

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Ковалева Юлия Владимировна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Диагностика моторных умений у подростков с ограниченными возможностями здоровья в процессе профессионально-трудовой реабилитации

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Профиль Психология и социальная педагогика

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой д.п.н, профессор Фурьева Т.В.

(дата, подпись)

Руководитель к.п.н, доцент
Черкасова Ю.А.

Дата защиты _____

Обучающийся Ковалева Ю.В.

(дата, подпись)

Оценка _____

(прописью)

Красноярск
2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	6
1.1. Профессионально–трудовая реабилитация подростков с ограниченными возможностями здоровья как психолого-педагогическая проблема.....	6
1.2. Особенности развития моторных умений у подростков с ограниченными возможностями здоровья.....	15
1.3. Методика hamet-2 как инструмент диагностики моторных умений людей с ограниченными возможностями здоровья.....	24
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....	28
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОТОРНЫХ УМЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ НАМЕТ-2.....	31
2.1. Использование методики hamet-2 при организации профессионально-трудовой реабилитации подростков в условиях реабилитационного центра.....	31
2.2. Анализ и интерпретация данных экспериментальной работы.....	40
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....	42
Заключение.....	43
Список использованных источников.....	45
Проложения.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы исследования. Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского социума является включение детей с ограниченными возможностями в общество. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современной России.

В современном российском обществе наблюдается не только стабильное сокращение числа трудоспособного населения, но и сохраняется тенденция ухудшения его качественного состава на фоне роста инвалидизации детей и молодёжи, что становится ощутимым ограничением экономического развития страны.

Современное российское законодательство, формирующее определённый уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями, отвечает общепризнанным международным стандартам и имеет гуманистическую направленность. В России создаётся и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребёнку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов. Главная проблема ребёнка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребёнка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб – ребёнок, имеющий инвалидность, может быть также способен и талантлив, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить

их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает неравенство возможностей [18].

Профессиональная ориентация и профессиональная адаптация детей-инвалидов и лиц с ОВЗ требует разработки специальной методологии диагностики профессиональных интересов и склонностей, учитывающих особенности здоровья. На данный момент на федеральном уровне отсутствует диагностический инструментарий, необходимый для профориентации детей и подростков с ОВЗ.

Профориентация для лиц с ОВЗ является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. В связи с этим обеспечение реализации права детей с ОВЗ на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации.

Уровень психического развития детей и подростков с ОВЗ зависит не только от времени возникновения, характера и степени выраженности первичного нарушения развития, но и от качества предшествующего обучения и воспитания. Диапазон различий в развитии детей и подростков с ОВЗ очень велик: от детей с незначительными отклонениями, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимыми и тяжелыми поражениями центральной нервной системы; от детей, способных при специальной поддержке обучаться на равных со сверстниками, до детей, нуждающихся в индивидуальной программе образования. Все эти особенности так же осложняют профориентационную работу с данными группами. Сложности данной работы возникают как на этапе подбора методического инструментария для диагностики, так и при выборе профиля профессиональной подготовки.

Объект исследования: подростки с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: особенности сформированности моторных умений подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Цель: выявить особенности сформированности моторных умений подростка с ограниченными возможностями здоровья и определить его потенциал в дальнейшей профессионально-трудовой реабилитации.

Задачи:

1. Проанализировать литературу по теме исследования.
2. Разработать диагностический инструментарий, позволяющий выявить особенности сформированности моторных умений подростка с ограниченными возможностями здоровья и определить его потенциал в дальнейшей профессионально-трудовой реабилитации.
3. Апробировать программу диагностики моторных умений подростков с ограниченными возможностями здоровья и определить ее место в процессе профессионально-трудовой реабилитации.

4. Проанализировать и интерпретировать данные исследования.

Гипотеза исследования. Для подростков с ограниченными возможностями здоровья характерны специфические особенности развития моторных умений. Использование методики hamet-2 позволяет получить достоверные результаты об уровне сформированности моторных умений подростка с ограниченными возможностями здоровья, ее элементы могут быть использованы в процессе профессионально-трудовой реабилитации.

Методы исследования: теоретический анализ, анализ случая, тестирование (методика намет-2), методы качественного анализа данных.

База исследования: Работа проходила на базе городского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья с октября 2015 г. по март 2016 г. В исследовании приняли участие подростки от 12-16 лет, 20 человек: 5 девочек и 15 мальчиков.

ГЛАВА 1. ДИАГНОСТИКА МОТОРНЫХ УМЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. ПРОФЕССИОНАЛЬНО–ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Профессиональная деятельность является важнейшей для подавляющего большинства людей современности. Она совершенно необходима как для отдельной личности, так и для общества в целом на различных его уровнях, включая мировое сообщество, человечество. [2]

Профессиональная ориентация рассматривается как сложный динамический процесс формирования личностью системы своих основополагающих отношений к профессионально-трудовой среде, развитию и самореализации духовных и физических возможностей, формирования адекватных им профессиональных планов и намерений, реалистичного образа себя как профессионала. Профессиональное самосознание является одним из важнейших компонентов самосознания человека, как субъекта деятельности. Именно поэтому изучение и проведение профориентации детей подросткового возраста в общеобразовательных учреждениях стала наиболее актуальной на сегодняшний момент.

Изучением особенностей и проблем профориентации детей подросткового возраста в общеобразовательных учреждениях занимались такие отечественные ученые как А.К. Маркова, Г.С. Прыгин, Е.К. Климов, Н.С. Пряжников, Т.В. Кудрявцев и другие. Обращаясь к трудам зарубежных ученых, были изучены основные позиции П.С. Лернер, Л. Хьёлл, которые рассматривали данную проблему и подчеркивали важность профориентационной работы для формирования личности подростка.

Выбор профессии весьма сложный и порой долгий мотивационный процесс. Особенно трудно он дается людям с ограниченными возможностями. Причем, выбор профессии является достаточно сложным и напряженным этапом не только для самих молодых людей, но и для их родных и близких, в частности родителей. Проблемой профориентации молодых инвалидов в разное время занимались такие ученые, как А.А. Дыскин, А.Г. Литвак, А.М. Щербакова, В.П. Ермаков, Ф.С. Исмагилова, И.И. Мамайчук, С.Л. Мирский, Е.М. Старобина, другие.

Профориентация – это специально организованная помощь по оптимизации процессов профессионального самоопределения школьников. Поэтому можно сказать, что главной задачей профориентации является всестороннее развитие личности и активизация самих школьников в процессах определения себя, своего места в мире профессий. Для того чтобы профессиональное самоопределение учащихся с ограниченными возможностями здоровья было успешным, важно развивать у них активное отношение к себе, своим возможностям в связи с осознанием важности и необходимости самоопределения и адекватного отношения к ситуации выбора профессии, основанного на осознании своих желаний и возможностей. Кроме этого, большую роль в успешной профессиональной ориентации играет фактор максимально адекватной оценки учащимися своих психофизиологических особенностей. [14]

Целью психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ, является обеспечение оптимального развития ребенка, успешная интеграция в социум. В процессе решения проблемы сознательного выбора профессии лицами с ОВЗ, следует иметь в виду необходимость разработки комплексного подхода к профориентационной работе, одним из важнейших аспектов которого является подбор и модификация методического инструментария с учетом индивидуальных особенностей здоровья. Не менее важным для решения вопроса о профессиональном будущем каждого подростка диагностика способностей, личностных особенностей, интересов и склонностей, которые зависят как от условий воспитания и обучения, так и от природных задатков.

Подбор методического инструментария с учетом специфики лиц с ограниченными возможностями здоровья позволяет дать более точную оценку актуального состояния оптанта, благодаря чему с ним строится дальнейшая индивидуальная и или групповая работа. Таким образом, можно выделить следующие факторы, которые необходимо учитывать при организации работы с подростками, имеющими особенности здоровья:

- позиция родителей;
- учет состояния здоровья, соотнесение его с требованиями профессии;
- поддержка со стороны педагогов;
- знание своих личностных особенностей, возможностей и способностей
- информированность о профессиональных деятельности, для дальнейшего выбора той профессии, которая соответствует индивидуальным способностям;
- поддержка со стороны педагогов. [34]

Формы профессионально-ориентационной работы с детьми и подростками, имеющими отклонения в развитии, достаточно многообразны:

- профессионально – ориентационные беседы;
- занятия в кружках, мастерских;
- экскурсии на предприятия, в профессиональные учебные учреждения, в службу занятости;
- встречи со специалистами;
- участие в «днях открытых дверей»;
- участие в конкурсах, выставках, ярмарках изделий;
- использование средств массовой агитации: стендов, стенгазет, фотоальбомов и прочего.[34]

Для подростка с ограничениями здоровья и жизнедеятельности правильность выбора сферы трудовой деятельности принципиально важна в силу ряда обстоятельств:

Во-первых, выбор в значительной мере взаимосвязан с характером течения заболевания, когда род и условия профессиональной деятельности могут оказать на него позитивное или негативное влияние;

Во-вторых, возможность успешного включения ребенка в систему трудовых отношений – один из основных механизмов социальной интеграции в целом, итоговая цель всего комплекса реабилитационных мероприятий;

В-третьих, сама возможность адекватного профессионального выбора затруднена из-за объективных ограничений видов профессиональной деятельности, в которых может проявить себя человек с отклонениями и нарушениями в развитии и в силу искаженных представлений о собственных возможностях. Эти обстоятельства определяют специфику профориентации учащихся с нарушением в развитии и необходимость совместных усилий педагогов школ по подготовке ребенка к самостоятельной жизнедеятельности совместно с учреждениями начального и среднего профессионального образования. [34]

Поэтому особое внимание должно уделяться:

- комплексной диагностической оценке (преимущественно исходя из характера клинико-функциональных и психологических параметров) возможностей ребенка овладеть теми или иными видами профессиональной деятельности;
- развитию наиболее универсальных умений, навыков и качеств, которые необходимы для профессиональной (трудовой) самореализации;
- формированию таких интересов и установок, которые максимально ориентируют именно на показанные профессии.

Профессиональная ориентация и профессиональная адаптация детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья требует разработки специальных методов диагностики профессиональных интересов и склонностей, учитывающих данные ограничения. К сожалению, на федеральном уровне отсутствует диагностический инструментарий, необходимый для профориентации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Процесс профессионального самоопределения включает развитие самосознания, формирование системы ценностных ориентации, моделирование своего будущего, построение эталонов в виде идеального образа профессионала. Личностное самоопределение человека происходит на основе освоения общественно выработанных представлений об идеалах, нормах поведения и деятельности. В настоящее время социальная ориентация во многом определяет профессиональное самосознание человека, его профессиональное самоопределение и профессиональный выбор [6].

Профессионально-трудовую реабилитацию с детьми-инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осложняет неоднородность состава группы (класса) по психологическим, познавательным, эмоциональным особенностям учащихся. В этой связи эффективность профессионально-трудовой реабилитации таких людей, с одной стороны, связана с необходимостью осуществления индивидуального подхода, с другой - зависит от того, насколько продуктивно организована работа на первом этапе - диагностики имеющегося у человека потенциала будущей профессионально-трудовой деятельности и выявления рисков и сложностей, не позволяющих ему включиться в тот или иной вид трудовой активности.

Профессиональная и трудовая реабилитации помогают в восстановлении потерянных человеком или формировании новых трудовых и про-вых и профессиональных навыков с оказанием помощи в дальнейшем трудоустройстве. Проблема общей реабилитации людей с ограниченными возможностями решается отечественными учеными Е.Д. Агеевым, С.Н.

Ваньшиным, Г.П. Диянской, А.М. Кондратовым, А.Е.Шапошниковым, Ф.И. Шоевым. В своих трудах они анализируют психологические и педагогические особенности реабилитационной работы с инвалидами в различных условиях.

В настоящее время проблема профессиональной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности, ввиду ее актуальности, широко разрабатывается и отражена в исследованиях Л.Ф. Добровольской, А.А. Дыскина, Л.Ф. Казначеевой, О.И. Каряжиной, Т.Н. Каряжиной, Е.Н. Львовой, Н.М. Назаровой, Э.И. Танюхиной, Е.И. Холостовой, М.Н. Хусаиновой и др.

Необходимым условием профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с ОВЗ является их желание получать помощь в разрешении вопросов (затруднений), обусловленных психологическими причинами, а также готовность принять ответственность за свое профессиональное будущее. Границы этой ответственности варьируют от высокой активности и самостоятельности до инфантильности и полной психологической зависимости от других. И, поскольку, инфантильность является распространенной чертой подростков с ОВЗ, в ходе профессионально- трудовой реабилитации необходимо предпринимать специальные действия для побуждения (актуализации) собственной активности и ответственности консультируемого: позитивный настрой, укрепление веры в его силы и возможности. В профессионально-трудовой реабилитации лиц с ОВЗ необходимо использовать различные формы работы, такие, как групповые тренинги по отработке профессионально значимых навыков, ролевые игры, позволяющие примерить различные профессиональные роли, просмотр и обсуждение видеоматериалов. Большое значение имеет привлечение к этой работе педагогов и родителей подростков с ОВЗ.

Современные ученые выделяют следующие виды реабилитации: медицинская, профессиональная, трудовая, социальная.

Медицинская реабилитация - начальное звено в системе общей реабилитации, т.к. заболевший человек прежде всего нуждается в медицинской помощи. Таким образом, медицинская реабилитация - все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного. Вместе с тем медицинская реабилитация является основным периодом, в котором осуществляется психологическая подготовка пострадавшего от необходимой адаптации, реадаптации или переквалификации в случае полного восстановления его профессиональных навыков, т.к. при некоторых заболеваниях психологическая подготовка больного должна начинаться задолго до основного лечения. Одним из наиболее важных разделов медицинской реабилитации является трудотерапия, позволяющая развить у пострадавшего не только необходимые навыки к самообслуживанию, но и приобщить его к полезному труду. Под психологической реабилитацией понимают воздействие врача на больного или инвалида с целью преодолеть в их сознании чувство безысходности, представление о бесполезности лечения, вселить веру в благополучный исход лечения, особенно при некоторых, хотя бы незначительных, сдвигах в течении болезни. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл восстановительного лечения. [13]

Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение индивидуальными техническими приспособлениями с целью облегчить пользование рабочим инструментом, приспособление рабочего места на прежнем предприятии к функциональным возможностям организма больного или инвалида, организацию специальных цехов и предприятий для инвалидов с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем. Для приобретения профессии или переквалификации инвалидам предоставляется бесплатное обучение в специальных профтехучилищах и техникумах органов социального обеспечения или обществ слепых и глухих. [34]

Профессиональная реабилитация должна начинаться и проводиться в период медицинской и социальной и завершаться трудоустройством больно-

го. Время, прошедшее от момента медицинской реабилитации до профессиональной, должно быть минимальным.

Социально-экономическая реабилитация - комплекс мероприятий, который включает обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем вблизи места работы, поддержание уверенности в том, что они являются полезными членами общества; материальное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем выплат по временной нетрудоспособности или инвалидности, назначения пенсии и т.п.

Основной целью бытовой реабилитации является развитие у пострадавшего основных навыков к самообслуживанию. Это прежде всего относится к больным с нарушением психики, врожденными уродствами опорно-двигательного аппарата, а также получившим тяжкое увечье - больным безруким и т.д. [11]

С результатами профессиональной диагностики подростков с ограниченными возможностями здоровья нужно знакомить с позитивной информацией, для того чтобы эмоционально расположить их к восприятию сведений об ограничениях в сфере выбора профессий. Ту информацию, которая может вызывать негативные эмоции и чувства, можно дать в середине общения. Методический инструментарий для профессиональной диагностики должен быть адекватен уровню развития и особенностям здоровья подростка. При выборе профессии необходимо учитывать его типологические и индивидуально-личностные особенности, а также перспективы развития. Важной задачей комплексной профориентации является формирование у подростков с ограниченными возможностями здоровья профессионального выбора и мотивации к деятельности, адекватной их возможностям, так как они испытывают трудности следующего характера:

- из-за ограничений в познании окружающего мира часто недостаточно сформированы их представления о видах профессиональной деятельности;
- ориентация на получение престижных профессий может затруднить трудоустройство из-за высокой конкуренции на рынке труда;

– составление профессиональных планов затруднено из-за дефицита специализированных учебных заведений, позволяющих получить избранную профессию. [24]

Учитывая эти особенности, необходимо соблюдать принцип соответствия выбираемой профессии интересам, склонностям, способностям и возможностям подростка, соотнесенным с реальным состоянием его здоровья и имеющимися ограничениями. Кроме того, подросток должен осознавать перспективы самореализации в будущей профессиональной деятельности.

1.2 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МОТОРНЫХ УМЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.

Формирование двигательных функций - одно из важнейших направлений в общем развитии ребенка. С первых месяцев жизни у ребенка начинают развиваться двигательные реакции в ответ на раздражитель: в конце первого месяца жизни он пытается распрямлять ножки, на шестой неделе поднимает и удерживает головку, на шестом месяце сидит, в конце первого года пытается ходить, то есть делает первые шаги. Таким образом у ребенка постоянно формируется мелкая моторика. В понятие моторика многие авторы вкладывают неодинаковое содержание.

Наиболее удачное определение дал А. Гамбургер, который определил моторику как итог способностей и умелостей, законченную возрастную структуру двигательной целостности особого вида (выражение лица, жесты, привычки, врожденные телесные особенности).

По Л.О. Бадалян моторика - это «совокупность двигательных реакций, умений, навыков и сложных двигательных функций» [2]. Первоначально идет развитие двигательных функций. Этот сложный процесс определяется с одной стороны поэтапным созреванием центральной нервной системы, а с другой многообразными влияниями окружающей среды. Важную роль в этом процессе играет и генетическая программа развития. Наиболее интенсивное двигательное развитие происходит на первом году жизни, что связано с самым высоким темпом созревания мозга. Однако, несмотря на то, что к концу младенчества основные двигательные системы, которые необходимы для адаптации ребенка к окружающему миру, уже сформированы, интенсивное развитие продолжается до 5 - 6-летнего возраста. Уровень развития мелкой моторики – один из показателей интеллектуальной готовности к школьному обучению. Обычно дети, имеющие высокий уровень развития мелкой моторики, умеют логически рассуждать, у них достаточно развита память, внимание, связная речь. Возможность познания окружающих предметов у детей в

большой степени связана с развитием действия руки. Еще В. А. Сухомлинский писал, что истоки способностей и дарования детей находятся на кончиках их пальцев. От них, образно говоря, идут тончайшие ручейки, которые питают источник творческой мысли. Совершенствование произвольной моторики тесно связано с развитием ощущений движений - кинестезией.

«Кинестезия - своеобразная обратная связь, обеспечивающая постоянное снижение восполненного движения с заданной программой» [2].

В развитии моторной сферы можно выделить общие принципы, которые описала Е. М. Мастюкова:

1. Становление двигательных навыков идет по пути преемственности и поэтапности. Для овладения той или иной функцией в полном объеме развитие ребенка должно пройти несколько этапов, во время которых происходит закладка фундамента будущих функций. Например, к 6 - 7 месяцам жизни большинство детей сидят, если их посадить. Эта функция формируется только тогда, когда дети научатся держать голову и выпрямлять спину.

2. Последовательные стадии в развитии двигательных функций перекрывают друг друга, то есть ребенок, совершенствуясь в выполнении одних двигательных навыков, одновременно начинает осваивать другие. Например, 4-6-месячный малыш тренируется в выпрямлении спины, в поворотах головы и в тоже время пытается овладеть навыком сидения.

3. В ходе сенсомоторного развития возникает и далее реализуется возможность дифференциации и изоляции отдельных движений. Например, у ребенка постоянно формируется умение свободно поворачивать голову без участия в этом туловища.

4. Развитие и совершенствование движений начинается от головы к верхним, а затем к нижним конечностям.

5. Развитие двигательных функций совершенствуется от проксимального к дистальному направлению, то есть движение частей тела, расположенных ближе к средней линии тела, совершенствуются раньше, чем движения в более удаленных областях. Например, над положением и движением

плеч контроль устанавливается раньше, чем контроль над движением пальцев рук. Основное условие реализации этих принципов - своевременное становление выпрямительных реакций и развития равновесия.

Е. М. Мастюкова также выделила и описала поэтапное моторное развитие. От рождения до 4 месяцев (1 этап) основной задачей моторного развития является формирование контроля за положением головы, возможности ее произвольных движений во всех направлениях, к концу этапа - развитие выпрямляющих рефлексов туловища. От 4 до 6 месяцев (2 этап) необходимо стимулировать развитие выпрямляющих рефлексов туловища в положении на животе и на спине. Ребенок в 4 - 5 месяцев, положенный на живот, должен устойчиво удерживать голову по средней линии и опираться на предплечья, согнутые под прямым углом, а к 6 месяцам уже опираться на вытянутые руки, удерживать голову в вертикальном положении на руках у взрослого, активно поднимать голову, лежа на спине, к концу 5 месяца жизни сохранять при поддержке позу сидя. После 4-х месяцев необходимо стимулировать у ребенка повороты со спины на живот. От 6 до 8 месяцев (3 этап) необходимо стимулировать разнообразную двигательную активность, повороты тела со спины на живот. В положении на животе ребенок должен уметь высоко поднимать голову и поворачивать ее в стороны. Очень важно к концу этого периода стимулировать ползание. Необходимо научить ребенка переворачиваться с живота на спину, укреплять функцию сидения и присаживания при подтягивании его за руку из положения лежа на спине. От 8 до 12 месяцев (4 этап) особо важное значение имеют упражнения, которые направлены на приспособление туловища к вертикальному положению тела. От 12 до 18 месяцев (5 этап) важное значение имеет стимуляция самостоятельной ходьбы, совершенствование устойчивости туловища в вертикальном положении, развитие пяточно-пальцевой формы шага с первоначальной опорой на пятку, потом на пальцы, так называемого переката. От 18 до 24 месяцев (6 этап) ребенок учит вставать без поддержки из положений на животе, спине, подниматься и спускаться по ступенькам, совершенствуют способ ходьбы, учат бе-

гать, ходить назад. Особое внимание обращают на развитие функции равновесия. От 2 до 3 лет (7 этап) у ребенка развивают подвижность и равновесие. Проводят занятия по дифференциации движений ног, развитию пяточно-пальцевого навыка ходьбы. Одновременно с развитием общей моторики идет и становление тонкой моторики пальцев рук.

Формирование и развитие моторных умений детей и подростков необходимо для гармоничного развития ребенка, его физического развития, координации движений, развития интереса к различным, доступным ребенку видам двигательной деятельности и положительных нравственно-волевых черт личности. В формировании двигательного навыка исследователи Н. А. Бернштейн и П. К. Анохин выделяют три стадии. Эти физиологические закономерности представлены в такой последовательности: I стадия - иррадиация; II -специализация и III стабилизация условно-рефлекторного акта.

I стадия - формирование двигательного навыка, короткая по времени. Она направлена на создание первоначального умения. Для нее характерно широким иррадированием процесса возбуждения и недостаточное внутреннее торможение при ознакомлении ребенка с новым движением.

II стадия - более продолжительна по времени. Она характеризуется многократной повторяемостью движения, в результате чего правильность разучиваемого движения постепенно улучшается. Происходит уточнение отдельных двигательных рефлексов и всей системы в целом. На этой стадии ребенок проявляет большую осознанность задач и своих собственных действий.

III стадия - стабилизация навыка, уточнение динамического стереотипа. Ребенок овладевает навыком. Его движения становятся экономичными, свободными, точными и раскованными.

У детей с умеренной умственной отсталостью, синдромом Дауна, сложной структурой дефекта одной из главных причин, затрудняющих формирование и развитие двигательных умений и навыков является нарушение моторики, которое отрицательно сказывается не только на физическом разви-

тии, но и на развитии речи, социализации личности, развитии познавательной и формировании трудовой деятельности, последующей социальной адаптации. У всех детей с отклонениями в развитии имеет место недостаточная мелкая моторика рук. Большинство детей действуют одной рукой, а другая беспомощна и не участвует в работе. Движения рук детей неловки, плохо координированы, чрезмерно замедленны или, напротив, импульсивны. Мускулатура рук очень слаба. Часто не выделена ведущая рука. Несовершенство тонкой (мелкой) ручной моторики, недостаточная координация кистей и пальцев рук обнаруживаются в отсутствии или плохой сформированности навыков самообслуживания.

У детей, страдающих аутизмом, наблюдается своеобразное развитие моторных функций. Нередко оно проявляется в отсутствии плавности движений, неловкости, неуклюжести, в недостаточно координированной походке, в недоразвитии тонкой моторики. В более тяжелых случаях наблюдаются нарушения организации программы движения при относительно удовлетворительном уровне развития координации движений. Исследователями установлена прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с регуляцией мышечного тонуса, и речевыми нарушениями. По мнению Лебединского, отсутствие плавности движений указывает на нарушение связи между корковыми и подкорковыми функциями, их тонической и синергической основами. По мере увеличения степени тяжести РДА отмечаются выраженные нарушения программы движения и зрительно-моторной координации. [22]

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 варьировать.

В силу специфики двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спон-

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

Любой ребенок с ограниченными возможностями здоровья не должен быть социальным инвалидом и потенциальным балластом для семьи, окружающих и государства в целом, он должен стать оптимально развитой личностью, способной к адекватному вхождению в общественную среду на каждом этапе своего становления.

Существует три основных типа нарушений мелкой моторики:

- Нарушения подачи сигнала на выполнение действия (например, при органических поражениях головного мозга, инсульте, травмах головы)
- Нарушения передачи сигнала (например, при болезни Паркинсона, в постинсультном состоянии)
- Нарушения в приёме и выполнении сигнала (при ДЦП, травмах конечностей, недостаточной степени развития ловкости и т. д.) [16]

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание центральной нервной системы, характеризующееся ведущим поражением двигательных зон и проводящих путей головного мозга. Оно проявляется в синдроме речевых, эмоциональных торможений, неспособности сохранять нормальную позу и выполнять активные движения. У ребенка нарушается пространственное представление, психика, зрение и речь.

Одной из особенностей, характеризующей детский церебральный паралич, является нарушение мелкой моторики рук, тонуса их мышц, наличие насильственных усилий, неточность движений руками и нарушение формирования конечностей. Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность и затрудняющие развитие самостоятельности передвижения, ставят больного ребенка в полную зависимость от ближайшего окружения. В то же время отсутствие единства, зрительного, двигательного, тактильного образов затрудняет приобретение трудовых умений, навыков самообслуживания.

Причины двигательных нарушений:

- патология тонуса мышц;
- ограничение или невозможность произвольных движений;
- наличие насильственных движений;
- заболевание матери;
- несовместимость матери и плода по резус-фактору;
- затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шеи врача. [16]

Нарушение двигательной функции у детей с сенсорными поражениями, умственной отсталостью и церебральными параличами имеют разные причины, и, следовательно, разные способы коррекции.

У детей с умственной отсталостью— это локализация органических поражений в ЦНС, которая приводит к недоразвитию моторики. Поэтому в наибольшей степени оказываются нарушенными не элементарные движения, а сложно координационные двигательные действия, требующие осмысления, словесного опосредования и регуляции со стороны коркового уровня (Вайзман Н. П.)

У детей с сенсорными аномалиями причиной двигательных нарушений является отсутствие или ограничение полноценной сенсорной афферентации, оказывающей влияние на становление пространственного анализа и синтеза, кинестетического, зрительного, слухового, тактильного восприятия движений, схемы тела.

У детей с ДЦП причинами двигательных нарушений являются полиморфные органические поражения головного и спинного мозга и проводящих путей. Характерны расстройства схем произвольных движений: неуверенная неустойчивая ходьба, патологические позы тела и конечностей, нарушение мышечного тонуса, манипулятивных действий, равновесия и координации (Левченко И. Ю., Приходько О. Г.)

Типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех нозологических групп детей:

- * сниженная двигательная активность, обусловленная тяжестью первичного дефекта и его негативными последствиями;
- * нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стоп и позвоночника, ослабленный мышечный «корсет», снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение;
- * нарушение координационных способностей: быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве, расслабления;
- * сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей — силовых, скоростных, выносливости, гибкости и др.;
- * нарушение локомоторной деятельности — ходьбы, бега (особенно при нарушении опороспособности), а также лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т. е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка.

От своих здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1—3 года и больше.

При детском церебральном параличе нарушается формирование личности ребёнка. Нормальное интеллектуальное развитие при этом заболевании часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Трудности социальной адаптации способствуют развитию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, замкнутостью. Важное значение в развитии личности при ДЦП придаётся формированию эмоционально-волевой активности. Отрицательное влияние органического поражения ЦНС в большой степени определяет особенности реагирования ребёнка на физический дефект как пассивно-оборонительное или агрессивно-защитное. Частая госпитализация детей

с двигательными расстройствами приводит к психической и социальной депривации. Гиперопека со стороны семьи также негативно влияет на формирование социальной адекватности его поведения, чем выше уровень опеки в семье, тем ниже уровень социальной адекватности поведения ребёнка, его самостоятельности.

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Их центрами являются нижележащие спинальные и стволовые отделы головного мозга. Высшие интегративные двигательные центры при ДЦП не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга. С другой стороны, выраженность активного функционирования нижележащих мозговых структур проявляется в патологическом усилении позотонических рефлексов, задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольные движения, речь и другие корковые функции. Тонические рефлексы активизируются и сосуществуют с патологическим мышечным тонусом и другими двигательными нарушениями. Их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые являются основой для развития произвольных двигательных навыков и умений. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом.

1.3. МЕТОДИКА НАМЕТ-2 КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ МОТОРНЫХ УМЕНИЙ У ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В России опыт профессиональной ориентации подростков и молодых людей с выраженными нарушениями интеллекта не имеет широкого распространения. Для многих молодых людей переход со школьной скамьи, а зачастую из дома, куда к нему приходили учителя, на профессиональное обучение является тяжелым моментом в жизни. Современное выявление профессиональных склонностей путем тестирования может облегчить это положение. До сих пор все методики профессиональной диагностики, известные в России, свелись к опросным методам, т.е. подразумеваются осознанные ответы на поставленные вопросы или предполагается выбор из 2-3 вариантов. Для подростков и молодых людей с отклонениями в интеллектуальном развитии ответить на вопросы достаточно тяжело, т.к. зачастую их самооценка завышена и они не учитывают ограничений в выборе профессии, которые имеются при их диагнозе. Поэтому мы рассмотрим методику «НАМЕТ-2», ее принято называть «Профессиональная диагностика, способствующая развитию». Эта методика позволяет подросткам и молодым людям, имеющим те или иные нарушения в интеллектуальном развитии попробовать свои возможности, сделать что-то руками, испытать себя в известных и неизвестных видах трудовой деятельности.

Метод НАМЕТ-2 был разработан в Германии 1978/79 в центре профессионального обучения и реабилитации г.Waiblingen господами М. Дитрих, М.Голль, Г. Пфайфер, И.Тресс, Ф. Швайгер, Ф. Хартман и с тех пор успешно применяется при решении проблем, связанных с определением профессиональной склонности у учеников не справляющихся со школьной программой. Первая переработка 1990 года заключалась в расширении спектра заданий с дополнительными компьютерными задачами. Между тем, произошедшие изменения в профессионально - рабочем мире (сокращение технических специ-

альностей, увеличение профессий службы быта) и в реабилитации (интеграционные дискуссии, территориальное распределение, определение мест обучения) привели к необходимости дальнейшего развития НАМЕТ и вторичной его переработки. Эксперимент, финансируемый министром труда и проводимый на базе профессионально-технических училищ в городах Вайблинген и Оффенбург, способствовал развитию Намет 2.

Данный метод состоит из 4 модулей: 1 модуль «ремесленные навыки», 2 модуль «тренировочный», 3 модуль «оценки социальной компетенции», 4 «производственный».

Своевременное выявление профессиональных склонностей путем тестирования может облегчить переход молодого человека со школьной скамьи на профессиональное обучение, по какой специальности они будут наиболее успешными и смогут заработать себе на жизнь.

Уникальность метода заключается в том, что оценка уровня ремесленно-моторных и интеллектуальных способностей проводится на практике. Тесты ориентированы на реальные профессиональные условия и похожи на рабочие операции в ремесленных мастерских, в службе быта, в офисе. Работа проводится с помощью ручных инструментов и рабочего материала, которые непосредственно используются на практике. Ремесленные навыки тестируются с помощью 6 факторов от А до F.

-Фактор А. Выполнение тестов на способность к рутинным действиям в требуемом темпе (сложить сервировочную салфетку, вкрутить и выкрутить большие и маленькие болты, вдеть нитку в несколько иголок). Оценивается качество и время. При хороших результатах рекомендуется монотонная работа в сборочных мастерских, подготовительные работы в авто мастерских, изготовление сувениров: работа с бисером, аппликациями, выполнение несложных заготовок.

- Фактор В. Выполнение тестов с применением несложного инструмента (ножа для картона, красок и кисточек, швейной машины). Предлагается вырезать из картона коробочку по контуру, раскрасить фигуру, прострочить

строчки на швейной машине. При хороших результатах рекомендуется работа в швейных мастерских, упаковочных цехах.

- **Фактор С.** Восприятие симметрии: продолжить линию, дорисовать вторую половину контура как симметричное зеркальное отображение, распределить шайбы с заданной симметрией. При хороших результатах рекомендуется продолжать обучение, приобрести специальность маляра, штукатура, работника садово-паркового хозяйства.

- **Фактор Д.** Умение пользоваться компьютером: набор текста, нанесение координат. Проверяется умение прочесть и понять инструкцию. Задание помогает оценить уровень кратковременной и долговременной памяти испытуемого. Определяется время, количество ошибок и опечаток. При хороших результатах рекомендуется работа в офисе, выполнение несложных повторяющихся операций (комплектование заказов, набор текста).

- **Фактор Е.** Применение более сложных инструментов. Предлагается тест на выпиливание рыбы из заготовки ДПС по заданному контуру с применением тисков, напильника, рашпиля. Другой тест: изгибание толстой проволоки в форме крючка по контуру, нарисованному на бумаге, с применением тисков и молотка. Оценивается пространственное представление, способность выполнять сложные контуры и линии на неподатливых материалах. При хороших результатах рекомендуется продолжить учебу, получить специальность для работы в столярных и слесарных мастерских.

- **Фактор F.**

Выполнение заданий, требующих точных измерений в сантиметрах и миллиметрах. С помощью линейки надо нанести точки пересечения на плоскости, с помощью угольника – построить перпендикулярные линии. При хороших результатах возможно обучение для выполнения вспомогательных операций в офисах, лабораториях.

Область применения НАМЕТ применяется в области профессиональной диагностики для молодых людей, не справляющихся со школьной программой. Намет- 2 за счет своей расширенной области действия можно так-

же применять при решении профессиональных проблем у учеников с общим и средним образованием, при решении специфических вопросов у взрослых, находящихся в реабилитационных центрах, а также для лиц с физическими и психическими отклонениями или с нарушенными органами чувств. Таким образом внедрение Намет- 2 может быть осуществлено в различных сферах работы:

- Спецшколы (8+9 классы)
- Школы профессиональной ориентации
- Профессионально-технические училища и прочие реабилитационные учреждения
- Спецшколы с профессиональной ориентацией
- Реабилитационные клиники (проверка на степень выдержки нагрузки)
- Мастерские для людей с умственными и физическими отклонениями (область тренировки по труду)
- Предприятия (область обучения).

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.

Проблема профессионально-трудовой реабилитации подростков с ограниченными возможностями здоровья не теряет своей актуальности. Значимость проблемы обусловлена тем, что выпускники специальных (коррекционных) школ испытывают трудности в определении своей жизненной позиции, своего места в обществе. Причины затруднений социализации детей с ОВЗ связаны с тем, что их познавательные возможности в сравнении с нормально развивающимися сверстниками не создают прочной основы для усвоения необходимого спектра социальных, общественных и других форм жизни.

В настоящее время проблема профессиональной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями жизнедеятельности, ввиду ее актуальности, широко разрабатывается. Вопросами теоретической разработки и организации профессионально-трудовой реабилитации отражена в исследованиях Л.Ф. Добровольской, А.А. Дыскина, Л.Ф. Казначеевой, О.И. Карякиной, Т.Н. Карякиной, Е.Н. Львовой, Н.М. Назаровой, Э.И. Танюхиной, Е.И. Холостовой, М.Н. Хусаиновой и др.

Под профессионально-трудовой реабилитацией в своем исследовании мы, опираясь на исследования Л.Ф. Добровольской, А.А. Дыскина, Л.Ф. Казначеевой, понимаем целенаправленный процесс по выявлению профессиональных интересов подростка, определению потенциала и возможностей его включения в тот или иной вид трудовой деятельности, созданию условий для развития необходимых умений и навыков. в ходе профессионально-трудовой реабилитации происходит восстановление подростка с ограниченными возможностями здоровья как субъекта профессионально-трудовой деятельности, что позволяет наметить жизненные цели на последующую трудовую деятельность.

В профессионально-трудовой реабилитации лиц с ОВЗ необходимо использовать такие формы работ, как групповые тренинги по отработке профессионально значимых навыков, ролевые игры, позволяющие примерить на

себя различные профессиональные роли, просмотр и обсуждение видеоматериалов.

Выделяют следующие виды профессионально-трудовой реабилитации подростков с ограниченными возможностями здоровья: медицинская, профессиональная, трудовая, социальная. Все эти виды реабилитации предназначены для успешной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в социум. Процесс реабилитации будет эффективен только в случае, если грамотно организовать работу на первом этапе - диагностики потенциала и возможностей подростка.

Овладение движениями играет огромную роль в физическом развитии ребенка, т.к. они обеспечивают становление самостоятельности и относительной независимости от взрослых. Даже простая возможность сидеть, стоять, ходить, необычайно важна, так как «она приводит к значительному расширению сферы действительности, доступной для познания ребенка» [17].

Двигательное развитие человека представляет собой результат формирования адекватной двигательной базы для обеспечения нормальной двигательной активности.

Формирование и развитие моторных умений детей и подростков необходимо для гармоничного развития ребенка, его физического развития, координации движений, развития интереса к различным, доступным ребенку видам двигательной деятельности и положительных нравственно-волевых черт личности. На сегодняшний день разработаны методики: Методика углубленного разучивания движений, Методика закрепления и совершенствования движений. Исследования особенностей поэтапного разучивания движений с ребенком дошкольного возраста проводились А. В.Кенеман, Э.Я.Степаненковой, Н.В.Полтавцевой и другими педагогами. (приложение 2)

Метод НАМЕТ-2 был разработан в Германии 1978/79 в центре профессионального обучения и реабилитации г.Waiblingen господами М. Дитрих, М.Голль, Г. Пфайфер, акцент был сделан на оказание практической помощи учащимся с ограниченными, умственными возможностями в выборе профес-

сии и выявлении имеющихся у них моторных ресурсов. В настоящее время методика Намет-2. представляет собой четыре модуля. Первый модуль ориентирован на оценивание профессиональных базисных компетенций моторно двигательного плана. Второй модуль выявляет учебные способности в сопоставлении с базовыми профессионально –ориентированными компетенциями. Третий модуль предназначен для изучения социальных профессионально ориентированных компетенций. Четвертый модуль проверяет наличие характеристик системного мышления, связанных с поиском ошибок и видения проблем. На практике первый, третий и четвертый модули могут использоваться по отдельности. Модуль 2 используется только в сочетании с первым. Использование данной методики в профессионально-трудовой реабилитации подростков с ограниченными возможностями здоровья возможно как на этапе диагностики моторных умений, так и в процессе коррекционной и развивающей работы.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОТОРНЫХ УМЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ НАМЕТ-2.

2.1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ НАМЕТ-2 ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Опытно-экспериментальная работа по изучению особенностей моторных умений у подростков с ограниченными возможностями здоровья была организована на базе реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями здоровья г. Красноярска. В исследовании приняли участие подростки с ограниченными возможностями здоровья от 12 до 16 лет, из них 5 девочек и 15 мальчиков, имеющих диагнозы: F71, F71ДЦП, F 84.11, F 20.8, ДЦП.

На первом этапе диагностики нами изучались личные дела подростков, особенности их заболевания. Клиенты проходили тест в отдельном кабинете, с заранее подготовленным материалом. Так как в группе оказались подростки с разными потребностями и возможностями, процесс диагностики был организован в индивидуальном подходе. В ходе работы, по мере утомления испытуемого, проводились разминки, учитывалось время работы в соответствии со способностями клиента.

Результаты диагностики клиентов в таблице 1, 2. Приложения.

Клиент 1. Диагноз F71. Умеренная умственная отсталость. Возраст 16 лет. Учится в школе, реабилитационный центр посещает с 2013 года, проходит курс реабилитации в трудовой мастерской. В ходе диагностики контакт с клиентом установился легко, в работу включается очень быстро, работоспособность умеренная, снижение темпа деятельности в течении тестирования наблюдалась лишь к концу задания, при выполнении задания нуждается в на-

глядно действенной помощи, ошибки при выполнении задания замечает и исправляет сама, инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Интерес к выполнению заданий стойкий. При работе с большими болтами сложностей не было, затруднения возникли при закручивании маленьких болтов и гаек из-за слабо развитой мелкой моторики. Так же при работе на швейной машине, сложности возникли при выборе правильной позиции тренировочного листа для начала работы.

Клиент 2. Диагноз ДЦП G40 G80 детский церебральный паралич, локализованная парциальная, идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом, спастический церебральный паралич. Возраст 14 лет, не обучается, передвигается на коляске, реабилитационный центр посещает с 2012 года, в реабилитационном центре проходит курс реабилитации на дневном отделении, посещает трудовую мастерскую. На момент первичной диагностики клиент легко идет на контакт, инструкцию понимает, включаемость в процесс работы замедлен, работоспособность низкая, утомляемость наступает с середины задания. Ребенок из предложенных тестовых заданий смог попробовать закрутить только большие болты с помощью педагога. С остальными заданиями ребенок не справится в связи с особенностями диагноза.

Клиент 3. Диагноз: F 84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью, умеренной степени. Возраст 14 лет. Школу не посещает. Центр посещает с 2012 года, курс реабилитации проходит в учебно- тренировочной квартире, по приобретению навыков самообслуживания в повседневной жизни. В ходе проведения обследования контакт установился легко, включаемость в работу очень быстро, работоспособность умеренная, утомляемость в течении времени тестирования наблюдается к концу занятия. В ходе обследования были выявлены вспышки агрессии. Клиент с фактором А справился частично, складывание салфетки затрудняется, не запоминает инструкцию, из-за неудачи начинает растягивать и рвать. Из фактора В задание делает только с помощью.

Клиент 4. Диагноз: F 71 Умеренная умственная отсталость. Возраст 16 лет. Посещает школу. Реабилитационный центр посещает с 2011 года. Курс реабилитации проходит в учебно- тренировочной квартире, по приобретению навыков самообслуживания в повседневной жизни. В ходе проведения обследования контакт установился легко, включаемость в работу низкая, работоспособность умеренная, утомляемость в течении времени тестирования наблюдается к концу занятия. Инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Сложности возникли при работе со швейной машиной, при выборе правильной позиции тренировочного листа для начала работы.

Клиент 5. Диагноз: F 7 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга. Возраст 15 лет. Школу не посещает. Реабилитационный центр посещает с 2013 года. В центре курс реабилитации проходит на дневном отделении. В ходе диагностики контакт с клиентом установился легко, включается в работу очень низкая, работоспособность низкая, снижение темпа деятельности наступает с середины занятия, при выполнении задания нуждается в обучаемой, стимулирующей помощи, ошибки при выполнении задания не замечает, не исправляет, инструкцию понимает. Интерес к выполнению заданий не устойчив. Из 7 заданий фактора А и В клиент справился только с 2-мя заданиями. Сложности возникли при выполнении заданий не понимание инструкции, последовательности выполнения действий.

Клиент 6. Диагноз: F 71 ДЦП. Умеренная умственная отсталость, детский церебральный паралич. Возраст 16 лет. Школу не посещает, курс реабилитации проходит с 2012 года, на отделении дневного пребывания. В ходе диагностики контакт с клиентом установился легко, в работу включается очень быстро, работоспособность умеренная, темпа деятельности замедленный, работоспособность снижается к концу задания, при выполнении задания нуждается в наглядно действенной помощи, ошибки при выполнении задания замечает исправляет сам, инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Интерес к выполнению заданий стойкий. При работе затруднения воз-

никли при закручивании маленьких болтов и гаек из-за слабо развитой мелкой моторики. Так же при работе на швейной машине, сложности возникли при выборе правильной позиции тренировочного листа для начала работы, и из-за особенностей заболевания клиента.

Клиент 7. Диагноз: ДЦП детский церебральный паралич. Нарушена речь, передвигается при помощи коляски, сильная спастика рук. Возраст 13 лет. Обучается на дому. Реабилитационный центр посещает с 2013 года.

Во время диагностики контакт с клиентом установился легко. Включаемость в процесс работы высокая, работоспособность средняя, снижение темпа деятельности наступает с середины занятия, при выполнении задания в обучаемой, стимулирующей помощи не нуждается, ошибки при выполнении задания замечает, исправляет, инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Интерес на протяжении занятия выраженный, стойкий. Из 7 заданий факторов А, В, С трудом делает только 2 задания в силу своих особенностей здоровья.

Клиент 8. Диагноз: F 71.12 Умственная отсталость, умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом. Возраст 14 лет. Реабилитационный центр посещает с 2014 года. Во время диагностики контакт с клиентом установился легко. Включаемость в процесс работы низкая, работоспособность низкая, снижение темпа деятельности наступает с середины задания, при выполнении задания нуждается в стимулирующей и наглядно действенной помощи. Утомляемость на протяжении тестирования наступает в первой половине занятия. Сложности возникли при выполнении заданий - складывание салфеток и регистр- не понял инструкцию. Во время тестирования отвлекается на собственную программу деятельности.

Клиент 9. Диагноз: F 71 Умеренная умственная отсталость. Возраст 14 лет. Посещает школу. Реабилитационный центр посещает с 2010 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год. Во время тестирования контакт с клиентом установился легко, включаемость в работу средняя,

работоспособность ниже среднего, при выполнении задания нуждается в наглядно действенной помощи, допущенные ошибки во время работы не видит, при замечании на ошибку не сразу ее исправляет. Утомляемость на протяжении тестирования наступает к концу занятия. В процессе тестирования сложность у клиента возникла при складывании салфеток, не понял инструкции, после длительных тренировок ему удалось выполнить тестовое задание.

Клиент 10. Диагноз: F 7 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга. Возраст 15 лет. Реабилитационный центр посещает с 2013 года, курс реабилитации проходит 2 раза в год, на дневном отделении. На момент тестирования клиента, контакт установился не сразу, лишь к концу второго занятия, включаемость в процесс работы низкий, обусловлено низкой концентрацией внимания, работоспособность низкая, утомляемость в течении времени тестирования высокая, работоспособность низкая, в процессе тестирования клиент справился в полном объеме с 1 заданием. Болты закручивает, но на время не может, из-за высокой утомляемости. Раскрашивает без понимания итога. Во время работы отвлекался на собственную программу деятельности.

Клиент 11. Диагноз: См. Дауна. Возраст 14 лет, Реабилитационный центр посещает с 2013 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год в учебно-тренировочной квартире, по приобретению навыков самообслуживания в повседневной жизни. На момент обследования контакт установился легко, включается в работу не сразу, работоспособность низкая, отвлекается на собственную программу деятельности. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с середины задания. Сложности возникли при выполнении каждого задания- это не понимание инструкции, путем тренировок удалось научить одевать на болт шайбы и закручивать гайки в соответствии с заданной инструкцией. Салфетки, регистр, резак делает в хаотичном порядке без соблюдения инструкции и понимания итога. Раскрашивает с соблюдением цветовой гаммы, но без соблюдения границ.

Клиент 12. Диагноз: F 84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью, умеренной степени. Возраст 15 лет, учится в школе. Реабилитационный центр посещает с 2014 года. Курс реабилитации проходит на дневном отделении 2 раза в год. На момент обследования контакт установился не сразу, только к концу занятия, включается в работу постепенно, работоспособность высокая, утомляемость в течение времени тестирования наступает к концу занятия. Сложности возникли при вдевании нитки в иголку не может попасть в ушко иглы, вырезание коробочки- режет только прямыми линиями. Задания из фактора F отрезки не справился, не понимает инструкцию. В ходе тестирования научился замечать и исправлять за собой ошибки.

Клиент 13. Диагноз F 71 ДЦП. Умеренная умственная отсталость, детский церебральный паралич. Возраст 14 лет. Реабилитационный центр посещает с 2012 года. Курс реабилитации проходит на дневном отделении. На момент обследования контакт с клиентом установился легко, включаемость в процесс работы низкий, работоспособность высокая, утомляемость в течении времени тестирования наступает к концу занятия, при выполнении задания не нуждается в стимулирующей и наглядно действенной помощи. В ходе работы возникли трудности при работе с болтами, маленькие болты раскручивал и закручивал с трудом в силу своих особенностей. Так же были трудности и при работе на швейной машине, сложности возникли при выборе правильной позиции тренировочного листа для начала работы, и из-за особенностей заболевания клиента. Так же трудности возникли в незнании единиц измерения (см, мм) и в задании из фактора F отрезки, с подсказкой хорошо владеет инструментом (линейка, карандаш). На протяжении всего занятия у клиента интерес к заданиям стойкий.

Клиент 14. Диагноз: F 84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью, умеренной степени. Возраст 16 лет, посещает школу. Реабилитационный центр посещает с 2012 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год в учебно-тренировочной квартире, по приобретению навыков самообслуживания в повседневной жизни и на дневном отделении. На момент обследования

контакт установился легко, включается в работу не сразу, работоспособность высокая. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с к концу задания. Входе тестирования ошибки замечает исправляет сам. Сложности возникли при выполнении складывания салфеток, долго не мог запомнить последовательность действий, со схемой работать не умеет. В ходе обследования были выявлены хорошие показатели при работе на швейной машине, умеет управлять швейной машиной руками и ногами, выбирает правильную позицию для начала работы, следовать заданному контуру. Из фактора F справился с заданием отрезки, умеет работать с инструментами (карандаш, линейка) знает единицы измерения (см. мм.)

Клиент 15. Диагноз: F 71 Умеренная умственная отсталость. Возраст 15 лет. Учится в школе. Реабилитационный центр посещает с 2013 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год на дневном отделении. На момент обследования контакт установился легко, включается в работу не сразу, работоспособность ниже среднего. Темп деятельности выше среднего. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с середины задания. при выполнении задания не нуждается в стимулирующей и наглядно действенной помощи. Входе тестирования ошибки не замечает. Сложности возникли при выполнении вырезания коробочки, не может держать нож ровно. В ходе обследования наблюдались вспышки агрессии.

Клиент 16 Диагноз: F 71 Умеренная умственная отсталость. Возраст 13 лет, не учится. Реабилитационный центр посещает с 2015 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год на дневном отделении. На момент обследования контакт установился не сразу, включаемость в процесс работы низкий, работоспособность низкая. Темп деятельности низкий. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с середины задания. Сложности возникли при выполнении заданий из фактора А, В. Инструкции не понимает, отвлекается на собственную программу деятельности.

Клиент 17 Диагноз: ДЦП детский церебральный паралич. Возраст 14 лет. Школу не посещает. Реабилитационный центр посещает с 2012 года, курс

реабилитации проходит 2 раза в год, на дневном отделении. Во время диагностики контакт с клиентом установился легко. Включаемость в процесс работы высокая, работоспособность низкая, снижение темпа деятельности наступает с середины занятия, при выполнении задания в обучаемой, стимулирующей помощи не нуждается, ошибки при выполнении задания замечает, исправляет, инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Интерес на протяжении занятия выраженный, стойкий. Из 7 заданий факторов А, В. С трудом делает только 2 задания в силу своих особенностей здоровья, клиента сильно выраженная спастика рук, правая рука почти не рабочая.

Клиент 18 Диагноз: F 71 Умеренная умственная отсталость. Возраст 14 лет. Учится в школе. Реабилитационный центр посещает с 2012 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год на дневном отделении. На момент обследования контакт установился легко, включаемость в работу высокая, работоспособность выше среднего. Темп деятельности выше среднего. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с середины задания. При выполнении задания нуждается в стимулирующей и наглядно действенной помощи. В ходе тестирования ошибки не замечает. Инструкцию понимает, но не удерживает до конца задания. Сложности возникли при складывании салфеток, не понимает инструкции, не умеет работать по схеме. Не справился с двумя заданиями из фактора В. Вырезание коробочки и швейная машина, не понимает инструкции. В ходе обследования наблюдались вспышки агрессии.

Клиент 19 Диагноз: ДЦП детский церебральный паралич. Возраст 13 лет. Школу не посещает. Реабилитационный центр посещает с 2013 года, курс реабилитации проходит 2 раза в год, на дневном отделении. Во время диагностики контакт с клиентом установился легко. Включаемость в процесс работы высокая, работоспособность низкая, снижение темпа деятельности наступает с середины занятия, при выполнении задания в обучаемой, стимулирующей помощи не нуждается, ошибки при выполнении задания замечает, исправляет, инструкцию понимает и сохраняет до конца занятия. Интерес на

протяжении занятия выраженный, стойкий. Сложности возникли при заданиях требующих особой концентрации внимания и моторных умений.

Клиент 20 Диагноз: F20.8 Шизофрения. Возраст 14 лет. Реабилитационный центр посещает с 2012 года. Курс реабилитации проходит 2 раза в год на дневном отделении в сопровождении родителя. На момент обследования контакт установился не сразу, к концу занятия, включаемость в работу высокая, работоспособность низкая. Темп деятельности выше среднего. Утомляемость в течение времени тестирования наступает с середины задания. При выполнении задания в стимулирующей и наглядно действенной помощи не нуждается. В ходе тестирования ошибки не замечает. Инструкцию понимает, но не удерживает до конца задания. На замечания реагирует агрессивно. Из предложенных заданий, закрутил только большие и маленькие болты, остальные задания делать отказался. В ходе обследования наблюдались вспышки агрессии.

2.2. АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Проведенное исследование и его результаты позволяют нам прийти к следующим выводам. Для подростков с диагнозом умственная отсталость характерны следующие особенности сформированности моторных умений: наблюдается замедленное, недостаточное, недифференцированное зрительное восприятие, обусловленное невозможностью фиксации взора и прослеживания за предметами. У многих детей отмечаются нарушения координации движений глаз и рук.

Для подростков с аутизмом характерны следующие особенности сформированности моторных умений: сложно выполнять точные действия с мелкими предметами.

Для подростков с ДЦП характерны следующие особенности сформированности моторных умений. У детей с таким заболеванием задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, замедленности действий, нарушена крупная моторика. Для подростков с шизофренией характерны следующие особенности сформированности моторных умений: неловкость мелкой моторики, неуклюжесть, угловатость движений.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, методика "НАМЕТ-2" в большей степени может быть рекомендована к использованию при работе с подростками с диагнозом F 71 и дети с диагнозом F 84.11, так как у них наиболее развита мелкая моторика. Дети с диагнозом шизофрения справляются с заданиями, трудности возникают во взаимодействии со специалистом, что влияет негативно на результат. Подростки с диагнозом "детский церебральный паралич" справляются в зависимости от тяжести заболевания. Дети понимают инструкцию, но в силу своих особенностей практически выполняют после длительных занятий.

Методика hamet-2 направлена на своевременное выявление профессиональных склонностей путем тестирования. Одно из главных плюсов обследования по методике Намет -2, для детей создается пространство близко похожее на производственное, проверяется трудоспособность ребенка, его работоспособность, за счет чего происходит формирование профессиональных навыков (умений), а также для реализации себя и своего потенциала в условия реабилитационного центра или образовательных учреждений. Дети приобретают психологическую и практическую подготовку к своей трудовой деятельности для последующей интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в социум.

Также отдельные элементы из фактора А (болты, регистр, швейная машинка) методики hamet-2 можно рекомендовать для использования на занятия в трудовых мастерских не только в целях диагностики, но и в целях трудовой реабилитации. Использование тестовых заданий методики НАМЕТ-2 может быть рекомендовано в ходе коррекционно-развивающей работы по формированию учебных умений (выполнение задания), развитию мелкой моторики, овладению алгоритмами сложных и простых действий, овладение навыками ориентации в пространстве.

Таким образом можно сказать, что методика Намет -2 может использоваться в условиях реабилитационного центра для формирования основ трудовой деятельности у подростков с ограниченными возможностями здоровья.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.

Опытно-экспериментальная работа по выявлению особенностей сформированности моторных умений у подростков с ограниченными возможностями здоровья была организована с октября 2015 г. по март 2016 г., на базе городского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. В опытно-экспериментальном исследовании приняли участие подростки, проходившие курс реабилитации в центре.

Диагностическая работа была организована в индивидуальном подходе. Подростки проходили тест в отдельном кабинете, с заранее подготовленным материалом. В ходе работы, по мере утомления испытуемого, проводились разминки, учитывалось время работы в соответствии со способностями клиента. Методика "НАМЕТ-2" в большей степени может быть рекомендована к использованию при работе с подростками с диагнозом F 71 и дети с диагнозом F 84.11, так как у них наиболее развита мелкая моторика. Дети с диагнозом шизофрения справляются с заданиями, трудности возникают во взаимодействии со специалистом, что влияет негативно на результат. Подростки с диагнозом "детский церебральный паралич" справляются в зависимости от тяжести заболевания.

На заключительном этапе исследования нами были разработаны рекомендации по использованию элементов методики Намет-2 в профессионально-трудовой реабилитации с подростками с разными особенностями развития были рекомендованы занятия в трудовых мастерских не только в целях диагностики, но и в целях трудовой реабилитации. Использование тестовых заданий методики НАМЕТ-2 может быть рекомендовано в ходе коррекционно-развивающей работы по формированию учебных умений (выполнение задания), развитию мелкой моторики, овладению алгоритмами сложных и простых действий, овладение навыками ориентации в пространстве. Таким образом можно сделать вывод, что метод Намет-2 уникален и универсален, так как позволяет не только диагностировать и получать достоверные данные, но и развивать трудовые умения и навыки у подростков с ОВЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессионально-трудовая реабилитация подростков с ограниченными возможностями здоровья является важнейшей для подавляющего большинства людей современности. В России накоплен небольшой опыт работы с особыми детьми в области профессиональной ориентации. Подростки с ОВЗ, посещающие реабилитационные центры, нуждаются в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию.

В ходе опытно-экспериментальной работы нами была предпринята попытка практически использовать методику hamet -2 для выявления особенностей сформированности моторных умений подростков с различными нарушениями развития, а также осмыслить потенциал данной диагностической технологии в профессионально-трудовой реабилитации таких подростков.

Опытно-экспериментальная работа по изучению особенностей моторных умений у подростков с ограниченными возможностями здоровья была организована на базе реабилитационного центра для детей с ограниченными возможностями здоровья г. Красноярска. В исследовании приняли участие подростки с ограниченными возможностями здоровья от 12 до 16 лет, из них 5 девочек и 15 мальчиков, имеющих диагнозы: F71, F71ДЦП, F 84.11, F 20.8, ДЦП.

Методика "НАМЕТ-2" в большей степени может быть рекомендована к использованию при работе с подростками с диагнозом F 71 и дети с диагнозом F 84.11, так как у них наиболее развита мелкая моторика. Дети с диагнозом шизофрения справляются с заданиями, трудности возникают во взаимодействии со специалистом, что влияет негативно на результат. Подростки с диагнозом "детский церебральный паралич" справляются в зависимости от тяжести заболевания.

Результаты нашего исследования позволяют прийти к выводу о том, что гипотеза, основывающаяся на предположении о том, что использование методики hamet-2 позволяет получить достоверные результаты об уровне сформированности моторных умений подростка с ограниченными возможностями здоровья, ее элементы могут быть использованы в процессе профессионально-трудовой реабилитации, подтвердилась. Результаты исследования не претендуют на исчерпывающее решение изучаемой проблемы, представляют собой один из путей ее решения.

Список использованных источников.

1. Андреева О.С. Актуальные проблемы инвалидности и пути медико-социальной реабилитации инвалидов / О.С. Андреева // М., 2013. – 122 с
2. Андреева А.С. Комплексный подход к обучению и воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский учитель. - 2001. № 2
3. Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева // - М.: Аспект Пресс, 2013. - 363 с.
4. Бадалян Л.О. «Невропатология» - М.,1982. – 339 с, 342с.
5. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение молодежи. – Киев: Наукова думка, 2008.
6. Грошенков И.А. Изобразительная деятельность в специальной (коррекционной) школе VIII вида [Текст]. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. –208 с.
7. Дементьева Н.Ф., Холостова Е.И. /Социальная реабилитация.43 Учебное пособие / Н.Ф. Дементьева, Е.И. Холостова // Москва, 2013. – 300 с
8. Долгалев Б.А., Ладикова В.Н. Социально-психологические проблемы инвалидов. Человек: его сущность, развитие и проблемы. / Б.А. Долгалев, В.Н. Ладикова // М.: 2013. - №1. – 268 с
9. Дыскин А.А., Кривенков С.Г., Старобина Е.М., Стеценко С.А. Компьютерная диагностика и профтестирование в процессе реабилитации инвалидов – М.: ЦБНТИ, 1997.
10. Дети с задержкой психического развития [Текст]. /Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной – М.: Просвещение, 2004. - 287 с.
11. Ежев С.В. Методические основы социальной реабилитации с инвалидами / С.В. Ежев // СПб.: Питер, 2006. – 301 с.
12. Еникеев М.И. Психологическая диагностика. Стандартизированные тесты. - М., 2003.

13. Зеер М.Ф. Профориентология: Теория и практика: учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2004.
14. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – Ростов-на-Дону, 1996.
15. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка [Текст]. – М., 1973, –193 с.
16. Кистяковская М.Ю, Развитие движений у детей первого года жизни. - М.: Педагогика, 1970, с.18
17. Лапшин В.А., Певзнер М.С. Основы дефектологии. М., 1990.
18. Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения // Дефектология. - 2010. - № 1.
19. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 200
20. Мошняга В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / Технологии социальной работы./ под. ред. И. И. Холостовой, - М.: Инфра-М, 2003.
21. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. М., 1992.
22. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы [Текст]. /Под ред. Ж.И. Шиф. - М.: Просвещение, 2005
23. Основы реабилитации инвалидов./ Под ред. Карякина О.И.,Карякина Т.И./ 2001.
24. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников [Текст]. – М.: «Академия», 2007. – 160 с.
25. Пряжников Н.С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения. - М.: МПСИ, 2002.[Электронный ресурс]
26. Рунова М.А. Двигательная активность ребёнка. - М.: Мозаика-Синтез, 2000.
27. Резапкина Г.В. Психология и выбор профессии. - М., 2006.

28. Резапкина Г.В. Искусственный отбор. - М., 2004.
29. Резапкина Г.В. Отбор в профильные классы. - М., 2005.
30. Резапкина Г.В. Скорая помощь в выборе профессии. - М., 2004.
31. Резапкина Г.В. Холланд+Климов =... // Школьный психолог. - 2007. - № 5.
32. Романова Е.С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы – СПб.: Питер, 2008.[Электронный ресурс]
33. Романова Е.С. Психодиагностика. Психологическое тестирование – СПб.: Питер, 2009.
34. Романова Е.С., Коган Б.М., Свистунова Е.В., Ананьева Е.В. Специфика профориентационной работы с детьми и подростками, имеющими ОВЗ. - М., Академия, 2012
35. Стребелева, Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева. – М.: Владос, 2001. – 230 с.
36. Ткаченко Т.А. "Развиваем мелкую моторику", М. Издательство ЭКС-МО, 2007
37. Журнал » 2011 №4 : Свистунова Е.В., Ананьева Е.В., Комплексный подход к профориентации и профконсультированию подростков с ограниченными возможностями здоровья. [Электронный ресурс]
38. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы. – М. : ВЛАДОС, 2001.
39. Холостова Е.И. Технологии социальной работы / Е.И. Холостова // М:ИНФРА, 2013–400 с. 29.Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева // М., 2012. – 274 с
40. Холостова Е.И. Словарь – справочник по социальной работе / Е.И. Холостова // Москва: Юрист, 2013. – 115 с.

№ п/п	Диагноз	Результаты диагностики						
		Фактор А				Фактор В		
		Болты	Салфетки	Регистр	Вдевание нитки в иглолку	Вырезание коробочки	Раскрашивание	Швейная машинка
Клиент 1	F 71	Показала 2 раза. Большие: сбор: 3.35сек разбор: 4.15сек Маленькие: сбор: 4.46сек, Разбор: 4.33сек	Показала 5 раз. Выполнила тестовое задание за 16 сек. Показала хороший результат	Показала 2 раза инструкцию понимает, собрала 11.12сек Разобрала 7.08сек . ошибки замечает, исправляет сама.	Инструкцию понимает, показала 1 раз, результат 3.00сек	Показала более 6 раз, трудности возникали из-за сильного нажатия на резак. Выполнила за 10.22	Показала 2 раза, инструкцию понимает, при выполнении торопится, делает на скорость, а не на качество. Время выполнения: 2 мин.05сек.	Показала 3 раза, трудности возникают в ориентации взаимодействия предметов на плоскости, и реакции прекращения работы.
Клиент 2	ДЦП G40 G80	Держит с помощью крупные предметы, понимает инструкцию, пытается вы-	-	-	-	-	-	-

		полнять сам.						
Клиент 3	F 84.11	Показала 2 раза, инструкцию понимает, показал результаты: большие: закрутил: 4.10сек. раскрутил: 4.30сек. маленькие: закрутил: 6.30сек. раскрутил: 3.59сек.	В силу своих особенностей сложить салфетку не может, только с помощью.	Показала 3 раза, собрал 14.34сек. разобрал 8.28сек.	Показала 1 раз, инструкцию понимает, пытается сделать самостоятельно, в силу своих особенностей самостоятельно вдеть нитку в иголку не может, только при помощи.	-	Показала 1 раз, выполняет с помощью, сам выполнил за 59.сек 18 ошибок.	-
Клиент 4	F 71	Показала 1 раз, инструкцию понимает. Большие: закрутил: 3.25сек. раскрутил: 3.18сек. маленькие: закрутил: 5.59сек. раскрутил:	Показала больше 6 раз. В ходе работы клиент не мог запомнить ни последовательность ни работать по схеме, постоянно нуждался в подсказках, с тестовым задани-	Показала 1 раз, инструкцию понимает, складывает 27.05сек. во время теста было выявлено 22 ошибки, сам не замечает, и с трудом их обнаруживает, разобрал за	Показала 1 раз инструкцию понимает, во время теста показал результат 9.05сек. сильно торопится.	Показала 3 раза, задание дается с трудом, после тренировки сделал самостоятельно на время 11.19, 30 ошибок	Показала 1 раз, на тренировочном листе № 2 13 ошибок, на тестовом 16 ошибок, время 4.19	-

		4.06сек	ем справился результат: 2.56.сек.	18.39сек. с 2 ошибками.				
Клиент 5	F 7	Показала 4 раза, инст- рукцию по- нял, в силу своих особен- ностей мел- кие болты держит с тру- дом, плохо развита мел- кая моторика. Быстро пере- утомляется.	-	Собрал: 25.21 сек Разобрал: 24.37сек. ори- ентируется по буквам, скла- дывает акку- ратно, все кар- точки лежат ровно в про- цессе допу- щенных оши- бок не видит.	-	-	-	-
Клиент 6	F 71 ДЦП	Показала 2 раза инструк- цию понима- ет, закрутил: большие 4.18сек, ма- ленькие: 7.54сек. рас- крутил: боль- боль- шие:3.26сек, малень-	Показала 6 раз, с заданием справляется с результатом 1.36сек, зада- ние вызывает у него некоторые затруднения.	Инструкцию понимает, по- казала 2 раза, результат: со- брал: 19.14сек, разобрал: 10.54сек.	Инструкцию понимает, по- казала 1 раз, задание вы- полнил 13.24.	Показала 1 раз, инст- рукцию по- нимает, технику безопасно- сти соблю- дает, выре- зает долго но качест- венно всего 5 ошибок.	Показала 1 раз, с зада- нием спра- вился, 2 ошибки	-

		кие:5.25сек, маленькие болты раскручивал и закручивал с трудом в силу своих особенностей.						
Клиент 7	ДЦП	Инструкцию понимает, собирает с большим трудом, очень медленно в силу своих особенностей.	Показала 3 раза, инструкцию понимает, но из –за спастики нужна постоянная помощь, самостоятельно работать не может, очень старается.	Инструкцию понимает, делает самостоятельно, собирает и разбирает очень медленно из-за спастики.	-	-	-	-
Клиент 8	F 71.12	Показала 2 раза, инструкцию понял, Большие: закрутил: 5.42сек. раскрутил: 8.00сек. маленькие: за-	Показала более 6 раз, инструкцию не понимает, работать по схеме не может.	Показала более 7 раз, инструкцию не понимает, самостоятельно не складывает и не разбирает.	-	-	-	-

		крутил: 10.09сек.раск рутил: 8.58сек						
Клиент 9	F 71	Показала 1 раз, инструкцию понимает. Большие: закрутил: 3.25сек. раскрутил: 3.18сек. маленькие: закрутил: 5.59сек раскрутил: 4.06сек	Показала больше 6 раз. В ходе работы клиент не мог запомнить ни последовательность ни работать по схеме, постоянно нуждался в подсказках, с тестовым заданием справился результат: 2.56.сек.	Показала 1 раз, инструкцию понимает, складывает 27.05сек. во время теста было выявлено 22 ошибки, сам не замечает, и с трудом их обнаруживает, разобрал за 18.39сек. с 2 ошибками.	Показала 1 раз инструкцию понимает, во время теста показал результат 9.05сек. сильно торопится.	Показала 3 раза, задание дается с трудом, после тренировки сделал самостоятельно на время 11.19, 30 ошибок	Показала 1 раз, на тренировочном листе № 2 13 ошибок, на тестовом 16 ошибок, время 4.19	Показала больше одного раза, тестовое задание выполнил 11.40 мин.
Клиент 10	F7	Показала 5 раз, инструкцию понял, в силу своих особенностей мелкие болты держит с трудом. Быстро переутомляется.	-	Собрал: 25.21 сек Разобрал: 24.37сек. ориентируется по буквам, складывает аккуратно, все карточки лежат ровно в про-	-	-	Показала больше 3 раз, раскрашивает без понимания итога.	-

				цессе допущенных ошибок не видит.				
Клиент 11	См.Дауна	Показала больше 6 раз, путем тренировок, научилась соблюдать последовательность деталей, ставить болты на место.	Показала больше 5 раз, последовательность не соблюдает, складывает без понимания итога.	показала больше 6 раз, складывает в хаотичном порядке, без понимания итога	-	Показала больше 5 раз, резак в руках держит очень плохо, не понимает инструкции, может только резать в хаотичном порядке.	Раскрашивает без понимания итога, старается.	-
Клиент 12	F 84.11	Показала 3 раза, закрутил большие: 5.15, маленькие: 5.58. Раскрутил большие: 3.51, маленькие: 3.43.	Показала 3 раза, тестовое задание сделал за время 1.01.	Показала 2 раза, собрал за 13.06, разобрал за 6.48	-	Показала больше 4 раз, время 8.10 режет только прямые линии,	Показала 3 раза, Время 2.03,	Показала 3 раза, Время 10.48

Клиент 13	с F 71 ДЦП	Показала 2 раза инструкцию понимает, закрутил: большие 4.15сек, маленькие: 6.54сек. раскрутил: большие:3.26сек, маленькие:5.22сек,	Показала 6 раз, с заданием справляется с результатом 1.46сек, задание вызывает у него некоторые затруднения.	Инструкцию понимает, показала 2 раза, результат: собрал: 20.18сек, разобрал: 11.44сек.	Инструкцию понимает, показала 1 раз, задание выполнил 12.22.	Показала 2 раза, выполнил тестовое задание на время 9.39	Показала 1 раз, выполнил на время: 6.44мин.	Показала 4 раза, тестовое задание выполнил, время:18.38 мин.
Клиент 14	F 84.11	Показала 2 раза: большие закрутил 2.22, раскрутил 3.14. Маленькие закрутил 5.11, раскрутил 4.12	Показала 6 раз, с заданием справляется с результатом 1.26сек,	Показала 2 раза тестовое задание выполнил за время: собрал: 12.50, разобрал: 9.40. Ошибки замечает исправляет сам.	Показала 2 раза, выполнил тест за время 4.18	Показала 3 раза, тестовое задание выполнил 11.44	Показала 2 раза, выполнил на время 7.01	Показала 2 раза, выполнил на время 8.33
Клиент 15	F 71	Показала 2 раза. закрутил большие: 4.44, маленькие: 4.44.	Показала больше 6 раз, тест выполнил на время 2.03	Показала 3 раза тестовое задание выполнил за время: собрал:	Показала 3 раза, тестовое задание выполнил на время: 8.02,	-	Показала 2 раза, тестовое задание выполнил на время	-

		Раскрутил большие: 3.43, маленькие: 3.54.		15.50, разобрал: 12.40. Ошибки замечает исправляет сам.	вдевает с трудом.		2.03	
Клиент 16	F 71	Показала больше 5 раз, не сформированы навыки ориентации предметов в пространстве, на время не выполняет	Показала 4 раза, инструкцию не понимает, отвлекается на посторонние предметы, на время не выполняет	Показала больше 7 раз, карточки не складывает (не распределяет, по цветам, форме, буквам), на время не выполняет	-	-	-	-
Клиент 17	ДЦП(тяжелый)	Показала 2 раза инструкцию понимает, на время не выполняет	-	Показала больше 6 раз, последовательность не соблюдает.	-	-	-	-
Клиент 18	F71	Показала 2 раза, закрутил большие: 5.31, маленькие: 6.26. Раскрутил большие:4.43, маленькие: 5.54.	Показала больше 6 раз, не складывает	Показала 3 раза, тестовое задание выполнил за время: собрал: 14.58, разобрал: 13.46. Ошибки не замечает.	Показала 2 раза инструкцию понимает, во время теста показал результат 10.05сек. сильно торопится.	-	Показала 3 раза, тестовое задание выполнил на время 2.18	-

Клиент 19	ДЦП	Инструкцию понимает, закручивание и раскручивание дается тяжело в связи с моторными нарушениями	-	Показала 2 раза, инструкцию понимает, соблюдает последовательность, очень медленно связано с особенностями заболевания	-	Получается резать ровные линии,	Трудно дается, тестовое задание выполнила на время 3.34	-
Клиент 20	F20.8	Показала 2 раза, болты закручивает и раскручивает, не может долго заниматься одним делом. Закрутил: маленькие 7.34, Закрутил большие 6.42	-	-	-	-	-	-

Таблица 2

№п/п	диагноз	Результаты диагностики		
		Фактор С		Фактор F
		Продолжение линий	Отражение	отрезки
Клиент 1	F 71	Показала 2 раза, инструкцию понял не сразу, тестовое задание выполнил на время с результатом 2.03	Показала 2 раза , с тестовым заданием справился за 2.38 мин.	-
Клиент 14	F84.11	Показала 2 раза, инструкцию понимает время тестового задания 3.02	Показала 3 раза, выполнил на время 3.52 с подсказкой.	Показала 2 раза тестовые задания выполнил на время: 5.13. хорошо переводит см. в мм. и наоборот
Клиент 12	F84.11	Показала 3 раза, инструкцию понимает, тестовое задание выполнил на время 2.07	Показала 4 раза, инструкцию понимает выполнил, без подсказки 1.52	-
Клиент 13	F 71 ДЦП	Показала 2 раза, инструкцию понимает, выполнил на время 5.58	Показала 3 раза, инструкцию понял, тестовое задание выполнил на время 12.40	Хорошо владеет линейкой и карандашом, трудности в переводе см. в мм. и наоборот.
Клиент 4	F 71	Показала 2 раза, тестовое задание выполнил на время 5.18	Показала 2 раза, инструкцию понимает, тестовое задание выполнил на время 5.34	Умеет работать с карандашом, не умеет переводить см в мм. и мм. в см.

Методика разучивания, закрепления и совершенствования движений.

Методика углубленного разучивания движений.

Исходя из процесса усвоения движения, воспитатель использует разнообразные методические приемы. Обучая, он обращает внимание ребенка на правильность выполнения действия, используя словесное поощрение («Хорошо стоишь, у тебя правильное исходное положение»), обращает внимание ребенка и на ошибки, предлагает определенные команды: «Ноги с места не сдвигать! Наклонитесь влево—вправо! Посмотрите на локоть согнутой руки!». Воспитатель следит за выполнением упражнений каждым ребенком. Он подходит к ним, дает указания, исправляет, если есть необходимость, позу, что позволяет детям осознанно стремиться к качественному и точному выполнению упражнения.

На втором этапе обучения движения ребенку уже знакомы, поэтому педагог предлагает в зависимости от их сложности изменить исходное положение. Он просит ребенка проанализировать, как выполняют действия товарищи: «Посмотрите, как выполняют упражнение дети, и скажите, кто правильно его выполнил. Что понравилось? Кто делал ошибки, какие?».

Педагог предлагает вспомнить и рассказать, как выполняются упражнения, наклоны влево и вправо. При этом ребенку дается план-схема: «Вспомни, какое исходное положение рук, ног; в какую сторону нужно наклоняться вначале: влево или вправо, в какую потом». Такое напоминание вызывает идеомоторное представление, ребенок вспоминает последовательность движений и осознанно их выполняет. У него активизируется внимание, память, мышление, появляется желание красиво и правильно выполнить движения. Если у детей они сразу не получаются, то наиболее сложные движения педагог может еще раз показать и дать пояснение к их выполнению.

Постепенно приобретенные ребенком навыки двигательного движения закрепляются и совершенствуются; стимулируется его творчество, активность и самостоятельность; он начинает использовать собственный двигательный опыт в повседневной жизни.

Методика закрепления и совершенствования движений.

На третьем этапе обучения движению ребенок сознательно воспринимает задания, целенаправленно действует, действия его автоматические, внимание сосредоточено на качестве движения. У ребенка появляется точность, красота, выразительность движения. Он может выполнять его по названию.

На этом этапе педагог может использовать счет, музыку, творческие задания. Ребенку предлагается внести изменение в упражнения; придумать, как его можно выполнить по-другому: сделать вместе, стоя, в колонне, шеренге, с предметами и без них. Для активизации творчества педагог предлагает ребенку придумать упражнение, в том числе имитационное. Ребенок показывает, а дети пытаются узнать, какое упражнение он придумал, кого изобразил. Ребенок придумывает веселого зайку, грустного петушка, маленького котенка, больную кошку и т.д., имитирует птичку в клетке, работу «дворников» у машины и многое другое. Интересны коллективные действия детей, когда они придумывают солнышко, забор, домик, клумбу, коллективные и индивидуальные скульптуры и т.д.

Таким образом, методика обучения движениям направляется на развитие творчества ребенка. Оно развивается на всех этапах обучения. На первом этапе рости творчества наблюдаются при воспроизведении движения. Л. С. Выготский считал воспроизведение важнейшим компонентом творчества.

На втором этапе педагог побуждает ребенка к подбору вариантов упражнений, предлагая выбрать пособия для него; активизирует осознание ребенком возможности усложнения упражнений за счет смены исходных положений; выбора пособий и т.д.

Важную роль на этом этапе играет активизация представления ребенка о движении. Образы, предметы, сцены, события, возникающие на основе их припоминания или же продуктивного воображения, вызываются идеомоторными представлениями. Представления могут носить обобщающий характер и относиться как к прошлому, так и к будущему. Чувственно-предметный характер представлений позволяет классифицировать их по модальности: зрительные,

слуховые, обонятельные. Преобразование идеомоторных представлений играет важную роль при решении мыслительных задач.

На третьем этапе обучения создаются условия для творчества как индивидуального, так и коллективного.

Исследования особенностей поэтапного разучивания движений с ребенком дошкольного возраста проводились А. В.Кенеман, Э.Я.Степаненковой, Н.В.Полтавцевой и другими педагогами.