

Семинар-практикум для педагогов
«Сопровождение детей с ОВЗ и детей-инвалидов»

Ребенок с дефектом не есть непременно дефективный ребенок.
Л.С. Выготский

Цель: формирование представлений об особенностях развития, воспитания и обучения детей с ОВЗ и детей – инвалидов в ОУ.

Задачи:

- сформировать понятия ребенок с ОВЗ,
- найти отличия и сходства между понятиями интегрированное образование и инклюзивное образование;
- сориентировать в понятиях ИОМ и ИПС;
- скоординировать действия субъектов образовательного процесса в рамках ИПС или ИОМ.

С 1946-го появился термин дефективные дети – это дети, у которых наблюдались нарушения психического, физического развития. Со временем поняли, что это звучит не красиво, обидно для родителей таких детей. И с 96-го года появился термин дети с ограниченными возможностями здоровья.

К проблеме воспитания детей с особыми образовательными возможностями обращались Э.А. Абгарян, Л.И. Божович, Л.В. Василенко, М.А. Егорова, А.В.Кротова, Л.Ф. Сербина, В.Ф. Стан, И.В. Цукерман. Сущность социальной адаптации и интеграции исследовали И.А. Арнольд, М.А. Беляева, Л.П.Буева, А. Н. Гамаюнова, Т.Т. Киселева, М.Н. Коган, А.В. Кошелева, В.В.Линьков, Т.С. Серганова, Г.Г. Силласте, Е.М. Старобина.

Программы обучения и воспитания детей с особыми образовательными возможностями были разработаны Т.А. Власовой, Е.А. Екжановой, В.И. Лубовским, Н.А. Никашиной, Е.А Стребелевой, Т.Е. Цикото, Т.В. Фуряевой и др. Формирование социально-бытовых и коммуникативных навыков рассмотрено в работах М.Ю. Ведениной, О.В. Вольской, Л.Н. Кошелева, А.Р. Маллером, О.Н. Окуневой, С.И.Фомичева и др.

К детям с ОВЗ относятся дети:

1. С нарушением слуха - Не слышащие или глухие и слабослышащие дети, позднооглохшие; может выявить педагог
2. С нарушениями зрения - незрячие, слабовидящие, а также дети с косоглазием. Может выявить педагог.
3. С тяжелым нарушением речи: к ним относится заикание, афазия – т. е. происходит распад речи (ребенок начал говорить, а через два года перестал), аллолия или дети «молчуны».
4. С нарушением опорно-двигательного аппарата (ДЦП, но это не обязательно будут дети-инвалиды).
5. С задержкой психического развития (ЗПР) – на основе наблюдений педагог может выявить такого ребенка, если он не справляется с программой, а со стороны медиков идет полный контроль над ребенком с рождения. Диагноз ставит невропатолог.
6. С нарушениями интеллекта - Умственно отсталые дети (невролог, психиатр)
7. С нарушением эмоционально-волевой сферы. Таких детей выявляет психолог и невропатолог.
8. С множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений).

Можно выделить следующие *основные группы заболеваний* детей с особыми образовательными возможностями по классификации Л.П. Боровой (1998):

1. Нервно-психические заболевания;

Наиболее распространенные заболевания этой группы детские церебральные параличи, опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза), синдром Дауна, аутизм.

Умственно отсталые дети, которых называют также детьми со сниженным интеллектом, с трудностями в обучении, с особыми нуждами - одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в развитии от нормы. Такие дети составляют около 2,5% от общей детской популяции (Лубовский В.И., 2003). Поражение мозговых систем, лежащее в основе недоразвития психики, возникает у этой категории детей на ранних этапах развития - во внутриутробном периоде, при рождении или в течение первых полутора лет жизни, то есть до становления речи. Чем в более ранние сроки у ребёнка возникло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия, ведь в таком [случае](#) срок нормального развития головного мозга ребёнка оказывается минимальным.

2. Заболевания внутренних органов;

В эту группу заболеваний входят различные патологические состояния и пороки развития органов дыхания (в том числе и хронический туберкулез легких), почек и органов мочевого выделения, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (циррозы печени, агрессивный хронический гепатит, непрерывно-рецидивирующий язвенный процесс и т.п.), сердечно-сосудистой системы (в том числе пороки сердца и крупных сосудов), системы кроветворения (лейкозы, болезнь Верьегофа, лимфогранулематоз и т.п.), опорно-двигательного аппарата (полиартриты и т.п.).

3. Поражение и заболевания глаз, сопровождающиеся стойким снижением остроты зрения до 0,08 в лучшем видящем глазу до 15 от точки фиксации во всех направлениях;

Психическое развитие детей с дефектами зрения в значительной степени зависит от времени возникновения патологии и от времени начала специальной коррекционной работы, а эти (психического развития) дефекты могут быть компенсированы за счет раннего и широкого использования функций сохранных анализаторов. Нужно постепенно включать ребенка в круг здоровых сверстников. В работе с данной категорией детей рекомендуется так же использовать их особую чувствительность к музыке.

4. Онкологические заболевания;

К ним относятся злокачественные опухоли 2 и 3 стадии опухолевого процесса после комбинированного или комплексного лечения, включающего радикальную операцию; неподдающиеся лечению злокачественные новообразования глаза, печени и других органов. У такого ребенка отмечается отгороженность и замкнутость (25%), а так же раздражительность, агрессия и другие проявления невротического характера (56%). У таких детей практически нет друзей, кроме таких же больных ребят, как и они. Таким образом, они как бы отгорожены от внешнего мира, что вызывает задержку в развитии социальных навыков, социальную дезадаптацию.

5. Поражения и заболевания органа [слуха](#);

По степени снижения слуха различают глухих и слабослышащих. Среди глухих можно выделить так же две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них речи. Число детей с этим заболеванием относительно невелико, они составляют около 2% всех детей-инвалидов.

Особенности поведения ребенка с нарушенным слухом разнообразны. Обычно они зависят от причин нарушения. Например, у детей с ранним ограниченным повреждением мозга дефект слуха сочетается с повышенной психической истощаемостью и раздражительностью. У оглохших, наоборот, наблюдается импульсивность, двигательная расторможенность, иногда даже агрессивность.

6. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации;

7. Эндокринные заболевания.

Так же существует классификация С.С. Ляпидевского (2000). Согласно ей существуют следующие заболевания, при которых детей относят к различным степеням инвалидности:

Расстройства двигательных функций - параличи, парезы, атаксии (нарушение координации), апраксии (невозможность совершения сложных движений);

Расстройства зрительных функций - слепота (полная, частичная);

Расстройства слуховых функций - тугоухость, глухота, слепоглухонемота;

Расстройства речи - афазии (формы распада сформированной речи вследствие поражений головного мозга), фонетико-фонематические расстройства (нарушения звукопроизношения), темпо-ритмические расстройства (нарушения темпа, ритма, плавности речи, их судорожные формы);

Дизонтогении - аномалии развития: дефекты черепа, мозговая грыжа, аэнцефалия, циклопия; хромосомные нарушения: болезнь Дауна (умственная отсталость, пороки развития), синдром Клайнфельтера (умственная отсталость, психическая вялость, нарушения полового развития у лиц мужского пола), синдром Шершевского-Тернера (аномалии соматического развития, низкорослость), синдром Штурге-Вебера-Краббе (психическая отсталость, эпилептические припадки); генетические расстройства: фенилкетонурия (психические расстройства, интоксикации, судороги); прогрессирующие мышечные дистрофии: миопатии, миатонии, атаксии; ганглиозидозы: амавротическая идиотия Тея-Сакса (сочетание слабоумия и слепоты); опухоли мозга;

Инфекционные заболевания нервной системы - менингит, микроцефалия, олигофрения инфекционного происхождения, гидроцефалия, задержка психического развития, энцефалиты, менингоэнцефалиты, энцефаломиелиты, хорея, полиомиелит, невриты (лицевого нерва, тройничного нерва, седлищного нерва, плечевого сплетения, полиневриты), сифилис нервной системы, туберкулез нервной системы;

Травматические и сосудистые поражения нервной системы - минимальная мозговая дисфункция, детский церебральный паралич, ночное недержание мочи, сосудистые расстройства головного мозга;

Эпилепсия (судорожные приступы с расстройствами сознания и своеобразными нарушениями психической деятельности);

Неврозы - неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, астения (в том числе и церебральная);

Заболевания желез внутренней секреции - карликовость или гигантизм, преждевременное половое созревание, микседема, кретинизм и др.

Вышеописанные заболевания приводят к детской инвалидности, это травмирует и их психику. Следовательно, им нужна не только медицинская, но и психологическая помощь. Для родителей таких детей данное обстоятельство также является травмирующим психику фактором. Им тоже необходима психологическая реабилитация, а также коррекция родительско-детских отношений, так как обеим сторонам трудно адаптироваться к новой ситуации.

Среди эмоциональных состояний, испытываемых ребёнком с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и младшего школьного возраста и его психологических особенностей Д.И. Кича (1994) выделяет:

- страдание от острого дефицита общения, прежде всего с близкими и со сверстниками;
- сложность принятия изменяющегося под воздействием заболевания или калечащего тело лечения образа «физического Я» (ребенок полнеет, лысеет, быстро растёт), следствием чего может быть отказ от приёма лекарств;
- переживание ощущения собственной социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

А.И. Тащева (1998) отмечает следующие эмоциональные состояния, которые испытывают дети с ограниченными возможностями здоровья дошкольного и младшего школьного возраста:

страхи (они зачастую имеют парадоксальный характер: это страхи, которые отражают актуальное состояние ребенка и лишь возможное в будущем его состояние):

- страх предстоящей операции,
- страх возможного рецидива болезни,
- страх одиночества, но ребёнок может одновременно опасаться и предстоящих встреч со значимыми для него людьми,
- страх смерти, испытываемый с 4-х - 5-ти лет;

Как отмечают эти исследователи, практически всем тяжело больным детям свойственны признаки педагогической запущенности, нервности и т.д.

Подростки и юноши, имевшие до болезни сложившиеся профессиональные устремления, имеют *следующие эмоциональные состояния и психологические особенности:*

- страдание от своей будущей профессиональной непригодности;
- переживание страха выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой родительской любви и внимания, а также из-за необходимости возвращения в школу;
- страх отставания в учёбе;
- ощущение острого дефицита знаний, умений и навыков;
- подростки фиксируются на представлении о бессмысленности предстоящей жизни, понимая свои ограниченные физические, да и юридические возможности, связанные со статусом инвалида;
- суицидальные мысли, намерения, попытки (Тащева А.И., 1998).

К детям с ОВЗ не относим детей, которые плохо усваивают программу и не имеют отклонений в здоровье. Это может быть причиной: ребенок часто болеет, находится на домашнем режиме либо педагогически запущен.

Существуют причины появления детей с ОВЗ.

1. Эндогенные (или внутренние) причины делятся на три группы:

- Пренатальные (до рождения ребенка): это может быть болезнь матери, нервные срывы, травмы, наследственность.

- Натальные (момент родов): это могут быть тяжелые роды, слишком быстрые роды, вмешательство медиков.
- Постнатальные (после рождения): например, ребенок стукнулся, упал, получил неправильное лечение.

2. Экзогенные (или внешние) причины: причины социально биологического характера – это экология, табакокурение, наркомания, алкоголизм, СПИД.

Психолого-педагогическая характеристика детей с ОВЗ.

1. У детей наблюдается низкий уровень развития восприятия. Это проявляется в необходимости более длительного времени для приема и переработки сенсорной информации, недостаточно знаний этих детей об окружающем мире, затруднение при узнавании контурных, схематичных изображений предметов.

2. Недостаточно сформированы пространственные представления, дети с ОВЗ часто не могут осуществлять полноценный анализ формы, становить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое.

3. Внимание неустойчивое, рассеянное, дети с трудом переключаются с одной деятельности на другую. Недостатки организации внимания обуславливаются слабым развитием интеллектуальной активности детей, несовершенством навыков и умений самоконтроля, недостаточным развитием чувства ответственности и интереса к учению.

4. Память – заметное преобладание наглядной памяти над словесной.

5. Снижена познавательная активность.

6. Мышление – выраженное отставание в развитии наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

7. Снижена потребность в общении как со сверстниками, так и со взрослыми.

8. Игровая деятельность не сформирована. Сюжеты игры обычны, способы общения и сами игровые роли бедны.

9. Речь – все компоненты языковой системы не сформированы.

10. Наблюдается низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости.

Вследствие этого у детей проявляется недостаточная сформированность психологических предпосылок к овладению полноценными навыками учебной деятельности. Возникают трудности формирования учебных умений (планирование предстоящей работы, определения путей и средств достижения учебной цели; контролирование деятельности, умение работать в определенном темпе).

Чем общество и мы в частности можем помочь таким детям? Существует два понятия, которые определяют способы взаимодействия с детьми с ОВЗ – интеграция и инклюзия.

Интеграция (от [лат.](#) *integratio* — «соединение») — процесс объединения частей в целое

К числу **основных принципов**, на которых была основана интеграционная деятельность санатория-школы В.П. Кащенко, относятся следующие:

1. Сотрудничество специально подготовленных врачей и педагогов, призыв к которому прозвучал в выступлении Кащенко на Всероссийском съезде естествоиспытателей уже в 1909 году.

2. Индивидуализация обучения: «Мы не навязываем детям знаний, не навязываем и работ. Мы основываемся на проявившемся у ребенка интересе, расширяем, углубляем этот интерес и от него ведем ребенка дальше к смежным областям знаний...»

3. Межпредметные связи и связь обучения с жизнью. Преподавание отдельных предметов учебного курса не должно вестись изолированно, с тем чтобы интерес к отдельному учебному предмету мог распространяться и на другие дисциплины. Связь учебных предметов с окружающей жизнью обеспечивает «отыскивание, осмысление и объяснение параллелей, сравнений и противопоставлений»

4. Опора на наглядность и «ручные работы». В.П. Кащенко критикует обычную школу за вербализм, когда «ученик остается пассивным слушателем, а его личность спит, не пробуждаемая чуждой ей наукой»[14], отчасти поэтому «основным учебно-воспитательным приемом» санатория-школы В.П. Кащенко является «метод ручных работ»: «прочно заложенный фундамент конкретных впечатлений и приобретенные навыки мысли дают возможность переходить к более отвлеченным занятиям».

Инклюзия (от inclusion - включение) - процесс увеличения степени участия всех граждан в социуме, и в первую очередь, имеющих трудности в физическом развитии. Он предполагает разработку и применение таких конкретных решений, которые смогут позволить каждому человеку равноправно участвовать в академической и общественной жизни. Термин инклюзия имеет отличия от терминов интеграция и сегрегация. При инклюзии все заинтересованные стороны должны принимать активное участие для получения желаемого результата. Инклюзия - это процесс реального включения инвалидов в активную общественную жизнь и в одинаковой степени необходима для всех членов общества.

Интеграция

Инклюзия

- Внимание направлено на проблемы «особых детей»
- Необходимое требование – изменение субъекта (ребенка с проблемами)
- Преимущество от этого процесса получают только дети с особыми потребностями
- Профессиональная, специальная экспертиза и формальная поддержка
- Возможно использование специальных методов обучения и терапия
- Ассимиляция
- Внимание направлено на всех детей детского сада, школы
- Изменяются детский сад, школа
- Преимущество получают все дети
- Неформальная поддержка и экспертиза воспитателя детского сада, учителя массового класса
- Качественное обучение и воспитание всех детей – учеников школы
- Трансформация

Существует комплексный подход к детям с ОВЗ

1. Психолого-медико-педагогическая диагностика детей с ОВЗ
2. Коррекционно-развивающая работа с детьми ОВЗ
3. Охрана и укрепление здоровья детей.

Задачи коррекционно-развивающего обучения детей с ОВЗ.

1. Развитие до необходимого уровня психофизиологических функций, обеспечивающих готовность к обучению: артикуляционного аппарата, фонематического слуха, мелких мышц руки, оптико-пространственной ориентации, зрительно-моторной координации. Для решения этой задачи с детьми можно проводить: артикуляционную гимнастику (упражнения для губ, языка, дыхания), обязательно должны быть динамические паузы, дидактические игры можно использовать зрительные ориентиры.

2. Обогащение кругозора детей, формирование отчетливых разносторонних представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, которые позволяют ребенку воспринимать учебный материал осознанно. Для решения этой задачи можно предложить детям: различные тематические альбомы, беседы, наблюдения.

3. Формирование социально-нравственного поведения, обеспечивающего детям успешную адаптацию: можно проводить наблюдения, экскурсии, включать детей в проблемные, бытовые ситуации.

4. Формирование умений и навыков, необходимых для деятельности любого вида: умений ориентироваться в задании, планировать предстоящую работу, выполнять ее в соответствии с наглядным образцом или словесными указаниями, осуществлять самоконтроль и самооценку – упражнения «Запоминай порядок», «Запомни узор», можно использовать сигнальные маячки для детей и другое.

5. Развитие различных видов мышления: наглядно-образного, словесно-логического – это дидактические игры «Найди тайник», «Угадай предмет» и другое.

6. Формирование соответствующих возрасту обще интеллектуальных умений (операций анализа, сравнения, обобщения, логической классификации, умозаключений) - дидактические игры «Свободная классификация», «Поиск сходных предметов», «Раскрась по образцу» и другое.

7. Охрана и укрепление соматического и психоневрологического здоровья ребенка: предупреждения эмоциональных срывов, создание климата психологического комфорта – упражнения «Кляксы», игра «Маски», «Рисунок эмоций» и т. д.

8. Системный разносторонний контроль с помощью специалистов (врачи, дефектологи, логопеды, психологи, воспитатели) за развитием ребенка. Здесь большую роль играют сами родители.

Воспитатели должны знать детей с ОВЗ, к ним должен быть индивидуальный подход, контроль, для детей нужна частая смена деятельности, их надо чаще хвалить.

Главная задача педагогов это не высокие достижения в усвоении программы, а адаптировать детей с ОВЗ к социуму, сформировать социально-нравственное поведение.

Основные принципы обучения детей с ОВЗ:

1. **Мотивация** – необходимо вызывать интерес ребенка к окружающему миру и учебному процессу.
2. Развитие – важно создать единый процесс сотрудничества и совместной деятельности.
3. Построение взаимодействия, оказание помощи в приспособлении к условиям окружающего мира.

Что такое индивидуальный образовательный маршрут или индивидуальная программа сопровождения?

Это, в первую очередь, план мероприятий, направленных на развитие и социализацию ребенка с ОВЗ. Это скоординированная деятельность всех субъектов образовательного процесса с одной единой целью.

Направления действий по преодолению трудностей освоения воспитанниками с ОВЗ программы дошкольного образования

Для оказания воспитаннику с ОВЗ комплексной помощи по преодолению трудностей освоения программы дошкольного образования необходимо взаимодействие всех специалистов и построение их деятельности по принципу команды. Работа ведется в течение всего периода пребывания ребенка в ОУ, отслеживаются и результаты дальнейшего школьного обучения. Команда работает в следующих направлениях:

1. Диагностическое направление

1.1. Изучение документации ПМПк (заключения членов ПМПк, врачей-специалистов, состояние слуха, зрения, НОДА, наличие инвалидности, характеристики, заключения и т.д.).

1.2. Первичное обследование и мониторинг всеми специалистами ОУ (при необходимости направление на дополнительное обследование).

1.3. Ознакомительные беседы с родителями (о раннем развитии, проблемах ребенка, планах и «ожиданиях» родителей, выявление детско-родительских и семейных проблем).

1.4. Индивидуальное консультирование родителей о результатах мониторинга (первичный, срезовый, итоговый) в очно-заочной форме (*специалисты* - под роспись, *воспитатели* - выборочно, по решению ПМПк).

1.5. Проведение срезового, итогового мониторинга после каждого периода обучения, отслеживание «+» или «-» динамики, причин, обсуждение результатов на мини-ПМПк с целью определения дальнейших направлений коррекционно-развивающей работы, длительности и формы КРО.

2. Коррекционно-развивающее направление

2.1. Обсуждение выявленных специалистами трудностей освоения образовательных областей ООП на заседаниях ПМПк.

2.2. Определение программы обучения воспитанника (соответствие возрастной норме, 1,2,3-му этапу обучения, 1,2,3-й год обучения)

2.3. Решение о создании индивидуальной программы / плана сопровождения,
- определение приоритетных направлений, исходя из выявленных трудностей;
- закрепление курирующего специалиста;
- определение сроков работы (периода работы)

2.4. Коррекционно - развивающая работа по периодам

3. Консультационно-просветительское направление

3.1. Комплексная помощь воспитаннику, родителям, педагогам

3.2. Включение родителей в образовательный процесс

Рекомендации по ведению дневника наблюдений за воспитанником

1. На первой странице дневника указывается необходимая информация о ребенке:

- Ф.И. ребенка, дата рождения, дата поступления, домашний адрес;
- Ф.И.О. родителей (законных представителей), родственников, контактные телефоны

2. Медицинские рекомендации заносятся в дневник врачом дошкольного отделения по мере изменений в состоянии ребенка /не менее 2 раз в год/ с указанием даты заполнения.

3. Рекомендации к оформлению наблюдений:

- наблюдения записываются в дневник ежедневно с указанием времени сопровождения ребенка;
- фиксируются все изменения в период адаптации ребенка к ОУ (при поступлении в группу, после длительных больничных, отпусков);
- информация родителей о состоянии ребенка дома и пожелания по сопровождению;
- сведения о получении (длительность, состояние ребенка в период и после) медикаментозного лечения.

3.1. ассистент педагога описывает состояние ребенка в течение дня:

- настроение утром, во время прогулки, занятий, после дневного сна и перед уходом домой;
- особенности поведения во время кормления и дневного сна;
- формирование КГН и навыков самообслуживания (питание, пользование туалетом, умывание, одевание-раздевание и т.д./;
- особенности общения с детьми и взрослыми при проведении образовательной деятельности, во время прогулки, совместных игр с детьми и др.;
- предпочтения ребенка /любимые предметы, игрушки, игры, упражнения, звуки/;
- негативные проявления (причины их появления в течение дня);
- речевые и эмоциональные проявления в течение дня, появление новых звукокомплексов, слогов, слов, эмоций;
- «+» или резко «-» динамика в развитии воспитанника;
- фиксируется при необходимости и состояние ребенком дома – со слов родителей;
- отмечается дата ухода и выхода ребенка с больничного, отпуска, причины отсутствия.