

**«Социальное партнёрство
Ресурсного центра сопровождения
инклюзивного образования
как фактор успешного развития
инклюзивного образования в ДОУ»**



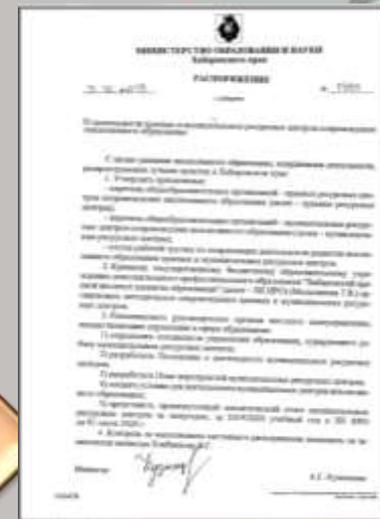
Ресурсный центр сопровождения инклюзивного образования МБДОУ ДС № 40 был создан в январе 2020 года.



Основание :

- Распоряжение Министерства образования и науки Хабаровского края от 11.10.2019 № 1395 «О деятельности краевых и муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования»

- Приказ Управления образования от 24.12.2019 № 446-осн.р утверждения деятельности муниципальных ресурсных центров сопровождения инклюзивного образования в Николаевском муниципальном районе на 2019-2020 учебный год.



Цель: организационно-методическое и информационное сопровождение образовательного и коррекционного процесса, распространение лучших практик и формирование единого образовательного пространства для воспитанников с ограниченными возможностями здоровья на основе сетевого взаимодействия с образовательными организациями и социальными партнерами.



ВМЕСТЕ В БУДУЩЕЕ

Задачи:

- Выявление образовательных потребностей педагогических работников и родителей в области инклюзивного образования и создание банка данных образовательных учреждений города, реализующих практику инклюзивного образования.
- Анализ, обобщение и систематизация опыта работы по созданию библиотеки научно-методических материалов и медиатеки видеоматериалов опыта работы учреждений по социализации детей с особыми образовательными потребностями.
- Выявление образовательных потребностей детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих дошкольное учреждение с целью реализации прав каждого ребенка на получение доступного качественного образования.
- Повышение квалификации педагогов города, реализующих практику инклюзивного образования, оказание методической и информационной поддержки по вопросам инклюзивного образования и развития детей с нарушениями речи, зрения и задержкой психического развития через организацию обучающих семинаров и консультаций.
- Налаживание тесного взаимодействия не только среди субъектов и объектов инклюзивного образования, но и специалистов различного профиля и представителей различных социальных институтов.



Результаты работы Ресурсного центра :



Разработаны документы, регламентирующие деятельность ресурсного центра:

- **положение о деятельности ресурсного центра по сопровождению инклюзивного образования,**
- **план деятельности ресурсного центра на 2020 год,**
- **соглашения о взаимодействии с социальными партнёрами.**





Создан банк данных образовательных учреждений города, реализующих практику инклюзивного образования.



Проведен анализ и систематизация имеющегося в учреждениях опыта работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья



Формируется библиотека научно-методической литературы по вопросам инклюзивного образования детей.



Пополнилась медиатека видеоматериалов образовательных мероприятий по работе с детьми с ОВЗ, для использования на обучающих семинарах.



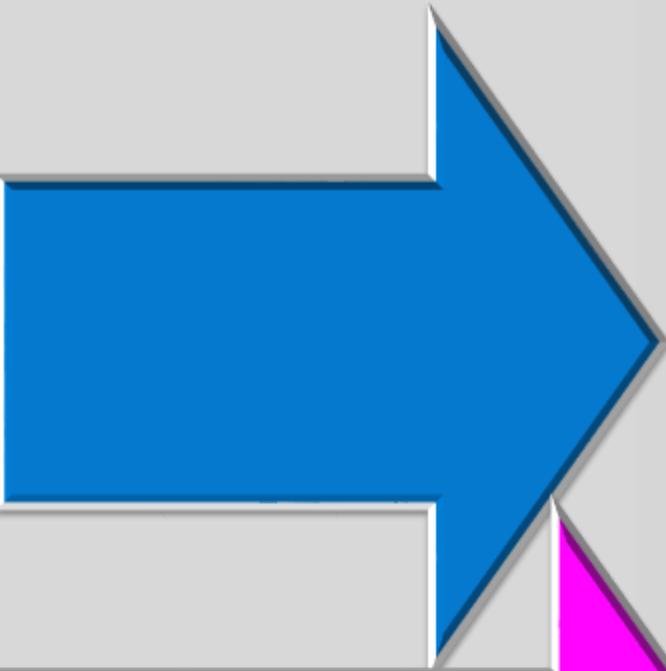


**Создана медиатека презентаций
используемых в работе с детьми.**



**Организовано взаимодействие с ООО «М-пресс» по
выпуску информационных буклетов по направлениям
деятельности ресурсного центра.**

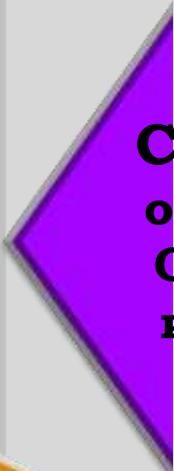


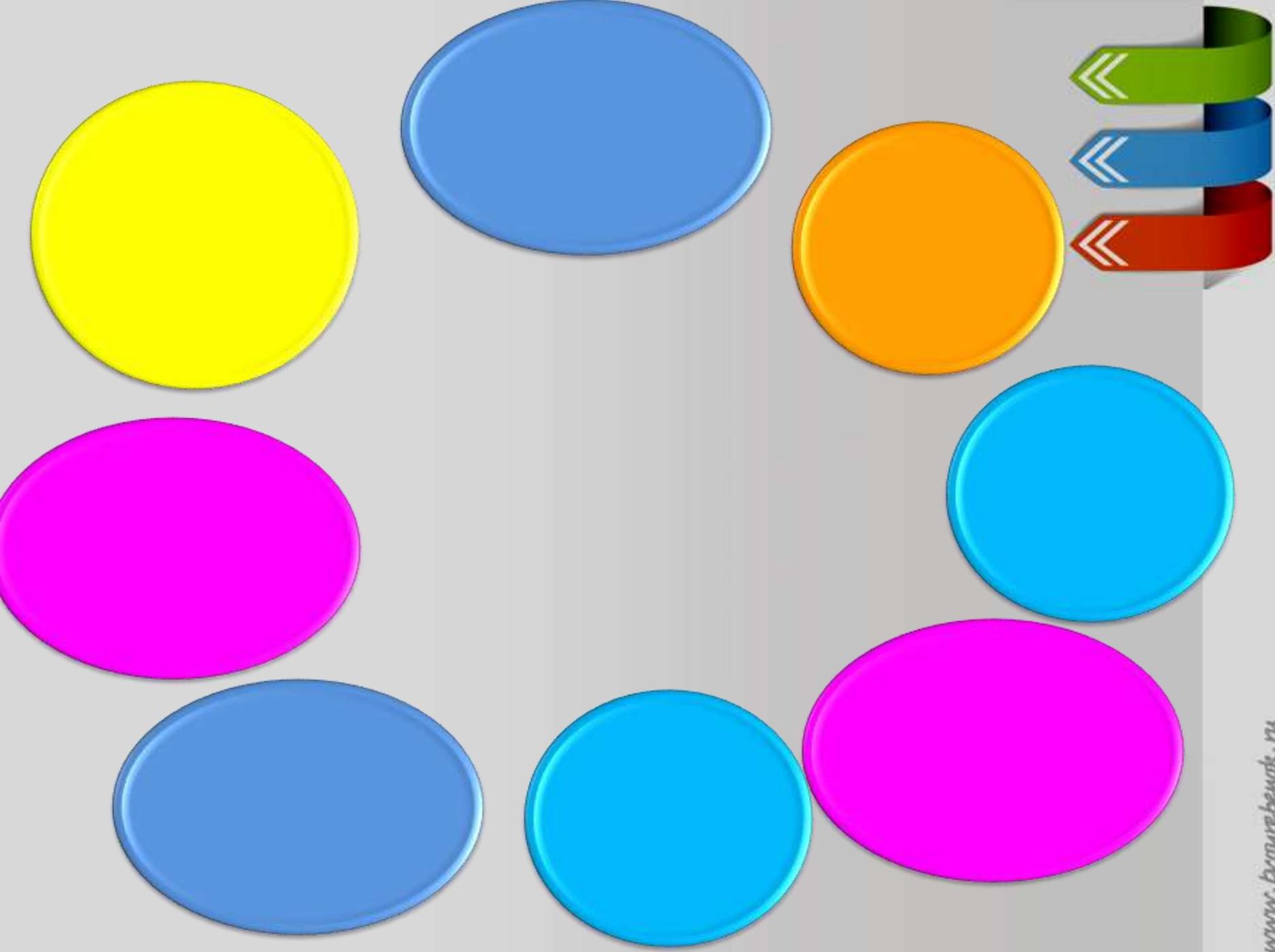


**Интегрированное -
образование детей
с ОВЗ в ДОУ
компенсирующего/
комбинированного вида**

**Инклюзив-
ное
- совместное
образование
детей с ОВЗ и
нормативно
развивающихся
 сверстников в
ОУ**

**Мейнстриминг -
дети с ОВЗ общаются
со сверстниками на
праздниках, в
различных досуговых
программах**







Нормативно-правовое обеспечение
получения образования обучающимися с
ОВЗ

Психолого-педагогическое
сопровождение обучающихся с ОВЗ и
инвалидностью в общеобразовательных
организациях



На сайте ХК ИРО
создали площадку для обсуждения вопросов
коррекционного и инклюзивного
образования
«Проектируем новое коррекционное и
инклюзивное образование»







Положение о группе комбинированной направленности



3. Обеспечение группы КН:

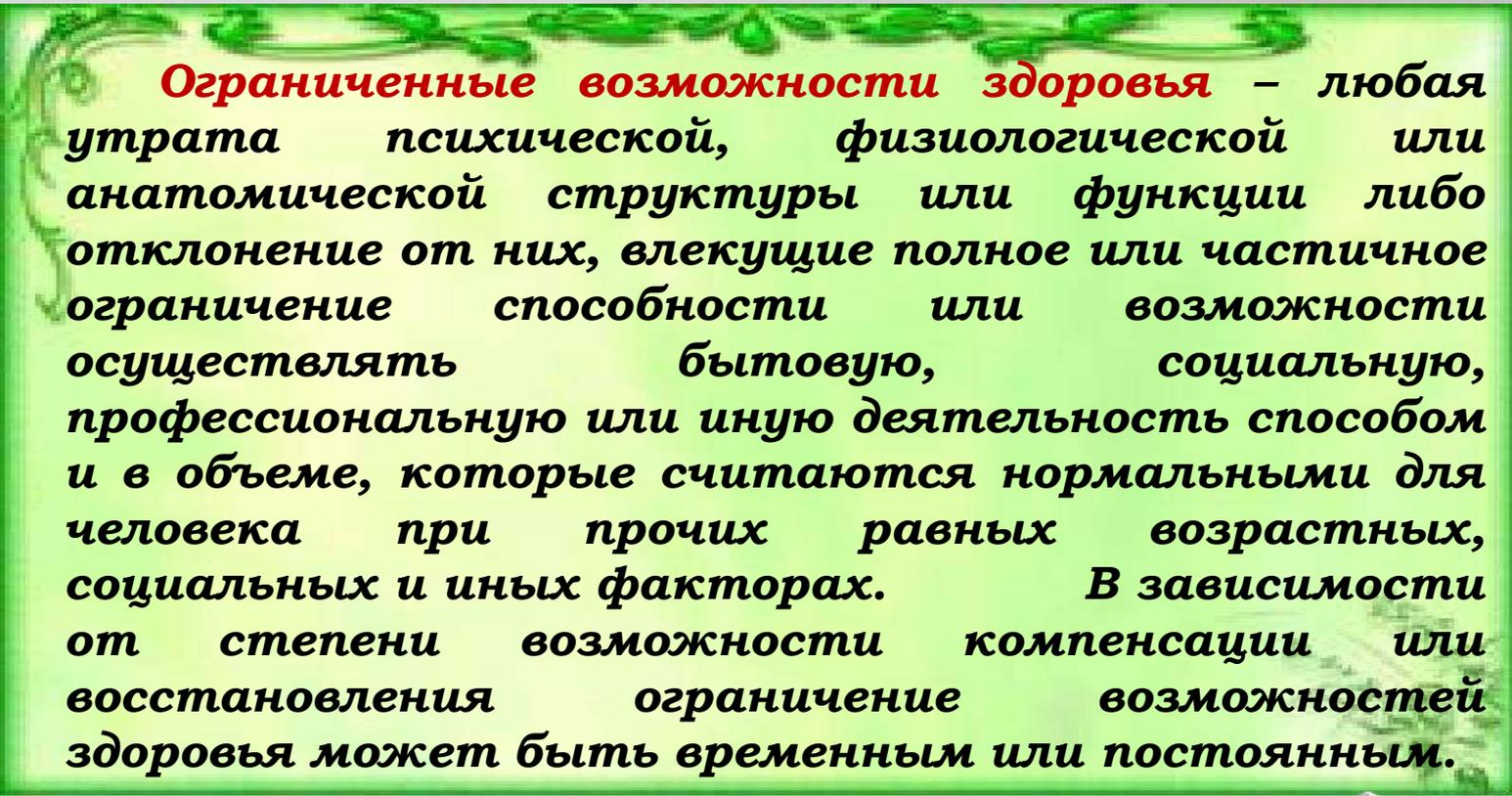
прописывается за
чей счет и для
чего оснащается
группа, какую
помощь, от каких
лиц и в виде чего
может принимать
детский сад, на
что не
допускается
расходование
привлеченных от
физических и
юридических лиц
денежных
средств.

4. Организация деятельности педагогического персонала группы:

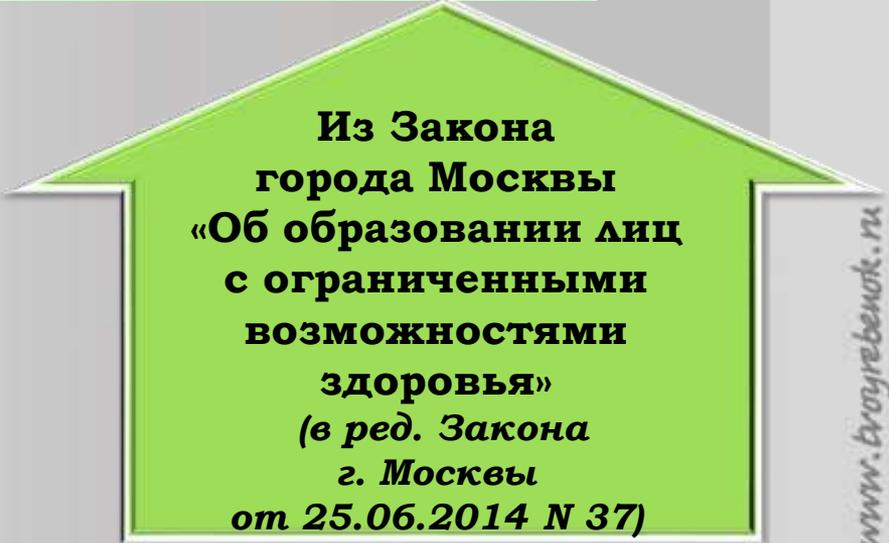
прописывается кто
является основным,
ведущим
специалистом,
проводящим и
координирующим КПП
в группе и его
функциональные
обязанности,
деятельность узких
специалистов и что
входит в их функции,
направления
деятельности
воспитателя.

5. Заклю- чительные положения группы КН:

прописывается
с какого дня, и
по какой
период,
действует
настоящее
Положение, где
и кто может
внести в
текст
Положения
изменения.



Ограниченные возможности здоровья – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции либо отклонение от них, влекущие полное или частичное ограничение способности или возможности осуществлять бытовую, социальную, профессиональную или иную деятельность способом и в объеме, которые считаются нормальными для человека при прочих равных возрастных, социальных и иных факторах. В зависимости от степени возможности компенсации или восстановления ограничение возможностей здоровья может быть временным или постоянным.



Из Закона
города Москвы
«Об образовании лиц
с ограниченными
возможностями
здоровья»
(в ред. Закона
г. Москвы
от 25.06.2014 N 37)

Субъекты инклюзивной практики



Ребенок с ОВЗ

по результатам обследования на ПМПК, нуждающийся в разработке индивидуального образовательного маршрута, его основного элемента — индивидуальной образовательной программы, организации специальных образовательных условий

при определении ребенка как субъекта инклюзивного образовательного пространства приоритетным является необходимость учета его особых образовательных потребностей, требующих, и разработки индивидуальной образовательной программы, и создания специальных образовательных условий ее реализации

Ребенок с ОВЗ

при создании инклюзивного образовательного пространства медицинский диагноз и его «социальный аналог» — решение бюро медико-социальной экспертизы о назначении инвалидности (временной или постоянной) и, как законодательное следствие, разработка для такого ребенка индивидуальной программы реабилитации (ИПР) не должны являться определяющими при оценке такого ребенка как основного субъекта инклюзивной практики



Субъекты инклюзивной практики

***Остальные дети, включенные
в то же самое образовательное
пространство***

**Дети окружающие
включаемого ребенка не являются
по отношению к нему однородным «коллективным
субъектом». Некоторые из них с различной степенью
негативности относятся к ребенку с ОВЗ, другие —
нейтральны — он для них как бы не существует. Третьи,
возможно, испытывают позитивные чувства и
положительное отношение.**

***Важно обеспечить оценку межличностных
отношений и разработать ряд психолого-
педагогических мероприятий, позволяющих
минимизировать негативные отношения и
использовать позитивные отношения
для создания толерантной
образовательной среды***



Субъекты инклюзивной практики

Родители

*родители
включаемого ребенка*

*родители других
детей группы*

Совершенно очевидно, что в данном случае родителей нельзя рассматривать как однородный субъект сопровождения для каждой категории родителей должны быть разработаны отдельные технологии оценки и сопровождения специалистами консилиума детского сада, в первую очередь, психологом ПМПк.



Субъекты инклюзивной практики

Педагогический коллектив общеобразовательного учреждения

Педагогов следует рассматривать как особых субъектов сопровождения, поскольку они сами непосредственно включены в инклюзивное образование как специалисты, но, в то же время, в силу специфики своей профессиональной подготовки нуждаются в помощи и поддержке со стороны специалистов консилиума детского сада, обладающих специальными знаниями и умениями в отношении различных категорий детей с ОВЗ.



Основные виды нарушений функций организма



Нарушения психических функций
(восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций)



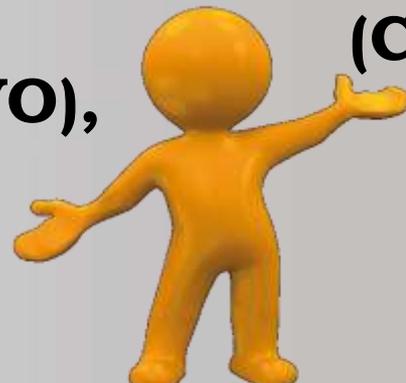
Интеллектуальные нарушения



Нарушения в поведении

- Задержка психического развития (ЗПР).
- Педагогическая запущенность.
- Умственная отсталость(УО), олигофрения.
- Деменция.

- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).



Интеллектуальные нарушения



Задержка психического развития - замедление нормального темпа психического развития; отсутствие нарушений отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур; незрелость сложных форм поведения и целенаправленной деятельности; быстрая утомляемость; низкая работоспособность.

При организации учебного процесса следует исходить из возможностей ребёнка – задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ребёнку субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий.

Педагогическая запущенность - задержка психического развития, возникающая в условиях социального неблагополучия.



Интеллектуальные нарушения

Умственная отсталость – стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга:



легкая - IQ от 50 до 69

(в зрелом возрасте соответствуют развитию 9-12 лет);

умеренная – IQ от 35 до 49 (в зрелом – соответствуют развитию 6-9 лет);

тяжелая – IQ от 20 до 34 (в зрелом – соответствуют развитию 3-6 лет);

глубокая - IQ ниже 20 (в зрелом возрасте соответствуют развитию 3 лет).

Норма IQ – от 80 до 119.



**Деменция –
приобретенная
умственная
отсталость.**



Нарушения в поведении



Синдром дефицита внимания и гиперактивности

(СДВГ)



Причины:

- раннее повреждение ЦНС в период внутриутробного развития и родов - 84% случаев;
- генетические причины - 57% случаев;
 - негативное действие внутрисемейных факторов - 63% случаев.

Диагностические критерии СДВГ

Критерий 1. Дефицит внимания.

- Часто неспособен удерживать внимание на деталях.
 - Из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в выполняемых заданиях и других видах деятельности.
 - Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
- Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с заданием.
- Легко отвлекается на посторонние стимулы.
 - Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.



Нарушения в поведении



Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Критерий 2. Гиперактивность.

- Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах.
 - Сидя на стуле, крутится, вертится.
- Часто встает со своего места во время занятий или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
- Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутится, пытается куда-то залезть, когда это неприемлемо.
 - Обычно не может тихо, спокойно играть на досуге.
- Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
 - Часто бывает болтливым.

Критерий 3. Импульсивность.

- Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
- Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
- Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).



Основные виды нарушений функций организма



Нарушения сенсорных функций
(зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности)

Дети с нарушением зрения

Слепые (незрячие) - полное отсутствие зрительных ощущений, прогрессирующее заболевание и сужение поля зрения до $10 - 15^\circ$ с остротой зрения до 0,08.

Слабовидящие - острота зрения от 0,05 до 0,2 на лучшем видящем глазу с коррекцией обычными очками.

Могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Поздноослепшие.

Косоглазие (горизонтальное, вертикальное).

Амблиопия («ленивый глаз») - ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз.

Основные виды нарушений функций организма

Нарушения сенсорных функций (Дети с нарушением слуха)



Норма – диапазон от 10-20 до 2000 Гц.

Глухие (неслышащие) – тотальное отсутствие или снижение слуха выше 80 дБ, в результате чего невозможно самостоятельное овладение словесной речью.

Слабослышащие (тугоухие) – снижение слуха, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи.

Позднооглохшие.

Дети с кохлеарным имплантом. В мире насчитывается более 70000 человек, пользующихся системами кохлеарной имплантации.

Психологически глухие и слабослышащие дети более замкнуты и обидчивы. У них происходит нарушение познавательных функций. У таких детей понижена инициатива общения с окружающим миром. Страдают ориентация в пространстве, координация движений.



Специфика обучения и воспитания детей с нарушением слуха:

Сурдопедагог должен проводить индивидуальные и групповые занятия по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи. В развивающих занятиях сурдопедагог также может использовать специальные компьютерные программы.



Педагог, работающий с ребёнком с нарушением слуха, должен садиться перед ребёнком.



Ребёнок **обязательно** должен быть слухопротезирован, т.е. иметь индивидуальные слуховые аппараты.



Педагог, работающий с ребёнком с нарушением слуха, не должен поворачиваться спиной к нему спиной.



Педагог должен проверять рабочее состояние слуховых аппаратов.



Педагог должен чётко задавать вопросы, обращаясь к ребёнку.



Педагог должен широко применять наглядность в целях более полного и глубокого осмысления материала.



Основные виды нарушений функций организма

Классификация наследственных заболеваний (генные нарушения)



Генные нарушения - это многочисленная и разнообразная по клинической картине группа заболеваний, в основе которых лежит мутация одного гена. В настоящее время известно около **5000 моногенных наследственных заболеваний**.

Дефект одного гена встречается у 1% живорожденных. **Например:**

- **Галактоземия** (нарушение углеводного обмена);
- **Муковисцидоз** (поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы)

Характерными симптомами муковисцидоза являются:

- Форма грудной клетки становится бочкообразной.
- Кожа сухая, теряет свою упругость и эластичность.
- Волосы теряют блеск, становятся ломкими, выпадают.
- Постоянная одышка, усиливающаяся при нагрузке.
- Цианотичный цвет лица (синюшный) и всех кожных покровов.





Фенилкетонурия

Муковисцидоз



Фенилкетонурия





Наследственные заболевания (генные нарушения)



Фенилкетонурия представляет собой достаточно тяжелое наследственное заболевание, основная тяжесть проявлений которого сосредоточена, прежде всего, на нервной системе. Фенилкетонурия, симптомы которой чаще всего встречаются среди девочек, возникает по причине нарушения обмена аминокислот, учитывая же поражение при этом ЦНС, ее проявления сводятся к нарушению умственного развития.



Фенилкетонурия может быть спровоцирована следующими факторами:

- **Близкородственные браки, при которых, помимо иных патологий, повышается вероятность рождения ребенка с этим заболеванием;**
- **Мутация гена (т.е. его изменение), произошедшая по тем или иным причинам в области локализации 12 хромосомы.**

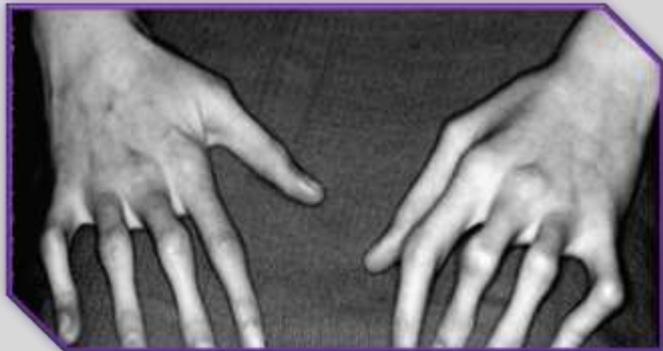


Наследственные заболевания (генные нарушения)



Синдром Марфана — это генетическое наследственное заболевание, проявляющееся патологией соединительной ткани всех органов, нарушением в работе опорно-двигательного аппарата, нервной, сердечно-сосудистой и легочной системы.

Отличаются высоким ростом, относительно коротким туловищем с непропорционально длинными тонкими конечностями и удлинненными паукообразными пальцами (арахнодактилией); астеническим телосложением со слабо развитой подкожной клетчаткой и мышечной гипотонией; длинным и узким лицевым скелетом; наличием высокого аркообразного неба и нарушения прикуса (прогнатии).



Прогноз: имеется высокий риск осложненного течения, снижения продолжительности жизни (90-95% не доживают до 40-50 лет) и внезапной смерти.



Основные виды нарушений функций организма

Наследственные заболевания (хромосомные нарушения)



К хромосомным нарушениям относятся заболевания, вызванные нарушениями числа и структуры хромосом. У человека известно более **700 заболеваний**, вызванных изменением числа или структуры хромосом.

Главная клиническая особенность хромосомных болезней - умственная отсталость и множественные пороки развития.

Хромосомные заболевания, вызванные нарушением числа хромосом:

- **Трисомии** – возникновение дополнительной хромосомы в паре (синдромом Дауна - трисомия по 21 хромосоме).

Синдром Дауна

- **Моносомии** – отсутствие одной хромосомы из пары (синдромом Шерешевского - Тернера - моносомия по половой X-хромосоме).



Синдром Шерешевского - Тернера





Синдром Вильямса.

Люди с данным синдромом имеют особое строение лица, в специальной литературе называемое «лицом эльфа», поскольку оно напоминает лицо эльфов в их традиционном, фольклорном варианте.

Причина возникновения синдрома: делеция участка, на котором находится около 26 генов, расположенного на длинном плече 7-й хромосомы.

Частота рождаемости: 1 на 20 000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Синдром Лежёна.

Причиной возникновения синдрома Лежена (синдром кошачьего крика) является отсутствие фрагмента 5-ой хромосомы.

Частота рождаемости: 1 ребенок на 50000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 3:4 соответственно.

Клиническая картина синдрома и продолжительность жизни людей с этим синдромом довольно сильно варьируются по сочетанию врождённых пороков развития органов.



Основные виды нарушений функций организма



**Нарушения
аутистического спектра**
(РДА, синдром Ретта, синдром Аспергера)



**Нарушения
языковых и речевых функций**
(нарушения устной и письменной,
вербальной и невербальной речи,
нарушения голосообразования)

Нарушения функций кровообращения,
дыхания, пищеварения, выделения,
крововетворения, обмена веществ и энергии,
внутренней секреции, иммунитета.



Нарушения, обусловленные физическим уродством
(деформации лица, головы, туловища, конечностей,
приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия
пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного
трактов, нарушение размеров тела).



Основные виды нарушений функций организма

Нарушения опорно-двигательного аппарата

Классификация:

- **1 группа** - остаточные проявления периферических параличей и парезов, изолированные дефекты стопы или кисти, легкие проявления сколиоза (искривления позвоночника);
- **2 группа** - первичные поражения костно-мышечной системы при сохранности двигательных механизмов ЦНС; тяжелые формы сколиоза;
- **3 группа** - последствия полиомиелита и детский церебральный паралич (ДЦП) с патологией двигательных механизмов ЦНС.



1 группа



2 группа



3 группа

Дети с детским церебральным параличом

Причины:

- внутриутробное повреждение мозга плода вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (50% случаев);
- различные осложнения в родах (40%);
- недоношенность (от 19 до 33%).

Формы ДЦП:

- в одной конечности (монопарез или моноплегия);
- в обоих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний парапарез или параплегия);
- на одной половине тела (гемипарез и гемиплегия);
- во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия).

Психическое развитие детей с ДЦП:

- нормальное - 10%;
 - ЗПР - в 70%;
 - умственная отсталость - в 20%.
- У мальчиков ДЦП встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.



Особые потребности, свойственные ВСЕМ детям с ОВЗ

➤ Начать специальное обучение ребенка сразу же после выявления первичного нарушения развития

➤ Ввести в содержание обучения ребенка специальные разделы

➤ Использовать специальные методы, приемы и средства обучения, обеспечивающие реализацию «обходных путей» обучения

➤ Индивидуализировать обучение в большей степени, чем требуется для нормально развивающегося ребенка

➤ Максимально раздвинуть образовательное пространство за пределы образовательного учреждения

➤ Обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды



Общие принципы и правила коррекционной работы

1. **Индивидуальный подход к каждому ребенку.**

2. **Предотвращение наступления утомления, используя для этого разнообразные средства.**

3. **Использование методов, активизирующих познавательную деятельность детей, развивающих их устную речь и формирующих необходимые учебные навыки.**

4. **Проявление педагогического такта. Постоянное поощрение за малейшие успехи, развитие в нём веры в собственные силы и возможности.**

Эффективные приемы коррекционного воздействия:

- игровые ситуации;

- дидактические игры, которые связаны с поиском видовых и родовых признаков предметов;

- игровые тренинги, способствующие развитию умения общаться с другими;

- психогимнастика и релаксация, позволяющие снять мышечные спазмы и зажимы, особенно в области лица и кистей рук.





Педагог является центральной фигурой реализующей инклюзивные процессы, создающей психолого-педагогические условия для интеграции ребенка с ОВЗ в образовательное пространство



Одной из основных характеристик педагога является готовность к изменениям в профессиональном поиску и готовности работать в команде специалистов.

У педагога, начинающего реализовывать инклюзивную практику, на первом этапе возникает сопротивление, которое может возникнуть по следующим известным причинам:

*потеря контроля,
потеря компетентности,
личная неопределенность,
неожиданность,
увеличение объема работы.*



**Две содержательные линии
необходимой профессиональной
поддержки педагогов, которые
начинают включаться в инклюзивный
процесс в ОУ**



1. Развитие психолого-педагогической компетентности (овладение новыми и специальными знаниями, принятие ответственности за результаты педагогической деятельности, опора на ресурсы, построение картины профессионального будущего.

2. Работа в команде специалистов реализующих инклюзивную практику (обмен информацией, обучение, поддержка в решении проблемных педагогических ситуаций, проведение совместных учебных и внеучебных мероприятий с детьми, родителями).

Две крайние позиции педагогов, начинающих целенаправленно работать в инклюзивной практике

Включённая позиция

Отстранённая позиция

Принимает особенности ребенка с ОВЗ, «видит» ресурсы и ограничения ребенка в образовательной ситуации. Например, «трудно включается, важно подойти и постоять рядом, можно руку на плечо положить».

«Видит» проблемы ребенка с ОВЗ, называет трудности в контексте проблем «не видит», «не успевает», «рассыпается», «молчит, когда надо сказать».

Понимает особенности ребенка с ОВЗ, проявляющиеся в образовательной ситуации, запрашивает необходимую информацию от логопеда, педагога-психолога, дефектолога.

Получает информацию от специалистов об особенностях ребенка с ОВЗ проявляющихся в образовательной ситуации.

Принимает ответственность за создание и реализацию эффективных психолого-педагогических условий включения ребенка с ОВЗ в образовательный процесс.

Возлагает ответственность на ребенка, родителей, специалистов «не хочет», «не может», «не занимаются родители».

Испытывает и анализирует свои чувства, возникающие в ситуации взаимодействия с ребенком, детским сообществом, родителями, специалистами.

«Отстранен» от своих переживаний, не выделяет их как важный материал для собственного анализа, «эмоциональное выгорание».

Планирует, осуществляет педагогическое воздействие, анализирует результат.

Педагогическое воздействие носит характер указаний (не имея педагогической ценности) «смотри», «помолчи», «делай», «успевай».

Вовлеченность в процесс взаимодействия со специалистами, видение целостной картины психолого-педагогического сопровождения ребенка.

Ожидание готовых рецептов от специалистов, разобренная картина психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ.

Система поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику должна ориентироваться



1. Принцип потенциала. Ориентация на возможности формирования и развития педагогической компетентности, раскрытия потенциала и наличия ресурсов к осуществлению успешной педагогической деятельности в инклюзивной практике.



2. Принцип осознанности и ответственности. Педагог должен быть уверен в своих силах, а это возможно только в том случае, если педагог ощущает полную ответственность за результаты своего труда. И важным моментом здесь становится, чтобы цели профессиональной деятельности формулировал сам педагог.



3. Принцип будущего. Ориентироваться на потенциал педагога, а не на эффективность его предыдущей деятельности.



Компоненты системы поддержки педагогов, реализующих инклюзивную практику:



Организационная поддержка. Создание четких организационных условий, периодичность организационных процедур создает временные и пространственные границы взаимодействия, оказывает помощь в структурировании педагогической деятельности по реализации инклюзивной практики.

1.

Психологическая поддержка педагогов.

В первую очередь, такая поддержка включает определение индивидуального педагогического стиля педагога, реализующего инклюзивную практику. Имеет смысл также провести структурированное анкетирование для определения основных представлений и смыслов, которые педагоги «вкладывают» в свое видение инклюзии.

3.

Методическая поддержка: включение в профессиональное сообщество педагогов и специалистов, реализующих инклюзивную практику в образовательных учреждениях.

2.

Понимание задач сопровождения должно исходить из общей гуманистической цели образования



«Максимальное раскрытие потенциальных возможностей личности ребенка, содействие полноценному его развитию в личностном и познавательном плане, создание условий для полноценного и максимального проявления положительных сторон индивидуальности ребенка, условий для максимально возможной и эффективной амплификации (обогащения) им образовательных воздействий».



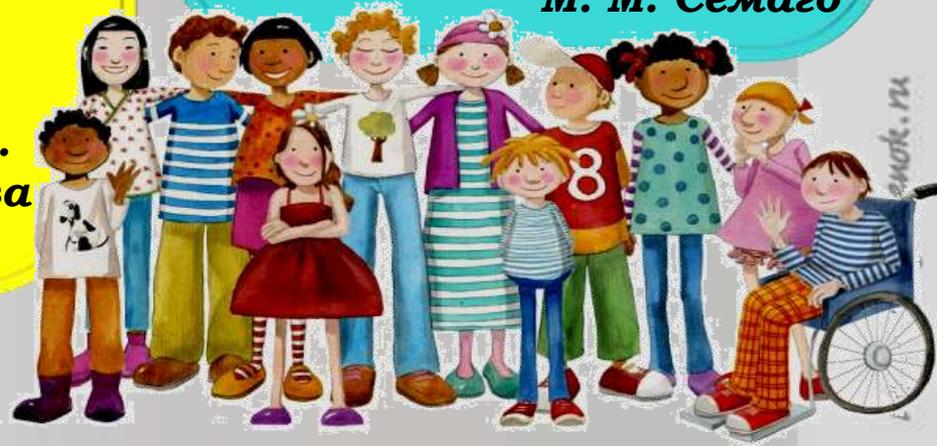
Два методологических подхода к определению понятия *«сопровождение»*:

Первый подход базируется на понимании сопровождения как: проектирования образовательной среды, исходящее из общегуманистического подхода к необходимости максимального раскрытия возможностей и личностного потенциала ребенка (создания условий для максимально успешного обучения данного конкретного ребенка), опираясь на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста как критерии адекватности образовательных воздействий, в логике собственного развития ребенка, приоритетности его потребностей, целей и ценностей.

М.Р. Битянова

Второй подход – на понимании как: поддержание функционирования ребенка в условиях оптимальной для успешного раскрытия своего личностного потенциала и успешности амплификации образовательных воздействий за счет недопустимости его дезадаптации

М. М. Семаго



Три основных компонента процесса психолого-педагогического сопровождения



1. Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка, динамики его психического развития в процессе обучения.

2. Создание социально-психологических условий для развития личности каждого ребенка, успешности его обучения.

3. Создание специальных социально-психологических и образовательных условий для сопровождения и помощи в обучении и развитии детей с ОВЗ.

Формы и содержание работы специалистов сопровождения:

❖ **Комплексная диагностика**

❖ **Развивающая
и
коррекционная
деятельность**

❖ **Консультирование
и просвещение
педагогов, родителей
и др. участников ОП**

❖ **Деятельность по определению и корректировке
компонентов индивидуальной образовательной
программы (в структуре реализации ИОМ)**



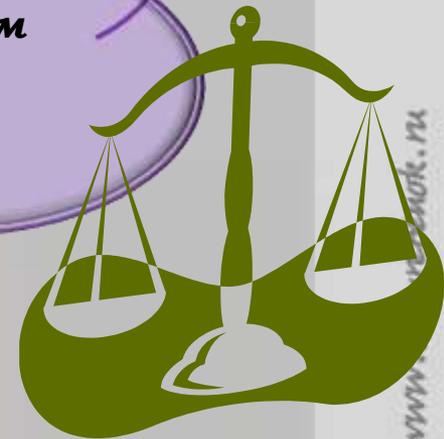
Сопровождение ребенка в образовательной среде –



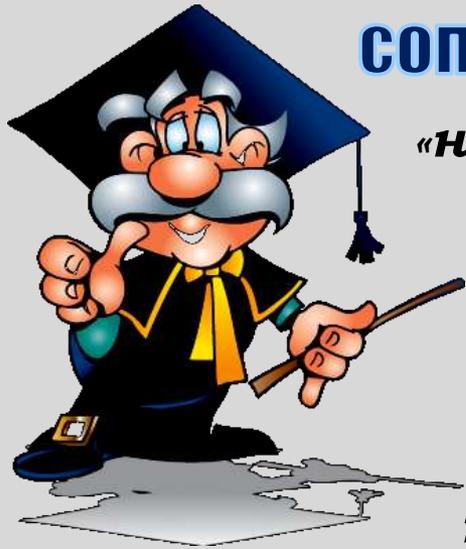
создание ситуации как путем оптимальной организации этой образовательной среды с приспособлением ее к возможностям ребенка, так и специально организованного «доразвития» (в рамках индивидуально-ориентированного обучения и реализации коррекционно-развивающих программ компонента ИОП).

Силами основных участников образовательного процесса создается оптимальное для ребенка с ОВЗ равновесие между образовательными воздействиями (адаптацией образовательной программы, характером и организацией межличностного взаимодействия, в том числе мотивационных воздействий и т. п.) и его (ребенка) индивидуальными возможностями.

Подобное равновесное состояние должно иметь динамический характер.



Одно из качественных критериев эффективности психолого-педагогического сопровождения ребенка –



«нахождение» ребенка в индивидуально-адаптивной зоне уровня образовательных воздействий и динамический контроль изменения показателей адаптации для «недопущения» сдвига этих показателей в пограничную и, тем более, дезадаптивную зону, что может достигаться как за счет индивидуально-специфической для каждого ребенка организации образовательной среды в целом (индивидуализация образовательной, в том числе коррекционной программ), так и в результате поддержания возможностей ребенка развивающими и/или коррекционными средствами всеми специалистами, включенными в сопровождение.



Процесс психолого-педагогического сопровождения цикличен и предусматривает последовательную реализацию четырех этапов:



• **диагностического**



• **поисково-вариативного**

• **практико-действенного**



• **аналитического**



Первый этап – **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ** предполагает–

*первичную экспертизу всех компонентов,
составляющих основу сопровождения.*



- К таким компонентам следует отнести:**
- ❖ **оценку имеющихся ресурсов образовательного учреждения для запуска инклюзивных процессов,**
 - ❖ **углубленную оценку выявленных детей с ОВЗ — то есть тех детей, которые (по решению консилиума детского сада, подтвержденные рекомендациями ПМПК, в ситуации, когда ребенок прошел там обследование) нуждаются в разработке индивидуальной образовательной программы и специальных образовательных условиях.**



На втором – **ПОИСКОВО-ВАРИАТИВНОМ** этапе осуществляется:

определение целевых ориентиров комплексного сопровождения в рамках разрабатываемой здесь же индивидуальной образовательной программы.

Каждый специалист предлагает варианты собственного маршрута сопровождения, которые в дальнейшем должны, с одной стороны, обеспечить ребенку компенсацию и «доразвитие» имеющихся особенностей в рамках профессиональной деятельности, а с другой — не только «сопрягаться» с деятельностью других специалистов консилиума, реализуя целостность сопровождения, но и быть в определенной степени включенными непосредственно в образовательную деятельность педагога в ситуации фронтального обучения ребенка наравне с другими детьми группы.

Результат: целостная индивидуально ориентированная образовательная программа во всех своих компонентах, а само психолого-педагогическое сопровождение приобретает характер междисциплинарного, учитывающего общность аналитических подходов различных специалистов, последовательность подключения к сопровождению специалистов консилиума сада.

На третьем – ПРАКТИКО-ДЕЙСТВЕННОМ этапе совершаются:



реальные действия всех субъектов инклюзивной образовательной среды по осуществлению программы психолого-педагогического сопровождения включаемого ребенка, других субъектов инклюзивной практики в соответствии с прописанными в ИОП.

реальные действия всех субъектов инклюзивной образовательной среды по осуществлению программы психолого-педагогического сопровождения включаемого ребенка, других субъектов инклюзивной практики в соответствии с прописанными в индивидуальной образовательной программе.

На этом этапе важно постоянно отслеживать динамику изменений, как состояния ребенка, так и степени амплификации (присвоения) им образовательных воздействий. Также важным является поддержание необходимых (прописанных в рекомендациях ПМПК и детализированных в коллегиальном заключении консилиума детского сада) ребенку специальных образовательных условиях, определяющих эффективную реализацию адаптированной образовательной программы.



На **АНАЛИТИЧЕСКОМ** этапе психолого-педагогического сопровождения происходит:

анализ эффективности деятельности отдельных специалистов консилиума и оценка эффективности сопровождения ребенка в целом во всех его аспектах.

подобная оценка эффективности сопровождения, не имеющая на настоящий момент четко обозначенных критериев, может определяться лишь опосредованно через аттестационные показатели овладения ребенком адаптированного учебного материала

Каждый специалист консилиума детского сада должен предоставить на заседание консилиума, которое назначается по завершению очередного этапа реализации ИОП, данные по результативности собственной профессиональной деятельности, «заложенные» в программу сопровождения ребенка в качестве планируемых результатов.

В зависимости от полученных результатов процесс психолого-педагогического сопровождения в рамках подвергшейся коррекции индивидуальной образовательной программы, либо продолжается, либо встает вопрос об кардинальном изменении образовательного маршрута — выведении ребенка в другое образовательное учреждение.



ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
для детей с особыми потребностями

Партнерство ради ребенка

Не вызывает сомнения тот факт, что успешной адаптации детей с ОВЗ в инклюзивной образовательной среде школы должна предшествовать адаптация в инклюзивной образовательной среде детского сада, в котором нормативно развивающиеся дети и дети с ОВЗ получают первый опыт совместной деятельности, реализуя свою естественную потребность в сотрудничестве со сверстниками.



Результаты многочисленных исследований убедительно продемонстрировали, что именно дошкольный возраст является сензитивным периодом для начала формирования толерантности. Дети дошкольного возраста более терпимы к включению в свою среду сверстников с ОВЗ, чем школьники.



**РАВНЫЕ СТАРТОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ –
ВСЕМ ДЕТЯМ РОССИИ**



The background is a vibrant, abstract composition of various shades of blue. It features several translucent, glowing spheres of different sizes, some connected by thin white lines, suggesting a molecular or network structure. The overall effect is dynamic and futuristic, with a soft glow emanating from the right side.

**Спасибо
за
внимание!**