

МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ИНКЛЮЗИВНОМ ПОДХОДЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Крыжановская Алена Арсентьевна

студент, Московский педагогический государственный университет, РФ, г. Москва

Ефимова Анастасия Александровна

старший преподаватель, Московский педагогический государственный университет, РФ, г. Москва

Чрезвычайно актуальной проблемой представляется вхождение детей и подростков с двигательными нарушениями в общество здоровых людей, преобразование их в активных членов социума. В настоящее время существует сеть специальных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. К ним относятся специальные ясли-сады, санатории, школы-интернаты, реабилитационные центры. Следует подчеркнуть, что большинство методов развития манипулятивной функции, обучения навыкам самообслуживания и развития графических навыков, разработанных для детей с ДЦП, успешно используются при работе с детьми с другими типами патологии моторной сферы. Но мы говорим о методах инклюзивного подхода, из этого следует, что они должны быть включены в жизнь общеобразовательных учреждений.

В последние десятилетия получили развитие методики эрготерапии. Для эрготерапии характерен комплексный и индивидуальный подход, в котором затрагивается все: окружающая среда человека, его образ жизни до заболевания, личные склонности и увлечения, уровень интеллекта. Все это очень важно, поскольку задача эрготерапии – улучшить качество жизни, позволить человеку вернуться к обычной деятельности, дать ему возможность не только обслуживать себя, но и разнообразить свой досуг.

Е.А. Стребелева, известный психолог, в своей программе «Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта» отмечает, что для обновления дошкольного специального образования необходимо создать условия для системного развития возможностей «необычного» ребенка, направленные на достижение цели обогащения его социального опыта.

При организации инклюзивного образования и включении ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата в общеобразовательную группу необходимо постоянное психолого-медико-педагогическое сопровождение, что определено в его индивидуальной программе реабилитации [2].

Инклюзивное образование ориентировано на интеграцию в общество и включение в общеобразовательное пространство всех детей, независимо от имеющихся барьеров и ограничений жизнедеятельности. Включение предполагает получение образования детьми с различными нарушениями развития в общеобразовательных учреждениях совместно с нормально развивающимися детьми при условии удовлетворения их особых образовательных потребностей.

Модель инклюзивного образования предполагает изменения не людей с ограниченными возможностями, а общества и его отношения к инвалидам. Инклюзия дает право каждому на образование, независимо от степени его соответствия критериям школьной системы. Личность формируется лишь благодаря принятию индивидуальности каждого. Очень важно,

чтобы все дети находились в одном коллективе, учились взаимодействовать друг с другом, выстраивать отношения, воспринимать других такими, какие они есть, совместно с учителем творчески решать образовательные проблемы.

В России по отношению к детям-инвалидам наблюдается переход от концепции «культуры полезности» к концепции «культуры достоинства», то есть люди стали относиться к «особенным» детям, как к людям со своими отличительными чертами, которые являются индивидуальными, неповторимыми, своеобразными, нестандартными, в хорошем смысле этого слова. Это серьезный показатель зрелости общества и уровня его моральных принципов. Очень кстати приходится высказывание Ж.Ж. Руссо «Зачем приспособливать ребенка к системе образования, не лучше ли приспособить эту систему к ребенку».

Основные направления коррекционной работы по формированию двигательных функций предполагают комплексное воздействие, которое включает медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое лечение, различные виды массажи, лечебную физкультуру, непосредственно связанную с проведением уроков физической культуры, труда, с развитием и коррекцией движений во все режимные моменты.

Чем раньше врачи и педагоги начнут работать с ребенком-инвалидом, тем выше вероятность того, что такой ребенок быстро пройдет через стадии социализации и адаптации в обществе. Это связано не только с процессами гуманизации, но и с доказанной эффективностью и результативностью ранней коррекционно-педагогической помощи «особому» ребенку.

Этап дошкольного детства – это время, когда ребенок, имеющий «особые» образовательные потребности, входит в первую общеобразовательную систему – дошкольное образование и воспитание. Для оптимальной интеграции на этапе дошкольного детства необходимо соблюдать особые условия воспитания и обучения детей с особыми образовательными потребностями, важно организовывать среду жизнедеятельности без барьеров и без ущерба биологическим и физическим потребностям. Инклюзивное образование требует от педагогов разработки широкого набора учебных стратегий. Если в процессе образовательной деятельности в ДОО в равных условиях объединены индивидуальный и дифференцированный подходы, это будет способствовать принятию детьми активного участия в жизни коллектива.

При организации обучения и воспитания детей младшего школьного возраста следует исправить формы коррекционно-развивающей работы. Для большинства детей характерны моторные трудности, двигательная расторможенность, низкая работоспособность, что требует внесения изменений и планирование образовательной деятельности.

Прежде чем особый ребенок придет в детский сад или школу, формируется коллектив, который будет работать с ним: воспитатели, дефектологи, психологи. Они пишут адаптированную программу для ребенка. Затем собираются все ребята и им рассказывают, что каждый человек уникален и имеет свои индивидуальные особенности: кто-то носит очки, кто-то пользуется слуховым аппаратом, кто-то не может ходить.

Далее ребенок с ограниченными возможностями приходит в гости в детский сад. Дети учатся вступать в коммуникацию, и у них возникают вопросы: «почему он/она не ходит, не говорит, не слышит?». Постепенно люди пришли к выводу, что у детей нет барьеров в общении. Все барьеры в головах у взрослых, которые очень долго жили в мире без инвалидности. А инвалиды жили в другом мире.

Большая работа ведется и с родителями. Проводятся собрания, где мамы и папы информируются об инклюзивном проекте, приводятся все преимущества такого образования, чтобы нарушить сложившиеся стереотипы в головах взрослых. Сами дети, приходя домой, рассказывают родителям о своих новых друзьях.

Как правило, дети от 3 лет входят в инклюзивные группы, наиболее массовая возрастная группа – старшие дошкольники. При включении в группу ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, необходимо спланировать весь маршрут передвижения ребенка по детскому саду. Следует продумать все режимные моменты и возможность их обеспечения (посещение туалета, сидение за столом, двигательные занятия, прогулки и т.д.). Требуется

обдумать педагогические приёмы по организации взаимодействия с другими детьми в группе и их совместного обучения. Ребенок должен иметь право на индивидуальный темп обучения (или соответствующий стандарту обучения ребенка с тем или иным ограничением). Вместе с тем нужно снизить риск психологической травмы ребенка по поводу неуспеваемости.

На протяжении периода адаптации и всего времени присутствия ребенка в ДОО воспитатель и специалисты наблюдают за ребенком в разных ситуациях, определяя уровень сформированности навыков самообслуживания, особенности контакта с другими детьми и взрослыми, навыки продуктивной деятельности, развитие двигательных и речевых навыков, познавательной сферы, проявление самостоятельности и активности, сферу интересов и др.[3].

ДОО должен предоставить детям-инвалидам особых специалистов – тьюторов. В масштабах страны приставить по одному тьютору к каждому ребенку невозможно. Существуют нормативы, по которым тьютор полагается на шесть человек. Этот педагог помогает ребенку включиться в программу, которую изучает весь класс. В России роль тьютора многим непонятна. Тьюторы – это наставники, которые сопровождают детей с ДЦП в процессе освоения ими новой деятельности и организующие условия для реализации индивидуальной образовательной траектории ребёнка. Присутствие такого помощника рядом с ребёнком в некоторых случаях жизненно необходимо. Рекомендуются обязательная подготовка этих педагогов по специальной психологии и специальной педагогике [4].

Очень важными условиями построения окружающей среды являются архитектурные изменения. Сложнее всего передвигаться инвалидам- колясочникам. Требуется расширенный вход в здание. Учреждения должны, насколько это возможно, быть оснащены самым полным набором устройств: входной пандус с опорными перилами; опорные двухуровневые перила по коридорам и лестничным клеткам; санузел для инвалида- колясочника; передвижной подъемник. Также в зданиях, где не предусмотрен полный набор вспомогательного оборудования, должны быть установлены поручни и лифты.

Среда в ДОО планируется и выстраивается педагогами совместно со специалистами при участии родителей в процессе выявления потребностей, особенностей развития детей с ОВЗ (посредством наблюдения за их самостоятельными действиями, за проявлениями их интересов). Для развития инклюзивного подхода в общем образовании необходимо разрабатывать общепедагогические технологии, модели развивающего урока, технологии поддержки и детского сотрудничества, а также участие родителей в педагогическом процессе [1]. В инклюзивных ДОО используют различные формы организации детского пребывания: фронтальные формы, микрогруппы, комплексные занятия для детей и родителей, праздники, экскурсии, конкурсы, походы выходного дня и т.д.

Для повышения эффективности работы воспитателей требуется содействие родителей.

В тех случаях, когда программа не может быть полностью освоена ребёнком с инвалидностью (в нашем случае с диагнозом церебрального паралича), разрабатывается индивидуальная программа сопровождения ребёнка – инвалида. Такая программа должна опираться на ряд принципов:

1. Принцип ориентации на возможности дошкольников, то есть индивидуально-психологические, клинические особенности детей.
2. Принцип дозированности объёма исследуемого материала.
3. Принцип линейности и концентричности.
4. Принцип инвариантности, предполагающий видоизменение содержания программы, комбинирование разделов, в некоторых случаях изменение последовательности в изучении тем, введение корректировки.

Работая с такой категорией детей, приходится сталкиваться с особыми трудностями при разработке и проведении занятий. Коррекционная работа в данном направлении основана на

взаимодействии таких компонентов, как движение, музыка, речь. Различные нарушения мышечного тонуса не позволяют выполнять движения в заданном ритме и темпе. С одной стороны, музыка формирует чувство красоты у детей, поднимает эмоциональный настрой. С другой стороны, одним из выразительных средств в музыке являются ритм и темп, соблюдение которых чрезвычайно сложно для ребёнка с ДЦП. Желание выдержать поддерживать ритм, темп может спровоцировать появление быстрого утомления. Дифференцированный подход зависит от формы ДЦП.

Детям с ДЦП показана хореотерапия, сказкотерапия, вокалотерапия, музыкотерапия. Особенно коррекционная ритмика и танцетерапия дают положительные результаты почти при всех видах нарушений. Поэтому, большое внимание уделяется оздоровительным технологиям (логоритмика, психогимнастика, пальчиковая гимнастика, дыхательная гимнастика, двигательно-оздоровительные физкультурминутки, массаж).

Из вышеизложенного следует, что чем раньше начинать вести работу с дошкольниками с ДЦП, бережно, внимательно относиться к таким детям и их окружающему миру, обеспечить полный постоянный медицинский осмотр и квалифицированных педагогов, тем легче им будет адаптироваться и включиться в образовательный процесс.

Список литературы:

1. Алехина С.В. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование №1: Инклюзивный под-ход и сопровождение семьи в современном образовании / Алехина С.В., Алексеева М.Н., Агафона Е.Л. М.: 2011. – С.92
2. Архипова Е.Ф. «Инклюзивное образование детей с нарушением опорно- двигательного аппарата». <https://sdo-journal.ru/journalnumbers/arhipova-ef-abkovich-aya-inklyuzivnoe-obrazovanie-detej-s-narusheniem-oporno-dvigatel'nogo-apparata.html>
3. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). М.: «Просвещение», 1989. 36 с.
4. Прочухаева М. Инклюзивный детский сад. Сборник статей / авт.-сост. Прочухаева М., Самсонова Е.В. – Москва: ЦОУО ДО г. Москвы, 2009. –С. 228