкции, покажи самый маленький предмет и самый большой.

Положи предмет, куда я скажу, назови его местоположение, где стоит машина, где сидит кукла.

Расставь мебель так, как показано в схеме.

Изобрази схему расположения игрушек на столе.

Детям **6 – 7 лет** в данной серии было предъявлено 17 заданий:

Расскажи, что вокруг тебя, что замечает ребенок в комнате.

Правильно пойдешь – игрушку найдешь. Детям было необходимо выполнять движения по указанию педагога: "Сделай два шага назад, поверни налево, повернись кругом ... " и так далее.

На листе бумаги самостоятельно составь схему размещения игрушек, расположенных на поверхности стола.

Проведи черту сверху вниз, слева – направо, снизу – вверх, справа – налево.

Назови предметы в окружающей обстановке, которые напоминают тебе различные геометрические формы.

Нарисуй схему пути из групповой комнаты в лечебный кабинет.

Третья серия была направлена на определение **уровня представлений об окружающем мире**

Детям **4 – 5 лет** было предъявлено 12 заданий.

Назови сходные предметы одним словом и расскажи, для чего они нужны (машина, автобус, самолет..., валенки, сандалии, туфли..., стул, табуретка, кресло...).

Подбери игрушки одного цвета, формы, материала (все деревянные, железные, стеклянные, а также разного цвета и формы).

Лото для определения знания классификации предметов (транспорт, мебель, посуда, одежда).

Расскажи, зачем и как нужно следить за полостью рта и за волосами.

Детям **5 – 6 лет** в данной серии было предъявлено 17 заданий.

Назови форму, цвет, вспомни вкус продукта, который я назову или покажу (лимон, конфета, яблоко, арбуз, соль).

Определи и назови предметы внутри одного рода (посуда: чайная, столовая, кухонная; мебель: для кухни, комнаты и спальни) и их функциональное назначение.

Назови электроприборы, которые ты знаешь, определи для чего они нужны (по предъявленным картинкам).

Расскажи о профессиях воспитателя, повара и прачки.

Изобрази такую же эмоцию, какая нарисована на картинке.

Детям **6 – 7 лет** в данной серии было предъявлено 17 заданий.

Опиши основные признаки предмета, назови его назначение, правила использования и хранения, расскажи все о ножике и ножницах.

Сгруппируй предметы по существенным признакам. Объясни, почему сгруппировал именно так (мебель, инструменты, продукты).

Назови и расскажи о предметах быта, об умении пользоваться ими по памяти.

Таким образом предложенные методики позволили определить:

- особенности в выделении формы, цвета и величины предметов;
- особенности ориентировки в микро- и макро- пространстве в процессе предметной деятельности;
- особенности предметных представлений, а также о человеческом облике (мимика, проявление эмоций).

Экспериментальные задания предъявлялись в игровой форме и поэтапно.

Методом исследования явился индивидуальный эксперимент.

В констатирующем эксперименте приняли участие 100 дошкольников (50 с косоглазием и амблиопией, 50 с нормальным зрением). Для сравнительного анализа были взяты 50 детей с косоглазием и амблиопией учебно-воспитательного комплекса № 440 г. Челябинска с 4 до 7 лет. Дети с косоглазием и амблиопией имели остроту зрения от 0,2 до 0,9 на лучше видящем глазу с коррекцией, характер зрения монокулярный. У всех детей отмечался сохранный интеллект.

Детям с 4 до 5 лет было предъявлено 58 заданий.

Детям с 5 до 6 лет было предъявлено 51 задание.

Детям с 6 до 7 лет было предъявлено 45 заданий.

Всего было проанализировано 154 экспериментальных заданий и 7719 ответов детей.

Оценкой результатов эксперимента осуществлялось по трем основным критериям, которые характеризовали степень успешности выполнения задания:

- дети, выполнившие задания самостоятельно и правильно были отнесены к первому уровню;

- ко второму уровню отнесены дети, которые достигли результатов с помощью педагога (наводящие вопросы и наличие не более двух ошибок);
- к третьему уровню отнесены дети, которые частично выполнили задания или отказались их выполнять.

При выполнении констатирующего эксперимента мы старались анализировать трудности, которые испытывали дети при выполнении заданий и пытались выявить причины.

3.2. Особенности зрительных представлений о предметном мире

Результаты выполнения детьми 4 – 5 лет заданий первой серии показали, что наблюдаемые неточности проявились в том, что дети не назвали геометрическую форму, а обозначали ее предметом, например, прямоугольник – это дверь или просто столбик. Часто они затруднялись в нахождении пары по цвету и по размеру, иногда не выделяли разницу между круглой и овальной формами. Некоторые дети не знали названий геометрических фигур. Приведем пример: ЮРА П. (диагноз: гиперметропия слабой степени, амблиопия средней степени острота зрения OD=0.5, OS=0.7, характер зрения монокулярный, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, дисбактериоз, нарушение осанки) однократной словесной инструкции было недостаточно из-за трудностей удержания в памяти цели задания. Успех получен при поэтапном выполнении задания. Анализируя прямоугольник, долго его рассматривал, а потом сказал, что это "просто столбик", при этом пару подобрал верно, обозначив, что это "большой и маленький столбики", круг назвал овалом, подобрать к овалу пару не смог.

Дети затруднялись при подборе пары, ориентировались на цвет предмета, а не на его форму. Некоторые дети из-за рассеянного внимания не понимали экспериментатора, а действовали, игнорируя цель. У них не доставало знаний о сенсорных эталонах, что объясняется снижением зрительного анализа формы предметов.

Отмечались затруднения в словесном обозначении цветов и их оттенков, так как эти знания находятся в пассивном словарном запасе ребенка, хотя большинство зрительно верно соотносили оттенки цвета.

В определении умения сличать и называть величину предмета характерным в ответах детей с косоглазием и амблиопией были названы предметы не по величине, а по месту его расположения, например, клетка для птицы висит под самым потолком, она выше всех. Детям с монокулярным характером зрения трудно определить размер предмета из-за отсутствия выделения удаленности пространства.

Для сравнения уровня овладения эталонами (форма, цвет, величина) аналогичные задания были предложены нормально развивающимся сверстникам, посещающим детский сад № 293 г. Челябинска.

Сравнивая ответы детей двух групп, необходимо отметить следующее: детям 4 – 5 лет с нарушением зрения требовалось больше времени для выполнения некоторых заданий. Они дольше обследовали предметы, были неуверенны в своих действиях, искали поддержку в лице педагога.

Детям 5 – 6 лет при выполнении заданий первой серии необходимо было определить основные оттенки цвета, его насыщенность, светлоту, контрастность. Мы предложили детям по шесть карандашей каждого цвета разных оттенков, предварительно перемешав их.

Дети задание выполняли разными способами. Одни брали все карандаши в руку и поочередно раскладывали по цветам и оттенкам, другие – сразу выбирали, например, желтый карандаш, а затем искали и складывали по порядку все оттенки данного цвета. Трудности возникали при определении насыщенности цвета, дети не могли определить правильную последовательность от светлого к темному, затруднялись определить самый светлый карандаш и самый темный. Пример: ИГОРЬ А. (диагноз: непостоянное расходящееся косоглазие, эксцесс дивергенции, острота зрения OD=0.8, OS=0.9, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей,

нарушение осанки) взял все карандаши в руки, очень долго смотрел и думал. Затем выбрал по два карандаша всех цветов (два красных, два зеленых и т.д.) остальные карандаши по группам разложить не смог, потребовались дополнительные наводящие вопросы, при помощи которых он разложил карандаши. Определить самый светлый карандаш не смог, показал наугад.

Результаты выполнения заданий позволили сделать следующие выводы. Детям с косоглазием и амблиопией 5-6 лет трудно определить насыщенность, оттенки, светлоту предметов из-за ограниченных возможностей зрения дети испытывали трудности при выполнении заданий на сравнение предметов по величине и размеру; дети с нарушением зрения и нормально развивающиеся одинаково отгадывали загадки, но при загадывании своей загадки, дети с нормальным зрением описывали предмет всесторонне и времени для этого им требовалось меньше, в отличие от детей с нарушенным зрением, которые описывали предмет лишь по одному-двум признакам за счет ограничения зрительного восприятия и монокулярного характера зрения.

Анализ ответов детей 6 – 7 лет в первой серии заданий показал, что при определении зашумленных предметов дети испытывали трудности: воспринимали часть предмета как отдельный предмет, например, ИРА К. (диагноз: гиперметропия слабой степени, астигматизм, острота зрения OD-0,8, OS-0,8; нарушение осанки) долго рассматривала таблицу, остановилась глазами на черенке лопаты, называя его палочкой, не замечая его основания; затем мы предложили девочке следить за контуром предмета, обводя его пальцем, после чего ИРА справилась с заданием. Другие дети из четырех предметов выделяли два или три, путали листок и гриб, гитару и гриб. ЮЛЯ А. (диагноз: двусторонне врожденная зонулярная катаракта острота зрения OD-0,6, OS-0,5; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз, нарушение осанки) при предъявлении картины стала называть предметы, которые находились вдалеке; небо, облака, дерево, ферма. Больше никаких предметов не назвала, не обратила внимание на те, которые

расположены на переднем плане; кормушка, забор, трава, куры. Такие ответы были характерны для большинства детей с косоглазием и амблиопией за счет неумения сосредоточить внимание на объекте и за счет нарушений прослеживающих функций глаза.

В определении формы, цвета и размера игрушек дети, в основном, не испытывали затруднений, а для того, чтобы определить материал, из которого они изготовлены испытуемые просили обследовать предмет руками (резиновый, деревянный), то есть требовалось дополнительное обследование при помощи осязания.

Остановимся на характере выполнения детьми задания по выделению формы предметов на сюжетной картинке.

Приведем примеры выполнения данного задания: СЕРГЕЙ В. (диагноз: косоглазие сходящееся содружественное, амблиопия высокой степени OD средней степени OS, острота зрения OD-0,4, OS-0,4, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астеноневротическим синдромом, нарушение осанки) отметил все предметы круглой формы без труда, при этом выделяя форму и в деталях предмета (колесо у машины, ручка у шкафа), и в самих предметах (клубок, яблоко). Для выделения квадратной и прямоугольной формы долго присматривался и из десяти предметов назвал только три (телевизор, стол, шкаф). Не заметил и не выделил предметы треугольной формы (лепестки цветов, рыбки в аквариуме). ВЛАДИК Г. (диагноз: дисбинокулярная амблиопия OD, непостоянное косоглазие $<+15^\circ$, острота зрения OD-0,3, OS-1,0; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом, пролапс митрального клапана без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, лямблиоз) долго не мог сосредоточиться на задании, в силу особенностей нервно-психического здоровья предметы называл без учета геометрических форм. После словесного указания педагога о необходимости отмечать форму, стал называть предметы вперемешку: прямоугольная ваза, круглый аквариум, квадратный шкаф, т.е. не группируя предметы по форме.

При выполнении данного задания, дети быстрее выделяли предметы круглой и квадратной формы, меньше замечали и называли предметы прямоугольной и овальной формы и только несколько детей определили предметы треугольной формы. Трудности зрительного узнавания, выделение и отнесение формы объемных предметов можно объяснить невосприимчивостью монокулярным зрением объемных предметов.

Детям 6 – 7 лет с нормальным зрением были предложены аналогичные задания.

Осуществляя анализ результатов выполненных заданий детьми 6-7 лет, следует сказать, что дети с нормальным зрением воспринимают картину в целом, перечисляют предметы по степени удаленности в нужном порядке, дети с нарушенным зрением лучше воспринимают предметы, которые расположены вдалеке. Воспринимая картину фрагментарно за счет монокулярного характера зрения, низкой остроты зрения и общем состоянии здоровья, они называют предметы вразброс, зачастую выдавая часть предмета как отдельный предмет; у обеих групп детей вызвало затруднение задание на определение материала, из которого изготовлен предмет, возникала необходимость дополнительного обследования руками. Дети с нарушением зрения сами просили потрогать предмет, а детям с нормальным зрением потрогать предмет предлагал педагог. При выявлении умения выделять геометрические формы в предметах у детей с нормальным зрением трудностей не возникало, тогда как детям с нарушенным зрением было трудно выделить предметы треугольной формы.

Анализ данных проведенного обследования по выполнению первой серии заданий позволяет сделать следующие общие выводы: у детей с косоглазием и амблиопией из-за снижения остроты зрения и недостаточности состояния здоровья возникают трудности накопления чувственно – практического опыта и сложностей ориентировки в окружающем мире.

Полученные данные приведем в таблице.

**Характеристика зрительных представлений о предметном мире
детей с нарушенным и нормальным зрением (в %)**

подгруппа	Действия детей по уровням					
	I уровень		II уровень		III уровень	
	с нарушенным зрением	с нормальным зрением	с нарушенным зрением	с нормальным зрением	с нарушенным зрением	с нормальным зрением
4 – 5 лет	29,4	70,6	41,2	29,4	29,4	0,0
5 – 6 лет	23,5	47,0	47,0	35,5	29,5	17,5
6 – 7 лет	31,2	62,5	62,5	31,2	6,3	6,3

3.3. Особенности пространственной ориентировки

Результаты выполнения детьми 4-5 лет заданий второй серии показало, что составляя Петрушку из геометрических фигур, дети затруднялись словесно обозначить пространственное расположение частей тела. Приведем характерный пример выполнения задания.

КАТЯ В. (гиперметропия средней степени OD, слабой степени OS, амблиопия OD, миопия высокой степени, непостоянное косоглазие с нестабильным углом, острота зрения OD-0,07, OS-0,9; пролапс митрального клапана без регургитации, лямблиоз) долго переключивала формы с одного места на другое словесное определение дала неверно: "Спина у Петрушки находится сбоку, живот – сбоку;" Необходимо отметить, что почти все дети правильно составили Петрушку, но в словесном определении пространственного расположения частей тела затруднялись: путали правую и левую стороны, говорили, что живот и спина находятся сбоку, снизу.

Так же мы отметили затруднения детей в словесном обозначении пространственного расположения деталей одежды, когда, рассматривая брюки и показывая на пояс, дети говорили, что это воротник; путали платье и сарафан, рамки для пуговиц называли дыркой.

При соотнесении с помощью зрения и осязания формы предметов с геометрическими эталонами, дети не могли дать словесного объяснения выполненного задания.

КОЛЯ П. (диагноз: последствие ретинопатии недоношенных, врожденная миопия слабой степени, амблиопия средней степени OS, острота зрения OD – 0.07, OS – 0.4; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, сколиоз, умеренный стеноз аорты, открытое овальное окно) выполнил задание молча, разложил картинки к фигурам верно, но не смог дать словесного объяснения, почему телевизор он соотнес с квадратной формой.

Дети часто выполняли задание молча, когда педагог спрашивал: "Какая это фигура?", – затруднялись ответить. Соотносили пирамидку с прямоугольником, часто квадратные игрушки или предметы соотносили с прямоугольной формой. В исследованиях Л.И. Плаксиной отмечено, что дети среднего дошкольного возраста еще не могут все фигуры соотнести с формой реальных предметов, так как этот процесс у них находится в стадии становления.

Дети правильно определяли величину предметов и называли большой – маленький, толщину предметов толстый – тонкий; но путались в определении длины (длинный-короткий) и ширины (широкий – узкий).

При выявлении умения словесно обозначать и определять направление: вперед-назад, вверх-вниз, направо-налево. Было предложено сделать два шага вперед, три шага назад, посмотреть наверх (вниз), повернуть направо (налево). Характерным для выполнения данного задания было следующее: задание выполняли нерешительно, медленно, были неуверены в определении направлений. НАСТЯ С. (диагноз: косоглазие сходящееся содружественное, амблиопия средней степени, гиперметропия слабой степени, острота зрения OD=0.7, OS=0.3; нарушение осанки) правильно определила верх, низ, сделала шаги вперед, назад, но при определении правой, левой стороны путалась.

Поворачиваясь в право говорила: "Это – лево", потом засомневавшись говорила: "Это – право".

Детям 4 – 5 лет с нормальным зрением были предложены аналогичные задания.

По результатам проведенного исследования необходимо отметить, что дети с нарушением зрения чаще, чем дети с нормальным зрением допускают ошибки в определении правой и левой стороны, путают пространственное расположение частей тела. Тогда как дети с нормальным зрением ошибок не допускали.

Анализируя выполнения заданий данной серии детей 5 – 6 лет необходимо отметить, что при названии и определении местонахождения частей тела, дети путали их названия, заменяли сенсорными эталонами, допускали в ответах неточности.

АНЯ С. (диагноз: гиперметропия, астигматизм, амблиопия слабой степени, острота зрения OD – 0.7, OS – 0.7; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астеноневротическим синдромом, лекарственная и пищевая аллергия, пролапс митрального клапана I степени без регургитации, плоскостопие): " Грудь и желудок у меня внутри". Соотносили части тела с предметами, с геометрическими фигурами и предметами одежды.

САША Н. (диагноз: афакия, экстракапсулярная экстракция катаракты, острота зрения OD – 0.1, OS – 0.9, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, пролапс митрального клапана I степени без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, сколиоз): " Я состою из круга и овала, есть глаза рот и нос, туловище – кофта, спина – сзади, живот впереди, ноги прямоугольники".

При соотнесении формы предметов с геометрическими эталонами дети с косоглазием и амблиопией 5 – 6 лет выполняли задания медленно, долго присматривались к фигурам, использовали непродуктивные способы действия,

определяли форму целого по форме его частей, путали предметы треугольной и прямоугольной форм.

Дети затруднялись расставлять предметы детской мебели в соответствии с предложенной схемой. Приведем пример: САША Б. (диагноз: гиперметропия, астигматизм, рефракционная амблиопия, острота зрения OD – 0.4, OS – 0.4; дискинезия желчевыводящих путей) вначале стал расставлять мебель по своему, без учета заданной схемы. Задание пришлось повторить, потребовалась помощь педагога в разборе схемы. Педагог указывал на предмет в схеме и просил объяснить, что это. После того, как ребенок давал правильный ответ, его просили определить местонахождение предмета, затем найти реальный предмет и правильно расположить его на поверхности стола. С помощью поэтапного объяснения ребенок правильно устроил комнату для куклы. Дети долго приглядывались и разглядывали схему, потом медленно начинали расставлять кукольную мебель. Большинство детей правильно соотносили схематичное изображение и расстановку мебели, но затруднялись рассказать словесно. Все дети правильно определяли середину комнаты, но путались в понятиях "слева – справа".

При самостоятельном составлении схемы и словесном ее обозначении для детей с косоглазием и амблиопией характерна неуверенность в своих действиях. Многие дети при расположении игрушек-схем не использовали всей поверхности листа, рисовали неточно в правом или левом нижнем или верхнем углу, они смещали схему к середине (КАТЯ Т. (диагноз: косоглазие сходящееся содружественное, гиперметропия средней степени, острота зрения OD-0,7, OS-0,7; $<+15^\circ$; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, сколиоз, вегето-сосудистая дистония). Ребенку трудно ориентироваться на листе бумаги, так как у него ограничены зрительные возможности.

Из вышесказанного видно, что у детей с нарушенным зрением возникали трудности при ориентировке в частях тела, тогда как у нормально видящих затруднений не было. Дети с косоглазием и амблиопией редко употребляют в

речи слова, обозначающие пространственные признаки по сравнению с нормально видящими сверстниками. Дети с патологией зрения переносят форму части предмета на весь предмет. При соотношении форм предметов с геометрическими эталонами пользуются самыми непродуктивным способом проб и ошибок, дети с нормальным зрением правильно четко определяют форму предмета и правильно соотносят ее с геометрическими эталонами.

Анализ ответов детей 6 – 7 лет в данной серии заданий показал, что при словесном обозначении пространственного положения предметов относительно друг друга в окружающей обстановке, возникли трудности с определением местонахождения картины и ее словесным определением. ВАСЯ Т. (диагноз: гиперметропия, астигматизм, рефракционная амблиопия высокой степени OS, острота зрения OD – 0.8, OS – 0.3, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом, нервно-артретический диатез, вегето-сосудистая дистония, нарушение осанки) в своих ответах правильно употреблял предлоги: "Стул около стола, кресло – у стенки", – но, – "Картина прилипла к стене".

У детей с косоглазием и амблиопией недостаточен практический опыт, большинство из них не знает, как картина крепится к стене, поэтому у них были неточности в ответах.

Передвигаясь в заданном направлении дети с косоглазием и амблиопией путают правую и левую стороны, затрудняются выполнить задания, не понимают смыслового значения задания "Сделай два шага назад". Некоторым детям команды повторяли два раза. Дети знают правую и левую руку, а стороны путают, это связано со снижением зрительно-пространственного анализа.

При определении формы окружающих предметов и соотношении ее с геометрическими эталонами дети чаще называли круглые предметы, квадратные предметы отмечали меньше, прямоугольную форму предметов увидел только один ребенок. Чаще всего дети сосредотачивают свое внимание на игрушках и отмечают форму части предмета (ручка у шкафа – круглая,

туловище у рыбки – круглое). Для детей с косоглазием и амблиопией характерно выделение части предмета, а не всего предмета в целом.

При составлении схемы дети пропускали расположенные рядом с лечебным кабинетом помещения, считывая пространственное положение предмета, путая левую и правую стороны.

У детей с косоглазием и амблиопией за счет ограниченных зрительных возможностей затруднена ориентировка в пространстве, как мы и предполагали. У детей с нормальным зрением результаты оказались лучше, чем у детей с косоглазием и амблиопией, им требовалось меньше времени на выполнение задания, они были более уверенны и самостоятельны, не искали помощи и поддержки в лице педагога.

Полученные данные приведем в таблице .

Таблица № 3

Характеристика пространственной ориентировки детей с нарушенным и нормальным зрением (в %)

подгруппа	Действия детей по уровням					
	I уровень		II уровень		III уровень	
	с нарушенным зрением	с нормальным зрением	с нарушенным зрением	с нормальным зрением	с нарушенным зрением	с нормальным зрением
4 – 5 лет	23,6	70,6	70,6	29,4	5,8	0,0
5 – 6 лет	17,6	64,7	58,9	35,3	23,5	0,0
6 – 7 лет	43,7	62,5	56,3	37,5	0,0	0,0

3.4. Особенности развития представлений об окружающем мире

Результаты выполнения детьми 4-5 лет заданий третьей серии показали, что при группировке сходных предметов по назначению и названию, дети правильно узнавали и называли предметы, а о назначении данных предметов говорили, исходя из имеющегося практического опыта. СЕРЕЖА И. (диагноз: косоглазие расходящееся непостоянное, амблиопия слабой степени, острота зрения OD – 0.7, OS – 0.7; дисбактериоз): "Ботинки, сандалии, туфли – чтобы

одевать на ноги, ходить на праздник, чтобы не пачкать носки". ТОЛЯ П. (диагноз: врожденный горизонтальный нистагм, гиперметропия высокой степени обоих глаз с астигматизмом, слабовидение, острота зрения OD – 0.15, OS – 0.08; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом, нервно-артретический диатез): "Машина, автобус, самолет, чтобы ездить, летать, возить людей на работу и в детский сад".

Ответы по данному заданию у детей с нарушенным и нормальным зрением были однотипными.

При группировке предметов по форме, цвету и материалу было выявлено, что все дети среднего дошкольного возраста правильно называют предметы. Дети с нарушением зрения долго разглядывали игрушки, присматривались к ним, просили разрешения потрогать руками. Чаще отмечали форму мелких игрушек, а в крупных игрушках ее не замечали. Путали предметы, изготовленные из твердой пластмассы и дерева. Дети с нормальным зрением быстро определяли форму и цвет игрушек, самостоятельно и правильно определяли материал, из которого они изготовлены.

Ответы детей с нарушением зрения на предложение рассказать об уходе за волосами и полостью рта были неполными, дети ограничивались тем, что говорили "чищу щеткой и водой", "чищу волосками от щетки". Часть детей вообще отказывались отвечать на этот вопрос.

Дети с нормальным зрением давали подробные ответы: "утром чищу зубы, на щетку выдавливаю пасту, закрываю колпачок и кладу на место, чищу зубы, чтобы они были белые и не болели". Дети часто говорили название своей зубной пасты, очень подробно рассказывали, как они чистят зубы и зачем им это надо. Дети с нарушением зрения на вопрос: "Как ты ухаживаешь за волосами?" отвечали: "не знаю", "мою мочалкой и водой", "голову надо мыть, а то будет голая". Дети с нормальным зрением отвечали на вопросы более подробно и уверенно, описывали процесс ухода за волосами: "мою шампунью и водой, вытираю, потом расчесываю, мне помогает мама или делаю это сам".

Выполнение детьми 5 – 6 лет данной серии заданий показало, что при определении формы, цвета, вкуса предъявленного овоща дети с нарушением зрения практически не называли фиолетовый и коричневый цвета, путали оранжевый цвет с красным, к форме овощей приглядывались, прибегали к помощи руки, путали круглую и овальную, прямоугольную и овальную формы. Называли вкус продукта по памяти. Мы предложили детям вспомнить, какие на вкус лимон, арбуз, соль, конфета, яблоко. Дети путали вкус лимона, называя его горьким или отказывались называть его вкус. Вкус соли они определили так: горькая, кислая. Дети с нормальным зрением не допускали ошибок при определении формы и цвета. В единичных случаях не могли вспомнить вкус соли, говорили, что она не сладкая, а горькая и кислая. Приведем пример. ВЛАДИК А. (диагноз: миопия высокой степени врожденная с астигматизмом, рефракционная амблиопия высокой степени, острота зрения OD – 0.1, OS – 0.2; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки) перепутал круглую и овальную формы, сказал, что конфеты, яблоко и арбуз вкусные, но не назвал вкусовых качеств.

При определении умения группировать предметы и дифференцировать их внутри одного рода (посуда: чайная, столовая, кухонная) дети с нарушением зрения правильно группировали предметы, но испытывали затруднения при дифференцировке внутри одной группы. ИЛЬДАР Т. (диагноз: косоглазие сходящееся содружественное с центральной фиксацией, анормальная корреспонденция сетчатки, острота зрения OD – 0.5, OS – 0.4, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, нарушение осанки) долго смотрел на посуду, думал, на вопрос педагога: "Как можно распределить посуду?" – ответить не смог. Тогда вопрос изменили: "Покажи, из какой посуды пьют чай?", после этого мальчик показал на чашки и блюдца. Аналогично определил кухонную и столовую посуду. Всем была необходима словесная помощь педагога. Детям с

нормальным зрением помощь педагога нужна была в единичных случаях, с заданием они справлялись правильно и самостоятельно.

Анализ знаний детей об электроприборах и их необходимости в быту показал, что дети с нарушением зрения правильно называли электроприборы, но на вопрос, для чего они нужны, отвечали однотипно, не давали развернутого ответа. Большинство детей не знают, для чего нужен холодильник, используют слова "замораживать молоко", "размораживать", а для чего – не знают. Дети с нормальным зрением отвечают на вопросы полностью и развернуто: "пылесос нужен, чтобы пылесосить ковер, чтобы не было мусора, чтобы было чисто", "плита нужна, чтобы жарить, варить, печь, а потом кушать". Дети понимают необходимость использования холодильника: "чтобы хранить продукты, чтобы они не испортились и не сгнили, чтобы не кисло молоко".

У детей с косоглазием и амблиопией наблюдается обеднение предметно-практического опыта. Отвечая на вопросы: "Для чего нужны воспитатель, повар, прачка, чем они занимаются в детском саду?", дети с нарушением зрения рассказали следующее: "Воспитатель нужен, чтобы ухаживать за детьми; чтобы смотреть за детьми; чтобы дети не баловались; воспитывать детей; чтобы ходить гулять; чтобы командовать; просто нужен". В двух случаях дети не ответили на данный вопрос. Дети с нормальным зрением давали следующие ответы: "воспитатель вместо мамы, когда мама на работе; воспитатель учит детей всему; воспитывает детей, чтобы они хорошими были". Дети с нарушенным и нормальным зрением о необходимости в детском саду повара говорили одинаково: "нужна, чтобы обед варить; кушать готовить; овощи варить; чтобы мы кушали", Среди обследованных детей с нарушением зрения только 3 ребенка ответили, что прачка стирает белье в детском саду, остальные не смогли ответить на этот вопрос. Дети с нормальным зрением на вопрос отвечали вопросом: "это которая лечит нас; которая моет?", остальные дети ответили: "не знаю".

При выполнении задания на распознавание и определение эмоционального состояния по пиктограмме и умение изобразить данную эмоцию на своем лице

дети с косоглазием и амблиопией легко узнавали пиктограммы, на которых были изображены радость, горе, страх. Пиктограмму, обозначающую зло, узнали только 2 ребенка. Дети смогли на своем лице изобразить радостное настроение, горе и страх изобразить затруднялись, показывали только выражением глаз, мимика оставалась спокойной. Изобразить зло не смог никто. Дети с нормальным зрением правильно распознавали пиктограммы, почти не делали ошибок. Изобразить мимическое проявление зла могли не всегда, остальные мимические позы изображали правильно.

Выполнение детьми данной серии заданий показало, что на предложение описать основные признаки предмета, рассказать о его назначении, правилах использования и хранения (нож и ножницы) дети обеих групп рассказывали правильно и развернуто, например, "это ножик, он сделан из металла, а ручка его деревянная, им можно резать хлеб, овощи, колбасу, мясо, хранить его надо в специальной подставке. Обращаться с ножом нужно аккуратно, так как можно порезаться". Надо отметить то, что дети с нарушением зрения говорили, что с ножиком и ножницами нужно обращаться аккуратно, так как можно поранить глаза, а дети с нормальным зрением говорили, что можно порезать руку, палец, и только два ребенка вспомнили о глазах.

О предметах быта, техники и умению ими пользоваться дети с нарушением зрения отвечали, исходя из своего практического опыта. В качестве примера приведем ответ ОЛИ С. (диагноз: оперированное косоглазие, острота зрения OD – 1,0 ,OS – 1,0; последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астеноневротическим синдромом, лекарственная и пищевая аллергия, сколиоз) "телефон нужен для того, чтобы звонить и общаться друг с другом, телевизор необходим для того, чтобы смотреть мультики, новости и разные другие передачи". Дети с нарушением зрения узнают и называют электроприборы, рассказывают о их назначении в быту: "на плите варят суп и жарят картошку", "швейная машина шьет платья", "будильник, чтобы зазвенел рано утром", "телефон, чтобы попросить о помощи". На вопрос о том, как пользоваться тем или иным прибором, дети

затруднялись ответить. С помощью наводящих вопросов дети с нарушением зрения пытались сказать, что электроприборами надо пользоваться сухими руками, брать за вилку и не за шнур, вытирать пыль сухой тряпкой, когда электроприбор отключен.

Дети с нарушением зрения на вопросы о знании электроприборов, о необходимости их в быту и умении ими пользоваться отвечали однотипно, не давая развернутых ответов. Дети с нормальным зрением отвечали полно и развернуто.

При определении умения детей узнавать мимическое проявление эмоций по пиктограмме, давать объяснение, по какой причине у человека может быть такое выражение лица, дети с нарушением зрения испытывали затруднения в узнавании и объяснении пиктограмм, обозначающих мимические проявления удивления и злости. Часто звучали ответы "не знаю", но некоторые дети, правильно узнав пиктограмму говорили: "удивился, потому что происходит чудо".

В узнавании и объяснении других пиктограмм у детей трудностей не возникало. Ребята правильно узнавали и объясняли эмоции. Необходимо отметить, что дети с нормальным зрением давали более полные ответы определения грусти: "когда человека уволили", радости: "когда надо идти в школу", "когда идут в детский сад", "когда человек нашел работу"; горе: "когда мама умирает, а папа уезжает".

Дети с косоглазием и амблиопией распознавали не все эмоциональные состояния, большинство мимических проявлений эмоций изобразить не смогли, а дети с нормальным зрением почти все задания выполняли правильно.

По результатам данного обследования уровень развития навыков представлений об окружающем мире детей с косоглазием и амблиопией ниже, чем у их сверстников с нормальным зрением.

Полученные данные приведем в таблице.

**Характеристика представлений и ориентировки
в окружающем мире (в %)**

подгруппа	Действия детей по уровням					
	I уровень		II уровень		III уровень	
	с нарушен- ным зрением	с нормаль- ным зрением	с нарушен- ным зрением	с нормаль- ным зрением	с нарушен- ным зрением	с нормаль- ным зрением
4 – 5 лет	41,2	58,8	58,8	41,2	0,0	0,0
5 – 6 лет	11,8	58,8	76,4	41,2	11,8	0,0
6 – 7 лет	50,0	62,5	50,0	37,5	0,0	0,0

Из вышесказанного можно сделать следующий вывод:

- дети с косоглазием и амблиопией из-за монокулярного характера зрения и снижения зрения испытывают значительные трудности при определении насыщенности цвета, оттенков и светлоты предметов, величины объемных предметов. Восприятие объектов замедленное, фрагментарное, носит неточный характер, поэтому практический опыт детей с нарушением зрения значительно беднее. Недостаточность зрительно-двигательной ориентации обуславливает наличие ошибок при определении правой и левой сторон, обозначении пространственного расположения частей тела, овладении пространственными терминами. Такие признаки пространства, как удаленность, глубина, объем трудно поддаются анализу при монокулярном характере зрения, что обуславливает недостаточность зрительно-пространственной ориентировки;
- выделены три уровня познавательных возможностей детей, на основе которых целесообразно объединить их для специальных коррекционных и общеобразовательных занятий в подгруппы или индивидуально;
- из-за осложненного состояния здоровья и особенностей познавательных возможностей разный уровень ориентации требует специальных условий для осуществления индивидуальной и дифференцированной помощи;
- если не осуществлять индивидуальный и дифференцированный подходы, то детям будет трудно достигнуть результата в каком-либо виде деятельности.

Глава 4. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

4.1. Дифференцированная медицинская помощь детям

Для достижения положительных результатов восстановления зрения и подготовки детей к обучению в школе, необходима правильная организация всей системы лечения, воспитания и обучения, для этого педагоги должны знать особенности данной патологии зрения, принципы лечения и условия, необходимые для успешных занятий, игр и других видов деятельности (Л.И. Плаксина, 1998).

Проведенный анализ состояния здоровья детей позволил нам разработать модель комплексной медицинской и педагогической помощи детям с косоглазием и амблиопией.

Рассмотрим содержание работы медицинских специалистов, осуществленной в процессе формирующего эксперимента.

После осмотра врачом-офтальмологом детям назначалось соответствующее аппаратное и медикаментозное лечение, которое проводили медицинская сестра-ортоптистка, методист лечебной физкультуры, психоневролог, педиатр и другие.

Лечение амблиопии включало в себя весь комплекс современных общепризнанных методов лечения зрения, широко представленных в литературе. Рекомендаций врача офтальмолога педагогам по работе с детьми данной категории в литературе недостаточно, роль педагога слабо разработана.

Остановимся на характеристике той помощи, которую получают дети в экспериментальных условиях и которые перейдут затем в практику других образовательных учреждений.

Для лечения амблиопии применялись следующие технологии:

- амблиотренинги (ЛКА, макулостимулятор, макулотестер, амблиотренер), окклюзия, очковая коррекция;
- общие засветы на монобиноскопе по Т.П. Кащенко с матированной фотовспышкой;

- медикаментозное воздействие (минералы и витамины, β -каротин, Сплат, антиоксиданты, биостимуляторы, спазмолитики;
- массаж, точечный акупрессурный массаж, пальминг, базовые глазные упражнения.
- Для лечения детей с косоглазием и амблиопией применялись следующие виды лечения:
- плеоптика (засветы общие через матовый или зеленый фильтр, засветы по Э.С. Аветисову, Т.П. Кащенко);
- ортоптика (синоптор: развитие бификсации, бифовеального слияния, фузионных резервов, стереоскопических фузий, устойчивости фузионных резервов и стереопсиса); офтальмологический лечебно-тренировочный комплекс;
- диплоптика, хромодиплоптика, методика Баголлини;
- медикаментозное лечение (нейротрофические препараты, антиоксиданты, биостимуляторы, травы, гомеопатическое лечение, мультивитаминные комплексы с минералами, Беттакаротиноиды);
- электрофизиолечение (электрофорез на воротниковую зону с но-шпой, дибазолом, глюконатом кальция);
- электростимуляция офтальмологическая (на базе детского офтальмоцентра);
- лазерплеоптика (на базе детского офтальмоцентра);
- паттернстимуляция (на базе детского офтальмоцентра);
- массаж релаксирующего воздействия на позвоночник;
- лечебная физкультура с элементами миофасциальной релаксации.

Некоторым отдельным пациентам назначалась остеопатия, су-джок и другие нетрадиционные методики воздействия.

Весьма важно было решить вопрос о взаимодействии педагогической коррекции с лечебными процедурами.

Педагогам давали рекомендации по посадке детей во время занятий, освещению рабочего места, дозированным зрительным нагрузкам, правильному

изготовлению и использованию дидактических пособий с учетом остроты и характера зрения, структуры дефекта.

В соответствии с рекомендациями Л.И. Плаксиной (1985, 1999) детей, которые проходят плеоптическое лечение, направленное на повышение остроты зрения, необходимо учить нанизывать бусы разного размера на нитки разной толщины, работать с контурными изображениями, учиться обводить их через кальку, выкладывать рисунки из мозаики разного размера, которые сочетают в себе задачи развития и активизации зрения с коррекцией зрительного восприятия.

В период ортоптического лечения, которое направлено на исправление косоглазия и выработке фузии, воспитатели проводили занятия на совмещение двух изображений, составление из частей целого предмета, игры в бильярд, с мячом и кеглями.

По результатам осмотра психоневролога сложилось несколько подгрупп детей. Детям, страдающим нервно-психическими заболеваниями было организовано лечение и распорядок дня сообразно их особенностям.

Рассмотрим характеристику медицинских предписаний по видам заболеваний.

Неврозоподобный синдром.

Медикаментозное лечение назначается в индивидуальном порядке и включает в себя общеукрепляющие (витамины, биостимуляторы); седативная терапия; ноотропы; физиолечение (электрофарез по Щербаку с гумизолом и хлористым кальцием).

Астеноневротический синдром.

Медикаментозное лечение включает в себя общеукрепляющие (витамины, биостимуляторы, глюконат кальция, фолиевая кислота); седативные препараты, физиолечение (электрофарез по Щербаку с гумизолом и хлористым кальцием), фитотерапия.

Эпилептиформный синдром.

Медикаментозное лечение, которое включает ноотропы, транквилизаторы (при необходимости нейролептики), витаминотерапия, физиолечение.

Церебростенический синдром.

Медикаментозное лечение, которое включает общеукрепляющие, витаминотерапию, ноотропы, физиолечение, лечебную физкультуру.

Гидроцефальный синдром.

Медикаментозное лечение включает в себя рассасывающую терапию, мочегонные, общеукрепляющие.

Гипердинамический синдром.

Медикаментозное лечение включает в себя седативную и рассасывающую терапию, малые транквилизаторы и нейролептики, фитотерапию (мочегонные отвары трав).

Синдром псевдоаутизма.

Медикаментозное лечение включает в себя ноотропы.

Остановимся на рекомендациях **по педагогической коррекции** в работе с детьми, страдающими нервно-психическими расстройствами.

1. Создание определенных условий:

- создать обстановку, приближенную к домашней;
- рекомендуется частая смена видов деятельности, не допуская переутомления;
- четко определить образовательную и лечебную нагрузку на ребенка;
- продумать для занятий индивидуальные задания с частой их сменой;
- ограждать от стрессовых ситуаций в детском саду и дома;
- не оставлять одного в незнакомой ему обстановке;
- исключить психотравмирующую ситуацию, оградить ребенка от этого (строго предупредить родителей);

2. Оказание помощи:

- постоянная поддержка в виде поощрения со стороны педагогов;

- необходимы закаливающие процедуры;
- рекомендуются занятия лечебной физкультурой и ритмикой;
- предложить заниматься в театральном кружке;
- необходимы отвлекающие мероприятия по преодолению плаксивости и капризности;
- работа с психологом;
- рекомендуется проведение психогимнастики;

3. Методика работы:

- не разговаривать с ребенком громко, все вопросы решать в спокойной доброжелательной форме;
- полноценно отвечать на вопросы ребенка, ориентируя его в неизвестном;

4. Задачи:

- воспитывать уверенность в себе;
- воспитывать умение доводить начатое дело до конца;

Необходимо отметить, что при каждом синдроме существуют индивидуальные рекомендации по работе с ребенком.

Неврозоподобный синдром:

- обратить особое внимание на сервировку стола и подачу пищи, привлекать ребенка к сервировке: предложить разложить хлеб в хлебницу, предварительно понюхав и потрогав его;
- вызвать чувство голода перед приемом пищи с помощью сохранных анализаторов, рекомендовано провести экскурсию на кухню, обговорить с ребятами меню, попросить угадать по запаху, что приготовил повар;
- во время дневного засыпания побыть рядом с ребенком, успокаивая его, спеть колыбельную или включить спокойную музыку.

Астеноневротический синдром:

- создать условия в период адаптации после длительной болезни, продумывая пребывание близких людей в группе;

- отвлекающие и переключающие занятия по сглаживанию патологических проявлений (слез, обид, тоски и т.д.);

Гипердинамический синдром:

- снять гиперактивность ребенка, создавая условия для спокойных занятий и игр;
- приобщать ребенка к занятиям физкультурой и спортом с применением игр малой подвижности с релаксационными упражнениями;
- в подвижных играх упражнять детей подчинению цели игры;
- учиться понимать и действовать сообразно правилам: "нельзя" и "надо" (В.И. Гарбузов, 1996);
- создавать релаксационные условия при отходе к дневному сну;
- чаще привлекать к выполнению трудовых поручений.

Эпилептиформный синдром:

- в моменты возбуждения и двигательных бурь создавать обстановку эмоционального покоя;
- в период апатии и безразличия к окружающим стимулировать ребенка к участию в играх и занятиях;
- следить за соответствием нагрузки, чередованием отдыха и труда для профилактики судорожных параксизмов.

Церебростенический синдром:

- сочетать задачи по развитию зрительного восприятия и ориентировке в пространстве с упражнениями двигательного характера, не допуская перегрузок как на зрение, так и общие интеллектуальные перегрузки;
- предупреждать утомление, давая отдых во время занятий;
- упражнять память, используя предметно-практические формы организации жизнедеятельности ребенка;
- упражнения для развития мелкой моторики сочетать с развитием целенаправленных умственных усилий на достижение результата.

Гидроцефальный синдром:

- избегать длительного пребывания на солнце, организуя игры в тени;
- исключить упражнения с перегрузками на качелях, каруселях с кружением;

Синдром псевдоаутизма:

- мягкое и ненавязчивое вовлечение ребенка в деятельность и в контакт с окружающими;
- осуществлять подготовительную работу при перемене задания, обстановки или обстоятельств, напоминая об этапах работы, если ребенок забыл.

Незнание педагогами и родителями характеристики синдромов и их своеобразия проявлений у детей с косоглазием и амблиопией может привести:

- к ухудшению состояния здоровья ребенка (усиление симптомов болезни);
- к возникновению психотравм у ребенка;
- к обострению негативных черт характера (становится более упрямым, обидчивым и агрессивным);
- к увеличению конфликтных ситуаций, которые могут иметь затяжной характер.

Необходима соответствующая работа с родителями в форме:

- консультаций психолога и бесед с психиатром для снятия напряжения у родителей, связанного с неуверенностью в результатах лечения детей;
- бесед – о снятии патологических нервно-психических проявлений у ребенка;
- убеждение в важности благоприятного микроклимата в семье, как первого требования и необходимости для стабилизации здоровья ребенка;
- знакомство родителей с индивидуальными планами коррекционной работы с ребенком, о необходимости продолжения ее в домашних условиях;
- убеждение родителей в необходимости системного лечения и важности исполнения рекомендаций врача психоневролога;
- встречи родителей с психоневрологом и педагогами.

Было обнаружено, что наряду с психо-неврологическими отклонениями у детей имеются заболевания желудочно-кишечного тракта, которые требуют внимания не только со стороны медицины, но и со стороны педагогов.

В связи с этим по рекомендации **гастроэнтеролога** сложилось восемь подгрупп. Для каждой подгруппы и с учетом индивидуальных особенностей было назначено медикаментозное лечение и прописаны методические рекомендации для организации жизнедеятельности детей.

Медикаментозное лечение детям, страдающим **дискинезией желчевыводящих путей**, включало в себя желчегонные отвары трав (постоянно): тысячелистник, кукурузные рыльца, пижма, шиповник, бессмертник (принимать одну траву в течение 10 дней с последующей заменой), а также медикаментозное лечение оксафеномид (1/2 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 10 дней). При его назначении прием травы исключается, а ребенок посещает занятия лечебной физкультурой, где выполняются специальные упражнения, уменьшающие спастические явления в кишечнике и оказывающие массирующее действие на все внутренние органы, улучшая кровообращение брюшной полости (Э. Соколова, 1997). А как известно, дискинезия желчевыводящих путей может быть причиной не только воспаления желчевыводящих путей, но и желчекаменной болезни.

Детям, страдающим **гастродуоденитом**, гастроэнтеролог рекомендует:

- маалокс (1/2 пакета 3 раза в день в течение месяца);
- метилурацил (внутри 3 недели);
- поливитамины.

Детям, страдающим **дисбактериозом**, назначаются витамины группы B5 и B15 в течение одного месяца, бифидумбактерин в течение 1,5 месяцев, трихопол 3 курса по 5 дней с перерывами в три дня. Затем проводят фитотерапию.

Детям, страдающим **расстройством кишечника**, гастроэнтеролог назначает валериану по 1 таблетке 3 раза в день, курс витаминов B5 и B15 в течение месяца. Рекомендует добавлять пшеничные отруби в компот, кисель и

суп всего 3 чайной ложки в день. Принимать минеральную воду "Ессентуки" перед едой и обязательная лечебная гимнастика.

Детям, страдающим **колитом**, назначаются ферменты, антибактериальная терапия, витамины, иммуномодуляторы.

При заболеваниях **лямблиозом** назначается трихопол по 5 дней в три курса с перерывом в три дня. Как правило, лямблиоз сопровождается дискинезией желчевыводящих путей, поэтому лечение носит длительный характер.

При **нервно-артретическом диатезе** назначается успокоительная терапия (валериана), молочно-растительная диета, минеральная вода, фитотерапия.

Педагогическая коррекция включает ряд медицинских рекомендаций:

- профилактика переутомления детей;
- охрана ребенка от стрессовых ситуаций;
- щадящие и закаливающие мероприятия;
- просветительская работа с родителями;
- системный контроль врача гастроэнтеролога за назначением и лечением;
- индивидуально для каждого ребенка с учетом состояния здоровья обеспечить рациональность питания;
- достаточное пребывание на свежем воздухе.

Врач кардиолог, наблюдая детей с диагнозом **умеренный стеноз аорты, открытое овальное окно** в динамике, назначает электрокардиограмму 1 раз в 6 месяцев, и эхокардиограмму 1 раз в 6 месяцев с одновременным лечением витаминами.

Педагоги, работающие с таким ребенком, выполняют следующие рекомендации врача:

- дозирование физической нагрузки по рекомендации врача кардиолога;
- индивидуальные занятия лечебной физкультурой;
- исключение из участия в соревнованиях и эстафетах, где требуются эмоциональные и физические нагрузки.

Дети с заболеванием **пролапс митрального клапана** (нарушение ритма) I степени без регургитации, при наличии транзиторной миокардиодистрофии в начальной стадии не жалуются на усталость, внешне можно заметить одышку. Только с помощью электрокардиограммы и эхокардиограммы врач может определить наличие заболевания. Для этого назначается электрокардиограмма один раз в год и эхокардиограмма один раз в год, а также проводит витаминотерапию, назначает панангин полтаблетки 3 раза в день курсом в 14 дней, повторяющимся через 2 – 3 месяца. Рекомендована щадящая физкультура без большой физической активности. Так как у ребенка наблюдается быстрая утомляемость и периодические боли в области сердца, необходимо систематическое и регулярное наблюдение врача кардиолога.

Дети с диагнозом **вегето-сосудистая дистония** врачом кардиологом наблюдаются постоянно, назначается электрокардиограмма один раз в год, общеукрепляющие, седативные препараты, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, в зависимости от индивидуальных проявлений вегето-сосудистой дистонии.

Педагоги должны обеспечивать соответствующий распорядок занятий, труда и отдыха в течение всего дня; предотвращать нервные перенапряжения; соблюдать назначения врача.

При нарушении опорно-двигательного аппарата врач ортопед предлагает соответствующие рекомендации для работы с детьми, имеющими нарушения осанки:

- правильное освещение рабочего места;
- следить за рабочей позой во время сидения, чаще давать задания работать стоя, лежа;
- дозировать нагрузки на позвоночник;
- соответствующее питание;
- ровная жесткая постель без подушки;
- подвижные игры с упражнениями для позвоночника;
- массаж спины, стопы и голени;

- ходьба босиком по различным поверхностям, массирующим стопу;
- специальная лечебная физкультура.

Для детей с разными видами нарушения осанки разработаны комплексы коррекционных упражнений. Длительность проведения каждого комплекса составляет не менее 1 – 1,5 месяца, в зависимости от тяжести нарушения осанки и задач коррекции, а так же запущенности данного состояния и деформированности костно-мышечной системы, для исправления которой требуется длительное и систематическое лечение. При этом, специалист по лечебной физкультуре проводит занятия с детьми с учетом рекомендаций других медицинских специалистов – гастроэнтеролога (для детей с дискинезией желчевыводящих путей), кардиолога (для детей с вегето-сосудистой дистонией), где дети выполняют упражнения специальной направленности.

Таким образом, выполнение назначений разных медицинских специалистов контролируется этими же специалистами совместно с врачом педиатром. Результаты обсуждаются на медико – педагогических советах и консилиумах.

4.2. Организация индивидуальной и подгрупповой коррекционной работы

Исходя из особенностей детей с косоглазием и амблиопией следует выделить ряд системных направлений:

- создание лечебно-педагогических условий, организации коррекционно-педагогических занятий и проведение лечебной работы, как комплексной системы (Л.И. Плаксина, 1998);
- соотнесение деятельности педагогических и медицинских специалистов сообразно интересам и потребностям детей;
- разработка наиболее оптимальных путей и средства индивидуального и дифференцированного подходов к содержанию и формам коррекционно-развивающей работы в тесном взаимопроникновении задач лечения зрения и улучшения состояния здоровья.

Остановимся на общих методических принципах или положениях организации коррекционной помощи детям с нарушениями зрения. Эти принципы систематически изложены в монографии Л.И. Плаксиной. Мы привнесли некоторые конкретные разработки, связанные с практической стороной их внедрения в практику. Первое, что было разработано – это система профилактических, медицинских и педагогических мероприятий, осуществляемых комплексно и взаимосвязано.

Второе – это постепенность введения ребенка с нарушением зрения в различные виды детской деятельности: игру, обучение, труд и другое и дозирование содержания сообразно познавательным возможностям каждого ребенка.

Третье – это формирование компенсаторных и социально – адаптивных возможностей в процессе специальной коррекционной помощи.

В коррекционной работе сочетались разные формы организации: фронтальные (во время прогулок) с дифференцированными и индивидуальными (во время специальных занятий и бытовой деятельности).

Развивая принцип оптимальной организации коррекционной помощи, удовлетворяющей потребности детей было выделено: адекватность содержания педагогического воздействия состоянию познавательных возможностей ребенка; направленность коррекционной работы, ее процессов, содержания, средств и методов на достижение целей коррекции с учетом глубокого и всестороннего знания особенностей развития ребенка; обеспечение тесного взаимодействия педагога и ребенка, при котором ребенок достаточно активно взаимодействует.

Принципиально важно было, чтобы построение коррекционной работы предстало как единое целое образование. Содержание отдельных составных частей которого можно было логически сочетать и дополнять одно другим.

Следовало учесть ряд простых требований такого характера как:

- коррекционное обучение должно быть по возможности простым и естественным, базируясь на принципах коррекционно-развивающего обучения;
- логическое сочетание индивидуальной и дифференцированной коррекционной работы особенно с теми детьми, которые трудно адаптируются в окружающей действительности, поэтапное введение ребенка в подгрупповое и групповое общение;
- сочетание задач коррекционно-педагогической работы с рекомендациями медицинских специалистов, при постоянном патронировании их медицинскими работниками во время педагогических мероприятий.

Была создана модель системного комплексного интегрированного подхода к воспитанию, обучению и лечению детей со зрительной депривацией, которая предусматривает **создание условий и перестроение структуры и организации развивающей среды** в детском саду, состоящей из наличия двух блоков. В первом блоке размещены медицинские помещения, в которых осуществляется лечебно-восстановительные мероприятия: офтальмологической помощи, фитокабинет, фитобар, комната для приема кислородного коктейля, кабинеты специалистов (педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, ортопеда) и педагогические помещения, в которых осуществляется коррекционно-развивающая работа: кабинеты тифлопедагогов, психолога, логопеда, зал для проведения лечебной физкультуры, игротека с набором сюжетно-ролевых и дидактических игр, где предусмотрены занятия по развитию социально-адаптивного поведения для детей с нарушением зрения.

Во втором блоке организована общеобразовательная деятельность: дети занимаются математикой, ручным трудом, развитием речи и ознакомлением с окружающим миром, изобразительной деятельностью, имеется спортивный и музыкальный залы, соответственно оформленные и оснащенные специальным оборудованием.

Организована работа дежурной спальни, где дети по мере необходимости могут отдохнуть. В дежурной столовой можно сохранить для ребенка горячий

обед, если он задержался на процедурах, или же медленно в сравнении с другими принимает пищу, а так же дети, принимающие дополнительное питание, могут спокойно прийти выпить сок, съесть овощи и фрукты.

Физкультурное оборудование, пособия для организации сюжетно-ролевых игр, наборы для показа кукольного театра, уголки уединения размещены как в игровых комнатах, так и в других помещениях: холле, спальнях, музыкальном зале, раздевалке. Такое размещение пособий позволяет детям самостоятельно найти занятие, уединиться с любимой игрушкой и так далее.

Наличие модульной мебели, быстрое перестроение интерьера помещений позволяет ребенку быстрее осваивать общение с окружающей средой, развивать мобильность и усиливает развитие адаптивных навыков.

Организация экологических уголков несет в себе важное коррекционное значение в развитии любви к живой природе и снимает многие негативные эмоциональные переживания.

Пособия для различных видов деятельности размещены доступно для детей, а результаты самостоятельной деятельности они свободно демонстрируют родителям, так как ежемесячно организуются выставки детского творчества.

Для укрепления зрения во многих помещениях, там, где это целесообразно, на стенах и потолке размещены офтальмотренажеры, которые используются для снятия зрительного утомления и упражнения зрения, развития зрительного восприятия и ориентировки в пространстве.

Расположение мебели и игрушек в групповой комнате осуществлено так, что позволяет детям организовывать игры и занятия по интересам как индивидуально, так и небольшими подгруппами в удобных для них местах.

Организация предметно-пространственной среды согласуется с принципами индивидуальной и дифференцированной подгрупповой работы с детьми, а также задачами программы под редакцией Л.И. Плаксиной (1998), в

которой даны рекомендации к организации и проведению общеобразовательных и коррекционных занятий.

4.3. Методика работы с детьми в условиях индивидуального и дифференцированного подходов

Наряду с созданием коррекционно-развивающей среды при переходе на блоковую систему, мы также отошли от комплектования групп детей по возрастному принципу. Проведение игр, занятий труда с небольшими подгруппами осуществляется с учетом развития познавательных возможностей ребенка, что не всегда соответствует биологическому возрасту.

При этом мы считаем необходимым соблюдать ряд условий организации общения детей разных возрастов, выдвинутых Я.И. Ковальчук (1981):

- чтобы общение было успешным, нужно, чтобы оно было регулярным, а не от случая к случаю;
- работа заранее должна быть спланирована;
- необходимо предварительно инструктировать старших, объяснять, как следует обучать малышей определенным навыкам, подчеркнуть, что помогать им можно только в тех случаях, когда им трудно справиться самостоятельно.

Особенности и критерии объединения детей в подгруппы:

- для занятий лечебной физкультурой это медицинские показатели здоровья и осанки детей, а также психологической готовности общения в группе;
- для формирования подгрупп по ритмике – это уровень двигательных навыков и общий уровень развития;
- для проведения музыкальных занятий дети делятся на подгруппы с учетом развития музыкального слуха, певческих данных, а также общего развития;
- определение в подгруппы для занятий изобразительной деятельностью идет с учетом состояния зрения, навыков изобразительности, психоэмоционального состояния;

- для занятий тифлопедагогов критерием деления по подгруппам были состояние зрения, этапы лечения зрения, уровни развития представлений о предметном мире, ориентировки в пространстве, представлений об окружающем мире и уровня коммуникативной деятельности;
- для формирования подгрупп при проведении занятий познавательного цикла учитывали уровень развития речи, мышления, памяти и внимания детей и коммуникативных навыков, а также эмоционально-поведенческих характеристик.

Остановимся на описании характеристики детей разных подгрупп для коррекционных занятий в зависимости от уровня развития.

Дети, входящие в первую подгруппу, активны, проявляют большой интерес к игре и занятиям, быстро и самостоятельно выполняют задания педагога. Во второй подгруппе дети второго уровня развития требуют в любой деятельности помощи педагога, менее активны, задания выполняют значительно медленнее, а допуская ошибки, не всегда самостоятельно их замечают и исправляют. В третьей подгруппе объединены дети третьего уровня, которые в большинстве своем не проявляют большого интереса к занятиям, испытывают затруднения из-за чего отказываются выполнять задания, мало инициативны, замкнуты, трудно общаются друг с другом.

Опыт показывает, что при проведении фронтальных занятий педагоги чаще уделяют внимание активным детям, которые быстро и хорошо справляются с заданием, а дети, у которых имеются в чем-то затруднения, часто остаются без достаточной помощи педагога, тогда как им также необходима индивидуальная помощь, позволяющая детям продвинуться в своем развитии.

Поэтому объединение детей с третьим уровнем развития педагог выстраивает с учетом конкретной задачи по развитию каждого ребенка, при этом уровень дидактических требований к каждому предъявляется индивидуально.

Детям всех уровней развития необходим индивидуальный подход.

Детям первой подгруппы сообразно их познавательным возможностям могут предъявляться более высокие требования из различных программ массового детского сада.

Детям второй подгруппы необходим индивидуальный подход при подборе программы в зависимости от продвинутости ребенка, так как некоторые из них приближены к первому уровню, а другие приближены к третьему. Им необходима помощь в тех видах деятельности, где особенно не хватает уверенности в своих умениях, при этом каждому ребенку оказывается специфическая помощь.

Для детей третьего уровня развития требуется перераспределение учебного материала, так как скорость овладения знаниями замедленна, материал предлагается в соответствии с уровнем познавательных возможностей и работоспособности.

Ориентация на уровень развития и личностные особенности воспитанников, учет их индивидуальных особенностей и становление психики предусматривает плавный переход детей из одной подгруппы в другую при определенных условиях коррекционной помощи и является главным условием успешности индивидуализации и дифференциации в обучении, воспитании и лечении детей с нарушением зрения.

При этом они имеют возможность получать дополнительные занятия и посещать кружки, организованные в дошкольном учреждении.

Детям, которые испытывают трудности в каком-либо виде занятий фронтального характера (например, математике) организуем индивидуальные занятия, а по мере продвижения его в этой области, постепенно переводим ребенка в общую группу. Следует заметить, что объединение детей в подгруппы предусматривает иногда пребывание ребенка в разных группах, например, по уровню развития представлений о предметном мире ребенок попал в первую группу, по ориентировке в пространстве – во вторую. Тифлопедагог, занимаясь с ребенком сообразно его познавательным

возможностям осуществляет более тонкую дифференциацию в зависимости от успешности ребенка в различных видах деятельности.

Рассмотрим данные состояния здоровья детей из разных подгрупп.

Таблица № 5

Характеристика состояния зрения и здоровья детей (в %)

Уровень развития познавательных возможностей детей	I	II	III
Общее кол-во	26	34	40
Данные офтальмолога	высокая степень амблиопии	30	23
	средняя степень амблиопии	23	12
	низкая степень амблиопии	31	47
	без амблиопии	16	18
Данные психоневролога	61	64	75
Данные гастроэнтеролога	84	76	65
Данные кардиолога	7	17	30
Данные ортопеда	92	94	100
Данные педиатра	II группа здоровья	54	41
	III группа здоровья	46	53
	IV группа здоровья	-	6

Как видно, из всех трех групп детей самая сложная по состоянию здоровья третья группа, видимо, с этим связаны многие трудности и особенности познавательного развития, возникающие у детей в процессе обучения и воспитания.

Этим же можно объяснить их малую успешность при овладении знаниями, навыками и умениями по различным видам детской деятельности, а также трудности общения с окружающим миром и своими сверстниками.

Вот почему для каждого ребенка в индивидуальном порядке разрабатываются медицинские и педагогические мероприятия. Рассмотрим на примере индивидуальные программы для детей с разными уровнями развития.

АНЯ С.

Информационно-диагностическая карта с рекомендациями педагогических и медицинских специалистов по лечению и проведению занятий

Данные медицинских специалистов:

	офтальмолог	психоневролог	ортопед	гастроэнтеролог	кардиолог
до эксперимента	гиперметропический астигматизм, амблиопия слабой степени; острота зрения OD=0,5, OS=0,3; < 0°	последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астеноневротическим синдромом	плоскостопие	лекарственная и пищевая аллергия	пролапс митрального клапана I степени без регургитации
Заключение педиатра: III группа здоровья					
Назначения и рекомендация					
	Освещение хорошее. Посадка 1 ряд фланг. Пособия средних размеров без окантовки. Цветовая гамма основных цветов и оттенков	Общеукрепляющие препараты закаливание, ножные ванны с пустырником, настойка китайского лимонника, заманихи, инъекции алоэ	Занятия лечебной физкультурой в 1 подгруппе 3 раза в неделю, массаж стоп, ортопедические стельки. Общие занятия физкультурой.	Исключение из питания продуктов, вызывающих аллергию (цитрусовые, шоколад, кофе, какао, мед, яйца, морковь, рыба)	Панангин (курсами) 1/2 таб. 3 раза в день, физкультура без соревнований и эстафет. Электрокардиограмма, эхокардиограмма 1 раз в год
после эксперимента	Острота зрения OD-1,0, OS- 1,0	улучшение	улучшение	без перемен	улучшение

Данные педагогических специалистов.

	Тифлопедагог	Воспитатель	Ритмика	Лечебная физкультура	Музыка
До эксперимента	1	1	1	1 плоскостопие	1
<p>Педагогическая характеристика : Девочка соматически ослаблена, часто болеет простудными заболеваниями, длительное время не посещает дошкольное учреждение. В те дни, когда ребенок в группе, очень активна, с детьми складываются доброжелательные отношения, любит выполнять разные поручения, начатое дело доводит до конца. Аня проявляет инициативу в организации различных игр. На занятиях готова всегда ответить на поставленный вопрос, выполнив свое задание, помогает другим ребятам.</p> <p style="text-align: center;">Рекомендации специалистам</p> <p><u>Воспитателю:</u> приобщать ребенка к занятиям театральной деятельности и вокальному пению; чаще поощрять за успехи, так как благоприятный психоэмоциональный тонус оказывает положительное влияние на соматическое здоровье ребенка; предлагать выполнять те или иные поручения с младшими детьми, оказывая им посильную помощь при необходимости.</p> <p><u>Тифлопедагогу:</u> Предлагать дидактические игры на развитие сообразительности и любознательности. При обучении обратить внимание на планирование работы, последовательное выполнение, достижение результата.</p> <p><u>Учителю ритмики:</u> Закреплять умение выполнять легкий пружинящий шаг, легко и энергично скакать с ноги на ногу. Учить свободно ориентироваться в пространстве, согласовывать движения с музыкой, развивать творческие способности, умение использовать знакомые движения в инсценировке песен и сказок.</p> <p><u>Музыкальному руководителю:</u> Развивать музыкальный слух и восприимчивость музыки, привлекать к сольному пению с последующим выступлением на развлечениях.</p> <p><u>Методисту по лечебной физкультуре и массажисту:</u> Выполнение назначений врача ортопеда.</p>					
После эксперимента	1	1	1	1 плоскостопие	1

САША Н.

Информационно-диагностическая карта с рекомендациями педагогических и медицинских специалистов по лечению и проведению занятий

Данные медицинских специалистов:

	офтальмолог	психоневролог	ортопед	гастроэнтеролог	кардиолог
до эксперимента	афакия, экстракапсулярная экстракция катаракты, острота зрения OD=0,08, OS=0,8; < +10° непостоянный с интраокулярными линзами	последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом	плоская спина	дискинезия желчевыводящих путей	пролапс митрального клапана I степени без регургитации
Заключение педиатра: III группа здоровья					
Назначения и рекомендация					
	Освещение яркое, но не слепящее. Посадка 1 ряд центр. Пособия средних и крупных размеров с окантовкой. Цветовая гамма яркая, насыщенная, разнообразная	Оратат калия, новопассит, отвары седативных и мочегонных трав, электрофорез с гумизолом на шейный отдел позвоночника	Занятия лечебной физкультурой в 3 подгруппе 2 раза в неделю с формированием мышечного корсета, общий массаж, массаж стоп. Общие занятия физкультурой.	Желчегонные отвары: тысячелистник, кукурузные рыльца, шиповник, бессмертник, оксафеномид 1/2 таб. 3 раза в день, лечебная физкультура	Панангин 1/2 таб. 3 раза в день, физкультура без соревнований и эстафет. Электрокардиограмма, эхокардиограмма – 1 раз в год
после эксперимента	острота зрения OD=0,4, OS=1,0; < +10° непостоянный с интраокулярными линзами	улучшение, стал спокойнее, усидчивее, быстро усваивает материал	улучшение	улучшение	улучшение

Данные педагогических специалистов.

	Тифлопедагог	Воспитатель	Ритмика	Лечебная физкультура	Музыка
До эксперимента	2	2	3	3 (плоская спина)	2
<p>Педагогическая характеристика: Мальчик соматически ослаблен. В силу особенностей нервно-психического здоровья неусидчив, гиперподвижен, с большим трудом сосредотачивает внимание на материале. Только интересные игры и упражнения могут увлечь Сашу. Иногда неуверен в правильности выполнения заданий, ищет поддержку в лице педагога. Очень любит играть, делает это увлеченно и длительное время, его трудно переключить на другой вид деятельности. Во время дневного сна беспокоен, долго не может уснуть. У Саши плохой аппетит, он избирателен в еде.</p> <p style="text-align: center;">Рекомендации специалистам</p> <p><u>Воспитателю:</u> Приобщать Сашу к участию в спортивных мероприятиях. Чаще привлекать к различным трудовым поручениям. На занятиях давать индивидуальную нагрузку. Во время дневного сна помочь ребенку уснуть с помощью колыбельной. Выполнять рекомендации психоневролога по индивидуальной работе с ребенком.</p> <p><u>Тифлопедагогу:</u> Во время любого вида деятельности необходима поддержка в виде поощрения, возможной помощи при выполнении заданий в виде наводящих вопросов. Наряду с выполнением программы особое внимание обратить на развитие скорости и полноты зрительного обследования, формирования зрительно-двигательных умений, планомерного обследования предметов, развития навыков чтения иллюстраций с заслоненностью и зашумленностью изображения.</p> <p><u>Учителю ритмики:</u> В индивидуальном порядке выполнять задания, предусмотренные программой по ритмике. Выполнять несложные творческие задания, инсценирование движений по словам песен. Обратить внимание на улучшение качества подскоков, ритмических хлопков.</p> <p><u>Методисту по лечебной физкультуре:</u> Выполнение назначений врача ортопеда.</p>					
После эксперимента	1	1	2	3 (плоская спина)	1

ЕГОР Ц.

Информационно-диагностическая карта с рекомендациями педагогических и медицинских специалистов по лечению и проведению занятий

Данные медицинских специалистов:

	офтальмолог	психоневролог	ортопед	гастроэнтеролог	кардиолог
до эксперимента	косоглазие сходящееся, с нецентральной фиксацией с вертикальным компонентом <+15° острота зрения без коррекции OD=0,5, OS=0,3; с коррекцией OD=0,5, OS=0,4	последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебральным синдромом	плоская спина	дискинезия желчевыводящих путей	здоров
Заключение педиатра: III группа здоровья					
Назначения и рекомендация					
	Освещение хорошее, Посадка 1 ряд центр. Пособия средних размеров контурированные . Цветовая гамма яркая, насыщенная, разнообразная	Энцефабол, ноотропил (курсами), настойка женьшеня, китайского лимонника, левзея (чередовать)	Занятия лечебной физкультурой в 3 подгруппе 2-3 раза в неделю, массаж спины, соблюдение ортопедического режима. Общие занятия физкультурой.	Желчегонные отвары: тысячелистник, кукурузные рыльца, шиповник, бессмертник, оксафеномид 1/2 таб. 3 раза в день, лечебная физкультура	
после эксперимента	Острота зрения без коррекции OD-0,8, OS- 0,5; с коррекцией OD-1,0, OS- 0,6;	улучшение	-	без перемен	

Данные педагогических специалистов.

	Тифлопедагог	Воспитатель	Ритмика	Лечебная физкультура	Музыка
До эксперимента	3	3	3	3 (плоская спина)	3
<p>Педагогическая характеристика: Егор соматически ослаблен, часто жалуется на боли в голове. Занятия утомляют мальчика, он не успевает вместе с ребятами заканчивать выполнение задания и поэтому сразу отказывается его начинать делать. Если заниматься с ребенком в подгруппе из 2-3-х человек и брать по 1-2 задания в спокойной обстановке, то Егор начинает проявлять интерес и медленно выполнять работу. Больше всего любит рисовать красками и фломастерами. С детьми группы находит общий язык, умеет ладить.</p> <p style="text-align: center;">Рекомендации специалистам</p> <p><u>Воспитателю:</u> По мере утомления на занятии давать отдых, вплоть до прекращения его. Проводить индивидуальную работу по развитию навыков (технических и художественных), в рисовании.</p> <p><u>Тифлопедагогу:</u> Включать Егора в занятия и игры индивидуально или небольшими подгруппами из 2-3-х человек. Занятие растянуть во времени, в зависимости от того, как удобно ребенку. Планировать и проводить игры по развитию зрительного восприятия, ориентировке в пространстве, помнить, что нарушения произошли не только, за счет пониженной остроты зрения, но и как следствие раннего органического поражения центральной нервной системы.</p> <p><u>Учителю ритмики:</u> Учить ритмично маршировать, легко бегать. Делать шаг на всей стопе с продвижением вперед; выставлять ногу поочередно на носок и на пятку.</p> <p><u>Музыкальному руководителю:</u> Заинтересовать ребенка в слушании музыки, рассказать о композиторах, которые ее сочиняют. Привлекать к пению песен из знакомых мультфильмов. Занятие проводить в индивидуальном порядке.</p> <p><u>Методисту лечебной физкультуры:</u> Выполнять рекомендации врача ортопеда.</p>					
После эксперимента	1	1	2	3 (плоская спина)	3

Необходимо отметить, что часть детей по разным причинам не вошли в вышеназванные подгруппы и требуют только индивидуальной работы с ними, рассмотрим некоторые из них.

Информационно-диагностические карты с рекомендациями педагогических и медицинских специалистов по проведению лечебных мероприятий и занятий познавательного цикла детей, подлежащих индивидуальному обучению и воспитанию.

КОЛЯ П. (22.06.93). Ребенок от второй беременности. Беременность протекала нормально, но в 30 недель мама очень сильно упала, что повлекло преждевременные роды. Вес при рождении 2140 грамм. Кормление через зонд, к груди приложили на 10 сутки. Диагноз в роддоме: внутриутробная гипоксия, асфиксия, энцефалопатия. В психофизическом развитии отставал от сверстников.

Данные медицинских специалистов:

	офтальмолог	психоневролог	ортопед	гастроэнтеролог	кардиолог
до эксперимента	последствия ретинопатии недоношенных, врожденная миопия слабой степени, амблиопия средней степени, острота зрения OD=0,07, OS=0,4; <-10°-15° непостоянный	последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом	сколиоз	дискинезия желчевыводящих путей	умеренный стеноз аорты, открытое овальное окно
Заключение педиатра: IV группа здоровья					
Назначения и рекомендации					
	Освещение максимальное, но не слепящее. Посадка в 1 ряд. Пособия крупные с окантовкой в общем плане и фрагментарно. Цветовая гамма насыщенная. Развивать моторную память.	Энцефабол, ноотропил (курсами), настойка женьшеня, китайского лимонника, левзея (чередовать)	Занятия лечебной физкультурой в 4 подгруппе 3 раза в неделю, общий массаж. Занятия общей физкультурой	Желчегонные отвары: тысячелистник, кукурузные рыльца, шиповник, бессмертник оксафеномид 1/2 таб. 3 раза в день. Занятия ЛФК	Электрокардиограмма 1 раз в 6 мес., эхокардиограмма 1 раз в 6 мес., витаминотерапия
после эксперимента	Острота зрения без коррекции OD-0,08, OS-0,5;	улучшение	-	улучшение	-

	с коррекцией OD-0,15, OS-0,7; < 0°-5° непостоянный				
--	---	--	--	--	--

Данные педагогических специалистов.

	Тифлопедагог	Воспитатель	Ритмика	Лечебная физкультура	Музыка
До эксперимента	3	3	3	4 (сколиоз)	3
<p>Педагогическая характеристика: От любого вида деятельности мальчик быстро утомляется, на занятиях не слушает педагога и не принимает участие в них. В усвоении основной программы отстает от сверстников на один год. Во время дневного сна не спит, грызет ногти на руках и ногах. Если ему делают замечание, начинает плакать и нервничать. От занятий музыкой и ритмикой отказывается. Упрям. Может долго заниматься конструктором.</p> <p>Рекомендации педагогу: Воспитывать желание посещать занятия музыкой и ритмикой, используя поэтапное вовлечение в общение с детьми в занимательных музыкально-ритмических играх. Если ребенок захочет заниматься с мамой, необходимо удовлетворить его желание. Важно использование похвалы, поощрения, подбадривания.</p> <p>В коррекционно-развивающей работе – занятия индивидуальные и в подгруппе (по желанию ребенка) с игровыми элементами, которые помогают Коле участвовать в игре и заниматься со сверстниками. Создавать условия для выполнения отдельных поручений с обязательным контролем и похвалой при поддержке взрослого. Необходимо внимательно следить за состоянием ребенка, при утомлении дать возможность отдохнуть или прекратить занятие вообще.</p> <p>Во время любых форм занятий необходимы частые смены видов деятельности.</p> <p>Обратить особое внимание на занятия по развитию зрительного восприятия и ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировке. Проводить по второму и третьему году обучения, так как при прохождении программы по возрасту (4 год обучения) возникают трудности в силу физического здоровья и познавательных возможностей ребенка.</p> <p>Четко знать, что нарушения вызваны не только патологией зрения, но являются последствием раннего органического поражения центральной нервной системы.</p> <p>Для Коли первоначально необходимо пройти все лечебные процедуры, назначенные медицинскими специалистами, рекомендованы коррекционно-педагогические занятия в индивидуальном порядке. По мере улучшения общего состояния здоровья и зрения ребенка, его можно приобщать к общеобразовательным занятиям.</p>					
После эксперимента	3 (индивид.)	3 (индивид.)	3 (индивид.)	4 (сколиоз)	3

ТОЛЯ (14.08.93 г.). У мамы токсикоз I и II половины беременности. Роды в срок с длительным безводным периодом. Стимуляция родовой деятельности. Вес при рождении 3200 грамм. С двух месяцев на искусственном вскармливании. До года несколько раз отмечалась судорожная активность. В связи с этим лечился в стационаре. Состоит на учете у невропатолога.

Данные медицинских специалистов:

	офтальмолог	психоневролог	ортопед	гастроэнтеролог	кардиолог
до эксперимента	врожденный горизонтальный нистагм, гиперметропия высокой степени обоих глаз; острота зрения без коррекции OD=0,15, OS=0,08; с коррекцией OD=0,2, OS=0,09.	последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом	плоскостопие	нервно-артритический диатез	здоров
Заключение педиатра: IV группа здоровья					
Назначения и рекомендация					
	Освещение максимальное . Пособия крупных размеров с окантовкой в общем плане и фрагментарно . Цветовая гамма яркая, насыщенная. Использовать упражнения на развитие моторной памяти	мочегонные, рассасывающие: алоэ, пантокрин, элеутерококк, женьшень	Занятия лечебной физкультурой в 1 подгруппе 2 раза в неделю, массаж стоп. Занятия общей физкультурой	успокоительная терапия (валериана), молочно-растительная диета, минеральная вода	
после эксперимента	Острота зрения без коррекции OD-0,5,	улучшение	улучшение	без перемен	

	OS-0,1; с коррекцией OD-0,6, OS-0,15				
--	--	--	--	--	--

Данные педагогических специалистов.

	Тифлопедагог	Воспитатель	Ритмика	Лечебная физкультура	Музыка
До эксперимента	2	2	3	1	1
<p>Педагогическая характеристика: Тип нервной системы – меланхолический. Очень медлителен во всем: в игре, на занятиях, в других видах деятельности. Активности не проявляет ни в чем. Любит играть один, но игра долго не длится, быстро наступает утомляемость и Толя ложится отдохнуть. На занятиях пассивный, в работу подгруппы не включается. Если воспитатель предлагает задание конкретно для Толи и предупреждает его, что спросит его через определенное время, то Толю это несколько стимулирует, он пытается отвечать на поставленный вопрос, но ответы краткие, неполные.</p> <p>Рекомендации педагогу: При проведении коррекционно-восстановительной работы педагогу необходимо обратить внимание на то, чтобы другие дети не обижали Толю и были к нему внимательны. При необходимости растягивать занятия во времени, но при этом искать пути активизации ребенка. Мальчика необходимо чаще хвалить на тех видах деятельности, где он имеет большой успех. Уделять больше внимания развитию памяти, внимания, при помощи игр развивать зрительное восприятие и ориентировку в пространстве. Рекомендованы занятия в театральном и музыкальном кружках.</p>					
После эксперимента	2 (индивидуально)	2 (индивидуально)	3 (индивидуально)	1 (плоскостопие)	1

Таким образом, учет индивидуальных особенностей детей создает возможность эффективно вводить ребенка в дифференцированные группы, а заранее продуманная организация и планирование различных видов деятельности способствует преодолению отклонений в развитии познавательных возможностей детей с нарушением зрения.

Всестороннее педагогическое и клиническое обследование детей с косоглазием и амблиопией позволяет сложить модель индивидуальной и дифференцированной помощи детям при условии, что помощь медицинская и педагогическая будет носить стационарный системный пролонгированный характер.

Для реализации индивидуального и дифференцированного подходов необходимо было упорядочить количество общеобразовательных и

коррекционных занятий, сочетая их с лечебно-профилактическими мероприятиями.

Коррекционные занятия:

- занятие тифлопедагога 3 раза в неделю по подгруппам, индивидуальные – ежедневно;
- организация сюжетно-ролевой игры 2 раза в неделю проводит тифлопедагог;
- логопед 1 раз в неделю по подгруппам, индивидуальные – ежедневно;
- ритмика 2 раза в неделю проводит учитель ритмики по подгруппам;
- лечебная физкультура 2 раза в неделю проводит инструктор по подгруппам.

Общеобразовательные занятия индивидуальные и подгрупповые:

- ознакомление с окружающим и развитие речи один раз в неделю проводит педагог, хорошо владеющий методикой развития речи;
- игровые математические занятия один раз в неделю проводит педагог, хорошо знающий методику математики;
- музыка два раза в неделю проводит музыкальный руководитель по подгруппам и индивидуально;
- занятия по изобразительной деятельности проводит специальный педагог по подгруппам и индивидуально;
- занятия по физкультуре педагог проводит один раз в неделю по подгруппам, соответственно физическому развитию детей.

Дети могут посещать занятия в кружках:

- театральной деятельности два раза в неделю;
- вокальном один раз в неделю;
- экологическом один раз в неделю;
- занятия ручным трудом один раз в неделю.

Эти занятия проводятся для тех детей, которые имеют возможность их посещать.

Система занятий в дошкольном образовательном учреждении гибкая. Большинство детей начинают занятия в первом блоке, то есть проходят

лечебные процедуры (как правило их оказывается много) и коррекционные занятия: логопеда, который корригирует недостатки речи; тифлопедагога, осуществляющего комплексную коррекционно-компенсаторную работу и других специалистов, ведущих работу по восстановлению как здоровья, лечения зрения, так и коррекции познавательных возможностей. В то же время нет жесткого разделения между помощью в первом блоке и посещением общеобразовательных мероприятий, которые тесно взаимосвязаны, и как только специалисты замечают продвижение ребенка, он плавно входит в более высокий уровень обучения.

Родители в курсе всех предписаний, как индивидуальных лечебных, так и педагогических занятий с ребенком, что позволяет им быть более активными участниками в процессе как лечения, так воспитания и обучения.

В расписании дня дошкольного учреждения для каждого ребенка в отдельности прописана "зона ближайшего развития", прогноз восстановления зрения и перспектива социальной адаптации. Учет процедур, принятых ребенком, ведется с помощью специальных талонов, что позволяет отследить насколько в полном объеме получил ребенок помощь.

Приведем примеры расписания мероприятий занятости специалистов для осуществления помощи детям.

РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ I ПОДГРУППЫ

День недели	Время	Вид деятельности	Место проведения	Ответственный
Понедельник	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	старшая группа	тифлопедагог воспитатель
	9.30-9.55	Отдых, игры	старшая группа	тифлопедагог воспитатель
	10.00-10.25	Ритмика	музыкальный зал	преподаватель ритмики воспитатель
	16.00-16.30	Ознакомление с окружающим миром	старшая группа	воспитатель
Вторник	9.00-9.25	ФЭМП	старшая группа	воспитатель
	9.30-9.55	Отдых, игры, инд. работа с тифлопедагогом	старшая группа	воспитатель
	11.00-12.30	Физкультура на воздухе	участок	методист ЛФК
	16.30 – 17.00	ИЗО	подг. группа	преподаватель ИЗО
Среда	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	старшая группа	тифлопедагог воспитатель
	9.30-9.55	Отдых, игры	старшая группа	тифлопедагог воспитатель
	10.00-10.25	Музыкальное занятие	музыкальный зал	музыкальный руководитель воспитатель
	15.30-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК
Четверг	9.00-9.40	Индивидуальные и подгрупповые занятия с логопедом	старшая группа логопедический кабинет	логопед
	9.40-10.10	ИЗО	старшая группа	преподаватель ИЗО
	15.30-16.30	Ритмика	музыкальный зал	преподаватель ритмики
Пятница	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	старшая группа	тифлопедагог воспитатель
	9.30-10.30	Занятие вокальной группы	музыкальный зал	музыкальный руководитель воспитатель
	15.00-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК

РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ II ПОДГРУППЫ

День недели	Время	Вид деятельности	Место проведения	Ответственный
Понедельник	9.00-9.25	Ритмика	музыкальный зал	учитель ритмики
	9.30-9.55	Занятие тифлопедагога	подг. группа	тифлопедагог
	10.00-10.30	Отдых, игры	подг. группа	воспитатель
	16.00-16.30	Ознакомление с окружающим миром	подг. группа	воспитатель
Вторник	9.00-9.25	ФЭМП	подг. группа	воспитатель
	9.30-9.55	Отдых, игры, инд. работа с тифлопедагогом	подг. группа	тифлопедагог
	11.00-12.30	Физкультура на воздухе	участок	методист ЛФК
	16.00 – 16.30	ИЗО	подг. группа	преподаватель ИЗО
Среда	9.00-9.25	Музыкальное занятие	музыкальный зал	музыкальный руководитель воспитатель
	9.30-9.55	Занятие тифлопедагога	подг. группа	тифлопедагог
	10.00-10.25	Отдых, игры	подг. группа	воспитатель, тифлопедагог
	15.30-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК
Четверг	9.00-10.00	Индивидуальные занятия с логопедом	подг. группа логопедический кабинет	логопед
	10.15-10.45	ИЗО	подг. группа	преподаватель ИЗО
	16.00-16.30	Ритмика	музыкальный зал	преподаватель ритмики
Пятница	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	подг. группа	тифлопедагог
	9.30-10.30	Занятие вокальной группы	музыкальный зал	музыкальный руководитель
	15.00-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК

РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ III ПОДГРУППЫ

День недели	Время	Вид деятельности	Место проведения	Ответственный
Понедельник	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	средняя группа	тифлопедагог воспитатель
	9.30-9.55	Ритмика	музыкальный зал	преподаватель ритмики воспитатель
	16.00-16.30	Ознакомление с окружающим миром	средняя группа	воспитатель
Вторник	9.00-9.25	ФЭМП	средняя группа	воспитатель
	9.30-9.55	Отдых, игры, инд. работа с тифлопедагогом	средняя группа	воспитатель, тифлопедагог
	11.00-12.30	Физкультура на воздухе	участок	методист ЛФК
	15.30 – 16.00	ИЗО	подг. группа	преподаватель ИЗО
Среда	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	средняя группа	тифлопедагог
	9.25-9.55	Музыкальное занятие	музыкальный зал	музыкальный руководитель
	10.00-10.30	Игры, отдых	средняя группа	воспитатель
	15.30-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК
Четверг	9.00-10.15	Индивидуальные занятия с логопедом	средняя группа логопедический кабинет	логопед
	9.40-10.10	ИЗО	средняя группа	преподаватель ИЗО
	15.30-16.30	Ритмика	музыкальный зал	преподаватель ритмики
Пятница	9.00-9.25	Занятие тифлопедагога	средняя группа	тифлопедагог
	9.30-10.30	Занятие вокальной группы	музыкальный зал	музыкальный руководитель воспитатель
	15.30-16.30	ЛФК	музыкальный зал	методист ЛФК

РАСПИСАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Процедура	Частота	Кто проводит	Время
Лечение на офтальмологических аппаратах	ежедневно	офтальмолог, м/с, ортоптист	15.00-18.00 (ср.гр) 7.40-9.40 (ст.гр.) 10.00-12.00 (подг.гр)
Проверка остроты зрения	1 раз в 10 дн.	офтальмолог, м/с, ортоптист	
Массаж	по назначению	массажист	
Закаливающие процедуры	ежедневно (после дн.сна)	инструктор ЛФК	
Фитотерапия, кисломолочный бифидумбактерин	курсовая ежедневно за 1,5 час до обеда	врач-педиатр	
Витаминизация, кислородный коктейль, ингаляторий	весенне-осенний период	врач-педиатр, м/с	
Психотерапия	ежедневно	врач-психоневролог	12.30 - ср.гр. 12.45 – ст.гр. 13.00 – подг.гр.
Углубленный осмотр мед. специалистами	1 раз в 3 мес.	гастроэнтеролог кардиолог ортопед психиатр	
Антропометрия	2 раза в год	врач-педиатр, м/с	

Консультации для родителей

Офтальмолог - четверг с 15.00 до 18.00

Педиатр - среда с 15.00 до 18.00

Психиатр - пятница с 15.00 до 18.00

Гастроэнтеролог

-

Ортопед - 1 раз в 3 мес.

Кардиолог -

Посещение занятий детей

Офтальмолог- 1 раз в мес. в каждой возрастной группе

Психиатр - 2 раза в мес. в каждой возрастной группе

Из вышеприведенного распорядка занятий и лечебно-восстановительных мероприятий видно, как они взаимосвязаны, органически сливаясь и дополняя друг друга. Педагогические и медицинские мероприятия решают вопрос перегрузки детей, обеспечивают возможность свободного общения с ребятами разных групп и самостоятельных игр.

В связи с такой организацией работы необходимо было изменить штатное расписание дошкольного учреждения, ввести должности организатора или координатора в работе педагогических и медицинских специалистов (заместителя заведующей по организационной работе), который координирует не только работу педагогов и медиков, но и следит за соблюдением распорядка дня каждого ребенка, за посещением коррекционных занятий и лечебных процедур, за правильностью ведения и соотношения назначений во времени, делает анализ пропущенных ребенком мероприятий и восполнения свободного времени разных медицинских и педагогических специалистов; дежурного по спальне; дежурного по столовой; дежурного в игротеке. Необходимы были дополнительные ставки повара и диетической сестры, врачей кардиолога, психоневролога, офтальмолога, гастроэнтеролога, ортопеда. Это необходимо, чтобы медицинские специалисты могли вести лечебный процесс в дошкольном учреждении.

Из всего вышесказанного следует, что модель индивидуального и дифференцированного подходов при оказании помощи детям с косоглазием и амблиопией предусматривает:

- особую организацию развивающей среды с учетом блочной системы коррекционной и общеобразовательной помощи;
- содержание занятий сообразно состоянию здоровья и уровня познавательных возможностей ребенка на основе объединения детей в подгруппы или индивидуально;
- планирование образовательного процесса, разработку индивидуально-диагностических карт и программ на каждого ребенка, дифференцированно выделяются виды коррекционных занятий (развитие зрительного

восприятия, ориентировки в пространстве, развитие осязания и мелкой моторики, лечебной физкультуры, ритмики, социально-бытовой ориентировки);

- введение в штатное расписание дополнительных работников (врачей разного профиля), заместителя заведующей по организации жизнедеятельности детей.

4.4. Результаты обучающего эксперимента

Результаты реализации модели индивидуального и дифференцированного подходов, при оказании помощи детям с косоглазием и амблиопией 4-7 лет, показали эффективность предложенной модели помощи детям.

Для выяснения эффективности развития **уровня познавательных возможностей** детям обеих подгрупп были предъявлены задания из программы детского сада.

Было предложено три серии заданий.

В первой серии определялся уровень развития зрительных представлений о предметном мире; во втором – уровень развития ориентировки в пространстве; в третьем – уровень представлений об окружающем мире.

Полученные результаты по выполнению первой серии заданий показали, что дети экспериментальной группы не испытывали трудностей при определении цвета, формы и величины предметов, уверенно отвечали на вопросы педагога, ответы были точны и последовательны.

Между тем, у детей контрольной группы наблюдались неуверенность, частое сомнение при ответе. Так, определяя форму предмета, они путали квадрат и прямоугольник; при определении высоты – подменяли понятия "большой – маленьким" – "длинный – коротким", "длинный" – "широким", "короткий" – "тонким".

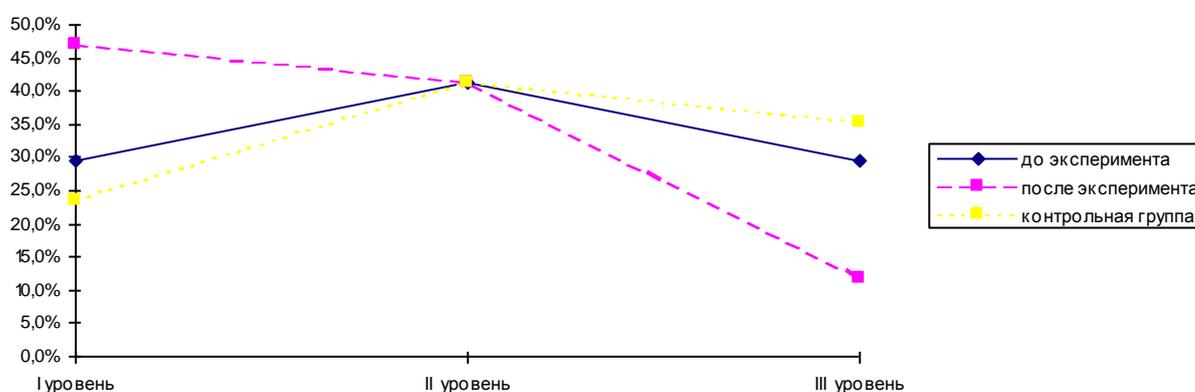
Дети экспериментальной группы действовали адекватно, почти не допускали ошибок.

Рассматривание сюжетной картины детьми экспериментальной группы и описание сюжета было последовательным, а у детей контрольной группы часто шло перечисление объектов и наблюдались затруднения в описании.

Дети экспериментальной группы быстро определяли материал, из которого была изготовлена игрушка, ответы были точными и развернутыми: "кормушка сделана из дерева, а крючок, на который она вешается – из железа". Дети из контрольной группы затруднялись в определении материала, не знали глиняных игрушек, путались в выделении и определении материала: дерево, железо, металл, глина. Все это говорит о том, что созданная модель организации коррекционной помощи детям позволяет на основе сформированных у них социально-адаптивных навыков ориентации успешно овладевать знаниями об окружающем мире.

График 1

Динамика уровня развития зрительных представлений о предметном мире детей 5 – 6 лет



Как оказалось, результаты обучения детей в экспериментальной группе значительно выше, чем в контрольной. Почти половина детей экспериментальной группы находятся на I уровне – 47% (на начало эксперимента их было 29,4%) против 23,5% в контрольной группе. Повышение результативности можно отнести за счет тесного слияния всего комплекса медико – педагогического воздействия на детей с нарушением зрения.

График 2

**Динамика уровня развития зрительных представлений
о предметном мире детей 6 – 7 лет**

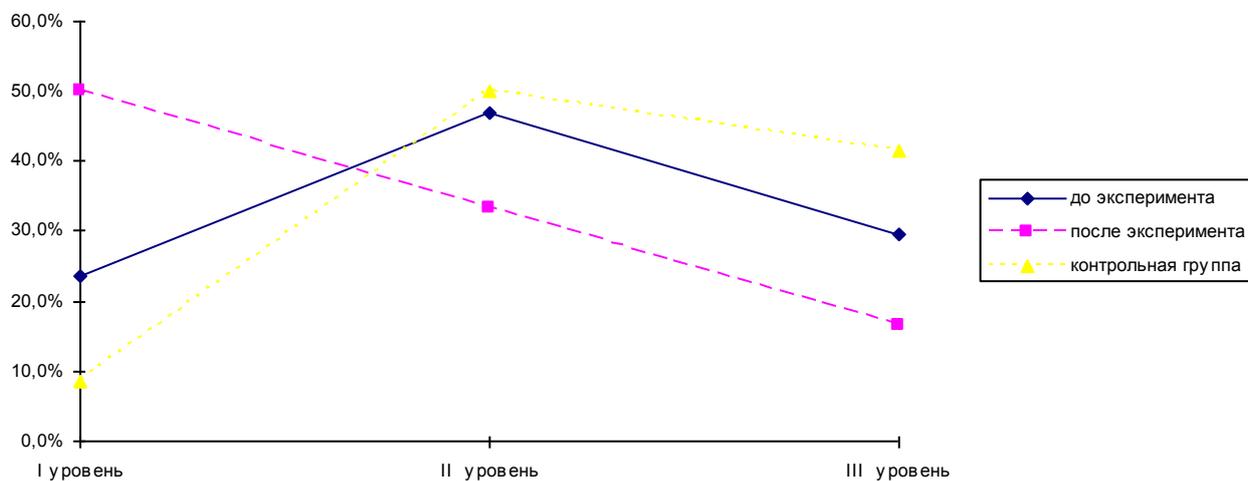
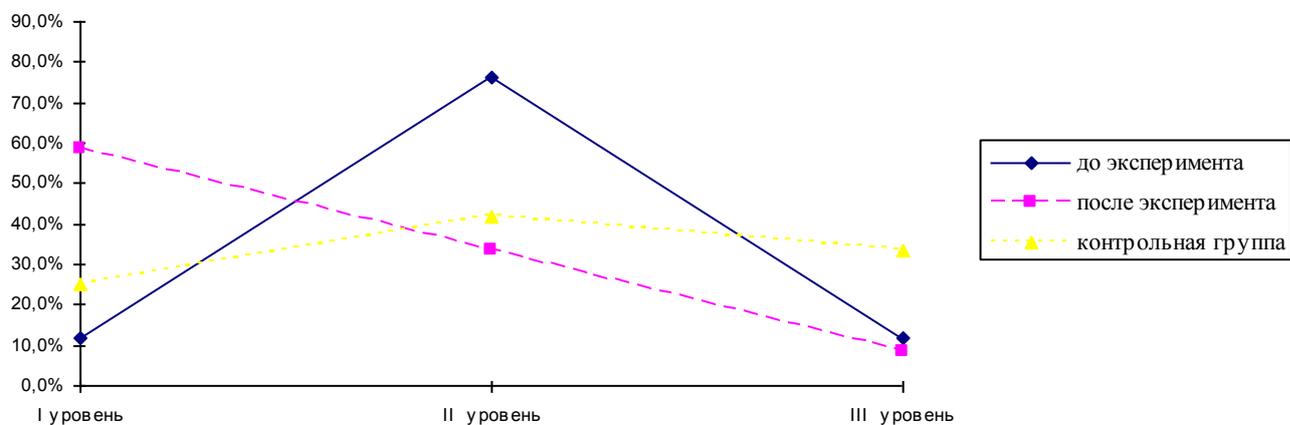
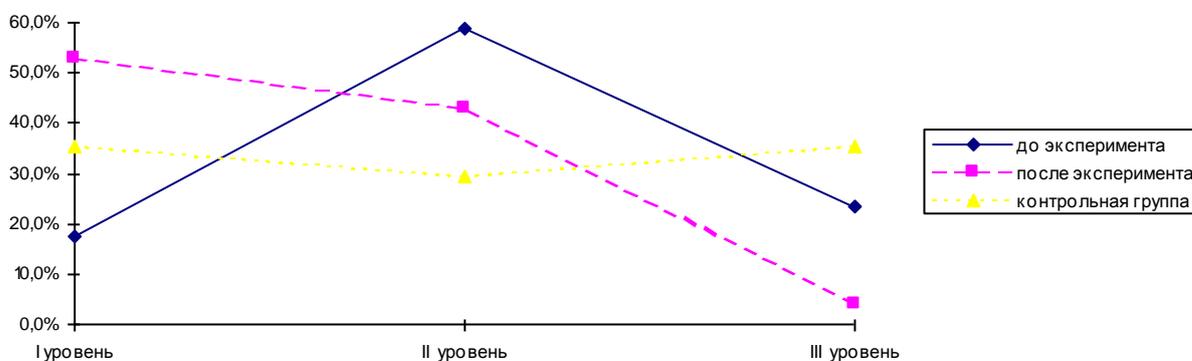


График 3

**Динамика уровня развития ориентировки в пространстве
детей 5 – 6 лет**

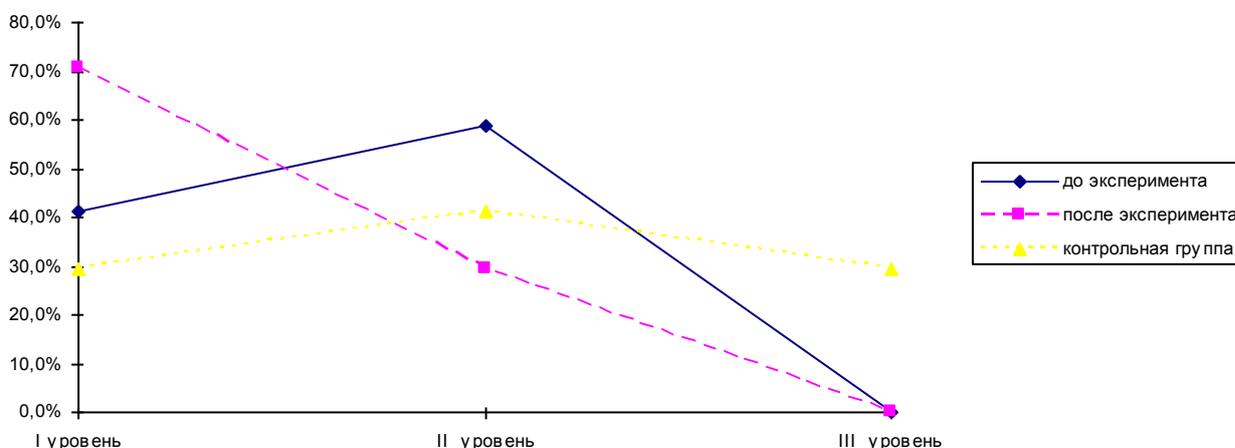


Динамика уровня развития ориентировки в пространстве детей 6 – 7 лет

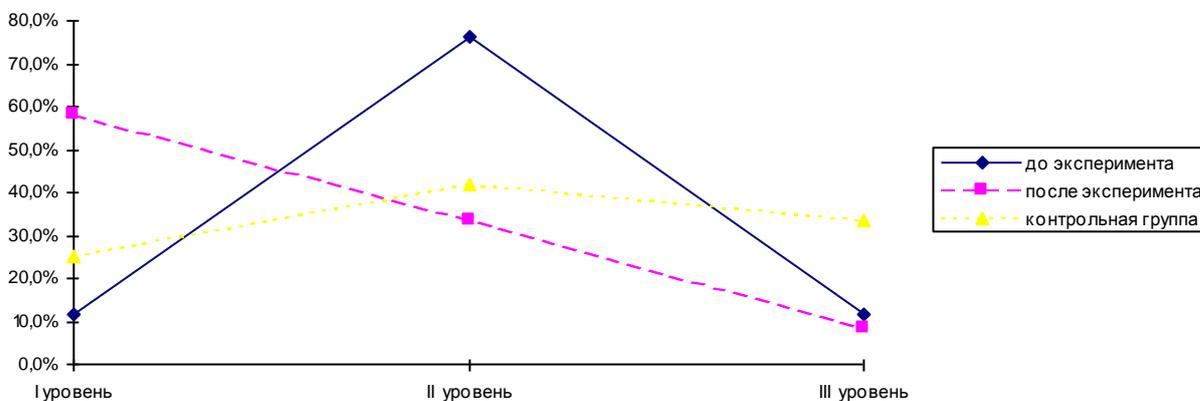


Рассматривая характеристику предметных представлений об окружающем мире, видно, что уровень детей экспериментальной группы значительно выше в сравнении с контрольной. Ответы и действия испытуемых из экспериментальной группы полнее, точнее и увереннее, снизилось количество детей со II уровнем развития и 29,3 % детей перешли в I уровень.

Динамика уровня развития представлений об окружающем мире детей 5 – 6 лет



Динамика уровня развития представлений об окружающем мире детей 6 – 7 лет



Большинству детей экспериментальной группы, в сравнении с детьми контрольной, удавались описания эмоциональных состояний. АРТЕМ Б.: "Радость, когда мама отпустит погулять или купит что-то вкусное. Грустно. Когда папа не покупает мне машинку. Удивление – это, когда я заснул, а папа положил на столик машинку, а я встал и удивился, что машинка стоит".

Дети контрольной группы не смогли изобразить такие мимические состояния, как радость и боль. Таких занятий видно с ними не проводилось, в спонтанном опыте данной информации у них почти нет.

Если сравнить результаты детей до эксперимента и после эксперимента, то под воздействием коррекционной помощи, дети начинают активно ориентироваться на такие сложные для зрительного восприятия признаки весьма активно, а без специальной коррекционной работы процесс компенсации и коррекции малоэффективен.

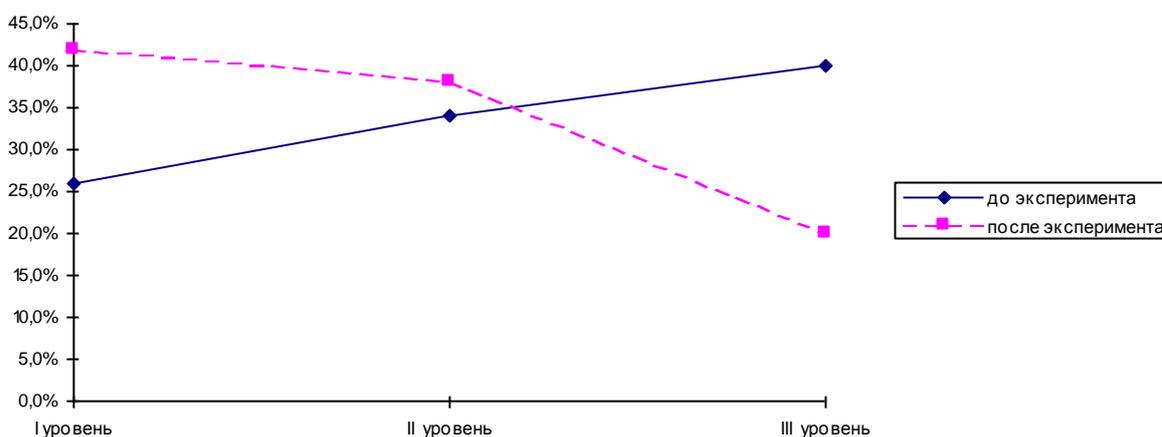
Как видно из графиков по всем параметрам дети экспериментальной группы в сравнении с контрольной выглядят значительно успешнее.

На представленном ниже графике показана динамика развития познавательных возможностей детей до и после эксперимента (переход детей из одного уровня развития в более высокий). После эксперимента до I уровня развития удалось довести 42% детей против 26%, до II уровня – 38% против

34%, детей с III уровнем развития уменьшилось наполовину, стало 10% против 20%.

График 7

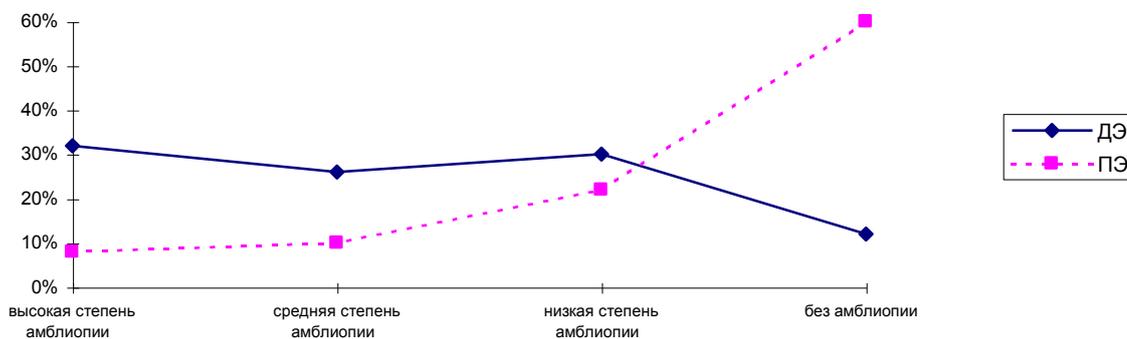
Динамика развития познавательных возможностей детей до и после эксперимента



Данные врача офтальмолога показали, что острота зрения детей улучшилась. Из 32% детей с высокой степенью амблиопии осталось только 8%; со средней степенью из 26% осталось 10%; с низкой степенью было 30%, стало 22%; без амблиопии было 12%, стало 60%.

График № 8

Состояние зрения детей до и после эксперимента

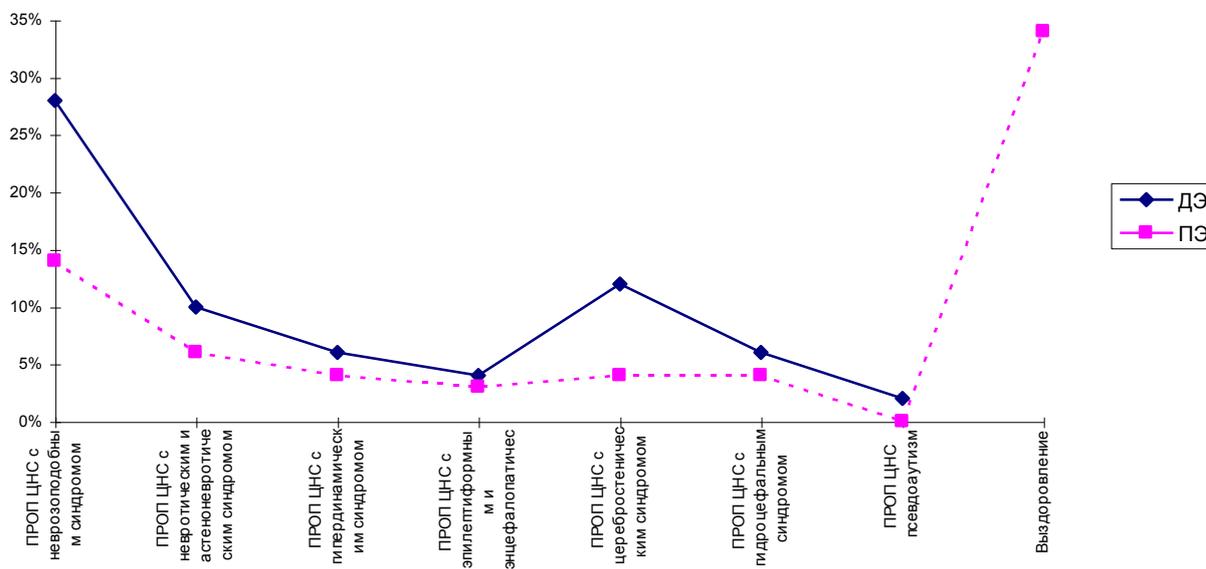


Наряду с повышением остроты зрения улучшилось состояние нервно-психического здоровья детей. У 34% отмечено выздоровление, у большинства детей невротические и неврозоподобные расстройства приобрели неярко

выраженный характер, стабилизировались церебростенические проявления и поведенческие реакции, ухудшений состояния не отмечено.

График № 9

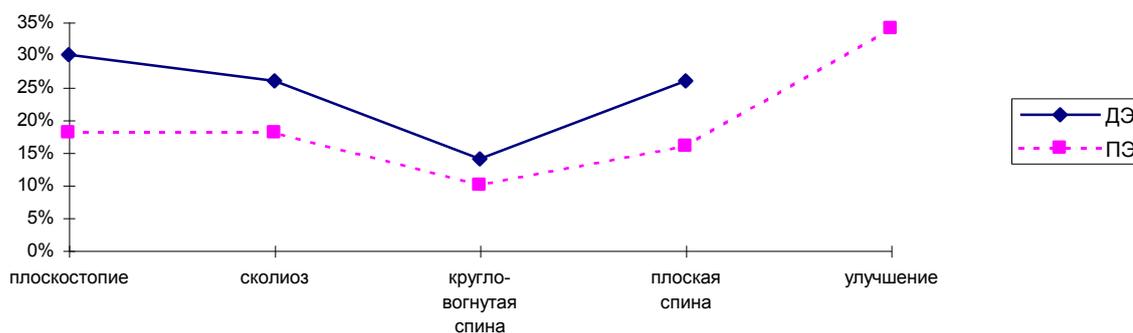
Состояние нервно-психического здоровья детей до и после эксперимента



В 34% случаев отмечено улучшение состояния опорно-двигательного аппарата.

График № 10

Состояние опорно-двигательного аппарата детей до и после эксперимента



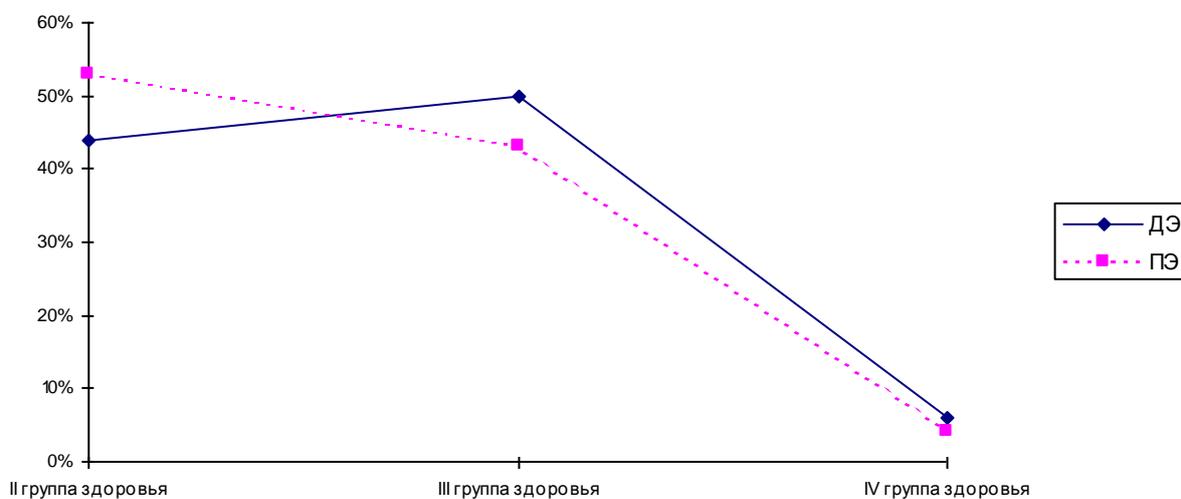
Врач гастроэнтеролог отмечает, что за прошедший год ухудшения работы желудочно-кишечного тракта у детей, имеющих данную патологию, не наблюдалось. Состояние многих детей стало более стабильным, но для полного выздоровления необходимо еще продолжение лечения.

Врач кардиолог отметил улучшение состояния детей с вегето-сосудистой дистонией, симптомы стали проявляться значительно реже. Ухудшения состояния у детей не наблюдалось.

Врачом педиатром по состоянию здоровья дети были переведены из одной группы здоровья в другую.

График № 11

Состояние здоровья детей до и после эксперимента



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование явилось первой попыткой представить в комплексном и систематизированном виде возможные пути повышения эффективности индивидуального и дифференцированного подходов к организации коррекционно-педагогической и лечебно-восстановительной работы в дошкольных образовательных учреждениях для детей с косоглазием и амблиопией.

Изучение уровней познавательных возможностей и состояние здоровья и зрения позволяет выявить индивидуальные особенности ребенка и соотнести их с типологическими характеристиками успешности овладения знаниями и умениями, состоянием здоровья с тем, чтобы организовать соответствующую педагогическую и медицинскую помощь.

Данные констатирующего эксперимента позволили выделить различные группы детей по уровню развития познавательных возможностей. В первую подгруппу вошли дети, которые обладают относительной самостоятельностью при выполнении работы. Ко второй подгруппе отнесены дети, которым необходима специальная корригирующая помощь и поддержка в процессе различных видов деятельности. К третьей подгруппе отнесены дети, самостоятельно не умеющие добиваться результатов, работа с которыми в основном строилась индивидуально. Дети этой подгруппы без специальной коррекционной помощи не готовы войти в общеобразовательный процесс, поэтому была разработана модель поэтапного введения ребенка в общеобразовательный процесс на 6 – 7 году жизни. Дети раннего возраста вводятся в общеобразовательный процесс только в индивидуальном порядке.

Созданная модель индивидуального и дифференцированного подходов позволяет оптимально решить проблему преодоления отклонений в развитии детей с косоглазием и амблиопией. Проведенный обучающий эксперимент позволил констатировать эффективность разработанной нами модели

дифференцированного подхода к детям с учетом состояния зрения, общего здоровья и познавательных возможностей.

Результаты проведенного исследования апробированы и внедрены в практику работы специализированных дошкольных образовательных учреждениях городов Челябинска и Москвы. Доказана эффективность разработанной модели взаимосвязи медицинской и педагогической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. – М.: Медицина, 1977. – 312 с.
2. Аветисов Э.С. Методические рекомендации по организации лечения детей с косоглазием и амблиопией. – М.: Медицина, 1978. – 27 с.
3. Айзман Р.И. Реабилитационная педагогика – М.: Просвещение, 1997. – 103 с.
4. Алексеев Н.А. Психолого-педагогические проблемы развивающего дифференцированного обучения. Тюменнаучцентр СО РАН, Обл. ин-т повышения квалификации педкадров. – Тюмень, Челябинск: Факел. – 1995, 174 с.
5. Акимова Н.К., Козлова В.И. Индивидуальность учащихся и индивидуальный подход. – М.: Знание, 1992. – 80 с.
6. Астапов В.М. Педагогу о психическом здоровье учащихся / Общество «Знание» РСФСР, 1991. – 39 с.
7. Баевский Р.М., Уров С.Г. Измерьте Ваше здоровье – М.: Совестькая Россия, 1998. – 94 с.
8. Баенская Е.Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 47-55.
9. Базарный В.Ф. Зрение у детей – Новосибирск: Наука, Сибирское отделение, 1991. – 52 с.
10. Базарный В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде. – Сергиев Посад, 1995 – 42 с.
11. Багдужева К.Т. Индивидуально-дифференцированный подход при подготовке детей с нарушением зрения к обучению грамоте: Автореф. дисс... канд. пед. наук. – М., 1995. – 17 с.
12. Белецкая В.И., Гнеушева А.Н. Охрана зрения слабовидящих школьников. – М.: Просвещение, 1982. – 127 с.
13. Белостоцкая Е.М. Гигиена зрения детей дошкольного возраста. – М., 1975. – 25 с.

14. Боскис Р.М. Педагогическая классификация школьников с недостатками слуха // Дефектология. – 1972. – № 1. – С. 10-19.
15. Боскис Р.М. Аномальные дети // Основы обучения и воспитание аномальных детей. – М.: Просвещение, 1965. – С. 22-48.
16. Божович Л.И. Личность и ее формирование в дошкольном возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
17. Бударный А.А. Индивидуальный подход в обучении // Советская педагогика. – 1965. – А № 7. – С. 70-83.
18. Вайзман Н.П. Реабилитационная педагогика – М.: Аграф, 1996. – 160 с.
19. Вайнер Э.Н. Общая валеология. – Липецк, 1998. – 183 с.
20. Венгер Л.А. Воприятие и обучение (Дошкольный возраст). – М.: Просвещение, 1969. – 356 с.
21. Венгер Л.А. Игры и упражнения по развитию умственных способностей у детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 1989. – 125 с.
22. Витковская А.М. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушением зрения // Материалы научно-практической конференции – М., 1997. – 207 с.
23. Власова Т.А. Психологические проблемы дифференциации обучения и воспитания аномальных детей: обобщенный доклад по опубликованным работам автора, представленных к защите по совокупности на соискание ученой степени доктора психологических наук. – М., 1972. – 56 с.
24. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. Основы дефектологии / Гл. ред. А.В. Запорожец. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 5. – 369 с.
25. Гарбузов В.И. Нервные дети. – М., 1990. – 173 с.
26. Головчиц Л.А. Возможности дифференциации обучения и воспитания слабослышащих дошкольников // Дефектология. – 1987. – № 2. – С.: 55-61.
27. Григорьева Л.П. Психофизиологическое исследование зрительных функций нормальновидящих и слабовидящих школьников. – М.: Педагогика, 1988. – 150 с.

28. Григорьева Л.П., Сташевский С.В. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения: Учебно-методическое пособие. – М.: АПН СССР, НИИ Дефектологии, 1990. – 58 с.
29. Григорян Л.А. Комплексное лечение амблиопии и косоглазия в сочетании с медико-педагогическими мероприятиями в специализированном детском саду: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1980. – 17 с.
30. Григорян Л.А. Лечебно-восстановительная работа в детских садах для детей с амблиопией и косоглазием. – М., 1978. – С. 24-41.
31. Григорян Л.А., Кащенко Т.П. Комплексное лечение косоглазия и амблиопии в сочетании с медико-педагогическими мероприятиями в специализированных дошкольных учреждениях. – М., 1994. – 33с.
32. Дети с глубокими нарушениями зрения / Под ред. М.И. Земцовой, А.И. Каплан, М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1967. – 376 с.
33. Диагностика умственного развития дошкольников / Под ред. Л.А. Венгера. – М.: Педагогика, 1978. – 247 с.
34. Дифференцированный подход в процессе учебно-воспитательной работы в начальных классах: Методическое пособие. – М., 1965. – 45 с.
35. Долгова В.И. Индивидуальный подход как важнейшая форма обучения и воспитания школьников: Методические рекомендации в помощь лектору по внедрению достижений психолого-педагогических наук в практику. – Челябинск: ЧГПИ, 1987. – 14 с.
36. Дробинская А.О. Астеничный синдром // Дефектология. – 1997. – № 6. – С. 75-81.
37. Дробинская А.О. Раннее выявление психических заболеваний // Дефектология. – 1998. – № 1. – С. 81-86.
38. Евдокимова А. Дифференцированный подход в обучении грамоте шестилетних первоклассников // Обруч. – 1996. – № 5. – С. 19-24.
39. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. – М.: Просвещение, 1990. – 222 с.

40. Жохов В.П., Кормакова Е.А., Плаксина Л.И. Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией: Методическое пособие. – М.: ВОС, 1989, – 55 с.
41. Загвязинский В.И. К вопросу о диалектике коллективного и индивидуального в учебном процессе // Учен. зап. Казанского пед. ин-та. – 1972. – С. 102-314.
42. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Просвещение, 1986. – 127 с.
43. Зверева М.В. Осуществление индивидуального подхода к школьникам начальных классов в условиях экспериментального обучения // Актуальные проблемы индивидуализации обучения: Материалы научного симпозиума в Тарту 13-14 октября 1969 г. – Тарту, 1970. – 80 с.
44. Земцова М.И., Кручинина В.А. Некоторые особенности физического развития детей дошкольного возраста с амблиопией и косоглазием // Мышечная деятельность в норме и патологии. – Горький, 1974. – С. 25-31.
45. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. – М.: Просвещение, 1973. – 158 с.
46. Земцова М.И. Некоторые особенности познавательной деятельности детей дошкольного возраста при нарушении зрения // Обучение и воспитание дошкольников с нарушением зрения. – М.: Просвещение, 1978. – С. 7-24.
47. Зинец И.И. Здоровье и диета. Лечебное питание. – Пермь: Алгос-Пресс, 1995. – 470 с.
48. Зоткин А.О., Проскуровская И.Д. Индивидуально-ориентированная педагогика: Сб. науч. тр. по материалам 2-й межрегиональной научной тьюторской конференции и региональных семинаров. – М., Томск, 1997. – 121 с.
49. Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. – Новосибирск, 1988. – 295 с.

50. Karpowiz S. Профилактика косоглазия у маленьких детей в Ополе // Учен. записки НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. – 1962. – Вып. 7. – С. 215.
51. Кашенко В.П. Педагогическая коррекция – М.: Просвещение, 1994. – 225 с.
52. Кирсанов А.А. Индивидуальный подход к учащимся в обучении. – Казань: КГПИ, 1978. – 113 с.
53. Кирсанов А.А. Индивидуализация учебной деятельности как педагогическая проблема. – Казань: Казанский ун-т, 1982. – 223 с.
54. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 329 с.
55. Ковалевский Е.И. Офтальмология. – М.: Медицина, 1995. – 477 с.
56. Ковалевский Е.И. Берегите зрение детей – М.: Медицина, 1994. – 159 с.
57. Ковалевский Е.И. Профилактика слабовидения и слепоты у детей. – М.: Медицина, 1991. – 221 с.
58. Ковалевский В.А. Внутренняя картина болезни у часто болеющих старших дошкольников // Педиатрия. – 1998. – № 1. – С. 57-61.
59. Коган В.М. Исследование индивидуальных различий у детей с глубокими нарушениями зрения // Дефектология. – 1978. – № 3. – С. 9-12.
60. Коррекционная работа с учащимися начальных классов школ для слепых детей / Под ред. Л.И. Солнцевой. – М.: «Логос» ВОС, 1990. – 129 с.
61. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / Под ред. Л.П. Носковой. – М.: Педагогика, 1989. – 174 с.
62. Кэрол Тингей-Михаэлис Дети с недостатками развития. – М.: Педагогика, 1988. – 227 с.
63. Литвак А.Г. Тифлопсихология. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена. – 1985. – 208с.
64. Литвак А.Г. Теоретические вопросы тифлопедагогики. – Л., 1973. – 155 с.
65. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). – М.: Просвещение, 1979. – 103 с.
66. Лурье Н.Б. Коррекционно-воспитательная работа со слабовидящими школьниками. – М.: Просвещение, 1979. – 103 с.

67. Макаренко А.С. О воспитании / Сост. и авт. вступит. статьи В.С. Хелемедик. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 415 с.
68. Маллаев Д.М. Игры для слепых и слабовидящих. – М.: Советский спорт, 1992. – 95 с.
69. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития. – М., 1998. – 29 с.
70. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной системы помощи детям с особыми проблемами // Дефектология. – 1997. – № 6. – С. 3-11.
71. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 303 с.
72. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992. – 94 с.
73. Маханева М.Д. Воспитание здорового ребенка (пособие для практических работников детских дошкольных учреждений). – М.: Аркти, 1998. – 87 с.
74. Мачинский В.И. Гимнастика, исправляющая осанку. – М.: Медицина, 1969. – 72 с.
75. Медведь Л.И. Лечение косоглазия и амблиопии у детей в специализированных детских садах–яслях. – Кишинев: Штиинца, 1976. – 117 с.
76. Методические рекомендации по организации лечения детей с косоглазием и амблиопией в специализированных дошкольных учреждениях. – М., 1978. – 27 с.
77. Морозова Н.Г. Развитие познавательного интереса у детей с нарушением зрения // Материалы Всесоюз. симпоз. по дошкольному воспитанию детей с нарушением зрения. – М., 1980. – С. 25-27.

78. Мнухин С.С. О резидуально нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. – Л., 1968. – С. 5-22.
79. Мухина В.С. Психология дошкольника. – М.: Просвещение, 1975. – 238 с.
80. Наша любовь и забота о детях, имеющих проблемы со зрением / Под ред. Л.И. Плаксиной. – М., 1998. – 131 с.
81. Незнамова Е.О. Система коррекционно-воспитательной работы тифлопедагога по восстановлению зрения у дошкольников с амблиопией и косоглазием // Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих: Сб. науч. тр. – Л.: ЛГПИ, 1981. – С. 102-107.
82. Никитна Е.Ю. Реализация системы подготовки будущего учителя к осуществлению дифференцированного обучения в школе: Дисс. канд. пед. наук. – Челябинск, 1997. – 176 с.
83. Новичкова И.В. Коррекция недостатков развития речи дошкольников с косоглазием и амблиопией: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1997. – 16 с.
84. Особенности психического развития детей 6-ти – 7-ми летнего возраста / Под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера. – М.: Педагогика, 1998. – 135 с.
85. Певзер М.С., Бертынь Г.П. Клинико-психолого-педагогическое изучение учащихся вспомогательных классов школ для слабослышащих детей // Дефектология. – 1979. – № 3. – С. 3-11.
86. Плаксина Л.И. Как учить слабовидящего ребенка видеть и понимать окружающий мир // Воспитание слабовидящего ребенка в семье. – М., 1986. – С. 45-48.
87. Плаксина Л.И. Коррекционно-воспитательная работа в детских садах для детей с нарушением зрения // Материалы Всесоюз. симпоз. по дошкольному воспитанию детей с нарушением зрения. – М., 1980. – С. 39-46.
88. Плаксина Л.И. Некоторые особенности зрительной ориентации детей с нарушением зрения // Формирование социально-адаптивного поведения у

- учащихся с нарушением зрения в начальных классах / Под ред. Л.И. Плаксиной. – Калуга: Адель, 1998. – С. 3-33.
89. Плаксина Л.И. Особенности развития элементарных математических представлений у детей с косоглазием и амблиопией: Автореф. дисс... канд. пед. наук. – М., 1982. – 23 с.
90. Плаксина Л.И. Развитие представлений о форме и величине предметов у детей среднего дошкольного возраста при амблиопии и косоглазии. – М.: Информационный центр, 1978. – 25 с.
91. Плаксина Л.И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. – М.: ВОС, 1985. – 105 с.
92. Плаксина Л.И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушением зрения в процессе обучения математике. – Калуга: Адель. 1998. – 113 с.
93. Плаксина Л.И. Формирование математических представлений у детей с амблиопией и косоглазием // Обучение и воспитание дошкольников с нарушением зрения / Под ред. М.И. Земцовой. – М.: Просвещение, 1978. – С. 48-59.
94. Плаксина Л.И. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения. – М., 1995.
95. Плаксина Л.И., Григорян Л.А. Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения. – М., 1998. – 56 с.
96. Подколзина Е.Н. Обучение дошкольников с косоглазием и амблиопией применению схем в процессе зрительно-пространственной ориентировки // Дефектология. – 1994. – № 3. – С. 74-77.
97. Подколзина Е.Н. Формирование ориентировки в пространстве у дошкольников 3-4-х лет с косоглазием и амблиопией: Дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1998. – 132 с.
98. Поздняков В.Л. Развитие индивидуальности. – Челябинск: ЧГПИ, 1986. – 27 с.

99. Попков В.А. Дифференцированное обучение и формирование профессиональной элиты // Педагогика. – 1998. – № 1. – С. 40-45.
100. Потапчук А.А. Осанка детей. – СПб.: ТИТ «Комета», 1994. – 70 с.
101. Психологические вопросы коррекционной работы во вспомогательной школе / Под ред. Ж.И. Шиф, Г.Н. Головиной. – М., 1977. – 110 с.
102. Рабунский Е.С. К проблеме индивидуального подхода в обучении // Актуальные проблемы индивидуализации обучения: Материалы научного симпозиума в Тарту 13-14 октября 1969 г. – Тарту, 1970. – 80 с.
103. Рабунский Е.С. Индивидуальный подход в процессе обучения школьников. – М., 1975. – 182 с.
104. Рейзман Н.П., Багров В.Т. Гимнастика и массаж при сколиозе. – М.: Медицина, 1993. – 200 с.
105. Робинеску М. Нейромоторное перевоспитание. – Бухарест, 1972. – 190 с.
106. Румянцева В.Г. Дисбактериоз кишечника: клиническое значение и принципы лечения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 3. – С. 61-64.
107. Рудакова Л.В. Основные направления работы специализированного детского сада для детей с нарушением зрения // Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих. – Л.: ЛГПИ им. Герцена, 1982. – С. 74-85.
108. Sachsenweger R. Stereoschubungen ein Bilderbuch fur Kinder von 4 bis 10 Jahren. – Leipzig, 1977. – 62 s.
109. Сековец Л.С. Коррекционно-педагогическая работа в процессе физического воспитания дошкольников с монокулярным характером зрения (при косоглазии и амблиопии): Дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1985. – 184 с.
110. Сековец Л.С. Организация двигательного режима детей дошкольного возраста с нарушением зрения // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 62-64.

111. Сековец Л.С. Состояние двигательной сферы у детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией в период окклюзионного лечения // Дефектология. – 1991. – № 3. – С. 85-87.
112. Селезнева Е.В. Коррекционная направленность занятий по формированию представлений о себе у дошкольников с нарушением зрения: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1995. – 17 с.
113. Сердюковская Т.Н. Социальные условия и состояние здоровья у школьников. – М.: Медицина, 1979. – 184 с.
114. Соколова Э. Лечебная физкультура при заболеваниях органов пищеварения // Врач. – 1997. – № 9. – С. 14-18.
115. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего дошкольного и школьного возраста. – М.: Полиграф Сервис, 1997. – 121 с.
116. Солнцева Л.И. Адаптация диагностических методик при изучении детей с нарушением зрения // Дефектология. – 1998. – № 4. – С. 9-15.
117. Старков Г.Л. Как сохранить и улучшить зрение. – М.: Медицина, 1972. – 63 с.
118. Степанов В.Г. Психология индивидуального подхода с трудными учащимися. – М.: МОПИ, 1991. – 117 с.
119. Стребелева Е.А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 50-58.
120. Сухомлинский В.А. Сердце отдаю детям. – Киев, 1974. – 574 с.
121. Сухомлинский В.А. Как воспитывать настоящего человека. – Минск: Народная асвета, 1978. – 288 с.
122. Тарасова Т.А. О валеологическом образовании детей дошкольного возраста. – Челябинск, 1998. – 95 с.
123. Теплов П.М. Проблемы индивидуализации различий. – М., 1961. – 14 с.
124. Тупоногов Б.К. Учет офтальмологических рекомендаций при организации учебно-воспитательной работы с учащимися, имеющими зрительный дефект // Дефектология. – 1998. – № 5. – С. 58-63.

125. Унт И.Э. Индивидуализация и дифференциация обучения. – М.: Педагогика, 1990. – 192 с.
126. Унт И.Э. Психолого-педагогическое изучение аномальных детей и вопросы коррекционной работы. – Тарту, 1985. – 78 с.
127. Унт И.Э. Вопросы усовершенствования учебно-воспитательной работы в специальных школах. – Тарту, 1983. – 113 с.
128. Умственное воспитание детей дошкольного возраста / Под ред. Н.Н. Подъякова, Ф.А. Сохина. – М.: Просвещение, 1988. – 191 с.
129. Феоктистова В.А., Егорова Л.В., Незнамова Е.С. Развитие зрительного восприятия у дошкольников с амблиопией и косоглазием // Опыт изучения аномальных дошкольников. – Л., 1978. – С. 123-126.
130. Формирование социально-адаптивного поведения у детей с нарушением зрения в начальных классах / Под ред. Л.И. Плаксиной. – Калуга, 1998. – 139 с.
131. Чиркова Т. Учет индивидуально-типологических особенностей детей // Дошкольное воспитание. – 1986. – № 5. – С. 38-42.
132. Шибкова Д.З. Основы здорового образа жизни. – Челябинск: ЧГПУ «Факел», 1996. – 118 с.
133. Шипицына Л.М., Защирина О.В. Азбука общения (основы коммуникации). – СПб., 1996. – 304 с.
134. Шматко Н. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 3. – С. 77-81.