

**Аннотация к адаптированной образовательной программе дошкольного образования
для обучающихся дошкольного возраста с нарушениями слуха:
Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад № 464 «Лукоморье»**

1. Адаптированная образовательная программа дошкольного образования для обучающихся дошкольного возраста с нарушениями слуха: Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 464 «Лукоморье» (далее – Программа). Программа разработана в соответствии со следующими документами:

- Конвенцией о правах ребенка
- Конституцией РФ
- Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- Приказом Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (в ред. приказов Минпросвещения России от 21 января 2019 г № 31, от 8 ноября 2022 г. № 955)
- Федеральной адаптированной образовательной программой дошкольного образования (утверждена приказом Минпросвещения России от 24 ноября 2022 г. N 1022, зарегистрировано в Минюсте России 27 января 2023 г., регистрационный N 72149) (далее – ФАОП ДО).
- Письмом департамента общего образования Министерства образования и науки РФ от 28 февраля 2014 г. № 08-249 «Комментарии к ФГОС дошкольного образования» - Федеральным законом от 31.07.2020 № 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся - Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 СП 2.4.3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи"
- Постановлением от 28 января 2021 г. № 2 об утверждении санитарных правил и норм СанПин 1.2.3685-21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания"
- Уставом Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 464 «Лукоморье».

Программа разработана на основе Федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, утв. Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 24 ноября 2022 год № 1022 (далее по тексту ФАОП ДО), Федеральной образовательной программы дошкольного образования, утв. Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 25 ноября 2022 г. № 1028 (далее по тексту – ФОП ДО).

В структуре Программы выделены следующие разделы: целевой, содержательный, организационный, дополнительный. Во всех разделах, кроме дополнительного, выделена часть, формируемая участниками образовательных отношений.

Часть Программы, формируемая участниками образовательных отношений, представлена методическим пособием: «Патриотическое воспитание детей 6-7 лет: Методическое пособие»/под редакцией Н.Г. Комратовой, Л.Ф. Грибовой. – М.: ТЦ Сфера, 2007.

Обе части Программы являются взаимодополняющими.

Содержание Программы охватывает социально-коммуникативное, познавательное, речевое художественно-эстетическое и физическое направления развития и образования детей.

2. Цель реализации Программы - обеспечение условий для дошкольного образования, определяемых общими и особыми потребностями обучающегося раннего и дошкольного возраста с ОВЗ, индивидуальными особенностями его развития и состояния здоровья (п.10.1 ФАОП ДО для обучающихся с ОВЗ).

Программа содействует взаимопониманию и сотрудничеству между людьми, способствует реализации прав обучающихся дошкольного возраста на получение доступного и качественного образования, обеспечивает развитие способностей каждого ребенка, формирование и развитие личности ребенка в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-нравственными и социокультурными ценностями в целях интеллектуального, духовно-нравственного, творческого и физического развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов.

Задачи программы (п.10.2. ФАОП ДО):

- 1) реализация содержания АООП ДО;
- 2) коррекция недостатков психофизического развития обучающихся с нарушением слуха;
- 3) охрана и укрепление физического и психического здоровья обучающихся с нарушением слуха, в том числе их эмоционального благополучия;
- 4) обеспечение равных возможностей для полноценного развития ребенка с нарушением слуха в период дошкольного образования независимо от места проживания, пола, нации, языка, социального статуса;
- 5) создание благоприятных условий развития в соответствии с их возрастными, психофизическими и индивидуальными особенностями, развитие способностей и творческого потенциала каждого ребенка с нарушением слуха как субъекта отношений с педагогическим работником, родителями (законными представителями), другими детьми;
- 6) объединение обучения и воспитания в целостный образовательный процесс на основе духовно-нравственных и социокультурных ценностей, принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества;
- 7) формирование общей культуры личности обучающихся с нарушением слуха, развитие их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирование предпосылок учебной деятельности;
- 8) формирование социокультурной среды, соответствующей психофизическим и индивидуальным особенностям развития обучающихся с нарушением слуха;
- 9) обеспечение психолого-педагогической поддержки родителей (законных представителей) и повышение их компетентности в вопросах развития, образования, реабилитации (абилитации), охраны и укрепления здоровья обучающихся с нарушением слуха;
- 10) обеспечение преемственности целей, задач и содержания дошкольного и начального общего образования.

3. Характеристики особенностей развития детей дошкольного возраста с нарушением слуха.

Нарушения слуха в той или иной степени встречаются достаточно часто и у взрослых, и у детей разного возраста. Часто эти нарушения носят временный характер, например, при воспалении среднего уха (отитах), простудах, образовании серных пробок, при аномальном строении наружного и среднего уха (отсутствие или недоразвитие ушных раковин, заращение слуховых проходов, дефекты барабанной перепонки, слуховых косточек и др.), при экссудативных отитах. Такого рода нарушения слуха называются кондуктивными. Современная медицина (в том числе и отечественная) имеет в своем распоряжении разнообразные средства их устранения, как методами консервативного лечения, так и с помощью оперативного вмешательства. Как правило, в результате лечения, иногда длительного, слух восстанавливается.

Другую группу нарушений слуха составляют так называемые стойкие нарушения, связанные с поражением внутреннего уха — сенсоневральная тугоухость и глухота. При этих нарушениях современная медицина восстановить нормальный слух не в силах. Речь может идти лишь о поддерживающей терапии, определенных профилактических мероприятиях, слухопротезировании (подборе индивидуальных слуховых аппаратов) и длительной систематической педагогической коррекции. К сенсоневральной тугоухости и глухоте может присоединяться и кондуктивный компонент, например, нарушения в среднем ухе. Такое

поражение слуха называется смешанным, т. е. отмечается как необратимое сенсоневральное поражение внутреннего уха, так и, как правило, обратимое нарушение в наружном или среднем ухе.

Стойкое необратимое снижение слуха может быть вызвано разными причинами. Так к факторам риска тугоухости и глухоты относятся:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз),
- токсикозы беременности,
- асфиксия новорожденного,
- внутричерепная родовая травма,
- гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л),
- резус-конфликт,
- гемолитическая болезнь новорожденного,
- масса тела при рождении менее 1500 г,
- недоношенность,
- переносимость (гестационный возраст более 40 недель),
- применение препаратов с ототоксическим действием (антибиотиков аминогликозидного ряда — стрептомицина, мономицина, канамицина, гентамицина, амикацина и др., фуросемида, аспирина, хинина), назначаемых ребенку или матери во время беременности,
- наследственные заболевания у матери (в семье),
- сопровождающиеся поражением слухового анализатора,
- детские инфекции (паратиф, скарлатина, корь и др.),
- эпидемический менингит,
- грипп,
- острые и хронические средние отиты,
- черепно-мозговая травма.

Даже незначительное, казалось бы, снижение слуха, наступившее в раннем детстве, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка. При тяжелой тугоухости и глухоте без специального обучения ребенок вообще не овладевает речью. Это происходит потому, что он не слышит своего голоса, не слышит речи окружающих и, следовательно, не может ей подражать. Резкое недоразвитие речи или ее отсутствие затрудняют контакты неслышащего ребенка с окружающим миром, нарушают процесс формирования познавательной деятельности и в целом — его личности.

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое (т. е. необратимое, так как слух восстановить нельзя) двустороннее (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором обычное (на слух) речевое общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). Эта категория детей представляет собой разнородную группу. По состоянию слуха различают детей слабослышащих (страдающих тугоухостью) и глухих. Тугоухость — стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени — от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми.

Существуют различные классификации степени понижения слуха. В нашей стране наиболее распространенными являются аудиолого-педагогическая классификация Л.В.Неймана, широко используемая в образовательных учреждениях и международная классификация, которая используется в медицинских учреждениях.

По классификации Л.В.Неймана слабослышащие дети, в зависимости от величины средней потери слуха в области от 500 до 4000 герц (на 4-х речевых частотах), могут быть отнесены к одной из следующих степеней тугоухости:

Таблица 1 – Аудиолого-педагогическая классификация Л.В.Неймана.

Степень тугоухости	Средняя потеря слуха в дБ (500-4000 Гц)	Условия разборчивого восприятия речи
I степень	Не превышает 50 дБ	Речь разговорной громкости - на расстоянии не менее 1 м, шепот – ушной раковины и далее
II степень	От 50 до 70 дБ	Речь разговорной громкости - на расстоянии 0,5-1 м, шепот – нет
III степень	Более 70 дБ	Речь разговорной громкости - ушная раковина – 0,5 метра, шепот – нет

В России условной границей между тугоухостью и глухотой принято считать 85 дБ (как среднее арифметическое значение показателей на трех речевых частотах: 500, 1000 и 2000 Гц).

По времени наступления снижения слуха дети делятся на две группы: ранооглохшие дети, т. е. те, которые потеряли слух на первом-втором году жизни или родились неслышащими; позднооглохшие дети, т.е. те, которые потеряли слух в 3—4 года и позже и сохранили речь в связи с относительно поздним возникновением глухоты; сам термин «позднооглохшие дети», хотя и является общепринятым, носит условный характер, так как данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха.

Позднооглохшие дети, в связи со своим своеобразием, составляют особую категорию детей со сниженным слухом. По наличию или отсутствию дополнительных отклонений в развитии детей с нарушенным слухом можно отнести к одной из следующих групп: дети, не имеющие дополнительных отклонений в развитии; дети, имеющие дополнительные отклонения в развитии (одно или в сочетании): нарушение интеллекта, зрения, опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы. Как уже отмечалось, дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование той психической функции, которая в наибольшей степени зависит от состояния слухового анализатора — на формирование речи. Врожденная тугоухость, а также тугоухость, возникшая в доречевом периоде или в начальном периоде формирования речи, приводит к нарушению нормального речевого развития ребенка.

По состоянию словесной речи среди детей с нарушенным слухом можно выделить: неговорящих (необученные дети); детей, в речи которых имеются отдельные слова (на начальном этапе обучения); детей, имеющих короткую фразу с аграмматизмом; детей с развернутой фразовой речью с аграмматизмом; детей с нормальной фразовой речью, соответствующей возрасту.

Дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу, характеризующуюся: степенью (тугоухость, выраженная в той или иной степени, и глухота) и характером (кондуктивная, сенсоневральная и смешанная тугоухость) нарушения слуха; временем, в котором произошло понижение слуха; уровнем речевого развития; наличием или отсутствием дополнительных отклонений в развитии.

У дошкольников, не имеющих дополнительных отклонений в развитии, при целенаправленной и адекватной коррекционной работе, проводящейся с первых месяцев жизни, уже к 3 — 5 годам, несмотря на тяжелую тугоухость и даже глухоту, можно максимально сблизить не только уровень их общего, но и речевого развития с возрастной нормой. В этом случае они владеют развернутой фразовой речью, свободно общаются со взрослыми и детьми, рассказывают об увиденном, случившемся, читают стихи, подпевают песенки. Эти дети хорошо понимают обращенную к ним речь, которую воспринимают слухозрительно, т. е. глядя на губы говорящего и одновременно слушая его с помощью индивидуальных слуховых аппаратов¹. Звучание их собственной речи, как правило, мало отличается от речи слышащих сверстников.

Если посторонний человек не видит на ребенке индивидуальных слуховых аппаратов, которыми тот постоянно пользуется, то он даже не подозревает, что с малышом что-то не так, как у всех. Такие дети в дальнейшем, как правило, обучаются вместе со слышащими в детских садах и школах общего типа.

Столь же высокого уровня реабилитации можно достигнуть в ходе целенаправленной адекватной и своевременной начатой работы с позднооглохшими детьми (т. е. с теми, кто до потери слуха, наступившей в 3—4 года и позже, нормально слышал и говорил — владел фразовой речью). Если удастся сохранить речь ребенка и совершенствовать ее, а также быстро восстановить устную коммуникацию уже на иной сенсорной основе (зрительно-слуховой, зрительно-вибротактильной, зрительной), то позднооглохший дошкольник может удержаться в том детском коллективе, в котором он воспитывался до потери слуха, и может быть подготовлен к успешному обучению в условиях массовой школы.

Относительно высокий уровень общего и речевого развития может отмечаться у части слабослышащих детей с незначительным снижением слуха при благоприятных условиях их развития, даже если отсутствовало целенаправленное коррекционное воздействие в дошкольном возрасте.

Высокого уровня психомоторного и речевого развития также могут достигать дети с тяжелой тугоухостью и глухотой при относительно позднем начале обучения — в 2, 3, 4 года при наличии ряда благоприятных факторов. К ним относятся: интенсивное систематическое и адекватное состоянию ребенка обучение, активное участие семьи в его воспитании и обучении, высокие потенциальные возможности самого ребенка, его физическое состояние и личностные качества (активность, коммуникабельность, физическая выносливость, работоспособность и т. п.), дополнительная помощь дошкольнику (например, специальные часы для индивидуальной работы с ним, для занятий речевой ритмикой и т. п.).

Следует также особо подчеркнуть, что эффект коррекционного воздействия, а тем самым и реализация реабилитационного потенциала детей с нарушенным слухом во многом определяется своевременностью (с момента выявления степени и характера снижения слуха) качественного слухопротезирования и использования в занятиях с педагогом и дома различной качественной звукоусиливающей аппаратуры (при отсутствии медицинских противопоказаний к звукоусилению).

4. Характеристика взаимодействия педагогического коллектива с семьями детей

Особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями дошкольников с нарушениями слуха - ФАОП ДО, Содержательный раздел – пункт 39.1. и все его подпункты.

39.1.1. Основной целью работы с родителями (законными представителями) глухих и слабослышащих детей является обеспечение адекватных микросоциальных условий развития ребенка с нарушениями слуха в семье, преодоление состояния фрустрации и оптимизация самосознания родителей (законных представителей), вовлечение их в образовательный процесс для формирования компетентной педагогической позиции по отношению к собственному ребенку.

39.1.2. Реализация цели обеспечивает решение следующих задач:

- сформировать у родителей (законных представителей) мотивацию к взаимодействию со специалистами образовательной организации;
- установить причины, дестабилизирующие внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения, и способствовать их коррекции;
- выявить социально-психологические внутрисемейные факторы, способствующие гармоничному развитию ребенка с нарушенным слухом в семье;
- добиваться оптимизации самосознания родителей (законных представителей), снижения уровня фрустрированности личности;
- способствовать оптимизации личностного развития глухих, слабослышащих и позднооглохших обучающихся;

- обучить родителей (законных представителей) приемам формирования в семье реабилитационных условий, методам воспитания, обучения и реабилитации обучающихся, обеспечивающим оптимальное развитие глухого, слабослышащего и позднооглохшего ребенка;
- повысить психолого-педагогическую компетентность родителей (законных представителей) в вопросах воспитания, обучения, развития и социальной адаптации глухого, слабослышащего и позднооглохшего ребенка;
- скорректировать воспитательские позиции родителей (законных представителей), оказать им помощь в выборе адекватных мер воздействия.

39.1.3. Взаимодействие семьи, воспитывающей ребенка с КИ, и дошкольной образовательной организации не только важно, но и принципиально отличается от этого взаимодействия в процессе воспитания и обучения, как слышащих обучающихся, так и обучающихся с нарушенным слухом. Это обусловлено особенностями психолого-педагогической реабилитации после кохлеарной имплантации.

39.1.4. Первоначальный этап реабилитации.

- Эффективность реабилитации ребенка с КИ во многом зависит от правильности ее проведения на первоначальном этапе. При этом оптимальными условиями являются воспитание ребенка в семье, в окружении слышащих людей, систематические занятия с сурдопедагогом и постоянное целенаправленное воздействие на ребенка родителей (законных представителей), которые подготовлены к этому специалистами. При этом продолжительность данного периода достаточно велика: в среднем 9 - 12 месяцев для обучающихся, имплантированных до 1,5 лет и 12 - 15 месяцев для обучающихся, имплантированных в более поздние сроки.
- Организация работы с родителями (законными представителями) должна проводиться таким образом, чтобы обеспечивать поэтапное целенаправленное их обучение взаимодействию с собственными детьми на уровне эмоционального общения, "эмоционального диалога", развития сенсорных эталонов, снижающих риск сенсорной депривации.
- Содержание работы сурдопедагога с ребенком с КИ и его семьей определяется логикой становления и развития взаимодействия слышащего ребенка первого года жизни с близкими и включает несколько сессий: ориентировочная; запуск эмоционального взаимодействия ребенка с близкими на новой сенсорной основе; запуск понимания речи; запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации. Задачи каждого этапа деятельности определяется как для ребенка, так и для его родителей (законных представителей).
- На первоначальном этапе реабилитации Организация может реализовывать Программу в условиях группы кратковременного пребывания. В этой группе ребенок с КИ обеспечивается индивидуальными коррекционными занятиями с сурдопедагогом и педагогом-психологом.
- После начала адекватной реакции на звуковые сигналы, ребенок может воспитываться и обучаться в группе комбинированной направленности. При этом деятельность всего педагогического коллектива - и под его руководством - родителей (законных представителей) должна быть направлена на решение задач первоначального этапа реабилитации. При этом будет сохранено важное условие успешной реабилитации - нахождение ребенка с КИ среди слышащих и нормально говорящих обучающихся и обеспечение ежедневными коррекционно-развивающими занятиями (хотя эффективность может быть и ниже, чем при воспитании в семье).

39.1.5. На первоначальном этапе реабилитации взаимодействие педагогических работников и родителей (законных представителей) должно включать следующие направления деятельности:

- обеспечение развития эмоционального контакта ребенка с родителями (законными представителями) и окружающими близкими людьми на специально организованных занятиях и, что самое важное, в повседневной жизни. Эмоциональное взаимодействие педагогического работника и ребенка обеспечивает развитие коммуникации, становление отношений между близкими и другими людьми;
- обогащение вновь обретенных сенсорных возможностей обучающихся через вовлечение их в различные виды деятельности, соответствующих их возрасту (игра, рисование, лепка, конструирование, экспериментирование) с учетом этапа психолого-педагогической реабилитации;
- формирование родительской рефлексии, обеспечивающей понимание значимости своей роли в психолого-педагогической реабилитации ребенка после КИ.

39.1.6. Последующий этап реабилитации (ребенок воспитывается в дошкольной группе). Основной целью работы с родителями (законными представителями) является обеспечение адекватных микросоциальных условий развития ребенка с КИ в семье, поддержка активной позиции родителей (законных представителей) в воспитании и обучении ребенка (или в ее формировании и развитии).

39.1.7. Реализация цели обеспечивается решением следующих задач:

- сформировать у родителей (законных представителей) мотивацию к взаимодействию со специалистами образовательной организации;
- выявить социально-психологические внутрисемейные факторы, способствующие гармоничному развитию ребенка с КИ в семье;
- при наличии факторов, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения, установить их причины и способствовать их коррекции;
- способствовать формированию у родителей (законных представителей) адекватных представлений о своем ребенке;
- способствовать оптимизации личностного развития ребенка с КИ;
- обучать родителей (законных представителей) приемам и методам воспитания и обучения своего ребенка, обеспечивающим его оптимальное развитие;
- повысить психолого-педагогическую компетентность родителей (законных представителей) в вопросах воспитания, обучения, развития и социальной адаптации ребенка с КИ;
- скорректировать воспитательские позиции родителей (законных представителей), оказать им помощь в выборе адекватных мер воздействия.

39.1.8. Работа, обеспечивающая взаимодействие семьи, воспитывающей ребенка с нарушенным слухом (глухого, слабослышащего, ребенка с КИ) и Организации, включает следующие направления:

- аналитическое - изучение семьи, выяснение образовательных потребностей обучающихся, предпочтений родителей (законных представителей) для согласования воспитательных воздействий на ребенка;
- коммуникативно-деятельностное - направлено на повышение педагогической культуры родителей (законных представителей); вовлечение родителей (законных представителей) в воспитательно-образовательный процесс; создание активной развивающей среды, обеспечивающей единые подходы к развитию личности в семье и детском коллективе;
- информационное - пропаганда и популяризация опыта деятельности Организации; создание открытого информационного пространства (сайт Организации, форум, группы в социальных сетях).

Содержание направлений работы с семьей может фиксироваться в Программе как в каждой из пяти образовательных областей, так и отдельным разделом, в котором раскрываются направления работы Организации с родителями (законными представителями) обучающихся с нарушенным слухом.

39.1.9. Организациям необходимо указывать в АОП ДО планируемый результат работы с родителями (законными представителями) глухих, слабослышащих и позднооглохших обучающихся, обучающихся с КИ, который может включать:

- организацию преемственности в работе Организации и семьи по вопросам оздоровления,
- досуга, обучения и воспитания обучающихся;
- повышение уровня родительской компетентности;
- гармонизацию семейных детско-родительских отношений.