

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ФАРРАХОВА Айгуль Юрисовна

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СОВМЕСТНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ
СОСТОЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель
доктор педагогических наук,
профессор Амиров А.Ф.

Уфа 2004

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	12
1.1. Состояние здоровья детей и их готовность к обучению в образовательном учреждении.....	12
1.2. Специфика образовательного процесса здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями	32
1.3. Интеграция образовательного процесса как основа совместного обучения детей с различным состоянием здоровья.....	53
Выводы по первой главе.....	77
Глава 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	79
2.1. Организация опытно-экспериментальной работы по исследованию педагогических условий совместного обучения детей с различным состоянием физического здоровья.....	79
2.2. Программа совместного обучения и построение индивидуально-типологической траектории образовательной деятельности.....	94
2.3. Анализ эффективности совместной образовательной деятельности здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями.....	113
Выводы по второй главе.....	127
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	129
БИБЛИОГРАФИЯ.....	133
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	154

ВВЕДЕНИЕ

В современном российском обществе существенно трансформировались состав и деятельность субъектов воспитания, прежде всего семьи, школы, учреждений дополнительного образования, средств массовой информации, детских общественных объединений, религиозных организаций.

Социально-экономические и политические реформы оказали негативное воздействие на российскую семью, привели к глубоким изменениям в ее жизнедеятельности. Произошла резкая дифференциация доходов семей, их массовое обнищание. Многие из них не сумели приспособиться к новым условиям, сформировать «защитные» стратегии и механизмы. Усилилась конфликтность отношений между супругами, родителями и детьми, их депрессивное состояние как следствие их правовой, моральной, экономической незащищенности. Все это обусловило снижение воспитательного потенциала семьи, ее роли в социализации детей. Неблагополучие, бедность, высокий уровень занятости родителей, неблагоприятная психологическая атмосфера пагубно влияют на воспитание детей, их нравственное и физическое развитие [69, с.10].

Отрицательно влияет на развитие личности продолжающееся ухудшение состояния здоровья детей. Высокие нагрузки испытывает психическое здоровье детей. Эмоциональное неблагополучие ребенка осложняет его жизнедеятельность, взаимодействие с окружающим миром, освоение новых социальных ролей, приводит к стрессам, неврозам, агрессивности.

Существенно ослабляют воспитательный потенциал школы хроническое отставание ее материально-технической базы, отсутствие необходимых финансовых средств, научно-методическая необеспеченность. Вместе с тем требует дальнейшего совершенствования нормативно-правовая и научно-методическая база деятельности учреждений образования в работе с детьми с ограниченными возможностями; для детей, нуждающихся в психолого-

педагогической и медико-социальной помощи, специальных (коррекционных) и оздоровительных образовательных учреждений. Назрела острая необходимость разработать и реализовать социальные программы, направленные на воспитание и социализацию личности ребенка, подготовку к самостоятельной жизни в обществе; создание материально-технической базы и психолого-педагогических условий, обеспечивающих развитие его потенциальных возможностей, допрофессиональную подготовку и социальную защищенность.

Недостаточно обеспечены образовательные учреждения, кадрами педагогов дополнительного образования, педагогов-организаторов, педагогов-психологов, социальных педагогов, старших вожатых. Необходимо разработать систему переподготовки и повышения квалификации специалистов, работающих с детьми с отклонениями в развитии; предусмотреть меры, стимулирующие деятельность образовательных учреждений, общественных организаций, физических лиц с детьми, имеющими отклонения в развитии [173, с.91].

Специальное образование для детей с ограниченными возможностями имеет в своей основе достаточно разработанную систему (А.И.Капустин, В.И.Селиверстов, Л.М.Шипицына, Н.Д.Шматко и многие другие). Понятно, что дети, имеющие ограничения в жизнедеятельности нуждаются в специализированном обучении, но есть дети, которые по своим интеллектуальным особенностям могут обучаться вместе со здоровыми сверстниками. Данная проблема рассматривается с точки зрения интегрированного подхода в системе общеобразовательного учреждения. Очевидно, что данный процесс будет иметь большое значение для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Совместная образовательная деятельность детей с различным состоянием физического здоровья активизирует их социальное созревание. В совместной деятельности проявляется процесс взаимного обогащения: каждый ребенок, с одной стороны, привносит в коллектив свой индивидуальный опыт,

способности, интересы, с другой стороны, активно впитывает в себя то новое, что несут другие.

К сожалению, недостаточно изучен вопрос о влиянии совместного обучения на здоровых детей, выяснения мнения, желания здоровых детей быть участниками образовательной деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Оказание помощи детям с отклонениями в развитии получило освещение в работах Т.А.Власовой, Л.С.Выготского, Н.Н.Малофеева, Е.М.Мастюковой, Л.П.Носковой, М.С.Певзнер, Б.П.Пузанова, Е.А.Стребелевой, Р.А.Сулеменовой, Н.Ф.Талызиной, Л.М.Шипицыной.

Исследования в области интегрированного обучения связаны с работами таких ученых, как Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова, М.Н.Берулава, А.И.Капустин, В.В.Коркунов, Д.Лауве, Н.М.Назарова, Т.В.Фурьева, Н.Д.Шматко. В трудах этих исследователей рассматриваются проблемы интеграции, возможные модели организации обучения детей с различным состоянием физического здоровья в массовых образовательных учреждениях.

Проблема состояния здоровья детей и их физического развития освещены в работах М.В.Антроповой, А.А.Баранова, С.А.Леонова, З.А.Хуснутдиновой, Э.И.Эткиной, которые показывают увеличение количества детей с различными физическими заболеваниями, рассматривают планирование учебной нагрузки в зависимости от состояния здоровья школьников; отмечается, что в массовой школе нет разработок, программ по организации совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

Таким образом, обнаруживается **противоречие**, заключающееся в социальной потребности в целенаправленной организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья и недостаточной разработанностью педагогических условий реализации построения совместной образовательной деятельности здоровых

детей и детей с нарушениями здоровья в массовых образовательных учреждениях.

Данное противоречие определяют сущность **проблемы** нашего исследования: «Каково теоретическое и методическое обоснование совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья?» Значение указанной проблемы, ее актуальность и практическая значимость послужили основанием выбора темы нашего исследования: «Педагогические условия организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья».

Цель исследования: выявление педагогических условий продуктивной образовательной деятельности при совместном обучении здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями здоровья.

Объект исследования: образовательный процесс в классах начального звена.

Предмет исследования: педагогические условия организации продуктивной совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

Гипотеза исследования: совместный образовательный процесс детей с различным состоянием физического здоровья в массовых учреждениях будет эффективным, если:

– образовательный процесс будет носить интегрированный характер на основе реализации программы, учитывающей особенности здоровья детей и способствующей повышению уровня сформированности компонентов личностного опыта у всех участников образовательной деятельности;

– разработаны индивидуально-типологические траектории организации образования, которые позволят выбрать эффективную форму обучения для детей с различным состоянием физического здоровья.

В соответствии с поставленной нами проблемой, целью и предметом исследования предусмотрено решение следующих **задач**:

1. Проанализировать опыт организации образовательного процесса детей с различным состоянием физического здоровья;
2. Выявить педагогические условия совместного образовательного процесса здоровых детей и детей с нарушениями физического здоровья и проверить их эффективность в опытно-экспериментальной работе;
3. Подготовить программу реализации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья для педагогических работников общеобразовательной школы;
4. Определить индивидуально-типологические траектории организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе обучения.

Теоретико-методологической основой исследования является личностно ориентированный подход, который основывается на гуманном развитии личности (Е.В.Бондаревская, Н.Л.Селиванова, В.А.Сухомлинский, И.С.Якиманская); положения о роли деятельности человека в личностном саморазвитии (П.П.Блонский). В значительной степени исследование опирается на работы Е.В.Бондаревской, Л.С.Выготского, А.С.Гаязова, Н.Н.Малофеева, Н.М.Назаровой, Б.П.Пузанова, Н.Д.Шматко по выяснению особенностей работы в различных типах образовательных учреждений; разработки в области интеграции, дифференциации и индивидуализации образовательного процесса (А.В.Амиров, В.С.Безрукова).

Для решения поставленных задач и проверки гипотезы использовались следующие **методы**:

- теоретический анализ психолого-педагогической, медицинской, социологической литературы;
- диагностические опросники, беседы, наблюдение;
- педагогический эксперимент;

– изучение и обобщение педагогического опыта, анализ нормативных документов;

– статистическая обработка материалов исследования.

Исследование осуществлялось в нескольких взаимосвязанных **этапах**:

На **первом этапе** (1999–2000 гг.) происходило изучение и анализ психолого-педагогической, социологической, медицинской литературы. На базе собранных материалов была выявлена актуальность, определены объект, предмет, цель, задачи исследования, разработана гипотеза, определены методы исследования.

На **втором этапе** (2000–2003 гг.) выявлялись педагогические условия организации совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного образования; разрабатывалась программа по формированию адекватных взаимоотношений между участниками образовательного процесса; проведен формирующий эксперимент; происходило определение индивидуально-типологических траекторий образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

На **третьем этапе** (2003–2004 гг.) подведен анализ полученных данных, обобщался накопленный теоретический и эмпирический материал, составлялись методические рекомендации для эффективной реализации совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного обучения.

Опытно-экспериментальной базой исследования выступали общеобразовательные школы № 5, 117 г. Уфы.

Научная новизна:

1. Обоснована педагогическая необходимость включения детей с различным состоянием физического здоровья в совместный воспитательно-образовательный процесс, субъектами которого являются здоровые дети, дети с

нарушениями физического здоровья, родители и педагоги, что способствует формированию нравственных качеств, проявления гуманизма.

2. Выявлены педагогические условия организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья:

а) повышение значимости личностного опыта, включающего морально-этический, гражданский, рефлексивный, здоровьесберегающий компоненты;

б) формирование позитивного отношения здоровых детей, детей с ограниченными физическими возможностями, а также родителей и педагогов к совместному образовательному процессу через реализацию авторской программы;

в) построение и реализация индивидуально-типологических траекторий образования детей с различным состоянием физического здоровья внутри совместной образовательной деятельности;

Теоретическая значимость результатов исследования определяется его вкладом в развитие теории общего образования детей с различным состоянием здоровья:

– разработаны содержательные характеристики совместной образовательной деятельности детей на основе ее дифференциации и индивидуализации.

– результаты исследования могут служить теоретической основой гуманизации современного образовательного процесса и возникающих в нем взаимоотношений между участниками с различным состоянием физического здоровья.

Практическая значимость:

1. Апробированы и внедрены в практику школьного образования условия, обеспечивающие эффективную организацию совместной воспитательно-образовательной деятельности с различным состоянием физического здоровья. Разработана программа по формированию позитивного отношения к

совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

2. Результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности учителей-предметников и классных руководителей общеобразовательной школы, системе повышения квалификации работников образования.

Достоверность результатов исследования обеспечиваются теоретической обоснованностью, совокупной непротиворечивостью методологических позиций, статистической математической и качественной обработкой, практической апробацией выводов исследования в работе общеобразовательной школы.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Программно-методическое сопровождение образовательного процесса в начальном звене школы, характеризующееся единством организационно-педагогических условий деятельности субъектов образовательного процесса (здоровые дети, дети с нарушениями физического здоровья, родители и педагоги), способствующее формированию морально-этических, гражданских, рефлексивных, здоровьесберегающих компонентов личности внутри совместной деятельности.

2. Индивидуально-типологические траектории организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья предоставляющие возможность выбора формы интегрированного обучения в зависимости от состояния их здоровья (включение в класс компенсирующего обучения, класс коррекции, обычный класс, а также комбинированную, частичную, временную, полную формы интеграции).

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения исследования были изложены на научно-практических конференциях: международных: «Здоровье семьи – XXI век» (г.Пермь, 2003); всероссийских: «Перспективы и проблемы развития социально-

психологической службы» (г.Уфа, 2000) «Влияние окружающей среды на формирование личности» (г.Уфа, 2003) и республиканских: «Актуальные проблемы гуманитаризации и гуманизации образования» (г.Уфа, 2002), «Личность в образовательном пространстве: традиции и инновации» (г.Уфа, 2002), «Современный образовательный процесс: опыт, проблемы и перспективы» (г.Уфа, 2004). Разработанные экспериментальные материалы и научно-методические рекомендации внедрены в практику работы школ г.Уфы.

Структура диссертации: введение, две главы, заключение, список используемой литературы, приложение, содержит 12 таблиц и 8 рисунков.

Глава 1. УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

1.1. Состояние здоровья детей и их готовность к обучению в образовательном учреждении

В программе развития воспитания в системе образования России в основных тенденциях и проблемах воспитания детей и учащейся молодежи в Российской Федерации отмечается, что воспитание детей и молодежи в современном российском обществе реализуется в условиях экономического и политического реформирования, в силу которого существенно изменились социокультурная жизнь подрастающего поколения, функционирование образовательных учреждений, средств массовой информации, молодежных и детских общественных объединений, религиозных организаций. В то же время реформирование вызвало социальное расслоение общества, снижение жизненного уровня большинства населения и другие негативные последствия.

В человеческой культуре в каждом обществе существует образовательное пространство, которое включает в себя традиции и научно обоснованные подходы к обучению детей разных возрастов в условиях семьи и образовательных учреждений. Первичные отклонения (нарушения слуха, зрения, центральной нервной системы и др.) в развитии приводят к выпадению ребенка из этого социально и культурно обусловленного процесса. Уже на самых ранних этапах нарушается его связь с родителями, так как взрослые не знают, каким образом передать ему тот социальный и культурный опыт, который каждый нормально развивающийся ребенок приобретает без специально организованных условий, дополнительных и специфических средств, методов, путей обучения.

Самой лучшей характеристикой этой ситуации является метафора Л.С.Выготского о «социальном вывихе» ребенка с нарушениями в развитии: «Физический дефект вызывает как бы социальный вывих, совершенно аналогично телесному вывиху, когда поврежденный член – рука или нога – выходит из сустава, когда грубо разрываются обычные связи и сочленения и функционирование органа сопровождается болью и воспалительными процессами. Если психологический телесный недостаток означает социальный вывих, то педагогически воспитать такого ребенка – это значит вправить его в жизнь, как вправляют вывихнутый и больной орган» [113, с.33].

Преодолеть «социальный вывих» можно исключительно средствами образования. Как правило, эти ребята учатся в коррекционных учебных учреждениях или специальных классах массовой школы (например, дети с задержкой психического развития – в классах коррекционного развивающего обучения) [113, с.34].

Коллегия Министерства образования приняла решение №1/2 от 18.01.2000 г. «О повышении роли системы дополнительно образования в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья» [173, с.90]. Члены коллегии отметили необходимость значительно повысить роль дополнительного образования в развитии, воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями. Имея в соответствии с Конституцией Российской Федерации и Законом «Об образовании» равные со всеми другими детьми права на образование и творческое развитие, в жизни они не редко лишены возможности реализовать это право.

Основная задача, стоящая перед государством и обществом в отношении таких детей, – создание условий и оказание помощи в их социальной реабилитации и адаптации, подготовке к полноценной жизни в обществе.

В.А.Сухомлинский в своих трудах подчеркивает, что педагог призван чувствовать в каждом воспитаннике активное существо, читать его душу, при этом – беречь, щадить неприкосновенность, уязвимость, ранимость его. Он

предостерегал от нанесения нечаянных обид и ран, тревог и беспокойства и настаивал на уважении личности воспитанника. «Как важно, чтобы дети научились чувствовать душевное состояние товарища, распознавать чужое горе, переживать его как свое личное» [195, с.12].

На протяжении нескольких лет Министерство образования России совместно с Министерством культуры России проводит Всероссийские фестивали детского художественного творчества. Министерство образования России активно сотрудничает с общественными организациями – Всероссийским обществом инвалидов, Всероссийским обществом глухих, Всероссийским обществом слепых, Параолимпийским комитетом России, детским Орденом милосердия, родительскими ассоциациями, защищающими права и оказывающими действенную помощь детям с ограниченными возможностями.

Содержание и организационные формы воспитания разрабатываются на основе принципов, ориентирующих воспитание на развитие социально-активной, образованной, нравственно и физически здоровой личности в изменяющихся условиях общественной жизни [164, с.9].

Вслед за Ахмеровой Ф.Г, мы согласны, что нестабильная экономическая обстановка, а вследствие этого снижение жизненного уровня многих семей, наличие значительных слоев населения, которые находятся на грани или за чертой бедности, ослабление инфраструктуры здравоохранения, образования и культуры заметно ухудшили положение детей, возможности семьи и государства по их жизнеобеспечению, развитию и социализации [17, с.1].

Ухудшается состояние здоровья детей и молодежи; получают распространение болезни, имеющие социальную обусловленность (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция); учащаются стрессы, неврозы, проявления агрессивности.

Дети, растущие в неблагополучных, конфликтных семьях, характеризуются широким спектром психических аномалий и отклонений в поведении.

Многие факторы внешней среды влияют на здоровье ребенка. Социальные причины, возникающие из-за недостаточного окружающего быта, низкий уровень гигиенической культуры; экологические проблемы окружающей среды; недостаточное медицинское и профилактическое обеспечение ведут к снижению уровня биологического, а в дальнейшем и психологического здоровья.

Здоровье по определению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов. Взаимодействие перечисленных в этом определении состояния здоровья можно отобразить следующей блок-схемой (рисунок 1).

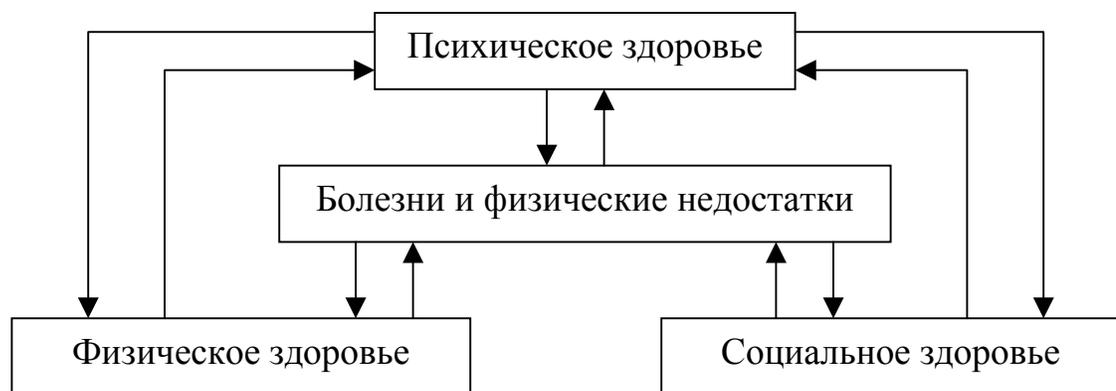


Рис. 1. Составляющие здоровья человека

Три внешние составляющие здоровья относятся к социально-экономическому и культурно-этническому окружению индивида, в котором его жизнь подчиняется факторам, плохо контролируемым и практически совсем недоступным для управления со стороны системы здравоохранения.

Относительно того, в какой мере влияют на здоровье те или иные факторы, существуют разные мнения. Однако все авторы считают образ жизни самым весомым из них: на его долю отводят более 50,0%. Таким образом, подчеркивается большая ответственность самого человека за собственное здоровье, независимо от того, осознает он это или нет.

Критерием оценки здоровья могут являться:

- 1) уровень физической работоспособности и морфологического развития на данном этапе;
- 2) наличие хронических заболеваний, физических дефектов, ограничивающих социальную дееспособность;
- 3) социальное благополучие, возможность приспосабливаться к меняющимся условиям жизни и сохранение определенной устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, реакции организма на воздействие внешней среды [79, с.12,13].

Состояние здоровья детей и подростков остается одной из серьезных проблем. Состояние здоровья детей тесно связано с состоянием соматического и репродуктивного здоровья населения, прежде всего женщин. Уменьшаются медико-демографические показатели.

Сложившийся в последние десятилетия в целом по стране уровень рождаемости на 1/3 ниже необходимого для простого численного замещения поколений родителей их детьми – около 1,3 рождения на 1 женщину в течение жизни [62, с.6].

Значительные изменения претерпела и возрастная структура населения страны. Характерной особенностью ее развития на рубеже столетия является сокращение численности и доли детей, демографическое старение населения [62, с.5].

Решающую роль в формировании величины показателей смертности играют уровни основных факторов риска: средовых (вредные экологические, производственно-профессиональные, бытовые условия, психосоциальный

стресс), поведенческих, связанных с нездоровым образом жизни (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, недостаточная физическая активность и др.) и биологических, являются результатом взаимодействия генетической основы организма с поведенческими и средовыми факторами (повышенное артериальное давление, избыточная масса тела и др.) [210, с.3].

За 1998–2015 гг. численность населения России уменьшится на 8,6 млн человек, или на 6,0 %. Темпы ее снижения будут практически постоянными в течение всего прогнозного периода – в среднем 0,3 % за год [188, с.27].

Большое значение имеет здоровье матери. Влияние отрицательных факторов внешней среды, профессиональных вредностей, действующих на беременную может привести к заболеваниям будущего ребенка, а возможно и к смерти, инвалидности.

Основными в структуре младенческой смертности остаются причины, тесно связанные со здоровьем матери. Это заболевания и состояния, возникающие на 1-й недели жизни (42,4%), а также врожденные аномалии (24,6%). Существует также доля болезней органов дыхания (12,4%), инфекционных и паразитарных болезней (6,3%). Проблема снижения или удержания на достигнутом уровне показателя младенческой смертности связана в первую очередь с системой оказания медицинской помощи новорожденным, в частности с обеспечением их интенсивной и неотложной помощью [62, с.5].

Для сохранения и укрепления здоровья женщин и детей, снижения материнской и младенческой смертности, предупреждения детской инвалидности разработаны программы: «Дети России», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Дети Севера», «Дети Чернобыля», «Безопасное материнство», «Социальная поддержка инвалидов Российской Федерации на 2000 – 2005 гг.», «Планирование семьи», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекции)». Проведены научные конференции «Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами дополнительного

образования», «Специальное образование и социальная поддержка детей и подростков с ограниченными возможностями. Взаимодействие государственных и общественных структур».

Мероприятия, направленные на предупреждение детской инвалидности, занимают важное место в разработанной Министерством социальной защиты России программе «Дети-инвалиды». Решение вопросов интеграции данной категории детей в общество является одним из путей реализации конвенции ООН о правах ребенка на жизнь, здоровье и развитие творческих способностей [213, с.17].

Наиболее распространенной причиной инвалидности является детский церебральный паралич (ДЦП). В Уфе практически каждый пятый случай детской инвалидности связан с данной патологией [207, с.48].

ДЦП – это заболевание, которое связано с поражением двигательных зон мозга. Эта болезнь незрелого мозга, когда избирательно поражаются двигательные зоны мозга.

По общепринятой классификации выделяют 5 форм ДЦП:

1. Спастическая диплегия (50,0%). Повышение мышечного тонуса, полное отсутствие произвольных движений. Наблюдается поражение всех 4-х конечностей (больше ноги).

2. Гемипаретическая форма (25-30,0%). Парез – частично недостаточность произвольных движений. Поражена одна половина тела. Бывает правосторонний или левосторонний гемипарез.

3. Гиперкинетическая форма (10-15,0%). Наличие насильственных движений – гиперкинезов.

4. Атонически-астатическая форма. Нарушение в тонусе и статике. Формирование двигательных навыков и умений затруднено из-за нарушения актов равновесия и координации.

5. Двойная гемиплегия. Поражение всех конечностей, больше руки. Дети не могут себя обслуживать, нуждаются в особом уходе [204, с.59,72].

Определенная роль в утяжелении указанных нарушений принадлежит социальным факторам, в частности, воспитанию по типу гиперопеки. В этих случаях более четко проявляется астенодинамический синдром. Дети с этим синдромом вялые, заторможенные. Они малоактивны при выполнении любых видов деятельности, с трудом начинают выполнять задания, двигаться, говорить. Их мыслительные процессы замедленны.

Астенодинамический синдром по большей части отмечается у детей со спастической диплегией (поражение нижней и верхних конечностей, с отчетливым преобладанием поражения ног), а также при атонически-астатической форме церебрального паралича (на фоне низкого мышечного тонуса отмечаются отчетливые нарушения координации и равновесия).

При гиперкинетической форме, когда у ребенка, в первую очередь, наблюдаются непроизвольные движения – гиперкинезы, часто наблюдается астеногипердинамический синдром с проявлениями двигательного беспокойства, повышенной раздражительностью и суетливостью [133, с. 36].

У 59,0% детей с ДЦП выявлено сочетание двигательных нарушений с другими, такими как недостатки умственного развития различной степени выраженности (51,2%); наличие языковых, речевых нарушений (29,1%); нарушений психологического характера, эмоций, психоэмоциональных реакций, настроения (17,3%); слуховые (12,0%) и зрительные (8,3%) нарушения [207, с.50].

Инвалиды во всем мире относятся к группам особого риска. Это одна из тех категорий населения, которая особо остро испытывает проявления неравенства в экономическом, социальном, моральном и политическом аспектах вследствие имеющихся у них нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Отмечается быстрый рост численности детей-инвалидов. В 1992 г. на учете в органах социальной защиты их состояло 284 717 человек (81,1 на 10 000 детского населения), за 5 лет численность этого контингента возросла более чем

на 1/3 (35,4%) и составила 513 711 человек (145,1 на 10 000 детского населения), что может быть связано, прежде всего, с ухудшением материального положения семей, имеющих больных детей, и уменьшением необходимого объема предоставляемой им социальной помощи [119, с.29].

В 2001 г. впервые в общее число детей-инвалидов в Российской Федерации вошли дети в возрасте до 18 лет (таблица 1). Общая численность детей-инвалидов достигла 617 096 детей, из них 58,1% составляют мальчики, 41,9% – девочки, 14,3% от общего числа детей-инвалидов составляют лица в возрасте 16–18 лет (88 299 человек) [64, с.4].

Таблица 1

Распределение детей-инвалидов по полу и возрасту
в Российской Федерации (2001 г.)

Возраст годы	Число детей-инвалидов				В том числе впервые с установленной инвалидностью			
	абс. числа		в % к итогу		абс. числа		в % к итогу	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
0-4	40 576	32 784	11,3	12,7	13 721	10 838	28,2	31,6
5-9	83 620	61 297	23,3	23,7	11 422	7 829	28,4	22,8
10-14	146139	102669	40,7	39,7	15 422	10 368	31,7	30,2
15	36 422	25 290	10,2	9,8	3 970	2 586	8,1	7,6
16-17	51 983	36 316	14,5	14,1	4 190	2 655	8,6	7,8
Всего	358740	258356	100,0	100,0	48 725	34,276	100,0	100,0

В структуре причин детской инвалидности по главному нарушению в состоянии здоровья 1-е место занимают висцерально-метаболические нарушения (43,5 на 10 000 детей в возрасте 0-15 лет), 2-е – двигательные (41,5 на 10 000 детей) и 3-е – умственные (34,2 на 10 000 детей) [217, с.14,15].

В плане медицинского обслуживания обращает на себя внимание данные по медицинским обследованиям детей-инвалидов, согласно которым дети, воспитывающиеся дома, в 2-5 раз реже проходят лабораторные обследования,

чем дети, находящиеся в домах-интернатах. Дети-инвалиды практически лишены физиотерапевтического, санаторно-курортного лечения, лечебной физкультуры. Их лечение сводится (до 99%) к назначению медикаментозных средств. Не получила еще широкого распространения практика разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов [119, с.30].

«Дети-инвалиды» – дети, которые вследствие заболевания или увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности. Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы, а также тяжелые заболевания и травмы, перенесенные в детстве, могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. В дефектологии подробно изучена специфика сенсорных, речевых, интеллектуальных и двигательных нарушений, свойственных аномальным детям. Конкретный дефект (потеря зрения или слуха при аномалиях соответствующих анализаторов, моторные нарушения при ДЦП и др.) накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов ребенка и его личности. Однако не все аномальные дети могут быть отнесены к инвалидам. Значительная часть детей с сенсорными дефектами за счет специальных средств коррекции (слуховые аппараты для слабослышащих, очки и контактные линзы для слабовидящих) способны в определенной мере преодолеть ограничения, накладываемые дефектом. В результате коррекционно-воспитательной работы они достигают практически полной социальной адаптации и способны к общественному и профессиональному самоопределению. Аномальные дети с легкой интеллектуальной недостаточностью также в пределах своих возможностей достигают приемлемого уровня социальной адаптации и не могут быть оценены как инвалиды [75, с. 25].

В то же время среди детей-инвалидов немало таких, кого не следует относить к категории аномальных детей, так как физические дефекты в ряде случаев не приводят к аномальному развитию. Это касается, прежде всего, тех

детей, которые в результате травм и заболеваний оказываются ограничены в движениях, но сохраняют свойственный их возрасту нормальный уровень психического развития.

Понятие «аномалия развития» входит в круг понятий, объединяемых термином «дизонтогенез», которым обозначают различные формы нарушений онтогенеза, то есть развития индивида. Многочисленными психолого-педагогическими исследованиями доказано, что ранняя диагностика и коррекция отклонений психомоторного развития детей являются главными условиями их эффективного обучения и воспитания, предупреждения у них более тяжелых нарушений и социальной депривации [108, с.130].

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничение жизнедеятельности возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности. Инвалидность, наступившая в зрелом возрасте, требует реабилитации, то есть восстановления (хотя бы частичного) социальных функций человека на основе уже сформировавшейся личности. В этом смысле детская инвалидность представляет еще более серьезную проблему, поскольку накладывает ограничения не только на проявление личности, но и на ее формирование.

Одним из направлений развития системы специального образования является развитие классификации детей с особыми нуждами в комплексе с разработкой новых типов специального обучения.

В работе М.А.Власовой и М.С.Певзнер «Учителю о детях с отклонениями в развитии» [45] дается следующая классификация:

- 1) дети с сенсорной неполноценностью (с нарушениями слуха, зрения, речи, функций опорно-двигательного аппарата и сенсомоторики);
- 2) дети с задержкой психического развития;
- 3) дети с астеническим или реактивным состоянием и конфликтными переживаниями;

4) дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения (эмоциональные нарушения поведения); умственно отсталые дети (олигофрены в степени дебильности, имбецильности, идиотии);

5) дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, истерия и др.).

О.Н.Усанова в работе «Дети с проблемами психического развития» [45] дает другое подразделение на группы:

- 1) дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями;
- 2) в связи с функциональной незрелостью;
- 3) дети с отклонениями в развитии на почве психических деприваций.

В монографии В.А.Лапшина и Б.П.Пузанова «Основы дефектологии» [115] приводится следующая классификация детей с нарушениями развития:

- 1) дети с сенсорными нарушениями (нарушения слуха и зрения);
- 2) дети с интеллектуальными нарушениями (умственно отсталые и дети с задержкой психического развития);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 5) дети с комплексными (комбинированными) дефектами развития;
- 6) дети с искаженным (или дисгармоничным) развитием.

Н.Н.Малофеев отмечает, что в «Обзоре современного состояния специального образования» (1988) в 37 странах дети с особыми нуждами нормативно отнесены к определенным категориям. В 17 странах выделяются семь основных категорий:

- 1) эмоциональные нарушения;
- 2) умственная отсталость;
- 3) физические недостатки;
- 4) нарушение зрения;
- 5) нарушение слуха;
- 6) нарушение речи;

7) трудности в обучении [129, с.4].

Если имеющийся дефект «не вписывается» в принятые категории, то он трактуется как сложный, и в 15 странах из 37 ребёнок относится к категории «трудности в обучении», а в 11 странах – к категории «эмоциональные нарушения», либо «нарушение речи». Дети с нарушениями слуха или зрения, если последние сочетаются с иными дефектами развития, могут быть отнесены к любой из названных категорий.

Классификация детей с особыми проблемами, находящая отражение в законодательстве, во многом объясняется экономическими возможностями государства и связанным с ними социальным заказом общества.

В настоящее время все более актуальной становится проблема профилактики, медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основной задачей их обучения и воспитания является социальная адаптация и интеграция в общество, включение в общественно полезную деятельность.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5,0–7,0% детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

1. Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич,
- полиомиелит.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп,
- аномалии развития позвоночника (сколиоз),
- недоразвитие и дефекты конечностей,
- аномалии развития пальцев кисти,

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга. Головного мозга и конечностей,
- полиартрит,
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) [117, с.3].

Отклонения, или аномалии в развитии детей весьма разнообразны. Они могут касаться различных сторон психофизического развития ребенка: слухоречевой системы, зрительного восприятия, интеллектуальной, эмоционально-волевой, двигательной сферы, проявляются в разной степени и вызываются различными причинами (таблица 2).

Таблица 2

Распределение детей-инвалидов по ведущему ограничению жизнедеятельности в Российской Федерации (абсолютные числа)

Виды ограничений жизнедеятельности здоровья	Мальчики		Девочки	
	1997 г.	1998 г.	1997 г.	1998 г.
Все виды ограничений	295 883	311 446	218 836	229 286
В том числе ограниченная способность: <i>адекватно вести себя</i>	108 518	114 260	76 431	79 763
из них: снижение способности осознания (неадекватные интерпретация и реакция на внешние события)	28 434	27 972	19 180	18 962
снижение способности ориентироваться во времени и пространстве (память)	10 631	10 744	7 389	7 237
снижение способности к приобретению знаний	48 102	53 082	33 933	36 742
<i>общаться с окружающими</i>	58 046	59 778	42 311	43 407
из них: снижение способности понимать и выражать мысли при помощи языка	12 394	12 452	8 758	8 387
снижение способности слушать	14 962	15 313	12 000	12 292

снижение способности видеть	23 751	25 385	16 158	17 703
<i>передвигаться</i>	75 357	81 580	58 208	63 470
из них: снижение способности ходить	33 685	35 359	25 436	27 224
снижение способности преодолевать препятствия	20 578	22 369	16 334	17 769
снижение способности перемещаться	10 125	10 765	7 798	8 241
действовать руками	11 448	12 009	8 352	8 612
владеть телом	11 143	13 236	9 110	10 550
ухаживать за собой	25 397	26 593	19 341	20 364
из них: снижение способности контролировать физиологические потребности	6 006	6 141	4 199	4 294
снижение способности соблюдать личную гигиену	7 791	6 956	6 182	5 296
снижение способности принимать пищу	4 914	5 272	3 645	4 104

Нарушения развития детей могут быть вызваны разными факторами. Неблагоприятное воздействие в период внутриутробного развития называется пренатальным, в период родовой деятельности – натальным, а после рождения – постнатальным воздействием.

Вызвать отклонения в развитии могут различные патологические факторы, действующие во внутриутробный период: генетические отклонения, отягощенная наследственность, хронические заболевания родителей; злоупотребление родителями алкоголем, наркотиками, курением; физические и психические травмы женщины в период беременности; инфекционные, вирусные заболевания, токсоплазмоз; конфликт по резус-фактору; нефропатия - недостаточность деятельности почек, токсикозы и интоксикация (отравления); внешнесредовые факторы – неблагоприятная экологическая ситуация, профессиональные вредности у родителей до рождения ребенка и многие другие неблагоприятные факторы.

Другая группа причин – патология родовой деятельности: быстрые, стремительные роды, длительные роды со стимуляцией, использование щипцов,

обвитие пуповиной, что приводит к рождению в асфиксии (удушьё), неквалифицированное оказание акушерской помощи и другие природные травмы.

Нарушения развития ребенка могут быть вызваны и различными прижизненными факторами: опухоли мозга (менингиома), нейроинфекции (менингиты и энцефалиты), инфекционные болезни с осложнением на мозг, открытые и закрытые травмы черепа, сотрясения мозга, контузии и т. д. [108, с. 15].

Выявление умственных и физических недостатков чаще всего происходит в старшем дошкольном возрасте, что ведет к усложнению коррекционной работы. Необходимо выявление таких детей в самом раннем возрасте, что возможно при достаточно высоком уровне медицинского контроля.

При обследовании ребенка в психолого-медико-педагогической консультации работа специалистов направлена не только на установление диагноза, но и на всестороннее изучение ребенка и проблем его психического развития с целью оказания практической консультативной помощи родителям по своевременному преодолению и предупреждению отклонений в развитии [192, с.71,72].

Состояние здоровья – важное условие успешного освоения школьных программ по общеобразовательной и профессиональной подготовке, а также решающий показатель воспроизводства населения нашей страны в ближайшие годы.

В таблице 3 рассматривается влияние биологических и социальных факторов на состояние нервно-психического здоровья, которые исследовала Т.П. Кулакова [88, с.44,45].

Частота микросоциальных факторов, влияющих на здоровье обследованных младших школьников (по группам здоровья)

Микросоциальные факторы	Частота, %			
	I группа	II группа	III группа	IV группа
Стесненные жилищные условия	67	53	60	74
Недостаточное материальное обеспечение	28	28	27	41
Высшее образование родителей	24	33	20	24
Недостаточное образование родителей	14	10	23	21
Бытовое пьянство	51	76	60	87
Воспитание до 3 лет в семье	51	33	40	33
Воспитание в круглосуточных яслях	8	14	27	26
Воспитание в доме ребенка	-	-	13	8
Воспитание в круглосуточном детском саду	17	26	47	29
Дополнительные специальные занятия (музыкальные, спортивные)	17	19	7	4
Посещение группы продленного дня	52	76	87	68
Конфликты в семье	25	71	79	63
Распад семьи	29	52	67	45
Наличие братьев, сестер	48	71	48	70

Характеризуя влияние отрицательных микросоциальных факторов на состояние нервно-психического здоровья младших школьников, следует в первую очередь выделить пьянство и конфликты в семье, распад семьи. По всем этим показателям дети I группы здоровья резко отличаются от детей других групп.

Физическое здоровье и материальное благополучие детей неразрывно связаны с созданием для них необходимых условий воспитания, образования, культурного и духовного развития.

А.А.Баранов и большинство авторов определяют готовность детей к систематическому обучению, прежде всего, через зрелость школьно-необходимых функций, то есть через функциональную готовность к школе. В рамках функциональной готовности важную роль в определении школьной зрелости принадлежит изучению психомоторики ребенка, особенно тонкой моторики руки, степени экспрессивной речи и основных корковых процессов [19, с.118].

Вслед за М.Руновой мы согласны, что необходима тщательная и разносторонняя подготовка детей к школе, которая должна содействовать гармоничному развитию всех структур и функциональных систем организма, особенно тех, от которых в первую очередь зависит способность к обучению и восприятию. Важно, чтобы такая подготовка позволяла ребенку усваивать новое, расширяла его познавательные возможности, обеспечивая развитие интеллекта, памяти, воображения, эмоций, нравственно-волевых качеств, эстетической культуры, и способствовала укреплению психофизического статуса ребенка [31, с.59].

Важно обеспечить детям в школе соответствие суммарной нагрузки возрастным физиологическим и индивидуальным возможностям организма, соблюдение рационального режима деятельности и отдыха при целесообразном сочетании различных занятий, а также создание условий для двигательной активности, занятий физическими упражнениями на уроках и в самостоятельной деятельности (на свежем воздухе). Выявление особенностей морфофункционального, психического, психомоторного развития, состояния здоровья и заболеваемости у детей с разной степенью готовности показали, что дети дошкольного возраста требуют к себе более пристального внимания, особенно с переходом на более раннее обучение, и своевременного проведения

коррекционно-оздоровительных мероприятий задолго до поступления их в школу.

В государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации [217] отмечается, что в настоящее время в общеобразовательных школах России обучается около 22 млн. детей и подростков. За последние годы значительно ухудшились показатели физического развития, полового созревания, заболеваемости школьников.

Современное школьное образование характеризуется появлением наряду с традиционными «массовыми школами» все большего количества образовательных учреждений нового вида: лицеев, гимназий, частных, авторских школ и т.д.

Изменилось содержание программ, повысились требования к учащимся, значительно возросли нагрузки в этих учебных заведениях.

Большая суммарная нагрузка и интенсификация процесса обучения препятствуют соблюдению многих гигиенических требований по продолжительности сна, особенно у младших школьников, занятию физкультурой и спортом, пребыванию на свежем воздухе. 75,0% школьников страдают гиподинамией [217, с.13].

В нашей стране с 15 апреля по 15 декабря 2002 года проводилась диспансеризация детей. Цель диспансеризации – выявить истинную картину состояния здоровья младшего поколения страны, что позволит спланировать материально-техническую базу учреждений педиатрического здравоохранения и вкладывать деньги именно в ту медицинскую помощь, которая наиболее необходима в каждом конкретном регионе [92, с.7].

Обследуются все дети от рождения до восемнадцати лет с последующим составлением плана оздоровительных мер для конкретного ребенка. Дети до десяти лет должны быть осмотрены пятью специалистами, дети более старшего возраста – восьмью-двенадцатью врачами.

По данным на конец июля, диспансеризацию прошли более 36,0% всех детей (около двенадцати миллионов), у 54,3% из них обнаружены те или иные отклонения в состоянии здоровья.

Наибольший рост заболеваемости приходится на период обучения в школе: за последние пять лет число детей с хроническими болезнями увеличилось в полтора раза.

Обращает на себя внимание то, что в лицеях, гимназиях и других учреждениях с повышенной учебной нагрузкой рост заболеваемости особенно нагляден.

Количество детей-инвалидов на сегодня по России – около 600 тысяч, и за последние пять лет их число увеличилось на 170 тысяч. Около 69,0% из них – дети десяти-пятнадцати лет. Среди причин детской инвалидности – болезни нервной системы, психические расстройства, врожденные аномалии развития [92, с.7].

Таким образом, учитывая значимость проблем детства, его настоящего и будущего, необходимо ставить в центр внимания вопросы охраны здоровья матери и ребенка. Данные об особенностях здоровья населения являются информационной основой для разработки и осуществления дифференцированных, эффективных и экономичных мер по созданию и укреплению здоровья на уровне общества.

Вследствие того, что медико-демографические показатели снижаются, увеличивается количество детей-инвалидов, необходимо на государственном уровне в сфере образования уделять большее внимание состоянию здоровья, воспитанию здорового образа жизни подрастающего поколения.

Здоровье имеет большое значение для воспитательного и образовательного процесса. Необходимо разрабатывать профилактические мероприятия, укрепляющие, поддерживающие здоровье детей в образовательных учреждениях, компенсирующие, корригирующие состояние здоровья детей для успешного обучения. От состояния здоровья зависит выбор

той или иной программы обучения в начальной школе, старшем звене среднего образовательной учреждения.

Выбор формы обучения для детей с различным состоянием физического здоровья предполагает знания специфики образовательного процесса здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями, основные элементы которого отражены в следующем параграфе.

1.2. Специфика образовательного процесса здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями

Период от рождения ребенка до поступления в школу является, как это признано специалистами, возрастом наиболее стремительного физического и психического развития ребенка, первоначального формирования качеств и свойств, делающих его человеком. Особенностью этого периода является то, что именно он обеспечивает общее развитие, служащее фундаментом для приобретения в дальнейшем любых специальных знаний и навыков, а также овладения различными видами деятельности. В этом возрасте формируются не только те качества и свойства психики, которые определяют характер поведения ребенка, его отношение ко всему окружающему миру, но и те, которые в полной мере получают развитие к концу данного возрастного периода. Каждый возрастной период вносит свой вклад в развитие ребенка, поскольку в определенное время создаются особо благоприятные условия для возникновения психических новообразований в познавательной и мотивационной сферах, имеющих существенное значение в развитии будущей личности ребенка.

Мы согласны с мнением Е.А.Стребелевой, что личность ребенка формируется в процессе сотрудничества с окружающими людьми. Много зависит от социальной ситуации развития ребенка, от системы отношений со

взрослыми и сверстниками в образовательном учреждении и в семье – в двух важнейших социальных институтах общества [190, с.50].

В своих трудах Л.С.Выготский указывал на важность комплексного изучения ребенка с позиции социально-психологических закономерностей и овладения ребенком культурными средствами деятельности.

Целью всего учебно-воспитательного процесса является создание оптимальных условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, а также формирование его личностных качеств.

При анализе социальных условий развития ребенка рассматривается уровень требований родителей, уровень их ожиданий, с одной стороны, и уровень возможностей, которыми располагает ребенок, – с другой.

Важным направлением воспитательной работы является психолого-педагогическая помощь специалиста в формировании у родителей навыков сотрудничества со своим ребенком, при этом основным условием является установление полного взаимопонимания между взрослыми, призванными воспитывать ребенка.

Принципом организованного обучения является учет общих тенденций развития нормального и аномального ребенка, то есть аномальный ребенок должен пройти все стадии онтогенетического развития, что и нормально развивающийся. Однако темпы развития аномальных детей иные. Кроме того, у этих детей формирование определенных возможностей достигается другими средствами, чем у их нормально развивающихся сверстников. При этом конечные результаты работы с аномальными детьми не совпадают с тем, чего достигают нормально развивающиеся дети. Однако необходимо стремиться к тому, чтобы каждый этап возрастного периода аномального ребенка был максимально приближен к норме [190, с.52].

Результаты воспитательной работы во многом определяются характером общения взрослого и ребенка, детей между собой. Поэтому необходимо

использовать личностно ориентированную модель взаимодействия, когда к ребенку относятся как к полноценному партнеру, как к сотрудничающей стороне. При этом педагог должен исходить из интересов ребенка и перспектив его дальнейшего развития. Такой подход создает оптимальные условия для обеспечения физиологического и психологического благополучия ребенка и раннего выявления нарушений в его психическом развитии, что важно для формирования правильных взаимоотношений детей со взрослыми и сверстниками [190, с.53].

Духовно-нравственное становление детей и молодежи, подготовка их к самостоятельной жизни есть важнейшая составляющая развития общества, государства.

Разработка и принятие Программы развития воспитания в системе образования России на 1999–2001 годы является важнейшим направлением реализации принципов государственной политики России в сфере образования. Одними из важных задач программы являются:

- повышение социального статуса воспитания в системе образования в российском обществе;
- укрепление и развитие воспитательных функций образовательных учреждений, расширение состава субъектов воспитания, координация их усилий, укрепление взаимодействия семьи и образовательных учреждений;
- оказание помощи семье в решении проблем в воспитании детей, развитие психолого-педагогического просвещения родителей;
- формирование уважительного отношения к правам ребенка в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка;
- усиление роли семьи в воспитании детей;
- создание системы психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей [164, с.8].

В соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании» воспитание рассматривается как целенаправленная деятельность,

осуществляемая в системе образования, ориентированная на создание условий для развития духовности обучающихся на основе общечеловеческих и отечественных ценностей; оказание им помощи в жизненном самоопределении, нравственном, гражданском и профессиональном становлении, создание условий для самореализации личности.

Национальная стратегия в области воспитания определяется законодательством, признается вариативность и разнообразие воспитательных систем, организаций и технологий.

Дети и молодежь являются равноправными субъектами процесса воспитания, саморазвития, социокультурного самоопределения. Государством должны быть обеспечены целостность, последовательность и преемственность содержания и организационных форм воспитания на различных уровнях образования; развитие вариативных систем воспитания с учетом специфики образовательных учреждений, их традиций, кадрового потенциала, социальных запросов. Стержнем воспитания является формирование социально необходимых знаний и навыков, профессиональных интересов, гражданской позиции обучающихся [164, с.8].

Особое значение в современном обществе приобретает психолого-педагогическая помощь учащейся молодежи в процессе включения ее в активную жизнь, формирование социальной ответственности.

Сохранение и укрепление здоровья учащихся во всех образовательных учреждениях и, соответственно, роль и активность физического воспитания являются бесспорными, поскольку физическое здоровье является одной из основных предпосылок форсирования здорового образа жизни.

Содержание и организационные формы воспитания разрабатываются на основе принципов, ориентирующих воспитание на развитие социально-активной, образованной, нравственно и физически здоровой личности в изменяющихся условиях общественной жизни.

Программа развития воспитания определяет и основные принципы организации воспитания:

– принцип гуманистической направленности воспитания предполагает отношение педагогов к воспитанникам как к ответственным субъектам собственного развития, а также стратегию взаимодействия, основанную на субъект-субъектных отношениях;

– принцип природосообразности воспитания предполагает, что оно основывается на научном понимании взаимосвязи природных и социально-культурных процессов; что учащиеся воспитывают сообразно их полу и возрасту, формирует у них ответственность за развитие самих себя, за экологические последствия своих действий и поведения;

– принцип эффективности социального взаимодействия предполагает осуществления воспитания в системе образования коллективов различного типа, что позволяет учащимся расширить сферу общения, создает условия для конструктивных процессов социокультурного самоопределения, адекватной коммуникации, а в целом – формирует навыки социальной адаптации, самореализации [164, с.9].

По мнению Н.Л.Селивановой, неорганизованная в воспитательном плане среда способна свести на нет все усилия педагогов. Часто ребёнок находится в отчуждённом состоянии, не осваивает это пространство [176, с.35].

Выделяют несколько вариантов определения воспитательного пространства. Согласно первому, которое характеризует Л.И.Новикова, под ним понимается педагогически целесообразно организованная среда, окружающая отдельного ребёнка или множество детей (класса, школы, дома, двора, микрорайона, города, области). Окружающая среда в настоящее время имеет особое значение, она сопровождает растущего человека дома, в школе, на улице (природа, люди, техника, учреждения культуры), и её влияние он осознанно или неосознанно испытывает постоянно. Очевидно, среду надо уметь использовать в воспитательных целях, а воспитательное пространство уметь создавать.

Согласно следующему подходу, который рассматривает Д.В.Григорьев, воспитательное пространство предстает как динамическая сеть взаимосвязанных педагогических событий, создаваемая усилиями социальных субъектов различного уровня (коллективных и индивидуальных), выступающая интегрированным условием личностного развития человека – и взрослого, и ребенка. Коллективными субъектами в этом случае являются и школа, и театр, и лечебное учреждение, и система дополнительного образования, но не как учреждение, а как профессиональные общности, занимающиеся воспитанием детей. Индивидуальными субъектами в таком случае будут, естественно, педагоги, родители, дети, студенты, врачи, юристы, самые разные люди, встреча с которыми может превратиться для ребенка в событие [176, с.35,36].

Педагогически организованное взаимодействие различных субъектов воспитательного пространства – важное условие его гуманистической ориентации. Вслед за Н.Л.Селивановой мы согласны с тем, что воспитательное пространство предполагает следующие возможности для развития и формирования личности школьника:

- свобода принятия школьником решения о его вхождении в воспитательное пространство;
- свобода выбора деятельности (её содержания и форм) и такой деятельности, которая позволяет ему достичь наибольшего успеха, наивысшего самовыражения;
- построение диалоговых отношений с людьми различных возрастов и социальных групп;
- более интенсивное и разноплановое исполнение различных ролей;
- выбор различных коллективов, общностей и возможность их смены;
- освоение подпространств: культурного, природного, информационного и т.д.

Предоставляя возможности выбора, воспитательное пространство способствует самореализации школьника, обеспечивает субъективность его

позиции. Будучи субъектом этого пространства, школьник сам его структурирует. И, таким образом, имеет возможность самореализоваться в нем [176, с.38,39].

Каждая возрастная и социальная группа детей педагогически обогащает воспитательное пространство, ибо приходится решать те проблемы, которые возникают в связи с вхождением данной группы. Ребенок должен обладать всей полнотой информации об окружении, в котором живет. Чем многообразнее его связи с различными субъектами, чем благожелательнее отношения с ними, тем проще осуществляется вхождение ребенка в мир общения и деятельности [176].

В основном все образовательные системы ориентированы на работу со здоровыми детьми, но есть специфика организации воспитательно-образовательного процесса детей с ограниченными физическими возможностями.

Воспитание и обучение детей с ограниченными физическими возможностями отличается своеобразием, которое проявляется в коррекционной направленности, в неразрывной связи коррекционного воздействия с формированием практических навыков и умений. Особенности воспитания и обучения конкретного ребенка зависят от характера имеющегося у него дефекта, от степени выраженности нарушений отдельных психических процессов и функций, от возрастных и компенсаторных возможностей ребенка, от характера медико-педагогического воздействия, от условий жизни и воспитания и ряда других факторов. Одни дети нуждаются только в психолого-педагогическом воздействии, другим требуется и серьезная лечебно-оздоровительная помощь [108, с. 17].

Содержание обучения в специальной школе по основным предметам соответствует объему содержания образования в массовой общеобразовательной школе (таблица 4).

Коррекция недостатков развития осуществляется как в процессе обучения на уроках, так и на индивидуальных и групповых занятиях с учетом

особенностей развития каждого ребенка. Сочетание классно-урочной и индивидуальной работы является основой разностороннего развития детей с нарушениями движений и обеспечивает полноценное усвоение ими программного материала.

Таблица 4

Особенности типовой программы специальной общеобразовательной школы для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича (В.И.Ипполитова).

Раздел программы	Особенности
Русский язык	<p>Задачами начального обучения русскому языку являются: формирование у учащихся прочных навыков осознанного, беглого, выразительного чтения, грамотного письма, устной и письменной речи; приобщение детей к миру художественной литературы, к работе с книгой; развитие образного и логического мышления детей, их нравственных качеств.</p> <p>Программа для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича по объему содержания образования соответствует программе массовой школы. Для осознанного практического усвоения программного материала общеобразовательной школы в полном объеме необходимо помнить, что для детей с последствиями полиомиелита и ЦП необходим учет индивидуальных особенностей и дополнительные коррекционные занятия.</p>
Математика	<p>Начальное обучение математике в школе для детей с последствиями полиомиелита и ЦП, являясь органической частью предмета математики средней школы, в основном соответствует содержанию начального образования</p>

	<p>массовой школы. Преподавание математики в начальной школе осуществляется с учетом основных принципов обучения в массовой школе и направлено на органическое соединение обучения и воспитания, усвоение знаний и развитие познавательных способностей учащихся, повышение теоретического уровня образования и формирования умений применять знания на практике, развитие логического мышления и лаконичной математической речи.</p>
<p>Ознакомле ние с окужаю щим миром</p>	<p>В I–II классах изучается предмет «Ознакомление с окружающим миром», который в III–IV классах переходит в «Природоведение». Основными задачами курса по ознакомлению с окружающим миром является накопление и систематизация представлений детей о предметах и явлениях окружающей жизни, природы; развитие речи детей: расширение активного и пассивного словаря учащихся; развитие пространственных представлений; развитие временных представлений; обогащение нравственного опыта учащихся, формирование правильного поведения (в семье, школе, на улице, в общественных местах, в природе); воспитание любви и заботы к членам семьи, уважительного, внимательного отношения к окружающим людям (сверстникам, педагогам и др.); воспитание любви к родному краю, Родине.</p>
<p>Природове дение</p>	<p>Цель обучения природоведению в III–IV классах состоит в том, чтобы расширить элементарные знания учащихся о предметах и явлениях природы, показать на доступных примерах взаимосвязи в природе, а также между человеком и природой. Комплексное познание природы и жизни общества позволяет</p>

	<p>подойти к пониманию ряда связей живой и неживой природы и выработке бережного отношения к окружающей природе.</p>
<p>Физическая культура</p>	<p>Физическая культура в школе для детей с последствиями полиомиелита и ЦП является одним из основных учебных предметов, обязательных для всех учащихся. Дети с двигательными нарушениями страдают от своей физической неполноценности. В связи с этим возрастает роль всей системы физического воспитания. Необходимо создать благоприятные условия для укрепления здоровья, развития движений и физических качеств, овладения каждым ребенком основными жизненно важными двигательными умениями и навыками с коррекцией и компенсацией двигательного дефекта. В специальной школе физическая культура, имея оздоровительную и воспитательную направленность, решает конкретные общеобразовательные и коррекционные задачи.</p>
<p>Трудовое обучение</p>	<p>Политехническая направленность трудового обучения обеспечивается формированием у учащихся общетрудовых знаний и умений по планированию выполняемой работы, организации рабочего места, осуществлению самоконтроля; путем ознакомления их с технологией, устройством простых инструментов, приспособлений, машин, а также организацией коллективного труда и соревнования. Перед трудовым обучением учащихся с ЦП наряду с решением задач массовой школы стоят специальные задачи, направленные на коррекцию и компенсацию двигательных, сенсорных и интеллектуальных недостатков.</p>

В программе школы для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича по русскому языку и математике значительно усилена практическая направленность обучения, которая позволяет детям с нарушениями движений осуществлять непосредственные наблюдения, анализировать и обобщать различные факты действительности. Особое внимание в программе по русскому языку уделяется подготовке руки к письму, формированию движений, обеспечивающих правильную технику письма.

В программах по физической культуре и трудовому обучению выделены специальные разделы, обеспечивающие развитие зрительно-моторной координации, элементарных движений и способность к формированию умений и навыков, необходимых в учебной, трудовой и бытовой деятельности.

Необходимо, чтобы требования к знаниям и умениям учащихся, оканчивающих школу для детей с ограниченными физическими возможностями (последствиями полиомиелита и церебральными параличами), сохраняли соответствие требованиям типовой программы массовой общеобразовательной школы [165, с.3].

При определении содержания в школе для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата учитываются как общие задачи образования и воспитания учащихся, так и специальные. Специальные коррекционные задачи в значительной степени определяют содержание обучения детей этой категории.

Содержание обучения в общеобразовательной школе и школе для детей с нарушениями двигательных функций имеет ряд общих черт:

- обучение является цензовым, то есть обеспечивает школьникам образование в объеме соответствующих степеней общеобразовательной школы;
- в учебных планах и программах реализуется принцип последовательности изучения предметов;
- содержание обучения строится в соответствии с принципом единства системы образования;

– построение программ соответствует основным дидактическим принципам [117, с.127].

Наряду с предметами общеобразовательного цикла базисный учебный план обязательно предусматривает занятия по коррекции недостатков двигательных и психических функций. Предметы коррекционного цикла определяются в зависимости от имеющихся у детей нарушений:

- преимущественно двигательных;
- преимущественно речевых;
- сочетание двигательных и речевых;
- недостатков общего психического развития.

В цикл коррекционных занятий обязательно включаются:

1. Лечебный физкультурный комплекс (групповые и индивидуальные занятия в целях компенсации дефекта у детей с преимущественно двигательной патологией), который организуется на фоне массажа, медикаментозного лечения.

2. Логопедические занятия для детей с речевой патологией, с использованием компьютерных программ при самых тяжелых нарушениях (анартрия).

3. Индивидуальные и групповые занятия для коррекции нарушенных психических функций [117, с.133].

Мы согласны с высказыванием Т.А.Власовой, что в воспитании и обучении учителю следует, прежде всего, ориентироваться на то положительное, что безусловно есть в каждом. Особенно это относится к детям со многими дефектами. Педагогический такт заключается вовсе не в том, чтобы закрывать глаза на недостатки ребенка. Уважение к личности – не снисходительность, а прежде всего требовательность к ней. Фиксировать внимание ребенка на недостатках в учении и поведении следует в такой форме, чтобы не подавлять, не унижать его, а взывать к его достоинству, открывать перед ним возможность стать другим [152, с.28].

Для предупреждения патологического формирования личности большое значение имеет помощь учителя в установлении правильных взаимоотношений ребенка с коллективом. При проведении воспитательных мероприятий необходимо учитывать качественные особенности отклонений в нормальном личностном развитии. Так, учитывая пониженную работоспособность, нарушение внимания, педагог в процессе прохождения программы постоянно соразмеряет темп прохождения учебного материала и его сложность с работоспособностью учащихся. Многие дети с церебральным параличом отличаются чертами психического инфантилизма, в связи с чем в подготовительных и первых классах необходимо большое разнообразие учебного материала, наглядных пособий, включение в занятия эмоционального компонента [152, с.28].

Очень важно воспитать правильное отношение детей к занятиям по труду. У детей с нарушениями физического здоровья на начальных этапах обучения труду может возникнуть отрицательное отношение к нему, прежде всего в связи с тем, что у них не сформирована психологическая готовность к труду. Психологическая готовность к труду предполагает наличие у детей определенных знаний, трудовых умений и навыков, правильного отношения к труду как общественно полезной деятельности и формирование морально-волевых качеств, необходимых для успешной трудовой деятельности.

Для предупреждения неправильного развития личности у детей с дефектами очень важно, особенно на начальных этапах обучения, постоянно корректировать их отношения с окружающими, развивать потребность в общении со сверстниками, учить помогать другим правильно воспринимать и принимать помощь товарищей и взрослых. Ребенок должен постоянно чувствовать себя самостоятельным и полезным окружающим. Это достигается путем включения ребенка в работу по достижению общей цели, выработки у него навыков общественной деятельности.

В основе воспитания детей с церебральным параличом в школе и дома должна лежать доброта в сочетании с большой требовательностью к больному ребенку. Единство и согласованность учебно-воспитательного и лечебного процессов – необходимое условие гармоничного развития личности детей с церебральным параличом, наиболее полной и оптимальной их социальной и трудовой адаптации [152, с.29].

Дети-инвалиды оказываются лишены доступных их здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижениях и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сферы досягаемости. Они также часто лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций. Дети-инвалиды страдают от того, что им многое недоступно. Отрицательные эмоциональные переживания, хроническая неудовлетворенность и т.п. могут приводить к патологическим изменениям характера, искажениям в формировании личности. Все эти особенности детей-инвалидов требуют особого подхода в их обучении и воспитании.

Специфика воспитания детей-инвалидов состоит преимущественно в коррекционной направленности этого процесса. От воспитателей и педагогов прежде всего требуется максимально расширить возможности детей для освоения предметно-практического и теоретического опыта. Следует стремиться в наибольшей мере преодолеть накладываемые инвалидностью ограничения. Особого внимания требует эмоциональное развитие таких детей [75, с. 25].

«Исключительные дети» – термин, которым в зарубежной (в основном англоязычной) научной литературе обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм. Наряду с теми детьми, которые в отечественной

дефектологии обозначаются как аномальные, к этой категории относят также одаренных детей [75, с.25].

Дети с отклонениями в развитии с самого раннего возраста нуждаются в особых условиях воспитания и обучения, обеспечивающих коррекцию нарушенных функций. Эти условия отличаются своеобразием, которое заключается в тесной связи коррекционных мероприятий с формированием практических навыков и умений. Конкретные особенности воспитания таких детей зависят от вида аномального развития, степени и характера нарушений различных функций и возрастных возможностей ребенка.

Педагогическая помощь аномальному ребенку, все пути его разностороннего развития нуждается в развитии, насыщении интеллектуальным и актуальным содержанием. Это позволит сделать жизнь каждого ребенка с отклонениями в развитии более комфортной, эмоционально окрашенной и полезной [78, с.4].

Е.М.Мастюкова отмечает, что специфика заболевания при детском церебральном параличе (тяжелые двигательные и речевые расстройства) нарушают возможность свободного общения ребенка с другими детьми. Осознание своего дефекта в школьном возрасте вызывает различные эмоциональные расстройства: сниженный фон настроения, чувство неуверенности и своей неполноценности, страх, недоразвитие воли и т.д. Все это способствует формированию у ребенка различных компенсаторных и гиперкомпенсаторных реакций, в частности, стремление отказа от общения со сверстниками, уход в свой внутренний мир переживаний и фантазий, нарушение поведения, патологические черты характера.

Общая цель воспитания (человек культуры) конкретизируется, получает свое реальное воплощение в личностном образе ребенка. Это портрет, в котором запечатлены индивидуальные особенности подрастающего человека как результат природных предпосылок, истории и обстоятельств его жизни, особенности душевных переживаний, характер. Становление личностного

образа – процесс внутренний, обусловленный развитием самосознанием ребенка, приобщение его к социальным ценностям. Личностное развитие предполагает проектирование образа жизни ребенка в определенной культурно-событийной среде. Поэтому основная задача воспитателей – создание культурной среды развития личности ребенка и оказание ему помощи в нахождении своего места в ней [34, с.22].

Воспитание здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями имеет общие и специфические цели. Мы согласны с мнением И.И.Валеева, что важными задачами воспитания являются:

- выявление и развитие природных задатков и творческого потенциала каждого ребенка; реализация их в разнообразных сферах человеческой деятельности и общения;

- формирование общечеловеческих норм гуманистической морали (доброты, взаимопонимания, милосердия, терпимости по отношению к людям), культуры общения;

- развитие внутренней свободы, способности к объективной самооценке и саморегуляции в поведении, чувства собственного достоинства, самоуважения, готовности и способности к рефлексии;

- воспитания положительного отношения к труду как высшей ценности жизни, развитие потребности в творческом труде;

- воспитания и развитие потребности в здоровом образе жизни [151, с.11].

Воспитание органично сопряжено с обучением. Правильно организованное обучение стимулирует развитие творческих сил детей, формирует эмоционально-ценностное отношение к обществу, людям и себе.

Е.В.Бондаревская называет базовые воспитательные процессы, которые способствуют становлению ребенка как субъекта жизни, истории, культуры;

- жизнотворчества – включение детей в решение реальных проблем собственной жизни, обучение технологиям изменения собственной жизни, создание среды жизни;

– социализация – вхождение ребенка в жизнь общества, его взросление, освоение различных способов жизнедеятельности, развитие его духовных и практических потребностей, осуществление жизненного самоопределения;

– культурная идентификация – востребованность культурных способностей и свойств личности, актуализация чувства принадлежности ребенка к определенной культуре и оказание ему помощи в обретении черт человека культуры;

– духовно-нравственное развитие личности – овладение общечеловеческими нормами нравственности, формирование внутренней системы моральных регуляторов поведения (совести, чести, собственных достоинств, долга и др.), способности делать выбор между добром и злом, измерять гуманистическими критериями свои поступки и поведение;

– индивидуализация – поддержка индивидуальности, самобытности личности, развитие ее творческого потенциала, становление личностного образа ребенка [34, с.22].

Специфика воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья состоит в специально организованной воспитательной и образовательной деятельности, направленной на коррекцию и компенсацию двигательных возможностей.

Известно, что многие подростки с тяжелыми формами церебрального паралича, окончившие школу, становятся полезными членами общества, находят свое место в жизни и в коллективе здоровых людей. Но есть и такие выпускники, которые при относительно нетяжелых двигательных нарушениях и нормальном интеллекте не могут приспособиться к коллективу здоровых людей, не могут найти своего места в жизни. Виновата в этом не болезнь, а неправильно организованная система воспитания и обучения этих детей.

Как отмечает Е.М.Мастюкова, среди личностных реакций у детей с церебральным параличом можно выделить три группы:

1. Непатологические личностные реакции, связанные с социальной депривацией (лишением полноценных социальных контактов) и бедностью их жизненного опыта;

2. Патологические, связанные с нарушением деятельности центральной нервной системы под влиянием биологической ее недостаточности и неправильностей воспитания;

3. Компенсаторные и гиперкомпенсаторные реакции. Они имеют вторичный характер и определяются стремлением ребенка приспособиться к своему дефекту [152, с. 16].

Проблема умственного развития и умственного воспитания была и остается одной из самых значимых в детской психологии и педагогике. На современном этапе она приобретает особое значение из-за наметившихся тенденции роста числа детей с отклонениями в умственном развитии, испытывающих впоследствии этого трудности в обучении. Среди них встречаются дети с общим недоразвитием речи, с задержкой психического развития, с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы, с минимальной мозговой дисфункцией и пр. Впоследствии эти дети составляют основной контингент коррекционных классов и классов компенсирующего обучения [55, с.67].

Важным фактором в формировании личности аномального ребенка считается не просто комплексное воспитание, а организация педагогического воздействия по принципу целостной системы специального обучения. При этом результат выражается не в определенных умениях, способностях, чертах характера, а в виде интегративного личностного новообразования, перестраивающего всю совокупность связей и отношений ребенка с окружающей действительностью [106, с.168].

Более 4,5% всех детей относятся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья и нуждающихся в специальном обучении.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению числа специальных дошкольных и школьных образовательных учреждений, активно внедряются новые модели коррекционного обучения. Активной является подготовка кадров для специального образования (лишь 8,2 % педагогов имеют дефектологическое образование), а также для комплектования психолого-медико-педагогических комиссий, которые призваны обеспечить дифференцированную диагностику детей, направляемых на специальное обучение [119, с.31].

Н.Ф.Талызина отмечает, что в силу социальной природы психики человека люди не рождаются с готовыми способностями мышления, памяти и т.п. Все это они усваивают прижизненно, делая социальный опыт опытом личным [197, с.8,9].

Представители различных научных отраслей – медицины, психологии, педагогики могут быть едины в понимании природы дефекта и путей его коррекции, однако государство организует сеть специальных образовательных учреждений, исходя, прежде всего из экономических и политических резонансов.

Нередко ребенок не имеет возможности получить адекватную психолого-педагогическую помощь не в силу неясности диагноза, а из-за отсутствия в стране учреждений соответствующего типа. В такой ситуации в России находится, например, большинство детей с эмоциональными нарушениями. Возможно, для ряда стран это трудно решаемая задача, тем не менее необходимо, во-первых, правильно ее сформулировать, а, во-вторых, строить стратегию специального образования с учетом названных противоречий.

Вместе с тем, чем больше разработаны и обоснованы специалистами классификация детей с особыми потребностями и специальные методы их обучения, тем скорее государство будет вынуждено их обучать [129, с.5].

Перед массовой школой стоит важная и ответственная задача – обеспечить в процессе обучения и воспитания всестороннее развитие каждого ребенка. Осуществляя эту сложную задачу, педагогический коллектив школы

иногда сталкивается с наличием у некоторых детей затруднений в обучении, которые обусловлены теми или иными отклонениями в их развитии, приводящими к неуспеваемости этих детей в школе [45, с.5].

В системе образования имеется дифференцированная сеть специальных школ для детей с различными видами аномалий: вспомогательные школы для умственно отсталых детей, школы для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с речевыми расстройствами при сохранном слухе и др.

В эти специальные школы должны приниматься дети только с отчетливо выраженной формой аномалии, в силу которой они не могут обучаться в массовой школе и нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания с применением специфических методов и приемов, направленных на компенсацию их дефектов, на коррекцию развития детей. Своевременно выявить и направить подлинно аномальных детей в специальную школу очень важно, так как пребывание аномального ребенка в условиях массовой школы, где не могут быть обеспечены специальные условия воспитания и обучения, наносит ему ущерб и затрудняет работу учителя с классом. Но неправильным является и то, что иногда детей с легкими отклонениями в развитии направляют в специальные школы, особенно во вспомогательные. Неправильное направление таких детей во вспомогательные и другие специальные школы также наносит ущерб ребенку, не корректирует его состояния, задерживает его развитие. Это мешает и работе специальной школы, так как она рассчитана на детей с определенным дефектом [45, с.6].

В массовой школе встречаются неуспевающие дети, у которых трудности в обучении обусловлены временной задержкой психического развития. К этой категории относятся дети с психофизическим или только психическим инфантилизмом и детей, у которых инфантилизм сочетается с задержкой в развитии познавательной деятельности – произвольного внимания, логического

запоминания, пространственных представлений, восприятия, мышления и др. [45, с.47].

Причины задержки развития бывают разные. Они могут возникнуть из-за токсикоза, несовместимость по резус-фактору плода и матери, болезни матери во время беременности. Когда такие дети приходят в школу, они плохо включаются в учебную деятельность, не воспринимают и не выполняют школьных заданий, ведут себя так же, как в детском саду, и оказываются не «созревшими» для обучения.

Часто во время занятий у таких детей появляется повышенная утомляемость, а иногда и головные боли. Вместе с тем у детей с психофизическим инфантилизмом нет первичной интеллектуальной недостаточности.

Задержанные в своем развитии дети, нуждаются в сугубо индивидуальном подходе с самого начала, как только обнаружатся трудности в их обучении и поведении [45, с.51].

Почти все дети с несложной формой временной задержки развития могут быть успевающими учениками массовой школы, но их необходимо своевременно заметить в классе и осуществить по отношению к ним строго индивидуальный подход. Понимание характера отклонений у ребенка само по себе дает учителю возможность найти наиболее правильные пути педагогического воздействия. В этих случаях педагогу важно иметь тесный контакт с детским врачом-психоневрологом, а также с семьей ребенка, которая при правильной помощи со стороны педагога может играть большую роль.

Мы согласны с мнением Т.А.Власовой, что в специальную школу для аномальных детей направляют лишь тех учащихся, которые из-за тяжести своего дефекта или отклонений в развитии нуждаются в обучении в специально организованных условиях. Основная же часть детей, имеющих те или иные отклонения в развитии, но без резко выраженных изменений в психике, должны остаться в массовой школе [45, с.119].

Таким образом, специфика воспитательного процесса детей с нарушениями физического здоровья заключается в учете индивидуальных особенностей ребенка, коррекции физического недуга, развитии компенсаторных функций. Данный процесс может происходить и в массовых общеобразовательных учреждениях, если имеются условия пребывания детей с ограниченными физическими возможностями. При учете необходимых условий, таких как медицинское оснащение, дополнительный медико-педагогический состав (логопед, невропатолог, массажист, дефектолог, психолог), возможна социально-педагогическая адаптация детей с различным состоянием физического здоровья в массовых общеобразовательных учреждениях. В связи с этим встает вопрос о возможности интеграции образовательного процесса детей с различным состоянием физического здоровья.

1.3. Интеграция образовательного процесса как основа совместного обучения детей с различным состоянием здоровья

Развитие охвата детей специальным образованием сопряжено с решением ещё одной острой современной проблемы – интеграционного подхода к образованию.

К сегодняшнему дню определены периоды становления и развития национальных систем специального образования (социокультурный контекст) [187].

I период эволюции: от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости призрения инвалидов. Длительность периода: с VIII в. до н.э. по XII в. н.э. (Западная Европа), с X в. по XVIII в. (Россия). Статус рабов, «неполноценных». Гражданская либо физическая смерть.

II период эволюции: от осознания необходимости призрения инвалидов к осознанию возможности обучения глухих и слепых детей; от приютов через опыт индивидуального обучения к первым специальным учебным заведениям. Длительность периода: с XII в. по XVIII в. (Западная Европа), XVIII в. – нач. XIX в. (Россия). Развивается благотворительность, открываются специальные школы.

III период эволюции: от осознания возможности обучения детей с сенсорными нарушениями к признанию права аномальных детей на образование. Становление системы специального образования. Длительность периода: к. XVIII в. – н. XX в. (Западная Европа), н. XIX в. – н. XX в. (Россия). Сеть специальных школ. Декларация прав человека и гражданина (1789).

В России развивается три направления помощи детям с отклонениями в развитии:

- христианско-благотворительные (приюты, дома призрения),
- лечебно-педагогические (школы-санатории, отделения при больнице),
- педагогические (школа, детский сад, колония).

Отмена крепостного права (1861), реформа городского самоуправления (1870), экономический подъем.

IV период эволюции: от осознания необходимости специального образования для отдельных категорий детей с отклонениями в развитии к пониманию необходимости специального образования для всех, нуждающихся в нем. Развитие и дифференциация системы специального образования. Длительность периода: н. XX в. до 70-х гг. (Западная Европа), н. XX в. до 90-х гг. (Россия). Всеобщая декларация прав человека ООН (1948), принятие ООН Декларации «О проблемах умственно отсталых лиц» (1971) и «О проблемах инвалидов» (1975). В России - изменение политики государства (к. 50-х – н. 60-х гг.). Рост специальных школ. С к. 70-х – н. 80-х гг. открываются специальные классы для детей с задержкой психического развития в массовых школах.

V период эволюции: от равных прав к равным возможностям; от «институционализации» к интеграции. Длительность периода: н. 70-х г.г. до настоящего времени (Западная Европа), н. 90-х г.г. до настоящего времени (Россия). Доклад «Права человека и инвалидность» (1991) комиссии по правам человека ЮНЕСКО (раздел III «Предвзвешенности в отношении инвалидов и их дискриминация»). Ведущей тенденцией развития специального образования становится «включение в общий поток» или интеграция.

В России необходимо разработать свою модель, которая «работала» бы на продвижение в области интеграции, взаимодействия структур массового и специального образования, но при этом не проводила бы к свертыванию специальных образовательных учреждений, не блокировала бы развитие системы дифференцированного специального образования [167, с.7].

Исследователи указывают, что включение в общий поток, интеграция – официально принятое направление в области специального образования в 3/4 стран. Отсутствие интеграции отмечается лишь в 15 странах из 58. Ограниченность информации не всегда позволяет определить, что понимается под термином «интеграция» в том или ином сообществе. Нередко, используя один и тот же термин, специалисты подразумевают мероприятия почти что прямо противоположной направленности [129, с.7].

Первая точка зрения: интеграция предполагает построение образовательного процесса исключительного ученика таким образом, чтобы он был максимально подготовлен к вхождению в ординарное общество. Например, формируя трудовые и профессиональные навыки, подростка тренируют под существующую технологию.

Вторая точка зрения, согласуясь во многом с первой, одновременно предполагает активную работу с микросоциумом, в который войдет исключительный ребенок, с обществом в целом. При таком подходе технология приспособляется к имеющимся у ребенка возможностям.

Интеграция в образовательном процессе не является самоцелью: это одно из важнейших средств подготовки к будущей самостоятельной жизни в обществе. Кроме того, интегрированное обучение, как показывает зарубежный опыт, требует большего числа педагогов-дефектологов, чем дифференцированный подход (по данным США примерно на 30,0–40,0 %). Для части детей-инвалидов и детей с недостатками развития интегрированное обучение видимо вообще неосуществимо. По данным английских специалистов число таких детей составляет около 2,0 % от всей детской популяции школьного возраста. Указанные обстоятельства подтверждают уже известное зарубежным специалистам положение: интегрированное обучение стоит дороже дифференцированного [129, с.7].

Кроме того, обязательное условие интеграции – ранее выявление и ранняя психолого-педагогическая коррекция.

Исходя из такого понимания интеграционного подхода, Институт коррекционной педагогики РАО поставил следующие проблемы:

- изучение зарубежного опыта в этой области (Российско-Фламандский проект «Интеграция»);
- разработка критериев для отбора детей в интегрированное обучение с учётом их возраста, характера первичного дефекта и особенностей проявления вторичного дефекта, социального положения, возможностей родителей и педагогов в оказании эффективной коррекционной помощи;
- создание экспериментальных площадок для реализации интегрированного подхода к обучению дошкольников и школьников с нарушением слуха, зрения, где коррекционная помощь оказывается дефектологами [129, с.8].

В 1975 году Генеральная Ассамблея ООН провозгласила Декларацию о правах инвалидов. Общество понимало, что необходимо предупредить инвалидность, вызванную физическими и умственными недостатками;

оказывать инвалидам помощь в развитии их способностей в различных областях деятельности и содействовать включению их в нормальную жизнь.

В Декларации дано определение термину «инвалид», что означает любое лицо, которое в силу недостатка физических или умственных способностей не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и социальной жизни [108, с.126].

В 1979 году в Германии получает всестороннее научное обоснование концепция интегрированной педагогики, которая была разработана Германским советом по образованию и заключалась в педагогическом стимулировании ущербных детей, а также предусматривала возможно более широкую их интеграцию в обычные школы. Интегрированная школа призвана обеспечивать разным детям возможности для понимания и принятия друг друга, для плодотворного взаимодействия на гуманистической основе. А это есть не что иное, как практическая реализация статей Декларации о правах умственно отсталых лиц. Декларация о правах инвалидов – включение аномальных детей в полноценную жизнь общества.

В Соединенных Штатах Америки процесс интеграции активизировался в конце 70-х начале 80-х годов в связи с движением за гражданские права. Положение об интеграции было вынесено в Дополнение к Акту об образовании и узаконено в 1981 году. Основанием этого положения послужили такие психологические концепции, как «гипотеза контакта» и теория «моделирования», в соответствии с которыми интеграция способствует тому, что дети, имеющие дефекты развития, могут моделировать свое поведение по образцу поведения нормальных сверстников [108, с.128,129].

В 1985 году в Гамбурге проходил 1 Европейский Конгресс по проблеме умственной отсталости. Было подчеркнуто, что пребывание инвалидов в изолированных учреждениях в течение длительного времени усугубляет их инвалидность. Отсюда делается правомерный вывод о важности общения со

здоровыми окружающими людьми, что обогащает и закрепляет приобретенный инвалидами опыт и дает им уверенность в своей независимости [108, с.131].

В 80-х годах Правительство РСФСР приняло ряд постановлений: «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей-инвалидов» (1981 г.); «О состоянии и мерах дальнейшего развития сети специальных школ, школ-интернатов, дошкольных учреждений и полном охватывании обучением и воспитанием аномальных детей» (1983 г.).

Особую значимость имеют проблемы интеграции детей с отклонением в развитии в системе обучения и в обществе в целом.

Я.Есенски (1993) определяет интеграцию аномальных, не различая при этом школьной, социальной и трудовой, а рассматривая ее как состояние совместного проживания аномальных и здоровых людей. Состояние интеграции можно, согласно Я.Есенскому, осуществить посредством оптимизации развития личности. По его мнению, для интеграции характерно следующее:

1. Интеграция не зависит от того, возможно ли устранить дефект.
2. Интеграция зависит от устраняемости признаков дефективности.
3. Интеграция отличается динамическим изменчивым характером, ей постоянно угрожает регрессия.
4. Интеграции можно добиться при условии специальных реабилитационных, образовательных мер.
5. Интеграция предполагает высокую степень развития способностей к самореабилитации, самовоспитанию, самореализации.
6. Интеграция зависит от адаптированности материально-технических условий существования аномальных детей.
7. Уровень интеграции можно классифицировать по степеням [213, с.39].

«Интегрированное обучение» – обучение, воспитание детей с различными дефектами психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми. С позиции специального обучения аномальных детей в нашей стране интеграция как

включение человека в общество в качестве полноценного его члена зависит от успешности его образовательной и профессиональной подготовки. Такая подготовка аномальных детей в наиболее адекватной форме осуществляется в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Это не исключает возможности обучения отдельных, наиболее одаренных детей с нарушениями слуха, зрения или двигательной системы в массовых общеобразовательных школах, если они при наличии индивидуальных средств коррекции дефекта могут успевать за темпом обучения остальных детей. За рубежом в последние годы интегрированное обучение аномальных детей в обычных школах стало чаще рассматриваться как основной путь их обучения [75, с.35].

В настоящее время становится понятным, что в педагогической и социальной сфере медицинские термины неприемлемы как диагнозные, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, а также как не отражающие особых потребностей этих лиц в образовании, особенностей и возможностей их социального адаптирования [187, с.13].

Наиболее продуктивным в этом смысле представляется термин, предложенный еще в конце 70-х гг. английскими специалистами: «дети (лица) с особыми образовательными потребностями».

Современная специальная педагогика исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей. Поэтому специальная педагогика пользуется такими терминами, как лица с ограниченными возможностями (жизнедеятельности); применительно к обучающимся – лица с особыми образовательными потребностями, так как ограничение возможностей участия человека с отклонением в развитии в традиционном образовательном

процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической помощи, позволяющей преодолевать эти ограничения, затруднения. В этом контексте недостаток, ограничение возможностей выступают как переменная величина трудности педагогического воздействия, а не как неотъемлемая личностная характеристика такого человека [187, с.14].

В современной юридической и социальной сфере за рубежом все шире используется термин «лица с ограниченной трудоспособностью» (вместо термина «инвалиды»). Это понятие позволяет рассматривать данную категорию лиц именно как нуждающихся в различного рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума. Термин «инвалид» кроме медицинского диагноза (недееспособен) несет в себе негативный социальный смысл. За рубежом термин «инвалид» применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими нарушениями и в основном в узкопрофессиональном (медицинском) контексте.

В современных российских нормативно-правовых документах в области образования, например, в Проекте закона «О специальном образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья» приводятся следующие определения некоторых основных терминов, используемых в области специального образования.

Специальное образование – дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицами с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья – лицо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Недостаток – физический или психический недостаток, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Физический недостаток – подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

Психический недостаток – подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствие повреждения мозга, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

Специальные условия для получения образования (специальные образовательные условия) – условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья [187, с.15].

Интеграция в обучении детей с различными отклонениями в развитии является средством, обеспечивающим социальную адаптацию таких детей в дальнейшем. Под интеграцией понимается создание благоприятных природных условий для развития и саморазвития ребенка, выбор в соответствии с возможностями и потребностями ребенка типа учебной программы.

Принципиально важными законодательными решениями в области защиты прав человека в Российской Федерации являются следующие.

1. Закрепление прав детей в главных сферах их жизнедеятельности в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка и Заключительными

замечаниями Комитета ООН по правам ребенка (Конституция РФ, Семейный кодекс РФ, постановление Правительства РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «Об образовании», Указ Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности», Федеральная целевая программа «Дети России»).

2. Разработка и принятие мер по улучшению здоровья населения, в том числе детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья (основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Закон РФ «О социальной защите инвалидов», Федеральная программа «Социальная поддержка инвалидов»).

3. Разработка и принятие мер, направленных на улучшение обучения и воспитания подрастающего поколения («О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «Об образовании», Указ Президента РФ «О гарантиях прав граждан на получение образования», Семейный кодекс Российской Федерации, постановление Правительства РФ и Парламента РФ «О неотложных мерах по экономической и социальной защите системы образования». Послание Президента РФ Парламенту РФ «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов»),

4. Определение через социальные институты (государственные и общественные) системы компенсаций, в том числе семьям, имеющим детей-инвалидов (Указ Президента РФ «О совершенствовании системы государственных социальных пособий и компенсационных выплат семьям, имеющим детей, и повышении их размеров», Закон РФ «О социальной защите инвалидов») [187, с.54].

В последнее время в отечественном образовании остро стоит проблема соотношения дифференцированного обучения аномальных детей разных категорий в соответствующих специальных школах и интегрированного обучения детей с особыми нуждами в общеобразовательных школах. Интеграция показана лишь части детей с особыми нуждами. Подлинная

интеграция предполагает создание оригинальной модели образования, объединяющей, а не противопоставляет две обучающихся систем – массовое и специальное [129, с.8].

Базовым правовым документом для реализации программы интегрированного обучения должен стать закон Российской Федерации «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специального образования)», который пока существует на уровне проекта. В проекте Закона РФ «О специальном образовании» дается определение «специальное образование» [167, с.3]

Специальное образование – система условий, которое создает государство для лиц, имеющих специальные образовательные потребности, с целью обеспечения им равных возможностей в получении образования посредством ликвидации физических, финансовых или психологических барьеров, которые исключают или ограничивают участие этих лиц в жизни общества [167, с.3].

Интегрированное обучение – совместное обучение лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки, и лиц, не имеющих таких недостатков, с использованием специальных средств и методов и при участии педагогов-специалистов [167, с.4].

В статье 11 Проекта Закона Российской Федерации «О специальном образовании» раскрываются положения об участниках интегрированного обучения.

1. Обучение и воспитание лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки осуществляется в образовательных учреждениях общего типа, а при необходимости – в специальных образовательных учреждениях. При интегрированном обучении за лицами, имеющими психические и (или) физические недостатки, сохраняются все льготы, которыми они пользуются при обучении в специальном образовательном учреждении. Российская Федерация и ее субъекты способствуют развитию интегрированного обучения, основными видами которого являются:

а) обучение в обычном классе (группе) с получением индивидуальной помощи;

б) обучение в обычном классе (группе) с получением помощи в коррекционном, в том числе логопедическом кабинете (пункте);

в) обучение в специальном (коррекционном) классе (группе) в образовательных учреждениях общего типа.

2. Лица с физическими и (или) психическими недостатками имеют право на интегрированное обучение в соответствии с психолого-педагогическими и медицинскими показателями (противопоказаниями) при условии, что образовательное учреждение общего типа может обеспечить им необходимую специализированную индивидуальную помощь. Образовательное учреждение общего типа не вправе отказать таким лицам в приеме по мотиву наличия у них физического и (или) психического недостатка при отсутствии противопоказаний к обучению и (или) профессиональному образованию и работе по избранной специальности.

3. Совместное обучение и воспитание лиц со сложными или психическими недостатками и лиц, не имеющих таких недостатков, не должно отрицательно сказываться на результатах обучения последних. Лица со сложными или психическими недостатками, успешно осваивающие образовательную программу соответствующего образовательного учреждения общего типа, могут быть отчислены из этого образовательного учреждения из-за невозможности совместного обучения только по решению суда в порядке искового производства [167, с.7,8].

Наиболее адекватными условиями для проведения целенаправленной работы по интеграции детей с отклонениями в развитии располагают образовательные учреждения комбинированного типа, имеющие как обычные, так и специальные дошкольные группы и школьные классы. В этих условиях возможно эффективно осуществлять интеграцию проблемных детей с учетом

развития каждого ребенка, выбирая полезную и возможную для него «долю» интеграции, т.е. одну из форм:

- комбинированная интеграция, при которой дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким к возрастной норме, по 1–2 человека на равных воспитываются в массовых группах и классах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога специальной группы (класса);

- частичная интеграция, при которой дети с проблемами в развитии, еще не способные на равных со здоровыми сверстниками овладеть образовательным стандартом, вливаются в массовые группы и классы лишь на часть дня (например, на его вторую половину, на отдельные занятия) по 1–2 человека;

- временная интеграция, при которой все воспитанники специальной группы (класса) вне зависимости от уровня психофизиологического и речевого развития объединяются со здоровыми детьми не реже 1–2 раза в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера, например на праздниках, соревнованиях, отдельных занятиях и т.п.

- для детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически подготовлены к совместному со здоровыми сверстниками обучению, может быть эффективна полная интеграция. Такие дети (по 1–2 человека) включаются в обычные группы детского сада и классы школы (ближайших к дому); при этом они, как правило, не получают коррекционную помощь в самом образовательном учреждении [222, с.42,43].

Важно подчеркнуть, что если полная и комбинированная модели интеграции могут быть эффективны лишь для части детей с высоким уровнем психофизиологического и речевого развития, то частичная и особенно временная формы интеграции целесообразны для большинства детей с отклонениями в развитии, в том числе и с интеллектуальной недостаточностью.

По мнению В.В.Коркунова (1998) аномальные дети при совместном обучении получают больше внешних стимулов к развитию, чем при раздельном. У них формируется потребность общения, придается большое значение адаптивным характеристикам развивающейся личности [213, с.43].

Современной специальной педагогике России принадлежит инициатива и некоторый практический опыт подготовки детей с сенсорными нарушениями (с нарушениями зрения и слуха) к обучению в условиях массовой общеобразовательной школы (Н.Д.Шматко и др.).

Неслышащим и слабослышащим детям, обучающимся в массовом образовательном учреждении, следует одновременно получать специальную сурдопедагогическую помощь, которую должны оказывать дефектологические кабинеты, сурдологические центры, консультативные пункты при специальных школах [187, с.362]. Интегрированное образование детей с нарушениями зрения в массовой общеобразовательной школе в нашей стране пока редкое явление, так как ни сами дети, ни образовательные учреждения общего назначения не готовы к такому сотрудничеству.

Помимо экономических, организационных и педагогических условий интегрированное образование ребенка с особыми образовательными потребностями требует для него и условий психологического комфорта в новой среде (рисунок 2).

Специальные классы, интегрированные в массовые общеобразовательные школы, являются одной из наиболее распространенных в нашей стране моделей. Они создаются для детей:

- с нарушением интеллекта (там, где нет специальных школ для этой категории детей);
- с задержкой психического развития, нуждающихся в специальных, а не массовых образовательных программах, если нет школ для данной категории детей (классы коррекционно-развивающегося обучения);

– «группы риска школьной дезадаптации», способных к освоению в массовых образовательных программ, но испытывающих временные учебные и (или) адаптационные затруднения в школьной среде. Сюда относятся и дети с ослабленным здоровьем, хронически болеющие (классы компенсирующего обучения) [187, с.363].



Рис. 2. Модели интегрированного обучения

В России к их числу можно отнести организацию дифференцированного обучения учащихся общеобразовательной школы. Оно предусматривает усиление подхода к ребенку и учета его индивидуальных особенностей и возможностей при выборе для него формы организации и методов образования: учитывается состояние здоровья, готовность к школьному обучению, психофизические и адаптационные возможности.

Как отмечает Л.И.Аксенова, на практике это реализуется в развитии системы классов, в которых созданы щадящие условия образования и работает квалифицированный педагог, знающий особенности работы с такими детьми. Традиционная школьная среда корректируется в соответствии с потребностями детей, испытывающих затруднения в обучении и адаптации к школьной среде.

В настоящее время при поступлении в школу около 27,0% детей имеют хронические заболевания, 45,0% – функциональные отклонения в физическом и нервно-психическом здоровье. Около 10,0% детей можно отнести к категории безнадзорных, так как в основном это дети из социально неблагополучных семей (алкоголизм, наркомания), дети из семей беженцев и временных переселенцев, лиц, не имеющих определенного места жительства, это социальные сироты (при наличии родителей, лишенных родительских прав). Все эти дети, не имея отклонений в развитии, на этапе поступления в школу характеризуются низким уровнем школьной зрелости, испытывают трудности в учении и освоении социальной роли ученика, имеют повышенный риск школьной дезадаптации. Это дает основание рассматривать их как группу педагогического риска [187, с.366].

Выделив из своего состава детей с задержкой психического развития, диагностирование которых и направление в коррекционные классы могут осуществляться только через психолого-медико-педагогические консультации или медико-педагогические комиссии, массовая общеобразовательная школа, тем не менее, не освободилась полностью от неуспевающих учеников, значительное число которых как раз и составили дети риска школьной дезадаптации.

В соответствии с Законом об образовании и приказом Министерства образования России № 333 от 8 сентября 1992 г. педагогические коллективы массовых общеобразовательных школ стали открывать для детей группы педагогического риска классы компенсирующего обучения. Согласно Положению об организации классов компенсирующего обучения (педагогической поддержки) вопрос об открытии такого класса решается на педагогическом совете школы и утверждается местными органами образования. Максимальное число обучающихся 15 человек [187, с.367].

Классы компенсирующего обучения (педагогической поддержки) рекомендуется создавать в основном на этапе получения начального общего

образования. При получении основного общего образования классы компенсирующего обучения могут сохраняться или создаваться вновь лишь в особых случаях (например, при поступлении детей беженцев или временных переселенцев и т.п.).

Необходимость воспитания и обучения в естественной среде детей с ограниченными возможностями отмечали многие ученые. Л.С.Выготский писал: «Мы видим, какую ценность приобретают общие коллективы отсталых и нормальных детей, какую важность приобретает подбор групп и пропорций интеллектуальных уровней в школе» [53, с.210]. Детей с дефектами зрения, слуха и другими можно и нужно воспитывать так, чтобы они чувствовали себя полноправными и активными членами общества – ведущая идея Л.С.Выготского. «С одной стороны дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой – именно потому, что создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед» [53, с.9].

И.П.Павлов говорил о том, что «Введение разнообразных форм интегрированного обучения для аномальных детей, не имеющих грубых нарушений, гораздо более эффективно, чем дифференцированное обучение, в плане социальной адаптации и интеграции этих детей в общество» [213, с.47].

В.Штерн отмечает, что ребенок с дефектом не есть непременно дефективный ребенок. От исхода социальной компенсации, т.е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности [53, с.15].

При соприкосновении с внешней средой возникает конфликт, вызванный несоответствием недостаточного органа или функции стоящим перед ними задачами. По мнению А.Адлера, этот конфликт создает повышенные возможности и стимулы к компенсации и сверхкомпенсации [53, с.10].

Представляется, что именно Л.С.Выготский, вопреки традиционным представлениям, одним из первых пытался обосновать идею интегрированного обучения, которая впоследствии материализовалась в практике работы школ

Европы и США. В частности она реализовывается в начальных классах г. Гамбурга с 1983/1984 учебного года. В таких классах обучаются и воспитываются вместе аномальные и нормально развивающиеся дети.

Интегрированный класс составляется из групп детей с различными способностями и возможностями. Наполняемость класса составляет, как правило, 15–20 учащихся, среди которых 2–4 аномальных ученика. Аномальные дети, находящиеся в интегрированном классе, имеют различные нарушения развития, при этом не должно осуществляться выделение определенных видов и степени нарушений (принцип открытого приема).

Учебно-воспитательный процесс в интегрированном классе ведется 3 педагогами: учителем начальных классов, воспитателем и учителем вспомогательной школы. Нормально развивающиеся дети обучаются по действующим учебным планам начальных школ Гамбурга. Для аномальных детей используются методические рекомендации для вспомогательных школ [96, с.93].

В Соединенных Штатах Америки в системе образования существует программа индивидуального образования. Программа индивидуального образования (ПАО) разрабатывается для каждого школьника, у которого определена аномалия. ПАО предназначена для того, чтобы образование, предусмотренное для отдельного школьника, соответствовало бы особым образовательным потребностям этого школьника и чтобы специальные образовательные услуги были бы действительно предоставлены и проконтролированы [186, с.35]. Этапы процесса формирования программы индивидуального образования (рисунок 3) включают следующее:

1. Этап направления начинает процесс и включает как действия, предшествующие направлению, так и действия по направлению. Он включает деятельность, предшествующую направлению, действия по самому направлению и первоначальное планирование.

2. Этап аттестации – это ядро процесса. Он включает задания по разработке и написанию ПИО. На этом этапе предусмотрена комплексная оценка, совещание по развитию конкретного ребенка и написанию программы индивидуального образования.

3. Этап обучения наступает после того, как завершено написание документа, и предусматривает обучение и наблюдение за прогрессом в обучении школьника.



Рис. 3. Этапы процесса формирования программы индивидуального образования

Содержание программы индивидуального образования:

- 1) справка об уровне функционирования школьника на данный момент;
- 2) формулировка ежегодных целей, включая краткосрочные цели;
- 3) перечень специфических образовательных и связанных с ними услуг, которые должны быть предоставлены школьнику;

4) намеченные даты для начала предоставления услуг и ожидаемая продолжительность этих услуг;

5) соответствие объективных критериев и аттестационных процедур и планов для определения, по меньшей мере, ежегодно того, достигаются ли краткосрочные учебные цели.

Учитываются факторы: тяжесть дефекта, потребность школьника в дополнительных услугах, связанных с дефектом, социальные и учебные навыки школьника, этап обучения. Родители дают письменное соглашение на направление.

Размещение детей для предоставления образовательных услуг.

- дом-больница (0,7%)
- интернат (0,9%);
- отдельная школа (5,2%);
- отдельный класс (25,2%);
- обычный класс (32,5%);
- комната реабилитации (35,5%).

Большинство (68,5%) проводят много времени, большее число времени или все время в общеобразовательных классах. В это число входят школьники, которые учатся только в общеобразовательном классе (32,5%), и такие, которые делят свое время между общеобразовательным классом и комнатой реабилитации (35,5%) (образовательная среда, в которой предусмотрены аттестационные услуги и медицинский инструктаж для аномальных школьников по регулярной программе на протяжении части учебного дня). Около 25% аномальных школьников обучаются в специальных школах. Небольшой процент (1,6%) находятся в другом окружении: школах-интернатах (0,9%) и дома или в больнице (0,7%) [186].

Систему специального образования во Франции описывает М.Лоран (национальный Центр школьной адаптации и интеграции, г.Сюрен) [8, с.40].

Специальное образование во Франции находится под двойным ведомством – оно зависит от Министерства национального образования (сектор Адаптации и Интеграции), а также контролируется Министерством социальных дел (сектор Медико-педагогический).

В начальной школе сектора Адаптации и Интеграции существовало значительное количество специальных классов. Самое большое количество классов приходилось на классы совершенствования, принимающие учеников с легкой интеллектуальной недостаточностью. В течение последних лет, по мере возможности, осуществлялась их реорганизация в обычные классы с поддержкой системы специальной помощи. В 1991 году начали создаваться так называемые классы школьной интеграции, в которых учатся как нормальные дети, так и дети с умственными, сенсорными или моторными нарушениями, которые направляются туда через специальную педагогическую комиссию.

В средних классах (после 1967 г.) есть специальные секции (классы) при колледжах, которые принимают молодых людей с нарушениями или трудностями в обучении, которым предлагается адаптированное общеобразовательное и профессиональное обучение.

Сектор Медико-педагогический включает 1874 учреждения, принимающих умственно отсталых детей с сенсорными, моторными, полиморфными нарушениями или с выраженными нарушениями поведения. Прием производится после решения Комиссии департамента специального обучения. Обучение, воспитание и лечение осуществляется специалистами различных профилей.

Применение политики школьной интеграции приводит эти учреждения к переориентации – часть детей направляется в классы интеграции или на индивидуальное обучение. Часть специализированного персонала включается в Службу обучения и специализированной помощи на дому, другая часть осуществляет помощь ученикам и педагогам в школьных учреждениях [8, с.40,41].

В городе Дубна Российской Федерации разработан интеграционный проект «Выживем вместе» (школа «Возможность», г. Дубна), в основу которого положена европейская программа «Равных возможностей и равных прав». Этот проект предполагает потенциальные изменения отношений горожан и городских властей к проблемам инвалидов, особенно детей с особенностями развития [8, с.56]. Главными задачами проекта являются:

- социально-психологическая реабилитация детей с особенностями физического и интеллектуального развития и их интеграция в общество;
- воспитание у больших и маленьких горожан отношения к инвалидам как к равным, как к личностям.

Пути реализации проекта:

- развивать в первую очередь сохранившиеся способности ребенка, чтобы все время присутствовала положительная мотивация активных действий. Это позволит вызвать у ребенка чувство: «Я не хуже других, а в чем-то и лучше». Снятие комплекса неполноценности – это первый шаг к социальной реабилитации. Это позволит успешнее бороться с оставшимися физическими и умственными недостатками;
- составлять для каждого ребенка индивидуальную программу социально-психологической реабилитации;
- подбирать для постоянного места общения и формирования такие детские коллективы, в которых ребенок будет чувствовать себя комфортно;
- обеспечить необходимую коррекцию поведения здоровых детей по отношению к ребенку с особенностями;
- учитывать при подборе коллектива, места обучения и т.д. район проживания ребенка, чтобы родителям было близко отвозить его, а в дальнейшем, чтобы ребенок мог самостоятельно посещать образовательное учреждение;
- растить ребенка в обществе любящих его и желающих помочь ему, тех, кто интересен ему и кому он интересен [8, с.56,57].

В настоящее время в массовых общеобразовательных школах России находится много детей с проблемами в развитии. Это вынужденная интеграция (псевдоинтеграция). Ее причинами являются:

- отсутствие специальных (коррекционных) образовательных учреждений;
- их удаленность от места проживания ребенка и его семьи;
- нежелание родителей обучать ребенка в специальном учреждении;
- волевое решение органов управления образованием без одновременного создания соответствующей инфраструктуры в массовой школе [187, с.360].

Вслед за Н.М.Назаровой мы согласны с мнением о том, что проблема интегрированного обучения является в настоящее время дискуссионной, так как интеграция имеет свои положительные и отрицательные стороны. Хорошо, что дети с особыми образовательными потребностями не будут изолированы от общества, но плохо, что в массовых школах возможности специального интегрированного обучения ограничены. Готова ли массовая общеобразовательная школа принять детей с проблемами в развитии, готов ли учитель оказать психолого-педагогическую помощь, имеются ли специалисты для этого, как психологически совместить разные группы детей, как организовать условия для подготовки детей с ограниченными возможностями к жизни в условиях массовой школы – эти и другие проблемы требуют внимательного изучения и взвешенного решения. Следует учитывать при этом и мнение родителей, которые по-разному относятся к интеграции, особенно в принудительном ее варианте.

Существует объективное мнение, что необходимо развивать гуманное отношение к людям с ограниченными возможностями. Создаются детские общественные объединения для обеспечения социальной поддержки. Право на обучение и воспитание в массовых образовательных учреждениях детей с ограниченными возможностями здоровья имеет законодательную базу. Программа «Дети инвалиды» направлена на формирование основ комплексного

решения проблем детей с ограниченными возможностями и семей, в которых они воспитываются, создание условий для независимой жизни этой части населения, решение медико-социальных, социально-экономических и нравственных проблем детей-инвалидов и их родителей, вопросов профилактики детской инвалидности, создание системы реабилитации таких детей, организация разработки и выпуска изделий, необходимых для нормальной жизнедеятельности и адаптации в обществе [72, с.76].

В законе Российской Федерации «Об образовании» в статье 5, пункте 6 говорится, что государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов [72, с.184].

В настоящее время выявлены и научно обусловлены основные условия, способствующие успешной интеграции детей с отклонениями в развитии: раннее выявление нарушений в развитии и организация раннего коррекционно-воспитательного воздействия; основной отбор детей, определение тех, кто нуждается в воспитании в специально организованных условиях, в специальных дошкольных учреждениях – это дети с наиболее тяжелыми отклонениями в развитии, – и определение тех, кто может быть вместе с нормальными детьми [108, с.66].

Интегрированный характер образовательного процесса реализуется объединением усилий специалистов разного профиля, направленных на изучение и обучение детей с отклонениями в развитии, их взаимосвязью и взаимообусловленностью.

Несмотря на имеющийся положительный опыт создания специальных классов коррекционного и компенсирующего обучения в общеобразовательных школах, пока существует много проблем, но совместная образовательная деятельность способствует воспитанию гуманных чувств у здоровых детей и благополучной социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Выводы по I главе

1. Воспитание детей и молодежи в современном российском обществе реализуется в условиях экономического и политического реформирования, в силу которого существенно изменилась социальная жизнь подрастающего поколения, функционирования образовательных учреждений, средств массовой информации, молодежных и детских общественных объединений. Физическое здоровье и моральное благополучие детей неразрывно связаны с созданием для них необходимых условий воспитания, образования, культурного и духовного развития.

2. Увеличивается количество детей с широким спектром физических аномалий и отклонений в развитии. Состояние здоровья детей и подростков становится одной из серьезных проблем государства. Именно в детском возрасте происходит стремительное и комплексное развитие.

3. Общая численность детей-инвалидов Российской Федерации достигла 617 096 детей. Ведущее место в структуре детской инвалидности составляют висцеральные и метаболические нарушения (25,0%), далее следуют двигательные (23,0%) и умственные (20,5%) нарушения. Более 4,5% всех детей относятся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья.

4. Результаты учебно-воспитательной работы во многом определяются характером общения взрослого и ребенка, детей между собой. Поэтому необходимо использовать личностно ориентированную модель взаимодействия, когда к ребенку относятся как к полноценному партнеру, как к сотрудничающей стороне. При этом педагог должен исходить из интересов ребенка и перспектив его дальнейшего развития. Такой подход создает оптимальные условия для обеспечения физиологического и психологического благополучия ребенка, что важно для формирования правильных взаимоотношений детей со взрослыми и сверстниками.

5. Интеграционное обучение может происходить в следующих видах: обучение в обычном классе (группе) с получением индивидуальной помощи, обучение в обычном классе (группе) с получением помощи в коррекционном кабинете, обучение в специальном (коррекционном) классе (группе) в образовательных учреждениях общего типа.

6. Воспитательное пространство должно стать существенным фактором личностного развития. Каждая возрастная и социальная группа детей педагогически обогащает воспитательное пространство, ибо приходится решать те проблемы, которые возникают в связи с вхождением в него данной группы.

7. Интеграция как включение человека в общество в качестве полноценного его члена зависит от успешности его образовательной подготовки. В совместной деятельности здоровые дети получают знания о людях с ограничением жизнедеятельности через непосредственное восприятие, общение. У детей формируется чувства сопереживания, помощи, что способствует построению адекватных взаимоотношений.

Глава 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

2.1. Организация опытно-экспериментальной работы по исследованию педагогических условий совместного обучения детей с различным состоянием физического здоровья

Целью опытно-экспериментальной работы являлось разработка и экспериментальная проверка эффективности программы по организации совместной образовательной деятельности здоровых детей и детей с нарушениями физического здоровья на начальном этапе школьного образования, а также определение индивидуально-типологической траектории организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

Исходя из общей цели исследования, мы поставили следующие основные задачи опытно-экспериментальной работы:

1. Выявить педагогические условия организации совместного учебно-воспитательного процесса детей с различным состоянием физического здоровья в общеобразовательной школе.

2. Разработать, адаптировать и внедрить программу по работе со здоровыми и детьми с ограниченными физическими возможностями, родителями, педагогами, направленную на формирование позитивного отношения к совместной учебно-воспитательной деятельности.

3. Экспериментальным путем определить индивидуально-типологические траектории эффективной организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе обучения.

Исследовательская работа проводилась в течение 1999–2004 учебных годов в три этапа. На различных этапах экспериментальной работы принимали

участие 91 учащихся школ (из них 11 детей с ограниченными физическими возможностями), 127 родителей, 64 педагога.

На первом этапе (1999–2000 учебный год) был осуществлен анализ современного состояния исследуемой проблемы в теории и практике образования. Проведен констатирующий эксперимент, который позволил определить состояние интегрированного процесса в общеобразовательных школах города Уфы.

Проведен опрос родителей, педагогического коллектива школ, беседы с учащимися, наблюдение за совместным учебно-воспитательным процессом детей с ограниченными физическими возможностями и здоровыми.

На втором этапе (2000–2003 учебные года) осуществлялось выявление педагогических условий организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья; проводился формирующий эксперимент, в ходе которого апробировались данные условия. На данном этапе также использовались методы опроса, метод статистической обработки полученных результатов

На третьем этапе (2003–2004 учебный год) проведен анализ эффективности организации совместной деятельности здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями на начальном этапе школьного образования, обобщение и систематизация материала диссертационного исследования.

Экспериментальная работа является сравнительной, так как при ее проведении были выделены контрольные группы, в которых учебный процесс шел в обычных условиях, и экспериментальные, в которых вводились дополнительные условия. Эксперимент проводился в реальных условиях массового обучения, то есть являлся естественным. Анализ характеристик групп (наполняемость, возраст, половой состав, состояние здоровья: и в контрольных и в экспериментальных группах обучались здоровые дети и дети с ограниченными физическими возможностями) позволили сделать вывод о том,

что исследуемые группы по вышеперечисленным показателям оказались сравнимаемыми.

Педагогический эксперимент проводился в два этапа: констатирующий эксперимент и формирующий. Основная цель констатирующего эксперимента состоит в определении начальных уровней всех параметров, которые подлежат отслеживанию в ходе эксперимента.

Выбор школ для эксперимента производился по данным проведенного исследования, которое выявило определенную численность детей с ограниченными возможностями здоровья в этих учебных заведениях. Школы, выбранные нами для проведения исследовательской работы, принимают детей с ограниченными физическими возможностями (в СШ № 117 – 10 детей, в СШ № 5 – 5 детей с нарушениями физического здоровья).

Почти в каждой школе и в каждом классе обучаются дети, имеющие ограничения в физическом развитии (детский церебральный паралич, последствия полиомиелита). Многие из них оказываются в общеобразовательной школе благодаря их родителям. Родители верят в возможность обучения их детей со здоровыми сверстниками, чтобы в будущем они с помощью свободного общения могли повысить свой статус в обществе, сохранить чувство собственного достоинства, а не остаться с чувством неполноценности. Также родители, детей с нарушениями в развитии, настаивают на их определении в обычную школу, чтобы избежать огласки, скрыть эту проблему от окружающих.

Анализ теоретического аспекта проблемы показывает, что интегрированная система обучения позволит в естественной социальной среде, а не в искусственной, созданной в специальных учреждениях, сформировать у детей с проблемами в развитии общественно необходимые навыки и умения, способность адаптироваться как к типичной, так и нестандартной ситуации [213, с.43,44]

В отечественной педагогике исследователями Л.С.Волковым, В.В.Коркуновым, Н.Н.Малофеевым, Н.М.Назаровой, Н.Д.Шматко были определены формы интегрированного обучения в обычных классах общеобразовательной школы (комбинированная, частичная и др. интеграция). На основе нашего исследования мы предполагаем определить индивидуально-типологическую траекторию организации образования детей с различным состоянием физического здоровья внутри совместного образовательного процесса, что позволит им безболезненно пройти периоды адаптации, социализации в обществе, стать полноправными ее членами.

Дети с ограниченными физическими возможностями с сохранным интеллектом продолжают обучаться в специализированных школах, что сокращает до минимума возможность более широких отношений со здоровыми сверстниками, адаптацию к окружающему миру. Причинами такого положения является неготовность массовых школ к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья, негативное отношение здоровых участников образовательного процесса к лицам, имеющим нарушения в здоровье; сомнения родителей детей с ограниченным физическим развитием в том, что их дети будут благополучно себя чувствовать, их не будут обижать.

Данные нашей исследовательской работы по выявлению численности детей с ограниченными возможностями здоровья в массовых образовательных учреждениях показывают, что очень мало детей имеют возможность ощутить себя полноценными членами общества. Дети находятся в «изоляции» от мира, где происходит множество разнообразных событий, в которых они не могут принимать участия в связи с «закрытостью» их образовательного учреждения.

Для определения реального положения совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья в общеобразовательной школе было разработано и проведено исследование.

Проведение опроса, бесед с родителями и педагогами показали, что существует субъективное мнение на проблему совместного обучения и

воспитания здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья. Родители детей, не имеющих физических отклонений в развитии, в большинстве своем относятся к интеграционному процессу в общеобразовательной школе с небольшим энтузиазмом. Данное отношение характеризуется не сформированностью чувства солидарности, взаимопомощи, возникают сомнения в каких-либо способностях людей и соответственно, детей с ограниченными возможностями здоровья, показывая при этом свою неприязнь и даже брезгливость к этим людям.

Отношение педагогического коллектива к возможности обучения и воспитания детей с ограниченным физическим развитием в массовой школе так же, как и мнение родителей, важно для эффективного совместного образовательного процесса. Чаще всего недостаточное знание методов обучения детей с ограниченными физическими возможностями приводят к сомнению учителей в возможности совместного обучения детей с различным состоянием физического здоровья. На основании нашего анализа учебного плана, программы обучения детей в массовых общеобразовательных учреждениях и программы обучения детей с ограниченными физическими возможностями, мы пришли к выводу, что существует главное различие, которое состоит в дополнительных занятиях, направленных на коррекцию физических недостатков. Данное отличие не является большим препятствием, которое не возможно преодолеть, так как существует подготовка специалистов (врачей лечебной физической культуры, логопедов, дефектологов, психологов и других узких специальностей), которые могут работать с такими детьми в коррекционные часы.

Как следует из анализа мнения педагогического коллектива, основной причиной неблагоприятного отношения к возможности совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья в массовой школе является недостаточное знание проблем интегрированного процесса и его реализации в образовательном учреждении. Для успешной совместной

образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья данная позиция педагогов по отношению к вопросу интеграции будет не достаточно благоприятной. Большое значение в принятии детей с особенностями в развитии имеет сформированность нравственных, гуманных, этических позиций.

Одними из главных участников образовательного процесса являются дети. Помимо решения проблем, изучаемой нами, в группе взрослых участников экспериментальной работы, важным является мнение и поведение детей.

Проведенные опросы, наблюдения способствовали выяснению отношений детей к сверстникам, имеющих физические отклонения в развитии. Необходимо было выявить, как они понимают и принимают таких детей в «свое окружение», умение действовать в солидарности, сформированность таких качеств личности как нравственность, любовь к ближнему, взаимопомощь, а также определить критерии отношения к совместному обучению как у здоровых детей, так и у детей с нарушениями физического здоровья.

Результаты диагностики, опроса участников учебно-воспитательного процесса показали реальное отношение к совместному образовательному процессу здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями в общеобразовательной школе.

Изучение психолого-педагогических работ по проблемам интеграционного процесса вслед за Л.Н.Кошелевой, П.Митлер, С.Кирк, Д.Лернер позволило выделить нам основные направления опытно-экспериментальной работы (таблица 5).

Основные направления, интерпретированные в опытно-экспериментальной работе

Основные направления	Содержание
Л.Н.Кошелева	<ul style="list-style-type: none"> – повышение эффективности практической работы по предупреждению детской инвалидности; – комплексная медицинская, психолого-педагогическая, социальная реабилитация детей-инвалидов; – обеспечение детей-инвалидов техническими средствами, облегчающими бытовое самообслуживание; – создание системы информационного обеспечения проблемы детской инвалидности; – кадровое обеспечение и повышение квалификации сотрудников, работающих с детьми, имеющими физические и умственные ограничения; – организация научных исследований актуальных проблем детской инвалидности; – укрепление материально-технической базы специальных учреждений для детей-инвалидов [110, с. 127, 128]
П.Митлер	<ul style="list-style-type: none"> – интегрированное обучение должно осуществляться с согласия родителей ребенка; – ребенку должны оказываться специальная педагогическая помощь; – забота об аномальных детях в обычном классе не должна идти в ущерб остальным детям; – интеграция должна осуществляться на основе эффективного использования всех средств, имеющихся в

	<p>распоряжении школы;</p> <ul style="list-style-type: none"> – аномальный ребенок должен принимать участие во всех мероприятиях класса, школы; – специальную методическую подготовку должны получить все учителя школы [213, с. 41]
<p>С.Кирк, Д.Лернер</p>	<ul style="list-style-type: none"> – введение в штат класса дополнительного педагога с дефектологическим образованием, обеспечивающим ему достаточную подготовленность для работы с аномальными детьми в условиях массовой школы и высокий уровень профессионализма, необходимый для создания качественных индивидуальных планов и требовательности к результатам обучения «особых» детей; – дополнительное обучение педагогов по специальным программам; – изменение стандарта, ограничивающего нижний предел грамотности; введение в процесс обучения развивающих дисциплин не учебного плана [213, с.45,46]

Несмотря на разработку условий, направления интеграционной работы, данная проблема не находит своего практического применения в образовательных учреждениях.

Таким образом, опираясь на опыт отечественной и зарубежной педагогики и психологии и творчески перерабатывая используемые подходы к работе с детьми с ограниченными физическими возможностями, мы стремимся наилучшим образом организовать совместную образовательную деятельность детей с различным состоянием физического здоровья.

Нами были разработаны следующие *педагогические условия* организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья в школе:

- повышение значимости личностного опыта, включающий морально-этический, гражданский, рефлексивный, здоровьесберегающий компоненты;
- формирование посредством программы позитивного отношения здоровых детей, детей с ограниченными физическими возможностями, а также родителей и педагогов к совместному образовательному процессу;
- построение и реализация индивидуально-типологических траекторий организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

Для построения адекватных взаимоотношений между здоровыми участниками образовательного процесса и лиц с ограниченными физическими возможностями, эффективной совместной образовательной деятельности необходимо сформировать определенные личностные компоненты.

В исследовании для определения уровня сформированности компонентов личностного опыта, была использована идеальная (эталонная) модель, на основе идей Е.В.Бондаревской, А.С.Гаязова [34, 58].

Вслед за Е.В.Бондаревской, мы согласны, что в состав компонентов личностного опыта входит: морально-этический, гражданский, личностный [34, с. 23].

Морально-этический – накопление опыта переживания и проживания эмоционально насыщенных ситуаций гуманного, нравственного поведения: организация актов милосердия, проявление заботы о близких и дальних, терпимости, уважения к другим людям, переживания чувств совести, стыда, собственного достоинства.

Гражданский – участие в общественно полезных делах, проявления гражданских чувств, отстаивание прав человека и другие ситуации, развивающие опыт гражданского поведения.

Личностный – насыщенность жизнедеятельности детей ситуациями реальной ответственности, свободного выбора, принятия решений, рефлексии своих поступков, поведения, способов самооценки и самокоррекции, самоанализа, проектирование своего поведения, личностного развития [34, с.23].

Цель опытно-экспериментальной работы позволяет внести новое содержание в личностный компонент, вследствие чего мы переименовали его в рефлексивный.

В связи с выделенной нами проблемой, был определен дополнительный компонент личностного опыта – здоровьесберегающий – сохранение здоровья детей и взрослых, ведение здорового образа жизни, организация мероприятий по повышению адаптационных возможностей организма подрастающего поколения.

Таким образом, были выделены следующие компоненты личностного опыта, которые должны быть сформированы у участников интегрированного процесса в образовательной школе:

- I – Морально-этический, включающий уровень нравственного поведения;
- II – Гражданский, включающий отстаивание прав человека;
- III – Рефлексивный, включающий возможность свободы выбора, анализ собственной деятельности;
- IV – Здоровьесберегающий, включающий значимость состояния здоровья для жизнедеятельности человека, направленный на повышение адаптационных возможностей организма подрастающего поколения.

В ходе исследования мы предполагали, что каждый сформировавшийся компонент личностного опыта будет оценен в 5 баллов. Соответственно будут выделены уровни сформированности компонентов личностного опыта:

- высокий уровень, которому соответствует 5 баллов;
- выше среднего, которому соответствует 4 балла;
- средний уровень, которому соответствует 3 балла;

- ниже среднего, которому соответствует 2 балла;
- низкий уровень, которому соответствует 1 балл.

На основе полученных уровней был составлен идеальный (эталонный) профиль компонентов личностного опыта (рисунок 3).

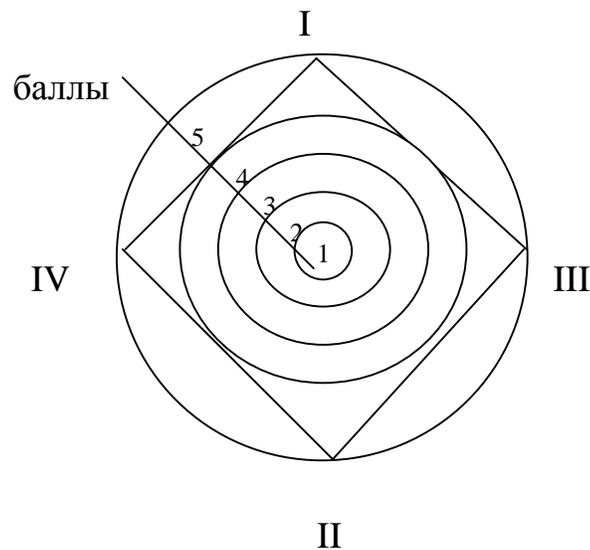


Рис. 3. Идеальный (эталонный) профиль компонентов личностного опыта (на основе использования пятибалльной шкалы оценок).

В связи с выделенными баллами, можно определить качества, которыми будет обладать личность, имея тот или иной уровень сформированности компонента личностного опыта на базе совместной образовательной деятельности для адекватных взаимоотношений между детьми с различным состоянием физического здоровья (таблица 6).

Характеристика сформированности компонентов личностного опыта
(морально-этический, гражданский, рефлексивный,
здоровьесберегающий)

Уровень	Качества личности
Высокий	<p>Нравственное поведение сформировано на высоком уровне: активная забота о близких, организация актов милосердия, переживание чувства долга, совести, собственного достоинства;</p> <p>сформированы гражданские качества: общественная активность, ответственность, уважение и принятие прав и обязанностей окружающих;</p> <p>насыщенная жизнедеятельность, самооценка своих поступков, поведения;</p> <p>ведение здорового образа жизни, активной физической деятельности</p>
Выше среднего	<p>Гуманное отношение к окружающим людям, проявление терпимости; уважение к законам государства, чувство личной свободы, адекватное отношение к проблемам окружающих;</p> <p>самоанализ своих поступков, самокоррекция поведения, ответственность, личностное развитие;</p> <p>организация активного образа жизни</p>
Средний	<p>Уважение к другим людям, проявление гуманности, сострадания, заботы;</p> <p>проявление активности в общественных делах, единство личностного сознания и общественного поведения;</p> <p>ответственность за принятие решений, проектирование своего поведения;</p> <p>ведение здорового образа жизни и физическая активность от случая к случаю</p>

Ниже среднего	<p>Забота о близких, по отношению к другим людям позиция пассивная;</p> <p>недостаточная активность в участии в общественных делах, гражданские качества недостаточно сформированы;</p> <p>выбор в действиях и поведении зависит от мнения большинства окружающих, личностное развитие не интересует;</p> <p>недостаточно сформирована физическая активность, нет постоянства здорового образа жизни</p>
Низкий	<p>Низкая гражданская активность, пассивность в организации актов милосердия, недостаточно терпимости, уважения к другим людям;</p> <p>безразличие к проблемам окружающих, правам человека, несформированность чувства собственного достоинства;</p> <p>отсутствие анализа своих поступков, самокоррекции поведения;</p> <p>Негативное отношение к здоровому образу жизни, нет интереса к физической активности</p>

Выделенные уровни можно охарактеризовать тремя качествами по отношению к интеграционному процессу: активные, нейтральные, пассивные. К активному типу можно отнести обследуемых из высокого и выше среднего уровней. К нейтральному типу – средний и ниже среднего уровни. Пассивный тип включает низкий уровень и определенный массив уровня ниже среднего.

Качественное отношение личности к совместной деятельности в образовательных учреждениях выражается в сформированности компонентов личностного опыта. Вышеуказанные типы характеризуют различные степени активности личности в совместном образовательном процессе (таблица 7).

Характеристика отношений личности к совместной деятельности

Типы	Характеристики	
	Педагоги, родители	Дети
Активный	Умение видеть цели и задачи интеграционного процесса в образовательном учреждении, пути их достижения; организация актов милосердия, терпимость; участие в общественно полезных делах; рефлексия своих поступков, самоанализ, личностное развитие; формирование здорового образа жизни, активная жизнедеятельность; свобода выбора; активное участие в образовательном процессе; ярко выраженная общественная направленность	Адекватное построение взаимоотношений, проявление терпимости, уважения мнения окружающих взрослых и сверстников; развитие чувства собственного достоинства и принятие чувств окружающих
Нейтральный	Нейтральное отношение к образовательному процессу в целом; слабое проявление участия в общественно значимых делах; не принимает на себя ответственности; включается в деятельность, если поддерживает большинство, нет самостоятельного принятия решения	Признание прав и возможностей окружающих, иногда собственное мнение зависит от позиции других, взрослых
Пассивный	Низкое проявление компонентов личностного опыта; способы самооценки и самопринятия находятся на низком уровне; «плышет» по течению; интерес к образовательному процессу низкий	Безразличие ко всему происходящему, возможно проявление негативизма вследствие низкой самооценки

На этапе констатации данных, нами было выявлено количество принадлежности участников исследования (родителей и педагогов, детей) к тому или иному типу активности участия в образовательной деятельности в целом и к совместной образовательной деятельности в частности (таблица 8).

Таблица 8

Количество участников исследования, относящиеся к активному, нейтральному и пассивному типу

Типы (уровни компонентов личностного опыта)	Родители		Педагоги		Дети	
	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ
Активный (высокий и выше среднего)	10 (2и8)	10 (1и9)	6 (1и5)	5 (1и4)	7 (2и5)	8 (2и6)
Нейтральный (средний и ниже среднего)	43 (21и22)	44 (22и22)	20 (12и8)	23 (12и11)	29 (15и14)	28 (16и12)
Пассивный (низкий)	10	10	5	5	10	9
Итого	63	64	31	33	46	45

Данные нашего исследования позволяют сделать вывод о необходимости проведения программы по формированию позитивного отношения к совместной образовательной деятельности, которая предполагает повысить уровень компонентов личностного опыта у всех участников образовательного процесса.

Для сопереживания и умения проявлять адекватные реакции на чужие эмоции ребенку нужен опыт совместного проживания своих эмоций и эмоций партнера по общению.

2.2. Программа совместного обучения и построение индивидуально-типологической траектории образовательной деятельности

В нашем исследовании одним из условий организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе обучения являлась разработка и апробация программы формирования позитивного отношения к интегрированному процессу.

Данный процесс необходимо строить на основе гуманистической системы воспитания и обучения, которая придерживается следующих идей:

- личностный подход: признание личности подрастающего человека высшей социальной ценностью; уважение уникальности и своеобразия каждого ребенка, признание его социальных прав и свобод; отношение к воспитаннику как субъекту собственного развития, опора на всю совокупность знаний о человеке, на естественный процесс саморазвития формирующейся личности на основе закономерностей этого процесса;

- жизненные ценности, нравственные нормы и правила только через чувства могут стать собственными ценностями и нормами развивающейся личности;

- единство воспитания, обучения и развития, что требует существенного изменения содержания общего развития, форм и методов обучения. Важное место должны занять гуманистический аспект в общем образовании, дифференциация и индивидуализация обучения, активные методы, стимулирующие познавательный интерес;

- гуманизация межличностных отношений: уважительные отношения между педагогами и детьми, терпимость к мнению детей, доброта и внимание по отношению к ним создают психологически комфортную атмосферу, в которой растущая личность чувствует себя защищенной, нужной, значимой, без чего невозможно развитие и саморазвитие ученика;

– средовый подход: различные варианты взаимодействия школы со средой, которая весьма противоречива, но школа в состоянии включить в жизнь учащихся заботы и проблемы ближайшего окружения, превращая школу в культурно-духовный центр, способствующий совершенствованию жизни в микросоциуме [151, с.7,9].

Современная ситуация в системе образования, в которой происходят изменения, связанные с ориентацией на ценностные основания педагогического процесса, на его гуманизацию и индивидуализацию в подходах к решению проблем конкретного ребенка, побуждает к созданию новых моделей, поиску новых форм и технологий специализированной помощи детям, имеющим проблемы, а также нарушения в развитии, обучении, общении и в поведении [168, с.3].

Важным условием успешной и эффективной организации совместного образовательного процесса является формирование компонентов личностного опыта: морально-этического, гражданского, рефлексивного, здоровьесберегающего. Проведенное исследование показало, что данные компоненты недостаточно сформированы у участников опытно-экспериментальной работы.

Разработанная программа «Учимся вместе», направленная на формирование позитивного отношения в совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного обучения представляет собой формирующий эксперимент. С помощью формирующего эксперимента мы предполагаем повысить уровни сформированности компонентов личностного опыта.

Целью нашей программы являлось: сформировать позитивное отношение к совместной образовательной деятельности в общеобразовательной школе у здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями, а также у родителей и педагогов.

Цель программы позволила, в свою очередь, определить задачи, основные направления, через которые реализовывается программа:

- создание групп родителей и педагогов для проведения занятий, направленных на формирование позитивного отношения к совместному образовательному процессу в массовой школе детей с различным состоянием физического здоровья;

- ознакомление с основными проблемами интеграционного процесса в системе образования (исторические аспекты, опыт за рубежом, перспективы в России);

- организация встреч со специалистами: медиками, психологами, дефектологами, логопедами;

- ознакомление с законодательной базой, на основании которой дети с различным состоянием здоровья могут обучаться в массовых образовательных учреждениях;

- организация совместных встреч-занятий педагогов и родителей, обсуждение данной проблемы;

- организация совместных мероприятий здоровых детей и детей с нарушениями физического здоровья (посещение культурно-массовых заведений, спортивные соревнования, конкурсы).

Программа разработана на общепедагогических принципах обучения.

При применении принципа сознательности и активности обучения используются различные приемы и способы, позволяющие стимулировать познавательную деятельность учащихся, способствующие восприятию, запоминанию, сохранению, переработке учебного материала, его самостоятельному анализу и обобщению и последующему применению. Учитель объясняет новый материал, ставит перед учениками мыслительные задачи, направляет их познавательную деятельность, оказывает периодическую помощь, побуждая использовать полученные знания при решении различных, в том числе практических задач [158].

При обучении большое значение имеет принцип согласования педагогического процесса с индивидуальными психофизиологическими особенностями учащихся. Данный принцип рассматривается с позиции динамики работоспособности, особенностей запоминания, что является основой для успешности обучения. Педагогу необходимо учитывать в работе учебные, возрастные и психологические особенности учащихся.

Чтобы реализовать потенциальные возможности ребенка, учитывая психофизиологические особенности обучающегося необходимо создать положительное эмоциональное состояние, то есть физиологические процессы, связанные с переживаниями радости, успешности и т.д. оказывают значительное влияние на сохранение здоровья в процессе обучения на работоспособность. Для этого необходимо похвалить за старание на определенном этапе, отмечая реальные достижения учащегося.

При реализации данных принципов в образовательном учреждении необходимо чтобы осуществлялась взаимосвязь системы воспитания и обучения школы и семьи.

Существуют различные классификации типов неправильного воспитания. Одна из классификаций [117] выделяет следующие типы воспитания: 1) гипопротекция (безнадзорность), 2) доминирующая гиперпротекция (мелочный контроль), 3) потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумира семьи»), 4) эмоциональное отвержение, 5) гиперопека и симбиоз, 6) воспитание посредством нарочитого лишения любви, 7) воспитание посредством вызова чувства вины. Данные типы воспитания затрудняют социальную адаптацию ребенка.

Большое значение имеет отношение родителей к особенностям своего ребенка. В исследованиях И.И.Мамайчук, В.В.Ткачевой показано, что в семьях, где воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья, наиболее частый тип отношений – гиперопека, тормозящая личностное развитие ребенка, лишаящая его самостоятельности, способствующая закреплению тормозимых

черт личности и формированию нереальных планов на будущее. В то же время в части семей наблюдается эмоциональное отвержение больного ребенка, что ведет к формированию у него чувства неполноценности. Неуверенности в себе, а при неустойчивом типе характера вызывает реакции активного протеста.

Таким образом, с учетом описанной социальной ситуации развития ребенка в семье, основные направления в работе специалистов представляется следующим:

- гармонизация семейных отношений,
- установление правильных детско-родительских отношений,
- помощь в адекватной оценке возможностей ребенка (как физических, так и психологических),
- помощь в решении личных проблем (чувство неполноценности вины), связанных с появлением аномального ребенка,
- обучение элементарным методам психологической коррекции (аутогенной тренировке, элементам игротерапии и т.п.) [117, с.145].

Первоначально необходимо сформировать положительные позиции к совместному обучению у взрослых участников образовательной деятельности (педагогов, родителей). Реализация программы «Учимся вместе» предполагается через три основных этапа:

Мы считаем, что для позитивного взаимодействия здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием необходимо на первом этапе реализации программы сформировать знания о проблемах интегрированного обучения у родителей и педагогов.

На втором этапе реализации программы «Учимся вместе» необходимо формирование адекватных взаимоотношений между здоровыми детьми и детьми с ограниченными физическими возможностями. Через совместные мероприятия при непосредственном общении и положительной позиции к интегрированному образованию взрослых дети могут самостоятельно выстраивать нормальные отношения между собой.

На третьем этапе предусмотрена совместная деятельность взрослых и детей для укрепления тех отношений, которые были заложены при реализации программы «Учимся вместе».

Данные этапы программы реализуются через пять разделов: «Интегрированный процесс в системе образования», «Современные педагогические технологии в оздоровлении и социальной реабилитации ребенка», «Психотерапевтическая работа с семьей», «Лечебно–коррекционные и педагогические мероприятия», «Программно-методические рекомендации по физической культуре для учащихся 1-4х классов с ограниченными физическими возможностями и здоровых детей».

Первый раздел программы направлен на формирование у участников экспериментальной работы знания об интеграционном процессе в системе образования. Раздел включает темы: «За и против», «Интегрированное обучение», «Что говорят специалисты».

Существует законодательная база, которая дает возможность детям с ограниченными возможностями здоровья обучаться в общеобразовательной школе. Это Указ президента РФ «О мерах по формированию для детей инвалидов среды жизнедеятельности», «О гарантиях прав граждан на получение образования», «О научном и информационном обеспечении проблемы инвалидности и инвалидов».

Законодательство придерживается следующих принципов социальной и правовой защиты лиц с недостатками в развитии:

- 1) принцип равенства прав людей исключительных и других людей, запрет на ограничение каких-либо их прав на основании наличия недостатков развития или ослабленного здоровья;
- 2) принцип предоставления дополнительных, особых прав исключительным людям, обеспечивающих им достойный уровень жизни и условия для получения образования, развития, охраны здоровья [218, с.11].

На встречах происходило обсуждение возможности обучения детей с нарушениями физического здоровья в массовой школе. Большинство родителей здоровых детей придерживалось мнения, что дети с ограничениями в здоровье будут тормозить учебно-воспитательный процесс, так как возникает дополнительная нагрузка на педагогов, такие дети требуют дополнительного внимания, их необходимо оберегать.

Родители детей с ограниченными возможностями здоровья, напротив, высказывали мнение, что дефект, который ограничивает в движении их детей это видимость, которую тяжело воспринимать.

Данная полемика вызвала необходимость в ознакомлении родителей с историческими аспектами вопроса возможности обучения и воспитания детей с ограниченным физическим развитием в массовых образовательных учреждениях, с основными понятиями и терминами. Общество должно иметь правильное представление об их особенностях и принимать их как живущих среди нас и только потом отмечать их отличия. Обучение детей с ограниченными возможностями должно быть нацелено на раскрытие их потенциала, на предоставление им возможности как можно более полноценно жить в обществе.

На основании анализа мнений ведущих деятелей отечественной и зарубежной педагогической и психологической наук [53,94,131,222] можно сделать вывод о том, что решение вопроса об интеграционном процессе является важным и необходимым для всех участников образовательного процесса, как здоровых, так имеющих нарушения в состоянии здоровья.

Таким образом, в целом существует единое мнение о том, что введение в социум ребенка с ограниченными возможностями здоровья позволяет более успешно сформировать у него необходимый опыт для благоприятной адаптации в дальнейшем, чем если бы ребенок находился в изоляции от окружающего мира. При этом у здоровых детей, при создании педагогических условий,

формируются доброжелательные отношения, внимание друг к другу, готовность прийти на помощь по отношению ко всем.

Групповые занятия с педагогическим коллективом, учителями начальных классов, администрацией школы, проводились в том же направлении, что и занятия с родителями («За и против», «Интегрированное обучение»). Обсуждение вопроса совместной образовательной деятельности здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием на начальном этапе проведения занятий, позволило выявить мнение педагогов, определить причины «за» и «против». Были определены основные характеристики обучения:

- развитие творческих способностей детей;
- личностный, а не нормативный характер оценки достижений ученика;
- повышенное внимание к психофизическому здоровью детей;
- содействие нравственному становлению;
- целенаправленная развивающая работа.

В работе с группой педагогов было отмечено, что реальное отношение людей независимо от декларируемых правительствами принципов и законов, определяемое как негативное, пренебрежительное и даже брезгливое, можно преодолеть. Безусловно, для этого требуется время, а основную роль должны сыграть такие сферы, как образование и педагогика.

Деятельность педагога имеет большое значение в формировании гуманных отношений. Он показывает детям способы принятия общих решений, сотрудничества и взаимопомощи в совместной деятельности, устанавливает благоприятный микроклимат, определенную социальную среду для позитивного развития личности.

Во многом успешность изменения отношений здорового человека к больному и гуманизация этих отношений зависят от того, какие ценности заявлены в обучении и воспитании поколения; от квалификации и мастерства педагогов и от их общечеловеческих, педагогических и профессиональных качеств [218].

Организация совместных встреч педагогического коллектива и родителей («За и против», «Интегрированное обучение») позволило обсудить позицию по отношению к интеграционному процессу в массовых школах.

Как известно, первоначально взгляд на мир формируется у детей непосредственно через пример взрослых, их мировоззрение. Поэтому наша опытно-экспериментальная работа направлена на формирование позитивного отношения к совместной образовательной деятельности здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием на начальном этапе обучения в школе также и у родителей и педагогов. Умение видеть и понимать окружающих у ребенка формируется в первую очередь в семье, где закладываются основы уважения, которые усваиваются в различных ситуациях на улице, в транспорте, в магазине и других общественных местах. Эти качества формируются во взаимодействии ребенка со взрослыми в общих делах семьи. Настроение взрослых членов семьи, их поступки, отношения к окружающему миру непосредственным образом сказываются на формировании личности ребенка.

Родители, педагогический коллектив школы в свою очередь через личный пример воздействуют на своих детей, воспитывая в них чувства солидарности, взаимопомощи, позиции сотрудничества.

Второй раздел программы «Учимся вместе» посвящен ознакомлению с современными технологиями в оздоровлении и педагогической адаптации ребенка.

Участие специалистов в групповых занятиях позволило выделить те условия, которые необходимы для продуктивной совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья. Это:

- медицинская, психолого-педагогическая реабилитация детей с различным состоянием физического здоровья;
- создание специальной мебели, оборудования, облегчающие жизненную адаптацию;

– вовлечение родителей здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием в процесс адаптации детей к школе.

Третий раздел программы предполагает психолого-педагогическую работу с семьей, воспитывающей ребенка с проблемами в развитии по программе В.В.Ткачевой [198]. Данная работа направлена на коррекцию внутриличностных конфликтов, формирование гармоничного контакта с ребенком и с окружающим миром. В ходе тренинга рассматривались вопросы обучения и воспитания, многие личностные проблемы, в которые погружен как родитель ребенка с проблемами в развитии, так и здорового ребенка. Очень важным аспектом в проведение программы «Учимся вместе» является его направленность на работу с семьей. Одной из наших задач является формирование позитивных детско-родительских отношений, поскольку успешное развитие ребенка возможно только в условиях его нормального взаимодействия с матерью и близкими людьми.

Раздел четвертый – лечебно-коррекционные и педагогические мероприятия, направлен на укрепление, поддержку здоровья всех участников экспериментальной работы, а также формирования адекватных отношений к совместным встречам здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями.

Совместные мероприятия («Встречи с артистами», «Спорт и мы», «КВН») детей с различным состоянием физического здоровья позволили адаптироваться к социальной среде школы, сформировать оптимальный психологический климат в ученических классах, способствуют развитию эмоционально-личностной сферы.

Организация совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного образования должна помочь развить у детей компенсаторные функции, коммуникативные навыки, побудить формирование гуманных чувств, терпимости, взаимовыручке.

Пятый раздел программы «Учимся вместе» представляет собой программно-методические рекомендации по физической культуре для учащихся 1–4-х классов с ограниченными физическими возможностями и здоровых детей. Данный раздел направлен на формирование представления у участников экспериментальной работы о возможности использования различных методов и приемов физической подготовки детей с ограниченными физическими возможностями. Занятия показывают, что существует возможность совместной образовательной деятельности и здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями на этапе формирования физической культуры. Демонстрируются рекомендации по формированию физической культуры в повседневной жизни ребенка, помимо школы, для всех участников образовательной деятельности, что способствует приобщению к активному занятию физической культурой и влияет на повышение здоровьесберегающего компонента личностного опыта. Учащихся обучают приемам страховки и оказания взаимопомощи.

Совместные мероприятия родителей, педагогов, детей показали на завершении опытно-экспериментальной работы, что программа по формированию позитивного отношения к совместной образовательной деятельности здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием на начальном этапе обучения была эффективной. Задачи, которые были определены в программе, успешно решены, адаптированы в общеобразовательной школе.

Неадекватное оценивание ребенком себя или других в процессе общения, может стать основой для возникновения трудностей при завязывании социальных контактов. У здоровых детей первоначально может сформироваться негативное отношение, чувство превосходства, неадекватная самооценка при идентификации себя с другими детьми, имеющими недостатки в физическом развитии. Общение здоровых детей и детей с ограничениями в движении заставляет переосмыслить свое отношение к совместной образовательной

деятельности, стимулирует тенденции к позитивному самоизменению, появляются новые формы поведения, новый опыт общения.

Совместные встречи, близкое общение детей с различным состоянием физического здоровья позволило им повысить свой статус, самооценку, приобрести уверенность. Здоровые дети, в свою очередь, начали принимать детей с ограниченными физическими возможностями такими, какими они есть, повысились моральный, гражданский, рефлексивный, здоровьесберегающий компоненты их личностного опыта.

Реализация программы показала, что много детей имеют те или иные ограничения в физическом здоровье, для которых необходима более специализированная помощь. Для данной части детей при определении дальнейшего обучения необходимо определить индивидуально-типологическую траекторию организации образовательной деятельности. Если дефект ребенка не является грубым, а он умен и очень хочет учиться, если он систематически получает квалифицированную помощь со стороны взрослых, специалистов и при этом умеет пользоваться различными вспомогательными средствами (костыли и др.), то он чувствует себя среди нормально развивающихся сверстников достаточно комфортно и является успевающим учеником [158, с.21]. Важно уточнить возможности ребенка, исходя из его особенностей: интеллектуальных, физических, эмоционально-волевых.

Глубокая характеристика на ребенка предоставляется психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК), где ребенок проходит осмотр различными специалистами.

Клиническое обследование (педиатр, психоневролог, психиатр и др.) осуществляется в первую очередь. Это объясняется тем, что предварительные данные о специфике психофизиологических нарушений ребенка вытекают из клинически подтвержденного анализа, когда клиницист делает первую попытку установить какого рода факторы привели к нарушению в психофизиологической сфере. Клиническое обследование проводится в два

этапа. На первом этапе с помощью соматического, неврологического и других обследований накапливаются объективные данные о ребенке. На втором этапе эти данные тщательно анализируются и делается предварительное заключение о своеобразии структуры дефекта ребенка. Клинические данные учитываются в последующем исследовании психолого-медико-педагогической комиссией.

Психологическое обследование ребенка предполагает:

- выявление особенностей его психического развития;
- установление нарушений психического развития;
- определение личностных нарушений поведения, системы отношений к учебной деятельности и самому себе;
- выявление сохранных, потенциальных и компенсаторных возможностей ребенка;
- установление отношения к нормам поведения и ценностным ориентациям, различий в отношении к товарищам;
- определение оптимальных условий обучения, развития социальной адаптации [168, с. 65].

В комплексной оценке психологического развития, в *выявлении индивидуальных типологических возможностей* детей для дальнейшего обучения чрезвычайно важным является *педагогическое обследование*. Педагогическое исследование детей в целях диагностики педагогической запущенности, пограничных состояний и задержки психического развития должно включать в себя задания на определение готовности к обучению, развитие школьно значимых функций, познавательной деятельности и интеллекта. Задача педагогического собеседования – выявление готовности ребенка к обучению в школе, степени сформированности школьных навыков, а также причин, вызывающих различные затруднения в усвоении программы.

Одно из центральных мест в системе комплексного обследования детей младшего школьного возраста в ПМПК занимает оценка речевого развития ребенка. Известно, что речь почти всегда является показателем того или иного

отклонения в общей картине нервно-психического состояния ребенка. Заключительный диагноз на каждого ребенка включает: уровень интеллектуального развития (или познавательной деятельности), нервно-психические отклонения и развернутый речевой диагноз [167, с. 84].

Социально-педагогическое обследование включает следующую схему:

1. Обследование начинается с установления цели посещения ПМПК (социально-педагогические проблемы, трудности в обучении, в общении, поведении, проблемы со здоровьем и др.).

2. Устанавливаются анкетные данные ребенка.

3. Выясняются социальные проблемы (характеристика жилищно-бытовых и материальных условий семьи, санитарное состояние условий проживания ребенка).

4. Изучается семья (состав, образ жизни).

5. Составляется заключение.

6. Проводится консультация и формулируются рекомендации родителям и ребенку [168, с. 110].

На основании полученных результатов, мы считаем возможным построение и реализацию индивидуально-типологической траектории организации образования детей с различным состоянием физического здоровья внутри совместной образовательной деятельности на начальном этапе школьного обучения (рисунок 4).



Рис. 4. Траектория организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

Понятие «индивидуальная траектория образования личности» появилось сравнительно недавно и уже применяется при обучении по индивидуальным

программам отдельных обучающихся. Индивидуальная образовательная траектория, индивидуальный образовательный маршрут – составляющая часть обобщенного образовательного маршрута, который, как множество индивидуальных, объединяет их в концентрированном виде. Такой подход позволяет рассматривать понятие «индивидуальный образовательный маршрут» с двух точек зрения: как один из множества возможных вариантов индивидуального образовательного продвижения личности и как результат взаимодействия обучающегося с образовательной средой [57, с. 194].

Один из главных принципов построения «индивидуальной траектории» заключается в необходимости такого конструирования образовательного процесса, в котором рельефно проявлялась бы позиция получающего образование человека, обозначилась бы его индивидуальная образовательная траектория, учитывающая его потенциальные возможности, слабости, особенности его индивидуального познавательного процесса [57].

В распределении детей в образовательное учреждение большая роль отводится психолого-медико-педагогической комиссии. Деятельность ПМПК позволяет реализовать связь с образовательными учреждениями для предупреждения отклонений в развитии детей, выбор индивидуально-типологического маршрута обучения внутри совместной образовательной деятельности, преодоления затруднений в учебе, решения проблем личностного развития. ПМПК дает направление в то или иное образовательное учреждение, в зависимости от возможности ребенка. Специалисты ПМПК в своей работе используют как индивидуальные, так и групповые формы, включая: комплексное психолого-медико-педагогическое обследование; индивидуальное и групповое консультирование детей и родителей.

Общеобразовательная школа принимает детей и распределяет их по классам. Важно на этом этапе обратить внимание на количество детей с ограниченными физическими возможностями здоровья, на отношение родителей как здоровых детей, так и детей с ограниченными возможностями на

совместное обучение и воспитание их детей. Использование программы по формированию позитивного отношения к совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья поможет изменить негативное отношение к интеграционному процессу. Как показывают результаты исследовательской работы, программа способствует изменению отношения к данной проблеме, как у взрослых (родителей, педагогов), так и у детей. Дети, как участники образовательно-воспитательного процесса также имеют свое мнение, свое отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья и в большинстве случаев их поведение будет носить такой характер, какой пример будут показывать взрослые, родители и учителя.

Отношения, проявляющиеся и формирующиеся в образовательной среде и соответствующей ей деятельности, выступают определяющим фактором в детерминации поведения личности посредством социальной среды, в которой присутствует весь спектр человеческих взаимодействий. Немаловажно дифференцировать личностные позиции, формирующиеся в данном сложном процессе. Во-первых, как полноправный участник возникающих в процессе образования отношений, личность испытывает, в первую очередь, воздействие своих сверстников, других детей, которые младше или старше, а затем – воздействие других представителей социальной среды (родителей, друзей, просто взрослых, выражающих одобрение или неудовольствие результатами учебного труда). Находясь под воздействием окружающих людей и отношений, возникающих в ходе социальной деятельности, личность несет в себе свойства объекта. Во-вторых, поскольку существенным отличием отношений в сфере образования выступает наличие образовательной средой, личность выступает субъектом [57, с. 205].

В дальнейшем собственно интеграция может проходить, как было отмечено выше, в зависимости от возможности ребенка имеющего ограничения в здоровье, возможности школы: создать дополнительный класс или включить в обычный класс.

Дифференцированное обучение предусматривает усиление индивидуального подхода к ребенку и учета его особенностей и возможностей при выборе для него формы организации: учитывается состояние здоровья, готовность к школьному обучению, адаптационные возможности.

В настоящее время при поступлении в школу около 28% детей имеют хронические заболевания, 45% - функциональные отклонения в физическом здоровье. Около 10% детей можно отнести к категории безнадзорных, социально неблагополучных семей [187]. Все эти дети, не имея отклонений в развитии, на этапе поступления в школу характеризуются низким уровнем школьной зрелости. Для этих детей целесообразно формировать *классы компенсирующего обучения*. В учебный план классов компенсирующего обучения вводятся специальные лечебно-оздоровительные и развивающие занятия (ритмика, лечебная физкультура, психологическая помощь). Дети, преодолевшие отставание в развитии и овладевшие необходимыми навыками учебной деятельности должны быть переведены в обычные классы.

В *коррекционные классы* зачисляются дети, имеющие однотипные недостатки (физические, например, недостаточное развитие моторики т.д.). При соответствующей организации обучения, создающей оптимальные условия для развития личности и своевременного выявления затруднений, оперативной помощи в их преодолении, около половины детей после окончания начальной школы способны продолжить свое обучение в обычных классах. Также необходимо отметить, что часть детей попадают в коррекционные классы по ошибке диагностической деятельности комиссии.

Для детей с нарушениями в физическом развитии образовательная деятельность может быть организована с использованием следующих форм интеграции: полной, комбинированной, частичной, временной.

Учитывая возможность построения и использования индивидуально-типологической траектории организации обучения детей с различным состоянием физического здоровья внутри совместной деятельности,

необходимо отметить, что данная траектория может меняться в зависимости от физиологического и психологического состояния ребенка. Улучшение психологического и психического состояния ребенка, посещающего определенные виды занятий учебного заведения, позволит перейти на комбинированную форму обучения, таким образом, изменить траекторию индивидуальной образовательной деятельности. В зависимости от показателей здоровья ребенка психолого-медико-педагогической комиссией, ребенок может стать постоянным членом ученического коллектива массового образовательного учреждения, а при необходимости посещать узких специалистов.

Важным является готовность здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья быть совместными участниками образовательного процесса, а также их родителей и педагогов. Рассматривая зарубежный опыт интеграционного процесса, мы предполагаем, что и российское общество подойдет к пониманию данной проблемы, повысится значимость морально-этической, гражданской, рефлексивной, здоровьесберегающей направленности в формировании будущих граждан.

Развитие субъект-субъектного подхода к обучению предполагает личностный рост всех участников образовательного процесса, как ученика, так и учителя. Личностно-ориентированный подход возможно реализовать, используя программу «Учимся вместе», эффективность которой обосновывается в следующем параграфе.

2.3. Анализ эффективности совместной образовательной деятельности детей с ограниченными физическими возможностями и здоровых детей

В данном параграфе обобщаются, систематизируются материалы опытно-экспериментального исследования, проводится анализ полученных данных.

Для более успешного интеграционного процесса в образовательном учреждении на начальном этапе мы организовали работу со всеми участниками образовательного процесса по повышению уровня компонентов личностного опыта: морально-этического, гражданского, рефлексивного, здоровьесберегающего; формированию позитивного отношения к совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья. По окончании работы программы (встреч родителей, педагогов, детей и специалистов) наблюдение, беседы показали, что большая часть участников изменила свое отношение к совместному воспитательно-образовательному процессу здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием, повысился уровень компонентов личностного опыта. Исходя из потенциальных интеллектуальных, физических особенностей дети с различным состоянием физического здоровья, согласно показаниям психолого-медико-педагогической комиссии, могут обучаться в массовой общеобразовательной школе. В зависимости от изменения состояния здоровья дети могут использовать индивидуально-типологическую траекторию организации образования внутри совместного обучения.

В результате мы получили данные, которые составляли цель опытно-экспериментальной работы – разработаны педагогические условия эффективной организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

После проведения опытно-экспериментальной работы были определены результаты с помощью повторных срезов. Данные обследования показали, что произошли изменения в отношении к совместной образовательной деятельности

здоровых детей и детей с ограниченным физическим развитием у всех участников образовательного процесса. У детей повысился уровень личностного развития, что способствовало формированию адекватной самооценке, повышению уверенности в себе, развитию эмоциональной сферы. Лучшее понимание эмоционального состояния и поступков других людей приводит к возникновению чувства симпатии, уважения и сопереживания. Умение взять на себя роль своего партнера учит терпимости к чужим недостаткам. Педагоги и родители получили новый опыт общения с окружающими, построения новых отношений, основанный на взаимопомощи.

Для предоставления результатов исследования мы объединили показатели всех 4-х компонентов по уровням сформированности личностного опыта, выделив общий индекс приближения индивидуального профиля к эталонному.

Высокий уровень предполагает сформированность морально-этического, гражданского, рефлексивного, здоровьесберегающего компонентов. Уровень выше среднего обозначает, что один из компонентов личностного опыта не достаточно сформирован или отсутствует (например, индивиду с данным уровнем характерно общественная активность, чувство долга, принятие прав окружающих, личностное развитие, но не придает значение здоровьесберегающему компоненту). Средний уровень предполагает отсутствие или несформированность 2-х компонентов личностного опыта. Уровень ниже среднего означает отсутствие или несформированность 3-х компонентов личностного опыта. Низкий уровень предполагает отсутствие компонентов личностного опыта (например, индивид ведет аморальный образ жизни, проявляет безразличие к окружающему, характеризуется асоциальной направленностью).

Сравнение эталонного и личностного профилей производилось с помощью компьютерной обработки. Если приближение индивидуального профиля к эталонному составляет от 5% до 25%, то такой массив обследуемых получал индекс «1», если от 26% до 50% индекс «2», если от 51% до 75%

индекс «3», если от 76% до 90% индекс «4», если от 91% до 95% индекс «5». Таким образом, мы получили 5 групп обследуемых (таблица 9).

Таблица 9

Уровень сформированности компонентов личностного опыта (в %)

Уровень	Родители			Педагоги		
	I срез Э/К	II срез Э/К	III срез Э/К	I срез Э/К	II срез Э/К	III срез Э/К
Высокий	2,0/1,8	4,2/2,0	6,1/3,2	4,1/3,1	9,9/4,9	19,7/6,0
Выше среднего	13,6/13,9	15,4/13,9	17,6/14,1	16,3/12,2	17,6/12,3	19,5/12,6
Средний	33,4/34,1	38,5/35,6	49,2/37,4	40,1/36,4	43,1/37,5	50,7/39,5
Ниже среднего	35,0/34,4	28,0/33,4	19,0/31,3	25,9/33,4	20,3/31,9	16,1/30,3
Низкий	16,0/15,8	13,9/15,1	8,1/14,7	15,5/14,9	9,1/13,4	4,0/11,9

Как мы видим из данных (см. таблица 9), количество обследуемых, находящихся на низком уровне, имеет тенденцию к снижению. По другим уровням наблюдается увеличение количества обследуемых, приближающихся к эталонному профилю компонентов личностного опыта.

Уровень сформированности компонентов личностного опыта можно соотнести с распределением обследуемых по степени приближения к эталонному профилю. Таким образом, высокий и выше среднего уровни соответствуют активному типу участников образовательного процесса, средний и ниже среднего уровни – нейтральный тип, низкий уровень – пассивный тип участников образовательного процесса. При правильно организованной работе активность участников образовательного процесса увеличивается, вызывая изменения количества пассивных и нейтральных участников. Количество нейтральных участников образовательного процесса увеличивается за счет уменьшения пассивных участников образовательного процесса.

Родители и педагоги экспериментальных групп отличаются сформированностью нравственного поведения, гуманным отношением к окружающим людям, рефлексией своих поступков, чувством собственного достоинства, активным участием в общественной жизни, уважением прав других членов общества, направленностью на здоровый образ жизни.

Для подтверждения результатов опытно-экспериментальной работы мы использовали метод математической статистики – G критерий знаков, который позволяет установить, в какую сторону в выборке в целом изменяются значения признака при переходе от первого измерения ко второму. [180, с.77]. Для этого мы произвели подсчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов, для выявления «типичных» знаков изменения оценок (таблица 10).

Таблица 10

Расчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов в экспериментальной и контрольной группах

Количество сдвигов в группах	Родители	Педагоги
	Экспериментальная группа	
а) положительных	23	12
б) отрицательных	1	0
в) нулевых	39	19
Суммы	63	31
	Контрольная группа	
а) положительных	8	5
б) отрицательных	2	1
в) нулевых	54	27
Суммы	64	33

Из таблицы мы видим, что наиболее типичным является нулевой сдвиг, т.е. отсутствие сдвига после проведения опытно экспериментальной работы (III срез). В экспериментальной группе положительных сдвигов наблюдается примерно в половине случаев.

Нам необходимо учитывать положительные и отрицательные сдвиги, а нулевые отбрасывать. Теперь для «родителей» экспериментальной группы $n =$

24, контрольной группы - $n = 10$, для «педагогов» экспериментальной группы $n = 12$, контрольной группы - $n = 6$.

Для подтверждения преобладания положительных сдвигов в экспериментальной группе, сформулируем гипотезы:

H_0 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является случайным.

H_1 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является не случайным.

1) «Родители» – $n = 24$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 1

$$G = \begin{cases} 7 (p \leq 0,05) \\ 5 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

$$G_{\text{эмп}} = 1$$

$$G_{\text{эмп}} < G_{\text{кр}} \quad H_0 \text{ отклоняется. Принимается } H_1 (p \leq 0,01).$$

2) «Педагоги» – $n = 12$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 0

$$G = \begin{cases} 2 (p \leq 0,05) \\ 1 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

$$G_{\text{эмп}} = 0$$

$$G_{\text{эмп}} < G_{\text{кр}} \quad H_0 \text{ отклоняется. Принимается } H_1 (p \leq 0,01).$$

Таким образом, сдвиг в сторону повышения уровня компонентов личностного опыта в экспериментальной группе после проведения программы формирования позитивного отношения к интеграционному процессу в образовательном учреждении является не случайным.

Сформулируем гипотезы для контрольной группы:

H_0 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является случайным.

H_1 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является не случайным.

1) «Родители» – $n = 10$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 2

$$G = \begin{cases} 1 (p \leq 0,05) \\ 0 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

$$G_{\text{эмп}} = 2$$

$$G_{\text{эмп}} > G_{\text{кр}} \quad H_0 \text{ принимается.}$$

2) «Педагоги» – $n = 6$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 1

$$G = 0 (p \leq 0,05)$$

$G (p \leq 0,01)$ при данном n определить невозможно

$$G_{\text{эмп}} = 1$$

$$G_{\text{эмп}} > G_{\text{кр}}$$

H_0 принимается. Сдвиг в сторону повышения уровня компонентов личностного опыта в контрольной группе является случайным.

Таким образом, можно утверждать, что после проведения опытно-экспериментальной работы по повышению уровня компонентов личностного опыта наблюдается достоверный сдвиг в экспериментальной группе. Сдвиг уровня компонентов личностного опыта в контрольной группе недостоверен.

Программа «Учимся вместе» способствовала изменению отношений к совместному образовательному процессу здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями, так как для всех детей свойственна потребность в самореализации, независимости, свободе принятия решения и действия, в непосредственном поведении и общении, в понимании,

любви, поддержки, эмоциональном комфорте. Появление новых знаний, навыков общения, чувства поддержки повлияли на отношение к интегрированному процессу у педагогов, снизили чувства неуверенности, безысходности у родителей детей с ограниченными возможностями.

Мы уже отмечали, что одно из самых значимых является мнение детей – главных участников воспитательно-образовательного процесса. Во время проведения программы формирования позитивного отношения к интеграционному процессу на начальном этапе школьного обучения здоровые дети и дети с ограниченными физическими возможностями адекватно реагировали на совместные встречи, которые наполнили их жизненный личный опыт.

Участие в программе по формированию позитивного отношения к совместному образовательному процессу отразилось на результатах диагностики. Проведенные наблюдения, беседы показали изменения отношения здоровых детей к детям с ограниченными физическими возможностями (таблица 11).

Таблица 11

Уровень сформированности компонентов личностного опыта (в %)

Уровень	Здоровые дети			Дети с нарушениями физического здоровья		
	I срез Э/К	II срез Э/К	III срез Э/К	I срез Э/К	II срез Э/К	III срез Э/К
Высокий	5,0/5,0	5,0/2,5	7,5/3,0	0/0	0/0	16,6/0
Выше среднего	10,0/12,5	10,0/12,5	17,5/17,0	16,6/20,0	16,6/20,0	16,7/20,0
Средний	32,5/32,5	40,0/35,0	42,5/43,0	33,4/40,0	50,0/40,0	50,0/40,0
Ниже среднего	30,0/27,5	27,5/30,0	22,5/32,5	33,4/20,0	33,4/20,0	16,6/40,0
Низкий	22,5/22,5	17,5/20,0	10,0/17,5	16,6/20,0	0/20,0	0/0

Как показывают данные обследования взрослых участников образовательного процесса (на этапе констатации), большое количество относятся к нейтральному и пассивному типу, которые характеризуются безразличным отношением, что в свою очередь передается их детям. После проведения программы значительно изменяются средний и выше среднего уровни. На реальном примере совместного образовательного процесса у детей формируется собственное представление о возможностях друг друга.

Для подтверждения результатов изменения отношения к совместной образовательной деятельности у здоровых детей и детей с ограниченными физическими возможностями мы также использовали метод математической статистики – G критерий знаков [180, с.77]. Подсчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов производился аналогично подсчету в группе взрослых (педагогов и родителей).

Для этого мы произвели подсчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов, для выявления «типичных» знаков изменения оценок (таблица 12).

Таблица 12

Расчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов в экспериментальной и контрольной группах

Количество сдвигов в группах	Дети
	Экспериментальная группа
а) положительных	23
б) отрицательных	2
в) нулевых	21
Суммы	46
	Контрольная группа
а) положительных	6
б) отрицательных	5
в) нулевых	34
Суммы	45

Из таблицы мы видим, что наиболее типичным является нулевой сдвиг, т.е. отсутствие сдвига после проведения опытно экспериментальной работы (III срез). В экспериментальной группе положительных сдвигов наблюдается примерно в половине случаев.

Для подтверждения преобладания положительных сдвигов в сформулируем гипотезы:

H_0 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является случайным.

H_1 : Сдвиг в сторону повышения уровня сформированности компонентов личностного опыта является не случайным.

1) Дети (ЭГ) – $n = 23$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 2

$$G = \begin{cases} 7 (p \leq 0,05) \\ 5 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

$$G_{\text{эмп}} = 2$$

$$G_{\text{эмп}} < G_{\text{кр}} \quad H_0 \text{ отклоняется. Принимается } H_1 (p \leq 0,01).$$

2) Дети (КГ) – $n = 6$;

типичный сдвиг – положительный,

отрицательных сдвигов – 5

$$G_{\text{кр}} = 0 (p \leq 0,05)$$

$G_{\text{кр}} (p \leq 0,01)$ при данном n определить невозможно

$$G_{\text{эмп}} = 5$$

$G_{\text{эмп}} > G_{\text{кр}} \quad H_0$ принимается. Сдвиг в сторону повышения уровня компонентов личностного опыта в контрольной группе является случайным.

Таким образом, сдвиг в сторону положительного изменения отношения к совместной образовательной деятельности у здоровых детей и их сверстников с

ограниченными физическими возможностями в экспериментальной группе после проведения программы формирования позитивного отношения к интеграционному процессу является не случайным.

Для изучения отношения к совместному образовательному процессу был использован опросник, выявляющий критерии этих отношений. Показатели результатов изучения мнения детей можно отобразить на рисунке 5.

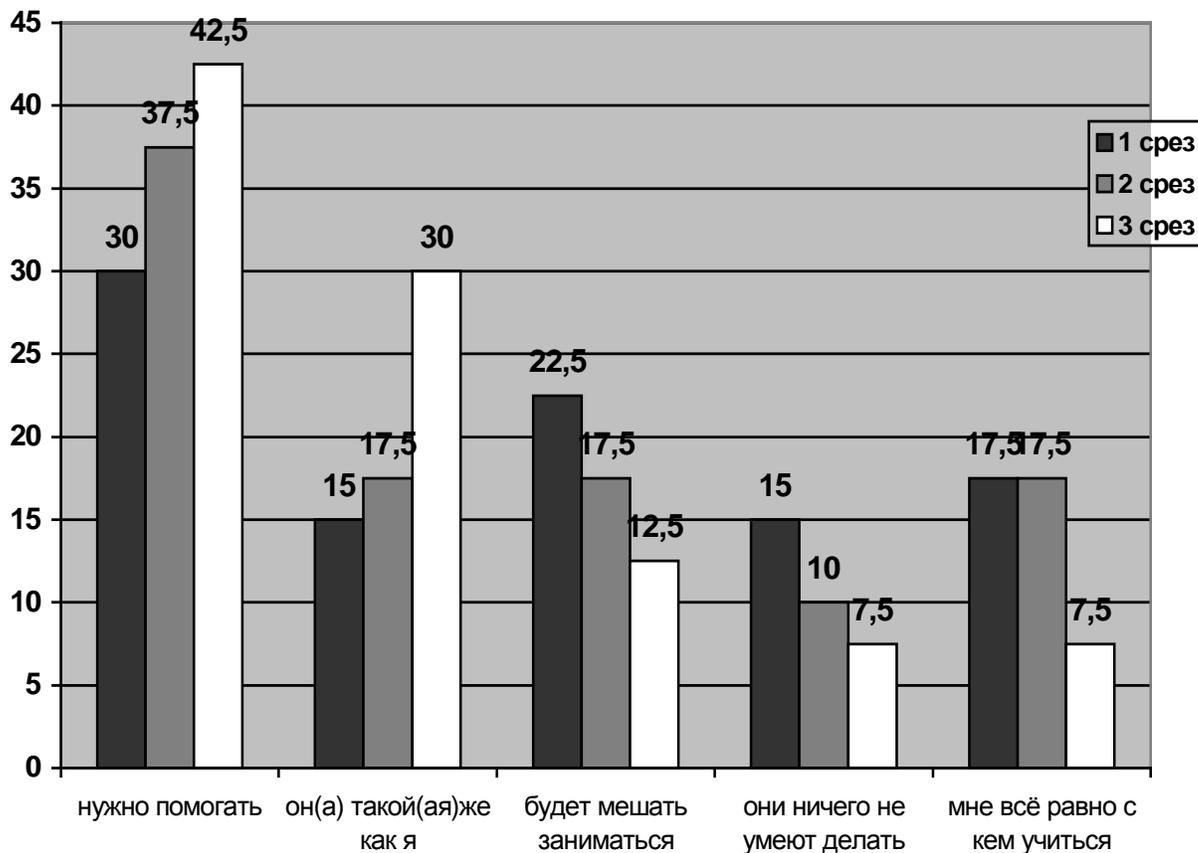


Рис. 5. Критерии отношения здоровых детей к совместному обучению с детьми с ограниченными физическими возможностями в экспериментальной группе

Данные исследования отношений здоровых детей к детям с ограниченными физическими возможностями показывают, что значительные изменения произошли по такому критерию, как «Он (а) такой (ая) же как я» и снизилось количество детей, которые считали, что дети с ограниченными

возможностями здоровья будут мешать заниматься. Также снизилось количество детей, которым было безразлично происходящие вокруг них.

Максимальный показатель изменения отношения здоровых детей к детям с ограниченными физическими возможностями по критерию «он (а) такой (ая) же как я» – 15,0 % до и 30,0% после проведения программы и по критерию «они ничего не умеют» – 15,0% и до 7,5% после проведения программы.

Положительные изменения связаны с проявлением чувства солидарности, терпимости, уважения, то есть повышением уровня компонентов личностного опыта на основе реализации программы «Учимся вместе». В результате совместных мероприятий, занятий здоровые дети понимают, что отличие их от детей с ограниченными возможностями по состоянию здоровья не так важно для их общения. Положительные изменения связаны с проявлением чувства солидарности, терпимости, уважения, то есть повышением уровня компонентов личностного опыта на основе реализации программы «Учимся вместе». Существенную роль в формировании адекватных взаимоотношений между детьми играет поведение взрослых, как они выстраивают свои отношения с родителями и детьми с нарушениями физического здоровья.

Изменения, которые выявились после повторной диагностики в контрольной группе здоровых детей, на рисунке 6 показывают недостаточно благоприятные результаты.

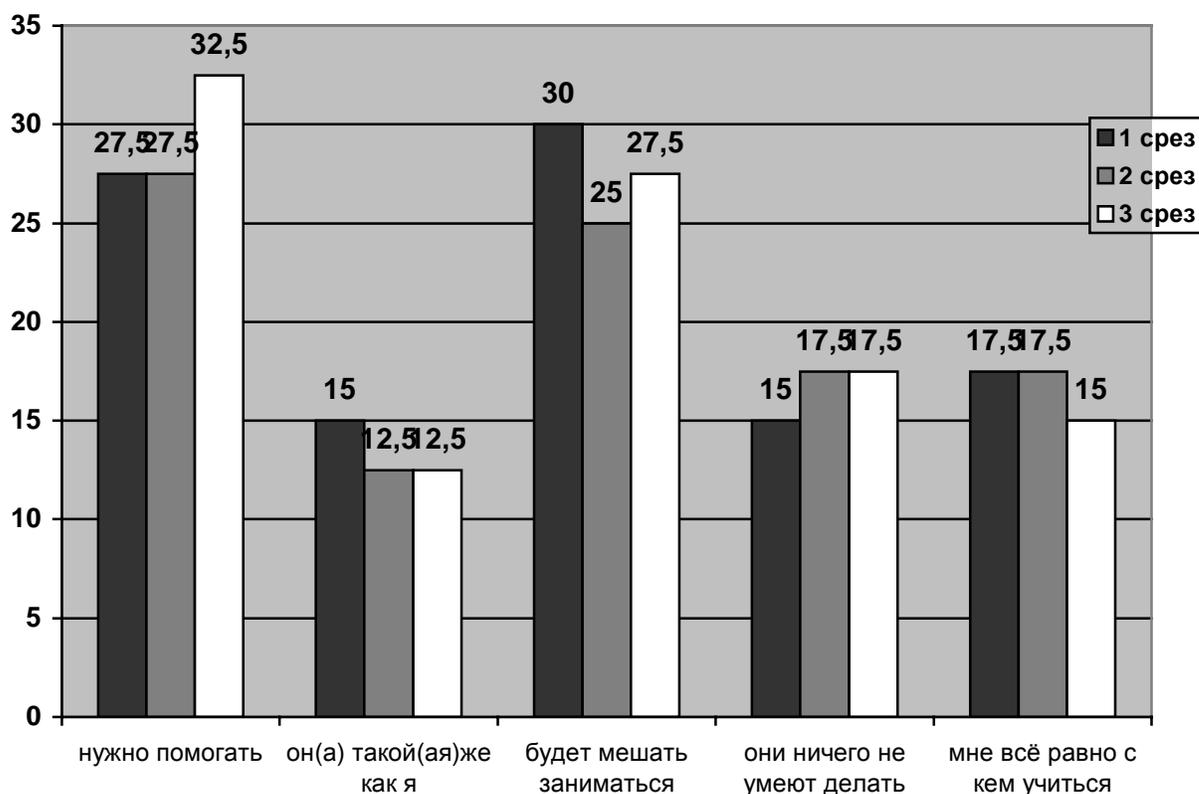


Рис.6. Критерии отношения здоровых детей к совместному обучению с детьми с ограниченными физическими возможностями в контрольной группе

Дети не всегда реально могут оценить свои возможности, а тем более других. Здоровые дети, рассматривая физическое ограничение детей с ограниченными возможностями как сильно мешающее, снижают уровень их принятия, считают их неспособными к тому, что умеют сами. Также существенную роль оказывают взрослые, на примере которых дети часто выстраивают и свое собственное поведение. Когда педагог отмечает неуспешность ребенка с ограниченными возможностями, то здоровый ребенок будет принимать его замечание как причину его болезни, что не обязательно; если родители имеют пассивное отношение к окружающему, то и ребенок будет вести себя соответственно.

Основные изменения просматриваются по критериям «он (а) такой (ая) же как и я» – 15,0% по I срезу и 12,5 % по III срезу, «он (а) ничего не умеет» –

15,0% по I срезу и 17,5% по III срезу. Но произошли несущественные положительные изменения по критерию «нужно помогать» – 27,5% по I срезу и 32,5% по III срезу, «будет мешать заниматься» – 30,0% по I срезу и 27,5% по III срезу.

Отношение детей с ограничениями в движении в экспериментальной группе к совместной образовательной деятельности после проведения программы «Учимся вместе» отражается на полученных результатах (рисунок 7).

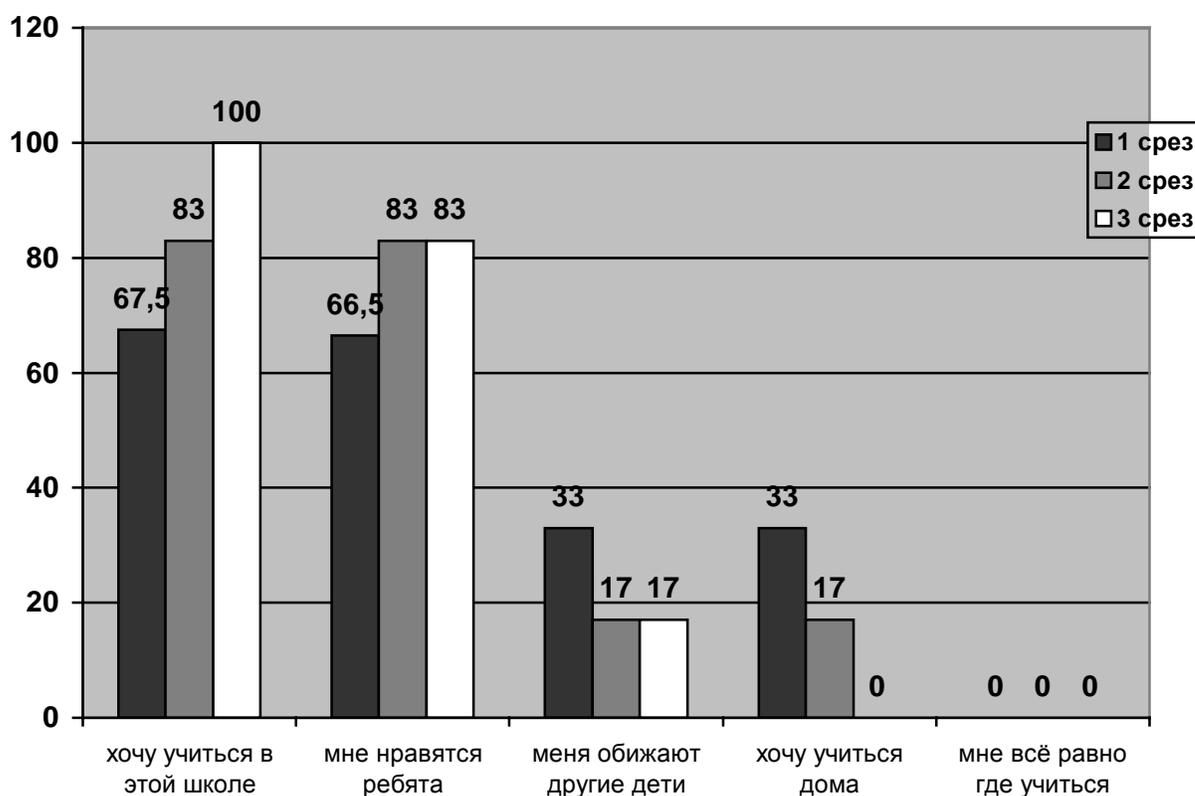


Рис. 7. Критерии отношения детей с ограниченными физическими возможностями к совместному обучению со здоровыми сверстниками в экспериментальной группе

Произошли изменения отношения к совместному образовательному процессу детей с ограниченными физическими возможностями и в контрольной

группе. Данные изменения в основном произошли в отрицательном направлении. Такие критерии как «хочу учиться в этой школе», «мне нравятся ребята» снизили свои показатели за счет повышения по другим критериям: «меня обижают другие дети», «хочу учиться дома». Результаты изменения отношения в данной группе также можно представить на рисунке 8.

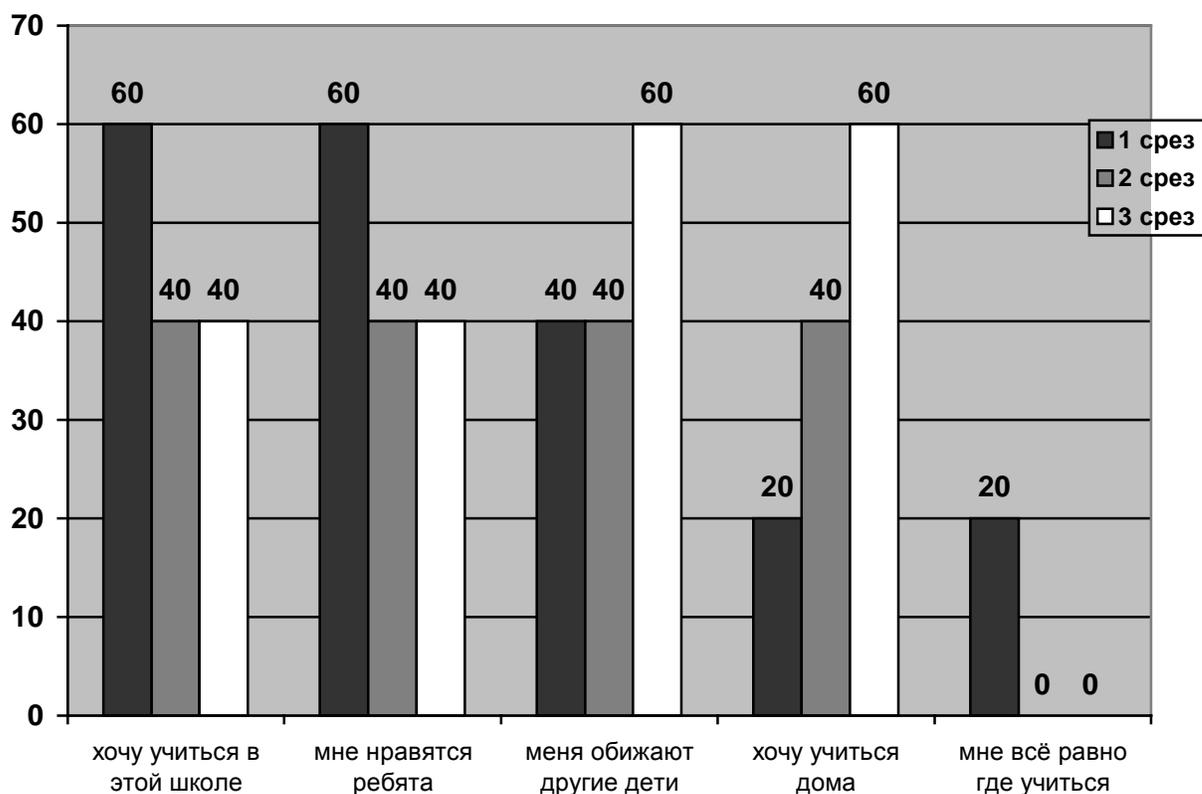


Рис. 8. Критерии отношения детей с ограниченными физическими возможностями к совместному обучению со здоровыми сверстниками в контрольной группе

Оказавшись в ситуации «белых ворон», дети с ограниченными возможностями теряют уверенность, снижается самооценка, что способствует появлению безразличия, нежеланию учиться в массовой школе, так как «он не такой как все».

Реализация экспериментальной работы, при использовании всех ее направлений способствует положительной совместной образовательной деятельности. Для детей, не имеющих каких-либо серьезных физических отклонений, интеграционный процесс способствует формированию гуманных чувств, выражению солидарности, не на словах, а на собственном опыте. Данный процесс также способствует реализации идеи построения гуманистической системы воспитания, которая основывается на личностном подходе, формировании жизненных ценностей, гуманизации межличностных отношений. Это отразится на формировании компонентов личностного опыта во взрослости. Детям с ограниченным физическим развитием совместная деятельность позволяет расширить контакты со сверстниками, реализовать свои потенциальные возможности.

Выводы по II главе

1. Мнения ведущих деятелей педагогической и психологической наук позволили судить о том, что решение вопроса об интеграционном процессе в массовой школе является важнейшим и необходимым для детей с различным состоянием физического здоровья. В массовой образовательной школе могут обучаться дети с ограниченными возможностями здоровья. Право на обучение и воспитание в массовых образовательных учреждениях детей с ограниченными возможностями здоровья имеет законодательную базу.

2. Недостаточное знание аспектов интегрированного обучения приводит к сомнению педагогов и родителей в возможности совместного образования детей с различным состоянием физического здоровья. Для положительного отношения к совместному обучению необходимо повысить уровень компонентов личностного опыта: морально-этический, гражданский,

рефлексивный, здоровьесберегающий у всех участников образовательного процесса.

3. Повысить уровень компонентов личностного опыта возможно при реализации программы «Учимся вместе», направленной на формирование позитивного отношения к совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья. Для успешного функционирования интегрированного процесса необходимо активное участие не только здоровых детей, детей с ограниченными физическими возможностями, но и их родителей и педагогов.

4. Математическая обработка полученных результатов опытно-экспериментальной работы показала, что программа по формированию позитивного отношения к совместной деятельности в образовательном учреждении, направленная на повышение уровня компонентов личностного опыта, является эффективной.

5. Использование построения индивидуально-типологической траектории организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья дает возможность выбора формы интеграционного обучения, способствует более эффективному включению их в совместную деятельность.

6. Включение детей с различным состоянием физического здоровья в социальную среду общеобразовательной школы обеспечивает возможность формирования благоприятных межличностных отношений, чувства собственного достоинства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении последнего времени педиатры, гигиенисты, физиологи, психологи, педагоги, государственные деятели, широкая общественность не перестают тревожиться по поводу резкого ухудшения состояния здоровья детей, подростков, молодежи в связи с такими мощными факторами риска, как неблагоприятная экологическая обстановка и снижение социально-экономического благополучия населения России [2].

Обращают на себя внимание серьезные изменения в физическом развитии детей и подростков – важнейшем показателе здоровья и индикаторе социально-экономического благополучия общества и экологической обстановки. В России повсеместно увеличивается частота дисгармоничного физического развития детей, возрастает дефицит массы тела, появляется низкорослость, снижаются физиометрические и функциональные показатели, ухудшается физическая подготовленность, с напряжением функционируют иммунная и сердечно-сосудистая системы, сдвигается на старшие возрасты половое созревание.

С высокой степенью вероятности установлено, что ухудшение физического развития согласуется с неблагоприятными изменениями психического здоровья детей. Отставание по длине тела сочетается с торможением в умственном развитии. Ухудшение физического развития влечет за собой нарушение опорно-двигательного аппарата вследствие недостаточности мышечного каркаса.

Важно обеспечить детям в школе соответствие суммарной нагрузки возрастным физиологическим и индивидуальным возможностям организма, соблюдение рационального режима деятельности и отдыха при целесообразном сочетании различных занятий, а также создание условий для двигательной активности, занятий физическими упражнениями на уроках и в самостоятельной деятельности (на свежем воздухе). Выявление особенностей морфофункционального, психического, психомоторного развития, состояния

здоровья и заболеваемости у детей с разной степенью готовности показывает, что необходимо своевременное проведение коррекционно-оздоровительных мероприятий.

В программе развития воспитания в системе образования России на 1999–2001 г.г. одним из важных принципов ее реализации является сохранение и укрепление здоровья у детей во всех образовательных учреждениях, ориентация воспитания на развитие социально-активной, нравственно и физически здоровой личности в изменяющихся условиях общественной жизни.

Современная ситуация в системе образования, в которой происходят изменения, связанные с ориентацией на ценностные основания педагогического процесса, на его гуманизацию и индивидуализацию в подходах к решению проблем конкретного ребенка, побуждает к созданию новых моделей, поиску новых форм и технологий специализированной помощи детям, имеющим проблемы, а также нарушения в развитии, обучении, общении и в поведении [168].

Увеличивается количество детей, имеющих те или иные ограничения жизнедеятельности. Мы согласны с теми исследователями, которые предлагают терминологию, не унижающую достоинства людей с ограниченными возможностями здоровья. В нашем исследовании мы рассмотрели возможность организации совместного обучения детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного образования.

Диагностика возрастных и личностных особенностей позволяет учитывать не только недостатки в физическом развитии, но и опираться на сохраненные стороны интеллекта.

Существует возможность организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья. Но для этого необходимо сформировать такие качества личности у участников образовательного процесса, которые будут поддерживать совместную деятельность, будут принимать друг друга такими, каким они есть.

Интеграция в общество человека с особыми образовательными потребностями означает процесс и результат предоставления ему всех прав и реальных возможностей участвовать во всех видах жизнедеятельности наравне и вместе с остальными членами общества. Данный процесс, интегрированное обучение, можно организовать при учете готовности участников образовательного процесса (здоровых детей, родителей, педагогов) принять, понять и помочь детям с ограниченными физическими возможностями.

Исходя из результатов проведенной опытно-экспериментальной работы, можно сделать следующие выводы:

1. На современном этапе проблема организации совместного образовательного процесса детей с различным состоянием физического здоровья выступает важной предпосылкой развития личностно-ориентированного обучения, гуманистических образовательных систем в связи с тенденцией ухудшения здоровья подрастающего поколения.

2. Педагогическими условиями организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья являются:

– повышение значимости личностного опыта, включающего морально-этический, гражданский, рефлексивный, здоровьесберегающий компоненты. Личность, обладающая достаточно высоким уровнем сформированности данных компонентов, характеризуется активной заботой о близких, сформированной гражданской активностью, ответственностью, уважением и принятием прав и обязанностей окружающих; проявляет терпимость, гуманное отношение к окружающим людям; у таких детей развита самооценка своих поступков, поведения; сформировано чувства долга, совести, собственного достоинства; преобладает активный здоровый образ жизни.

– формирование позитивного отношения к совместному образовательному процессу здоровых детей, детей с нарушениями здоровья, родителей и педагогов посредством программы «Учимся вместе». Здоровые дети с помощью совместных встреч, игр, обучения понимают, что дети с

ограниченными возможностями - такие же, как и они, и первое негативное отношение к ним впоследствии сменяется на благоприятное. У детей формируется и повышается чувство солидарности, сопереживания, они становятся более чуткими, уважающими мнение и желания окружающих их людей.

– определение индивидуально-типологических траекторий организации образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья.

3. Совместная деятельность детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного обучения является необходимым условием социализации, воспитания гуманизма, нравственных качеств для всех участников образовательного процесса. Родитель или педагог с данными качествами соответственно будет приобщать своих детей и обучающихся высоким нравственным качествам, моральным нормам, гражданской позиции, уважению к окружающим, отношению к здоровью как важному источнику всестороннего развития. У детей под влиянием реализации программы «Учимся вместе» и примера взрослых в образовательном процессе также формируется позитивное отношение к совместному обучению.

4. Индивидуально-типологические траектории организации образовательной деятельности учитывают интеллектуальные, физические, психические особенности детей, дают возможность выбора одной из форм совместной деятельности: класс компенсирующего обучения, класс коррекции, обычный класс, а также комбинированной, частичной, временной, полной форм интеграции.

Теоретический анализ и результаты экспериментальной работы подтвердили выдвинутую гипотезу. Вместе с тем отметим, что данным исследованием проблема не исчерпывается. В перспективе предполагается изучение преимуществ совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья дошкольного, школьного образования.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абдуллина Х.Ш., Артамонова В.П., Валеева Р.Н. Мурзабаева С.Ш., Состояние здоровья школьников: проблемы и пути их решения // Здоровоохранение Башкортостана. – 1998. – №2. – С.8–10.
2. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: Развитие отношений ребенка в детской субкультуре / Акад. пед. и соц. наук. – М.: МПСИ, 2000. – 416 с.
3. Адлер А. Очерки индивидуальной психологии. – М.: Когнито-центр, 2002. – 220 с.
4. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М: Педагогика, 1991. – 87 с.
5. Акимова М.К., Козлова В.Т. Обучаемость и здоровье школьников // Школа здоровья. – 1995. – №2. – С.21 – 31.
6. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 191 с.
7. Актуальные проблемы здоровья населения: Сб. материалов Всеросс. науч.-практ. конференции с участием зарубежных ученых: (8 – 9 июня 2000г.) – Бирск: Башкортостан, 2000 – 182 с.
8. Актуальные проблемы обучения, адаптации и интеграции детей с нарушениями развития: Тез. междунар. семинара. – СПб.: Образование, – 1995. – 191 с.
9. Актуальные проблемы современного детства: Сб. науч.тр. (Под ред. Е.М. Рыбинского. – М: НИИ детства Российского детского фонда, 1992. – 70с.
10. Амбрукайте Й. Основы дефектологии – для родителей аномальных детей // Дефектология. – 1981. – №5. – С.75–79.
11. Амонашвили Ш.А. Гуманно-личностный подход к детям. Акад. пед. и соц. наук. – М.; Воронеж. – 1998. – 544 с.
12. Амонашвили Ш.А. Личностно-гуманная основа педагогического процесса. – Минск, 1990. – 540 с.

13. Антропова М.В., Бородкина Г.В., Кузнецова Л.М., Манке Г.Г., Параничева Т.М. Проблемы здоровья детей и их физического развития // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №5. – С.17–21.
14. Ануфриев А.Ф., Костромина С.И. Как преодолеть трудности в обучении детей: Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. – М.: Ось-89, 2000. – 272 с.
15. Ахияров К.Ш., Аминов А.Ф. Краткий словарь педагогических понятий. – Уфа, 1994. – 16 с.
16. Ахияров К.Ш., Атутов П.Р. Логико-методологические аспекты педагогических исследований // Проблемы обучения и воспитания молодежи. Выпуск 7. – Уфа: Изд-во БГПИ, 1997. – С. 5–7.
17. Ахмерова Ф.Г. Состояние репродуктивного здоровья детей и подростков и пути его укрепления в условиях городской детской поликлиники / автореферат диссерт.... канд. мед. наук. Казань. – 1999. – 24 с.
18. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и задачи Союза педиатров России // Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 7–11.
19. Баранов А.А., Матвеева Н.А. Здоровье школьников (пути его укрепления). Красноярск: Издательство Красноярского университета, 1989. – 184 с.
20. Баряева Л., Зарин А. Опыт организации коррекционной помощи детям с интеллектуальным недоразвитием // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 2 – С.71–76.
21. Безрукова В.С. Педагогическая интеграция: Сущность, состав, реализация / Свердлов. инж. – пед. институт. Свердловск, 1987. 187 с.
22. Беличева С.А. Служба социальной защиты семьи и детства // М.: Педагогика, 1992, – №7,8. – С.23 – 27.
23. Белухин Д.А. Основы личностно-ориентированной педагогики. – М.: Тодек, 1996. – 318 с.
24. Бенин В.Л. Педагогическая культура; философско-социологический анализ. – Уфа: БГПИ, 1997. – 131 с.

25. Бертынь Г.П., Лонина В.А. Научная конференция «Психолог». Особенности людей с аномалиями развития, их социальное поведение и пути их трудовой и социальной адаптации // Дефектология. – 1987. – №6. – С.87–90.
26. Берулава Г.А. Стиль индивидуальности: теория и практика: Учебное пособие. – М.: Педагогическое общество России, 2001. – 236 с.
27. Берулава М.Н. Интеграция содержания образования. – М.: Педагогика, 1997. – 170 с.
28. Берулава М.Н. Состояние и перспективы гуманизации образования // Педагогика. – 1996. – №1. – С. 9–11.
29. Блонский П.П. Избранные педагогические и психологические сочинения: В 2-х т. Т.1 / Под ред. А.В.Петровского. – М.: Педагогика, 1979, – 304 с.
30. Блонский П.П. Психология младшего школьника / Под ред. А.И. Липкиной, Т.Д.Марцинковской. Акад. пед. и соц. наук – М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «Модэк», 1997. – 575 с.
31. Богина Т., Рунова М. Сохранение и укрепление здоровья ребенка // Дошкольное воспитание. – 1999. – №6. – С.58–61.
32. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.. 1968. – 200 с.
33. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Изд-во института практической психологии. – Воронеж, 1995. – 352 с.
34. Бондаревская Е.В. Смыслы и стратегии личностно ориентированного воспитания // Педагогика. – 2001. – №1. – С. 17–24.
35. Бондаревская Е.В., Бермус Г.А. Теория и практика личностно-ориентированного образования // Педагогика. – 1996. – №5. – С. 72–80.
36. Бутенко Т.В. Взаимодействие семей и общественных организаций в социально-культурной адаптации детей с ограниченными возможностями // Актуальные проблемы возрождения духовности, развития народного

музыкального творчества и подготовки кадров в вузах культуры. – М.: МГИК, 1993. – С.58–66.

37. Быков Д.А. Социально-педагогическая адаптация подростков с ограниченными возможностями в условиях оздоровительно-образовательного учреждения: дис.... канд.п.н.: Челябинск, 1999, 170 с.
38. Валеев Г.Х. Методология и методы психолого-педагогических исследований. – Sterlitamak: Sterlitamakskiy Gosudarstvennyy Pedagogicheskiy Institut, 2002. – 134 с.
39. Валеев И.И. Гражданином быть обязан. – Уфа, 2000. – 239 с.
40. Валеева Р. Гуманистическое воспитание и коллектив // Воспитание школьников. – 2000. – № 6. – С. 6–8.
41. Василенко Л.В. Детская инвалидность: социальные аспекты реабилитации / Дис. ... канд. соц. наук. – М., 1992. – 174 с.
42. Вачков И.В. Больные дети в общеобразовательной школе // Школьный психолог. – 2001. – №33. – С.10.
43. Вачков И.В. Психологическая помощь больным детям // Прикладная психология и психоанализ. – 2002. – №1. – С.62–69.
44. Власова Т.А. Современное состояние исследований по изучению, обучению и трудовой подготовке аномальных детей // Дефектология. – 1983. – №4. – С.4–9.
45. Власова Т.А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. – М., «Просвещение», 1973 – 175 с.
46. Возрастная и педагогическая психология. – М.: Просвещение, 1984. – 256 с.
47. Волкова Л.С., Граш Н.Е., Волков А.М. Некоторые проблемы интегрированного образования в российской дефектологии на современном этапе // Дефектология. – 2002. – №3. – С.3–8.
48. Воспитание детей в школе: новые подходы и новые технологии / Под ред. Н.Е. Щурковой. – М.: Новая школа, 1998. – 208 с.

49. Воспитание и обучение детей с проблемами // Школьные технологии. – 2002. – №3. – С.126–137.
50. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей // Дошкольное воспитание. – 1991. – № 6. – С.2–5.
51. Всеобщая декларация прав человека. Декларация прав и свобод человека и гражданина. – М., 1983. – 32 с.
52. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. – СПб: Союз, 1999. – 224с.
53. Выготский Л.С. Основы дефектологии // Собр.соч. В 6-ти т. Т.5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой – М.: Педагогика, 1983. – 369 с.
54. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика-пресс, 1999. – 536 с.
55. Гаврилушкина О.П. Об организации воспитания детей с недостатками умственного развития // Дошкольное воспитание – 1998. – № 2. – С.67–71.
56. Ганжа С.Ю. Социально-психологическая адаптация школьников с нарушениями соматического и нервно-психического здоровья: автореф. ... канд. псих. наук: Сев.-Кавк. гос. техн.ун-т. Ставрополь. 2000. – 20 с.
57. Гаязов А.С. Образование и образованность гражданина в современном мире. – М.: Наука, 2003. – 256 с.
58. Гаязов А.С. Формирование гражданина: теория, практика, проблемы. Челябинск, 1995. – 238 с.
59. Гаязов А.С., Баязитов С.Б., Амиров А.Ф. Социализация личности гражданина в пространстве муниципального образования: монография. – Уфа: БГУ, 2000. – 197 с.
60. Гершунский Б.С. Философия образования для XXI века (В поисках практико ориентированных образовательных концепций). – М.: РАО, 1997. – 697 с.
61. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики / Под ред. В.А.Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 272 с.

62. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001. Раздел 1. Медико-демографические показатели здоровья населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №1. – С. 5–8
63. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001. Раздел 3. Здоровье матери и ребенка // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №3. – С. 5–13.
64. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001. Раздел 4. Временная нетрудоспособность и инвалидизация населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №4. – С. 3–17.
65. Гончаренко В.Л., Шимеев Д.Р., Шуралева С.В. Стратегия здоровья для всех в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2000. – №1. – С.11–25.
66. Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в Российской Федерации. – М., 1995. – 127 с.
67. Грузинова Т. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции // Директор школы. – 1999. – №4. – С.59.
68. Гуманистические воспитательные системы вчера и сегодня // Под ред. Н.Л. Селивановой. – М.: Пед. общество России, 1998. – 336с.
69. Дармодехин С.В. Проблемы развития системы воспитания детей в Российской Федерации // Педагогика. – 2001. – №31. – С.10–14.
70. Дартау Л.А., Захаров В.Н. Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здоровья и истории медицины. – 1999. – №3. – С.10–15.
71. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. – М., 1996. – 120 с.
72. Дети - инвалиды: Правовая защита семей, воспитывающих детей – инвалидов: Сб. нормат. актов. - М.: Изд. дом «Социал. защита», – 1996. – 238 с.

73. Дети с отклонениями в развитии: Метод. пособие для педагогов, воспитателей массовых и спец. учреждений и родителей / (И.М. Гилевич, Е.А. Забара, М.В. Ипполитова и др.). – М.: Аквариум, 1997. – 125, (2) с.
74. Дети с проблемами в развитии (комплексная диагностика и коррекция). Л.П.Григорьева, Л.И.Фильчикова, З.С.Алиева и др. / Под ред. Л.П.Григорьевой. – М.: ИКЦ «Академкнига». – 2002. – 415 с.
75. Дефектология: словарь - справочник / (Авт. - сост. С.С. Степанов); Под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Новая шк., – 1996. – 77(2) с.
76. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: – М.: Академия, 2002. – 176 с.
77. Дмитриева Т.Б. Задачи органов здравоохранения по охране здоровья детей и подростков на современном этапе. Москва. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации на VIII съезде педиатров России (24 - 26 февраля 1998г.) // Российский педиатрический журнал. – 1998. – №4. – С.5–11.
78. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой, – М.: Просвещение, 1993. – 223 (1)с.
79. Дубровский В.И. Валеология ЗОЖ. – М.: Реторика: М.: Флинта, 199 – 560 с.
80. Дьяченко В.Г., Чепель Т.В. Некоторые подходы к совершенствованию медико-социальной помощи детям-инвалидам // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – №5. – С.17–20.
81. Евланова В. Детство в инвалидной коляске // Медицинская газета. – 12.02.99 г. – №11.
82. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение: Гуманитарный издательский центр «Владос», 1955. – 112 с.
83. Загвязинский В.И. О стратегических ориентирах развития образования на современном этапе // Образование и наука. – 1999. – №1. – С.32–40.

84. Загузов Н.И. Теоретико-методологические аспекты подготовки и защиты кандидатской диссертации по педагогическим наукам: Методические рекомендации в помощь аспиранту и соискателю ученой степени. – Екатеринбург: Уральский госпединститут, 1995. – 34 с.
85. Зайцев В. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья // Педагогика. – 2003. – №1. – С.21–30.
86. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2001г / Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №3. – С.43–56.
87. Здоровье матери и ребенка: Энциклопедия / Под ред. Е.М.Лукьяновой - киев: Украинская энциклопедия, 1993. – 702 с.
88. Здоровье, развитие, личность./ Под ред. Г.Н. Сердюковской, Д.Н. Крылова, У. Клянпетер. – М.; Медицина, 1990. – 336 с.
89. Здоровье ребенка – будущее нации: Материалы межведомст. науч. – практ. конф. работников учреждений образования и здравоохранения. – Уфа: Б.и., 2001. – 91 с.
90. Зеер Э.Ф. Становление личностно-ориентированного образования // Образование и наука. – 1999. – №1. – С.112–122.
91. Зелинская Д.И., Вельтищев Ю.С. Детская инвалидность. – М., 1995. – 135 с.
92. Идет диспансеризация // Здоровье детей. – 2002. – №20. – С.7.
93. Ильин В.С. Формирование личности школьника: (Целостный процесс). – М.: Педагогика, 1984. – 144 с.
94. Интегрированное обучение: проблемы и перспективы: мат-лы между-го семинара / Под ред. Л.М.Шипициной и др. Спб, 1996. – 154 с.
95. Камаев И.А., Позднякова М.А. Детская инвалидность (проблемы и пути решения). Нижний Новгород, 1999. – 156 с.
96. Капустин А.И. Проблема дифференцированного и интегрированного обучения в истории олигофренопедагогики // Дефектология. – 1996. – №5. – С.88–95.

97. Капустин Н.П. Педагогические технологии адаптивной школы: – М.: Изд. центр «Академия», 1999. – 215 с.
98. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП. Книга 2. М., 2001. – 115 с.
99. Кашенко В.П. Педагогическая коррекция. – М.: Просвещение. – 1994. – 223 с.
100. Кирьякова А.В. Ориентация школьников на социально значимые ценности. Теория и диагностика. – Л., 1991. – 84 с.
101. Колповская И.К. К вопросу о социальной адаптации выпускников специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи // Дефектология. – 1980. – №6. – С.13–20.
102. Комаров Ю. ВОЗ 50 лет – это много или мало // Медицинский вестник. – 1999. – №8.
103. Конвенция о правах ребенка // Народное образование. – 1993. – №5. – С.24–31.
104. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года. – М.: МО РО, 2002. – 30 с.
105. Корнев С.М. Педагогические условия и средства поддержки социализации личности в комплексном центре образования / автореферат дисс...канд. пед. наук. Тюмень. – 2000. – 20 с.
106. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / (Л.П.Носкова, О.П. Гаврилушкина, Л.А.Голочиц, Н.Д.Соколова); Под ред. Л.П. Носковой; – М.: Педагогика, 1989. – 173с.
107. Коррекционная педагогика в начальном образовании / Под ред. Г.Ф. Мисаренко и др. – М.: Академия, 2001. – 320 с.
108. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б.П.Пузанова – М.: Академия, 1999. – 144 с.
109. Коррекционная педагогика и специальная психология: Словарь. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ярославль: Академия развития, 1999. – 143 с.

110. Кошелева Л.М. Социально - педагогическая адаптация детей с ограниченными возможностями: Дис.. канд. пед. наук. – Сургут – 1998. – 180 с.
111. Краевский В.В. Методология педагогического исследования: Пособие для педагога исследователя. – Сам.ГПИ, 1994. – 165 с.
112. Кузин Ф.А. Кандидатская диссертация: методика написания; правила оформления и порядок защиты. – М.: Ось-89, 1997. – 206 с.
113. Кукушкина О.И. Компьютерная программа для детей с отклонениями в развитии // Педагогика. – 2001. – №6. – С.34–40.
114. Кучма В.Р., Вишневецкая Т.Ю., Платонова, А.Г. Физическое развитие, состояние здоровья и «школьная зрелость» детей 6- летнего возраста: (по материалам Шатуры Московской области) // Гигиена и санитария. – 1996. – №3. – С.27–29.
115. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М., 1990. – 143 с.
116. Лауве Д. Пути интеграции. Учебный план в помощь социальному, эмоциональному развитию детей с особыми нуждами // Дефектология. – 1994. – №6. – С.76–82.
117. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 186 с.
118. Леднев В.С. Содержание образования: сущность, структуру, перспективы. – 2-е изд., переработанное. – М.: Высшая школа, 1991. – 224 с.
119. Леонов С.А., Калиниченко И.Н. Достижения и проблемы в лечении инвалидов (по материалам второго Государственного доклада «О положении инвалидов в Российской Федерации) // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №3. – С.28–32.
120. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1977. – 304 с.
121. Лернер Е.И. Похожие и непохожие: Отношение к детям с ограниченными возможностями. – М.: Академический проект, 2001. – 64 с.

122. Лернер И.Я. Дидактические основы методов обучения. – М.: Педагогика, 1981. – 186 с.
123. Литвак А.Г. Путь реабилитации и интеграции инвалидов по зрению: коррекция или профилактика? // Дефектология. – 1991. – №6. – С.9–11.
124. Лушагина И. Дети-инвалиды осваивают компьютерные профессии // Народное образование. – 2002. – №9. – С.234–238.
125. Ляудис В.Я. Психологические предпосылки проектирования моделей инновационного обучения в школе // Инновационное обучение: стратегия и тактика. – М., 1994. – С.13–32.
126. Майорова Л. Школа коммуникативного образования: Образовательный проект для детей с ограниченными возможностями // Народное образование. – 2002. – №5. – С.2–4.
127. Маленькие ступени: Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии: Комплект из 8 книг / М.Питерси, Р.Трилор при участии С.Кернс, Д.Ютер, Э.Бра. – М.: Ин-т общегуманит. Исследований. Кн. 4 : навыки общей моторики. – 2001. – 168 с.
128. Маллер А.Р., Рейдибойм М.Г. Опыт организации реабилитационного центра для детей-инвалидов // Дефектология. – 1991. – №4. – С.47–50.
129. Малофеев Н.Н. Актуальные проблемы специального образования // Дефектология. – 1994. – №6. – С.3–9.
130. Малофеев Н.Н. Перспективы развития в России учебных заведений для детей с особыми образовательными потребностями // Дефектология. – 2001. – №5. – С.3–11.
131. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции // Актуальные проблемы интегрированного обучения. – М., Права человека. – 2001. – С.42–51

132. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: научно-практическое пособие / И.И.Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
133. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: Гуманитарный издательский центр «Владос», 1997. – 303 с.
134. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
135. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Они ждут нашей помощи – М: Педагогика, 1991. –158 с.
136. Михалева С. Дети с ограниченными возможностями: выход из «Замкнутого круга» // Директор школы. – 2003. – №8. – С.46–52.
137. Морова Н.С. Основы социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями: автореф. ... докт. п.н. – Ин-т пед-ки соц-ой р-ты Рос. акад.обр-я. М., 1998. – 38с.
138. Морозова Е.Н. Диагностика уровня адаптированности детей к массовым и специализированным яслям // Дефектология. – 2001. – №2. – С.13–19.
139. Мудрик А.В. Социализация и воспитание. – М., 1997. – 96 с.
140. Никандров Н.Д. Россия: Ценности общества на рубеже XXI века. М.: МИРОС, 1997. – 144 с.
141. Никитина М. Проблем а интеграции детей с особенностями развития // Инновационные процессы в образовании. II Интеграция российского и западноевропейского опыта: сборник статей. – СПб., 1997. – С.147–166
142. Нюдюрмагомедов А.Н. Интегративные процессы в педагогическом образовании: Дис. ... д-ра пед. наук - Ростов н/Дону – 1999. – 327 с.
143. Об основных тенденциях развития демографической ситуации в России до 2015 г. (доклад) // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №2. – С.27–43.

144. Обучение детей с задержкой психического развития в подготовительном классе: Пособие для учителя / Н.А.Цыпина и др.; Под ред. В.Ф. Махичиной, Н.А Цыпиной, – 2 изд., доп. – М.: Просвещение, 1992. – 158 с.
145. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Книга для учителя // Под ред. В.В. Воронковой: М.: Школа - Пресс, 1994. – 416 с.
146. Обучение и воспитание в современной школе: (пособие в помощь педагогам) / Под ред. И.И.Валеева: акад.пед. и соц. наук. Моск. психолог.-соц. ин-т. – М.: Изд-во МПСИ, 1999. –122 с.
147. Обучение и воспитание детей «группы риска»: Хрестоматия / Акад. пед. и соц. наук, Моск. психолог. – соц. ин-т; Сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – М: Ин-т практ. психологии. 1996. – 221 с.
148. Овчаренко Р.А., Свинцов А.А. и др. Социологический подход к изучению контингента инвалидов с детства // Научно-практическая конф. по проблемам реабилитации детства и профилактики инвалидности: Тез.докл. – Л.,1990. – 137 с.
149. О президентской программе «Дети России» 18 августа 1994г. // Педагогический вестник. – 1994. – №4. – С.1.
150. Организация воспитания и обучения школьников: Психолого-педагогические рекомендации / Башк. пед. инст-т. Сост.: А.З.Рахимов. – Уфа, 1986. – 38 с.
151. Организация воспитательной работы с учащимися в современных условиях: Методические рекомендации пед. работникам ср. общеобразов. шк. / Сост. И.И. Валеев – Уфа: Б.и., – 1998. – 19 с.
152. Организация и содержание воспитательной работы в школе-интернате для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича. / Под ред. Т.А.Власовой, М.В.Ипполитовой. Сб. науч. тр. НИИ дефектологии – М., 1981. – 91 с.

153. Основные показатели медицинского обслуживания женщин и детей Республики Башкортостан за 2000 год / МЗ РБ Республиканская детская клиническая больница. – Уфа, 2001. – 50 с.
154. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.
155. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом: сб.науч.тр./ АПН СССР, НИИ дефектологии, – М.: 1989. – 125 с.
156. Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя/ сост. Т.А. Власова, К.С. Лебединская, В.Ф. Махичина. –М.: Просвещение, 1983. – 176 с.
157. Педагогика / Под ред. В.А.Сластенина. – М.: Школа-пресс, 1997. – 512 с.
158. Петрова В.Г., Белякова Н.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? Учебно-методическое пособие / Акад. пед. и соц. наук. Моск. психолого-соц. ин-т. – М.: Флинта, 1998. – 103 с.
159. Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. – М.: Политиздат, 1982. – 225 с.
160. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии: Методическое пособие / Под ред. Л.В. Шапковой. – СПб.: Детство – Пресс, 2002. – 159 с.
161. Права ребенка. Основные международные документы // Ред.- сост. Е.М.Рыбинский. – М.: Дом, 1992. – 70 с.
162. Практическая реабилитационная педагогика: Учебно-методическое пособие для воспитателей / Авт.-сост. Гордеева А.В., Морозов В.В.: РАО. – М.: АПО, 1996. – 65 с.
163. Приказ № 2417 от 18. 06. 2001г. О реализации решения коллегии от 15 мая 2001г. №10 «Об опыте работы вузов России по обеспечению доступности высшего профессионального образования для инвалидов» // Российское образование. – 2001. – № 4. –С.68–71.
164. Программа развития воспитания в системе образования России на 1999 – 2001 года // Воспитание школьников. – 2000. – №1 – С.6–10.

165. Программа 1-4 классов специальной общеобразовательной школы для детей с последствиями полиомиелита и церебрального паралича. / Под ред. В.И.Ипполитовой. – М., 1986, 123 с.
166. Программа развития системы образования г. Уфы на 2001–2005 г.г. Управление народного образования администрации г. Уфы. Уфа, 2001. – 65 с.
167. Проект Закона Российской Федерации «О специальном образовании» // Дефектология. – 1995. – №1. – С. 3–15.
168. Психолого–медико–педагогическая консультация: Методические рекомендации. / Сост. Л.М.Шипицына, М.А.Жданова. – 2-е изд., доп. – СПб: изд-во «Детство – пресс», 2002. – 345 с.
169. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов / Под общ. ред. М.М.Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. –134 с.
170. Психолого-педагогический словарь. – Ростов н/ Дону, Феникс, 1998. – 554 с.
171. Рахимов А.З. Нравственная психология: Возрастные этапы психологического и нравственного становления человека. – Уфа: Наука, образование, культура, 1995 – 103 с.
172. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. / Л.М. Шипицына, Е.С. Иванов, Л.А. Данилова, И.А. Смирнова; Междунар. ун - т семьи и ребенка им. Р.Валленберга. – СПб: Образование, 1995. – 80 с.
173. Решение коллегии Министерства Образования № 1/2 от 18.01.2000 «О повышении роли системы дополнительного образования в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья» // Российское образование. – 2000. – №5. – С.90–91.
174. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2001. – 712 с.
175. Сафин В.Ф. Психические отклонения в развитии детей и методы их психокоррекции – 2-е изд., перераб. и доп. – Уфа: БГПУ, 2001 – 299 с.
176. Селиванова Н.Л. Современные представления о воспитательном пространстве // Педагогика. – 2000 – №6. – С.35–40.

177. Семаго М.М. Социально - психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства: Дис. ...канд. психол. наук. – М., 1992. – 195 с.
178. Семенов Г. Социализация, воспитание, развитие // Воспитание школьников. – 1999. – №6. – С.2–8.
179. Сериков В.В. Личностно-ориентированное образование // Педагогика. 1994. – №5. – С.16–21.
180. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб., ООО «Речь», 2001. – 350 с.
181. Сидоров Н.Р. Заметки о философии образования // Образование в современной школе. – 2001. – №1. – С.17–20.
182. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии: Практическое руководство для учителей и родителей: – М.: Сфера, 2000. – 128 с.
183. Скаткин М.Н. Методология и методика педагогических исследований. – М.: Педагогика, 1986. – 152 с.
184. Словарь основных понятий по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями // Под ред. Гуслияковой Л.Г., Синцовой Л.К. – Барнаул, – 1997 – 64 с.
185. Социальная защита инвалидов: Нормативные акты и документы. / ЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов: (Составители: Т.В.Варковастова и др.). – М.: Юридическая литература, – 1994. – 702 с.
186. Специальное образование в Соединенных Штатах. / Дж. В. Лернер. Региональные программы развития специального образования: основания, действительность, проблемы и перспективы / В.В. Коркунов / Урал. гос. пед. ин-т, – Екатеринбург, 1993. – 46 с.
187. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учебн. заведений. / Л.И.Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 400 с.

188. Стародубов В.И. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1997 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №2. – С.7–27.
189. Стребелева Е.А. Вариант индивидуальной программы воспитания, обучения и развития ребенка дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями // Дефектология. – 2002. – №5. – С.68.
190. Стребелева Е.А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии // Дефектология – 1997. – №2. – С.50–58.
191. Структура процесса воспитания (методологический аспект) / Б. Витинас – Каунас, 1984, – 97 с.
192. Сулеменова Р.А. О создании системы ранней коррекционной помощи детям с нарушениями развития // Дефектология. – 2000. – №1. – С.69–73.
193. Сухомлинский В.А. Избранные произведения в 5-ти томах Т. 5. – Киев, «Рад. школа», 1980, – 676 с.
194. Сухомлинский В.А. Книга о любви. – М.: Мол. гвардия, 1983. – 191 с.
195. Сухомлинский В.А. «Не только разумом, но и сердцем...». Сб. ст. и фрагм. из работ. – М.: Мол. гвардия, 1986. – 207 с.
196. Сухомлинский В.А. Сердце отдаю детям. – Киев: Рад.школа, 1988. – 272с.
197. Талызина Н.Ф. Формирование познавательной деятельности младших школьников: Книга для учителей - М.: Просвещение, 1998. – 173 с.
198. Терегулов Ф.Ш., Штейнберг В.Э. Образование – новый взгляд: теория, технологии, практика. – Уфа: 1998. – 232 с.
199. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: «Издательство Гном и Д», 2000. – 64 с.
200. Указ Президента РФ от 27.07.92 г. № 8024 Постановление Совета Министров и Правительства РФ от 05.04.93 г. № 296 «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов».

201. Ульяновка У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учебное пособие. – М.: Академия, 2002. – 175 с.
202. Учебные стандарты школ России. Государственные стандарты начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования. В 2-х т. / Под ред. В.С.Леднева, Н.Д.Никандрова, М.Н.Лазутовой. – М., 1998.
203. Фельдштейн Н.Д. Психология становления личности. – М.: МПА, 1994. – 192 с.
204. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Под ред. Н.А.Гросс. – М.: Советский спорт, 2000. – 224 с.
205. Фуряева Т.В. Интегрированный подход в организации воспитания и обучения детей дошкольного возраста с проблемами в развитии (зарубежный опыт) // Дефектология. – 1999. – №1. – С.64–71.
206. Хуснутдинова З.А., Куценко Г.И., Эткина Э.И. Медико-социальные проблемы детей-инвалидов и их семей. – Уфа, 1998. – 232 с.
207. Хуснутдинова З.А., Эткина Э.И. Формирование состояния здоровья детей-инвалидов в связи с детским церебральным параличом // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – №5. – С. 48–50.
208. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 128 с.
209. Чепурных Е. Об основных направлениях развития воспитания в системе образования // Воспитание школьников – 2000. – №1. – С.2–6.
210. Черепов В.М. Основные проблемы охраны здоровья населения России // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №6. – С.3–6.
211. Шагарова С.В. Медико-социальные проблемы состояния здоровья детей-инвалидов города Уфы // Здравоохранение Башкортостана. – 1998. – №3–4. – С.20–23.

212. Шагарова С.В. Медико-социальные проблемы состояния здоровья детей-инвалидов в условиях крупного города // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. – №6. – С. 17–18.
213. Шевцова И.В. Совершенствование системы специального образования в регионе и удовлетворение потребности детей с ограниченными возможностями: дис... канд. пед. наук. - Екатеринбург, – 1999. – 198 с.
214. Шевченко С.Г. Вариативные формы образования детей с трудностями обучения в массовых школах // Дефектология. – 1995. – №1. – С.10–14.
215. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты: Методическое пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: Гуманиз. изд. центр. «Владос», 1999. – 136 с.
216. Шевченко Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и право // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2000. – №1. – С.3–13.
217. Шевченко Ю.Л. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 году. Раздел 3. Здоровье матери и ребенка. Раздел 4. Временная нетрудоспособность и инвалидизация // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – №5. – С.7–21.
218. Шевченко Ю.Л. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачи на 2001 - 2005 гг. и на период до 2010 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – С.3–10.
219. Шиврина Е.В. Нормативно-правовые знания как фактор повышения профессиональной культуры педагогов специального образования: дис. ... канд.п.н. – Екатеринбург, 2000 – 243 с.
220. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич: Монография. Ин-т спец. педагогики и психологии. – СПб. – М.: Изд-во «Дидактика Плюс»: Ин-т общегуманит. исследований, 2001, – 271 с.

221. Школа - центр диагностики и интегрированного обучения детей с проблемами в психологическом развитии: (Науч. - метод. документация) / СПб : Образование, 1994. – 81 с.
222. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. – 1999. – №1 – С.41–47.
223. Эриксон Э. Детство и общество / перевод и научн. ред. проф. А.А.Алексеев. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб, 2000, – 415 с.
224. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. – М.: Сентябрь, 1996. – 96 с.
225. Ямбург Е.А. Школа для всех: Адаптивная модель (Теор. основы и практ. реализация). – М.: Новая школа. – 1996. – 352 с.
226. Behinderung als paedagogische und politisch Herausforderung: Hist. u. systematische Aspekte / in Zusarb. mit der Akad. fuer Lehrerfort – bildung, Dillingenhrsg. von M. Liedtke. - Bad Heilbrunn: Klinhardt, 1996. – 279 s.
227. Beitrage zur Erziehung geschadigter Kinder, III / Hrsg, von G.Grossmann. – Hall (Saalle), 1984. – 94 s.
228. Das huperaktive King: Ursachenforschung - paed, Ansaetze – didaktische konzepte / Hrsg. Von K. Czerwenka. – Weinheim; Basel: Beltz, 1994. – 145 s.
229. Die Aus - Weiter - und Fortbildung fuer die Aufgaben der Rehabilitation : 30. Kongress der Dt. Vereinigung fuer die Rehabilitation Behinderten e.v., Baunatal / Nordhessen 1991 / Hrsg: W. Heipertz e.a. - Ulm: Universitaetsverlag, 1993. – 377 s.
230. Erziehung und Bildung Sprachgeschadigter / Mauer, Drebes, Sack, Schuler. – Berlin: Volk u Wissen. 1990. – 192 s.
231. Geistigbehindertenpaedagogik. – 14. Aufl. - Berlin; Ed. Marhold im Wissenschaftsvtrl. Volker Spiess, 1993. – 146 s.
232. Integrative Prozesse in Kindergartengruppen: Uber die gemeinsame Erziehung von behinderten u. nichtbehinderten Kindern / G.Klein, G.Kreie, M. Kron, H. Reiser. – Weinheim; Munchen: Dt. Jugendinst., 1987. – 363 s.

233. Integration von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderung: Gemeinsame Erziehung mit Nichtbehinderten in Kindergarten und Schule. – Berlin.: Marhold, 1987. – 114 s.
234. Kleines Wörterbuch zur Defektologie: Russisch-Deutsch. – Berlin: Volk u Wissen, 1988. – 88 s.
235. Unterricht in Diagnose – und Förderklassen: Neuropsychol. Aspekte schulische Lehrens / Von E. Breitenbach. – Bad Heilbrunn/ Obb.: Klinkhardt, 1992. – 233 s.
236. Unterrichtsarbeit an der Schule für Geistigbehinderte: Planung Durchführung u. Analyse. - 2., überarb. Aufl. – Berlin: Ed. Marhold, 1993. – 226 s.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Башкирский государственный медицинский университет
Кафедра педагогики и психологии

Программа

«Учимся вместе»

(для формирования позитивного отношения к совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья) для детей, родителей и педагогов.

Объяснительная записка

Актуальность: Отношение педагогического коллектива к возможности обучения и воспитания детей с различным состоянием физического здоровья в массовой школе так же, как и мнение родителей, важно для эффективного интеграционного процесса. Основной причиной низкого уровня отношения к совместному обучению и воспитанию детей с различным состоянием физического здоровья является недостаточное знание проблем интегрированного процесса и его реализации в образовательном учреждении.

Важным условием успешной и эффективной организации совместной образовательной деятельности является формирование компонентов личностного опыта: *морально-этического*, включающий уровень нравственного поведения; *гражданского*, включающий отстаивание прав человека; *рефлексивного*, включающий возможность свободы выбора, анализ собственной деятельности; *здоровьесберегающего*, повышающий адаптационные возможности организма подрастающего поколения.

Разработанная программа формирования позитивного отношения в совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе обучения позволит повысить уровни

сформированности компонентов личностного опыта у всех участников образовательного процесса.

Организация совместной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья на начальном этапе школьного образования должно помочь способствовать у здоровых детей формированию гуманных чувств, терпимости, взаимовыручке, у детей с нарушениями физического здоровья развить компенсаторные функции, коммуникативные навыки, чувства самоуважения.

Цель: Сформировать позитивное отношение к совместной образовательной деятельности в общеобразовательной школе у детей различным состоянием физического здоровья, а также у родителей и педагогов.

Задачи:

1. Ознакомление с основными проблемами интеграционного процесса в системе образования (исторические аспекты, опыт за рубежом, перспективы в России);
2. Организация встреч с медиками, психологами, дефектологами, логопедами для рассмотрения возможности интегрированного процесса в общеобразовательной школе специалистами;
3. Организация совместных мероприятий детей с различным состоянием физического здоровья, взрослых (посещение культурно-массовых заведений, спортивные соревнования, конкурсы).

Большое внимание на практических занятиях уделяется совместной деятельности детей, родителей и педагогов.

Проведение программы предусмотрено в начале учебного года (сентябрь, октябрь).

Тематический план

№	Раздел, тема	Количество часов		
		всего	ЛК	ПЗ
I	Интегрированный процесс в системе образования. 1. «За и против». 2. «Интегрированное обучение». 3. Что говорят специалисты.	6	2 2 2	
II	Современные педагогические технологии в оздоровлении и социальной реабилитации ребенка с проблемами в развитии.	2	2	
III	Психотерапевтическая работа с семьей. Тренинг для семьи (по программе В.В.Ткачевой)	10 занятий (по особому плану)		
IV	Лечебно-коррекционные и педагогические мероприятия 1. Игры, направленные на установление психологического контакта. 2. Подвижные игры для детей. 3. Встречи с артистами. 4. «Спорт и мы». 5. «КВН»	12		2 2 2 4 2
V	Программно-методические рекомендации по физической культуре для учащихся 1-4х классов с ограниченными физическими возможностями и здоровых детей. 1. Развитие и нормализация движений. 2. Укрепление общего здоровья ребенка.	4	2 2	
	Итого	24	12	12

Используемая литература:

1. Грузинова Т. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции // Директор школы. – 1999. – №4. – С.59.
2. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: - М.: Академия, 2002. – 176 с.
3. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 186 с.
4. Лернер Е.И. Похожие и непохожие: Отношение к детям с ограниченными возможностями. – М.: Академический проект, 2001. – 64 с.
5. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: Гуманитарный издательский центр «Владос», 1997. – 303 с.
6. Петрова В.Г., Белякова Н.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? Учебно-методическое пособие. / Акад. пед. и соц. наук. Моск. психолого-соц. ин-т. – М.: Флинта, 1998. – 103 с.
7. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии: Методическое пособие / Под ред. Л.В. Шапковой. – СПб.: Детство – Пресс, 2002. – 159 с.
8. Психолого–медико–педагогическая консультация: Методические рекомендации / Сост. Л.М.Шипицына, М.А.Жданова. – 2-е изд., доп. – СПб: изд-во «Детство – пресс», 2002. – 345 с.
9. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка: Комплект рабочих материалов. / Под общ. ред. М.М.Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. –134 с.
10. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: «Издательство Гном и Д», 2000. – 64 с.

11. Ульяновка У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учебное пособие. – М.: Академия, 2002. – 175 с.
12. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. – 1999. – №1. – С.41–47.

Дополнительная литература:

1. Воспитание и обучение детей с проблемами // Школьные технологии. – 2002. – №3. – С.126–137.
2. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей // Дошкольное воспитание. – 1991. – № 6.- С.2–5.
3. Зайцев В. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья // Педагогика. – 2003. – №1. – С.21–30.
4. Капустин Н.П. Педагогические технологии адаптивной школы: - М.: Изд. центр «Академия», 1999. – 215 с.
5. Конвенция о правах ребенка // Народное образование. – 1993. – №5. – С.24 – 31.
6. Михалева С. Дети с ограниченными возможностями: выход из «Замкнутого круга» // Директор школы. – 2003. – №8. – С.46–52.
7. Права ребенка. Основные международные документы // Ред.-сост. Е.М.Рыбинский. – М.: Дом, 1992. – 70 с.
8. Проект Закона Российской Федерации «О специальном образовании» // Дефектология. – 1995. – №1. – С. 3–15.

Методика изучения сформированности компонентов личностного опыта (КЛЮ)

Модифицированная методика «Ценностные ориентации личности» Коровина С.С., Кабачкова В.А. Данная методика позволяет на основе самооценки выявить и оценить уровень сформированности компонентов личностного опыта (КЛЮ) (морально-этического, гражданского, рефлексивного, здоровьесберегающего).

Инструкция и рекомендации для проведения опроса

Опросник изучения сформированности компонентов личностного опыта представлен в форме бланка, где в левой части представлены перечисления положительных свойств и качеств личности, а в правой – их противоположные значения. В середине размещается цифровой ряд (от 5 до 1); каждая цифра означает определенный уровень сформированности того или иного свойства или качества.

Первые 10 перечислений отражают сформированность морально-этического КЛЮ; с 11 по 20 – сформированность гражданского КЛЮ; 21 – 30 – сформированность рефлексивного КЛЮ; 31-40 – сформированность здоровьесберегающего компонента.

Подсчет баллов осуществляется по каждому компоненту. Баллы каждого КЛЮ суммируются, и определяется уровень сформированности КЛЮ (таблица 1).

Таблица 1

Интегральные показатели сформированности КЛЮ

Уровни сформированности КЛЮ	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий
Сумма баллов	... – 80	81 – 115	116 – 130	131 – 165	166 – 200

Характеристика уровней сформированности КЛЮ:

Высокий уровень предполагает, что нравственное поведение сформировано на высоком уровне: активная забота о близких, организация актов милосердия, переживание чувства долга, совести, собственного достоинства; сформированы гражданские качества: общественная активность, ответственность, уважение и принятие прав и обязанностей окружающих; насыщенная жизнедеятельность, самооценка своих поступков, поведения; ведение здорового образа жизни, активной физической деятельности.

Уровень **выше среднего** соответствует гуманному отношению к окружающим людям, проявлению терпимости; уважению к законам государства, чувству личной свободы, адекватному отношению к проблемам окружающих; самоанализу своих поступков, самокоррекции поведения, ответственности, личностному развитию; организации активного образа жизни.

Средний уровень характеризует уважение к другим людям, проявление гуманности, сострадания, заботы; проявление активности в общественных делах, единство личностного сознания и общественного поведения; ответственность за принятие решений, проектирование своего поведения; ведение здорового образа жизни и физическая активность от случая к случаю.

Ниже среднего предполагает заботу о близких, по отношению к другим людям позиция пассивная; недостаточную активность в участии в общественных делах, гражданские качества недостаточно сформированы; выбор в действиях и поведении зависит от мнения большинства окружающих, личностное развитие не интересует; недостаточно сформирована физическая активность, нет постоянства здорового образа жизни.

Низкий уровень означает низкую гражданскую активность, пассивность в организации актов милосердия, недостаточную терпимость, уважение к другим людям; безразличие к проблемам окружающих, правам человека, несформированность чувства собственного достоинства; отсутствие анализа своих

поступков, самокоррекции поведения; негативное отношение к здоровому образу жизни, нет интереса к физической активности.

Инструкция: «Ниже представлены 40 перечислений личностных свойств и качеств. Вам необходимо самостоятельно оценить степень сформированности у Вас каждого свойства или качества в баллах от 5 (самый высокий) до 1 (самый низкий) и отметить знаком «х» цифровое значение этого качества, наиболее соответствующее сформированности его у Вас. Постарайтесь самокритично и вдумчиво отнестись к ответам-оценкам опросника. «Правильных» и «неправильных» ответов здесь быть не может. Анонимность Ваших результатов гарантируется».

Опросный лист (бланк)

Ф.И.О. _____

1. Нравственный	5 4 3 2 1	Безнравственный
2. Моральный	5 4 3 2 1	Аморальный
3. Добрый	5 4 3 2 1	Безжалостный
4. Тактичный	5 4 3 2 1	Бестактный
5. Впечатлительный	5 4 3 2 1	Бесчувственный
6. Милосердный	5 4 3 2 1	Малодушный
7. Гуманный	5 4 3 2 1	Эгоцентричный
8. Чуткий	5 4 3 2 1	Равнодушный
9. Свойственно взаимопомощь	5 4 3 2 1	Безразличие к проблемам окружающих
10. Жалостливый	5 4 3 2 1	Невосприимчивый
11. Общественно деятельный	5 4 3 2 1	Безучастный в общественных делах
12. Цивилизованный	5 4 3 2 1	Нет интереса к происходящему
13. Уважающий законы госу- дарства	5 4 3 2 1	Асоциальный
14. Проявляющий гражданские поступки	5 4 3 2 1	Безразличный
15. Подчиняющийся интересам окружающих	5 4 3 2 1	Независимый
16. Развитый гражданский долг	5 4 3 2 1	Равнодушный к общественно-

		значимым делам
17. Активная общественная деятельность	5 4 3 2 1	Бездеятельный
18. Проявляющий интерес ко всему происходящему	5 4 3 2 1	Нет интереса к происходящему вокруг
19. Придерживающийся общественного поведения	5 4 3 2 1	Легкомысленный в отношении собственного поведения
20. Уважающий права окружающих	5 4 3 2 1	Безразличие к этому
21. Инициативный	5 4 3 2 1	Пассивный
22. Ответственный	5 4 3 2 1	Безответственный
23. Активный	5 4 3 2 1	Безучастный
24. Терпеливый	5 4 3 2 1	Нетерпеливый
25. Целеустремленный	5 4 3 2 1	Разбросанный
26. Требовательный	5 4 3 2 1	Нетребовательный
27. Общительный	5 4 3 2 1	Замкнутый
28. Вежливый	5 4 3 2 1	Грубый
29. Объективный	5 4 3 2 1	Субъективный
30. Откровенный	5 4 3 2 1	Скрытый
31. Придерживающийся ЗОЖ	5 4 3 2 1	Не соблюдающий ЗОЖ
32. Физически активный	5 4 3 2 1	Физически пассивный
33. Ценящий физические упражнения	5 4 3 2 1	Не понимающий их роли
34. Знающий о ЗОЖ	5 4 3 2 1	Информационно неграмотный о ЗОЖ
35. Физически подготовленный	5 4 3 2 1	Физически слабый
36. Заинтересованный в физической активности	5 4 3 2 1	Не видящий смысла в физической активности
37. Нацеленный на физическое совершенствование	5 4 3 2 1	Нет физической направленности
38. Готовый следовать физической активности	5 4 3 2 1	Физически безучастный
39. Самостоятельный в физической активности	5 4 3 2 1	Беспомощный в физической активности
40. Удовлетворенный от физической активности	5 4 3 2 1	Безразличный к этому

**Методика изучения компонентов личностного опыта (КЛЮ)
(детский вариант)**

Инструкции и рекомендации для проведения опроса.

Первая часть опросника отражает сформированность морально-этического КЛЮ; II часть – сформированность гражданского КЛЮ; III часть – сформированность рефлексивного КЛЮ; IV часть – сформированность здоровьесберегающего компонента.

Ключ для обработки ответов

Варианты ответов	I часть					II часть					III часть					IV часть				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
а	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	2	2
б	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	0	2	2	0	0	0	2	0	0
в	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1
Итого																				

Ответ, отмеченный в соответствующей клетке, оценивается указанной в ней суммой баллов. Общая сумма обозначает уровень сформированности КЛЮ (таблица 2).

Таблица 2

Интегральные показатели сформированности КЛЮ

Уровни сформированности КЛЮ	низкий	ниже среднего	средний	выше среднего	высокий
Сумма баллов	... – 10	11 – 16	17 – 26	27 – 35	36 – 40

Инструкция: «Сейчас я буду задавать тебе вопросы и предложу варианты ответа. Выбери, тот вариант, который тебе подходит».

I часть

1. Если понадобится помощь другому ребенку, что ты сделаешь?
 - а) помогу;
 - б) не смогу помочь;
 - в) не знаю.
2. Ты знаешь, как ухаживать за младшими?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не знаю.
3. Тебе нравится твой класс?
 - а) да, все;
 - б) нет;
 - в) только некоторые ребята.
4. Ты считаешь, что всегда вежлив?
 - а) да, всегда;
 - б) не всегда;
 - в) не знаю.
5. Если твой одноклассник чем-то огорчен, ты его пожалеешь?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не знаю.

II часть

1. Какие у тебя взаимоотношения с одноклассниками?
 - а) дружные;
 - б) хорошие с некоторыми ребятами;
 - в) часто ссоримся.
2. Тебя попросил уступить место в транспорте незнакомый человек. Как ты поступишь?
 - а) уступлю;
 - б) если нет свободных мест, уступлю;
 - в) не уступлю.
3. Все ребята в классе готовятся к празднику. Ты поможешь им?
 - а) да;
 - б) нет;
 - в) не знаю.
4. Класс собирает поделки и игрушки для ребят, у которых случилось беда. Ты поделишься своими игрушками?
 - а) да;
 - б) не знаю;
 - в) нет.

5. Тебя попросили посетить вашего одноклассника, который заболел. Ты пойдешь?

- а) да;
- б) не знаю;
- в) нет.

III часть

1. Если над тобой подшутили, ты рассердишься?

- а) да;
- б) нет;
- в) не знаю.

2. Бегая, ты задел другого мальчика. Что сделаешь?

- а) извинишься;
- б) побежишь дальше;
- в) не знаю.

3. Тебе бывает трудно в школе?

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

4. У тебя много трудностей?

- а) да;
- б) нет;
- в) бывают.

5. К тебе все хорошо относятся?

- а) да;
- б) нет;
- в) не знаю.

IV часть

1. Тебе нравится заниматься физкультурой?

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

2. Знаешь ли ты как делать утреннюю гимнастику?

- а) да;
- б) нет;
- в) не знаю.

3. Часто ли ты болеешь?

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

4. Делаешь утром гимнастику?

а) да;

б) нет;

в) иногда.

5. Ты катаешься на санках, коньках, лыжах?

а) да;

б) нет;

в) иногда.