

### Специфика проведения процедуры обследования детей с нарушениями зрения

№ п/п	Структурные компоненты консультирования	Содержание
1.1	Анонс:	Дана характеристика зрительных нарушений, определена специфика и рекомендации по использованию стимульного материала при обследовании ребенка с нарушением зрения в условиях ЦПМПК.
1.2	Ключевые слова:	ПМПК – психолого-медико–педагогическая комиссия Слепые дети Слабовидящие дети Дети с пониженным зрением
1.3	Консультационный текст.	<p>Категория детей с нарушением зрения весьма разнообразна и неоднородна. Одним из условий их качественного обучения, воспитания, развития, реабилитации является точное понимание специалистами особенностей состояния зрительных функций каждого ребенка и их учет в системе всех видов психолого-педагогического воздействия.</p> <p>В зависимости от сохранности остроты зрения среди детей с нарушениями зрения выделяют несколько групп, которые характеризуются разными зрительными возможностями, разными способами восприятия учебного материала и ориентации в пространстве.</p> <p>В отечественной и зарубежной литературе представлено значительное количество классификаций лиц с нарушением зрения. Прежде чем перейти к специфике стимульного материала для проведения обследования детей со зрительной патологией рассмотрим <u>классификацию детей по степени нарушения зрения и зрительным возможностям, предложенную В.З. Денискиной (2007г.)</u>.</p> <p style="text-align: center;"><i>Слепые дети.</i></p> <p>от 0 (0 %) до 0,04 (4 %) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.</p> <p>В подкатегорию «Слепые или незрячие» входят также дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1,0 т. е. 100 %), у которых границы поля зрения сужены до 10-15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, т. к. в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение.</p> <p style="text-align: center;"><i>Слабовидящие дети.</i></p> <p>от 0,05 (5 %) до 0,4 (40 %) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. (инвалидность до 0,2(20 %))</p> <p style="text-align: center;"><i>Дети с пониженным зрением</i></p> <p>от 0,5 (50 %) до 0,8 (80 %) на лучше видящем глазу с коррекцией.</p> <p>Дети с остротой зрения 0,9-1,0 (90 %-100 %) относятся к категории «нормально видящие».</p> <p>Нарушения зрения могут быть органического и/или функционального поражения зрительного анализатора. Дети, входящие в I («слепые») и II («слабовидящие») подкатегории, страдают только органическими или органическими и функциональными нарушениями зрительного анализатора. Их зрение, как правило, можно улучшить лишь незначительно либо вовсе невозможно. Такие дети подлежат обучению по адаптированной образовательной программе для слепых или для слабовидящих обу-</p>

чающихся.

Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то, чаще всего, зрительные функции его глаз (прежде всего, остроту зрения) можно восстановить путем лечения. По остроте зрения (особенно в период лечения) эти дети оказываются в подкатегории III («дети с пониженным зрением»), т. е. с пограничным зрением между слабовидением и нормой. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием. Для данной категории детей предусмотрено пребывание в специальной группе детского сада. Для обучающихся школьного возраста специальная программа не нужна.

На этапе знакомства тифлопедагога с ребенком с нарушением зрения, пришедшим на обследование на ПМПК, необходимо изучить психолого-педагогическую характеристику (если ребенок ранее посещал занятия тифлопедагога или образовательную организацию), заключение консилиума, рекомендующего прохождение ПМПК; выписку из истории болезни по ведущему нарушению (врача-офтальмолога), другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата. Данная информация не только дает представление о состоянии психического развития и соматического здоровья ребенка, но и об особенностях, времени возникновения и степени тяжести зрительной патологии. Это позволяет тифлопедагогу (в рамках возникающей у него собственной диагностической гипотезы) быстро сориентироваться в имеющемся у него диагностическом материале для обследования ребенка с учетом его индивидуальных зрительных возможностей.

При обследовании детей со зрительной патологией могут быть использованы стандартизированные диагностические методики. Однако это возможно лишь при наличии условий, позволяющих детям решать эти задания, а именно, при адаптации материала в соответствии с общими требованиями к зрительным и тактильным возможностям детей с нарушениями зрения.

#### **Общие требования к характеру стимульного материала.**

Адаптация стимульного материала при исследовании детей с нарушениями зрения вызывается необходимостью его четкого и точного восприятия детьми и требует от специалиста (тифлопсихолога, тифлопедагога) знания:

- диагноза заболевания;
- состояния основных зрительных функций исследуемого ребенка: остроты зрения, цветового зрения, характера зрения и др.;
- индивидуальных особенностей и трудностей восприятия материала каждым ребенком.

Основными требованиями к характеру стимульного материала являются следующие:

- Контрастность предъявляемых объектов и изображений по отношению к фону должна быть 60—100%. Отрицательный контраст предпочтительнее, так как дети лучше различают черные объекты на белом фоне, чем белые объекты на черном.
- При высокой степени близорукости лучше использовать черный фон.

Стимульный материал должен отвечать ряду условий:

- пропорциональность соотношений предметов по величине в соответствии с соотношениями реальных объектов (т.е. если в реальной жизни лисица больше воробья, то и на картинке это соотношение должно сохраняться);
- стимульные предметы (игрушки) предпочтительнее использовать из пластмассы, резины, дерева, металла;
- иллюстративный материал максимально приближен к реальности, иметь четкую форму изображения предметов и контрастный колорит, по необходимости нуж-

но «дорабатывать» - дополнительно выделить предмет по контуру, используя темный маркер или фломастер;

- нельзя использовать предметы с блестящей поверхностью, а также стилизованные изображения с недостаточно четким контуром;
- оптимальные размеры материала, используемого в качестве раздаточного – 10x10; 20x30;
- соотношение с реальным цветом объектов (не должен крокодил быть синий или красный);
- высокий цветовой контраст (80—95 %);
- четкое выделение ближнего, среднего, дальнего планов и др;
- величина предъявляемых объектов определяется в зависимости от возраста и зрительных возможностей ребенка, которые уточняются совместно с врачом-офтальмологом. (Таблица по Григорян)
- Расстояние от глаз ребенка до стимульного материала не должно превышать 30—33 см, а для слепых детей — в зависимости от остроты остаточного зрения. Фон должен быть разгружен от деталей, не входящих в замысел задания (особенно это касается заданий для детей дошкольного и младшего школьного возраста);
- В цветовой гамме желательно использовать желто-красно-оранжевые и зеленые тона.

Особенности установления контакта с ребенком дошкольного возраста с глубоким нарушением зрения.

Специалист во время обследования должен находиться во время общения с ребенком напротив него, примерно на уровне глаз.

Не дотрагиваясь до ребенка представиться, стараясь говорить негромко, спокойным ровным голосом. Затем попросить представиться самого ребенка. Установление контакта, возможно, проводить в положении, когда ребенок сидит на коленях родителя.

Слепые дети реагируют:

- на звук голоса;
- кисти рук специалиста (холодные\теплые, мягкие, гладкие, с украшениями...);
- запахи;
- акустику и климат в помещении;
- фактуру и материал различных поверхностей и т.д.

Организационные условия для слепого ребенка (тактильно-осязательное и тактильно-зрительное обследование предметов):

- стимульный материал предъявляется в лотках или в коробках с невысокими бортиками. Одновременно используются 2 лотка: один пустой, другой содержит предметы. Сориентировав ребенка в расположенных на столе материалах, предлагаем брать по одному предмету и после тактильно-осязательного обследования помещать в пустой лоток;
- при выполнении заданий по конструированию («собери также») – обязательным является наличие эталонного образца, для проведения сравнительных операций, уточнения деталей.

Акцент в проводимом обследовании делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным-у слепых) зрением, на состоянии и возможно-

	<p>стях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.</p> <p>Требования к темповым характеристикам у слепых и слабовидящих детей должны отличаться от требований, предъявляемых к нормально видящим (в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте), так как из-за специфики работы гностических функций у детей с нарушением зрения акцент в данный возрастной период необходимо делать на качестве переработки и усвоения информации.</p> <p>На основании полученных о детях данных тифлопедагог составляет собственные рекомендации по необходимым специальным образовательным условиям с учетом возраста, диагноза зрительного заболевания, остроты зрения, имеющихся сопутствующих заболеваний, уровня познавательной деятельности и выявленных вторичных отклонений в развитии.</p> <p>В рамках тифлопедагогического обследования также учитываются результаты, получаемые другими специалистами ПМПК (логопеда, психолога, врача).</p>
1.4	<p>Список литературы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Денискина В.З. Классификация детей с нарушением зрения // Физическое воспитание. – 2007. – № 8.</li> <li>2. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования /под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014 г.</li> <li>3. Плаксина Л.И., Григорян Л.А. Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения. – М.: ГороД, 1998.</li> <li>4. Подколзина Е.Н. Особенности использования наглядности в обучении детей с нарушением зрения //Дефектология. – 2005. – № 6.</li> </ol>
1.5	<p>Консультант: Коротенко Евгения Николаевна – учитель - дефектолог</p>