

**ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ**

**Հերթական ատեստավորման ենթակա ֆիզիկական կուլտուրայի ուսուցիչների
վերապատրաստման դասընթացներ**

ՍԱՐԳՍՅԱՆ ԱՄԱԼՅԱ ՌՈՐԵՐՏԻ

**ԿԱՊԿՈՒ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԵՎ
ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏՐԱՍՏՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Հետազոտական աշխատանք

Ղեկավար՝ Ա. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ

Երևան 2022

Բովանդակություն

Ներածություն	3
Կրթության և զարգացման առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաների ընդհանուր բնութագիր	4
Եզրակացություն	22
Օգտագործված գրականություն	22

Ներածություն

Ներառական կրթությունը ցանկացած երեխայի իրավունքների պաշտպանության կարևոր բաղադրիչներից է: Այն բացառում է ամեն տեսակ խտրականություն երեխաների նկատմամբ և սովորելու հնարավորություն է տալիս նախադպրոցական ուսումնական հաստատությունում (ՆՈՒՀ) կրթության և զարգացման առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող (ԿԶԱՊԿՈՒ) անձանց [2]:

2022 թվականի սեպտեմբեր ամսից Երևանում նախադպրոցական ուսումնական հաստատություններում (ՆՈՒՀ) նույնպես լիարժեք կերպով իրականացվում է համընդանուր ներառում: Մեծամասնությամբ ՆՈՒՀ հաճախում են խոսքային խանգարումներ ունեցող, աուտիստիկ սպեկտրի խանգարումներ ունեցող, մտավոր զարգացման խանգարումներ ունեցող, շարժունակության խանգարում ունեցող, վարքային և հուզական խանգարումներ ունեցող, ուշադրության պակասի և գերակտիվության համախտանիշ ունեցող երեխաներ:

Ներառական կրթությունը նախադպրոցական տարիքի երեխաների զարգացման համար առավել նպաստավոր միջավայր ապահովելու լավագույն տարբերակներից մեկն է, ինչը հնարավորություն է տալիս ծանոթանալ բազմազան միջավայրին, զարգացնել միջանձնային փոխհարաբերություններ կառուցելու կարողություններն ու հաղորդակցման հմտությունները:

Նախադպրոցական կրթության պայմաններում ներառական կրթության հիմնական նպատակը բոլոր երեխաների հանդեպ հարգանքի ձևավորումն է՝ ճանաչելով և գնահատելով նրանց բազմազանությունը: Երեխաները, կրթվելով բազմազանության միջավայրում, ունենում են տարաբնույթ ձեռքբերումներ, դրական լիցքեր են ստանում մեկը մյուսից, լրացնում են միմյանց՝ խճանկարի հավաքվող պատկերի սկզբունքով կերտելով շրջապատող աշխարհի վերաբերյալ նոր, ամբողջական պատկեր:

Կրթության և զարգացման առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաների ընդհանուր բնութագիր

Նախադպրոցական տարիքի երեխաների կրթության կազմակերպման ողջ գործընթացում շատ կարևոր է բացահայտել յուրաքանչյուր երեխայի ուժեղ կողմերը, հնարավորություններն ու հետաքրքրությունները:

Խոսքը բարձրագույն հոգեկան գործընթաց է, որն ունի մի շարք գործառույթներ: Խոսքի միջոցով մարդիկ հաղորդակցվում են, ուսումնասիրում են հասարակական փորձը և իրենց փորձը փոխանցում հետագա սերունդներին: Խոսքը հնարավորություն է տալիս արտահայտել մեր հույզերը, զգացմունքները: Խոսքը մտածողության գործիք է և երեխայի ճանաչողության զարգացման միջոց: Խոսքն ունի նաև վարքի վերահսկման գործառույթ:

Բնականոն զարգացման դեպքում 3 տարեկանում երեխան յուրացնում է մայրենի լեզվի խոսակցական խոսքի հիմնական քերականական կառույցները, փոխում է բառերը՝ օգտագործելով ձևաբանական միջոցներ, խոսում է կարճ, բայց քերականորեն ճիշտ ձևակերպված նախադասություններով: Այս տարիքում երեխան տիրապետում է այն միջոցներին, որոնք անհրաժեշտ և բավարար են լիարժեք շփման համար (երկխոսության համար): Խոսքում սկսում են ի հայտ գալ սկզբում բարդ համադասական, ավելի ուշ՝ նաև բարդ ստորադասական նախադասություններ:

Պատկերացումների շրջանակի ընդլայնման և ընդհանրացում կատարելու կարողության զարգացման շնորհիվ երեխաներն սկսում են ավելի լավ ճանաչել ու տարբերել առարկաները, սակայն մինչև 3 տարեկան հասակը նրանք դեռևս կարող են շփոթել նման առարկաների անվանումները [1]:

Նախադպրոցականների մոտ հանդիպող խոսքի խանգարումները

- ✓ **Դիսլալիա (թվատություն)**
- ✓ **Դիզարտրիա (անարտրիա)**
- ✓ **Ռինոլալիա (ռնգախոսություն)**
- ✓ **Տախիլալիա (արագախոսություն)**
- ✓ **Բրադիլալիա (դանդաղախոսություն)**
- ✓ **Կակազություն**
- ✓ **Ալալիա (անխոսություն)**

Վերջին տարիներին զարգացման խանգարում ունեցող երեխաների շրջանում հաճախ են հանդիպում **աուտիստիկ սպեկտրի դրսևորումներ** ունեցող երեխաները, որոնք, ի թիվս այլ առանձնահատկությունների, ունեն նաև հաղորդակցման և խոսքի առանձնահատկություններ: Այս երեխաները չեն ձգտում և նույնիսկ խուսափում են շփվել անգամ իրենց ծնողների և ընտանիքի մյուս անդամների հետ: Հաճախ խոսքը բացակայում է, երբեմն էլ կրկնում են միևնույն բառերը, հնչյունակապակցությունները հիմնականում ոչ բնական առոգանությամբ և ձայնով: Երբեմն կարող են ծանոթ մուլտֆիլմից որևէ ամբողջական նախադասություն կրկնել՝ առանց հասկանալու դրա իմաստը: Չեն արձագանքում իրենց անվանը, տրվող հրահանգներին: Ձևավորված չի լինում նաև ոչ խոսքային հաղորդակցումը. խուսափում են նայել դիմացինի աչքերին, հույզերը, դիմախաղը իրավիճակին չեն համապատասխանում: Ցանկությունները (կարիքները) արտահայտում են բղավոցներով, անհարաժեշտ իրը վերցնելու համար մեծահասակի ձեռքը բռնելով՝ տանում են համապատասխան վայր: Գերադասում են անփոփոխ միջավայր (սննդի, խաղալիքների, հագուստի միօրինակություն) և փոփոխություններին սուր են արձագանքում: Բնորոշ է նաև արարողակարգային վարք՝ միևնույն գործողությունների կրկնում և այլն:

- ✓ **Հնչյունային թերզարգացում**
- ✓ **Հնչյունահնչության թերզարգացում**
- ✓ **խոսքի ընդհանուր թերզարգացում [1]:**

Մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաների դժվարություններն առաջին հերթին արտահայտվում են մտածողության խանգարումներով: Ուշադրությունը բնութագրվում է անբավարար կամաժինությամբ և նպատակաուղղվածությամբ, ծավալի նեղացմամբ, կենտրոնացման դժվարություններով, ինչպես նաև տեղափոխման դժվարություններով: Հաճախ կարող է պահպանված լինել մեխանիկական հիշողությունը, սակայն կամաժին և հատկապես ասոցիատիվ հիշողությունը խանգարված են լինում: Վերլուծահամադրական գործունեության ընդհանուր թերզարգացման պատճառով այդ երեխաները մեծ դժվարությամբ են ձևավորում ընդհանրացումները, դանդաղորեն յուրացվում են լեզվի բոլոր օրինաչափությունները: Այս բոլոր գործոնները նպաստում են խոսքի զարգացման դանդաղ տեմպի և դրա բոլոր բաղադրիչների՝ հնչյունահնչության կողմի,

բառապաշարի և խոսքի քերականական կառուցվածքի որակական թերզարգացման: Այս երեխաները հաճախ ունենում են հնչարտաբերման խանգարումներ, ինչը նրանց խոսքը շրջապատողների համար հաճախ դարձնում է անհասկանալի: Երբեմն երեխան, իմանալով, որ խոսում է ոչ այնպես, ինչպես բոլորը, փորձում է խուսափել անձանոթների հետ խոսել, լռում է, երբ նրան ինչ-որ բան են հարցնում, պատասխանում է ժեստերով: Բառապաշարն աղքատ է և ագրամատիկ: Երեխաները չեն ցուցաբերում նախաձեռնություն հասակակիցների և մեծահասակների հետ շփվելու տեսակետից:

Մտավոր զարգացման խանգարումը բացասաբար է անդրադառնում նաև այս երեխաների հուզականային և անձնային ոլորտի զարգացման վրա: Երեխան կարող է լինել զգուշավոր, վախվորած կամ ընդհակառակը՝ ագրեսիվ, ապասարգելակված:

Ընդհանուր առմամբ, մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաների հոգեկան բոլոր գործընթացները չափազանց դանդաղ և առանձնահատուկ են զարգանում: Արդեն կյանքի առաջին տարում այս երեխաները տարբերվում են շարժողական գործառույթների անբավարար ակտիվությամբ: Դա ազդում է նաև զգայաշարժողական ռեակցիաների և տեսաշարժողական կոորդինացիայի ձևավորման վրա: Նրանց շարժումները թույլ են համակարգված, հաճախ չափազանց դանդաղեցված են կամ հակառակը՝ իմպուլսիվ են:

Շարժողական ոլորտի խանգարումները և ցածր ճանաչողական ակտիվությունը անդրադառնում են նաև մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաների գործունեության, մասնավորապես՝ խաղային գործունեության զարգացման վրա: Ուշացումով են ձևավորվում նաև ինքնասպասարկման ամենապարզ հմտությունները: Որպես կանոն՝ նաև երկար ժամանակ չի առանձնանում նրանց առաջատար ձեռքը, տուժած է լինում երկու ձեռքերի համաձայնեցված գործունեություն: Նույնիսկ ավագ նախադպրոցական տարիքում այս երեխաները հաճախ միայն մանիպուլյացիաներ են կատարում առարկաների հետ և դրանք ըստ նշանակության և գործառույթի դժվարանում են կիրառել:

Ակտիվության ընդհանուր մակարդակի իջեցումը ազդում է նաև զգայական ոլորտի և ընկալման զարգացման վրա: Նախադպրոցական և նույնիսկ կրտսեր դպրոցական տարիքում նրանց տեսողական ընկալումը բավարար տարբերակված չէ,

բնորոշվում է գլոբալությունը, անկարողությունը տեսողության միջոցով առանձնացնել առարկաների առանձին մասերը և բաղադրիչները: Նման պատկեր է նկատվում նաև առարկաների շոշափողական ընկալման ընթացքում:

Մտավոր զարգացման խանգարման դեպքում նկատվում են նաև ուշադրության և հիշողության յուրահատուկ առանձնահատկություններ: Այս երեխաների պասիվ ուշադրությունը առավել պահպանված է, քան ակտիվը (Պևզներ, Լուբովսկի 1994): Մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող նախադպրոցականների հիշողության հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հաճախ երեխաները օգտվում են մեխանիկական հիշողությունից, իսկ իմաստավորված հիշողությունը ձևավորված չէ: Ընդ որում, երեխաները, որպես կանոն, հիշում են վառ, հուզային հագեցած նյութը [1]:

Մտավոր զարգացման խանգարումները կարող են արտահայտված լինել ծանրության տարբեր աստիճաններով: Ըստ Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման՝ մտավոր զարգացման խանգարումները բաժանվում են 4 խմբի՝

- Թեթև
- Չափավոր
- Ծանր
- Խորը:

Դիտարկենք յուրաքանչյուր խմբի ընդհանուր բնութագիրը:

Թեթև աստիճանի մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաները կարողանում են կողմնորոշվել կենցաղում, տիրապետում են որոշակի սոցիալական հմտությունների և ունակ են հաղորդակցման, շփման, քանի որ ձևավորված է կենցաղային կապակցված խոսքը: Երեխաներին բնորոշ է համեմատաբար բավարար հոգեկան զարգացման մակարդակ, ինչն էլ թույլ է տալիս նրանց հարմարվել առօրյա կյանքին: Դժվարանում է ձևավորել սեփական տեսակետը, բայց հեշտությամբ ընդունում են ուրիշինը: Չունեն մշտական խնամքի կարիք:

Չափավոր աստիճանի մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաները տիրապետում են ինքնասպասարկման հմտություններին, կարող են կատարել որոշ հրահանգներ կրկօրինակման միջոցով, խոսում են կարճ ֆրազներով, մասնակցում են պարզ զրույցների: Տարածական կողմնորոշումն ու սոցիալական հարմարվողականությունը հնարավոր է միայն քաջ ծանոթ միջավայրում: Իրավիճակի

ցանկացած փոփոխություն առաջացնում է լուրջ բարդություններ այս խմբի երեխաների համար, քանի որ նրանք չեն կարողանում իրենց փորձը ընդհանրացնել և օգտագործել կամ տեղափոխել նոր իրավիճակ: Այս խմբի երեխաները վերահսկողության կարիք ունեն:

Ծանր աստիճանի մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաների ճանաչողական գործունեությունը հնարավորություն է տալիս ձևավորել միայն պարզագույն պատկերացումներ շրջապատող միջավայրի մասին, ընդհանրացումները լրիվ բացակայում են: Բառապաշարը սահմանափակվում է 1-2 տասնյակ բառերով, առկա են արտաբերման բազմաթիվ խանգարումներ: Հաճախ դիտվում են նյարդային բնույթի դրսևորումներ: Այս խմբի երեխաները մշտական վերահսկողության և սպասարկման կարիք ունեն:

Խորը աստիճանի մտավոր զարգացման խանգարում ունեցող երեխաները չեն հասկանում իրենց ուղղված խոսքը, չեն ճանաչում իրենց մշտական խնամակալին՝ ծնող, մանկավարժ, դայակ և այլն: Չեն տարբերակում առարկաներն ուտելու են թե ոչ, կարող են փորձել ուտել սննդի համար ոչ պիտանիները: Հազվադեպ են ձևավորում պատկերացումներ սառն ու տաքի, համային հատկանիշների մասին, բացակայում են տարրական տարածական պատկերացումները: Չեն տիրապետում պարզագույն ինքնասպասարկման հմտությունների, խոսքը ձևավորված չէ, հաճախ փոխարինվում է անհոդաբաշխ ձայներով: Կարող են նկատվել ագրեսիայի և ինքնաագրեսիայի դրսևորումներ:

Շարժունակության խանգարումները կարող են լինել ինչպես բնածին, այնպես էլ ձեռքբերովի: Կախված վնասվածքի առաջացման պատճառներից և ժամանակահատվածից՝ նշվում են շարժունակության խանգարումների հետևյալ տեսակները՝

- մանկական ուղեղային կաթված,
- նյարդային համակարգի հիվանդություններ,
- պոլիոմիելիտի հետևանքները,
- առաջնային նյարդամկանային հիվանդություններ (միոպաթիա, մկանային դիստրոֆիա, ցրված սկլերոզ և այլն),
- հենաշարժողական համակարգի բնածին պաթոլոգիա,

- հենաշարժողական համակարգի ձեռք բերված հիվանդություններ և վնասվածքներ,
 - ողնաշարի, ողնուղեղի և վերջույթների տրավմատիկ վնասվածքներ,
 - կմախքի հիվանդություններ (տուբերկուլյոզ, ոսկորների ուռուցքներ, օստեոմիելիտ),
 - կմախքի համակարգային հիվանդություններ (քոնդրոդիստրոֆիա, ռախիտ)
- և այլն:

Չնայած շարժունակության բնածին կամ վաղ տարիքում ձեռք բերված հիվանդությունների և վնասվածքների ամբողջ բազմազանությանը՝ յուրաքանչյուր դեպքում առաջատար տուժող կողմն է երեխայի շարժունակությունը, վերջինիս սահմանափակումը կամ կորուստը: Կենտրոնական նյարդային համակարգի բնածին կամ վաղ տարիքում ձեռք բերված հիվանդությունների դեպքում երեխաների մեծամասնության մոտ նկատվում են հենց նմանատիպ խնդիրներ: Շարժունակության խանգարումները այս կամ այն չափով զուգորդվում են զգայական և ճանաչողական գործառույթների ձևավորման առանձնահատկություններով:

Կյանքի տարբեր փուլերում տարբեր հիվանդություններ առաջ են բերում այնպիսի խնդիրներ և սահմանափակումներ, որոնք պահանջում են ամենօրյա խնամքի և աջակցության աշխատանքների իրականացում: Այս խնդիրները բացասաբար են անդրադառնում անձի կյանքի ողջ ընթացքի վրա, և պահանջվում են հատուկ և վերականգնողական միջամտության առանձնահատուկ մոտեցումներ (օրինակ՝ մանկական ուղեղային կաթվածի (ՄՌԿ) դեպքում): ՄՌԿ-ի առաջացման հաճախականությունը, ըստ տարբեր տվյալների, կազմում է 1000 մարդու համար 2-6 դեպք:

Ներկայումս ՄՌԿ-ը դիտարկվում է որպես երեխայի նյարդաբանական հիվանդություն, որը բնութագրվում է «կլինիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործոնների համադրությամբ և հանգեցնում նրա կենսագործունեության սահմանափակմանը»: Երեխայի զարգացման խանգարումների հիմնախնդիրը շոշափվում է առողջապահության և հասարակական կյանքի գրեթե բոլոր ոլորտները՝ պահանջելով համակարգված մոտեցում, սերտ համագործակցություն և ռեսուրսների

արդյունավետ համատեղում: Պատճառների բացահայտումը նպաստում է կանխարգելիչ միջոցառումների ձեռնարկմանը: Պատճառական կապի բացահայտումը թույլ է տալիս խորությամբ ընկալել նշված վիճակների կլինիկական դրսևորումները: Դա էլ իր հերթին վեր է հանում երեխայի բոլոր կարիքները՝ բժշկական, վերականգնողական և սոցիալական (Բաբլոյան, 2010):

ՄՈՒԿ-ը համախտանիշների և ախտանիշների մի խումբ է, որն առաջանում է նախաձննդաբերական, ծննդաբերական և հետծննդաբերական շրջանում պտղի թերզարգացման և ուղեղի վնասման հետևանքով: ՄՈՒԿ-ը չի համարվում ժառանգական հիվանդություն, սակայն շատ հետազոտողներ բարձրաձայնում են անբարենպաստ ժառանգական նախատրամադրվածության առկայության մասին իբրև ՄՈՒԿ-ի առաջացման գործոն (մոտավորապես 14 %): Վաղ հասակում ՄՈՒԿ-ը արտահայտվում է մկանային լարվածության (տոնուսի) խանգարումներով, վերջույթների ոչ համաչափ ակտիվությամբ, բարձր ջլային ռեֆլեքսներով և շարժունակության զարգացման հապաղումով: Վաղ հասակի երեխաների մոտ կլինիկական պատկերը, բացառությամբ ծանր ձևերի, հաճախ ենթարկվում է փոփոխությունների, քանի որ երեխայի զարգացումն իր որոշակի կնիք է թողնում հիվանդության դրսևորման վրա: Այս պարագայում շատ հաճախ միայն նախադպրոցական հասակի շեմին է երեխայի շարժունակության իրական պատկերը կայունանում:

Հիվանդության կլինիկական պատկերի արտահայտվածությունը տարաբնույթ է և կախված է հիվանդության տիպի հետ: Գոյություն ունեն ՄՈՒԿ-ի տարբեր դասակարգումներ, ինչպիսիք են, օրինակ, ՄՈՒԿ-ի միջազգային դասակարգումը՝ ըստ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ-10), հայտնի ռուս նյարդաբան Կ.Սեմյոնովայի կողմից տրված դասակարգումը, որը, օրինակ, լայն կիրառություն ունի Ռուսաստանում տասնամյակներ շարունակ: Համաձայն ՀՄԴ-10-ի՝ տարբերակում են ՄՈՒԿ-ի հետևյալ տիպերը՝

- երբ նկատվում է երեխայի մկանային լարվածության (տոնուսի) բարձրացում, շարժումների դժվարացում կամ կատարելու անհնարինություն: Այս ձևը ամենատարածվածն է և հանդիպում է ՄՈՒԿ ունեցողների 70-80 %-ի դեպքում: Կապված մարմնի ախտահարված մասերի և կողմերի՝ տարբերում են հետևյալ ենթատիպերը. երբ մկանային լարվածություն է նկատվում մարմնի մեկ կողմում՝

օրինակ աջ կամ ձախ (աջ ոտք և ձեռք), կամ, օրինակ երբ ախտահարվում է ընդամենը մեկ վերջույթը: Առավել հաճախ հանդիպում է ՄՈՒԿ-ի այն ձևը, որը դրսևորվում է մարմնի երկու կողմերի մկանային ֆունկցիայի խանգարումով, ընդ որում մկանային բարձր լարվածությունն ավելի արտահայտված է ստորին վերջույթներում, քան ձեռքերում ու դեմքի վրա: ՄՈՒԿ-ի ամենածանր ձևերից է այն, երբ շարժունակության խանգարումները հավասարապես դրսևորվում են բոլոր չորս վերջույթներում, և ակնհայտորեն նկատվում է մարմնի դեֆորմացիա:

- Երբ երեխայի դրսևորում է ոչ կամային բռնի շարժումներ: Այս դեպքում նկատվում են կրկնվող շարժումներ կամ մարմնի կայուն, ոչ նորմալ դիրք: Երեխայի այս վիճակը կարող է ավելի սրանալ ֆիզիկական ակտիվությունից: Մկանային կծկումները հաճախ անկախատեսելի են, ակամայից նպաստում են մարմնի դիրքի փոփոխությանը՝ երեխային պատճառելով անհարմարություն, ցավ և աշխատունակության անկում:
- Երբ երեխայի ունի մկանային ցածր լարվածություն, համակարգված շարժումները խանգարվում են արագ և ճշգրիտ շարժումներ կատարելիս, նկատվում է մարմնի անհավասարակշռություն քայլելիս: Այս տիպը բնութագրվում է մկանային ցածր լարվածությամբ և առավել հազվադեպ է հանդիպում ՄՈՒԿ ունեցող երեխաների շրջանում:

Այս դասակարգումը թույլ է տալիս պատկերացնել, որ ՄՈՒԿ ունեցող երեխաների շարժունակության խանգարումներն ունեն ծանրության տարբեր աստիճաններ:

Շարժունակության խանգարման ծանր աստիճանի դեպքում երեխան չի կարողանում քայլել և տարրական շարժողական գործունեություն իրականացնել: Նա չի կարող ինքնասպասարկվել և ներգրավվել որևէ գործողության կատարման մեջ: Հաճախ այս երեխաներին խորհուրդ է տրվում էրգոթերապիստի, լրգոպեդի միջամտություն, ինչպես նաև՝ աշխատանք երեխայի ընտանիքի հետ: Շարժունակության խանգարման միջին աստիճանի ժամանակ երեխաները կարողանում են քայլել, սակայն դժվարությամբ և ոչ վստահ, հաճախ՝ հատուկ օժանդակ սարքերի (հենակներ, քայլակներ և այլն) օգնությամբ: Այս երեխաները չեն կարող ինքնուրույն տեղաշարժվել փողոցում կամ օգտվել տրանսպորտից: Նրանց ինքնասպասարկման

հմտությունները լիովին զարգացած չեն մանիպուլյատիվ գործառույթի խախտումների պատճառով:

Շարժունակության խանգարման թեթև աստիճանի դեպքում երեխաները ինքնուրույն են քայլում, վստահ՝ ինչպես ներսում, այնպես էլ դրսում: Նրանք կարող են ինքնուրույն օգտվել հասարակական տրանսպորտից: Նրանք լիովին ինքնասպասարկվող են, ունեն բավականին զարգացած մանիպուլյատիվ գործունեություն: Այնուամենայնիվ, այս երեխաների դեպքում կարող են նկատվել պաթոլոգիական կեցվածքներ և դիրքեր, քայլվածքի խանգարումներ, ոչ հստակ, դանդաղեցված շարժումներ: Այս խմբի երեխաների մկանային ուժը թույլ է, առկա են մանր մոտորիկայի խանգարումներ:

Չնայած այն հանգամանքին, որ ՄՈՒԿ-ը չի ենթարկվում բուժման, և այն, որ ուղեղի վնասվածքը չի կարող վերականգնվել, դեռ չի նշանակում, որ երեխային պետք է զրկել գործելու, ստեղծագործելու և ապրելու իր իրավունքից: Այսօր զարգացած մի շարք վերականգնողական թերապիաները նպատակ են հետապնդում հնարավորություն ընձեռել երեխային հասնել իր առավելագույն ներուժին: ՄՈՒԿ ունեցող երեխաները, մեծանալով և դառնալով չափահաս, կարող են ի վիճակի լինել աշխատել և ապրել անկախ կյանքով: Այսօր գործող վերականգնող և օժանդակող թերապիաները ներառում են հետևյալ ուղղությունները՝

- դեղորայքային բուժումը, որը կառավարում է մկանային լարվածությունը, ջղաձգումը, բուժում է օստեոպորոզը, նվազեցնում դողը և այլն:

- Վիրաբուժական միջամտությունները, որոնք կարող են բարելավել նստելու, կանգնելու և քայլելու կարողությունները, հիմնականում ներառում են ջլերի երկարեցում և փոխադրում, հողերի լայնացում ոսկրերի ուղղում և այլն:

- Օժանդակող պարագաների կիրառումը, ինչպիսիք են, օրինակ, օրթեզները և գոտիները, որոնք կարող են օգնել կրճատել մկանների հնարավոր կոնտրակտուրաները, պահել վերջույթները ճիշտ հավասարությամբ և կանխարգելել դեֆորմացիաների առաջացումը, դիրքավորման հարմարանքները, որոնք ապահովում են երեխայի ճիշտ դիրքը, քայլակներն ու անվասայլակները, որոնք հնարավորություն են տալիս երեխային հեշտորեն տեղաշարժվել միջավայրում:

- Համընդհանուր ներառական կրթության համատեքստում շարժունակության խանգարումներ ունեցող երեխաները հաճախում են նախադպրոցական ուսումնական հաստատություններ և հանրակրթական դպրոցներ՝ ստանալով համապատասխան մանկավարժահոգեբանական աջակցություն:

- Վերականգնողական ծառայությունները՝ էրգոթերապիստի, լոգոպեդի, ֆիզիոթերապիստի, հոգեբանի կողմից մատուցվող ծառայությունները կարող են բարելավել երեխայի տեղաշարժվելու, խոսելու, քայլելու առօրյա գործողությունները կատարելու հմտությունները:

Չնայած այն հանգամանքին, որ ՄՈՒԿ-ը զարգացող հիվանդություն չէ, և ժամանակի ընթացքում վատթարացում տեղի չի ունենում, այնուամենայնիվ անկանոնությունները մկաններում կարող են հանգեցնել երեխայի կեցվածքի փոփոխությունների և դեֆորմացիայի: Եվ դրանք ժամանակի ընթացքում կարող են վատթարանալ և սրվել, եթե ժամանակին չիրականացվի վերականգնողական համալիր բուժում: Օրինակ՝ երեխայի մոտ կարող է զարգանալ կեցվածքի շեղումը՝ սկոլիոզը (ողնաշարի կորություն), որն իր հերթին թույլ չի տա երեխային բնականոն ներգրավվել նախադպրոցական ուսումնական հաստատությունում իրականացվող գործողություններում և դասընթացներում: Սա պայմանավորված է նրանով, որ երեխայի մեջքի մկանները ուղեղային կաթվածի հետևանքով չեն կարողանում արդյունավետ ղեկավարել իրանի ճիշտ դիրքը, ինչն էլ հանգեցնում է ողնաշարի կորությանը: ՄՈՒԿ ունեցող երեխաների մեկ ստորին վերջույթը

«Ինչպես խթանել ներառումը նախադպրոցական ուսումնական հաստատությունում» կարող է մյուս ստորին վերջույթից երկար լինել, ինչը և կարող է առաջացնել անհարմարություն և դժվարություն քայլելիս, իսկ սա էլ իր հերթին սահմանափակում է երեխայի՝ առօրյա մի շարք գործողությունների կատարման մեջ ներգրավվելու կարողությունը: Վիրաբուժական միջամտությունը կարող է կիրառվել՝ կարճացնելու երկար ստորին վերջույթը, բայց դա էլ իր հերթին հնարավոր է դառնում միայն, եթե երկու ստորին վերջույթների տարբերությունը երկու սանտիմետրից ավելի չէ: Հակառակ դեպքում, կոշիկի հարմարեցումը՝ մասնավորապես բարձրացումը, հիմնականում բավարար է դառնում երեխայի շարժունակությունը և հարմարավետությունը ապահովելու համար:

ՄՈՒԿ ունեցող երեխաների շարժունակության բոլոր գործառույթների ձևավորման հապաղումը և խանգարումն իր անբարենպաստ ազդեցությունն է թողնում երեխայի հոգեկանի և խոսքի ձևավորման վրա: Այս երեխաներին բնորոշ են մտավոր զարգացման խանգարումներ (ճանաչողական ոլորտի, գործունեություն, հուզական-կամային ոլորտի և անհատականության ձևավորման ժամանակ): Ճանաչողական ոլորտի խանգարումները բնութագրվում են մի շարք առանձնահատկություններով, որոնք բնորոշ են գրեթե բոլոր երեխաներին: Առանձին հոգեկան գործառույթների խանգարումները կրում են անհավասար բնույթ. առկա է շրջապատող աշխարհի մասին գիտելիքների և պատկերացումների նվազում, հոգեկան բոլոր գործընթացների արագ և բարձր հյուծվածություն, հոգնածություն: Տարբեր վերլուծիչների համակարգված գործողությունների խանգարումները (տեսողության, լսողություն խանգարում, մկանափոխարկի զգացողության անկում) զգալիորեն ազդում են երեխայի ընդհանուր ընկալման վրա, սահմանափակում են ստացվող տեղեկատվության քանակը, բարդացնում են երեխայի մտավոր գործունեությունը: Այս երեխաների մոտ առավել հաճախ նկատվում են տարածական և ժամանակային պատկերացումների, շոշափելիքի ընկալման և կառուցողական գործունեության խանգարումներ:

Հուզականային ոլորտի խանգարումներն արտահայտվում են նրանում, որ որոշ երեխաներ ունենում են հուզական բարձր գրգռվածություն, դյուրագրգռվածություն, շարժողական արգելակում, իսկ մյուսների մոտ, հակառակը, նկատվում է թուլություն, ամաչկոտություն, երկչոտություն:

ՄՈՒԿ ունեցող նախադպրոցական տարիքի երեխաներն ունենում են անձի զարգացման այնպիսի խանգարումներ, ինչպիսիք են՝ գործունեության դրդապատճառի (մոտիվացիայի) անկում, շարժման և հաղորդակցության հետ կապված վախեր, այլ անձանց հետ շփումները սահմանափակելու ցանկություն: Շարժունակության խանգարումներ ունեցող երեխաները՝ պայմանավորված իրենց նյարդաբանական վիճակով, հաճախ դժվարանում են հարմարվել կրթական կազմակերպության պայմաններին, քանի որ այս երեխաների մոտ առկա շարժունակություն խանգարումները հաճախ զուգորդվում են խոսքի և ճանաչողական ոլորտի զարգացման խանգարումների հետ:

Երեխայի մանկավարժահոգեբանական պատկերի, ինչպես նաև օրթոպեդիկ վիճակների մշտադիտարկումը և գնահատումը շատ կարևոր է, քանի որ վերջինս անմիջական կապ ունի երեխայի քայլելու և շարժվելու կարողության հետ, ինչն էլ իր հերթին անմիջականորեն կապված է երեխայի զարգացման հետ: Հակառակ դեպքում դա կարող է հանգեցնել երեխայի շարժունակության սահմանափակման և հարմարության և որոշ դեպքերում՝ ցավի առկայության [1] :

Նախադպրոցական տարիքում երեխաների հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրները հաճախ առնչվում են հուզական և վարքային մի շարք դժվարությունների և խանգարումների հետ, որոնց վերաբերյալ գիտելիքների և պատկերացումների առկայությունը հնարավորություն կտա ոչ միայն նկատել և արձագանքել այդ խնդիրներին, այլև մի շարք դեպքերում կնպաստի դրանց առաջացման կանխարգելմանը:

- **Վարքային խանգարումներ:** Հաշվի առնելով վարքային խանգարումների բազմազանությունը՝ կանդրադառնանք վարքային որոշ խնդիրներին (ցուցադրական բնույթի կամակոր վարք, հակադրվող վարք, ագրեսիվ վարք և այլն), որոնք կարող են դրսևորվել վարքային տարբեր խանգարումների դեպքում: Վարքային խանգարումների շրջանակներում կքննարկենք նաև «Ուշադրության պակասի և գերակտիվության» համախտանիշը:

- **Հուզական խանգարումներ:** Կանդրադառնանք նախադպրոցական տարիքում առավել հաճախ հանդիպող հետևյալ հուզական խանգարումներին՝

- ✓ ընդհանրացված (համատարածուն) տագնապային խանգարում,
- ✓ բաժանմամբ պայմանավորված տագնապային խանգարում,
- ✓ հետտրավմային սթրեսային խանգարում:

Աուտիստիկ սպեկտրի խանգարում

Վարքային խանգարումներ

Երեխայի անցանկալի վարքը կարող է հանդիսանալ ինչպես մանկավարժական ոչ արդյունավետ մոտեցումների, սոցիալական տարբեր գործոնների ներգործության հետևանքով առաջացած վարքային խնդիր, այնպես էլ տարբեր գործոններով պայմանավորված վարքային խանգարում: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ վարքային տարբեր խանգարումների ժամանակ ևս դրսևորվում են

վարքային բազմապիսի խնդիրներ, ձեռնարկի այս բաժնում մենք կքննարկենք վարքային այն խնդիրները, որոնք կարող են հանդես գալ ինչպես ինքնուրույն, այնպես էլ այս կամ այն վարքային խանգարման շրջանակներում: Այսպես՝ երեխայի հակադրվող վարքը, իմպուլսիվությունը, սեփական վարքի վերահսկման հետ կապված դժվարությունները, ստախոսությունը, գողությունը կարող են դիտարկվել որպես վարքային լուրջ խնդիրներ, սակայն սրանց համակցությունները որոշակի կայուն ժամանակահատվածում արդեն դիտարկվում են որպես վարքային խանգարում: Մինչև դպրոցական տարիքը երեխայի բարդ վարքը և հուզական բնույթի դժվարությունները հիմնականում ընկալվում են որպես «վարքային դժվարություններ»:

Կրթության առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաները ևս հանդուգն վարքի տարբեր դրսևորումները կարող են կիրառել այնպիսի կոնկրետ նպատակների համար, ինչպիսիք են զգայական խթանումը, ուշադրություն գրավելը, տարբեր պահանջներից խուսափելը, հաղորդակցման սահմանափակ հնարավորություններն արտահայտելը: Ինչպես վարքային խանգարումներին, այնպես էլ վարքային դրսևորումներին հաճախ բնորոշ է այնպիսի վարքային դրսևորումը, ինչպիսին ագրեսիան է:

Ագրեսիան վարքագծային այնպիսի դրսևորում է, որը հաճախ ոչ միայն լուրջ

«ինչպես խթանել ներառումը նախադպրոցական ուսումնական հաստատությունում» անհանգստության պատճառ է դառնում ծնողների և մանկավարժների համար, այլև բարդացնում է երեխայի հետ փոխհարաբերությունները: Երեխայի ագրեսիվ վարքն ունի իր ձևավորման և դրսևորման պատճառները:

Ագրեսիվ վարքագիծ հրահրող գործոնների շարքին են դասվում հոգեբանական այնպիսի առանձնահատկություններ, ինչպիսիք են՝

- ինտելեկտի ոչ բավարար զարգացման մակարդակը,
- ցածր ինքնագնահատականը,
- ինքնավերահսկման ցածր մակարդակը,
- հաղորդակցման հմտությունների զարգացման ցածր մակարդակը,
- նյարդային համակարգի գրգռվածությունը:

Երեխաները, որպես կանոն, վարքի մոդելները յուրացնում են երեք հիմնական աղբյուրներից՝

1. Ընտանիք: Այստեղ միաժամանակ կարող է լինել և՛ ագրեսիվ վարքի ցուցադրում, և՛ դրա ամրապնդում:

2. Հասակակիցների միջավայր: Ագրեսիվ վարքածեր երեխաների կողմից հաճախ յուրացվում է հասակակիցների հետ համագործակցության ընթացքում, երբ այս կամ այն պատճառով տպավորություն է ստեղծվում, թե ագրեսիվ պահելածեր կարող է առավելություններ ունենալ: Իրավիճակն առավել բարդանում է հատկապես այն դեպքերում, երբ զարգացման այս կամ այն խանգարման հետևանքով երեխայի խոսքային և մտավոր զարգացման հնարավորությունները թույլ չեն տալիս նրան լիարժեքորեն արտահայտել սեփական ցանկությունները:

3. Հեռուստատեսություն, համացանց: Գաղտնիք չէ, որ հեռուստատեսություն, համակարգչային խաղերում ներկայացվող բռնության տեսարանները խիստ բացասաբար են անդրադառնում երեխաների վրա: Զարգացման տարբեր խանգարումների դեպքում երեխան կարող է չճանաչել իրական վտանգը, չտարբերակել իրական և էկրանային իրադարձությունները, ինչն էլ, բնականաբար, կարող է հանգեցնել մի շարք վտանգավոր իրավիճակների առաջացման:

4. Երեխայի վարքագծում ագրեսիայի դրսևորումներ նկատելիս առաջին հերթին անհրաժեշտ է հասկանալ և ճանաչել այն պատճառները, որոնք ընկած են այս վարքագծի հիմքում:

Վտանգի սպասում: Ագրեսիվ վարքագծի ետևում հաճախ թաքնվում են երեխայի վախերը, շրջապատող աշխարհի նկատմամբ նրա անվստահությունը: Այլ կերպ ասած՝ երեխայի ագրեսիան կարող է հանդես գալ որպես օգնության ճիշ, իրական կամ ենթադրյալ վտանգին դիմակայելու կամ դրանից պաշտպանվելու փորձ [1]:

Ուշադրության պակասի և գերակտիվության համախտանիշ

Ուշադրության պակասի և գերակտիվության համախտանիշը (այսուհետ՝ ՈՒՊԳՀ) վարքային և ճանաչողական բաղադրիչներ պարունակող հավաքական համախտանիշ է:

Այս համախտանիշն իրենից ներկայացնում է ուշադրությունը կենտրոնացնելու, մղումային վարքը վերահսկելու, ինքնակառավարվելու և ինքնակազմակերպվելու դժվարություն: ՈւՊԳՀ ունեցող երեխաների այս դժվարություններն արտացոլվում են նրանց հաղորդակցման ոլորտում՝ առաջ բերելով խնդիրներ միջանձնային հարաբերություններում: Այս երեխաները դժվարությամբ են հարմարվում շրջապատին և իրենց անցանկալի վարքի պատճառով հիմնականում չեն ընդունվում շրջապատի, մասնավորապես հասակակիցների շրջանում:

Այս համախտանիշն ունեցող երեխաները ի վիճակի չեն կամ չեն ցանկանում կառավարել իրենց զգացմունքները: Նրանց համար դժվար է լինել հանգիստ և կենտրոնացած: Նրանք մշտապես մի զբաղմունքից անցնում են մյուսին: Հաճախ մանկավարժների հետ զրույցներում գերակտիվ երեխաների մայրերը նշում են, որ խաղի ժամանակ իրենց երեխաները մտնում են կոնֆլիկտի մեջ և ցուցաբերում են ագրեսիվություն: Այս ամենը բարդացնում է ՈւՊԳՀ ունեցող երեխայի հարաբերությունները հասակակիցների հետ: Արագաշարժ, իմպուլսիվ այս երեխաները դժվարանում են իրենց պահել այնպես, ինչպես ընդունված է, այդ իսկ պատճառով նրանք երբեմն մանկավարժների և նույնիսկ ծնողների համար դառնում են «անհարմար» երեխաներ:

Ամերիկացի հոգեբաններ Բեյկերը և Ալվորդը գերակտիվության հատկանիշները պայմանականորեն բաժանել են 3 հիմնական բաժինների, որոնցում համախմբված են ՈւՊԳՀ-ին բնորոշ հիմնական առանձնահատկությունները:

Հուզական խանգարումներ

Հուզական խանգարումները կարող են արտահայտվել՝

- հուզական արտահայտչականության,
- հուզական արտահայտման ոճի,
- հոգեվիճակի և զգացողությունների կարգավորման,
- վարքի կարգավորման,
- ինքնության գիտակցման,
- խաղի զգայականության,
- սոցիալական հարաբերությունների հետ կապված դժվարություններում:

Շատ հաճախ հուզական խանգարումներ ունեցող երեխայի վարքը կարող է դառնալ խնդրահարույց՝ պայմանավորված նրա վարքի կարգավորման դժվարություններով: Բոլոր այն դեպքերում, երբ մենք արձագանքում ենք երեխայի վարքին, պատկերացում չունենալով այն պատճառների մասին, որոնց հետևանքով ծագել է այդ վարքը, իրավիճակը կարող է ոչ միայն չշտկվել, այլև՝ բարդանալ: Ուստի՝ մի շարք դեպքերում որոշ վարքագծային դրսևորումների իմացությունը կարող է օգնել մեզ բացահայտելու երեխայի հուզական ոլորտի հետ կապված դժվարությունները:

Ընդհանրացված (համատարածուն) տազնապային խանգարում

Չափավոր տազնապայնությունը սթրեսածին տարբեր գործոններին տրվող բնական հուզական հակազդում է: Տազնապայնությունը վերածվում է խանգարման բոլոր այն դեպքերում, երբ անհամարժեք ուժեղ է և իր արտահայտման հաճախականությամբ և ուժով չի համապատասխանում այն ծնող պատճառներին, ինչն էլ հանգեցնում է երեխայի բնականոն կենսագործունեության խաթարմանը:

Մանկական տարիքում բաժանմամբ պայմանավորված տազնապային խանգարում

Տազնապային այս խանգարումը չափավոր տազնապի զգացումից տարբերվում է արտահայտման աստիճանով և սոցիալական գործունեության նկատելի խաթարմամբ: Մտերիմ մարդկանցից (սովորաբար ծնողներից) երեխայի բաժանումից կամ բաժանման սպառնալիքից նա ունենում է ընդգծված տազնապ, որն արտահայտվում է հետևյալ ձևով:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարում

Ցանկացած երեխա իր կյանքում բախվում է բազմաթիվ բարդ իրավիճակների, որոնք կարող են այս կամ այն չափով սթրեսային կամ տրավմատիկ լինել: Հոգեբանական տրավման (հին հունարենից թարգմանաբար նշանակում է «վերք») կյանքի բացառիկ սթրեսային և արտասովոր փորձ է, որն առաջ է բերում ֆիզիկական և հոգեբանական խորը դրսևորումների լայն շրջանակ: Ի տարբերություն սթրեսի՝ հոգետրավման միշտ ունի ուժեղ բացասական իմաստ:

Որպես հոգետրավմատիկ իրադարձություններ՝ առանձնացնում են բնածին և մարդածին աղետները՝ երկրաշարժ, ջրհեղեղ, ճառագայթում, ահաբեկչություն, պատերազմ և ռազմական գործողություններ, ինչպես նաև՝ անհատական մակարդակով

դժբախտ պատահարներ և ուժեղ սթրեսային իրավիճակներ՝ տրանսպորտային վթարներ, կորուստներ, մտերիմի մահ, բռնություն, բռնաբարություն և այլն:

Երեխաների արձագանքները տրավմատիկ իրողությանը մեծապես կախված են մի քանի կարևոր գործոններից՝

- տրավմատիկ ազդեցության ուժգնությունից,
- երեխայի տարիքից և իրավիճակի հասկացման կարողությունից,
- սեռից ու անձնային առանձնահատկություններից,
- տրավմային նախորդող կենսագործունեության և զարգացման առանձնահատկություններից,
- տրավմատիկ ազդեցությունից հետո տեղի ունեցած նշանակալից փոփոխություններից (ապրելավայրի, դերերի, գործառույթների փոփոխություններ),
- աջակցության առանձնահատկություններից,
- հոգեբանական տրավմաների հետ առնչության նախկին փորձից և այլն:
- Երեխաների կողմից տրավմային որոշ հակազդումներ կարող են կարճատև լինել և ինքնըստինքյան անցնել, մինչդեռ մյուսները կարող են ամիսներ և տարիներ տևել:

Երեխայի կողմից տրավմային տրվող հիմնական հակազդումները

Նախադպրոցական տարիքում երեխաներին առավել բնորոշ են հոգետրավմատիկ իրադարձությանը տրվող հետևյալ հակազդումները՝

- ցուցաբերում են անջատման, հեռացման վախ և չափազանց կախված են դառնում իրենց մանկավարժներից կամ խնամողներից,
- ունենում են ռեգրեսիվ, հետընթացային վարք (խոսում են փոքրիկի նման, ծծում են մատը և այլն),
- ունենում են զարգացման կանգ, հետ են ընկնում հասակակիցներից,
- վերարտադրում են տրավմատիկ իրողությունը (անընդհատ խաղարկում, կրկնում դրվագներ),
- դժվարությամբ են արթնանում կամ քնում, երբեմն պարզապես չեն ուզում քնել,
- դրսևորում են ֆիզիկական ախտանիշներ (գլխացավեր, փորացավեր, չափազանց ուժեղ են արձագանքում ցանկացած ձայնին և այլն),

- ունենում են վարքային փոփոխություններ (սնվելու դժվարություններ, մեկուսացվածություն, ագրեսիվություն, ուշադրության կենտրոնացման դժվարություններ, կամակորություն և այլն),

- ցուցաբերում են տրամադրության տատանումներ,

- չափազանց սուր կամ թույլ են արձագանքում տարբեր ազդակներին (ձայն, լույս, երաժշտություն և այլն),

- անհանգստանում են, տազնապում սեփական անձի կամ ուրիշների համար,

- վախենում են տրավմատիկ իրողության կրկնությունից,

- կարող են ցուցաբերել նոր վախեր, որ մինչ այդ չեն ունեցել,

- կարող են մահվան և մահանալու մասին հարցեր բարձրացնել:

Հոգետրավմայի ենթարկված երեխաներից շատերը մեծահասակների ճիշտ աջակցության և կայուն միջավայրի վերահաստատման շնորհիվ կարող են վերականգնվել և շարունակել իրենց բնականոն կյանքն առանց խորը հետևանքների: Սակայն որոշ դեպքերում հոգետրավմատիկ ազդեցությունը խորանում է, և երեխան նեղ մասնագիտական օգնության կարիք է ունենում (հոգեբան, մանկական հոգեթերապևտ, հոգեբույժ):

Այն դեպքերում, երբ տրավմատիկ իրադարձությանը երեխայի հակազդումներն արդեն մեկ ամսից ավելի շարունակում են նույն ուժգնությամբ և հաճախականությամբ արտահայտվել, ապա անհրաժեշտ է հասկանալ, որ գործ ունենք հետտրավմային սթրեսային խանգարման հետ և երեխային մասնագիտական աջակցություն է անհրաժեշտ:

Հետտրավմային սթրեսային խանգարումը տրավմատիկ իրողությանը հետևող (սովորաբար ախտորոշվում է դեպքից մեկ ամիս հետո) և առողջությունը թուլացնող խանգարումներից մեկն է [1]:

Եզրակացություն

Աշխատելով ՆՈՒՀ-ում և ունենալով խմբում 2 ԿԶԱՊԿՈՒ երեխաներ (Դաունի համախտանիշ ունեցող 1 և մանկական ուղեղային կաթված ունեցող 1 երեխա), նրանց հետ իրականացնում ենք անհատական մոտեցմամբ աշխատանք: Յուրաքանչյուրի հետ տարվում է 3-5 րոպե նախապատրաստական աշխատանքներ, 8-10 րոպե հիմնական աշխատանքներ, 10-15 րոպե թիմային խաղ և վերջում 3-5 րոպե ավարտական աշխատանքներ:

Պարապմունքները լինում են շաբաթական 2-3 անգամ:

Մարմնամարզության պարապմունքները լինում են ամեն օր առավոտյան ժամերին, որն իրականացնում է դաստիարակը ֆիզ. հրահանգչի հետ միասին:

Այս ընթացքում ևս անհրաժեշտ է պահպանել անհատական մոտեցման սկզբունքը: Աշխատանքը սկսում է ֆիզ. հրահանգիչը, իսկ դաստիարակը շարունակում է ներգրավել այս 2 երեխաներին ընդհանուր գործընթացի մեջ:

Երեխաների հետ աշխատանքում կարևոր է, որ մասնագետը, չնայած այն հանգամանքին, որ ԿԶԱՊԿՈՒ երեխաները պահանջում են շատ ռեսուրսներ, նրանց պետք է վերաբերվի առանց խտրականության և ընդունի այնպիսին, ինչպիսին կան:

Այսպիսով՝ ֆիզկուլտուրան նախադարոցական տարիքից սկսած ունի նույնքան կարևորություն, որքան մյուս պարապմունքները: Ավելին, ԿԶԱՊԿՈՒ երեխաների դեպքում այն կրում է կենսական բնույթ ունեցող, քանի որ նրանց ֆիզիկական կարողությունները ֆիզկուլտուրայի դեպքում սահմանափակ են:

Հենց այս է ֆիզ. հրահանգչի հիմնական խնդիրը՝ օգնելու երեխաներին:

Օգտագործված գրականություն

1. Ինչպես խթանել ներառումը նախադպրոցական ուսումնական հաստատությունում, Մեթոդական ուղեցույց, Ձեռնարկ, Հանրապետական մանկավարժահոգեբանական կենտրոն, Երևան, 2020, 187 էջ:
2. <https://ampop.am/inclusive-education-in-armenia/>