

Л. А. Дружинина L. A. Druzhinina

Россия, Челябинск Russia, Chelyabinsk

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА

Аннотация. Показана взаимосвязь лечебно-восстановительной работы и психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста с тяжелой патологией зрения. Обосновывается необходимость для адекватного содержания коррекционных занятий знаний о функциональном состоянии зрения и характеристиках зрительного восприятия ребенка.

Ключевые слова: клинико-физиологическое и психолого-педагогическое изучение; лечебно-восстановительная работа; коррекционно-развивающая среда.

Сведения об авторе: Дружинина Лилия Александровна, кандидат педагогических наук, доцент.

Место работы: заведующая кафедрой специальной педагогики, психологии и предметных методик ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», г. Челябинск.

Контактная информация: г. Челябинск, пр-т Ленина, 69, к. 420-а
E-mail: andrzhinina@yandex.ru

Одним из принципов взаимосвязи медико-психолого-педагогического сопровождения является *дизонтогенетический подход к рассмотрению развития ребенка*, который показывает важность изучения первичного дефекта и

INTERCONNECTION OF MEDICAL-RESTORATIVE WORK AND PSYCHOLOGICAL PEDAGOGICAL SUPPORT OF PRE-SCHOOL CHILDREN WITH SEVERE EYESIGHT INFRINGEMENT IN A KINDERGATREN

Abstract. Interconnection of medical-restorative work and psychological pedagogical support of pre-school children with severe pathology of eyesight is shown. The necessity of proper content of correctional lessons and knowledge about functional condition of eyesight, characteristics of visual perception is stated.

Key words: clinical physiological and psychological pedagogical study; medical-restorative work; correctional developmental environment.

About the author: Druzhinina Liliya Aleksandrovna, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Place of Employment: Head of the Chair of Special Pedagogy, Psychology and Subject Methods, Chelyabinsk State Pedagogical University, Chelyabinsk.

имеющихся вторичных отклонений. Как показал наш анализ медицинской документации, в частности, карт развития ребенка, информации о состоянии и возможностях зрительной системы чаще всего недостаточно.

В то же время индивидуализация развития и воспитания детей с нарушениями зрения — это сложный процесс, который требует понимания особенностей функционирования зрительного анализатора, характера видения, состояния нервной системы и соматического здоровья.

Нам удалось посредством типологического анализа показать неравномерность, неоднозначность результатов клинико-физиологического и психолого-педагогического изучения детей с нарушениями зрения.

Взаимосвязь клинических, психологических и педагогических данных позволила осуществить медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка. Психофизиологические данные показали, что при различных глазных патологиях у каждого ребенка нарушение отдельных зрительных функций носит специфический характер. Например, при различных глазных патологиях страдает ведущая функция — острота зрения. Однако при одинаковой остроте зрения у детей мы обнаруживаем разницу в видении объектов. У одного ребенка наблюдается снижение остроты зрения и нарушения других функций, например, ахроматизация на фоне прогрессирующей миопии. У другого ребенка имеется такое же снижение остроты зрения, но причиной является ретинопатия. Казалось бы, что одинаковое снижение остроты предполагает одинаковое видение окружающего мира. Между тем в первом случае причиной

снижения остроты зрения является миопия (слабость мышечного аппарата, приводящего к нарушению процесса аккомодации, обуславливающая трудности видения объектов вдали), но при наличии очковой коррекции видение на близком расстоянии становится четким, а дистантное восприятие остается размытым.

Во втором же случае причиной сниженной остроты зрения является атрофия сетчатки, поэтому видение зависит от того, какая часть сетчатки функционирует (центральная или периферическая и степень ее целостности), в связи с чем характер видения имеет свою выраженную специфику. При рассмотрении объекта могут наблюдаться выпадения отдельных его частей, особенно если предъявляемые объекты крупных размеров. Такое понимание видения дает возможность педагогу правильно организовывать процесс зрительного восприятия, предлагать ребенку соответствующий дидактический материал и зрительную нагрузку.

В этом случае вопрос качества зрительного анализа обсуждается совместно врачом-офтальмологом и психологом для описания характеристики особенностей видения и разработки методических рекомендаций в адрес тифлопедагога и родителей.

Знание функционального состояния зрения и характеристики зрительного восприятия ребенка, понимание того, какие признаки предметов окружающего мира могут быть им не опознаны, позволя-

ют педагогам обеспечить офтальмо-гигиенические условия процесса обучения и воспитания [1].

Диагноз и его точность определяют не только характер патологического процесса, но и определяют успех лечебно-восстановительной работы и характер зрительной нагрузки, охрану зрения ребенка в процессе психолого-педагогического сопровождения.

Офтальмолог, назначая лечение, прогнозирует возможность восстановления и укрепления зрения. Рекомендует усиленное освещение рабочего места ребенка, зрительную нагрузку или щадящие условия организации зрительной работы. В нашем эксперименте офтальмолог предлагал родителям и тифлопедагогу понять состояние детского зрения и пути коррекции имеющихся зрительных нарушений. Одновременно психолог и тифлопедагог в индивидуальных диагностических картах разрабатывали содержание совместной работы педагогических и медицинских специалистов. Врачи — офтальмолог и психоневролог один раз в месяц посещали занятия тифлопедагога с ребенком, отмечали особенности, которые возникали у ребенка во время выполнения заданий. Также отмечали неблагополучия, которые присутствуют у ребенка, это может быть невнимательность, трудности при сосредоточении на предъявленном задании, нарушения переключения с одного задания на другое.

Комплексный подход в лечении, обучении и воспитании детей

с нарушениями зрения предполагал анализ особенностей патологии зрения, клинической картины заболеваний ребенка, а медицинским специалистам важно было получить информацию о характере эмоционального фона ребенка, об особенностях поведения его в процессе включения в различные виды деятельности.

На консилиуме медицинские и педагогические специалисты обсуждали результаты лечебно-восстановительной и коррекционно-развивающей работы, принимали решение о дополнении, изменении, об использовании ранее не применяемых методов медицинской и педагогической коррекции. Тифлопедагог в обязательном порядке ставил в известность медицинских специалистов об изменении поведения ребенка в свободной деятельности или на занятиях.

Изучая особенности отклонений в развитии ребенка с нарушениями зрения, мы основывались на *принципе социальной обусловленности вторичных отклонений*. Рассмотрев биологические неблагополучия, мы останапливались и на социальных факторах развития ребенка.

Не все дети с нарушениями зрения на ранних этапах своевременно получали коррекционную поддержку. Родители не владеют знаниями о работе с такими детьми, как правило, дети с тяжелой патологией поступают в дошкольное учреждение после четырех лет в состоянии социальной запущенности.

У детей отмечаются нарушения зрительного восприятия, ори-

ентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки, общении, социальной адаптации, их представления об окружающем мире бедны. Для слепых детей характерны фобии, тревожность, иногда агрессивность, пассивность, наличие навязчивых движений.

В системе медико-психолого-педагогического изучения ребенка *принцип учета многообразия первичных, вторичных и третичных нарушений и отклонений* был использован для разработки диагностического инструментария и наблюдения за ребенком. Процедура диагностики, как медицинской, так и психолого-педагогической, часто обсуждалась на консилиумах и совместных собеседованиях между медицинскими и психолого-педагогическими специалистами.

Это позволяло составить наиболее полную характеристику отставания от нормы социального развития ребенка.

Сопоставление индивидуального развития с возрастными нормами по всем показателям достижений детей с нарушениями зрения позволило нам выделять тех детей, которые не вписывались ни в один уровень развития. Такой уровень мы назвали нулевым. Отличался этот уровень развития снижением показателей состояния здоровья и глубокими нарушениями зрения, слабостью функций организма и качеством двигательных актов и вместе с тем слабовыраженным уровнем интеллектуального развития, отказом от работы и контактов с экспериментатором, отсутствием

активного включения в содержание занятий, недостаточностью коммуникативного, эмоционального, поведенческого компонентов.

Планируя коррекционно-развивающие мероприятия, тифлопедагог опирался на медицинские рекомендации и получал информацию о содержании лечебной работы, так материализовывалась *роль принципа соотнесения лечебных процедур с психолого-педагогическим процессом*.

При этом экспериментальные диагностические данные на ребенка являлись фундаментальным основанием организации процесса индивидуализации, на котором строилось дальнейшее продвижение развития ребенка, так как «зона ближайшего развития» разрабатывалась с учетом медико-психолого-педагогических прогнозов [3].

Учитывая малую работоспособность ребенка и низкий уровень его социального развития, специалисты всех трех профилей помощи решали вопрос о взаимодействии и параллельности процессов лечения, воспитания и обучения. Поэтому распорядок жизни в детском саду был строго индивидуален.

Для каждого ребенка нами было подготовлено содержание и комплекс медицинской поддержки. При этом решался вопрос о взаимодействии педагогической коррекции с лечебными процедурами.

Наряду с медицинской помощью, ребенку были необходимы психотерапевтические средства коррекции, проводимые психологом:

- во-первых, нами была создана благоприятная, психоэмоциональная обстановка в общении с ребенком, предупреждающая появление стрессовых состояний, особенно в период адаптации к новым условиям пребывания в детском саду;
- во-вторых, все участники образовательного процесса вместе с психологом осуществляли психокоррекционный подход к степени интеллектуальной нагрузки и охранительного режима в зависимости от работоспособности ребенка;
- в-третьих, распорядок дня ребенка строился на принципе смены видов деятельности: от малоподвижной к активному движению, от ярких эмоциональных занятий к спокойным и т. д. с целью развития у ребенка регуляции эмоциональных негативных проявлений;
- в-четвертых, сообразно требованиям индивидуальной программы лечения, воспитания и обучения ребенку обеспечивались по мере его развития включения в более широкую сферу общения с окружающей средой и сверстниками [2].

Основными средствами благоприятной среды и образа жизни ребенка были игры разного характера. Через игровое действие значительно легче было добиться доверия ребенка.

Игровые моменты сопровождали и лечебные процессы. В этом мы видим слияние задач медико-психолого-педагогического сопровождения, направленного на то, чтобы ребенок везде чувствовал себя комфортно.

Во время дневного засыпания, по рекомендации врача-психоневролога, ребенку предоставляли возможность послушать релаксационную музыку, что успокаивало его, и он быстро засыпал. Такое проникновение в педагогический процесс рекомендаций медицинских специалистов позволяло корригировать те или иные негативные состояния здоровья ребенка.

У детей с тяжелой патологией зрения наблюдалась гиподинамия, и поэтому, по рекомендации врача-ортопеда, значительная часть занятий проходила в разных двигательных режимах, которые сопровождалась физическими упражнениями, тренингами для снятия усталости от сидения за столами в лечебном кабинете и на занятиях педагогов. По советам психоневролога в занятия включались эмоциональные разрядки с использованием смехотерапии, арттерапии, сказкотерапии и других психотерапевтических средств.

По мере необходимости и в соответствии с рекомендациями медицинских специалистов и психологов менялись недельная учебная и лечебная нагрузки. По совету специалистов родители организовывали детям домашние развлечения и культурно-оздоровительные мероприятия вне дома, после чего педагоги отслеживали влияние подобных мероприятий на состояние ребенка.

Таким образом, медико-психолого-педагогическое сопровождение ребенка в условиях индивидуального подхода к социальному развитию

обеспечивало возможность поэтапного, постепенного продвижения его в социальном развитии.

Выполнение назначений разных медицинских специалистов организовано в детском саду и контролируется педиатром.

При систематическом выполнении назначений можно предполагать благоприятный прогноз восстановления общего здоровья.

Перейдем к описанию взаимосвязи содержания коррекционно-развивающей среды с лечебно-восстановительной и коррекционной работой. Организация коррекционно-развивающей среды для детей с разной структурой зрительного дефекта строится с учетом реализуемых программ обучения, согласуется с принципами индивидуальной и дифференцированной (подгрупповой) работы с ними. В основу положены принципы организации коррекционно-развивающей среды Л. И. Плаксиной, Л. С. Сековец, где они выделили ряд важных рекомендаций для устройства рабочего индивидуального места, игрового уголка и безбарьерного пространства для свободного передвижения ребенка.

Поэтому при ориентации на взаимосвязь первичного дефекта и существующих проблем зрительно-пространственной ориентировки необходимо обратить внимание на такие важные условия, как обеспечение сигнальных ориентиров зрительного, слухового и осязательного ряда.

Следовало обеспечить систему зрительных и осязательных ориентиров и путеводов, указывающих направления движения.

В этом случае реализуется принцип информационного соответствия предметного окружения ребенка с его «зоной актуального развития». Для этого нами определены условия соответствия содержания игрового поля ребенка, атрибутики коррекционных занятий и всех коррекционно-игровых модулей уровню зрительно-пространственных и предметно-практических ориентировок ребенка, состоянию его навыков общения с окружающим миром.

На основе этого созданы правила постепенного расширения игровой атрибутики для развития сюжетных игр. Приведем пример. Чтобы включить ребенка в общение с той или иной игрушкой, проводились коррекционные занятия по знакомству с ней, формированию предметных, орудийных и ролевых действий, и только после этого игрушка занимала свое место в окружающем ребенка пространстве.

Наличие модульной мебели, перестроение интерьера помещений обеспечивают ребенку комфортные условия для общения с окружающей средой и для ориентации в пространстве. Мебель расставляется по периметру, это позволяет слепому ребенку свободно передвигаться в помещении, иметь возможность самостоятельно пользоваться игровым материалом. При этом мы учитывали важность обеспечения условий безопасного передвижения.

Стол для незрячего ребенка был с бортиками по периметру, чтобы предметы с него не падали.

При организации уголка игрушек для незрячего использовались шкафы с открытыми ячейками, коробка на колесиках, на которых были обозначены осязательные или зрительные ориентиры, указывающие на то, что хранится в данном месте [3].

Игровой материал располагался таким образом, чтобы у слепого ребенка формировались стереотипные привычки для ориентации в порядке расположения объектов в пространстве. Каждая игрушка занимала свое постоянное место. Наличие ориентиров на полу позволяло обучать распознаванию структуры поверхности пола в помещениях, где происходит обучение мобильности, была создана специальная тропа с разными напольными покрытиями.

Продумывая маршруты движения для развития мобильности слепого ребенка, мы обеспечивали возможность ему для ощупывания предметов, запоминания объектов среды и для безопасного безбарьерного передвижения и общения детей с окружающей средой.

Одним из принципов организации окружающей среды является *поэтапное введение ребенка в тот или иной блок коррекционно-развивающего пространства*, в функцию которого входило обеспечение ребенку контактов с взрослыми или сверстниками. Этому способствует система модульных игровых ситуаций. Тематика игровых уголков и занятий основывалась на уровне социально-бытовой компетентности ребенка.

Важным средством организации целесообразности среды является взаимосвязь коррекционно-компенсаторной и лечебно-восстановительной работы. Этому в значительной степени способствуют тренажеры для развития физических качеств, коммуникативных навыков, тренажеры для активизации и развития зрения.

При построении коррекционно-развивающей среды учитывается мера доступности, целесообразности среды с применением специальных вспомогательных тифлотехнических, оптических средств и дидактических пособий.

Научно обоснованное построение среды обеспечивает успешность социализации ребенка. Можно с уверенностью сказать, что оптимальное содержание в течение дня свободной и доступной деятельности детей с индивидуально выраженным своеобразием возможно при условии целесообразно построенного коррекционно-развивающего пространства.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение дошкольников с тяжелыми нарушениями зрения в сочетании с лечебно-восстановительной работой способствует эффективности включения ребенка с тяжелыми нарушениями зрения в образовательный процесс.

Литература

1. Григорян, Л. А. Комплексное лечение косоглазия и амблиопии в сочетании с медико-педагогическими мероприятиями в специализированных дошкольных учреждениях / Л. А. Гри-

горян, Т. П. Кащенко. — М., 1994. — 33 с.

2. Дружинина, Л. А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения : учеб. пособие / Л. А. Дружинина. — М. : Экзамен, 2006. — 159 с.

3. Плаксина, Л. И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушением зрения / Л. И. Плаксина. — М. : ГороД, 1998. — 262 с.