

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов

Обучающиеся с ОВЗ – это дети, имеющие недостатки в психическом или физическом развитии, подтверждённые психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Среди причин возникновения ОВЗ могут фигурировать органическая и/или функциональная недостаточность центральной нервной системы, конституциональные факторы, хронические, соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, психическая и социальная депривация.

Основные виды нарушений функций организма:

- *нарушения психических функций* (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- *нарушения сенсорных функций* (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- *нарушения аутистического спектра* (РДА, синдром Ретта, синдром Аспергера);
- *хромосомные и генные нарушения* (синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Лежена и т.д.);
- *нарушения языковых и речевых функций* (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и не- вербальной речи, нарушения голосообразования);
- *нарушения опорно-двигательного аппарата* (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений, детский церебральный паралич (ДЦП);
- *нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;*
- *нарушения, обусловленные физическим уродством* (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Нарушения психических функций (ЗПР)

1) Интеллектуальные нарушения:

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

- педагогическая запущенность - задержка психического развития, возникающая в условиях социального неблагополучия;

- умственная отсталость (УО), олигофрения - (от древнегреч. «ὀλίγος» - малый; «φρήν» - ум, разум) - стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга;

- деменция - (от нем. «de» - снижение; «mens» - ум, разум) - приобретенная умственная отсталость.

2) Нарушения поведения:

- синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Дети с ЗПР – это преимущественно дети с нормальным интеллектом, у которых отсутствует мотивация к учёбе, либо имеется отставание в овладении школьными навыками (чтения, письма, счета).

Отсутствие концентрации и быстрое рассеивание внимания приводят к тому, что им трудно или невозможно функционировать в большой группе и самостоятельно выполнять задания.

Кроме того, излишняя подвижность и эмоциональные проблемы являются причинами того, что эти дети, несмотря на их возможности, не достигают в школе желаемых результатов.

При организации обучения необходимо адаптировать содержание учебного материала, выделяя в каждой теме базовый материал, подлежащий многократному закреплению, дифференцировать задания в зависимости от коррекционных задач. Обучающемуся с ЗПР необходим хорошо структурированный материал.

Необходимо тщательно отбирать и комбинировать методы и приемы обучения с целью смены видов деятельности детей, изменения доминантного анализатора, включения в работу большинства анализаторов; использовать ориентировочную основу действий (опорных сигналов, алгоритмов, образцов выполнения задания).

Для детей с ЗПР важно обучение без принуждения, основанное на интересе, успехе, доверии, рефлексии изученного. Важно, чтобы школьники через выполнение доступных по темпу и характеру, личностно ориентированных заданий поверили в свои возможности, испытали чувство успеха, которое должно стать сильнейшим мотивом, вызывающим желание учиться.

При организации учебного процесса следует исходить из возможностей ребёнка – задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику субъективные переживания успеха на фоне определённой затраты усилий. В дальнейшем трудность заданий следует увеличивать пропорционально возрастающим возможностям ребёнка.

Учителю необходимо:

- следить за успеваемостью обучающихся: после каждой части нового учебного материала проверять, понял ли его ребёнок;
- поддерживать детей, развивать в них положительную самооценку, корректно делая замечание, если что-то делают неправильно;
- разрешать обучающимся при выполнении упражнений записывать различные шаги. Это является для них опорой, а для учителя это вспомогательное средство, чтобы понять, где именно произошла ошибка в процессе мышления;
- требовать структурирования действий.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА)

Классификация:

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

Дети с детским церебральным параличом

Причины:

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

Формы ДЦП:

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

Психическое развитие детей с ДЦП:

- нормальное — 10%;
- ЗПР - в 70%;
- умственная отсталость - в 20%.

У мальчиков ДЦП встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.

Особые образовательные потребности обучающихся с НОДА

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

- обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;
- требуется введение в содержание обучения специальных разделов;
- необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию

«обходных путей» обучения;

- индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребёнка;
- обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;

Для этой группы обучающихся обучение в общеобразовательной школе возможно при условии создания для них безбарьерной среды, обеспечения специальными приспособлениями и индивидуально адаптированным рабочим местом. Помимо этого дети с НОДА нуждаются в различных видах помощи (в сопровождении на уроках, помощи в самообслуживании), что обеспечивает необходимые в период обучения щадящий режим, психологическую и коррекционно-педагогическую помощь.

Нарушения сенсорных функций.

Дети с нарушением зрения

- *Слепые (незрячие)* - полное отсутствие зрительных ощущений, прогрессирующее заболевание и сужение поля зрения до $10 - 15^\circ$ с остротой зрения до 0,08. К слепым относятся дети с полным отсутствием зрения (от светоощущения до 0,04 включительно с коррекцией на лучшем глазу).

- *Слабовидящие* - острота зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение). Слабовидящими называют детей, у которых острота зрения лучшего глаза с обычной оптической коррекцией составляет 0,05 – 0,4.

- *Поздноослепшие.*

- *Косоглазие (горизонтальное, вертикальное).*

- *Амблиопия («ленивый глаз»)* (от др. греч. ἀμβλύς - тупой и ὄψ + ὀπός - глаз) - ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз.

Специфика обучения и воспитания слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем: дозирование учебных нагрузок, применение специальных форм и методов обучения, оригинальных учебников и наглядных пособий, а также оптических и тифлопедагогических устройств, расширяющих познавательные возможности детей, специальное оформление учебных кабинетов, организация лечебно-восстановительной работы; усиление работы по социально-трудовой адаптации.

Обучение слабовидящих ведётся по учебникам массовой школы, которые печатаются более крупным шрифтом и специальными преобразованными изображениями, доступными для зрительного восприятия.

Во время проведения уроков следует чаще переключать учащихся с одного вида деятельности на другой. Во время проведения урока педагоги должны учитывать допустимую продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для слабовидящих школьников. Так, непрерывная зрительная нагрузка (например, чтение) в первых классах не должна превышать 7-10 минут). Однако для некоторых слабовидящих, например, с атрофией зрительных нервов, центральной атрофией сетчатки, может быть утомительна и такая нагрузка. Поэтому к дозированию зрительной работы надо подходить строго индивидуально, неуклонно следуя рекомендациям офтальмолога.

Положительное влияние на поддержание работоспособности учащихся и предупреждение зрительного переутомления оказывает проведение физкультурных пауз. Во время физ.паузы выполняют дыхательные упражнения, хватательные, сгибательные и разгибательные упражнения для кистей рук. Слабовидящие не должны выполнять упражнения, связанные с наклоном головы вниз и с резким движением тела, т.к. эти упражнения им противопоказаны.

Слабовидящие дети должны размещаться ближе к естественному источнику света. При некоторых формах нарушения зрения (катаракта, помутнение роговицы) у детей наблюдается светобоязнь. Таких детей надо размещать дальше от источника света.

Гимнастика до занятий, физ.минутки на уроках и лечебная физкультура (ЛФК) на коррекционных занятиях являются обязательными и проводятся по специальным программам.

Для детей с нарушением зрения предусмотрены следующие программы коррекционных занятий: мимика и пантомимика; ориентировка в пространстве, социально- бытовая ориентировка (СБО), развитие зрительного восприятия, осязания и мелкая моторика рук.

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся, находящихся на длительном лечении

Медико-психолого-социально-педагогическая реабилитация онкологических больных является новой областью реабилитации, которая привлекает все большее число исследователей различных направлений.

Онкологическая заболеваемость остается высокой, что скорее всего связано с ухудшением экологии, курением, алиментарным и психологическим факторами, часто с возрастом. Прослеживается тенденция к увеличению заболеваемости, что приводит онкологическую патологию на одно из первых мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности, существенно влияя на демографическую ситуацию, сохранение и формирование трудовых ресурсов страны.

Обширные хирургические операции, интенсивная лучевая терапия, цитостатическая и гормонотерапии, используемые в онкопрактике, приводят к серьезным нарушениям различных функций организма.

Реабилитация онкологических больных — многоэтапный процесс.

Большинству людей, болеющих раком (независимо от разновидности онкологического заболевания) свойственны общие психологические особенности, проявляющиеся главным образом в трудностях эмоционального и рационального восприятия и реагирования на психотравмирующие ситуации, а также склонности занимать инфантильную позицию, отдельные черты которой проявлялись еще до возникновения болезни.

«Инфантильность» понимается не в обыденно-житейском тривиально-принятом смысле, не как проявление «ребячливости», «детскости» во внешнем поведении, а в более глубинном значении, связанном с наличием определенных психологических параметров, часто не проявляющихся во внешнем поведении. «Инфантильность» - это не просто «детский» взгляд на мир, это целый набор черт (своего рода психологический профиль), включающий не только преимущественную позицию ребенка, но и ряд особенностей, проявляющихся в эмоциональной, рациональной, ценностной сферах и в системе отношений с миром.

Онкологически больных детей в стране становится все больше. Анализ медицинских заключений за десять последних лет выявил следующую тенденцию: значительное увеличение числа детей, имеющих сложные недостатки здоровья.

Педагогу до начала работы с онкологически больными обучающимися необходимо выяснить у родителей характерные признаки ухудшения состояния ребёнка, и какие действия педагога в этом случае должны быть предприняты.

У детей, страдающих онкологическими заболеваниями, имеются нарушения в психическом развитии, которые препятствуют социальной интеграции:

1. Общие интеллектуальные нарушения в диапазоне от умеренных до значительных, когда наиболее существенно страдают функции общения и абстрагирования, концептуальное, пространственное и математическое мышление (наблюдаются, примерно в 85% случаев).

2. Нарушение функций активного внимания (60%).

3. Неустойчивость динамики интеллектуальной деятельности, повышенная истощаемость (60%).

4. Повышенная эмоциональная возбудимость и неустойчивость (60%).

5. Эмоциональная расторможенность, эмоциональная несдержанность с элементами агрессивного поведения (40%)

6. Низкий уровень самоконтроля и самокритики, завышенный уровень притязаний, неадекватность самооценки (80%).

7. Низкий уровень развития коммуникативных навыков (45%).

8. Системные невротоподобные расстройства, преимущественно с доминированием астенической и симптоматики (45%).

9. Различного рода выраженные акцентуации и психоподобные нарушения (40%).

10. Десоциализация ценностных ориентаций, общий социальный инфантилизм (80%).

11. Психомоторные нарушения (50%).

Учащиеся, находящиеся на индивидуальном обучении, составляют неоднородную группу по заболеваниям и проявлениям вторичных нарушений психического развития.

Как показывают результаты исследований, данная категория обучающихся имеет целый набор специфических особенностей, отличающих от обычных школьников. Общая картина отличий включает в себя следующие компоненты.

У детей с онкологическими заболеваниями обнаруживается специфика в проявлении таких

высших психических функций как восприятие, внимание, память, мышление, воображение, представление. Эти функции имеют сниженный уровень развития, но это снижение обусловлено неустойчивым процессом их формирования, способы, деформирования которых следует обнаружить.

При сравнении средних показателей освоения элементарных учебных навыков детей с онкологическими заболеваниями и здоровыми детьми, результаты убедительно показывают высокий уровень готовности к школьному обучению детей с онкологическими заболеваниями.

Само по себе онкологическое заболевание приводит к тем или иным нарушениям в обучаемости ребенка, его способностях в освоении нового учебного материала. Влияние онкологического заболевания на самочувствие учащегося, его эмоциональное состояние, настроение не может не сказываться на особенностях его:

- работоспособности;
- темпа деятельности;
- психической и эмоциональной активности;
- мотивации к обучению.

Как правило, все эти характеристики у больного ребенка значительно снижаются, он становится более вялым, медленным, со сниженным настроением.

В этих ситуациях учитель может:

3) дозировать скорость и объем изучаемого материала, в зависимости от состояния обучающегося;

4) если обучающийся чрезмерно критичен, требователен к самому себе – его необходимо похвалить за сделанное – (не только успешно сделанное), сняв тем самым тревожность. Это поможет эмоционально поддержать учащегося и повысить уровень его психического ресурса.

5) минимизировать волнение обучающегося можно разными способами – шуткой, снятием напряжения – *«сегодня трудно не будет»*, рассказом о своих (педагога) *«сегодняшних неприятностях»* - дозированная жалоба.

Обучающийся может находиться и в состоянии повышенного настроения, быть не критичным, но быстро уставать и быть замедленным. В этих случаях нужно обязательно удерживать дистанцию, быть требовательным к принятым на занятии правилам, но снижать объем изучаемого материала, делать более частые перерывы в работе.