

6.5 Модели деятельности учителя-дефектолога (тифлопедагога) психолого-медико-педагогической комиссии

Функциональными обязанностями тифлопедагога ПМПК предусмотрено:

- проведение диагностического обследования детей с нарушением зрения (в возрасте от рождения до 18 лет);
- постановка рабочей гипотезы в рамках проведенного тифлопедагогического обследования, вынесение заключения;
- участие в коллегиальном обсуждении комплексной оценки возможностей ребенка всеми специалистами комиссии;
- составление рекомендаций, определяющих оптимальные условия обучения ребенка, имеющего нарушение зрения;
- консультирование родителей (законных представителей).

Основные **задачи** тифлопедагога ПМПК:

- провести педагогическую оценку специфики зрительного восприятия;
- оценить сформированность компенсаторных функций;
- определить соответствие актуального уровня сформированности компенсаторных навыков, (в зависимости от возраста ребенка - жизненных компетенций), биологическому возрасту ребенка (с учетом времени наступления зрительной патологии);
- выявить в процессе обследования ребенка с глубокой зрительной патологией, признаки стереотипий (навязчивых стереотипных движений), вербализма;
- определить дополнительные факторы, осложняющие визуальные возможности ребенка;
- определить уровень развития ребенка, его готовность к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом),
- оценить индивидуальные особенности его познавательной деятельности, связанные с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;
- определить необходимые специальные образовательные условия (в том числе, специальное оборудование и специальная дидактика) для обучения ребенка;
- сформулировать основные (стратегические) направления коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленные, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Дети с нарушением зрения

Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения – способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии

между ними. За нормальную остроту зрения равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения - 0,1, четвертой - 0,4.

По степени нарушения зрения и зрительным возможностям на лучше видящем глазу, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие подкатегории (классификация В.З. Денискиной):

I. Слепые дети. Острота зрения данной подкатегории детей находится в диапазоне от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. А также, дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение. Таким образом, острота зрения не является единственным критерием слепоты.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей: слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы; ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

II. Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

III. Дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Причинами нарушения зрения могут быть органические и/или функциональные поражения зрительного анализатора. Дети, входящие в I-ю («слепые») и II-ю («слабовидящие») подкатегории, страдают только органическими или органическими и функциональными нарушениями зрительного анализатора. Их зрение, как правило, можно

улучшить незначительно либо вовсе невозможно. Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то чаще всего зрительные функции его глаз (прежде всего остроту зрения) можно восстановить путем лечения. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием.

Нарушения зрения неоднозначно влияют на отдельные структурные компоненты личности, их компенсация рассматривается, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни.

В основе механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое ЦНС. Оно заключается в восстановлении или замещении нарушенных, или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. То есть, от тяжести дефекта зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затруднённости зрительного отражения мира. В результате из сферы ощущений и восприятия выпадают сигналы, информирующие человека о важных свойствах предметов и явлений. Компенсация пробелов в чувственном опыте возможна только при активном включении сохранных органов чувств, существенная роль, в деятельности которых принадлежит вниманию.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное полным или частичным выпадением зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других свойствах внимания.

В тоже время, однообразие слуховых раздражителей быстро утомляет слепого и ведёт к рассеиванию внимания.

Это обусловлено тем, что внимание, не будучи связано с каким-либо определённым психическим процессом и с функционированием какого-либо анализатора, формируется в деятельности и зависит от приобретённых волевых, эмоциональных и интеллектуальных свойств личности, от активности человека.

На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепых чувственными данными, лица с глубокими нарушениями зрения получают представления о многих недоступных для их восприятия предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия (слово направляет и уточняет его), при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д. Огромное значение

имеет речь для формирования личности слепого в целом. Благодаря речи слепые контактируют с окружающими людьми, ориентируются в обществе.

Недостатки произношения ограничивают круг общения детей с патологией зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведёт к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм и др.).

Речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей, педагогов и воспитателей развивается до нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается чувствительность другой. Утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Это касается только слепых. У слабовидящих ведущим видом ощущений остаётся зрение.

Осязание компенсирует познавательные и контролирующие функции деятельности слепых. Конечно, полное возмещение утраченных функций невозможно, так как, во-первых, кожные и мышечно-суставные ощущения отражают не все признаки предметов, воспринимаемые зрительно, во-вторых, осязательное поле ограничено зоной действия рук и восприятие протекает более длительно, чем зрительное. Осязание даёт слепому необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его взаимодействие с окружающей средой, а культура осязания является одним из основных средств компенсации слепоты.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений.

Вербализм представлений у слепых и слабовидящих связан с невозможностью целостного восприятия объектов и их отдельных свойств, устранение его проявлений, является одной из основных задач коррекционной работы.

При своевременной коррекционной работе слепые и слабовидящие приобретают необходимый запас представлений, обеспечивающий нормальную ориентацию в окружающей среде.

Вторичный характер имеет замедленное развитие процесса запоминания у слепых и слабовидящих. Это объясняется недостатком наглядно-действенного опыта, несовершенством методов обучения таких детей. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду. Даже небольшие

промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях: резко снижается уровень дифференцированности, адекватности образов эталонам.

Мыслительная деятельность слепых подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности.

Важная роль в компенсации зрительной депривации принадлежит «воссоздающему воображению». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения.

Ослепшие, на основе сохранившихся зрительных представлений могут создавать новые яркие образы воображения, а наличие остаточного зрения расширяет возможности в этом виде психической деятельности.

Сам факт отсутствия зрения для слепых не является фактором психологическим, психологическим фактором слепота становится только тогда, когда они вступают в общение с нормально видящими людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к отклонениям в формировании личности слепого и может вызвать появление негативных характерологических особенностей. Таких как, изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Таким образом, на формирование основных свойств личности нарушения зрения влияют лишь косвенно, ведущая роль принадлежит социальным факторам (ограничение деятельности, негативный опыт общения с нормально видящими и т.п.).

В настоящее время значительная часть детей (до 1/3) с тяжелой потерей зрения в структуре комплексных нарушений – это дети которые родились недоношенными, чаще всего с недоношенностью II-III ст. (массой от 1 до 2 кг). Такие дети после рождения часто имеют нарушения дыхания, в связи с незрелостью легких, поражение ЦНС разной степени, заболевания желудочно-кишечного тракта, анемию, гипотрофию. Интересным является следующий факт, выявленный при обследовании слепых и слабовидящих детей раннего возраста. Несмотря на то, что большинство из них родились недоношенными и имели тяжелые соматические заболевания в периоде новорожденности, ни степень

недоношенности, ни перенесенные в периоде ранней адаптации заболевания не оказались удовлетворительными критериями для прогноза психического развития ребенка. Неблагоприятным прогностическим фактором является наличие тяжелых неврологических нарушений. Если потеря зрения обусловлена ретинопатией недоношенных, дети часто подвергаются повторным операциям на глазах с целью улучшения зрения и сохранения глаз. Однако, если у детей без дополнительных нарушений такие операции в большинстве случаев не оказывают существенного влияния на их общее состояние и развитие, то у детей с патологией центральной нервной системы часто отмечается остановка в развитии и даже утрата ранее приобретенных навыков (регресс).

Долго остаются физически ослабленными дети, перенесшие внутриутробные инфекции. Например, после внутриутробной краснухи отмечают отставание детей в физическом развитии (в росте, массе тела), частые простудные и инфекционные заболевания.

У детей с глубокой зрительной патологией в раннем, а часто и дошкольном возрасте наблюдается задержка в психомоторном развитии, которая обусловлена не только сенсорной и двигательной депривацией, но и внешними причинами (наличием сопутствующих заболеваний, неправильным воспитанием в семье, поздним началом специальной коррекционной работы), а не ограниченными умственными способностями.

Таким образом, дети с множественными врожденными нарушениями имеют отставания в психомоторном развитии, обусловленные целым рядом причин:

- физическая ослабленность в результате перенесенных острых или имеющихся хронических заболеваний;
- органическими поражениями ЦНС, а также, последствиями неоднократно перенесенного наркоза;
- педагогической запущенностью, связанной, в том числе, с длительным лечением;
- эмоциональной депривацией и психическими травмами при неправильном воспитании, частых госпитализациях и болезненных процедурах;

Сенсорной и двигательной депривацией.

Разный уровень предшкольной подготовки ребенка с нарушенным зрением зависит не столько от глубины поражения зрительного анализатора, сколько от раннего оказания (с момента наступления снижения или полной потери зрения) квалифицированной тифлопедагогической помощи. Среди детей с глубоким нарушением зрения встречаются дети старшего дошкольного возраста, имеющие существенные пробелы в знаниях об окружающих предметах и манипуляциях с ними, демонстрирующие несформированность

необходимых навыков самообслуживания, коммуникации, игровых умений. Зачастую у таких детей основной причиной является не изначальное нарушение нервно-психической деятельности, а банальное отсутствие условий для развития ребенка со зрительной депривацией (аналог педагогической запущенности). В большей степени проблема оказания специализированной помощи в развитии ребенка с глубоким нарушением зрения раннего возраста заключается в его родителях, неготовых принять своего ребенка таким, какой он есть, откладывающих на неопределенный срок занятия с тифлопедагогом и занимающиеся поиском «чудодейственных» методов восстановления зрения. Перенесшие череду операционных вмешательств (не всегда оправданных) и бесчисленное количество наркозов (в большинстве случаев это дошкольный возраст), такие дети, помимо появившихся дополнительных страхов и тревожности, демонстрируют распад уже сформировавшихся функциональных связей, на восстановление которых, без гарантии стопроцентного результата, специалисту могут потребоваться месяцы.

Организация проведения обследования слепого или слабовидящего ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ПМПК должна состоять из: предварительного изучения представленной на ребенка документации; в зависимости от зрительных возможностей ребенка подбора диагностического инструментария, адекватного стимульного материала, необходимых тифлотехнических средств; учета офтальмо-эргономических рекомендаций.

Одним из условий успешности обследования слепого или слабовидящего ребенка является установление положительного контакта между ним и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Предварительная работа:

– необходимо изучить психолого-педагогическую характеристику (если ребенок ранее посещал занятия тифлоспециалиста или образовательную организацию для детей с нарушениями зрения), заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации, рекомендующего посещение ПМПК; необходим обязательный учет наличия в анамнезе ребенка неврологической симптоматики. Выписка из истории болезни по ведущему нарушению (заключение врача-офтальмолога), в т.ч. прогноз развития зрительной патологии, а также, другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата.

Данная информация не только дает представление о состоянии психического развития и соматического здоровья ребенка, но и об особенностях, времени возникновения и степени тяжести зрительной патологии.

– подготовить соответствующий стимульный материал для проведения обследования.

Важной составляющей обследования слепого или слабовидящего ребенка является подбор диагностического инструментария. Необходимо учитывать, что использование общепринятых существующих методик для обследования готовности к обучению в школе, в том числе и проективных, ориентированных на нормально видящих детей, не дает и не может дать объективной картины.

Акцент в проведении обследования детей с нарушением зрения делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.

По результатам проведенного обследования, на ребенка составляется тифлопедагогическое заключение. Информацию, полученную при изучении документации и во время обследования, желательно дополнить наблюдениями за детьми в различных видах их деятельности: во время спонтанной игры, в процессе обследования ребенка другими специалистами, в коммуникации с родителями.

Общие требования к подбору и предъявлению стимульного материала для проведения диагностического обследования детей с нарушением зрения (слепых, слабовидящих, детей с функциональными нарушениями зрения: косоглазие, амблиопия, астигматизм и т.п.).

Натуральность. Все предметы, применяемые в обследовании детей со зрительной патологией, должны быть максимально приближены к эталонному образцу, с сохранением пропорций, основных признаков (необходимо подобрать предмет, изображенный в типичном ракурсе, при тактильно-осязательном обследовании которого, у незрячего не возникнет затруднений в вычленении основных информативных признаков), типичной для предмета цветовой гаммы. Соотнесенности размера предметов относительно друг друга (например, чашка не должна быть больше кастрюли). Материалы, из которых могут быть выполнены стимульные предметы (игрушки), не должны быть мягко-набивными, ворсистыми. Предпочтение отдается игрушкам, изготовленным из пластмассы, резины, дерева, металла.

Контрастность и цвет. Стимульный материал для детей с нарушением зрения должен демонстрироваться с использованием фоновой поверхности формата А3 (цвет фона матовый: черный, темно-зеленый, темно-серый; при использовании темных предметов: приглушенный белый, желтый). Основной принцип: предмет (раздаточный материал) должен выделяться, контрастировать с поверхностью. Детали самого предмета, также,

должны быть контрастными относительно друг друга. Цвет материала необходимо подбирать приближенным к основному эталону, по возможности не стоит использовать оттенки, если конечно, перед исследователем не стоит задача проверить цветовосприятие ребенка. Стимульный материал не должен содержать глянцевые поверхности и «блестящие» цвета (цвет золота, стали). Готовые картинки из диагностических наборов (для детей с нарушением зрения подходят далеко не любые) необходимо также «доработать» - дополнительно выделить предмет по контуру, используя темный маркер, фломастер.

Организационные условия для ребенка с глубоким нарушением зрения (тактильно-осознательное и тактильно-зрительное обследование предметов). Стимульный материал для обследования детей с глубоким нарушением зрения (дошкольного и младшего школьного возраста), предъявляется в лотках или коробках с невысокими бортами. Одновременно используется два лотка: один пустой, другой содержит предметы. Сориентировав ребенка в расположенных на столе материалах, предлагаем брать по одному предмету и после тактильно-осознательного обследования помещать в пустой лоток. Не стоит перегружать ребенка, и использовать за одну встречу более 2-3 заданий, направленных на тактильно-осознательное восприятие. При первых признаках утомления и/или потери интереса ребенка, такого рода задания следует прекратить. Слабовидящему ребенку с относительно высокой остротой зрения, но при наличии нистагма целесообразно предъявлять материал, ориентированный на тактильно-зрительное обследование. Обязательным условием обследования ребенка с глубоким нарушением зрения при выполнении заданий по конструированию («собери также») является наличие в постоянном доступе эталонного образца (условие распространяется на объекты, которые исследователь предъявляет ребенку впервые) для проведения сравнительных операций, уточнения деталей. Исключение составляют задания, целью которых является обследование сформировавшихся предметных представлений (после проведенных коррекционных занятий с тифлопедагогом или уточнения представлений о знакомых ребенку предметах, с которыми он взаимодействует повседневно дома, на улице и т.п.). Если специалист видит, что ребенок не знает, как взаимодействовать с предложенным материалом (у ребенка не сформирована стратегия обследования, алгоритм действия по тем или иным операциям), проводится обучающий показ с основным приемом «рука в руке». При этом положение кистей рук специалиста может быть расположено как над кистями ребенка, так и под ними.

Рельефно-графические пособия. При работе с детьми с нарушением зрения достаточно широко используются рельефные изображения: изготовленные на

производстве или выполненные самостоятельно. Рельефные изображения представляют собой большую и разнообразную группу пособий, различающихся по исходному материалу и способу изготовления, характеру используемых изобразительных средств, а также степенью обобщенности свойств предмета, структурным и композиционным построением изображения. Подготовка изображения к рельефной печати сложный процесс, требующий знания и опыта. Рельефный рисунок не должен быть загромождён мелкими деталями, расстояние между элементами рисунка не должно быть меньше определенного, толщина и характер линий должны быть особо подобраны и т.д.

При предъявлении ребенку нового материала важно соблюдать алгоритм последовательности формирования у детей с нарушением зрения правильного представления о предметах окружающей действительности:

- От простого к сложному: вначале следует убедиться в том, что ребенку знакомы предметы, с которыми он ежедневно сталкивается, что у него сформированы основные представления о предмете (цвете, форме, величине, назначении и т. д.), и только затем вводить предметы, с которыми ребенок не соприкасается постоянно.

- От общего к частному: изучение объекта следует начинать с основных признаков, позволяющих отличить его от других объектов. Предъявляемый предмет должен быть максимально приближен к эталону (принцип натуральности). В некоторых случаях следует исключить излишние детали, способные затруднить начальное восприятие объекта.

- Демонстрация реального (по возможности) объекта с активизацией полисенсорного восприятия: ребенку следует дать рассмотреть объект, потрогать его руками, услышать, какой звук он издает, исследовать (в зависимости от изучаемого предмета) вкусовые и обонятельные ощущения. Далее можно перейти к изучению макета (уменьшенной копии) реального объекта. Макет используется также в тех случаях, когда предъявление натурального объекта не представляется возможным.

- Цветное плоскостное изображение (выполненное в рельефе), заменяющее объемный объект (макет или реальный предмет). Необходимо акцентировать внимание на сходстве и различии.

- Силуэтное изображение (черный рельефный силуэт на белом фоне).

- Контурное изображение: фигура на белом фоне выделяется черным сплошным рельефным контуром (в усложненном варианте — прерывистым контуром).

- Незаконченный рисунок: в рельефном изображении предмета отсутствует какой-либо значительный фрагмент (предъявляется деталь предмета), и ребенку предлагается мысленно достроить образ предмета и назвать его.

– Демонстрируя новый предмет ребенку с глубоким нарушением зрения, рекомендуется синхронизировать процесс описания предмета педагогом с процессом обследования (тактильно-зрительным или тактильно-осязательным способом восприятия) ребенком. Необходимо соблюдать, рекомендованный врачом-офтальмологом, дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим освещения, чередовать нагрузку со специальными упражнениями, направленными на снятие зрительного и общего утомления, следить за осанкой ребенка.

Специальные средства наглядности.

Наглядность – основной элемент образовательного процесса не только зрячих, но и детей с нарушением зрения. Ребенок, имеющий глубокую зрительную патологию, нуждается в целенаправленном обучении способам ознакомления с окружающим миром. Без использования специальных средств наглядности это невозможно, так как непосредственное чувственное восприятие многих предметов или явлений часто бывает затруднено или недоступно.

Виды наглядных пособий. В обучении детей с нарушением зрения используется наглядный материал разных видов (классификация Е. Н. Подколзиной):

– Натуральные наглядные пособия: предметы ближайшего окружения, животные, растения, овощи, фрукты и т.д., которые специально подбираются в соответствии с изучаемой темой урока (и/или занятия с тифлопедагогом) или наблюдаются в ходе прогулок, экскурсий.

– Объемные наглядные пособия: муляжи, чучела животных и птиц, модели, макеты, геометрические тела.

– Дидактические игрушки: куклы, кукольная мебель, посуда, игрушки, изображающие животных, птиц, насекомых и т.д.

– Изобразительные наглядные пособия: иллюстрации к сказкам, рассказам, стихам, репродукции картин, фотоматериалы, слайды, диа-, кино- и видеоматериалы, плакаты.

– Графические наглядные пособия: таблицы, схемы, планы.

– Символические наглядные пособия: исторические, географические, биологические карты.

– Рельефные наглядные пособия: включают в себя иллюстративную, графическую и символическую наглядность, рельефно-точечные и барельефные предметные и сюжетные изображения, а также схемы, планы, таблицы, выполненные таким образом.

Наглядный материал может быть демонстрационным и раздаточным, Демонстрационная наглядность используется для фронтального показа (всей группе учащихся), раздаточный рассчитан на индивидуальную работу с ребенком.

Основным правилом при создании рельефно-графических пособий должно быть соблюдение единства способа восприятия свойств предмета и отражения их в рисунке. Если в рисунке нормально видящего передаются зрительно воспринимаемые свойства натуральных предметов, то в рельефном рисунке должны быть переданы свойства предметов, воспринимаемых осязанием. Т.к. большинство слепых детей имеют остаточное зрение, рельефно-графические изображения обязательно дополняются цветом (контрастным с фоном рельефным контуром).

Рекомендуемые тифлотехнические средства для проведения обследования или изготовления стимульного материала.

- Тифлофлешплеер. Портативное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах, с поддержкой формата DAISY.
- Графический рельефный принтер для печати высокоточных цветных рельефных изображений и графики.
- Термомашинка или термопечать – устройство, которое позволяет создавать осязательные рисунки на специальной бумаге. Используется для создания контурных, силуэтных и т.п. рельефных изображений (изготовления наглядных пособий для слепых и слабовидящих).
- Видеоувеличитель стационарный - это настольный увеличитель, состоящий из монитора, камеры и подвижного столика, на котором располагаются рассматриваемые предметы, имеет несколько цветовых режимов.
- Видеоувеличитель портативный - портативный ручной видеоувеличитель высокой чёткости.
- Рельефно-графические пособия различной тематики.
- Муляжи, макеты, формы.
- Приборы: «Графика», «Ориентир», «Светлячок».
- Книга или учебник, напечатанные рельефно-точечным шрифтом.
- Прибор для рельефного рисования DraftsMan.

Рекомендации к организации обучения детей с нарушениями зрения

Представленные в Стандарте варианты обучения определяют сроки освоения программы начального общего образования, её содержание, в том числе коррекционной составляющей, развитие жизненных компетенций, а также соответствие или не соответствие академическому уровню образования. Академический уровень образования – «образование, соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья», представлен в вариантах (3.1, 3.2, 4.1, 4.2).

Для слепых обучающихся (4 варианта):

Вариант 3.1 – 4 года; вариант 3.2 – 5 лет; вариант 3.3 – 5 лет; вариант 3.4 – 5 лет в данном варианте, для обучающегося организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

Для слабовидящих обучающихся (3 варианта):

Вариант 4.1. – 4 года; вариант 4.2. – 5 лет; вариант 4.3. – 5 лет.

На основании выданных рекомендаций ПМПК по обучению ребенка, родитель обращается в предпочитаемую образовательную организацию, в которой, исходя из существующих возможностей, либо разрабатывается адаптированная образовательная программа (АОП) к освоению ООП с индивидуальным учебным планом, с учетом ИПР/А (для ребенка инвалида), либо, если в школе существует аккредитованная АООП для слепых и/или слабовидящих обучающихся, подбирается один из вариантов обучения в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, подходящий для данного ребенка.

«Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и мнения родителей (законных представителей)».

Таким образом, от профессионализма специалистов ПМПК будет зависеть эффективность взаимодействия обучающегося с ОВЗ с образовательной организацией (право окончательного выбора ОО остается за родителями), а также, определение оптимальных условий получения образования ребенком с ОВЗ.

В заключении по результатам обследования ребенка с нарушением зрения специалист ПМПК (тифлопедагог) включает рекомендации, в зависимости от образовательной организации, которую посещает или будет посещать ребенок:

–организация, реализующая адаптированную основную образовательную программу (АООП) для слепых и/или слабовидящих обучающихся, с наличием в учреждении аппаратного лечения и регулярного осмотра ребенка врачом-офтальмологом, специалистов в области тифлопедагогики, учителей, владеющих рельефно-точечной системой Брайля;

–организация, реализующая основную образовательную программу (ООП) с инклюзивной формой обучения по адаптированной образовательной программе (АОП) разрабатываемой для конкретного обучающегося с нарушением зрения.

Рекомендации для родителей и педагогов учреждения должны содержать описание следующих параметров:

– допустимая зрительная нагрузка обучающегося (время непрерывной работы, виды и размеры пособий, вид плоскости для работы, фон, стимульный материал), а также, зрительная гимнастика и условия ее реализации;

– зрительные возможности ребенка, с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения. Если показано ношение окклюзии, отразить, как будет видеть ребенок. Т.к. окклюзия, чаще всего закрывает лучше видящий глаз, в зависимости от остроты и функциональных возможностей второго глаза, ребенку временно потребуется организовать условия сопоставимые с образовательными потребностями сопровождения слабовидящего ребенка или слепого с остаточным зрением;

– рабочее место ребенка в классе относительно расположения источников света (естественный и искусственный), учитывая наличие или отсутствие у ребенка светобоязни.

Помимо вышеперечисленных рекомендаций в заключении отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального использования. Например: тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слепых/слабовидящих и т.п.

Слабовидящему учащемуся с прогрессирующим заболеванием необходимо рекомендовать изучение и использование рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля или обучение по программам, ориентированным на образовательные потребности слепых с остаточным зрением.

Рекомендации также должны содержать коррекционные области, в которых ребенок нуждается: ориентировка в пространстве (мобильность в самостоятельном передвижении с использованием трости для слепых или слабовидящих), курс социально-бытовой ориентировки (самообслуживание, домоводство), специализированные компьютерные курсы (основы тифлоинформационных технологий), рельефное рисование и черчение (тифлографика), адаптивная физкультура и т.п.

При составлении коллегиального заключения данные рекомендации, о необходимых специальных образовательных условиях, должны быть согласованы с мнением других специалистов.

Термины

Тифлопедагог (от греч. τυφλός - слепой) – специалист, занимающийся воспитанием и обучением слепых и слабовидящих детей, а также детей с более высокой остротой зрения, но имеющих его функциональные нарушения.

Основная литература

1. Аветисов, С.Э., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей. – М: Медицина, 2005. – 872 с.
2. Денискина, В.З. Образовательные потребности детей с нарушением зрения / В.З. Денискина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013 г. – №6. – С. 4-14.
3. Денискина, В.З. Особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями зрения и их вторичными последствиями / В.З. Денискина // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 3-12.
4. Комова, Н.С. Организация обучения слепых и слабовидящих детей в условиях ФГОС// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2016, №3. – С. 19-28.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования/ Под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014. – 368с.
2. Соколов, В.В., Комова Н.С. Современные технические средства реабилитации детей со зрительной депривацией// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013, №6. – С. 33-42.
3. Тупоногов, Б.К. Организация коррекционно-педагогического процесса в школе для слепых и слабовидящих детей. – М: Владос, 2013. – 223 с.