

Некоторые аспекты интеграции детей с нарушенным слухом

Современный этап развития системы образовательного процесса характеризуется переходом от "изоляции к интеграции" детей с проблемами развития в среду их здоровых сверстников.

Благодаря развитию у нас в стране адекватного слухопротезирования и новыми положениями о проблемах детей-инвалидов, активно развивается интегрированное воспитание и образование детей с нарушениями слуха вместе с нормально слышащими детьми.

Многие дошкольные учреждения, а теперь и школы общеобразовательного типа с удовольствием принимают участие в разработке и внедрению в образовательно-воспитательный процесс различных вариантов интеграции детей с нарушениями развития.

Наш детский сад уже более шести лет принимает детей с нарушениями слуха, причем эти дети посещают логопедические группы, что имеет некоторые особенности. В этих группах находятся дети с тяжелыми нарушениями речи, с диагнозом общее недоразвитие речи, их количество не превышает 14-15 детей, в число которых и включены дети с нарушениями слуха.

С этими детьми занимаются специалисты: сурдопедагог, логопед, психолог, а на подгрупповых занятиях - воспитатели.

Первоначально это были дети очень разные с точки зрения состояния их слуха (среди воспитанников были дети, как со средней степенью тугоухости, так и с тяжелой, дети с диагнозом сенсорная алалия со снижением порогов слуха до 2 - 3 степени, ребенок с односторонней глухотой) и речи (дети с развернутой аграмматичной фразовой речью, дети с короткими выученными фразами, неговорящие, дети, владеющие отдельными словами). Причем по возрасту, эти дети составляли неоднородные группы.

Единственным требованием с момента появления первых детей и до сего дня является адекватное слухопротезирование и регулярное посещение аудиолога для своевременной и объективной настройки аппаратов .

К настоящему моменту ГДОУ посещают семь детей с нарушениями слуха из них шесть человек - дети после КИ (кохлеарной имплантации, электродного слухопротезирования - современного высокотехнологического метода слухоречевой реабилитации глухих детей и взрослых).

За годы работы с этими детьми стал выработываться ряд особенностей, на которые стоит обратить внимание.

При сборе анамнезов (самостоятельное заполнение родителями анкет-опросников, просмотр медицинских карт), выясняется, что большинство этих детей имеют совокупные диагнозы, в основном неврологические, состоят на учете у неврологов помимо поликлинических и районных в различных медцентрах, диспансерах.

Энцефалопатии, гидроцефально-гипертензионный синдром, нарушение внимания, гиперкинезы, двигательные расстройства, нарушение поведения, расстройства эмоционально - волевой сферы - вот диагнозы из медкарт наших воспитанников.

В анамнезах обширно представлены факторы риска, которые могли привести как к патологии слуха, так и к неврологическим проблемам:

- инфекционные вирусные заболевания матери во время беременности (был даже случай краснухи, рецидива герпетичной инфекции);
- токсикозы 1 и 2 половины беременности;
- глубокая недоношенность и соответственно малый вес новорожденного (менее 1500 кг);
- высокий уровень билирубина при рождении;
- гипоксии (следствия родовых травм, обвитие пуповины и т. П.);

Особая группа - дети, потерявшие слух вследствие менингита (двое).

Большинство мам указывали на частые инфекционные заболевания на первом году жизни этих детей, с частыми осложнениями (отиты, пневмонии, и т.д.)

Впрочем, были дети абсолютно чистые по факторам риска, без дополнительных диагнозов. Таковых, впрочем, было явное меньшинство.

При обследовании сурдопедагогом и логопедом выявлялись значительные проблемы с неречевыми психическими функциями: зрительным и слуховым вниманием и восприятием; конструктивным и пространственным праксисом; ручной, тонкой и общей моторикой и т.д. У некоторых детей были выявлены сопутствующие речевые расстройства - дизартрия, артикуляторная диспраксия.

Впоследствии, на занятиях, (как групповых так и индивидуальных) у большинства детей с нарушениями слуха всех возрастных групп появились проблемы со вниманием (было трудно привлечь внимание, переключить, удержать; дети быстро утомлялись). Также у некоторых детей наблюдалась повышенная возбудимость, импульсивность, немотивированная агрессия, мешающие не только проведению занятий с педагогом, но и социализации детей в группах, в общении со сверстниками.

Часть детей старшего возраста предпочитала игру любому виду деятельности, проявляя лишь в ней фантазию и творчество, яростно негативировав на занятиях.

Заниматься они не любили и не хотели, несмотря на вариативность предлагаемых педагогами видов деятельности (с преобладанием игровой), разнообразный дидактический материал.

Особо необходимо отметить, что именно своеобразное, иногда девиантное поведение, а не то, что дети "меня не слышат, не понимают, что я говорю", создают трудности у большинства из детей с нарушениями слуха, интегрированных в коллективы нормально слышащих сверстников.

Дети, перенесшие менингит, очень быстро утомлялись: резко снижалось внимание (как зрительное, так и слуховое). Один мальчик, перенесший менингит в возрасте 3-х лет, использовал стереотипные раскачивающие движения, закрывал глаза, имитировал сон, если педагог "передерживал" ребенка во время занятия. Также этот ребенок (после КИ) испытывал дискомфорт от любого шума, демонстрируя, что у него болят уши.

Безусловно, что за годы работы с такими детьми с нарушениями слуха с неврологическими диагнозами педагогам и воспитателям пришлось корректировать свою работу, принимая во внимание особенности каждого ребенка и подстраиваясь именно под его особенности.

Например, сокращалось время частей занятия; занятие разбивалось на 5-7-и минутки, но увеличивалось количество "фонетических" зарядок-минуток, пауз для пальчиковой гимнастики, удлинялся этап "вработывания", более часто предлагался разнообразный дидактический материал.

Особенностью занятий был их интегрированный характер (в занятия включались элементы изодеятельности, лепки, аппликации, конструирования), делался акцент на то, что ребенок любил делать больше всего.

Педагоги, вовлекая ребенка в совместную деятельность на занятиях, чутко отслеживали признаки усталости, потери интереса к занятию, малейшие признаки раздражения, меняя дидактические пособия, включали медленную, успокаивающую музыку, прекращали занятие, когда это было необходимо.

В настоящий момент воспитатели, совместно с педагогами, разрабатывают приемы вовлечения детей с нарушенным слухом в совместные занятия со слышащими сверстниками. Повышая их интерес к занятиям, создавая мотивацию, облегчая условия их слухового восприятия.

В условиях повышенного шума дети с КИ, а также некоторые дети, слухопротезированные аппаратами, испытывают дискомфорт, разборчивость речи резко снижается, а затем наступает утомление. Особенно отрицательно реагировали на шумные условия дети, перенесшие менингит.

Важно устраивать для таких детей "релаксационные паузы", "минутки тишины" в кабинете сурдопедагога, логопеда, психолога.

Также специалисты совместно разрабатывают график посещения этими детьми индивидуальных занятий, учитывая особенности их эмоционально-волевой сферы.

При работе с этими детьми используются различные формы организации занятий совместно со слышащими сверстниками, позволяющие наиболее полно раскрыть их потенциал и облегчить им комфортное слушание, сохраняя интерес к занятиям. Тут возможно использовать модель "маленький помощник" (при работе, как с группой, так и с парой "слышащий-ребенок с нарушением слуха"). Но, безусловно, для большей части этих детей наиболее продуктивным является вариант индивидуального занятия.

Ко всему вышесказанному можно прибавить, что специалисты и воспитатели ДОУ постарались придать процессу интегрирования целенаправленный характер, включить в него всех детей с нарушениями слуха, как более успешных в обучении, так и менее.

Педагоги и воспитатели пытаются создать такие условия пребывания воспитанников, при которых центральной задачей в учебно-воспитательном процессе является именно всестороннее развитие личности каждого ребенка, сохранение его физического и психического здоровья.

Но хочется сказать о необходимости сотрудничества с врачами-невропатологами при педагогической реабилитации этих детей. К сожалению, родители часто пренебрегают врачебными рекомендациями специалистов-медиков, предпочитая не проводить назначенные обследования, исключить полностью медикаментозное лечение или проводить его не регулярно, с недопустимо длительными перерывами, нарушая предписания, игнорируя плановые посещения.

Но часто бывает, что родители детей с нарушенным слухом получают врачебные заключения, в которых все поведенческие проблемы, проблемы памяти и внимания относят исключительно на счет основного диагноза - снижения порогов слуха.

Особенно часто это проявляется, если такой ребенок стоит на учете только у невропатолога в поликлинике по месту жительства. Безусловно, только тесное сотрудничество всех специалистов (как педагогов, так и врачей) принесет хороший результат.

В последнее время термин "интеграция" постепенно сменяется понятием "инклюзии" (включение). Некоторое время назад к интегрированным детям в большей степени предъявлялись требования, такие же, как и к остальным, слышащим детям в большей или меньшей степени. Понятно, что каждый ребенок с нарушенным слухом испытывает определенные проблемы, независимо от успешности его обучения, адаптации в среде слышащих, адекватного слухопротезирования. Получается, что в некоторые моменты ребенок просто "выпадает" из ситуации: снижается процесс обучения, воспитания, социализации.

Инклюзивное обучение предполагает создание таких условий для ребенка с нарушенным слухом, которые помогут ему полностью включиться в общую среду, в процесс обучения в массовом, логопедическом ДОУ. Повышаются требования к родителям таких детей, педагогам, врачам.

Поэтому всестороннее сотрудничество просто необходимо: без оказания всесторонней, квалифицированной медицинской помощи, без своевременного информирования родителей педагогический процесс будет буксовать.

Выработка совместной стратегии и тактики сделает возможным и такое новое положение детей с ограниченными возможностями, как инклюзия.