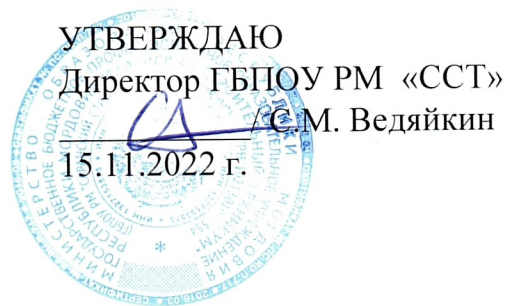


Министерство образования Республики Мордовия
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Республики Мордовия
«Саранский строительный техникум»

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
«Особенности обучения студентов с инвалидностью,
обусловленной соматическими заболеваниями»

Саранск

СОГЛАСОВАНО
Педагогическим советом
(протокол от 15.11.2022 г. № 2)



Составили: Чаприна А.С. методист.

Содержание

1. Понятие соматических заболеваний.....	4
2. Психологические особенности детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.....	4
3. Особые образовательные потребности студентов с ОВЗ и инвалидностью, обусловленной соматическими заболеваниями.....	12
4. Особенности обучения студентов с ОВЗ и инвалидностью, обусловленной соматическими заболеваниями.....	14
Список использованных источников.....	16

1. Понятие соматических заболеваний.

Соматические заболевания являются второй по значимости (после органических повреждений головного мозга) причиной, вызывающей нарушения психофизического здоровья детей и затрудняющей их личностно-социальное развитие и успешное обучение.

Соматическое заболевание (от др.-греч. σῶμα – тело) – телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию.

В данную группу заболеваний входят болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека.

К соматическим заболеваниям относятся:

1. Заболевания сердца и сосудов
2. Заболевания дыхательной системы
3. Поражения печени и почек, ряд поражений желудочно-кишечного тракта
4. Травмы, ожоги и ранения
5. Наследственные генетические заболевания
6. Органические поражения нервной системы
7. Инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов
8. Паразитарные инвазии
9. Эндокринные заболевания

2. Психологические особенности детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

Здоровые и крепкие дети чаще спокойны, жизнерадостны, легче приспосабливаются к яслям и детскому саду, школе, чем слабые. Это естественно. Крепкий и здоровый реже испытывает неприятные, болезненные ощущения, реже болеет, а значит, и более приспособлен к трудностям, более уверен в себе. Такого ребенка и воспитывают спокойно, поскольку его физическое состояние не вызывает опасений. Он самостоятелен, уважаем сверстниками, часто - лидер.

У физически слабого, болезненного все по-иному. Слабость, болезненность угнетающе воздействуют как на ребенка, так и на его родителей. Ребенок испытывает болезненные ощущения, чувство психофизического дискомфорта. Слабый ребенок переносит одно простудное заболевание за другим. Он не успевает окрепнуть, как заболевает вновь. Родители нервничают, и их состояние и тревога передаются ребенку. Его раздражает сама необходимость лечения. То он у врача, то врач у него. Лекарства, процедуры, ребенок не понимает происходящего. Для него все это - стресс, насилие, страх, беда. Он вздрагивает, когда звонят в дверь, и прячется под стол, но его вытаскивают и вновь смотрят горло. Это само по себе превращается в психическую травматизацию. Такой ребенок становится плаксивым, капризным, возбудимым, раздражительным

Соматически ослабленные дети, процесс и результаты их социализации наряду с общими имеют особые, специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы.

Подрастая и оставаясь слабым и болезненным, ребенок мало общается со сверстниками, поскольку те его не принимают: он портит игру. Он сам избегает сверстников, испытывая страх перед сильным и боясь осрамиться. Бывает, что он, напротив, стремится в их среду, но делает это конфликтно или играя роль шута. То и другое деформирует складывающуюся личность. Слабый, болезненный испытывает чувство бессилия, что психологически противоестественно для ребенка. Детство - это жизнерадостность и бьющая через край энергия. А больной ребенок, как человек, чувствующий себя постаревшим. Он не способен перетерпеть, смириться со своей слабостью. Это серьезный кризис для него. И слабый редко бывает уверенным в себе, чаще идет по пути к неврозу.

Физически слабому, болезненному ребенку грозит и тревожно-нормальное воспитание. Ребенок со временем окрепнет, а последствия тревожного отношения родителей к слабости или болезненности останутся на всю жизнь.

Психическое состояние ребенка, страдающего хроническим или инфекционным заболеванием, или затрудняет его излечение от этих болезней, или способствует исцелению. Тут уместно вспомнить древнюю мудрость: "Или врач и больной против болезни, или больной и болезнь против врача". Начиная жить не должен смиряться с болезнью. Для ребенка и подростка болезнь противоестественна, и настраивать их следует однозначно - к исцелению.

Заслуживает внимания и детская нервность или трудность, связанная с периодом реконвалесценции - состоянием после перенесенного заболевания. После любой болезни ребенок на определенное время декомпенсирован. Грипп, острые простудные заболевания, инфекции проходят не так быстро, как думают некоторые родители. Болея, ребенок теряет витаминный запас, что приводит к кровотечениям из носа, кровоточивости десен, шелушению кожи, появлению гнойничков, замедленному заживлению ссадин, "заедам" в углах рта, конъюнктивитам, резям в глазах, зуду и многому другому, но более всего к чувству слабости, утомляемости.

Болезнь всегда сопровождается вегетативной дистонией, часто с гипотонией, интоксикацией нервной системы и других систем организма. Реконвалесценция длится неделями и месяцами. Ребенок становится нервным, ранимым, обидчивым, быстро устает. Нередко отклоняющееся поведение ребенка, возникновение нервности, раздражительности, плаксивости, капризности начинается именно в этот период, после соматического или инфекционного заболевания.

Ослабленный ребенок требователен, часто не знает, чего он хочет, и своим поведением раздражает взрослых, сверстников, создавая конфликтные ситуации из ничего. Он особенно чувствителен к конфликту, неспособен его адекватно изжить, склонен к его раздуванию. Он острее воспринимает несправедливость со стороны близких: даже их обычные замечания и требования выводят его из себя, вызывают психотравмирующие переживания. Он кричит, плачет, двигательльно не упорядочен и тогда, когда

причина инцидента уже забыта. Надолго выйдя из колеи, соматически ослабленный ребенок не может успокоиться и, продолжая во сне переживать случившееся, мечется, просыпается ночью с криком. Аппетит у ребенка исчезает. Такой ребенок - легкая добыча нового вируса. Астеническое состояние усиливается, усиливаются и ранимость, конфликтность. Ребенок попадает в некий порочный круг, выход из которого без специальной помощи труден.

Дети-инвалиды с тяжёлыми соматическими заболеваниями имеют свои психофизические особенности:

1. Трудности в освоении образовательной программы из-за пропусков учебных дней.

2. Особенности протекания психических процессов, обусловленные приемом медицинских препаратов.

3. Астенический синдром (повышенная утомляемость, раздражительность и неустойчивое настроение, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушением сна, метеозависимость). Астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей наиболее часто наблюдается смешанная физическая и психическая астения, обычно с преобладанием последней.

4. Депрессивные синдромы (могут скрываться за детскими капризами, соматическими, поведенческими, и кратковременными интеллектуальными нарушениями).

5. Психоорганический синдром (снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость; разнообразные аффективные нарушения).

6. Психогенные патологические формирования личности: патохарактерологическое развитие личности (истероидный - “кумир семьи” и неустойчивый варианты “оранжерейное воспитание”) и дефицитарный тип патологического формирования личности, как реакции личности на

осознание дефекта, физической неполноценности, социальная изоляция (изоляция от сверстников) (формируется у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.).

Дети, страдающие разными видами хронических соматических заболеваний, проявляют своеобразие в личностном развитии.

Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития. Формирование внутренней картины болезни специфично для конкретного заболевания.

При формировании внутренней картины болезни отмечаются определенные сензитивные периоды осознания заболевания, имеющие различную возрастную отнесенность при различных заболеваниях. Эти периоды совпадают с кризисом осознания болезни, а у детей сопровождаются различного рода трудностями в личностном развитии.

В процессе формирования внутренней картины здоровья у детей без соматической патологии отмечается общая тенденция: чем старше дети, тем чаще они отмечают значимость психологического состояния человека в сохранении здоровья.

В психологических исследованиях разных авторов показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Изучены психологические особенности детей и взрослых с такими заболеваниями, как диабет, заболевания легких, гипертония и язвенная болезнь желудка, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая почечная недостаточность и другие.

Д.Н. Исаев отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни.

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, влияют отношения родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают мать не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни.

Р.А. Лурия предложил рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни.

Под внешней картиной болезни Р.А. Лурия понимал все то, что можно исследовать объективными методами медицинской диагностики.

Внутренняя картина болезни – «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений ... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах ... - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Р. А. Лурия различал сензитивную и интеллектуальную части внутренней картины болезни.

Формирование внутренней картины болезни у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

Внутренняя картина болезни считается лишь частным случаем внутренней картины здоровья (В. Е. Каган). Без знаний о том, как относится ребенок к своему здоровью, то есть без понимания его внутренней картины здоровья невозможно понять внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина здоровья по существу – составная часть самосознания. Оно же под влиянием интеро- и экстерорецепторов формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным фоном. Представление о своем соматическом состоянии отражается в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних случаях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в третьих – адекватное к нему отношение (А.В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев).

Для ребенка здоровье приобретает смысл тогда, когда он начинает понимать его значение для эффективного выполнения той или иной деятельности в игре или учебе. В создании внутренней картины здоровья принимает участие вся личность в целом. Чем сложнее психическая жизнь, многообразнее мотивы деятельности, тем большее значение для ребенка имеет его физическое состояние.

Для успешной психопрофилактики личностных отклонений, межличностных отношений со сверстниками и родителями, а также создания адекватной внутренней картины болезни необходимо своевременное вмешательство психолога (консультация родителей и медицинских работников, индивидуальные и групповые занятия с детьми, профориентация подростков).

На основании Приложения №2 Минздрава России (2003) - «Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)» дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья:

I группа здоровья: здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа здоровья: дети, у которых нет хронических заболеваний, но присутствуют некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых и среднетяжелых инфекционных болезней; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития); дети с дефицитом массы тела или с избыточной массой тела; дети, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций.

III группа здоровья: дети с хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, не ограничивающими возможности обучения или труда ребенка, в том числе в подростковом возрасте.

IV группа здоровья: дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

V группа здоровья: дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной

декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда. Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы часто нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. Контроль за состоянием их здоровья осуществляется при профилактических осмотрах, в промежутках между осмотрами оценку динамики состояния делает педиатр, работающий в образовательном учреждении, а при его отсутствии - участковый педиатр с учетом результатов ежегодного доврачебного скрининг-тестирования в образовательных учреждениях. При выявлении признаков усиления функциональных расстройств педиатр самостоятельно проводит лечебно-коррекционные мероприятия или направляет на обследование к врачам-специалистам.

3. Особые образовательные потребности студентов с ОВЗ и инвалидностью, обусловленной соматическими заболеваниями.

Для значительной части лиц с ОВЗ и инвалидностью, обусловленной тяжелыми соматическими заболеваниями, характерны следующие психологические особенности:

- они зачастую медленнее своих сверстников воспринимают информацию;
- связь с семьей у них намного сильнее, чем у других студентов, причем роль родителей и их психологические особенности оказывают большое влияние на процесс инклюзии;
- часто лица с ОВЗ имеют сформированную позицию «беспомощного»,

которая формируется в семье, они нуждаются в опеке и попечительстве со стороны взрослых;

- для них свойственны манипулятивные реакции;

- их «Я-концепция» имеет отличительные особенности: при компенсаторно завышенной самооценке у них наблюдается негативное самоотношение, низкий уровень самоуважения и самоинтереса.

Для студентов, имеющих тяжелые соматические заболевания, характерны: астенические проявления, низкая работоспособность и недостаточная продуктивность деятельности; ипохондрические черты характера; стремление избежать деятельности, связанной с определенными усилиями, физическим и психологическим напряжением; уклонение от ответственности. У таких обучающихся может наблюдаться сенсорная сверхчувствительность, стремление избегать резких внешних воздействий. Им свойственны повышенная тревожность, ранимость и обидчивость. К особенностям их познавательной деятельности относят: истощаемое внимание, неустойчивое запоминание. Учебный материал успешно усваивается ими только при отсутствии перегрузок.

В структуру особых образовательных потребностей лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями входят:

- организация особой образовательной среды, а именно: создание санитарно-бытовых помещений, предназначенных для пользования этой категорией лиц (в зависимости от заболевания);

- индивидуализация обучения лиц с общим заболеванием с учетом их возможностей и особых образовательных потребностей;

- условия обучения, обеспечивающие деловую и эмоционально комфортную атмосферу, способствующую качественному образованию и личностному развитию обучающихся, расширению их социального опыта;

- создание для этой категории студентов условий для развития инициативы, познавательной активности, в том числе за счет привлечения к участию в различных (доступных) видах деятельности.

4. Особенности обучения студентов с ОВЗ и инвалидностью, обусловленной соматическими заболеваниями.

Соматические заболевания студентов влияют на эффективность учебного процесса, обуславливают трудности студентов в овладении типичной учебной программой, которая отвечает образовательному стандарту, направлению подготовки в полном объеме. Преподаватели должны знать и учитывать особенные потребности при организации учебного процесса при преподавании основного материала, применяя при этом педагогическую, психологическую, социальную, дидактическую поддержку, которая бы помогла студентам решить эти потребности и освоить учебный материал в полном объеме.

При возникновении затруднений педагогическая поддержка студентов данной категории предполагает создание особенного режима обучения: уменьшение объема письменных работ; предоставление дополнительных перерывов во время занятий (например, для приема необходимых лекарств, предупреждения возникновения утомления вследствие соматической ослабленности и др.); уменьшение физической нагрузки.

В учебном процессе преподаватель должен учитывать, что в силу состояния здоровья студенты с тяжелыми соматическими заболеваниями вынуждены пропускать довольно много занятий (в периоды обострения основного заболевания и госпитализации), поэтому они нуждаются в проведении подготовительной работы по актуализации ранее изученного материала и восполнению пробелов в знаниях перед изучением новых тем. Подобная работа может проводиться в рамках индивидуальных занятий с преподавателем и самостоятельной работы.

Также они испытывают потребность в более детальном объяснении нового материала, пошаговом формировании необходимых умений. Также индивидуальные особенности состояния здоровья некоторых студентов с тяжелыми соматическими заболеваниями обуславливают необходимость создания соответствующих материальных условий: оборудования

помещений соответствующей мебелью; соблюдения теплового режима в аудиториях; обеспечение возможностей для своевременного получения первой медицинской помощи.

В целом, при соблюдении необходимых психолого-педагогических, социальных, медицинских условий, студенты с инвалидностью и ОВЗ, обусловленными соматическими заболеваниями, успешно справляются с образовательными задачами.

В обучении лиц с хроническими соматическими заболеваниями используются специальные технологии, которые призваны облегчить усвоение информации и обеспечить:

- профилактику астенических состояний и психоэмоционального напряжения, повышение физической и умственной работоспособности (более частый отдых, смена видов деятельности и пр.);

- нормализацию психоэмоционального и функционального состояния обучающихся;

- повышение физической работоспособности;

- снятие утомления и повышение адаптационных возможностей студентов;

- активизацию всех компонентов учебной деятельности.

В качестве специальных технологий выступают:

- средства программного и методического обеспечения образовательного процесса, увеличивающие наглядность обучения и активизирующие адаптационные ресурсы обучающихся;

- информационные технологии, предоставляющие мультимедийную среду для изложения и активного восприятия информации.

Компьютеризация способствует активизации процесса обучения, позволяет обеспечить дифференцированный подход к студентам, интегрированным в общую образовательную среду.

На занятиях педагогу рекомендуется:

- представлять изучаемый материал с опорой на различные

анализаторы;

– четко соблюдать алгоритм занятия и заданий для самостоятельной работы (называние темы, постановка цели, сообщение и запись плана, выделение основных понятий и методов их изучения, указание видов деятельности обучающихся и способов проверки усвоения материала, словарная работа);

– использовать наглядный метод обучения;

– вырабатывать самоконтроль у обучающихся;

– делать паузы по ходу занятия;

– предусмотреть смену видов деятельности;

– дифференцировать задания по степени сложности с учетом возможностей студентов;

– обеспечивать оптимальную пространственную и временную организацию образовательной среды;

– максимально расширять образовательное пространство за счет социальных контактов с широким социумом.

Список использованных источников

1. Обучение студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья : методические рекомендации для преподавателей МГПИ / сост. О. В. Бобкова ; Мордов. гос. пед. ин-т. – Саранск, 2017. – 91 с.

2. Организация диагностической сессии и особенности составления рекомендаций по созданию специальных образовательных условий для детей-инвалидов по общим заболеваниям : методические рекомендации / сост. Н. А. Богданова ; ЦПМПК ГБУ НСО ОЦДК – Новосибирск, 2018.