

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-8-18

УДК 376.24

ФЕНОМЕНЫ ПРАКТИКИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Четверикова Т.Ю.

Статья знакомит с современным состоянием практики инклюзивного образования. Рассмотрены положительные и нежелательные практики. Отмечена необходимость сопровождения каждого случая инклюзивного образования ребёнка с ограниченными возможностями здоровья с участием его родителей и квалифицированных специалистов. Установлено, что педагоги осознают закономерность совместного обучения детей с нормальным и нарушенным развитием, но преимущественно не готовы к новому направлению профессиональной деятельности. Учителя не имеют чётких представлений об инклюзии. Они недостаточно знакомы с отечественной концепцией интегрированного обучения, положительной практикой включения детей с ограниченными возможностями здоровья в классы возрастной нормы, находятся в ситуации профессионального и психологического дискомфорта. В результате развитие инклюзивных процессов в системе образования задерживается. Успешность решения названной проблемы осложняется из-за отсутствия системы научно-методического сопровождения коллектива массовой школы, в которую включены учащиеся с нарушенным развитием.

Ключевые слова: инклюзия; инклюзивное образование; дефектологическое образование; дети с ограниченными возможностями здоровья; массовая школа; особые образовательные потребности.

THE PHENOMENA OF THE PRACTICE OF INCLUSIVE EDUCATION FOR YOUNGER PUPILS WITH DISABILITIES

Chetverikova T.Yu.

The article introduces the current state of the practice of inclusive education. Positive and undesirable practices are considered. The necessity of accompanying of each case of inclusive

education of a child with disabilities by his parents and qualified professionals is underlined. It is determined that teachers know regularities of teaching healthy growing children jointly with children with disabilities, but they are mostly not ready for the new trend in their professional work. The teachers have no clear view of the inclusion. They are not aware enough of Russian mainstreaming conception, good practices of including children with disabilities in the grades according to the age norm, and feel professionally and psychologically uncomfortable in this situation. As a result, the inclusive processes development in the educational system is arrested. The success of solving of the foregoing problem is complicated by the lack of the methodological support system of mass school staff, where children with disabilities are included in.

Keywords: *inclusion; inclusive education; pathology education; children with disabilities; mass school; special educational needs.*

Введение

Распространение инклюзивной практики обуславливает значимость изучения состава детей с ограниченными возможностями здоровья, интегрированных в школы общего типа, а также существующие подходы к организации обучения этих учащихся и оказанию им коррекционной помощи силами квалифицированных специалистов и родителей.

Различные аспекты названной проблемы получили освещение в трудах отечественных и зарубежных исследователей. Так, сущность инклюзии как ведущей тенденции развития системы образования была раскрыта О.Н. Коваль [4] и охарактеризована в одной из наших работ [10]. О.С. Кузьмина исследовала готовность педагогов массовых школ к работе в условиях инклюзивного образования [8]. С.Н. Викжанович обратилась к вопросам выявления детей с речевой патологией для своевременного оказания им специализированной помощи [1]. Этим же автором предложена методика коррекционной работы по обогащению словарного запаса дошкольников с общим недоразвитием речи в целях подготовки этих детей к успешному обучению в школе совместно со здоровыми сверстниками [2]. В зарубежных исследованиях инклюзивная практика также стала предметом специального исследования. Эту проблему осветили J. Corbett, L.J. Graham, V. Harwood, M. Jahnukainen, I. Spandagou и некоторые другие учёные. В то же время ряд вопросов, позволяющих объективно оценить организацию совместного обучения младших школьников с нормальным и нарушенным развитием, изучен недостаточно. Крайне фрагментарно представлены данные о мотивах выбора массовой школы родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, и об удовлетворённости

семей состоянием инклюзивной практики. Мало внимания уделено выявлению состояния психолого-педагогического сопровождения инклюзивных процессов с учётом особых образовательных потребностей ребёнка с тем или иным нарушением в развитии.

Цель работы

Актуальность рассматриваемой нами проблемы обусловила постановку цели работы, а именно: изучить феномены практики инклюзивного образования детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья. Результаты исследований помогут определить наиболее эффективные подходы к организации обучения и оказанию коррекционной помощи учащимся с различными нарушениями в развитии, а также пути осуществления психолого-педагогической поддержки родителей и учителей, задействованных в инклюзивном образовании.

Материалы и методы исследования

Нами было рассмотрено и проанализировано 138 случаев обучения младших школьников с различными (подтверждёнными медицинскими заключениями) нарушениями в развитии совместно со здоровыми сверстниками. В ходе исследования использовались следующие методы:

- изучение школьной документации (дневников психолого-педагогических наблюдений, карт развития учащихся, протоколов школьных психолого-медико-педагогических консилиумов, листов и дневников здоровья);
- проведение опросов (в форме бесед, анкетирования, интервью) взрослых членов семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и педагогов массовых школ;
- наблюдение за учащимися с ограниченными возможностями здоровья, интегрированными в образовательные организации общего типа, при посещении уроков.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведённого исследования установлено, что состав обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, интегрированных в массовые школы, весьма разнороден. Так, из числа рассмотренных случаев большинство приходится на учащихся с нарушениями речи (24,7 %). Несколько ниже, но также достаточно высок процент детей с нарушением интеллекта: с умственной отсталостью (21 %) и задержкой психического развития (18,8 %).

В данном случае речь идёт о задержке психического развития церебрально-органического генеза. Близки данные о количестве детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (13,8 %) и с патологией зрения (12,3 %): здесь разрыв не превышает 1,5 %. Наименьший показатель зафиксирован в отношении детей с нарушениями слуха (5,8 %), а также с расстройствами аутистического спектра (3,6 %).

Как отмечалось выше, нами был проведён опрос родителей либо других близких родственников детей с ограниченными возможностями здоровья. Опрос проводился в двух формах: в виде индивидуального интервью (84 человека) и в виде анкетирования (64 человека). В анкетировании участвовали те родители, которые сочли для себя эту форму опроса более удобной. Мы сформулировали 4 вопроса:

1. Какую образовательную организацию посещал ребёнок до школы?
2. Чем был обусловлен выбор образовательной организации до поступления ребёнка в школу и на этапе школьного обучения?
3. В каком возрасте с ребёнком была начата коррекционная работа?
4. Кто и где проводил с ребёнком коррекционную работу?

Согласно зафиксированным данным, 62,3 % учащихся с ограниченными возможностями здоровья до поступления в массовую школу обучались и воспитывались совместно со здоровыми сверстниками. Преимущественно это дети с речевой патологией и с задержкой психического развития: 29,1 % и 22,1 % соответственно от всех детей с «опытом» инклюзивного образования. Отметим, что такого рода опыт полезен и необходим ребёнку, чьё обучение планируется продолжать в условиях массовой школы. При этом у остальных детей (37,7 %) он отсутствует.

Укажем, что 24 % родителей, чьи дети до поступления в школу находились в условиях семейного обучения и воспитания, указали, что желали, но не имели возможности отдать ребёнка в массовый детский сад (16 % родителей) либо изначально считали, что любая дошкольная образовательная организация является стрессовым фактором для ребёнка с проблемами в здоровье (8 % родителей). Семьи, воспитывающие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (7,9 %) и с нарушением зрения (0,7 %), указали также, что массовые детские сады, особенно те, которые располагаются в помещениях старой постройки, не имеют необходимых ребёнку с инвалидностью технических средств, специальных приспособлений, обеспечивающих свободу перемещения. В данном случае речь идёт об отсутствии безбарьерной среды, в которой особенно нуждаются слепые дети и воспитанники с детским церебральным пара-

lichem, испытывающие значительные трудности в самостоятельном передвижении и ориентировке в пространстве.

Предоставляя сведения о мотивах выбора образовательной организации (массовой или специального назначения) до поступления ребёнка в школу и по достижению им школьного возраста, родители оперировали различными аргументами.

За выбор образовательной организации общего типа активно высказывались родители, чьи дети до поступления в школу посещали массовый детский сад. Обобщив все высказывания в пользу инклюзивного образования, мы распределили их на несколько групп (один опрошиваемый мог оперировать сразу несколькими аргументами из числа представленных ниже):

- «шаговая доступность»: нахождение образовательной организации рядом с местом жительства (60,9 % ответов);
- возможность овладения общим с нормально развивающимися сверстниками образовательным стандартом (53,6 % ответов);
- возможность систематического взаимодействия с нормально развивающимися сверстниками (31,9 % ответов);
- негативное отношение членов семьи, воспитывающих ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, к специализированной образовательной организации (28,3 % ответов).

За выбор специализированной дошкольной образовательной организации высказывались родители, чьи дети посещали детский сад компенсирующего вида либо специализированную группу в детском саду комбинированного вида:

- возможность систематически получать бесплатную квалифицированную коррекционную помощь (13,7 % ответов);
- возможность качественно подготовить ребёнка к предстоящему школьному обучению за счёт разумного сочетания коррекционных и общеразвивающих занятий (10,1 % ответов).

При этом 17,4 % членов семей, в которых воспитываются дети с нарушениями зрения, речи и с умственной отсталостью, указали, что в данный период времени готовы перевести своего ребёнка в специальную (адаптивную) школу, поскольку он с трудом справляется с усвоением программного материала, имеет большое количество неудовлетворительных отметок, а также по причине отсутствия друзей среди одноклассников и взаимопонимания с учителями. Некоторые из этих родителей (8,7 %) подчеркнули, что их в большей степени устроил бы перевод

ребёнка в специализированный класс этой же массовой школы, если бы таковой имелся в её структуре. Сложности адаптации к условиям массовой школы и трудности усвоения ребёнком программного материала не отрицали также 18,8 % семей, но были категорически против отказа от инклюзивного образования.

Анализируя и дополняя полученные данные, отметим: выбирая образовательную организацию общего типа, родители детей с ограниченными возможностями здоровья (70,3 %) оставляют без должного внимания вопрос получения ребёнком систематической коррекционной помощи со стороны квалифицированных специалистов. Как было продемонстрировано выше, отдельные семьи (28,3 %) тревожит и не является приемлемым сам факт пребывания ребёнка в специальной школе, несмотря на реализацию в её условиях комплекса реабилитационных мероприятий с учётом нарушений в развитии и особых образовательных потребностей детей. Согласно результатам опроса, многие родители (50,7 %) безо всяких на то оснований и ошибочно утверждают, что одно только пребывание ребёнка с той или иной патологией развития в массовом классе позволяет ему овладеть общим с нормально развивающимися сверстниками образовательным стандартом.

Ситуация усугубляется и тем, что лишь 8,7 % семей своевременно получили со стороны квалифицированных специалистов консультацию о выборе для своего ребёнка образовательной программы и рекомендацию к обучению в массовой школе. Другие семьи (91,3 %) приняли решение об инклюзивном образовании самостоятельно, нередко руководствуясь случайными мотивами. Подтвердим это примерами высказываний родителей: *«Массовая школа находится рядом с домом, а в коррекционную надо возить»*; *«Мой старший сын хорошо учится. Он сможет помогать младшему делать уроки и отводить его в школу»*; *«Не хочу, чтобы наши родственники и друзья говорили о том, что мой ребёнок не такой как все и учится в специальной школе»*; *«Если мой ребёнок будет учиться в школе для умственно отсталых, то в последующем он не получит прав на вожделение автомобиля»*. В то же время некоторыми родителями (17,4 %) было отмечено, что они не знали, к кому обратиться за квалифицированной консультацией, чтобы определиться с выбором между общеобразовательной и адаптивной школой. В этой связи уместно говорить о необходимости создания и широкого распространения служб оказания консультативной помощи семьям, воспитывающим детей с проблемами в здоровье. Одна из задач этой службы должна заключаться в определении психолого-педагогических показаний либо противопоказаний к инклюзивному образованию каждого конкретного ребёнка и в принятии соответствующего решения по согласованию с родителями либо законными представителями.

При формулировке 3 и 4 вопросов для родителей нами учитывалось, что одним из условий успешной интеграции ребёнка с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду нормально развивающихся сверстников является раннее начало коррекционной работы. В ходе опроса родителей мы получили количественные данные, которые отражены в таблице 1.

Таблица 1

**Сведения о количестве детей с ограниченными возможностями здоровья,
с которыми проводилась ранняя коррекционная работа**

Категории детей	Количество детей (человек)	
	Всего	Ранняя коррекция
С нарушениями слуха	8	3
С нарушениями зрения	17	5
С нарушениями речи	34	7
С нарушениями опорно-двигательного аппарата	19	5
С задержкой психического развития	26	4
Умственно отсталые	29	2
С расстройствами аутистического спектра	5	2
Итого	138 (100 %)	26 (18,8 %)

Согласно результатам опроса, раннюю коррекционную помощь получили только с 18,8 % детей. Родители этих обучающихся отметили, что начало проведения коррекционной работы фактически совпало со временем выявления у ребёнка нарушения в развитии. В остальных случаях (81,2 %) коррекционная работа с детьми началась с момента посещения ребёнком дошкольной образовательной организации силами дефектолога (17,4 %) либо родителями (26,1 %). В отношении 37,7 % детей такая работа не проводилась вообще. Зафиксированные данные свидетельствуют о том, что более трети от всех детей с ограниченными возможностями здоровья, интегрированных в школы общего типа, не получили специализированной коррекционной помощи в младенческом, раннем и дошкольном возрасте. Это является фактором, осложняющим как процесс социальной адаптации ребёнка, так и препятствующим успешному усвоению им программного материала наравне с нормально развивающимися сверстниками.

Важно подчеркнуть, что коррекционная помощь должна быть пролонгированной. Она принципиально важна не только до поступления ребёнка в школу, что было удачно проиллюстрировано примерами из педагогической практики в работе С.Н. Коноваловой [5], но и на этапе школьного обучения, особенно в начальных классах. Однако педагоги массовых школ преимущественно не владеют методиками коррекционной работы. Более того, учителя демонстрируют отсутствие или недостаточную готовность к инклюзивному образованию в теорети-

ческом, практическом и личностном планах, о чём свидетельствуют результаты исследования О.С. Кузьминой [7].

Нельзя не признать: в целях поддержки инклюзивной практики руководство массовых школ стремится использовать имеющиеся в их распоряжении кадровые и иные ресурсы. Так, в ходе бесед с администрацией общеобразовательных организаций и в результате изучения школьной документации мы отметили, что к оказанию коррекционной помощи детям с проблемами в здоровье привлекаются педагог-психолог, учитель-логопед (при наличии школьного логопедического пункта), учитель-дефектолог (при наличии в образовательной организации педагогов с дефектологическим образованием или с соответствующей профессиональной переподготовкой), медицинские работники (для проведения занятий по лечебной физкультуре).

В то же время преимущественно коррекционные занятия с интегрированными младшими школьниками в силу недостатка необходимого кадрового ресурса проводят учителя начальных классов без дефектологического образования. Эти педагоги, как справедливо отмечает О.С. Кузьмина, нередко действуют методом проб и ошибок, поскольку не владеют специальными методиками и приёмами коррекционно-педагогической работы. Чувствуя свою несостоятельность в оказании ребёнку адресной и квалифицированной помощи, учителя находятся в состоянии профессионального и психологического дискомфорта [9].

Проанализировав практики инклюзивного образования в 37 массовых школах, мы отметили, что учреждения не имеют в своём составе в качестве внештатных сотрудников дефектологов, привлечённых из тех или иных организаций для проведения с обучающимися коррекционных занятий.

Полученные данные свидетельствуют о том, что внутришкольная система оказания детям с нарушениями в развитии квалифицированной коррекционной помощи находится на начальном этапе становления. По-прежнему не отработан механизм, в соответствии с которым ребёнок может рассчитывать (непосредственно в массовой школе) на регулярное психолого-педагогическое сопровождение силами дефектологов в целях удовлетворения его особых образовательных потребностей. Так, имеет место формальный характер организации коррекционной помощи. Это можно проиллюстрировать одним из примеров интегрированного обучения слабовидящего ученика. В связи с отсутствием в массовой школе тифлопедагога администрацией этой школы было принято следующее решение: поручить проведение коррекционных занятий учителю-логопеду. Безусловно, в подобной ситуации исключена возможность квалифицированной коррекции, преодоления имеющихся у ребёнка специфических нарушений в развитии

(нарушений ориентировки в пространстве, недоразвития зрительного восприятия и так далее). Логопед в силу особенностей своей профессиональной деятельности решает ряд не менее важных, но иных задач, сущность которых в отношении разных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья была раскрыта в исследовании С.Н. Викжанович и Т.Ю. Четвериковой [3].

В дефектологической науке широкое распространение получила точка зрения, согласно которой инклюзивное образование может быть эффективно для детей, уровень психофизического и речевого развития которых соответствует возрастной норме или близок к ней. Этот тезис вполне правомерен не только по отношению к детям школьного возраста, но и к дошкольникам, что было отмечено С.Н. Коноваловой [6].

При проведении нашего исследования использовалась информация, участие в сборе и систематизации которой принимали члены психолого-медико-педагогических консилиумов 37 массовых школ. Каждый консилиум был представлен следующим составом: директор, заместитель директора, педагог-психолог, социальный педагог, учитель массового класса, родители обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, в 5 школах этот состав был расширен за счёт включения в него учителя-логопеда и / или учителя-дефектолога, что стало возможным за счёт наличия в этих организациях такого кадрового ресурса.

Результаты комплексной диагностики школьников (их познавательного, социального, двигательного, речевого развития) отражены в предоставленных нам для изучения протоколах консилиумов, а также в картах развития младших школьников.

Было выявлено, что в составе нашей экспериментальной выборки нет ни одного случая, когда уровень общего и речевого развития ребёнка в полной мере соответствует возрастной норме. Соответственно, все школьники с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в регулярной коррекционной помощи, предусматривающей удовлетворение их особых образовательных потребностей. Лишь незначительная часть учеников (8 %) имеет нормальное развитие речи. Весьма высок процент детей, уровень психофизического и речевого развития которых не соответствует возрастной норме, при этом не составили исключения случаи значительного несоответствия.

Зафиксированные нами количественные данные получили отражение в таблице. При указании на соответствие уровня развития ребёнка с проблемами в здоровье возрастной норме первая цифра в таблице 2 относится к психофизическому развитию, а следующая за ней через дробь вторая – речевому.

Таблица 2

Данные о соответствии уровня психофизического и речевого развития детей с проблемами в здоровье возрастной норме

Категории детей и количество человек в каждой группе	Соответствие уровня психофизического и речевого развития детей возрастной норме			
	<i>соответствует</i>	<i>близок к норме</i>	<i>не соответствует</i>	<i>значительно не соответствует</i>
С нарушениями слуха (8)	0 / 0	3 / 3	5 / 5	0 / 0
С нарушениями зрения (17)	0 / 5	16 / 10	1 / 2	0 / 0
С нарушениями речи (34)	0 / 0	22 / 7	12 / 21	0 / 6
С нарушениями опорно-двигательного аппарата (19)	0 / 4	7 / 12	8 / 3	4 / 0
С задержкой психического развития (26)	0 / 2	19 / 15	7 / 9	0 / 0
Умственно отсталые (29)	0 / 0	0 / 0	20 / 21	9 / 8
С расстройствами аутистического спектра (5)	0 / 0	2 / 2	3 / 3	0 / 0
Итого 138 человек	0 / 11	69 / 49	56 / 64	13 / 14

Дополним изложенное выше примерами в виде кратких выдержек из характеристик обучающихся.

Ученица 2 класса (9 лет) с нарушением опорно-двигательного аппарата. Медицинское заключение: односторонний врождённый подвывих бедра. Дисплазия тазобедренных суставов в виде неправильной формы суставной впадины, головки и шейки бедра без нарушения соотношения суставных поверхностей. В массовой школе обучается с 1 класса. До школы посещала детский сад общего типа. Развитие неречевых психических процессов соответствует норме. Ведущий вид деятельности – учебная. По отношению к одноклассникам доброжелательна, с удовольствием вступает во взаимодействие с ними и педагогическими работниками, получает радость от контакта со сверстниками. Адекватно реагирует на похвалу и замечания взрослых, проявляет усердие в обучении, выполняет требования учителей. С усвоением программного материала по всем учебным дисциплинам (за исключением физической культуры) справляется успешно. Эмоционально стабильна. У девочки нарушена походка. Стремится обходиться без посторонней помощи, но частично нуждается в ней при одевании и раздевании, пользовании гигиенической комнатой. Речевое развитие в норме. Устная речь внятная, членораздельная, выразительная.

Отметим, что уровень психофизического развития этого ребёнка близок к норме, а речевое развитие соответствует возрастной норме в полной мере. Инклюзивное образование этой ученицы является целесообразным.

Ученик 2 класса (9 лет) с нарушением слухового анализатора. Медицинское заключение: двусторонняя сенсоневральная тугоухость III степени. В двухлетнем возрасте перенёс корь, в результате чего возникло нарушение слуха. До зачисления в массовую школу регулярно посещал занятия сурдопедагога в сурдологическом кабинете, а также массовую группу в Центре развития детей. Слухопротезирован бинаурально. Использует аппарат Phonak Savia Art 311 dSZ. Неречевые психические процессы характеризуются незначительным недоразвитием. Ведущий вид деятельности – учебная. Ребёнок нерешительный, неуверенный в себе. Со сверстниками и взрослыми доброжелателен, однако обидчив, легко раним. Друзей среди одноклассников нет, но имеет приятельские отношения с ребятами. Не конфликтен. В обучении старателен, усерден. Инициатором игр и коммуникативных контактов не является, но поддерживает их. Имеет адекватные представления о себе и своём нарушении в развитии. Физически развит. Посещает спортивную секцию. Речевое развитие отстаёт от нормы. Устная речь мало-выразительная, с нарушениями произношения отдельных звуков. Владеет развёрнутой фразой с аграмматизмом.

Подытоживая изложенное, отметим, что уровень развития этого ребёнка можно оценить как близкий к возрастной норме. Инклюзивное образование этого ученика вполне приемлемо и может быть эффективным как на данном этапе, так и в последующие годы школьного обучения при наличии систематической коррекционной помощи со стороны сурдопедагога или логопеда.

Ученик 2 класса (8 лет) с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения. Медицинское заключение: смешанные специфические расстройства психического развития. Ведущий вид деятельности – игра. Неречевые психические процессы характеризуются недоразвитием. Учебной деятельностью не заинтересован, мотивация к учению снижена. Предложенные задания выполняет под контролем взрослых. Мальчик конфликтный, самоуверенный, решительный, упрямый и одновременно с этим хвастливый, стремится привлечь к себе внимание, подчёркивает своё превосходство. В общении со сверстниками бывает груб. В классе стремится занять позицию лидера. Считает, что всегда прав. Культура поведения не сформирована. На замечания взрослых нередко отвечает агрессией. Физически развит, занимается спортом. Нарушений интонационной стороны речи и произношения не отмечается. Однако смысловая сторона речи характеризуется недоразвитием: затрудняется в понима-

нии развёрнутых инструкций, не может ясно выразить мысль, аргументировать свои высказывания.

Резюмируя, отметим, что уровень психофизического и речевого развития этого ребёнка не соответствует норме. Это является серьёзным препятствием для усвоения программы массовой школы. Целесообразно организовать обучение этого ученика в специальном классе массовой или адаптивной школы.

Иллюстрируя каждую из групп детей в аспекте уровня их психофизического и речевого развития, остановимся ещё на одной характеристике.

Ученик 1 класса (8 лет) с умственной отсталостью. Медицинское заключение: умственная отсталость лёгкой степени. Неречевые психические процессы характеризуются значительным недоразвитием. Ведущий вид деятельности – игра. Учебной деятельностью не заинтересован, правила поведения в школе не усвоил, систематически нарушает дисциплину. Ищет предлоги, чтобы отказаться от выполнения заданий учителя, особенно сложных; нередко дезорганизует работу класса. Не стремится довести начатую деятельность до конца, прерывает её. Не справляется с усвоением программного материала по большинству учебных дисциплин. Со сверстниками и взрослыми общается смело, охотно, но фамильярно. Вступая в контакты с педагогическими работниками, не соблюдает субординацию. В любых ситуациях мальчик ведёт себя непосредственно. Доверчив. Не критичен к своей деятельности и поступкам. Ребёнок физически развит. Подвижен. Отмечается системное недоразвитие речи. Самостоятельная устная речь ребёнка характеризуется наличием штампов, аграмматизмов, значительно ограниченным словарным запасом.

Подытоживая, укажем, что уровень психофизического и речевого развития этого ученика значительно не соответствует возрастной норме. В силу имеющегося нарушения ребёнок не может овладеть общим образовательным стандартом в предусмотренные для нормально развивающихся детей сроки. В результате целесообразно рассмотреть вопрос об обучении мальчика по специальной программе в условиях адаптивной школы.

Даже получив положительную рекомендацию к инклюзивному образованию, ребёнок с проблемами в здоровье требует постоянного внимания со стороны учителя, нуждается в помощи и особой заботе. Посещая уроки в массовых школах (всего 52 урока), мы отметили следующее. Беспокоясь, что дети с ограниченными возможностями здоровья не освоят сложный материал, педагоги стараются индивидуализировать деятельность этих школьников, предлагают им крайне простые и порой примитивные задания. Например, на уроке иностранного языка третьекласснику с проблемами в здоровье было предложено переписать в тетрадь английский алфавит, в то время как остальные школьники осваивали программную тему.

Учителя, обеспокоенные тем, что некоторые дети с ограниченными возможностями здоровья регулярно нарушают дисциплину и тем самым дезорганизуют работу класса, руководствуются принципом, который может быть сформулирован следующим образом: «занять ученика любым делом, чтобы он не мешал ни педагогу, ни одноклассникам». Нередко такой ребёнок размещается за последней партой (дальше от одноклассников и учителя). Ему предлагаются иные, чем другим школьникам, задания для самостоятельного выполнения: чтение или переписывание текста параграфа, работа с контурной картой. В результате задания для ученика персонифицируются, но не в целях эффективного усвоения им программного материала, а для того чтобы максимум усилий направить на обеспечение должного качества образования здоровых детей.

Осуществляя наблюдение в ходе уроков, мы отметили: учителя крайне редко вызывают ребёнка с ограниченными возможностями здоровья к доске (от 96 случаев только 2 пришлось на детей с проблемами в здоровье) и стараются не привлекать его к участию в коллективной работе, например, при проведении опроса в связи с проверкой домашнего задания или закреплении материала, освоенного на уроке. Учителя объясняют это тем, что ребёнок с ограниченными возможностями допускает значительное количество специфических, не свойственных его здоровому сверстнику ошибок, на анализе которых возникнет необходимость остановиться. Это приводит к увеличению времени на опрос, обуславливает снижение качества обучения основного состава класса.

Описанная нами ситуация есть пример негативной инклюзивной практики, псевдоинклюзии. Формально дети с ограниченными возможностями здоровья находятся со своими здоровыми сверстниками, но они не объединены совместной деятельностью. Ребёнок с нарушением в развитии изолирован и от учителя, и от остальных учеников. При такой организации инклюзивного образования школьник с проблемами в здоровье не может усвоить необходимый минимум знаний и овладеть практическими навыками. В результате обучение ребёнка в адаптивной школе могло бы дать лучший образовательный эффект, чем в организации общего типа.

Рассмотренные нами подходы к организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с нормально развивающимися сверстниками свидетельствуют о том, что учителя недостаточно готовы к работе в условиях инклюзивного образования. Педагоги не отрицают закономерность совместного обучения детей с нормальным и нарушенным развитием, но не имеют чётких представлений об инклюзии, не знают её сущности в контексте отечественной концепции, в которой декларируется необходимость обоснованного отбора детей с проблемами в здоровье для инклюзивного образования. Соответственно, не вызывает

сомнений необходимость развития системы научно-методического сопровождения каждого коллектива массовой школы, в которую интегрированы учащиеся с нарушенным развитием.

Заключение

Проведённое нами исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Состав обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, интегрированных в массовые школы, разнороден. Это дети с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственной отсталостью и расстройствами аутистического спектра. У всех учащихся имеются особые образовательные потребности, удовлетворение которых требует проведения коррекционной работы силами специалистов в сфере дефектологии.

2. Уровень развития детей с проблемами в здоровье, обучающихся в массовых школах, различен: от близкого к возрастной норме до значительно не соответствующего ему. Ученики, имеющие уровень психофизического и речевого развития близкий к норме, готовы к усвоению программного материала в те же сроки и в том же объёме, что и их здоровые сверстники. Их инклюзивная практика преимущественно положительна, обучение в массовой школе целесообразно. Остальные учащиеся, в том числе все без исключения дети с умственной отсталостью, нуждаются в особых условиях обучения, которые создаются в классах и школах специального назначения (адаптивных, коррекционных). Инклюзивная практика этих обучающихся нежелательна, поскольку не позволяет обеспечить им качественное образование.

3. Педагогические коллективы массовых школ, осознавая закономерность совместного обучения детей с нормальным и нарушенным развитием, недостаточно готовы к работе в условиях инклюзивного образования. Учителя не имеют чётких представлений об инклюзии, не знают её сущности в контексте отечественной концепции. Это обуславливает неверные подходы к организации обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и оказанию им адресной коррекционной помощи. В результате развитие инклюзивных процессов в системе образования задерживается.

4. Внутришкольная система оказания детям с нарушениями в развитии квалифицированной коррекционной помощи находится на начальном этапе становления. По-прежнему не отработан механизм, в соответствии с которым ребёнок может рассчитывать (непосредственно в массовой школе) на регулярное психолого-педагогическое сопровождение силами дефектологов в целях удовлетворения его особых образовательных потребностей. Соответственно, очевидна необходимость развития системы научно-методического сопровождения каждого коллектива массовой школы, в которую включены учащиеся с нарушенным развитием.

Список литературы

1. Викжанович С.Н. К вопросу о дифференциальной диагностике общего недоразвития речи и задержки темпа речевого развития у детей // В мире научных открытий. 2013. № 11.8 (47). С. 72-76.
2. Викжанович С.Н. Особенности развития у старших дошкольников с общим недоразвитием речи словаря синонимов // В мире научных открытий. 2015. № 5.2 (65). С. 612-617.
3. Викжанович С.Н., Четверикова Т.Ю. Технология логопедической работы по формированию у детей с особыми образовательными потребностями звукопроизношения // Инновационные образовательные технологии и методы обучения: монография / Викжанович С.Н., Четверикова Т.Ю., Романова Е.А., Кузнецова Г.Н., Обухова С.Н., Меркулова Л.П., Приданова М.В., Бронзова Ж.Е., Краснова Е.В., Панкова В.В. Saint-Louis, MO: Publishing House Science and Innovation Center. 2014. С. 4-35.
4. Коваль О.Н. Инклюзия как ведущая тенденция развития системы образования // Национальные приоритеты России. 2014. № 4 (14). С. 58-60.
5. Коновалова С.Н. Особенности овладения предикативной лексикой дошкольниками с общим недоразвитием речи // Дефектология. 2006. № 3. С. 59-67.
6. Коновалова С.Н. Формирование предикативной лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи. – Омск: Омский государственный педагогический университет. 2007. 170 с.
7. Кузьмина О.С. Актуальные вопросы подготовки педагогов к работе в условиях инклюзивного образования // Вестник Омского университета. 2013. № 2 (68). С. 191-194.
8. Кузьмина О.С. К вопросу о подготовке педагогов к работе в условиях инклюзивного образования // В мире научных открытий. 2014. №5.1 (53). С. 365-371.
9. Кузьмина О.С. Особенности организации подготовки педагогов к работе в условиях инклюзивного образования // В мире научных открытий. 2013. № 11.8 (47). С. 337-344.
10. Четверикова Т.Ю. Инклюзивное образование как педагогический феномен // В мире научных открытий. 2013. № 11.7 (47). С. 326-331.
11. Corbett J. Inclusive education and school culture // International Journal of Inclusive Education. 1999. Vol. 3. N 1. Pp. 53-61. URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/136031199285183> (дата обращения 17.08.2013).
12. Corbett J. Teaching approaches which support inclusive education: A connective pedagogy // British Journal of Special Education. 2001. N 28. Pp. 55-59.
13. Graham L.J., Harwood V. Building capabilities for social inclusion: engaging diversity through

inclusive school communities // International Journal of Inclusive Education. 2011. N 15 (1). Pp. 135-152.

14. Graham L.J., Jahnukainen M. Wherefore art thou, Inclusion? Analysing the development of inclusive education in New South Wales, Alberta and Finland // Journal of Education Policy. 2011. N 26 (2). Pp. 261-286.
15. Graham L.J., Spandagou I. From Vision to Reality: views of primary school principals on inclusive education // Disability & Society. 2011. N 26 (02). Pp. 223-237.

References

1. Vikzhanovich S.N. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the World of Scientific Discoveries], no. 11.8 (47) (2014): 72-76.
2. Vikzhanovich S.N. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the World of Scientific Discoveries], no. 5.2 (65) (2015): 612-617.
3. Vikzhanovich S.N., Chetverikova T.Y. *Tekhnologiya logopedicheskoy raboty po formirovaniyu u detey s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami zvukoproiznosheniya* [The speech therapy technology of the development children with special educational needs of the pronunciation]. – Saint-Louis, MO: Publishing House Science and Innovation Center. 2014. Pp. 4-35.
4. Koval' O.N. *Nacional'nye priority Rossii* [National priorities of Russia], no. 4 (2014): 58-60.
5. Konovalova S.N. *Defektologiya* [Defectology], no. 3 (2006): 59-67.
6. Konovalova S.N. *Formirovanie predikativnoy leksiki u doshkol'nikov s obshchim nedorazvitiem rechi* [Formation of predicative lexicon of preschoolers with the general underdevelopment of speech]. – Omsk: Omsk State Pedagogical University, 2007. 170 p.
7. Kuz'mina O.S. *Vestnik Omskogo universiteta* [Herald of Omsk University], no. № 2 (68) (2013): 191-194.
8. Kuz'mina O.S. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the World of Scientific Discoveries], no. 5.1 (53) (2014): 365-371.
9. Kuz'mina O.S. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the World of Scientific Discoveries], no. 11.8 (47) (2013): 337-344.
10. Chetverikova T.Y. *V mire nauchnyh otkrytij* [In the World of Scientific Discoveries], no. 11.7 (47) (2013): 326-331.
11. Corbett J. *International Journal of Inclusive Educaition*, 1 (1999): 53 – 61. DOI: 10.1080/136031199285183

12. Corbett J. *British Journal of Special Education*, no. 28 (2001): 55-59.
13. Graham L.J., Harwood V. *International Journal of Inclusive Education*, no. 15 (1) (2011): 135-152.
14. Graham L.J., Jahnukainen M. *Journal of Education Policy*, no. 26 (2) (2011): 261-286.
15. Graham L.J., Spandagou I. *Disability & Society*, no. 26 (02) (2011): 223-237.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ

Четверикова Татьяна Юрьевна, заведующий кафедрой специальной педагогики, кандидат педагогических наук, доцент.

*Омский государственный педагогический университет
набережная Тухачевского, 14, г. Омск, 644099, Россия
nika_unreal@mail.ru*

SPIN-код в SCIENCE INDEX: 6808 - 1248

DATA ABOUT THE AUTHOR

Chetverikova Tatiana Yurievna, Head of the Department of Special Pedagogy, PhD Pedagogical Sciences, Docent

*Omsk State Pedagogical University
14, Naberezhnaya Tukhachevskogo, Omsk, 644099, Russia
e-mail: nika_unreal@mail.ru*