

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ
ДОШКОЛЬНО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ДЕТСКИЙ САД № 3»
ЭНГЕЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАССМОТРЕНО И ПРИНЯТО
На педагогическом совете
Протокол № 1
от «08» августа 2020 г

УТВЕРЖДЕНО
заведующий МАДОУ «Детский сад №3»
В.Г. Ступаченко
Приказ № 08 от «31» 08 2020г

Согласовано
старший воспитатель МАДОУ «Детский сад №3»
Зиборова Т.Р. Зиборова

ПЛАНИРОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ГРУППЕ КОМПЕНСИРУЮЩЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЛЯ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО – ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА № 5
МУНИЦИПАЛЬНОГО АВТОНОМНОГО ДОШКОЛЬНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«ДЕТСКИЙ САД № 3»
ЭНГЕЛЬСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2020– 2021 уч. год

Разработали: старший воспитатель
Зиборова Т.Р.
воспитатели группы
компенсирующей направленности
для детей с нарушением
опорно – двигательного аппарата:
Кузнецова Е. Н.
Храмайкова С. П.

г. Энгельс 2020 г.

Содержание

Раздел 1. Целевой	Стр.
1.1. Пояснительная записка	2
1.2. Возрастные характеристики детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.	3 – 7
1.3. Планируемые результаты (целевые ориентиры)	8 – 9
1.4. Особенности организации педагогической диагностики и мониторинга.	
Раздел 2. Содержательный	
2.1. Обязательная часть. Содержание образовательной деятельности по освоению детьми образовательных областей.	
2.1.1 Социально-коммуникативное развитие	
2.1.2. Познавательное развитие	
2.1.3. Речевое развитие	
2.1.4. Художественно-эстетическое развитие	
2.1.5. Физическое развитие	
2.2. Особенности образовательной деятельности разных видов и культурных практик.	
2.3. Способы и направления поддержки детской инициативы.	
2.4. Часть, формируемая участниками образовательных отношений	
2.5. Вариативные формы реализации ООП ДО ДОУ	
2.6. Особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями воспитанников	
2.7. Содержание коррекционной работы	
Раздел 3. Организационный	
3.1. Материально-техническое обеспечение реализации ООП ДО ДОУ, обеспеченность методическими материалами и средствами	
3.2. Циклограмма НОД и режим дня	
3.3. Расписание совместной образовательной деятельности и культурных практик в режимных моментах.	
3.4. Самостоятельная деятельность в режимных моментах.	
3.5. Двигательный режим	
3.6. Учебный план	
3.7. Особенности традиционных событий	
3.8. Особенности организации развивающей среды	
3.9. Кадровые условия реализации ООП ДО ДОУ	
3.10. Перечень нормативных и нормативно-методических документов.	

1. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ

1.1. Пояснительная записка

Планирование образовательной деятельности в группе компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 3» Энгельсского района Саратовской области на 2020 – 2021 учебный год осуществлено на основе примерной программы для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата с учётом адаптированной «Программы воспитания и обучения детей с детским церебральным параличом дошкольного возраста»/ Под редакцией Н. В. Симоновой.

Планирование образовательной деятельности в группе компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата № 5 МАДОУ №3 содействует взаимопониманию и сотрудничеству между людьми. Способствует реализации прав детей дошкольного возраста на получение доступного и качественного образования. Обеспечивает развитие способностей каждого ребенка, формирование и развитие личности ребенка в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-нравственными и социокультурными ценностями в целях интеллектуального, духовно-нравственного, творческого и физического развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов.

Основные задачи реализации ООП МАДОУ №3 в группе компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата

- реализация адаптированной основной образовательной программы;
- коррекция недостатков психофизического развития детей с НОДА;
- охрана и укрепление физического и психического детей с НОДА, в том числе их эмоционального благополучия;
- обеспечение равных возможностей для полноценного развития ребенка с НОДА в период дошкольного детства независимо от места проживания, пола, нации, языка, социального статуса;
- создание благоприятных условий развития в соответствии с их возрастными, психофизическими и индивидуальными особенностями, развитие способностей и творческого потенциала каждого ребенка с НОДА как субъекта отношений с другими детьми, взрослыми и миром;
- объединение обучения и воспитания в целостный образовательный процесс на основе духовно-нравственных и социокультурных ценностей, принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества;
- формирование общей культуры личности детей с НОДА, развитие их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирование предпосылок учебной деятельности;
- формирование социокультурной среды, соответствующей психофизическим и индивидуальным особенностям детей с НОДА;
- обеспечение психолого-педагогической поддержки семьи и повышение компетентности родителей (законных представителей) в вопросах развития и образования, охраны и укрепления здоровья детей с НОДА;
- обеспечение преемственности целей, задач и содержания дошкольного общего и начального общего образования.

1.2 Возрастные характеристики детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В группе компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата учитываются возрастные и индивидуальные особенности контингента детей, воспитывающихся в данной группе. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП могут широко варьироваться.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с ДЦП обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются:

1) нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Ограничение объёма произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребёнок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперёд, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Всё это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения рук;

2) наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей.

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

4) нарушение ощущений движений (кинестезий). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы. У некоторых искажено восприятие направления движения. Например, движения пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону. Нарушение ощущений движений ещё более обедняет двигательный опыт ребёнка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений.

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

6) синкинезии. Синкинезии – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки, ребёнок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются;

7) наличие патологических тонических рефлексов. Их выраженность отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при церебральном параличе обусловлены тем, что поражение незрелого мозга изменяет последовательность этапов его созревания.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом; могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они в состоянии самостоятельно двигаться по городу, ездить на транспорте.

Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии.

Аномалия развития психики при ДЦП включает нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально – волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей:

- неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами: вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
- затруднение познания окружающего мира в процессе предметно – практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств; нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами.

Отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения.

Часто отмечается косоглазие, двоение в глазах, опущенное веко. Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно – моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к дефектному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно – различительной деятельности слухового анализатора. У 6 – 25% детей наблюдается снижение слуха. При этом наблюдаются характерные нарушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (**к, с, ф, ш, в, т, н**), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками). У некоторых отмечается недоразвитие фонематического слуха с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию (**ба – па, ва – фа**). У таких детей возникают трудности в обучении чтению, письму. В письме под диктовку они делают много ошибок. В некоторых случаях, когда нет снижения остроты слуха, может иметь место недостаточность слуховой памяти и слухового восприятия. Иногда отмечается повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (дети вздрагивают, мигают при любом неожиданном звуке), но дифференцированное восприятие звуковых раздражителей у них оказывается недостаточным.

При всех формах церебрального паралича имеет место глубокая задержка и

нарушение развития кинестического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

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

I. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. отмечается недостаточность одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (*спереди, сзади, между*) усваиваются с трудом. Дети не могут сложить из частей целое (например, собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать (зеркальное письмо). У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно – действенное мышление при лучшем развитии словесно – логического.

II. Выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объёма механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

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

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально – волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций (так, начав плакать или смеяться, ребёнок не может остановиться). Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребёнка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

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

У детей с церебральным параличом наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При нарушениях интеллекта особенности развития личности сочетаются с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определённых структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также и с ограничением объёма знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно – практической деятельности.

При ДЦП речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всём их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие основные формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия. Однако, речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии – дизартрия – часто сочетается с задержкой речевого развития или, реже, с алалией.

У детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита, прежде всего, фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искажённо, либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы). Отмечается отставание в усвоении отдельных языковых категорий (особенно предлогов) и слов, обозначающих пространственно – временные отношения, абстрактные понятия. С трудом усваиваются лексические значения слов (иногда вычленивают в слове только конкретное значение, заменяют одно слово другим, совпадающим по звучанию). При ДЦП лексические нарушения обусловлены спецификой заболевания. Количественное уменьшение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объёма, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением рабочего общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании сказуемого с подлежащим,

употреблении правильных падежных окончаний.

Возрастная динамика речевого развития детей с церебральным параличом во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребёнка, тем более благоприятная динамика развития речи.

Всего в группе компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно – двигательного аппарата № 5 воспитывается ... детей. Из них ... мальчика и ... девочек.

Группа работает в условиях полного дня (12-часового пребывания); функционирует в режиме 5-дневной рабочей недели.

