Государственное бюджетное учреждение

дополнительного профессионального образования

«Челябинский институт развития образования»

Кафедра инклюзивного образования

АТТЕСТАЦИОННАЯ РАБОТА

Здоровьесберегающие технологии как средство стимулирования развития эмоционально-волевой сферы лиц с ОВЗ

|  |
| --- |
| Выполнила: |
| Довгалюк Анна Константиновна |
| группа № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

Челябинск

2025 г.

**Оглавление**

[Введение 2](#_Toc161272314)

[1.1 Концепт «здоровьесбережение» в системе наук 5](#_Toc161272316)

[1.2 Классификация здоровьесберегающих технологий в системе образования](#_Toc161272317)

[7](#_Toc161272317)

[Глава 2. Рекомендации по использованию здоровьесберегающих технологий в специальном и инклюзивном образовании 8](#_Toc161272318)

[2.1. Рекомендации по укреплению социальнопсихологического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении 8](#_Toc161272319)

[2.2 Рекомендации по обеспечению гигиены учебных занятий для обучающихся с ОВЗ](#_Toc161272320)

[9](#_Toc161272320)

2.3. Рекомендации по обеспечению гигиены учебных занятий для обучающихся с ОВЗ………………………………………………………16

[Заключение 11](#_Toc161272321)

[Список литературы: 26](#_Toc161272322)

# **Введение**

Одна из задач Федерального государственного образовательного стандарта школьного образования – охрана и укрепление физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия.В условиях модернизации российского образования, а также в соответствии с ключевыми целями национального проекта «Образование», национального проекта «Здравоохранение» , Указом Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» , «Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года» , Конвенцией ООН «О правах инвалидов» (Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ) , Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» возрастает научно-практическая потребность в создании условий, способствующих психическому развитию и укреплению здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов. Одним из важнейших способов реализации положений, обозначенных в вышеуказанных документах, является внедрение принципов здоровьесбережения в образовательный процесс. Как показывает ряд исследований , создание здоровьесберегающих условий, формирование здоровьесберегающей среды в школе выступает важным фактором, позволяющим положительно и эффективно воздействовать на психическое развитие и адаптацию обучающихся с ОВЗ, их успеваемость. Современные реалии государственной политики таковы, что центральной фигурой образовательного процесса выступают ее субъекты (школьники, родители / законные представители, педагоги). Существующая нормативно-правовая база, материально-техническое оснащение, система образования обучающихся с ОВЗ, только ориентируясь на личность школьника с ОВЗ и других субъектов образовательного процесса, будут способствовать реализации полноценно функционирующей здоровьесберегающей среды . Комплексный и многофакторный вектор здоровьесберегающей среды образовательной организации является важнейшим условием социализации и интеграции детей с ОВЗ.

*Объект исследования*: здоровьесберегающие технологии, их применение как средство стимулирования развития эмоционально-волевой сферы лиц с ОВЗ .

*Предмет исследования*: методы и технологии, используемые для формирования здоровьесберегающей среды в школе , включая подходы к адаптации учебного материала, инструменты оценки и мониторинга прогресса обучающихся, рекомендации, а также эффективные стратегии взаимодействия педагогов, родителей и специалистов в области образования .

# **Глава 1. Здоровьесберегающая среда в образовательной организации**

**1.1. Концепт «здоровьесбережение» в системе наук**

Проблема здоровьесбережения достаточно актуальна для современной образовательной сферы по ряду причин, наиболее значимыми из которых являются: рост популяции школьников с ОВЗ и инвалидностью, диспропорция в наличии нормативных документов, регламентирующих образование данной категории обучающихся, и сложности их претворения в жизнь, изменения в философии и парадигме обучения школьников с ОВЗ.

Первоначально указанная проблематика рассматривалась в контексте валеологического подхода. Так, Н.К. Смирнов говорит о валеологическом понимании образовательной среды, под которой подразумевает воспитание культуры здоровья и формирование здоровьесберегающих условий в образовательном учреждении. Л.Ф. Тихомирова подчеркивает необходимость выделения здоровьесберегающей педагогики как отдельной отрасли наук, цель которой заключается в сохранении здоровья детей в образовательном процессе, формировании компетенций в области здорового образа жизни, обеспечении каждому выпускнику оптимального уровня здоровья, позволяющего ему самореализоваться и адаптироваться.

Здоровьесбережение в образовании – это комплексный раздел теории и практики, интегрирующий педагогические, психологические, медицинские, физиологические, юридические знания, направленные на сохранение и восстановление здоровья субъектов образовательного процесса (рис. 1). Проблема здоровьесбережения является одной из центральных и актуальных как в теоретическом, так и в прикладном плане в психолого-педагогической науке и практике

1.2. Классификация здоровьесберегающих технологий в системе образования

В психолого-педагогической литературе имеется ряд классификаций здоровьесберегающих технологий. Одной из самых популярных является классификация Н.К. Смирнова , в которой выделяется несколько групп здоровьесберегающих технологий: медико-гигиенические, физкультурнооздоровительные, экологические, обеспечения безопасности жизнедеятельности, образовательные технологии.

Выделенные группы технологий дифференцируются в зависимости от приемов и методов, принципов и подходов к решению проблем. По характеру действия Н.К. Смирнов выделяет другую классификацию технологий, включающую четыре группы: защитно-профилактические, компенсаторнонейтрализующие стимулирующие, информационно-обучающие. Л.Ф. Тихомирова дифференцирует технологии по масштабу внедрения: отдельные методы, направленные на сохранение здоровья; отдельные технологии, направленные на профилактику нарушений, комплексное использование технологий. Базисная классификация технологий здоровьесберегающей педагогики, по мнению Л.Ф. Тихомировой, включает: организационно-педагогические, психолого-педагогические, учебно-воспитательные, социально-адаптирующие, лечебно-оздоровительные.

Основанием классификации выступают факторы, оказывающие влияние на образовательный процесс, его эффективность и продуктивность, релевантность ООП состоянию здоровья и психологическим особенностям школьника с ОВЗ .

Данными факторами стали:

1. Социальный фактор (нормативно-правовое обеспечение, характер детскородительских отношений и условия воспитания в семье, уровень квалификации педагогических кадров).

2. Образовательный фактор (организация и условия урочной, внеурочной деятельности, коррекционно-развивающей работы, взаимодействие с родителями).

3. Средовой фактор (климато-географические условия, техногенноэкологические риски, уровень урбанизации).

4. Медико-профилактический фактор (организация медицинской помощи и здоровьесберегающих мероприятий).

5. Материально-технический фактор (архитектурные условия и техническое оснащение).

Соответственно указанным факторам были выделены и технологии, применяемые в образовательной практике.

1. Социально-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: технологию взаимодействия и сотрудничества с семьей, технологии обеспечения информационной безопасности, технологии обеспечения социальнопсихологического благополучия ребенка, технологии подготовки кадров в области здоровьесбережения.

2. Психолого-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: равномерное чередование периодов учебы и каникул, технологию оптимизации обучения в условиях повышенной образовательной нагрузки, технологию модульного составления расписания уроков, личностно-ориентированную здоровьесберегающую технологию, мультипрофильную модель обучения в старшей школе.

3. Эколого-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: обустройство пришкольной территории, озеленение внутреннего пространства школы, участие в природоохранных мероприятиях, изучение курса ОБЖ.

4. Медико-гигиенические здоровьесберегающие технологии включают: технологии гигиенического воспитания с формированием мотивации к здоровому образу жизни школьников, оптимизацию школьного питания, инновационный двигательный режим школьников, оптимизацию двигательной активности школьников в условиях повышенной образовательной нагрузки.

5. Организационно-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: профилактическую предметно-пространственную среду школы, педагогическую технологию обучения в условиях активной сенсорно-развивающей среды, технологию профилактики утомления школьников на уроках с активным использованием ЭОС. В рамках данных групп технологий может включаться большое количество технологий, не представленных здесь, но играющих значимую роль в оформлении здоровьесберегающей среды образовательной организации.

**1.2 Классификация здоровьесберегающих технологий в системе образования**

Понимая необходимость работы по формированию, укреплению и сохранению здоровья детей, педагоги целенаправленно работают над созданием благоприятного здоровьесберегающего пространства, ищут методы и приемы, адекватные особенностям детей с задержкой психического развития.

Следовательно, одной из основных задач  в работе с детьми с ОВЗ является такая организация и методика проведения всех оздоровительных и воспитательно-образовательных мероприятий, при которой не только сохраняется хороший уровень умственной работоспособности, происходит дальнейшее развитие, но и укрепление здоровья ребенка. Мероприятия выстраиваются в последовательную цепочку и проходят через все виды деятельности. Это здоровьесберегающие технологии.

Здоровьесберегающая технология - это целостная система воспитательно-оздоровительных, коррекционных и профилактических мероприятий, которые осуществляются в процессе взаимодействия ребенка и педагога, ребенка и родителей, ребенка и медицинского работника.

Здоровьесберегающие технологии — комплекс инструментов и методов по охране и стимулированию здоровья детей.

Эти технологии охватывают большой диапазон направлений:

- осуществление образовательного процесса на основе санитарных норм и гигиенических требований,

- проведение диспансеризации,

- организация режима двигательной активности,

- рациональное питание,

- контроль за психическим состоянием и психологическая поддержка.

При использовании здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе необходимо соблюдать следующие принципы:

- принцип «Не навреди!»- все применяемые методы, приемы, используемые средства должны быть обоснованными, проверенными на практике, не наносящими вреда здоровью ребенка и педагога.

- принцип доступности и индивидуальности - предусматривает учет возрастных

особенностей и возможностей ребенка. Одним из основных условий доступности

является преемственность и постепенность усложнения заданий - это достигается

правильным распределением материала на занятии. Индивидуальность - это учет

индивидуальных особенностей. Каждый ребенок имеет свои функциональные

возможности, поэтому материал усваивается по-разному.

- принцип постепенного повышения требований заключается в постановке перед

ребенком все более трудных заданий и их выполнения. Для этого целесообразно

чередовать нагрузки с отдыхом.

- принцип систематичности- непрерывность и регулярность занятий. Систематические занятия дисциплинируют ребенка, приучают его к методичной и регулярной работе.

- принцип паглядности является основным в обучении движению. Занятия обеспечиваются рядом методических приемов, которые вызывают у ребенка желание заниматься. Педагог для каждого задания, выбирает наиболее эффективный путь объяснения данного задания - это такие методы как показ, словесный, игровой, иллюстративно-наглядный.

Медико-профилактические технологии в дошкольном образовании- технологии, обеспечивающие сохранение и преумножение здоровья детей под руководством медицинского персонала в соответствии с медицинскими требованиями и нормами, с использованием медицинских средств. К ним относятся следующие технологии: организация мониторинга здоровья дошкольников и разработка рекомендаций по оптимизации детского здоровья; организация и контроль питания детей раннего и дошкольного возраста, физического развития дошкольников, закаливания; организация профилактических мероприятий в детском саду; организация контроля и помощь в обеспечении требований СанПиНов; организация здоровьесберегающей среды .

Физкультурно-оздоровительные технологии в дошкольном образовании - технологии, направленные на физическое развитие и укрепление здоровья дошкольников: развитие физических качеств, двигательной активности и становление физической культуры школьников, закаливание, дыхательная гимнастика, массаж и самомассаж, профилактика плоскостопия и формирование правильной осанки, воспитание привычки к повседневной физической активности и заботе о здоровье и др. Реализация этих технологий, как правило, осуществляется специалистами по физическому воспитанию в условиях специально организованных форм оздоровительной работы.

Здоровьесберегающие образовательные технологии - технологии воспитания валеологической культуры или культуры здоровья школьников. Цель - становление осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, накопление знаний о здоровье и развитие умений оберегать, поддерживать и сохранять его.

Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка - технологии, обеспечивающие психическое и социальное здоровье ребенка-дошкольника. Основная задача этих технологий - обеспечение эмоциональной комфортности и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду и семье. К ним относятся: технологии психологического или психолого-педагогического сопровождения развития ребенка в педагогическом процессе.

Использование вышеперечисленных здоровьесберегающих технологий при проведении коррекционно-развивающей работы с детьми с ОВЗ способствует:

-повышению работоспособности, выносливости детей;

-развитию психических процессов;

-формированию, развитию двигательных умений и навыков;

-развитию общей и мелкой моторики;

-и в итоге способствует социальной адаптации детей с ОВЗ.

Таким образом, очень важно, чтобы каждая из рассмотренных технологий имела оздоровительную направленность, а используемая в комплексе здоровьесберегающая деятельность в итоге сформировала бы у ребенка с ОВЗ стойкую мотивацию на здоровый образ жизни, полноценное и неосложненное развитие.

**Глава 2.**

**2.1. Рекомендации по использованию здоровьесберегающих технологий в специальном и инклюзивном образовании**

Анализ литературы показал, что отсутствуют общепринятые принципы квантификации здоровьесберегающих технологий, что не позволяет исследователю или специалисту ознакомиться с технологией для дальнейшего ее масштабирования в практической деятельности. С этой целью был подготовлен алгоритм использования здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе, позволяющий избежать методических ошибок.

Алгоритм применения здоровьесберегающих технологий в образовании школьников с ОВЗ должен учитывать следующие моменты: 1. Название технологии. Обязательно должно быть обозначено название здоровьесберегающей технологии. 2. Цель и задачи технологии. Данный аспект предполагает ответ на вопрос, на решение какой прикладной задачи направлена технология, например, снятие утомления и усталости либо формирование позитивных межличностных отношений в классе. 3. Описание здоровьесберегающей технологии. В данном разделе дается краткая аннотация содержания технологии, позволяющая понять ее сущность. 4. Научно-теоретическая обоснованность технологии. Проведенный анализ показал, что существующие технологии не всегда отвечают данному положению. В практической деятельности ряда специалистов встречаются случаи применения таких технологий, что не только негативно сказывается на имидже психологопедагогической науки и практики, но и может негативным образом сказываться на психическом развитии ребенка. Любая здоровьесберегающая технология, прямо или 15 косвенно оказывающая положительные эффекты в области профилактики рисков в ухудшении состояния здоровья и психологического самочувствия, коррекции дезадаптивных форм поведения и функционирования психических процессов, должна отвечать принципам объективности и верифицируемости, основываться на теоретико-методологических положениях и эмпирических исследованиях. 5. Оценка возможности использования в образовании школьников с ОВЗ. Как известно, психическое развитие детей с ОВЗ имеет специфические особенности, соответственно этому не все технологии могут быть применены в образовании школьников с ОВЗ. Кроме негативного воздействия данные технологии не будут способствовать реализации особых потребностей школьников с ОВЗ, а в целом не будут содействовать решению педагогических задач и социально-психологической адаптации и интеграции субъекта. 6. Оценка соответствия технологии особым образовательным потребностям отдельных категорий обучающихся с ОВЗ. Своеобразие психического развития каждой категории школьников с ОВЗ предполагает разработку или модификацию технологии с учетом этого условия. Технология, применяемая в работе с детьми с ЗПР и умственной отсталостью, будет неэффективной, а в некоторых случаях и нести вредоносное воздействие обучающимся с РАС. 7. Форма реализации технологии. Определение того, в какой форме может быть использована технология – групповой или индивидуальной, смешанной. 8. Противопоказания к применению технологии. Учет противопоказаний по использованию технологии по медицинским данным, психическому состоянию, психологическим особенностям школьника. 9. Условия пространственной организации среды для реализации технологии. 10. Требования к кадровому составу, участвующему в реализации данной технологии, к профессиональным компетенциям специалистов. В зависимости от технологии, специалисты, участвующие в ее проведении, должны обладать соответствующими компетенциями. 11. Маркеры, иллюстрирующие эффективность используемой технологии. Данные маркеры должны иметь возможность быть изученными. 12. Временные границы по использованию технологии. В данном разделе прописываются требования к временной организации занятий, на которых реализуется технология. Учет данного алгоритма позволит избежать ошибок в использовании здоровьесберегающих технологий и достичь позитивного воздействия, результатами которого могут выступать: повышение успеваемости, профилактика хронических и соматических заболеваний, снижение травматизации, развитие навыка здорового образа жизни, улучшение психологического самочувствия и качества жизни, повышение реабилитационного потенциала, совершенствование конструктивных способов взаимодействия с миром, формирование навыков безопасного поведения, гармонизация межличностных отношений.

**2.2 Рекомендации по укреплению социальнопсихологического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении**

На фоне снижения численности детей подросткового возраста (на 44,3% / 8,5 млн чел.) происходит значительный рост первичной (на 64,6%) и общей заболеваемости (на 66,0%) детей старшего подросткового возраста (15-17 лет), увеличивается количество психических расстройств, что сопровождается неизменным нарастанием социальной дезадаптации подрастающего поколения.

Очевидно, что решение проблемы охраны здоровья подростков и их социальнопсихологической адаптации требует системного подхода в рамках совершенствования законодательства, разработки и реализации специальных федеральных и региональных программ. Основным механизмом реализации таких программ должно являться проведение целенаправленных скоординированных действий федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, служб государственной и муниципальной систем здравоохранения, социальной защиты, образования и спорта, органов местного самоуправления, научных и общественных организаций. В этой связи во всех видах общеобразовательных организаций необходимо организовать условия для полноценного комплексного оздоровления детей с отклонениями в состояния здоровья, обязательно включив в его структуру психолого-педагогическое сопровождение обучающихся.

Особое внимание стоит обратить на внедрение современных здоровьесберегающих технологий в образовательную среду и оптимизацию просветительской работы по вопросам ведения здорового образа жизни для всех субъектов образовательного процесса (обучающихся, педагогов, родителей). С целью контроля состояния физического и психического здоровья обучающихся с ОВЗ, в том числе «трудных» подростков и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, требуется проведение регулярного медико-психологопедагогического обследования (не менее одного в год).

На фоне серьезных демографических, экономических и социокультурных изменений российская школа сталкивается с новыми проблемами: выраженная 29 неоднородность познавательного и социального развития детей, мультикультурность контингента учащихся, девиантное и жизнеугрожающее поведение подростков, информационная безопасность и компьютерная зависимость, реализация инклюзивного образования (481 тыс. детей с ОВЗ на 14 млн школьников). Сложившаяся ситуация формирует мощный социальный запрос на оптимизацию работы психолого-педагогической службы образования, в том числе увеличение кадрового состава, введение системы научно-практического наставничества и профессиональной подготовки психолого-педагогических кадров в области коррекционной педагогики и специальной психологии.

На сегодняшний день основным задачами психологической службы являются: создание условий для оптимального психического развития; организация безопасности образовательной среды, психологическая поддержка и помощь в социальной адаптации детей из «групп риска», помощь детям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации, разработка системы экстренной психологической помощи, профилактика суицидов, девиантного поведения и компьютерной зависимости, психолого-педагогическое сопровождение семьи (родителей) в вопросах развития и воспитания ребенка, сохранения физического и психического здоровья детей, в том числе детей инвалидов.

Оптимизация социальных условий и повышение качества жизни подростков возможны за счет развития системы учреждений дополнительного образования. Институт дополнительного образования позволит обеспечить реализацию личностного потенциала каждого ребенка независимо от места жительства и социально-экономического статуса семьи. Он выполняет функцию «социального лифта» для значительной части детей, которая не получает необходимого объема или качества образовательных ресурсов в семье и общеобразовательной организации, предоставляет альтернативные возможности для социальных достижений детей, в том числе таких категорий, как дети с ограниченными возможностями здоровья и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

В настоящее время в условиях информационной социализации дополнительное образование детей может стать инструментом формирования ценностей, мировоззрения, гражданской идентичности подрастающего поколения. Дополнительное образование становится надежной ступенью к освоению будущей профессии, основой для непрерывного процесса саморазвития и самосовершенствования человека как субъекта культуры и деятельности. Расширение сферы трудовой и досуговой деятельности обучающихся, доступных форм физической активности в условиях дополнительного образования способствует развитию активной жизненной позиции, необходимых социальных и коммуникативных навыков для вступления во взрослую жизнь.

**2.3. Рекомендации по обеспечению гигиены учебных занятий для обучающихся с ОВЗ**

Учебным организациям, выполняющим функциональные обязанности по воспитанию и образованию детей, имеющих инвалидность, необходимо соблюдать гигиенические регламенты и организовывать здоровьесберегающую среду для каждого ребенка. Обучение таких детей возможно вместе со здоровыми школьниками, в отдельных классах-комплектах, групповых формах обучения или в специализированных учреждениях .

При проектировании новых зданий, дополнительных строений и сооружений на территории образовательного учреждения специалистам необходимо учитывать гигиенические нормативы и обеспечивать доступ ко всем услугам. Для беспрепятственного перемещения детей-инвалидов по территории школы и другим объектам, находящимся в школьном владении, должна создаваться доступная среда.

Учреждения подлежат полному оснащению с учетом нужд учащихся, а именно: парковочные места, специальные подъемники, пандусы, поручни и перила, многофункциональные информационные терминалы, система ориентирования и информирования, механизмы для автоматического открывания и закрывания дверей, специальные маяки и информаторы, воспроизводящие аудиосообщения, тактильная плитка и напольные метки, туалетные кабины. Меблирование классов должно соответствовать особенностям психофизического онтогенеза обучающихся и их индивидуальным возможностям по состоянию здоровья в целом. Расстановка ученических парт должна учитывать особенности физического развития учеников: для незрячих и слабовидящих детей парты устанавливают ближе к учителю и классной доске, для учеников с нарушениями слуха – полукруглая расстановка у стола учителя, при стандартной расстановке – с применением звукоусиливающей аппаратуры, при проведении индивидуальных занятий во время уроков, следует увеличивать расстояния между партами в каждом ряду.

В одном классе недопустимо сочетание более трех нозологических заболеваний. Количество детей в классе зависит от площади учебного помещения, а именно не менее 2,5 м 2 на ребенка при фронтальных формах занятий и не менее 3,5 м 2 – при групповых занятиях.

Формируют классы – комплекты в зависимости от категории обучающихся. В структуре образовательных учреждений при организации определенных условий обучения функционируют отдельные комбинированные – они же инклюзивные – классы. В комбинированных (инклюзивных) классах могут обучаться дети трех нозологических форм, с выраженными отклонениями в развитии, при условии, что количество обучающихся не может быть более: 36 10 учеников, из них не более 3 глухих детей, или слепых, или с НОДА, или детей с интеллектуальными нарушениями умеренной, тяжелой степени, или с РАС, или детей со сложным дефектом; 15 учеников, из них не более 4 слабовидящих и/или детей с функциональными нарушениями зрения, или страдающих тугоухостью, или детей, имеющих ТНР, или детей с интеллектуальными нарушениями легкой степени; 17 детей, из них не более 5 детей с ЗПР, детей с ФФНР.

Максимальное количество детей в отдельном классе или группе продленного дня в образовательном учреждении устанавливается в зависимости от нозологии заболевания: с глубокой или тотальной потерей слуха – 6 человек; со сниженным слухом и нарушением речи – 10 человек; со сниженным слухом и нарушением речи, имеющих глубокое недоразвитие речевых навыков – 6 человек; абсолютно, тотально частично или парциально слепых – 8 человек; со стойким понижением остроты зрения и ТНР – 12 человек; с НОДА – 10 человек; с ЗПР – 12 человек; с различными интеллектуальными нарушениями – 12 человек; с РАС – 8 человек; с ТМНР – 5 человек. Важным звеном образовательного процесса служат мероприятия, сберегающие нервную систему школьника, которые направлены на предотвращение утомления и переутомления.

Факторы, обеспечивающие здоровьсбережение на занятиях в школе:

1) повышение эффективности образовательного процесса;

2) логичная постановка урочной деятельности;

3) следование санитарно-гигиеническим нормативам;

4) благоприятный психологический климат на уроке;

5) акцент на физиологическое состояние учащегося;

6) применение индивидуального и дифференцированного способа ведения урока;

7) обеспечение охраны здоровья и благополучия учеников во время урочной и внеурочной деятельности;

8) соотношение методического и технологического компонента образования детей исходя из анатомических и возрастных особенностей.

Основная образовательная программа состоит из урочной и внеурочной деятельности. Учебный процесс детей с нарушениями в здоровье следует организовывать в первую смену по 5-дневной учебной неделе, в субботу не возбраняется проведение внеурочной деятельности.

Урочная деятельность должна начинаться не ранее 8:00, наиболее благоприятное время для начала учебных занятий, для учащихся с инвалидностью – 8:30–9:00. Реабилитационнокоррекционные мероприятия следует организовывать во время внеурочной деятельности и урочной деятельности.

Занятия внеурочной направленности составляют 10 часов и содержат в себе как минимум 5 часов на реализацию необходимых коррекционных мероприятий, в оставшееся время делается акцент на 37 развивающую сферу, отталкиваясь от возраста и физиологических потребностей обучающихся. В понедельник работоспособность учеников снижена после выходных дней, со вторника и в особенности в среду работоспособность увеличивается, в четверг фиксируется снижение работоспособности, данный день учебной недели необходимо сделать облегченным.

При составлении учебного расписания необходимо делать акцент на трудности предметов и доминировании статического или динамического звеньев в процессе обучения на уроке. Наиболее трудные предметы (математика, русский язык, природоведение, русская литература, история) следует включать в расписание младших школьников первыми, вторыми, третьими уроками – в период наиболее высокой работоспособности учеников, вторым-третьим уроками – у учащихся средних и старших классов (математика, иностранный язык, физика, химия).

Структура урока должна обладать преимущественно динамическим компонентом, данный критерий способствует переключению учащихся с умственной деятельности на физическую.

Рекомендуется чередование уроков сложных предметов с менее трудными, сочетание сложных предметов подряд недопустимо.

Гигиенические критерии рациональной организации урока. Здоровьесберегающий урок – это урок, построенный таким образом, когда учитель организует дружественную и оригинальную обстановку, с высокой работоспособностью школьников, с предотвращением утомления и дальнейшего переутомления, способствует заинтересованности обучающихся, выделяет, грамотно внедряет и меняет методику с формами обучения, тактику и технику учебного процесса, что способствует проще выдерживать учебную нагрузку, сократить вероятность нарушений в здоровье детей.

Рациональную плотность урока (процент времени, затраченного учениками непосредственно на выполнение учебной работы) необходимо поддерживать на уровне не менее 60%, но превышать плотность более 75-80% не рекомендуется. Количество видов учебной деятельности, таких как чтение, письмо, слушание, рассказ, анализ методических пособий, устный ответ, решение заданий, следует варьировать от 4 до 7, со средней продолжительностью не более 10 минут, при смене разных видов образовательного процесса не позднее 7-10 минут.

Педагогу необходимо менять не менее трех видов учебной деятельности во время занятия (наглядный, активная деятельность учащегося, визуальный, устный), меняя их не позднее 10-15 минут.

Для слабовидящих детей начального звена образования при различных видах учебной деятельности продолжительность непрерывной зрительной нагрузки не должна превышать 10 минут. При организации урочной деятельности необходимо принимать во внимание способность школьников к концентрированному вниманию, которое варьируется от 10 до 30 минут. Учащиеся устают быстрее, если воздействие во время урока идет на один орган чувств.

Обучающиеся с остаточным зрением для усвоения учебной информации по рельефной системе Брайля должны чередовать не менее 2 раз за урок тактильное восприятие информации с непрерывной зрительной работой по 5 минут. Учеными установлено, что смена одного вида деятельности на другой плодотворно воздействует на функциональное состояние организма обучающегося. Новый материал необходимо объяснять во время основной части занятия, в данный период 38 у детей максимальная способность к сосредоточенному вниманию. При завершении этого периода происходит быстрое снижение концентрации внимания.

Во время урока учителю необходимо применять две-три эмоциональные разрядки и следить за чередованием поз при посадке учащихся. Психологический климат на уроке должен быть эмоционально благоприятным. При использовании всех критериев при построении урока момент наступления утомления у учеников, по снижению учебной активности, наступает не ранее 40 минут.

Образовательная деятельность первоклассников реализуется соблюдением в первом полугодии «ступенчатого», или «тренирующего» режима обучения (в сентябре, октябре – по 3 урока в день до 35 минут каждый, в ноябре, декабре – по 4 урока до 35 минут каждый; январь – май – по 4 урока до 40 минут каждый) и отсутствием балльного оценивания знаний учеников и домашних заданий. Дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти являются обязательной частью ступенчатого режима обучения и помогают облегчить процесс адаптации к школе.

Длительность перемен между уроками должна составлять не менее 10 минут, большой перемены (после второго или третьего урока) – 20-30 минут. Пауза в роли перемены между урочной и внеурочной деятельностью должна составлять не менее 30 минут. Исключение составляет контингент обучающихся с умеренными, тяжелыми, глубокими интеллектуальными нарушениями, с ТМНР, обучение таких детей осуществляется по специальной индивидуальной программе развития.

Перемены на открытом воздухе носят благоприятный характер, с этой целью при проведении ежедневной динамической паузы рационально увеличить продолжительность большой перемены до 45 минут, из них не менее 30 минут должно отводиться на физическую деятельность обучающихся, предпочтительно на специально отведенной для этого территории школы.

Образовательную недельную нагрузку необходимо плавно распределять в течение недели. Максимальный объем допустимой нагрузки в течение дня должен составлять для первоклассников 4 урока и 1 день в неделю – не более 5 уроков за счет урока физической культуры. Применение электронного обучения (интерактивные доски, сенсорные экраны, информационные панели и иные средства отображения информации, а также компьютеры, ноутбуки, планшеты, моноблоки, иные электронные средства обучения) во время занятий позволяют повысить работоспособность и успеваемость школьников.

Одновременное использование детьми на занятиях более двух различных электронных средств обучения (интерактивная доска и персональный компьютер, интерактивная доска и планшет) не допускается. Оконные проемы в помещениях, где используются ЭСО, должны быть оборудованы светорегулируемыми устройствами. Организация рабочих мест пользователей персональных ЭСО должна обеспечивать зрительную дистанцию до экрана не менее 50 см.

Использование планшетов предполагает их размещение на столе под углом наклона 30°. Интерактивную образовательную панель и другие ЭСО следует выключать или переводить в режим ожидания, когда их использование приостановлено или завершено. Минимальная диагональ ЭСО должна составлять для монитора персонального компьютера и ноутбука – не менее 39,6 см, планшета – 26,6 см. Использование мониторов на основе электронно-лучевых трубок в образовательных организациях не допускается.

Общая продолжительность использования электронных средств на уроке не должна превышать: для интерактивной доски у детей до 10 лет – 20 минут, старше 10 лет – 30 минут; для компьютера у детей 1–2-х классов – 20 минут, 3–4-х классов – 25 минут, 5–9-х классов – 30 минут, 10–11-х классов – 35 минут. Чтобы усилить умственную работоспособность у обучающихся и устранить у них накопившееся мышечное статическое напряжение, педагогу непременно следует осуществлять в начале и середине урока физкультминутки, которые включают легкие танцевальные упражнения, игры под музыку, пальчиковую гимнастику, упражнения для ног с тремя-четырьмя повторениями.

При использовании ЭСО во время занятий и перемен должна проводиться гимнастика для глаз. Физическое воспитание и адаптивная физическая нагрузка планируются для каждого обучающегося индивидуально, в соответствии с рекомендациями специалистов и с учетом характера патологии и степени ограничений здоровья, важный критерий – комплексный подход.

Реализация закаливающих действий способствует увеличению сопротивляемости организма к множеству болезней, повышению резистентности организма к неблагоприятным факторам воздействия окружающего мира. Не допускается проведение закаливающих процедур сразу после еды и физических упражнений с большой нагрузкой.

Дети с ОВЗ занимаются по индивидуальным закаливающим программам, составленным врачом и педагогом по физическому воспитанию с учетом рекомендаций врачей-специалистов. Питьевой режим для обучающихся с ОВЗ должен быть организован постоянно с использованием бутилированной воды.

Питание должно быть рациональным и сбалансированным, соответствовать физиологическим потребностям растущего организма, покрывать недостаток в минеральных веществах и витаминах и благоприятно влиять на основное и/или сопутствующее заболевание. Время, затраченное на выполнение домашнего задания, не должно превышать: в 1 классе – 1 час, во 2 классе – 1,5 часа, в 3–4-х классах – до 2 часов, в 5–6-х классах – 2,5 часа, в 7 классе – 3 часа, а с 8 по 11 класс ученик должен тратить на домашнюю работу не больше 4 часов. Свыше данного времени домашняя подготовка является нерациональной и способствует переутомлению ребенка. После академического часа домашней подготовки целесообразно устраивать короткий перерыв (10 минут), предназначенный для домашнего отдыха. Для младших школьников период непрерывной работы должен составлять 30 минут.

С профилактической целью недопущения развития и усугубления ученической дезадаптации и нервно-психических нарушений у детей следует применять здоровьесберегающие методики образования в школе, наиболее актуален данный постулат на начальной ступени образования, также необходимо принимать во внимание личные психофизиологические, возрастные и гендерные особенности 40 детей, построение компаньонской связи между учительским составом, психологами, медицинским персоналом, внутри семьи и непосредственно с детьми для решения важных вопросов психогигиены и сбережения ментального здоровья подрастающего поколения

# **Заключение**

Здоровьесбережение является комплексной проблемой, рассматриваемой рядом наук, что позволяет его трактовать как целенаправленную и научнообоснованную систему, функционирующую на различных уровнях: макроуровне (факторы и условия здоровьесбережения), экзоуровне (здоровьесберегающая среда и пространство), мезоуровне (здоровьесберегающие технологии) и микроуровне (субъекты здоровьесбережения).

Это дает возможность анализировать здоровьесбережение как матрицу, центральной фигурой которой является ребенок с ОВЗ. Осмысление этого факта позволяет реализовать субъектный подход к оценке качества образования. Таким образом, эффекты здоровьесберегающей среды образовательной организации оцениваются с позиции «действия внешнего через внутреннее», а результат детерминируется состоянием параметров образовательной среды, индивидуальными свойствами и личностными качествами обучающегося, что в совокупности проявляется в виде взаимосвязанных динамических изменений, содействующих эволюции системы, сохранению и укреплению здоровья, распространению ценностей гуманизма и толерантности, здоровьесбережению и самореализации личности.

Методические рекомендации могут быть использованы для оценки образовательной среды с учетом реализации здоровьесберегающих условий; использования здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе; диагностики психологического благополучия школьников с ОВЗ; реализации надомного обучения детей с ОВЗ в контексте взаимодействия педагогов с родителями; укрепления профессионального здоровья педагога, работающего с детьми с ОВЗ.

# **Список литературы:**

1. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации» от 24.06.2023 N 264-ФЗ (последняя редакция)
2. Приказ Минпросвещения России от 25.11.2022 N 1028 "Об утверждении федеральной образовательной программы дошкольного образования" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.12.2022 N 71847)
3. Приказ Минпросвещения России от 16.11.2022 N 992 «Об утверждении федеральной образовательной программы начального общего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.12.2022 N 71762)
4. Приказ Минпросвещения России от 16.11.2022 N 993 "Об утверждении федеральной образовательной программы основного общего образования" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.12.2022 N 71764)
5. Приказ Минпросвещения России от 23.11.2022 N 1014 "Об утверждении федеральной образовательной программы среднего общего образования" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.12.2022 N 71763)
6. Приказ Минпросвещения России от 24.11.2022 N 1022 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.01.2023 N 72149)
7. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 24.11.2022 № 1023 "Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья" (Зарегистрирован 21.03.2023 № 72654)
8. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 24.11.2022 № 1025 "Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы основного общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья" (Зарегистрирован 21.03.2023 № 72653)
9. Письмо Минпросвещения России от 30.12.2022 N АБ-3924/06 Методические рекомендации "Создание современного инклюзивного образовательного пространства для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов на базе образовательных организаций, реализующих дополнительные общеобразовательные программы в субъектах Российской Федерации"
10. Письмо Минобрнауки России от 02.02.2016 N ВК-163/07 "О направлении методических рекомендаций" (вместе с "Методическими рекомендациями по подготовке и организации профессионального ориентирования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ в инклюзивных школах")
11. Письмо Минпросвещения России от 01.07.2024 N ДГ-1105/07"О направлении Концепции и плана" (вместе с "Концепцией N СК-13/07вн развития системы психолого-педагогической помощи в сфере общего образования и среднего профессионального образования в Российской Федерации на период до 2030 года", утв. Минпросвещением России 18.06.2024, "Планом мероприятий N СК-13/07вн на 2024-2030 годы по реализации Концепции развития системы психолого-педагогической помощи в сфере общего образования и среднего профессионального образования в Российской Федерации на период до 2030 года", утв. Минпросвещением России 18.06.2024)
12. Бичева, И.Б. Развитие инновационности будущего педагога дошкольного образования / И.Б. Бичева // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. Электронный научный журнал. – 2019. – № 2 (30). – С. 237-247
13. Десятова Л.В. Современные информационно-коммуникационные технологии в сфере образования // Время Технологий. URL: http://aleksandr.hoy.blog.tut.by/2011/11/25/sovremennyie-informatsionno-kommunikatsionnyie-tehnologii-v-sfere-obrazovaniya-avtor-lyubov-vladimirovna-desyatova (дата обращения: 12.03.2024)
14. Нурлыгаянов И.Н. (гл. 1, 5), к.психол.н. Т.В. Свиридова (гл. 2), к.психол.н. К.А. Бруцкая (гл. 4), к.м.н. Е.А. Дубровина (гл. 3), д.т.н. А.В. Голубчикова (гл. 1) Методические рекомендации по созданию в образовательной организации здоровьесберегающих условий, способствующих психическому развитию и укреплению здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов / к.психол.н. И. Н. Нурлыгаянов (гл. 1, 5), к.психол.н. Т.В. Свиридова (гл. 2), к.психол.н. К.А. Бруцкая (гл. 4), к.м.н. Е.А. Дубровина (гл. 3), д.т.н. А.В. Голубчикова (гл. 1) [Электронный ресурс] // : [сайт]. — URL: https://ikp-rao.ru/wp-content/uploads/2023/03/Metodicheskie\_rekomendacii\_po\_sozdaniju\_v\_OO\_zdorovesberegajushhih\_uslovij.pdf (дата обращения: 27.03.2025).
15. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: учебное пособие. – М.: Народное образование, 1998. 256 с
16. Смирнова Е. А. Практика реализации инновационных технологий в образовании. URL: https://www.researchgate.net/publication/369384233\_Smirnova\_E\_A\_Praktika\_realizacii\_innovacionnyh\_tehnologij\_v\_obrazovanii\_E\_A\_Smirnova\_Upravlenie\_socialnymi\_innovaciami\_opyt\_problemy\_i\_perspektivy\_sbornik\_statej\_VIII\_Vserossijskoj\_naucno-prakticeskoj(дата обращения: 27.03.2025)
17. Пащенко О.И. Информационные технологии в образовании. URL: https://nvsu.ru/ru/Intellekt/1135/Pashchenko%20O.I.%20Informatsionnie%20tehnologii%20v%20obrazovanii%20-%20Uch-met%20posobie%20-%202013.pdf (дата обращения: 27.03.2025)
18. .Панфилова Н. К логопеду или в песочницу? //Обруч. – 2005. - №5. – с.39
19. Панфилова М.А. Игротерапия общения:тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей.-М.: «Издательство ГНОМ и Д»,2000.
20. Песочная терапия в коррекции эмоциональной сферы детей. //Дошкольная педагогика. – 2006. - №4. – с. 56
21. .Проектный метод в деятельности дошкольного учреждения: Пособие для руководителей и практических работников ДОУ. /Авт. - сост. Л. С. Киселева и др. – М. : АРКТИ, 2003. – 96 с.
22. .Развитие внимания и эмоционально – волевой сферы детей 4-6 лет: разработка занятий , диагностические и дидактические материалы/сост.Ю.В.Веприцкая-Волгоград:Учитель ,2010.
23. .Хухлаев О.Е.,Хухлаеа О.В. Волшебные капельки счастья: терапевтические сказки.- Москва:Проспект, 2019.