



Министерство просвещения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Институт коррекционной педагогики»

**Методические рекомендации
по созданию в образовательной организации
здоровьесберегающих условий,
способствующих психическому развитию
и укреплению здоровья детей с ОВЗ
и детей-инвалидов**

Москва, 2022



УДК 376.4
ББК 74.5

Авторы:

к.психол.н. И. Н. Нурлыгаянов (гл. 1, 5), к.психол.н. Т.В. Свиридова (гл. 2),
к.психол.н. К.А. Бруцкая (гл. 4), к.м.н. Е.А. Дубровина (гл. 3),
д.т.н. А.В. Голубчикова (гл. 1)

Под общей редакцией д.п.н. С.Б. Лазуренко

Методические рекомендации по созданию в образовательной организации здоровьесберегающих условий, способствующих психическому развитию и укреплению здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов / И. Н. Нурлыгаянов, Т.В. Свиридова, К.А. Бруцкая [и др.]; под общ. ред. С.Б. Лазуренко рекомендации [электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. (339 Кб). М.: ИКП РАО, 2022. — 1 электрон. опт. диск. - Систем. требования: Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; Windows 7/8/8.1/10/11; CD/DVD-привод. – Загл. с экрана.

Методические рекомендации содержат информацию по созданию в образовательной организации здоровьесберегающих условий, способствующих психическому развитию и укреплению здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов, которые включают алгоритм применения различных групп здоровьесберегающих технологий в образовательных организациях.

В методических рекомендациях представлен обзор современных методик обследования социально-психологического благополучия школьников, описаны диагностические методики изучения социально-психологического благополучия школьников с ОВЗ, предложена схема анализа полученных данных и формулирования рекомендаций по оптимизации образа жизни школьников; выявлены модели взаимодействия семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ и школы в процессе надомного обучения для создания здоровьесберегающих условий и развития личности ребенка в ходе обучения на дому; представлена методика самооценки эмоционального выгорания у педагога и рекомендации по профилактике и коррекции выгорания, что позволит укрепить психическое здоровье педагога, работающего с детьми с ОВЗ и плодотворно повлиять на учебно-воспитательный процесс и взаимодействие с другими субъектами.

Методические рекомендации предназначены для педагогических работников системы основного общего образования, специалистов ПМПК, студентов, обучающихся по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», «Психолого-педагогическое образование».

Текстовое электронное издание

Минимальные системные требования

Компьютер: Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; 4,5 Мб свободного пространства на жестком диске; CD/DVD-привод;
Операционная система: Windows 7/8/8.1/10/11;
Программное обеспечение: любая программа для просмотра pdf-файлов.

ISBN 978-5-907593-25-1

©Нурлыгаянов И.Н., Свиридова Т.В., Бруцкая К.А.,
Дубровина Е.А., Голубчикова А.В., 2022
©ФГБНУ «ИКП РАО», 2022



Оглавление

Введение	5
Раздел 1. Организация здоровьесберегающей среды в образовательной организации	6
1.1. Концепт «здоровьесбережение» в системе наук	6
1.2. Классификация здоровьесберегающих технологий в системе образования	10
1.3. Рекомендации по использованию здоровьесберегающих технологий в специальном и инклюзивном образовании.....	14
Раздел 2. Мониторинг психолого-педагогического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении.....	18
2.1. Состояние здоровья и социально-психологического благополучия современных обучающихся	18
2.2. Основные подходы к выявлению социально-психологического благополучия обучающихся в образовательном учреждении.....	21
2.3. Алгоритм действия специалистов по результатам мониторинга социально-психологического благополучия	26
2.4. Рекомендации по укреплению социально-психологического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении... ..	28
Раздел 3. Физиолого-гигиеническая оценка учебной активности обучающихся с ОВЗ	31
3.1. «Учебная активность»: понятие, теоретико-методологические подходы к изучению	31
3.2. Методы изучения учебной активности обучающихся. Физиолого-гигиенические методики изучения влияния учебного процесса на организм	33
3.3. Эмпирическое изучение учебной активности обучающихся с ОВЗ	34
3.4. Рекомендации по обеспечению гигиены учебных занятий для обучающихся с ОВЗ	35
Раздел 4. Организация домашнего обучения детей с ОВЗ	41
4.1. Здоровьесберегающие условия домашнего обучения при организации образовательного процесса детей с ОВЗ.....	41
4.2. Установки и модели поведения родителей при организации домашнего обучения детей с ОВЗ	44



4.3. Трудности педагогов при организации надомного обучения детей с ОВЗ	49
4.4. Рекомендации для педагогов по организации надомного обучения детей с ОВЗ.....	53
Раздел 5. Психолого-педагогическая помощь педагогам, работающим с обучающимися с ОВЗ, по профилактике и коррекции эмоционального выгорания.....	55
5.1. Определение, критерии и фазы эмоционального выгорания	55
5.2. Рекомендации по диагностике и профилактике эмоционального выгорания.....	57
Заключение	62
Перечень сокращений и обозначений	64
Список литературы.....	65



Введение

В условиях модернизации российского образования, а также в соответствии с ключевыми целями национального проекта «Образование», национального проекта «Здравоохранение» [3], Указом Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [4], «Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года» [2], Конвенцией ООН «О правах инвалидов» (Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ) [1], Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [5] возрастает научно-практическая потребность в создании условий, способствующих психическому развитию и укреплению здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Одним из важнейших способов реализации положений, обозначенных в вышеуказанных документах, является внедрение принципов здоровьесбережения в образовательный процесс. Как показывает ряд исследований [16, 48, 51], создание здоровьесберегающих условий, формирование здоровьесберегающей среды в школе выступает важным фактором, позволяющим положительно и эффективно воздействовать на психическое развитие и адаптацию обучающихся с ОВЗ, их успеваемость. Современные реалии государственной политики таковы, что центральной фигурой образовательного процесса выступают ее субъекты (школьники, родители / законные представители, педагоги). Существующая нормативно-правовая база, материально-техническое оснащение, система образования обучающихся с ОВЗ, только ориентируясь на личность школьника с ОВЗ и других субъектов образовательного процесса, будут способствовать реализации полноценно функционирующей здоровьесберегающей среды [47, 50]. Комплексный и многофакторный вектор здоровьесберегающей среды образовательной организации является важнейшим условием социализации и интеграции детей с ОВЗ.

Данное методическое пособие направлено на решение вопросов, связанных с реализацией здоровьесберегающей среды субъектно-ориентированного характера в образовательной организации. В нем изложены основные термины здоровьесбережения, представлена классификация здоровьесберегающих технологий, а также подробный алгоритм их применения в специальном и инклюзивном образовании. Особое значение для проведения психолого-педагогической диагностики в школе представляет комплекс методов изучения психологического здоровья обучающихся с ОВЗ. Модель реализации индивидуального образовательного маршрута в рамках надомной формы обучения позволит выстроить систему взаимодействия школы и родителей. Представлена методика диагностики эмоционального выгорания и направления психологической помощи педагогам, реализующим образование школьников с ОВЗ.



Раздел 1. Организация здоровьесберегающей среды в образовательной организации

1.1. Концепт «здоровьесбережение» в системе наук

Проблема здоровьесбережения достаточно актуальна для современной образовательной сферы по ряду причин, наиболее значимыми из которых являются: рост популяции школьников с ОВЗ и инвалидностью, диспропорция в наличии нормативных документов, регламентирующих образование данной категории обучающихся, и сложности их претворения в жизнь, изменения в философии и парадигме обучения школьников с ОВЗ.

Первоначально указанная проблематика рассматривалась в контексте валеологического подхода. Так, Н.К. Смирнов [78] говорит о валеологическом понимании образовательной среды, под которой подразумевает воспитание культуры здоровья и формирование здоровьесберегающих условий в образовательном учреждении. Л.Ф. Тихомирова [81] подчеркивает необходимость выделения здоровьесберегающей педагогики как отдельной отрасли наук, цель которой заключается в сохранении здоровья детей в образовательном процессе, формировании компетенций в области здорового образа жизни, обеспечении каждому выпускнику оптимального уровня здоровья, позволяющего ему самореализоваться и адаптироваться.

Здоровьесбережение в образовании – это комплексный раздел теории и практики, интегрирующий педагогические, психологические, медицинские, физиологические, юридические знания, направленные на сохранение и восстановление здоровья субъектов образовательного процесса (рис. 1).

Проблема здоровьесбережения является одной из центральных и актуальных как в теоретическом, так и в прикладном плане в психолого-педагогической науке и практике [37, 60].

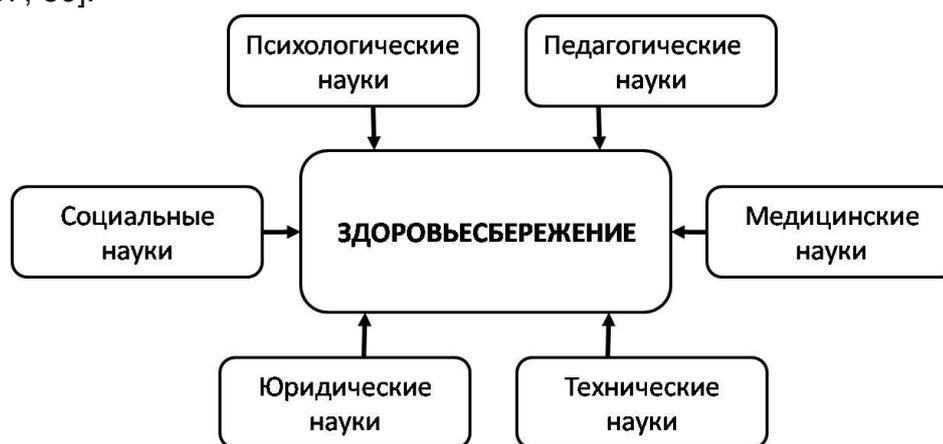


Рисунок 1. Здоровьесбережение в системе наук

Теоретическая значимость рассмотрения проблемы объясняется тем, что здоровьесбережение анализируется в фокусе взаимодействия различных наук. Юридические науки определяют применение здоровьесберегающих технологий и оформление здоровьесберегающей среды в образовательной организации, в



частности, это различные ФГОСы, СанПин и т. д. Таким образом, обеспечивается соответствие всех условий и содержания образования нормативно-правовым документам, обеспечивающим здоровьесбережение. Вклад технических наук в разработку проблем здоровьесбережения определяется необходимостью учета архитектурных условий, доступности зданий и помещений, пространственного расположения образовательных организаций с точки зрения влияния на состояние здоровья и самочувствие школьников. Значение медицинских наук в организации здоровьесбережения сложно не учитывать: эффективность учебно-воспитательного процесса во многом предопределяется системой оказания медицинской помощи обучающимся с ОВЗ (учет состояния здоровья ребенка, наличие различных психических расстройств, применение лекарственных средств и т. д.). Социальные науки раскрывают роль факторов общества, семьи, окружения на психическое развитие ребенка в соответствии с нормами и традициями, что позволяет адаптироваться к существующим условиям и интегрироваться в систему социальных связей. Педагогические науки позволяют оптимально организовать образовательный процесс, планировать учебную и внеучебную работу, включать соответствующие разделы коррекционно-развивающей работы с целью создания здоровьесберегающей среды в школе. Специально нужно подчеркнуть роль психологических наук в организации здоровьесбережения, так как, несмотря на наличие материально-технических условий, наличие специального оборудования и методического обеспечения, важное значение отводится личности школьника с ОВЗ. Это предполагает учет индивидуально-психологических особенностей (темпераментальных и характерологических особенностей, мотивационно-потребностных качеств), особых образовательных потребностей обучающихся.

Прикладной аспект интереса к проблематике здоровьесбережения определяется увеличением количества детей с ОВЗ и инвалидностью; ростом спроса на оказание психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с ОВЗ; включением в образовательный процесс всех без исключения школьников с ОВЗ; необходимостью адаптации и создания специальных условий для обучения детей с ОВЗ; внедрением компьютерных и информационных технологий в образовательный процесс.

Нами была предложена собственная позиция в понимании теории здоровьесбережения в образовании детей с ОВЗ. Одним из оснований нашего подхода является социально-экологический подход У. Бронфенбреннера [90]. Согласно этой теории, при раскрытии феномена социализации должен учитываться весь спектр факторов окружающей среды и условий жизни. Идеи здоровьесбережения, по мнению ряда авторов, служат решению ряда задач социализации. Такая точка зрения позволяет рассматривать здоровьесбережение с точки зрения уровневого строения (рис. 2).

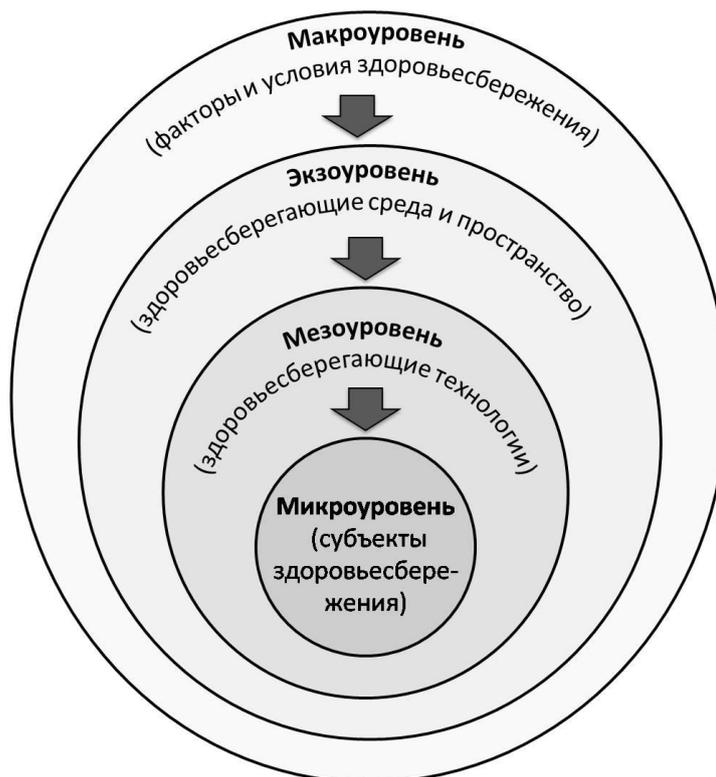


Рисунок 2. Уровневое строение процессов здоровьесбережения

1. К макроуровню относятся факторы и условия здоровьесбережения. Трансформации, происходящие на данном уровне, оказывают влияние и приводят к изменениям на нижележащих уровнях.

2. Экзоуровень включает здоровьесберегающую среду и здоровьесберегающее пространство. На этом уровне происходит действие факторов и условий, в тот же момент субъекты здоровьесбережения также включены в этот уровень.

3. Мезоуровень включает здоровьесберегающие технологии. Технологии, опосредуя влияние факторов и условий, среды, при учете всех составляющих, необходимых для ее реализации, оказывают плодотворное воздействие на субъектов образовательного процесса, в первую очередь школьников.

4. Микроуровень включает субъектов здоровьесбережения, к которым относятся школьники, педагогический состав, родители (законные представители).

Другим основанием нашей позиции стал субъектный подход, развиваемый в трудах С.Л. Рубинштейна [73], А.В. Брушлинского [20], К.А. Абульхановой [7], Е.А. Сергиенко [77]. Согласно подходу, здоровьесберегающая среда не может рассматриваться изолированно от участников образовательного процесса. Наделение детей с ОВЗ субъектностью и рассмотрение здоровьесбережения через призму детерминации «действия внешнего через внутреннее» иллюстрирует здоровьесбережение как систему, в которой на ребенка с ОВЗ оказывает влияние не только внешняя среда, но и он сам, его особенности являются важными составляющими, определяющими эффективность психолого-педагогического



воздействия и возможности его интеграции и адаптации. Данное положение позволило включить в исследование субъектов образовательного процесса – обучающихся с ОВЗ, родителей, педагогических работников – и вскрыть те трудности и ресурсы, которыми они обладают, и как ряд факторов и технологий способствует формированию личностного адаптационного потенциала у обучающихся с ОВЗ.

Теоретический анализ литературных источников показал, что среди исследователей проблемы здоровьесбережения отсутствует единый терминологический аппарат, позволяющий дифференцировать понятия и оперировать ими при анализе проблем, связанных со здоровьем. Дадим более подробное описание терминологического аппарата, раскрывающего разные аспекты здоровьесбережения.

Фактор здоровьесбережения – это причина, детерминанта, побуждающая деятельность по сохранению и поддержанию здоровья, профилактике возникновения болезненных состояний. Нами выделены такие факторы – средовый, образовательный, социальный, медико-профилактический, материально-технический.

Условие здоровьесбережения – это сопутствующая фактору среда, в рамках которой проявляется и развивается фактор. Насколько соответствует / не соответствует целям образования, особым образовательным потребностям детей с ОВЗ, индивидуально-психологическим особенностям деятельность по здоровьесбережению, организованная в образовательных организациях.

Здоровьесберегающая среда – это совокупность нормативно-правовых, материально-технических, медико-гигиенических, психолого-педагогических факторов и условий, определяющих реализацию образовательной деятельности. Здоровьесберегающая среда направлена на гармоничное развитие ребенка в условиях деятельности с учетом его особых образовательных потребностей и индивидуально-психологических качеств; личностное самоопределение и самореализацию; получение образования, соответствующего возможностям школьника с ОВЗ. Понятие «здоровьесберегающая среда» является более широким, чем понятие «здоровьесберегающее пространство».

Здоровьесберегающее пространство – это совокупность ряда объектов (архитектурных условий, помещений, оборудования и т. д.), обеспечивающих наполнение среды необходимым материально-техническим оснащением с целью реализации образовательной деятельности в соответствии с требованиями здоровьесбережения. Наличие только здоровьесберегающего пространства в образовательной организации, реализующей АООПы для обучающихся с ОВЗ, не позволит сконструировать процесс здоровьесбережения в полном объеме. Наличие «безбарьерной» и «доступной среды» и оборудованных помещений без правильно организованного учебно-воспитательного процесса, учитывающего состояние здоровья обучающихся, без соответствия оборудования и методического сопровождения потребностям школьников, без наличия квалифицированных кадров не позволит эффективно спроектировать и реализовать здоровьесберегающую среду. Это иллюстрирует, что все составляющие здоровьесберегающего пространства должны быть выстроены в систему.



Здоровьесберегающие технологии – это приемы и техники, направленные на сохранение и поддержание здоровья, профилактику болезненных состояний.

1.2. Классификация здоровьесберегающих технологий в системе образования

В психолого-педагогической литературе имеется ряд классификаций здоровьесберегающих технологий. Одной из самых популярных является классификация Н.К. Смирнова [78], в которой выделяется несколько групп здоровьесберегающих технологий: медико-гигиенические, физкультурно-оздоровительные, экологические, обеспечения безопасности жизнедеятельности, образовательные технологии. Выделенные группы технологий дифференцируются в зависимости от приемов и методов, принципов и подходов к решению проблем. По характеру действия Н.К. Смирнов выделяет другую классификацию технологий, включающую четыре группы: защитно-профилактические, компенсаторно-нейтрализующие стимулирующие, информационно-обучающие. Л.Ф. Тихомирова [81] дифференцирует технологии по масштабу внедрения: отдельные методы, направленные на сохранение здоровья; отдельные технологии, направленные на профилактику нарушений, комплексное использование технологий. Базисная классификация технологий здоровьесберегающей педагогики, по мнению Л.Ф. Тихомировой, включает: организационно-педагогические, психолого-педагогические, учебно-воспитательные, социально-адаптирующие, лечебно-оздоровительные.

Анализ литературы показал, что существующие классификации здоровьесберегающих технологий не в полной мере соответствуют решению образовательных задач и реализации особых образовательных потребностей школьников с ОВЗ [42, 66, 79]. На основании подхода, развиваемого нами, выделено пять групп технологий, способствующих реализации здоровьесберегающей среды в образовательной организации. Основанием классификации выступают факторы, оказывающие влияние на образовательный процесс, его эффективность и продуктивность, релевантность ООП состоянию здоровья и психологическим особенностям школьника с ОВЗ (рис. 3).

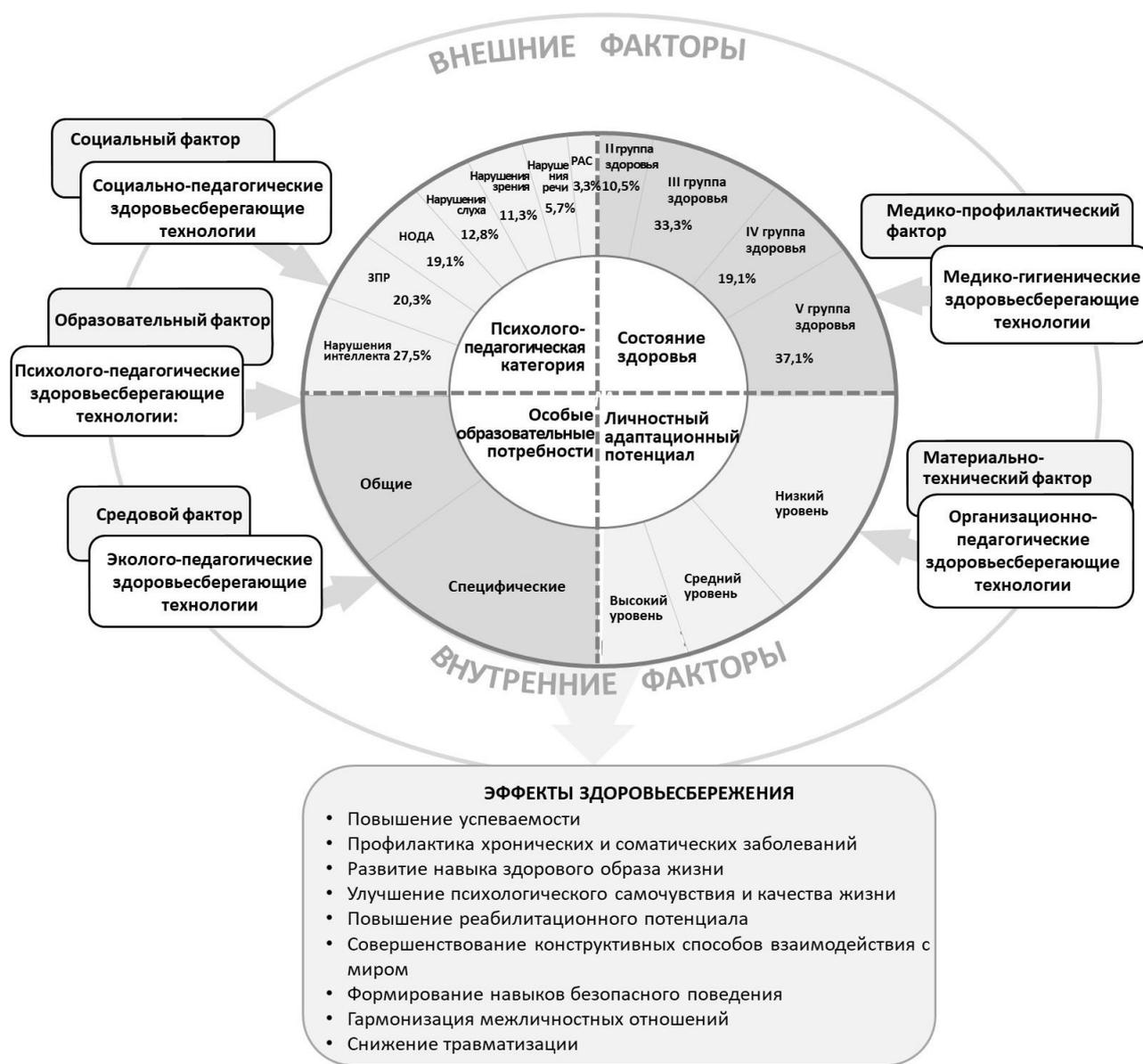


Рисунок 3. Эффекты реализации здоровьесберегающих технологий в образовании школьников с ОВЗ

Данными факторами стали:

1. Социальный фактор (нормативно-правовое обеспечение, характер детско-родительских отношений и условия воспитания в семье, уровень квалификации педагогических кадров).

2. Образовательный фактор (организация и условия урочной, внеурочной деятельности, коррекционно-развивающей работы, взаимодействие с родителями).

3. Средовой фактор (климато-географические условия, техногенно-экологические риски, уровень урбанизации).

4. Медико-профилактический фактор (организация медицинской помощи и здоровьесберегающих мероприятий).

5. Материально-технический фактор (архитектурные условия и техническое оснащение).

Соответственно указанным факторам были выделены и технологии, применяемые в образовательной практике.



1. Социально-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: технологию взаимодействия и сотрудничества с семьей, технологии обеспечения информационной безопасности, технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка, технологии подготовки кадров в области здоровьесбережения.

2. Психолого-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: равномерное чередование периодов учебы и каникул, технологию оптимизации обучения в условиях повышенной образовательной нагрузки, технологию модульного составления расписания уроков, личностно-ориентированную здоровьесберегающую технологию, мультипрофильную модель обучения в старшей школе.

3. Эколого-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: обустройство пришкольной территории, озеленение внутреннего пространства школы, участие в природоохранных мероприятиях, изучение курса ОБЖ.

4. Медико-гигиенические здоровьесберегающие технологии включают: технологии гигиенического воспитания с формированием мотивации к здоровому образу жизни школьников, оптимизацию школьного питания, инновационный двигательный режим школьников, оптимизацию двигательной активности школьников в условиях повышенной образовательной нагрузки.

5. Организационно-педагогические здоровьесберегающие технологии включают: профилактическую предметно-пространственную среду школы, педагогическую технологию обучения в условиях активной сенсорно-развивающей среды, технологию профилактики утомления школьников на уроках с активным использованием ЭОС.

В рамках данных групп технологий может включаться большое количество технологий, не представленных здесь, но играющих значимую роль в оформлении здоровьесберегающей среды образовательной организации.

Проведенное экспериментальное исследование показало, что процент применения отдельных групп технологии при реализации здоровьесберегающей среды для обучающихся с ОВЗ различается: психолого-педагогические технологии используются в 30% случаев, организационно-педагогические – в 24%, медико-гигиенические в 22%, социально-педагогические – в 16%, эколого-педагогические – в 10% случаев.

С точки зрения применения здоровьесберегающих технологий в образовательных организациях, реализующих АООП для обучающихся с ОВЗ, было проведено распределение образовательных организаций в количественном отношении. С этой целью был разработан алгоритм, позволяющий учитывать степень применения технологий в образовательных организациях для конструирования и реализации здоровьесберегающей среды.

Каждая образовательная организация, реализующая обучение школьников с ОВЗ по АООП, оценивалась по степени применения различных здоровьесберегающих технологий. Для осуществления этой задачи стандартизовалась система оценивания данных (табл. 1). В зависимости от количества используемых технологий каждой группы образовательная организация получала балл.



Таблица 1

Оценка степени применения отдельных здоровьесберегающих технологий

Степень применения технологий	Социально-педагогические	Психолого-педагогические	Эколого-педагогические	Медико-гигиенические	Организационно-педагогические
	Стандартизированные баллы				
Низкая (0-2 технологии)	1	1	1	1	1
Средняя (3-4 технологии)	2	2	2	2	2
Высокая (5 и более технологий)	3	3	3	3	3

Далее осуществляется суммирование стандартных баллов и определение индекса использования здоровьесберегающих технологий в образовательной организации по следующей пропорции: 0-5 баллов – низкий уровень применения технологий, 6-10 баллов – средний уровень, 11-15 баллов – высокий уровень. Выявленный дефицит в индексе применения здоровьесберегающих технологий позволяет проанализировать, какого рода технологии не включены в образовательный процесс и требуют реализации. Кроме того, можно выделить два типа применения здоровьесберегающих технологий: а) гармоничный тип предполагает, что технологии, относящиеся к разным группам, используются на одном уровне либо соседствуют с близлежащим уровнем; б) дисгармоничный тип характеризуется крайними значениями применяемых технологий, то есть какие-то технологии применяются избыточно, другие совершенно не реализуются.

На основе данного алгоритма был высчитан индекс применения здоровьесберегающих технологий для обучающихся отдельных нозологических групп в процентном соотношении (табл. 2).

Таблица 2

Индекс применения здоровьесберегающих технологий в образовании обучающихся с ОВЗ различных нозологий

Категория обучающихся	Индекс		
	Низкий (%)	Средний (%)	Высокий (%)
Умственно отсталые	25	45	30
Задержка психического развития	20	45	35



Нарушения слуха	30	40	30
Нарушения зрения	15	40	45
Нарушения опорно-двигательного аппарата	40	35	25
Нарушения речи	45	35	20
Тяжелые множественные нарушения развития	50	30	20

Полученные результаты свидетельствуют о разном индексе применения здоровьесберегающих технологий для отдельных нозологических групп обучающихся. Это сопряжено с дефицитом научно обоснованных и верифицируемых на практике здоровьесберегающих технологий. Кроме того, не всегда продукция, разработанная специалистами в области специального образования, доходит до практиков.

1.3. Рекомендации по использованию здоровьесберегающих технологий в специальном и инклюзивном образовании

Анализ литературы показал, что отсутствуют общепринятые принципы квантификации здоровьесберегающих технологий, что не позволяет исследователю или специалисту ознакомиться с технологией для дальнейшего ее масштабирования в практической деятельности. С этой целью был подготовлен алгоритм использования здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе, позволяющий избежать методических ошибок.

Алгоритм применения здоровьесберегающих технологий в образовании школьников с ОВЗ должен учитывать следующие моменты:

1. Название технологии. Обязательно должно быть обозначено название здоровьесберегающей технологии.

2. Цель и задачи технологии. Данный аспект предполагает ответ на вопрос, на решение какой прикладной задачи направлена технология, например, снятие утомления и усталости либо формирование позитивных межличностных отношений в классе.

3. Описание здоровьесберегающей технологии. В данном разделе дается краткая аннотация содержания технологии, позволяющая понять ее сущность.

4. Научно-теоретическая обоснованность технологии. Проведенный анализ показал, что существующие технологии не всегда отвечают данному положению. В практической деятельности ряда специалистов встречаются случаи применения таких технологий, что не только негативно сказывается на имидже психолого-педагогической науки и практики, но и может негативным образом сказываться на психическом развитии ребенка. Любая здоровьесберегающая технология, прямо или



косвенно оказывающая положительные эффекты в области профилактики рисков в ухудшении состояния здоровья и психологического самочувствия, коррекции дезадаптивных форм поведения и функционирования психических процессов, должна отвечать принципам объективности и верифицируемости, основываться на теоретико-методологических положениях и эмпирических исследованиях.

5. Оценка возможности использования в образовании школьников с ОВЗ. Как известно, психическое развитие детей с ОВЗ имеет специфические особенности, соответственно этому не все технологии могут быть применены в образовании школьников с ОВЗ. Кроме негативного воздействия данные технологии не будут способствовать реализации особых потребностей школьников с ОВЗ, а в целом не будут содействовать решению педагогических задач и социально-психологической адаптации и интеграции субъекта.

6. Оценка соответствия технологии особым образовательным потребностям отдельных категорий обучающихся с ОВЗ. Своеобразие психического развития каждой категории школьников с ОВЗ предполагает разработку или модификацию технологии с учетом этого условия. Технология, применяемая в работе с детьми с ЗПР и умственной отсталостью, будет неэффективной, а в некоторых случаях и нести вредоносное воздействие обучающимся с РАС.

7. Форма реализации технологии. Определение того, в какой форме может быть использована технология – групповой или индивидуальной, смешанной.

8. Противопоказания к применению технологии. Учет противопоказаний по использованию технологии по медицинским данным, психическому состоянию, психологическим особенностям школьника.

9. Условия пространственной организации среды для реализации технологии.

10. Требования к кадровому составу, участвующему в реализации данной технологии, к профессиональным компетенциям специалистов. В зависимости от технологии, специалисты, участвующие в ее проведении, должны обладать соответствующими компетенциями.

11. Маркеры, иллюстрирующие эффективность используемой технологии. Данные маркеры должны иметь возможность быть изученными.

12. Временные границы по использованию технологии. В данном разделе прописываются требования к временной организации занятий, на которых реализуется технология.

Учет данного алгоритма позволит избежать ошибок в использовании здоровьесберегающих технологий и достичь позитивного воздействия, результатами которого могут выступать: повышение успеваемости, профилактика хронических и соматических заболеваний, снижение травматизации, развитие навыка здорового образа жизни, улучшение психологического самочувствия и качества жизни, повышение реабилитационного потенциала, совершенствование конструктивных способов взаимодействия с миром, формирование навыков безопасного поведения, гармонизация межличностных отношений.

На примере технологии «Режим динамических пауз», предложенной В.Ф. Базарным, разберем алгоритм ее использования (табл. 3).

**Алгоритм использования здоровьесберегающей технологии «Режим динамических пауз»**

Этап	Описание
Цель и задачи технологии	Профилактика нервно-психического утомления, нарушения зрения и осанки, поддержание уровня мышечного тонуса и моторной активности, улучшение характеристик умственной деятельности обучающихся
Описание здоровьесберегающей технологии	Методика включает в себя чередование пребывания детей в разных положениях тела (стоя, сидя, лежа) в процессе урока. Для обеспечения правильного положения тела используются специальные регулируемые столы-конторки или настольные конторки, а также лежаки. Для определения индивидуальной высоты рабочей поверхности производятся замеры высоты от поверхности стола до локтя
Научно-теоретическая обоснованность технологии	Положительное влияние режима динамических поз в построении учебного процесса на функциональное, физическое и психическое развитие учащихся подтверждены многолетними научными исследованиями (Базарный В.Ф. Зрение у детей: проблемы развития. – Новосибирск: Наука, 1991)
Оценка возможности использования в образовании школьников с ОВЗ	При организации режима динамических поз в классе с детьми с ОВЗ время нахождения в положении стоя на начальных этапах не должно превышать 7-10 минут. Необходимость, продолжительность и режим использования положения лежа (на спине или с использованием специального лежака) определяется индивидуально в зависимости от психофизиологических особенностей ребенка
Оценка соответствия технологии особым образовательным потребностям отдельных категорий обучающихся с ОВЗ	Наклон рабочей поверхности для детей с нарушениями зрения может быть изменен в соответствии с офтальмологическими рекомендациями
Форма реализации технологии	Технология может быть использована на уроках и индивидуальных занятиях, а также при организации домашней работы обучающегося



Противопоказания к применению технологии	Противопоказанием к использованию технологии является патология ОДА или период послеоперационного восстановления, требующие соблюдения ограниченного двигательного режима
Условия пространственной организации среды для реализации технологии	Для организации режима динамических поз рекомендовано просторное, светлое помещение с мобильной мебелью и зоной для отдыха. Необходимая смена положения столов, конторок в классе, где обучаются слепые и слабовидящие дети, производится реже 2-х раз в месяц совместно с обучающимися мероприятиями для ориентировки в новом пространстве
Требования к кадровому составу, участвующему в реализации данной технологии, к профессиональным компетенциям специалистов	В реализации технологии участвуют: классный руководитель, учителя-предметники, тьюторы
Маркеры, иллюстрирующие эффективность используемой технологии	Улучшение эмоционального состояния обучающихся. Увеличение работоспособности. Улучшение со стороны опорно-двигательного аппарата (снижение мышечного напряжения, уменьшение болей в спине, мышцах, улучшение показателей функциональных исследований позвоночника и др.). Положительная динамика психического развития, улучшение характеристик памяти и внимания
Временные границы по использованию технологии	Продолжительность использования технологии – в течение всего учебного года с внесением внутренних корректировок времени пребывания в том или ином положении

Следование алгоритму использования здоровьесберегающих технологий в образовательной деятельности позволит избежать методических ошибок, так как до сих пор отсутствует литература, в которой представлены все существующие теоретически обоснованные и подтвержденные экспериментальными данными технологии. Существующий алгоритм может быть интегрирован в урочную деятельность и прописан в конспекте урока.



Раздел 2. Мониторинг психолого-педагогического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении

2.1. Состояние здоровья и социально-психологического благополучия современных обучающихся

Согласно «Национальной доктрине образования в Российской Федерации до 2025 года», Федеральному закону № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в качестве приоритетных векторов образования выступают: охрана, укрепление и сохранение здоровья подрастающего поколения, формирование у молодежи ценностных ориентаций на сознательное ведение и пропаганду здорового образа жизни, нравственности, воспитание патриотов России, граждан правового, демократического государства, уважающих права и свободу личности. Выбор целевых ориентиров образования обусловлен целым рядом медико-социальных причин. Рассмотрим их.

На фоне уменьшения численности населения (в том числе подросткового возраста на 44,3% / 8,5 млн чел.) сохранение и укрепление здоровья детей является приоритетной государственной задачей. Важно отметить, что за последние десятилетия показатель смертности детей школьного возраста значительно сократился (более чем на 35%) [17]. Вместе с тем в 70% случаев основными причинами смертности детей 10-17 лет остаются внешние детерминанты (травмы, дорожно-транспортные происшествия, отравления). Среди них следует особое внимание обратить на суициды, число которых достигло 25%, а также повреждения с неопределенными намерениями, за которыми нередко маскируются такие причины смертности, как отравление наркотиками, насилие в молодежной среде и рискованное для жизни поведение (руфтинг, зацеперство и т. д.).

Наряду со снижением детской и подростковой смертности, по-прежнему отмечаются высокие показатели общей заболеваемости, а также тенденция к ее росту в таких классах болезней, как: новообразования (на 31,9%), болезни эндокринной системы (на 17,9%), крови и кроветворных органов (на 11,7%), глаза и придаточного аппарата (на 12%), врожденные аномалии (на 9,8%), травмы и отравления (на 9,4%). Как отмечает академик А.А. Баранов, реальный уровень заболеваемости не менее чем в 1,5-2 раза выше данных официальной статистики [17].

Отмечается рост болезней опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки), органов зрения и пищеварения детей из-за несоблюдения принципов здорового образа жизни (прежде всего нарушение режима питания, сна и отдыха, снижение двигательной активности, стихийное использование электронных устройств).

Согласно данным международного исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health behaviour in school-aged children, 2017–2018 гг.), проводимого под эгидой ВОЗ более чем в 45 странах, в России, как и



во всем мире, регистрируют трансформацию культуры питания и распространение паттернов нерационального приема пищи, в том числе нерегулярное питание, недостаток в рационе питания школьников белков, витаминов и минералов, овощей и фруктов, избыточное употребление высококалорийной пищи (мучных продуктов, сладостей и снеков). Нерациональное питание школьников приводит к дисфункциям работы желудочно-кишечного тракта и развитию хронических болезней органов пищеварения. Одним из наиболее распространенных в настоящее время последствий нерационального питания считается стремительный рост численности детей и подростков с экзогенно-конституционным ожирением. Ситуация усугубляется еще одной проблемой XXI века – гиподинамией. Среди российских школьников только 18% девочек и 26% мальчиков одиннадцатилетнего возраста ежедневно заняты необходимой для сохранения здоровья часовой физической активностью. У старших подростков за период 2014–2018 гг. данный показатель снизился, особенно среди тринадцатилетних девочек (с 15 до 10%).

С появлением информационных технологий (телевидение, компьютерные игры и интернет) общество оказалось не готовым не только к повсеместному распространению пассивной формы досуговой деятельности детей и подростков в ущерб физической активности и развитию различных видов самостоятельной детской деятельности, но и чрезмерной психологической нагрузки, связанной со стихийным использованием гаджетов. Так, большинство российских школьников используют компьютер для выполнения домашней работы (в 11 лет – 42%, в 15 лет – 70%) и играют в компьютерные игры (42%) по будням более 2 часов, нередко в ущерб полноценному сну и отдыху. Кроме того, наблюдаются достаточно интенсивные многочасовые онлайн-контакты с близкими друзьями – от 21 до 31% у подростков 11 и 15 лет соответственно. Все это приводит к хроническим психофизическим перегрузкам и провоцирует возникновение болезней органов зрения и нервно-психических расстройств (в том числе неврозы, соматоформные нарушения).

Известно, что в подростковом возрасте в связи со значительными психофизическими изменениями у 1/3 детей имеет место риск возникновения нарушений эмоциональной сферы, в том числе депрессии. Выявлено, что не реже 1 дня в неделю 24,4% подростков испытывают снижение настроения, а 14,15% – подавленное состояние. Причем выявлена и статистически подтверждена прямая связь между негативным эмоциональным состоянием подростков и трудностями общения с родителями (41%), сверстниками (58%) и учителями (86%). С возрастом наблюдается усугубление эмоциональных трудностей подростков, что проявляется в виде устойчивой неудовлетворенностью собой и жизнью в целом (35%).

Изучение социально-психологической адаптированности 400 условно здоровых школьников 11 и 15 лет (с 2017–2018 гг.) из трех федеральных округов Российской Федерации (Центральный, Уральский, Приволжский федеральные округа) путем оценки и сопоставления данных по трем сферам: актуальное эмоциональное состояние, академическая успеваемость, базовые социальные нормы и ценности – позволило установить, что, вне зависимости от региона проживания, большинство российских школьников (59%) в силу различных причин имеют средний уровень социально-психологической адаптированности, а количество школьников с благоприятной социально-психологической адаптацией не



превышает 25%. Анализ причин появления большого количества детей с риском социально-психологической дезадаптированности (17%) выявил недостаток реализации специальных образовательных условий для детей с ОВЗ и требований ФГОС в отдельных образовательных учреждениях [76].

Помимо роста заболеваемости детей школьного возраста из-за неблагоприятных социальных условий, наблюдается увеличение общей заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения на 11,3% (данные 2018 г.) [89]. Причем в структуре всех психических и поведенческих расстройств употребление подростками психоактивных веществ составляет более 30%.

Согласно данным Главного информационного центра МВД России, в настоящее время в стране насчитывается около 1,5 млн детей с дезадаптивным поведением. Помимо ухудшения состояния здоровья подрастающего поколения, в качестве основных причин стремительного увеличения расстройств поведения у детей школьного возраста в нашей стране являются: длительный социально-экономический и идеологический кризисы в стране; ослабление воспитательных ресурсов семьи, ее социализирующей функции: изменение семейной структуры, стихийность и низкая компетентность в вопросах воспитания, дефицит эмоционального и содержательного общения родителей с детьми [43]; утрата системы целенаправленной воспитательной работы в школе, сокращение доступной внешкольной организованной досуговой активности для детей и подростков [45]; недостаточность реальных перспектив получения подростками желаемого образования и профессии, обеспечивающих достойный образ жизни [36]; негативное влияние на формирование личности антикультуры и антисоциальных молодежных группировок, романтизация и идеализация потребительского и криминального образа жизни в киноиндустрии, СМИ и интернете [87].

Несмотря на усиление социальной поддержки и особого контроля проблемы со стороны государства, реализации многочисленных программ сохранения репродуктивного здоровья молодежи, по-прежнему остро стоят вопросы высокой заболеваемости подростков инфекциями, которые передаются половым путем; аборт и материнства несовершеннолетних. Похожая картина наблюдается и с употреблением молодежью табачных изделий и алкоголя. Наряду со снижением статистических показателей, отмечается резкое увеличение использования альтернативных средств – электронных сигарет и энергетических напитков.

В ситуации неудовлетворительной организации досуга обучающихся средней и старшей школы и недостаточной воспитательной работы отмечается распространение буллинга – 12% и кибербуллинга – 21% в молодежной среде (по данным «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по результатам обследования в 2017/2018 гг. в России).

Значительно увеличилось число подросткового бродяжничества, проявлений агрессии и вандализма, криминальных форм поведения. Все чаще подростки становятся членами различных сект, «групп смерти» в социальных сетях и асоциальных экстремистских группировок.

По данным Следственного комитета за 2021 год, опубликованным в СМИ, дети и подростки совершили более 10 тысяч преступлений, причем свыше 3 тысяч



было совершено детьми, не достигшими возраста привлечения к уголовной ответственности.

Социальные изменения, произошедшие в России за последние 20 лет (миграция населения, материальное расслоение общества, высокое число разводов), привели и к увеличению числа детей (до 10-20% детского населения), находящихся в трудной жизненной ситуации, особо физически и психологически уязвимых в неблагоприятных социальных условиях.

Помимо данных о детской смертности и заболеваемости, ключевым показателем здоровья детского населения является число детей с инвалидностью. В последние годы по данному показателю наблюдается рост, и в настоящее время он приближается к 30%. В структуре причин детской инвалидности преобладают психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии развития и инфекционно-соматические заболевания. Ежегодно более 600 тысяч детей впервые присваивается статус «ребенок-инвалид» [24]. В этой связи, согласно мнению ведущих педиатров, наряду с сохранением жизни детей, таким же приоритетом социальной политики государства должны стать профилактика детской инвалидности и эффективная медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья [17].

Безусловно, изложенная выше проблема состояния здоровья и социально-психологического благополучия обучающихся может быть решена только с помощью системы продуманных мер со стороны государства. В настоящее время кардинальные преобразования происходят в системе образования, здравоохранения и социальной защиты, принимаются законы, национальные программы и проекты, ориентирующие на всестороннюю поддержку подрастающего поколения (программа «Десятилетие детства»).

Вместе с тем на улучшение состояния здоровья детей и социальных условий жизни общества, оптимизацию системы медико-психолого-педагогической помощи детей и подростков, формирование идеологии требуется время.

В сложившихся условиях чрезвычайно важна адресная психолого-педагогическая работа с обучающимися и родителями по сохранению физического и психического здоровья, помощь в социальной адаптации.

В связи с чем перед педагогами и психологами, работающими с детьми и подростками в системе образования, в качестве первоочередной поставлена задача своевременной оценки социально-психологического благополучия школьников, выявления факторов риска, определения маршрута помощи, а также осуществления междисциплинарного взаимодействия в вопросах комплексного сопровождения обучающихся.

2.2. Основные подходы к выявлению социально-психологического благополучия обучающихся в образовательном учреждении

Несмотря на единство мнения ученых в необходимости мониторинга социально-психологического благополучия школьников как одного из значимых показателей его физического и психологического здоровья, необходимого условия



гармоничной социализации обучающихся [8, 9, 23, 52, 53], в литературе наблюдается большое разнообразие в его трактовке, а следовательно, и в выборе инструментов для его оценки [46]. Условно концепции социально-психологической адаптации можно объединить в две большие группы.

Первую группу подходов объединяет понимание социально-психологического благополучия как показателя психологического здоровья, нормативного развития личности, его социально-психологической адаптивности. В частности, А.М. Прихожан в качестве показателей психологического благополучия подростка предложила рассматривать психологические достижения, свидетельствующие о нормативном личностном развитии: психологическая автономия; самопринятие; готовность к саморазвитию; позитивные представления о своем прошлом, настоящем и будущем; компетентность; принятие других, отношения со сверстниками противоположного пола; удовлетворенность актуальным этапом жизни; характеристики Я-концепции [71]. Автором разработана диагностическая программа, включающая батарею методик, позволяющая оценить развитие личности подростка и сделать выводы о его социально-психологическом благополучии.

Похожий взгляд на предмет социально-психологической адаптации наблюдается в концепции К. Роджерса и Р. Даймонда. Оценка социально-психологического благополучия осуществляется на основе выделенных авторами критериев личностной зрелости, в их числе: чувство собственного достоинства и умение уважать других, открытость реальной практике деятельности и отношений, понимание своих проблем и стремление справиться с ними, принятие себя и других, отсутствие защитных «барьеров» в осмыслении своего актуального опыта. Опросник «Шкала социально-психологической адаптированности» К. Роджерса, Р. Даймонда (в адаптации Т.В. Снегиревой, 1974) состоит из шести интегральных показателей (адаптация, интернальность, принятие других, самопринятие, эмоциональная комфортность и стремление к доминированию) и представлен в виде 100 суждений, которые надо оценить подростку (от 14 лет и старше) [69].

В системе эмпирической оценки Т. Ахенбаха (ASEBA), измеряющей степень отклонения поведения ребенка от нормативного в детской популяции (от 4 до 18 лет), разработаны критерии наблюдения взрослыми – родителями, педагогами за детьми. «Лист наблюдений (Check-list) Т. Ахенбаха» (адаптация Т.В. Корниловой, Е.Л. Григоренко, С.Д. Смирнова) включает десять шкал: соматические жалобы, тревожность, проблемы с вниманием, нарушение мышления, замкнутость, нарушения социализации, делинквентное поведение, агрессия, ситуативные и внутриличностные проблемы, представленных в виде 113 утверждений [45].

Ко второй группе подходов относятся концепции социально-психологической адаптации, рассматривающие социальные условия жизни как детерминанты гармоничного развития личности и социализации. В этом случае эмоциональное отношение и степень удовлетворенности собой, другими людьми и жизнью в целом выступают ответом личности на соответствие социальной ситуации развития (в том числе учебная нагрузка, отношения с учителем и сверстниками, отношения в семье) возрастным и индивидуальным потребностям ребенка.

Согласно И.А. Баевой, одной из важнейших характеристик социальной ситуации развития, обеспечивающих гармоничное личностное становление обучающихся и способствующих сохранению психологического здоровья, является



психологическая безопасность образовательной среды, в которой большинство ее участников (обучающихся, педагогов, родителей) испытывают к ней (образовательной среде) положительное отношение и чувствуют защищенность от психологического насилия при взаимодействии. Автором была разработана методика «Психологическая диагностика безопасности образовательной среды школы», включающая анкетирование обучающихся (14-17 лет), педагогов и родителей [14].

А.М. Прихожан была создана программа изучения образовательной среды, направленная на изучение факторов, свидетельствующих о ее эффективности: стиль педагогического общения; реалистичность ожиданий учителя в отношении учащихся; психологический климат класса и школы; «оценочная напряженность» и психологическое самочувствие обучающегося. Анализ данных об образовательной среде позволяет осуществить углубленное исследование внешних детерминант психологического неблагополучия школьника.

Среди типичных негативных факторов, встречающихся в современной образовательной среде и оказывающих негативное влияние на здоровье обучающихся, Л.А. Регуш выделяет такие, как: несоответствие педагогических требований реальными возможностями школьника; трудности межличностного взаимодействия обучающегося и педагога; малоэффективная система оценивания, пассивность и хроническая школьная неуспешность [72].

Согласно И.Б. Умняшовой, мониторинг условий образовательной среды и степени их влияния на здоровье и социально-психологическое благополучие субъектов образовательных отношений является одной из главных задач психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. С точки зрения авторов, анализу должны подвергаться компоненты образовательной среды (пространственно-предметные и психолого-дидактические), особенности психологической атмосферы, создаваемые условия и ресурсы, применяемые для их обеспечения, психолого-педагогические технологии, обеспечивающие личностное развитие и психологическую безопасность обучающихся [46].

Систематический мониторинг образовательной среды позволит специалистам (педагогам-психологам, педагогам, администрации образовательной организации) своевременно выявлять проблемы и принимать меры по поддержанию психологической безопасности [83].

Помимо образовательной среды, на социально-психологическое благополучие обучающегося оказывают влияние семейное окружение, референтная группа сверстников, расширенный социум.

Согласно Т.В. Архиреевой, при составлении диагностического инструментария структурные компоненты методик субъективного благополучия детей должны отражать их социальную ситуацию развития. В частности, опросник субъективного благополучия младшего школьника должен включать такие составляющие, как: удовлетворенность отношениями с родителями, учителями, сверстниками; самооценку успешности учебной деятельности. Представления автора нашли подтверждение в содержании адаптированного на русский язык опросника «Многофакторная шкала удовлетворенности жизнью у школьников» («Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale», адаптация С.А. Водяха). В нем



субъективное благополучие обучающихся оценивается по основным сферам их жизни: «Я сам(а)», «Семья», «Дружба», «Школа», «Отношения с учителями» [27].

Поскольку состояние здоровья и физические ограничения могут оказывать существенное влияние на психофизическое функционирование и образ жизни обучающегося, в последние годы отмечается тенденция к включению в программу диагностики социально-психологического благополучия параметров, позволяющих осуществить оценку физического и психологического самочувствия, наличие и характер соматических жалоб, функциональных ограничений из-за физического состояния, а также соблюдение ребенком базовых принципов здоровьесбережения (например, *Опросник «KINDL-R»*, *«Детский опросник качества жизни»*).

Важно отметить, что современные инструменты измерения субъективного благополучия отличаются большим разнообразием и, как правило, содержат в себе сразу два изложенных выше подхода к определению социально-психологического благополучия. Они представляют собой составные многомерные шкалы, оценивающие физическое и психологическое благополучие, различные факторы здоровьесбережения и удовлетворенность обучающимися собой и значимыми сферами жизни.

Анализ российских и международных исследований, посвященных мониторингу обучающихся, и собственный практический опыт показали, что на сегодняшний день одним из авторитетных инструментов оценки социально-психологического благополучия школьников (для подростков от 11 до 18 лет) является анкета «Поведение школьников в отношении здоровья» Всемирной Организации Здравоохранения. Анкета содержит такие медицинские, социальные и психологические показатели, как: возраст, пол, социально-экономическое благополучие семьи (по ВОЗ), индекс массы тела (ИМТ), получение травм в школе, вредные привычки, физическая активность, режим и рацион питания, традиции питания в семье, гигиена ротовой полости, самооценка здоровья, принятие образа тела, общая удовлетворенность жизнью, стрессоустойчивость, удовлетворенность обучением в школе, поддержка учителей и одноклассников, случаи буллинга и кибербуллинга, общение в социальных сетях. Поскольку в рамках проекта «Поведение школьников в отношении здоровья» под эгидой ВОЗ анкетирование школьников (11, 13, 15 лет) осуществляется каждые 4 года в более чем 50 странах Европы и Северной Америки, возможно не только выявить актуальное состояние проблемы на индивидуальном, школьном и региональном уровнях, но и проследить тенденции изменения состояния социально-психологического благополучия обучающихся с учетом возраста, социально-экономического фактора и меняющихся социокультурных реалий [65].

Несмотря на широкую область применения анкеты, она, также как другие, представленные выше, не может быть использована для опроса обучающихся с ОВЗ. В первую очередь это связано с отсутствием целого ряда показателей, касающихся значимых для сохранения и укрепления здоровья детей с ОВЗ (в том числе оценки соблюдения психогигиенических требований и здоровьесберегающих технологий, доступности реабилитационных мероприятий и специальных условий обучения), а также с довольно трудоемкой процедурой анкетирования (большой объем диагностических вопросов, строго регламентированный алгоритм действий респондента, исключающей возможность организации индивидуальных условий).



Вместе с тем большинство авторов обращают внимание на необходимость изучения социально-психологического благополучия школьников с ОВЗ. Прежде всего потому, что на фоне повсеместного развития инклюзивной среды требуется оценка влияния социальных факторов на качество образования и личностного развития обучающихся с отклонениями здоровья и дальнейшая оптимизация условий образовательного процесса. Кроме того, мониторинг социально-психологического благополучия школьников с ОВЗ способствует своевременному выявлению медико-психолого-педагогических трудностей обучающихся и принятию адресных мер помощи [38].

Отсутствие устойчивой практики мониторинга психолого-педагогического благополучия обучающихся с ОВЗ приводит к неутешительным результатам. В частности, согласно исследованию субъективного благополучия школьников, по сравнению со здоровыми сверстниками, у детей с ОВЗ отмечается более выраженная эмоциональная лабильность, большая неудовлетворенность своим социальным статусом в кругу сверстников и в целом процессом обучения [13]. Согласно некоторым данным, наиболее низкие оценки обучающиеся с ОВЗ дают таким аспектам, как «удовлетворенность школой» (физическая безопасность и принятие чужого мнения) и «инклюзивная среда» (равенство, чувствительность администрации к мнению и просьбам обучающихся). Причем с возрастом количество обучающихся, неудовлетворенных школой и процессом обучения, резко возрастает [46]. Имеющийся дефицит диагностического инструментария социально-психологического благополучия побудил нас разработать и апробировать методику «Анкета для оценки социально-психологического благополучия обучающихся (основная и старшая ступень – с 5 по 11 классы)» на основе параметров анкеты «Поведение школьников в отношении здоровья» (Приложение 1).

Анкета включает в себя следующие категории: физическое самочувствие, настроение, травмы в школе, возможность получения дополнительных реабилитационных услуг, организация обучения во время болезни, режим дня, питание, физическая нагрузка, предпочитаемые виды учебной и досуговой деятельности, включенность в социум, отношения с учителем, одноклассниками, родителями, отношение к учебной деятельности, предпочитаемые предметы и академическая успеваемость, отношение к жизни в целом. Процедура обследования предполагает индивидуальную форму работы специалиста с каждым обучающимся и возможность оказания направляющей и организационной помощи при необходимости. Заполнение анкеты осуществляет психолог либо дефектолог с опытом работы с обучающимися с ОВЗ более 5 лет. Важным условием для проведения анкетирования является стабильное физическое и эмоциональное состояние ребенка. Если ребенок устал и потерял интерес к анкетированию, рекомендуется закончить процедуру и завершить ее на другой день. В случае ухудшения самочувствия ребенка или при снижении настроения, возникновении негативных реакций, отказе от участия в опросе анкетирование прекращается.

Анализ данных мониторинга осуществляется путем количественного анализа ответов по каждому пункту и составления качественного портрета социально-психологического благополучия обучающегося. Низкие значения по одному параметру, а также сочетание параметров с низкими значениями свидетельствуют о наличии риска социально-психологического неблагополучия.



2.3. Алгоритм действия специалистов по результатам мониторинга социально-психологического благополучия

Оценка факторов социально-психологического благополучия осуществляется путем сопоставления ответов, объединенных в три сферы.

1. Здоровьесбережение: отсутствие жалоб на физический дискомфорт, травм в школе; редкие, кратковременные госпитализации (менее 21 дня), либо их отсутствие; полноценный сон (подъем: 6:00–7:00, отход ко сну: 21:00–22:00), посещение реабилитационных мероприятий, прогулки на свежем воздухе (ежедневно не менее 1,5 часов), ежедневная посильная физическая активность (зарядка), соблюдение правильного режима и рациона питания (4–5-разовый прием пищи; отсутствие в рационе вредных продуктов); контролируемое использование гаджетов и интернета (не более 2 часов).

2. Поддержка семьи и друзей: доверительные отношения с родителями, наличие близких друзей-сверстников, положительное отношение к жизни в целом.

3. Отношение к обучению в школе: отсутствие чувства напряжения при выполнении учебных заданий в школе и дома, положительная академическая успеваемость (текущая и за четверть), отсутствие конфликтов с учителем, положительные отношения с одноклассниками, отсутствие буллинга в школе и кибербуллинга, посещение дополнительных форм образования, положительное отношение к школе.

Наличие в сфере хотя бы одного низкого значения показателя свидетельствует о риске социально-психологического неблагополучия.

При выявлении риска социально-психологического неблагополучия, обусловленного несоблюдением ребенком основ здоровьесбережения (в том числе психогигиены, режима дня и рационального питания), прежде всего требуется просвещение родителей в вопросах оптимизации образа жизни школьника. Дополнительно полезно проведение курса занятий по здоровому образу жизни в классе в виде привлекательных для обучающихся проектных занятий и практикумов, а также использование тематических информационных плакатов, буклетов.

Неблагоприятные отношения с родителями либо сверстниками, установленные в ходе анкетирования, предполагают более глубокий анализ возможных причин на индивидуальном психолого-педагогическом и семейном консультировании с четким формулированием рекомендаций для ребенка и его близких. Для профилактики возникновения трудностей детско-родительских отношений полезно проведение тематических классных часов и внеклассных мероприятий с участием родителей, целью которых является укрепление семейных ценностей, взаимопонимания, взаимоподдержки.

При выявлении внешних социальных причин недостаточной поддержки со стороны ближайшего окружения – жестокого обращения, тяжелой жизненной ситуации – обучающийся и его семья нуждаются в дополнительной поддержке психологов и педагогов в образовательной организации, а в некоторых наиболее сложных случаях – сопровождении органов социальной защиты.



Особое внимание специалистов должно быть уделено причинам негативного отношения ребенка к школе. В этом поможет углубленное исследование познавательных возможностей обучающегося, оценка соответствия программы обучения, требований педагогов его актуальным психофизическим возможностям и определение оптимального режима педагогической нагрузки (с учетом рекомендаций ПМПК). Если проблемы общения обучающегося со сверстниками в большей степени связаны с недостаточной социальной и коммуникативной компетентностью, для него требуется организация дополнительного психолого-педагогического сопровождения, направленного на повышение социально-психологической адаптированности.

Результаты качественного и количественного анализа данных позволяют определить сочетание трех факторов (здоровьесбережение, отношение с ближайшим окружением, отношения в школе), уровень социально-психологического благополучия обучающегося и определить направления и объем дальнейшей медико-психолого-педагогической помощи.

В зависимости от сочетания факторов условно по уровню социально-психологического благополучия можно объединить детей в три группы.

Группу с *высоким социально-психологическим благополучием* составляют обучающиеся, отмечающие положительный фон настроения и удовлетворительное физическое самочувствие, успешные в учебной деятельности и общении, включенные с учетом интересов в различные формы дополнительного образования, досуг и расширенный социум, находящиеся в соответствии с их возрастом и состоянием здоровья в оптимальных здоровьесберегающих условиях (оптимальный режим сна, отдыха, физической нагрузки, прогулок, посещение необходимых коррекционно-развивающих занятий и реабилитационных мероприятий). Несмотря на положительный прогноз их дальнейшей социализации, школьники нуждаются в ежегодном профилактическом психолого-педагогическом обследовании и консультировании с целью профилактики возникновения устойчивых эмоциональных, познавательных, поведенческих трудностей и оптимизации социальных условий.

Группу с *неустойчивым социально-психологическим благополучием* составляют обучающиеся с ситуативными трудностями в учебной деятельности и общении, систематическими эмоциональными проблемами, узким кругом внешкольных интересов, недостаточным либо избирательным соблюдением рекомендаций специалистов в отношении здоровьесбережения. Сочетание трудностей, их кумулятивный эффект затрудняют процесс присвоения школьниками социокультурного опыта и вхождения в расширенный социум, приводят к низкой сопротивляемости перед неблагоприятными социальными воздействиями (в том числе завышенными педагогическими требованиями) и тяжелыми жизненными обстоятельствами. Для обучающихся данной группы требуется углубленное комплексное психолого-педагогическое обследование и определение содержания специальной психологической и педагогической помощи (по оптимизации педагогических условий; развитию социальной и коммуникативной компетентности; улучшению эмоционального состояния), а также оптимизации социальных условий с целью здоровьесбережения.



Группа с *риском социально-психологической дезадаптированности* объединяет в себя детей с выраженными учебными и/или поведенческими трудностями в неблагоприятном эмоциональном состоянии. Хроническая школьная неуспешность, асоциальная направленность либо переживание тяжелой жизненной ситуации при отсутствии своевременной социальной поддержки со стороны школы и семьи на фоне неблагоприятного социального окружения (например, буллинга) нередко усугубляются вплоть до развития социальной дезадаптации. Дети с низким уровнем социально-психологического благополучия нуждаются в углубленном комплексном медико-психолого-педагогическом обследовании с целью сбора полной информации о состоянии здоровья, познавательного развития и социальных условий жизни, разработки индивидуальной программы медико-психолого-педагогической реабилитации.

2.4. Рекомендации по укреплению социально-психологического благополучия обучающихся с ОВЗ в образовательном учреждении

На фоне снижения численности детей подросткового возраста (на 44,3% / 8,5 млн чел.) происходит значительный рост первичной (на 64,6%) и общей заболеваемости (на 66,0%) детей старшего подросткового возраста (15-17 лет), увеличивается количество психических расстройств, что сопровождается неизменным нарастанием социальной дезадаптации подрастающего поколения. Очевидно, что решение проблемы охраны здоровья подростков и их социально-психологической адаптации требует системного подхода в рамках совершенствования законодательства, разработки и реализации специальных федеральных и региональных программ. Основным механизмом реализации таких программ должно являться проведение целенаправленных скоординированных действий федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, служб государственной и муниципальной систем здравоохранения, социальной защиты, образования и спорта, органов местного самоуправления, научных и общественных организаций. В этой связи во всех видах общеобразовательных организаций необходимо организовать условия для полноценного комплексного оздоровления детей с отклонениями в состоянии здоровья, обязательно включив в его структуру психолого-педагогическое сопровождение обучающихся.

Особое внимание стоит обратить на внедрение современных здоровьесберегающих технологий в образовательную среду и оптимизацию просветительской работы по вопросам ведения здорового образа жизни для всех субъектов образовательного процесса (обучающихся, педагогов, родителей).

С целью контроля состояния физического и психического здоровья обучающихся с ОВЗ, в том числе «трудных» подростков и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, требуется проведение регулярного медико-психолого-педагогического обследования (не менее одного в год).

На фоне серьезных демографических, экономических и социокультурных изменений российская школа сталкивается с новыми проблемами: выраженная



неоднородность познавательного и социального развития детей, мультикультурность контингента учащихся, девиантное и жизнеугрожающее поведение подростков, информационная безопасность и компьютерная зависимость, реализация инклюзивного образования (481 тыс. детей с ОВЗ на 14 млн школьников).

Сложившаяся ситуация формирует мощный социальный запрос на оптимизацию работы психолого-педагогической службы образования, в том числе увеличение кадрового состава, введение системы научно-практического наставничества и профессиональной подготовки психолого-педагогических кадров в области коррекционной педагогики и специальной психологии. На сегодняшний день основными задачами психологической службы являются: создание условий для оптимального психического развития; организация безопасности образовательной среды, психологическая поддержка и помощь в социальной адаптации детей из «групп риска», помощь детям, находящимся в тяжелой жизненной ситуации, разработка системы экстренной психологической помощи, профилактика суицидов, девиантного поведения и компьютерной зависимости, психолого-педагогическое сопровождение семьи (родителей) в вопросах развития и воспитания ребенка, сохранения физического и психического здоровья детей, в том числе детей-инвалидов.

Проблемы выбора профессионального пути, наличие ограничений в выборе профессий по состоянию здоровья, страх безработицы указывают на необходимость модернизации и повышения качества работы учреждений профессионально-технического образования и целенаправленного развития современной сети профтехучилищ. Это позволит решить вопрос с трудовой занятостью молодежи и обеспечить государство специалистами среднего звена. Должна быть разработана эффективная программа содействия занятости обучающихся, начиная с профориентации и предпрофильного обучения в школе вплоть до правовой и социальной поддержки обучающихся и выпускников учреждений профессионального образования на производстве. Осуществление преемственности в подготовке кадров предполагает тесное межведомственное сотрудничество школы с учреждениями профессионального образования, в том числе в вопросах ранней профориентации и предпрофессиональной подготовки обучающихся.

Современная государственная молодежная политика должна основываться на дифференцированном подходе при определении направлений, форм и содержания работы с молодежью, исходя из психофизических, национальных, социальных и возрастных различий. Сегодня необходимо организовывать совместную работу различных учреждений и ведомств, правительственных структур по созданию в стране оптимальных условий для развития и самореализации молодых граждан, формирования патриотизма, уважения к истории и культуре отечества, соблюдения прав человека, активной позиции и участия в решении экономических и социальных проблем жизни страны. Существующие молодежные центры требуют перепрофилирования с учетом современных потребностей и интересов подростков. Именно они должны организовать социальную работу с неформальными субкультурами, осуществлять помощь в социализации обучающихся с ОВЗ, коррекцию и реабилитацию «трудных» подростков, оказывать поддержку общественно значимым инициативам, молодежным и детским общественным



объединениям. Вместе с тем укрепление традиций неформальной воспитательной работы с молодежью в образовательном учреждении, организация внутришкольных молодежных движений, различных видов внеурочной активности, в том числе мероприятий по развитию социальной толерантности, будут способствовать более эффективной социализации обучающихся и снижению риска возникновения девиантного поведения.

Оптимизация социальных условий и повышение качества жизни подростков возможны за счет развития системы учреждений дополнительного образования. Институт дополнительного образования позволит обеспечить реализацию личностного потенциала каждого ребенка независимо от места жительства и социально-экономического статуса семьи. Он выполняет функцию «социального лифта» для значительной части детей, которая не получает необходимого объема или качества образовательных ресурсов в семье и общеобразовательной организации, предоставляет альтернативные возможности для социальных достижений детей, в том числе таких категорий, как дети с ограниченными возможностями здоровья и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации. В настоящее время в условиях информационной социализации дополнительное образование детей может стать инструментом формирования ценностей, мировоззрения, гражданской идентичности подрастающего поколения. Дополнительное образование становится надежной ступенью к освоению будущей профессии, основой для непрерывного процесса саморазвития и самосовершенствования человека как субъекта культуры и деятельности. Расширение сферы трудовой и досуговой деятельности обучающихся, доступных форм физической активности в условиях дополнительного образования способствует развитию активной жизненной позиции, необходимых социальных и коммуникативных навыков для вступления во взрослую жизнь.



Раздел 3. Физиолого-гигиеническая оценка учебной активности обучающихся с ОВЗ

3.1. «Учебная активность»: понятие, теоретико-методологические подходы к изучению

Определение понятия «активность» в своем понимании уже давно вышло за пределы психологической науки и все чаще встречается в педагогической, социальной и медицинской сферах. Специалистами выделены три ключевых метода, используемых в зарубежных и отечественных научных трудах.

Активность – это особенность деятельности человека.

Активность – это неинертное состояние субъекта.

Активность – это деятельность индивида.

Применительно к образовательной деятельности используют взаимозаменяемые понятия: активность учащегося [39], познавательная активность [58, 86]; вопросительная активность [33], интеллектуальная активность [28, 54], учебная активность школьников и студентов [29, 32, 67].

Учебная активность – это глубокий, множественный и одновременно единый процесс. Учебную активность можно описать как вариант целостной активности человека определенной сферы бытия, в сфере взаимосвязи.

К основным свойствам учебной активности (А.А. Волочков) относят следующие:

- 1) учебная активность – это средство сотрудничества человека с пространством образования в виде качественно-количественной меры;
- 2) учебная активность – это уровень заинтересованности и воплощения настоящей деятельности, обусловленной самим человеком;
- 3) «индивидуальная обучающая среда» – компонент области индивидуальности, который тесно функционирует с учебной деятельностью;
- 4) учебная активность отражает подвижную сторону учебных связей и учебной деятельности, являясь коллаборацией зависимых от индивидов моментов ее колебания;
- 5) учебная активность – это комплекс разных типов и выражений активности, занимающих авторитетные позиции в сфере учебных связей – интеллектуальной, познавательной, волевой и эмоциональной.

Ввиду того, что стиль активности формируется из особенностей эволюционирования и связи структурных компонентов учебной активности, в ее структуре принято выделять четыре подсистемы: потенциал активности, регулятивный, динамический и результативный компоненты.

В структуре учебной активности учащегося выделяют компоненты (А.А. Волочков):

- заинтересованность к предмету обучения;
- преобладание личной мотивации;
- высокий уровень развития познавательных процессов, таких как восприятие, память, внимание;



- вид познания обучающегося («дигитал», «визуал», «аудиал», «кинестетик», «логик»);
- разновидность нервной системы ученика: сильной или слабой. Дети преимущественно со слабой разновидностью нервной системы имеют зачастую низкую выносливость, следовательно таким детям требуется большое количество времени на работу с заданиями, для того чтобы предоставить перерыв задействованным в работе нервным клеткам, тогда они поддерживают наиболее благоприятную трудоспособность;
- осознанность при работе с домашними заданиями;
- стремление к самостоятельной работе;
- готовность обучаться;
- последовательность образовательного процесса;
- упорство и проявление силы воли;
- внедрение полученных знаний и умений в дальнейшей деятельности;
- высокая планка самодисциплины;
- желание увеличить собственный показатель;
- индивидуальные и личностные качества обучающихся (темперамент, характер).

Учебная активность играет ключевую роль в развитии и становлении учебной деятельности, которая зависит непосредственно от самого учащегося. Потенциал активности отражает желание и возможность «функционировать». Регулятивный компонент отражает связь произвольной и непроизвольной его реализации. Компонент динамический сопровождает индикаторы «живой» деятельности. Результативный компонент персонифицирует сущность усилия и залога постоянного его резерва, становясь новым потенциалом активности.

Структура учебной активности – это не только компоненты и подсистемы, но и эндогенная причина регулярного воссоздания и прогрессирования данной системы (Волочков А.А., 2007). Учебная активность сохраняет стабильность при переходе учеников от начальной школы к среднему звену, однако при проявлении стабильности определенных компонентов отмечается их изменчивость в зависимости от возраста. Высокая стабильность учебной активности фигурирует у среднеактивных учеников, при этом у высокоактивных учеников младших классов стремительно уменьшается, а у низкоактивных, наоборот, увеличивается. Низкоактивные ученики начальной школы с возрастом значительно увеличивают свою активность. Высокоактивные старшеклассники производят «прорыв» по всем кластерам учебной активности по сравнению с младшими школьниками.

Понятие «учебная активность» зависит от интенсивности и характера развития учения, обуславливается позицией учащегося к развитию учения, выражается в познавательной деятельности и устанавливает прочность связи обучающегося с целью его деятельности, этим и является смысл учебной активности.



3.2. Методы изучения учебной активности обучающихся. Физиолого-гигиенические методики изучения влияния учебного процесса на организм

Чтобы определить и оценить устойчивость детского организма, используют различные научные методики, позволяющие дать оценку физическому здоровью всего организма под воздействием множественных триггерирующих факторов. Существуют методы, дающие характеристику состояния ЦНС, физической активности ребенка и его функциональных возможностей организма [15, 34, 35, 55, 57, 74].

1. Методы оценки функционирования ЦНС:

- 1) методика проводится с использованием дозированных заданий, которые отражают показатели комплексной работоспособности;
- 2) корректурная проба (Бурдона – Анфимова по исследованию устойчивости и концентрации внимания);
- 3) методом хронорефлексометрии проводят оценку функционального состояния ЦНС, которая, в свою очередь, выявляет скрытое время реакции на раздражающие факторы слухового и зрительного анализаторов к концу учебных занятий, указывая на снижении общей умственной работоспособности);
- 4) метод оптической хроноксии и произвольного изменения дыхания сигнализирует о повышенной возбудимости ЦНС;
- 5) массовый (индивидуальный) хронометраж учебных занятий;
- 6) метод наблюдения.

2. Методы оценки функционального состояния:

- 1) динамометрия – данная методика дает характеристику состояния нервно-мышечного аппарата, снижение времени удерживания манометра в руке свидетельствует о пониженной способности мышц совершать работу;
- 2) эргография, или проведение оценки силовых качеств и способности мышц рук переносить нагрузку в течение длительного времени в процессе выполнения подвижных движений (пальцевой эргограф);
- 3) актография – суть методики заключается в том, чтобы зарегистрировать двигательные беспокойства, которые способны указать на раннее утомление;
- 4) треморометрия позволяет определить координацию движений и их точность, данные, указывающие на нарастание тремора, свидетельствуют о неблагоприятной работе ЦНС.

3. Для оценки физической активности и функциональных возможностей детского организма следует использовать функциональные пробы с дозированием мышечной нагрузки, такие как:

- 1) проба Мартине – Кушелевского проводится дозированно с нагрузкой в 20 приседаний за 30 секунд, с дальнейшим замером результатов в процессе восстановления, данная проба свидетельствует о скорости восстановления организма после физической нагрузки;



- 2) ортостатическая проба позволяет выявить нарушения в работе сердечно-сосудистой и нервной систем, исследование необходимо проводить в горизонтальном положении в состоянии покоя на протяжении 2-3 минут, далее измерение ЧСС за одну минуту, изменение горизонтального положения на вертикальное – стоя, стоит одну минуту, далее замеры ЧСС на протяжении минуты;
- 3) Гарвардский степ-тест оценивает скорость восстановления организма после интенсивной непродолжительной нагрузки, а именно скорость восстановления пульса;
- 4) проба Штанге – задержка дыхания проводится после трех глубоких вдохов, показатели этой пробы характеризуют работу сердца и дыхательной системы.

Данные методики позволяют провести комплексную оценку устойчивости детского организма.

3.3. Эмпирическое изучение учебной активности обучающихся с ОВЗ

Эмпирическое изучение учебной активности детей с ОВЗ проводилось в отдельных образовательных организациях на территории г. Москвы и Московской области. Цель исследования – определение работоспособности ученика во время урока, уровня его вовлеченности и восприятия учебной программы. Контингент исследования составляли ученики начальной ступени образования от 9 до 12 лет – мальчики и девочки. На момент исследования в классе находилось не более 10 детей с различными нарушениями здоровья.

Методом исследования был выбран хронометраж, который является показательной методикой исследования, позволяющей установить длительность и последовательность выполнения основных видов и элементов деятельности на уроке ребенка. Специально для этого исследования были разработаны и адаптированы протоколы исследований для массового и индивидуального хронометража «Характеристика учебной активности учащихся на уроке в классе». Вводные данные протоколов состояли из ступени обучения, дня недели, предмета, урока по расписанию, самого предмета и его содержания. В протоколах указывались оценка деятельности в виде отметки вовлеченности в урок (работы ученика), любого вида отвлечения, ответ учителю и выход из кабинета во время урока. Эксперт одновременно наблюдал процесс обучения школьников на уроке и каждые 2 минуты фиксировал действия учеников, заносил результаты в хронокарту.

Методом хронометража получили информацию о: продолжительности и чередовании деятельности каждого учащегося; плотности деятельности школьника; насыщенности учебными элементами деятельности учеников; числе микропауз, отвлечений, спонтанных перерывов.

Исследование проводилось на базе образовательных учреждений для детей с ОВЗ с учениками 1 класса в день наибольшей работоспособности – в среду, был выбран второй урок в расписании. Урок по своей структуре был составлен рационально, с проведением физкультминуток в начале и середине урока.



Полученные результаты эксперимента указывают на высокую работоспособность и учебную активность в структуре класса, в котором обучаются дети со схожими патологиями, и низкую в классе с детьми с различными патологиями со смешанной этиологией.

3.4. Рекомендации по обеспечению гигиены учебных занятий для обучающихся с ОВЗ

Учебным организациям, выполняющим функциональные обязанности по воспитанию и образованию детей, имеющих инвалидность, необходимо соблюдать гигиенические регламенты и организовывать здоровьесберегающую среду для каждого ребенка. Обучение таких детей возможно вместе со здоровыми школьниками, в отдельных классах-комплектах, групповых формах обучения или в специализированных учреждениях [56, 68].

При проектировании новых зданий, дополнительных строений и сооружений на территории образовательного учреждения специалистам необходимо учитывать гигиенические нормативы и обеспечивать доступ ко всем услугам. Для беспрепятственного перемещения детей-инвалидов по территории школы и другим объектам, находящимся в школьном владении, должна создаваться доступная среда. Учреждения подлежат полному оснащению с учетом нужд учащихся, а именно: парковочные места, специальные подъемники, пандусы, поручни и перила, многофункциональные информационные терминалы, система ориентирования и информирования, механизмы для автоматического открывания и закрывания дверей, специальные маяки и информаторы, воспроизводящие аудиосообщения, тактильная плитка и напольные метки, туалетные кабины. Меблирование классов должно соответствовать особенностям психофизического онтогенеза обучающихся и их индивидуальным возможностям по состоянию здоровья в целом. Расстановка ученических парт должна учитывать особенности физического развития учеников: для незрячих и слабовидящих детей парты устанавливаются ближе к учителю и классной доске, для учеников с нарушениями слуха – полукруглая расстановка у стола учителя, при стандартной расстановке – с применением звукоусиливающей аппаратуры, при проведении индивидуальных занятий во время уроков, следует увеличивать расстояния между партами в каждом ряду. В одном классе недопустимо сочетание более трех нозологических заболеваний. Количество детей в классе зависит от площади учебного помещения, а именно не менее 2,5 м² на ребенка при фронтальных формах занятий и не менее 3,5 м² – при групповых занятиях. Формируют классы – комплекты в зависимости от категории обучающихся. В структуре образовательных учреждений при организации определенных условий обучения функционируют отдельные комбинированные – они же инклюзивные – классы.

В комбинированных (инклюзивных) классах могут обучаться дети трех нозологических форм, с выраженными отклонениями в развитии, при условии, что количество обучающихся не может быть более:



10 учеников, из них не более 3 глухих детей, или слепых, или с НОДА, или детей с интеллектуальными нарушениями умеренной, тяжелой степени, или с РАС, или детей со сложным дефектом;

15 учеников, из них не более 4 слабовидящих и/или детей с функциональными нарушениями зрения, или страдающих тугоухостью, или детей, имеющих ТНР, или детей с интеллектуальными нарушениями легкой степени;

17 детей, из них не более 5 детей с ЗПР, детей с ФФНР.

Максимальное количество детей в отдельном классе или группе продленного дня в образовательном учреждении устанавливается в зависимости от нозологии заболевания:

- с глубокой или тотальной потерей слуха – 6 человек;
- со сниженным слухом и нарушением речи – 10 человек;
- со сниженным слухом и нарушением речи, имеющих глубокое недоразвитие речевых навыков – 6 человек;
- абсолютно, тотально частично или парциально слепых – 8 человек;
- со стойким понижением остроты зрения и ТНР – 12 человек;
- с НОДА – 10 человек;
- с ЗПР – 12 человек;
- с различными интеллектуальными нарушениями – 12 человек;
- с РАС – 8 человек;
- с ТМНР – 5 человек.

Важным звеном образовательного процесса служат мероприятия, сберегающие нервную систему школьника, которые направлены на предотвращение утомления и переутомления.

Факторы, обеспечивающие здоровьесбережение на занятиях в школе:

- 1) повышение эффективности образовательного процесса;
- 2) логичная постановка урочной деятельности;
- 3) следование санитарно-гигиеническим нормативам;
- 4) благоприятный психологический климат на уроке;
- 5) акцент на физиологическое состояние учащегося;
- 6) применение индивидуального и дифференцированного способа ведения урока;
- 7) обеспечение охраны здоровья и благополучия учеников во время урочной и внеурочной деятельности;
- 8) соотношение методического и технологического компонента образования детей исходя из анатомических и возрастных особенностей.

Основная образовательная программа состоит из урочной и внеурочной деятельности. Учебный процесс детей с нарушениями в здоровье следует организовывать в первую смену по 5-дневной учебной неделе, в субботу не возбраняется проведение внеурочной деятельности. Урочная деятельность должна начинаться не ранее 8:00, наиболее благоприятное время для начала учебных занятий, для учащихся с инвалидностью – 8:30–9:00. Реабилитационно-коррекционные мероприятия следует организовывать во время внеурочной деятельности и урочной деятельности. Занятия внеурочной направленности составляют 10 часов и содержат в себе как минимум 5 часов на реализацию необходимых коррекционных мероприятий, в оставшееся время делается акцент на



развивающую сферу, отталкиваясь от возраста и физиологических потребностей обучающихся.

В понедельник работоспособность учеников снижена после выходных дней, со вторника и в особенности в среду работоспособность увеличивается, в четверг фиксируется снижение работоспособности, данный день учебной недели необходимо сделать облегченным.

При составлении учебного расписания необходимо делать акцент на трудности предметов и доминировании статического или динамического звеньев в процессе обучения на уроке. Наиболее трудные предметы (математика, русский язык, природоведение, русская литература, история) следует включать в расписание младших школьников первыми, вторыми, третьими уроками – в период наиболее высокой работоспособности учеников, вторым-третьим уроками – у учащихся средних и старших классов (математика, иностранный язык, физика, химия). Структура урока должна обладать преимущественно динамическим компонентом, данный критерий способствует переключению учащихся с умственной деятельности на физическую. Рекомендуется чередование уроков сложных предметов с менее трудными, сочетание сложных предметов подряд недопустимо [56].

Гигиенические критерии рациональной организации урока.

Здоровьесберегающий урок – это урок, построенный таким образом, когда учитель организует дружественную и оригинальную обстановку, с высокой работоспособностью школьников, с предотвращением утомления и дальнейшего переутомления, способствует заинтересованности обучающихся, выделяет, грамотно внедряет и меняет методику с формами обучения, тактику и технику учебного процесса, что способствует проще выдерживать учебную нагрузку, сократить вероятность нарушений в здоровье детей [34].

Рациональную плотность урока (процент времени, затраченного учениками непосредственно на выполнение учебной работы) необходимо поддерживать на уровне не менее 60%, но превышать плотность более 75-80% не рекомендуется. Количество видов учебной деятельности, таких как чтение, письмо, слушание, рассказ, анализ методических пособий, устный ответ, решение заданий, следует варьировать от 4 до 7, со средней продолжительностью не более 10 минут, при смене разных видов образовательного процесса не позднее 7-10 минут. Педагогу необходимо менять не менее трех видов учебной деятельности во время занятия (наглядный, активная деятельность учащегося, визуальный, устный), меняя их не позднее 10-15 минут. Для слабовидящих детей начального звена образования при различных видах учебной деятельности продолжительность непрерывной зрительной нагрузки не должна превышать 10 минут. При организации урочной деятельности необходимо принимать во внимание способность школьников к концентрированному вниманию, которое варьируется от 10 до 30 минут. Учащиеся устают быстрее, если воздействие во время урока идет на один орган чувств. Обучающиеся с остаточным зрением для усвоения учебной информации по рельефной системе Брайля должны чередовать не менее 2 раз за урок тактильное восприятие информации с непрерывной зрительной работой по 5 минут. Учеными установлено, что смена одного вида деятельности на другой плодотворно воздействует на функциональное состояние организма обучающегося. Новый материал необходимо объяснять во время основной части занятия, в данный период



у детей максимальная способность к сосредоточенному вниманию. При завершении этого периода происходит быстрое снижение концентрации внимания. Во время урока учителю необходимо применять две-три эмоциональные разрядки и следить за чередованием поз при посадке учащихся. Психологический климат на уроке должен быть эмоционально благоприятным. При использовании всех критериев при построении урока момент наступления утомления у учеников, по снижению учебной активности, наступает не ранее 40 минут.

Образовательная деятельность первоклассников реализуется соблюдением в первом полугодии «ступенчатого», или «тренирующего» режима обучения (в сентябре, октябре – по 3 урока в день до 35 минут каждый, в ноябре, декабре – по 4 урока до 35 минут каждый; январь – май – по 4 урока до 40 минут каждый) и отсутствием балльного оценивания знаний учеников и домашних заданий. Дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти являются обязательной частью ступенчатого режима обучения и помогают облегчить процесс адаптации к школе. Длительность перемен между уроками должна составлять не менее 10 минут, большой перемены (после второго или третьего урока) – 20-30 минут. Пауза в роли перемены между урочной и внеурочной деятельностью должна составлять не менее 30 минут. Исключение составляет контингент обучающихся с умеренными, тяжелыми, глубокими интеллектуальными нарушениями, с ТМНР, обучение таких детей осуществляется по специальной индивидуальной программе развития. Перемены на открытом воздухе носят благоприятный характер, с этой целью при проведении ежедневной динамической паузы рационально увеличить продолжительность большой перемены до 45 минут, из них не менее 30 минут должно отводиться на физическую деятельность обучающихся, предпочтительно на специально отведенной для этого территории школы. Образовательную недельную нагрузку необходимо плавно распределять в течение недели. Максимальный объем допустимой нагрузки в течение дня должен составлять для первоклассников 4 урока и 1 день в неделю – не более 5 уроков за счет урока физической культуры.

Применение электронного обучения (интерактивные доски, сенсорные экраны, информационные панели и иные средства отображения информации, а также компьютеры, ноутбуки, планшеты, моноблоки, иные электронные средства обучения) во время занятий позволяют повысить работоспособность и успеваемость школьников. Одновременное использование детьми на занятиях более двух различных электронных средств обучения (интерактивная доска и персональный компьютер, интерактивная доска и планшет) не допускается. Оконные проемы в помещениях, где используются ЭСО, должны быть оборудованы светорегулируемыми устройствами. Организация рабочих мест пользователей персональных ЭСО должна обеспечивать зрительную дистанцию до экрана не менее 50 см. Использование планшетов предполагает их размещение на столе под углом наклона 30°. Интерактивную образовательную панель и другие ЭСО следует выключать или переводить в режим ожидания, когда их использование приостановлено или завершено. Минимальная диагональ ЭСО должна составлять для монитора персонального компьютера и ноутбука – не менее 39,6 см, планшета – 26,6 см. Использование мониторов на основе электронно-лучевых трубок в образовательных организациях не допускается. При использовании ЭСО с демонстрацией обучающих фильмов, программ или иной информации должны быть



выполнены мероприятия, предотвращающие неравномерность освещения и появление бликов на экране. При использовании книжных учебных изданий гимнастика для глаз должна проводиться во время перемен. При использовании ЭСО с демонстрацией обучающих фильмов, программ или иной информации, предусматривающей ее фиксацию в тетрадях воспитанниками и обучающимися, продолжительность непрерывного использования экрана не должна превышать для учащихся 1–4-х классов – 10 минут, для 5–9-х классов – 15 минут.

Общая продолжительность использования электронных средств на уроке не должна превышать: для интерактивной доски у детей до 10 лет – 20 минут, старше 10 лет – 30 минут; для компьютера у детей 1–2-х классов – 20 минут, 3–4-х классов – 25 минут, 5–9-х классов – 30 минут, 10–11-х классов – 35 минут.

Чтобы усилить умственную работоспособность у обучающихся и устранить у них накопившееся мышечное статическое напряжение, педагогу непременно следует осуществлять в начале и середине урока физкультминутки, которые включают легкие танцевальные упражнения, игры под музыку, пальчиковую гимнастику, упражнения для ног с тремя-четырьмя повторениями. При использовании ЭСО во время занятий и перемен должна проводиться гимнастика для глаз.

Физическое воспитание и адаптивная физическая нагрузка планируются для каждого обучающегося индивидуально, в соответствии с рекомендациями специалистов и с учетом характера патологии и степени ограничений здоровья, важный критерий – комплексный подход. Реализация закаливающих действий способствует увеличению сопротивляемости организма к множеству болезней, повышению резистентности организма к неблагоприятным факторам воздействия окружающего мира. Не допускается проведение закаливающих процедур сразу после еды и физических упражнений с большой нагрузкой. Дети с ОВЗ занимаются по индивидуальным закаливающим программам, составленным врачом и педагогом по физическому воспитанию с учетом рекомендаций врачей-специалистов.

Питьевой режим для обучающихся с ОВЗ должен быть организован постоянно с использованием бутилированной воды. Питание должно быть рациональным и сбалансированным, соответствовать физиологическим потребностям растущего организма, покрывать недостаток в минеральных веществах и витаминах и благоприятно влиять на основное и/или сопутствующее заболевание.

Время, затраченное на выполнение домашнего задания, не должно превышать: в 1 классе – 1 час, во 2 классе – 1,5 часа, в 3–4-х классах – до 2 часов, в 5–6-х классах – 2,5 часа, в 7 классе – 3 часа, а с 8 по 11 класс ученик должен тратить на домашнюю работу не больше 4 часов. Свыше данного времени домашняя подготовка является нерациональной и способствует переутомлению ребенка. После академического часа домашней подготовки целесообразно устраивать короткий перерыв (10 минут), предназначенный для домашнего отдыха. Для младших школьников период непрерывной работы должен составлять 30 минут.

С профилактической целью недопущения развития и усугубления ученической дезадаптации и нервно-психических нарушений у детей следует применять здоровьесберегающие методики образования в школе, наиболее актуален данный постулат на начальной ступени образования, также необходимо принимать во внимание личные психофизиологические, возрастные и гендерные особенности



детей, построение компаньонской связи между учительским составом, психологами, медицинским персоналом, внутри семьи и непосредственно с детьми для решения важных вопросов психогигиены и сбережения ментального здоровья подрастающего поколения.



Раздел 4. Организация надомного обучения детей с ОВЗ

4.1. Здоровьесберегающие условия надомного обучения при организации образовательного процесса детей с ОВЗ

Российская социальная политика в числе ключевых направлений развития видит обеспечение права на получение образования независимо от состояния здоровья на одном из первых мест. Об этом говорится и в Международной конвенции о правах инвалидов от 2012 года, и в Федеральном законе № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Статистические данные о численности людей с ограниченными возможностями здоровья неутешительны: по стране таких людей почти 13 млн человек, в г. Москве проживает порядка 1 млн инвалидов (7,7%). Половину этих граждан составляют дети. Иными словами, каждый восьмой житель столицы – инвалид [18].

«Детям с ограниченными возможностями здоровья, по состоянию здоровья временно или постоянно не имеющим возможности посещать образовательные учреждения, должны быть созданы необходимые условия для получения образования на дому» [64]. На начало 2020/2021 учебного года программы общего домашнего обучения охватывали в Московской области 1,4 тыс чел. с ОВЗ и 4,6 тыс. чел. со статусом «ребенок-инвалид» [41]. Надомным называют разновидность индивидуальных форм обучения, когда педагог общается с учеником не в коллективе, а в домашней, привычной обстановке.

Здоровьесбережение детей с ОВЗ является важной государственной задачей. Поэтому самым главным средством индивидуализации программы при обучении ребенка дома является индивидуализированный характер образовательного маршрута, «определяемый образовательными потребностями, индивидуальными способностями и возможностями учащегося (уровень готовности к освоению программы)» [21].

При надомном обучении можно говорить о симбиозе процессов обучения и воспитания, когда ученик в кругу своих близких и родных людей получает новые знания. Речь идет о социально-педагогической, психологической, коррекционно-развивающей и медицинской адаптации детей, имеющих ограниченные возможности [11].

Получать образование дома при наличии ОВЗ – это удобно, данный образовательный формат в современных условиях актуален [19]. Для организации надомного обучения требуется медзаключение специальной комиссии и заявление от родителей или законных представителей. Подается данное ходатайство в письменной форме на имя руководителя государственного образовательного учреждения. Приказ Минздрава России № 436н регламентирует данные правила и содержит перечень заболеваний, дающих право учиться дома [70].

Далее родитель или законный представитель ребенка с ОВЗ или статусом «ребенок-инвалид» собирает подтверждающие документы к заявлению и ожидает



рассмотрения своего обращения. При отсутствии возражений со стороны руководителя школы или иного образовательного учреждения издается приказ о зачислении ученика. Помимо приказа, который подтверждает факт организации надомного обучения, утверждается учебный план, составляется расписание и перечисляются преподаватели, которые будут посещать ученика по утверждаемому месту обучения.

Здоровьесберегающие условия надомного обучения детей с ОВЗ – это возможность разработки индивидуального темпа освоения дисциплин, что гарантирует более высокую успеваемость. Ведь корректировка индивидуальной нагрузки не требует много времени и сил. При составлении плана урока педагог всегда учитывает степень утомляемости ребенка, характерные особенности его физического и психоэмоционального состояния [12, 40].

Многие дети, которые требуют индивидуального надомного обучения, имеют ярко выраженные нарушения развития или сочетания нескольких дефектов двигательного аппарата, речи, интеллекта и т. д. Такие дети зачастую обладают узким кругозором, умственной пассивностью и отсутствием интереса к получению знаний [75]. Также нарушены межличностные коммуникации, сопровождающиеся частичным или полным игнорированием принятых в обществе норм [30]. Проблемы соматического характера являются причинами быстрой утомляемости, пассивного восприятия действительности. А многие дети с ОВЗ, помимо психосоматических симптомов, могут испытывать боль, которая блокирует многие психоэмоциональные реакции и процессы [63].

В современной практике надомного обучения существует несколько педагогических моделей [59].

1. Традиционная. Учитель приходит домой к ученику и планирует образовательный процесс, опираясь на исходные данные: особенности физического и психического развития, сложность и структуру имеющихся дефектов, особенности эмоциональной сферы, течение заболевания, рекомендации лечебно-профилактического учреждения и психолого-педагогической комиссии.

2. Дистанционная. Стала функционировать в рамках реализации национального проекта «Образование», разработана специально для детей с инвалидностью и ОВЗ. Формат занятий – удаленный, ученик самостоятельно изучает материал и взаимодействует с преподавателем лишь в период проведения промежуточной и итоговой аттестации.

3. Дистанционная, включающая очные встречи с учителями. Часть занятий учащийся проходит сам, часть – вместе с преподавателем на уроках в учебном заведении. Периодичность посещения школы зависит от возможностей родителей или законных представителей – сколько раз в неделю они смогут доставлять ученика для прохождения очного обучения.

Несмотря на принятые законы и разработанные программы социальной адаптации инвалидов и граждан с ОВЗ, какой-либо научно-обоснованной и эффективной обучающей надомной модели не существует. В этом кроется противоречие между потребностями данной категории лиц [11] и низким организационным уровнем методологии надомного обучения в России.

Проблематика надомного образовательного процесса рассмотрена в трудах многих педагогов и психологов. К примеру, Л.Н. Никитина затрагивает данную



тематику в аспекте становления личности у детей с ДЦП [59]. Как показывают проведенные автором исследования, при дистанционном надомном обучении, по сравнению с традиционным, у младших и старших подростков с ДЦП чаще отмечается позитивная модальность отношений к учителям, сверстникам, людям в целом и менее выражены признаки зависимости и эмоциональные барьеры в межличностном общении. Е.Ю. Коновалова при анализе образовательных потребностей детей с ОВЗ выделила основные направления развития надомного обучения [44]:

- важная роль индивидуализированного маршрута образовательного продукта с обязательным медицинским, логопедическим, психологическим, дефектологическим и педагогическим сопровождением;
- использование в программе обучения специфических педагогических методик и средств (формирование благоприятного эмоционального климата на занятиях, проведение мини-гимнастики для глаз, пятиминутки с дыхательными упражнениями, артикуляционная разминка, динамические паузы и физкультурные перерывы);
- организация среды обучения с учетом реальных возможностей ученика (адаптация предметов под физические и умственные способности ребенка, более мягкая шкала требований, поддержка и стимулирование самооценки, учет интересов учащегося);
- при необходимости сроки надомного обучения могут быть увеличены;
- дистанционный формат общения с педагогом важнее, нежели полное отсутствие образовательного компонента в жизни ребенка с ОВЗ или инвалидностью.

Рассмотрение основной проблематики надомного обучения – тема исследований Л.Р. Аркатовой. Автор выявляет наиболее эффективные педагогические условия для формирования образовательного надомного обучения. Примером таких условий является выработка щадящего режима учебных занятий. Характер заболевания ученика – вот основной критерий, определяющий образовательную программу [11].

Перспективные векторы развития сферы надомного обучения для лиц с ОВЗ Н.М. Ладушкина видит в коррекции учебной нагрузки [49]. Федеральные государственные образовательные стандарты, разработанные для здоровых учеников, предписывают реализацию программы в объеме 21-32 часа в неделю, а это 5 или 6 уроков в день. «Эта аудиторная нагрузка рассчитана на здорового ребенка, и ее не всегда могут выдержать дети с ОВЗ. Отсюда возникает проблема, как определить объем учебной нагрузки для учащихся, нуждающихся в длительном лечении, на дому и кто это должен делать», – отмечает автор в своем исследовании.

Резюмируя все вышесказанное, можно сделать ряд выводов. Первый – организовать образовательный процесс на дому для учеников с ОВЗ технически сложно. Второй – существующая система стандартов в образовании не предусматривает особого отношения к таким учащимся. Третий – специалистов, которые обладают практическим опытом реализации надомного обучения, крайне мало. В результате наше государство только встало на путь социализации граждан, обладающих ограниченными возможностями здоровья



4.2. Установки и модели поведения родителей при организации надомного обучения детей с ОВЗ

При надомном обучении важную роль играет коммуникация педагога с родителями ребенка или его законными представителями. Семья – главный социальный институт, союзник и заказчик детского образования [25]. Родители или лица, их на законных основаниях заменяющие, выступают не просто участниками процесса обучения, но и способствуют разработке, реализации СИПР. С представителями учеников согласовывается учебная ежедневная нагрузка детей при надомном обучении, выбирается наиболее удобное для проведения уроков время в соответствии с рекомендациями врачей и специальной комиссии. К сожалению, не все родители одинаково объективно оценивают возможности своих детей, не понимают причин патологий и надеются на полное их выздоровление. Важно понимание ситуации, оценка адекватности родителей или их законных представителей в вопросах грамотной расстановки приоритетов относительно всестороннего развития ребенка. Ведь качественное взаимодействие с образовательным учреждением является залогом получения хорошей школьной успеваемости.

Основные обязательства родителей или их законных представителей при организации надомного обучения у детей с ОВЗ или инвалидностью:

выполнение требований локальных нормативно-правовых актов образовательных учреждений;

поддержание и стимулирование интереса ребенка к познанию нового и образовательному процессу;

своевременное информирование педагога о врачебных рекомендациях относительно режима дня ребенка, а образовательной организации – о возобновлении или отмене занятий по уважительной причине;

создание оптимальных рабочих условий ребенку и педагогу для обучения на дому, важно предотвратить излишнюю утомляемость ученика с ОВЗ;

контроль учебной нагрузки, заполнения учеником дневника всей необходимой информацией: расписанием занятий, проводимыми аттестациями, фиксированием заданий для самостоятельного изучения. Родители должны регулярно расписываться в рабочем дневнике.

Психическое развитие любого ребенка формируется во внутрисемейной атмосфере, которая рассматривается многими специалистами как определяющий фактор и источник новых эмоций, знаний (Р.Ж. Мухамедрахимов). Данное утверждение подтверждено положением о развитии пути детей как специфическом процессе присвоения культурного и социального опыта окружающих его взрослых (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин).

Если в семье, где растет ребенок с ограниченными возможностями здоровья, царит недоброжелательная атмосфера, то гармоничных взаимосвязей с социумом у такого человека не возникает. И основные черты его характера – это тревожность, недоверчивость, агрессия и обособленность. Вопрос толерантного отношения к инвалидам и лицам с ОВЗ тесно связан с типом отношений в семье, в которой выросли эти люди. Основная задача родителей и лиц, их заменяющих, –



сформировать такие условия, в которых была бы обеспечена полноценная социализация и последующая интеграция с обществом.

С целью изучения моделей поведения родителей при организации надомного обучения детей с ОВЗ были разработаны анкеты для родителей детей с ОВЗ. Основными разделами анкеты для родителей выступили:

1. Содержание результатов надомного обучения для детей с ОВЗ.
2. Степень удовлетворенности качеством надомного обучения.
3. Содержание личностных переживаний в процессе организации надомного обучения.

В анкету были добавлены дополнительные параметры с целью определения типа поведения родителей детей с ОВЗ в сложной жизненной ситуации в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности: когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

Для объективизации получаемых данных применялись различные типы вопросов: открытые и закрытые; вопросы, предполагающие балльную оценку.

Основным методом исследования стал контент-анализ свободных высказываний респондентов, предполагающий завершение ряда предложений.

Содержательная интерпретация выделяемых ответов позволяет выявить скрытые смысловые переживания, трудности, а также наметить оптимальные пути решения проблем.

К основным результатам надомного обучения детей с ОВЗ родители относят следующее: 50% родителей надеются, что ребенок приобретет знания, необходимые ему в дальнейшей жизни; 24% отмечают, что главным результатом для ребенка будет освоение элементарных навыков самообслуживания; 11% – обучение поспособствует дальнейшей социализации ребенка с ОВЗ; у 5% отсутствуют положительные результаты.

Была изучена степень удовлетворенности качеством надомного обучения. Опрос показал, что 57% родителей в большей степени удовлетворены качеством надомного обучения, акцентируют внимание на том, что это удобный вариант для обучения детей с ТМНР, детей с инвалидностью. Другая часть родителей (30%) подчеркивает наличие индивидуального подхода, что благоприятно сказывается на развитии ребенка. Наименьший процент родителей (8%) указывает на отсутствие общения ребенка со сверстниками, для 5% родителей данный вопрос вызвал затруднение. Большинство родителей устраивает надомная форма обучения, но некоторые отметили, что для ребенка наиболее приемлемой, продуктивной формой обучения будет выступать смешанная форма (очная и надомная форма), дистанционный формат обучения. Вместе с тем некоторые родители указали, что испытывают ряд трудностей в процессе обучения ребенка. Так, например, «не хватает информации по учебному плану», «много заданий», «неудобное время для занятий», «разное время для занятий». Родители отмечают, что для продуктивного обучения отсутствуют специальные учебники и дидактические материалы («нет учебников», «не хватает учебников» и т. д.). Другие обратили внимание на отсутствие возможности выбора специалистов.

По результатам контент-анализа высказываний родителей было отмечено 70 законченных смысловых лексических единиц, которые по психологическому



содержанию были объединены в смысловые категории, отражающие переживания родителей по отношению к своему ребенку (табл. 4).

Таким образом, выделено 4 смысловые категории, отражающие психологическое содержание переживаний родителей детей с ОВЗ, среди которых наиболее часто встречаются – «коммуникативные трудности ребенка», «поведенческие трудности ребенка», «психолого-педагогические трудности ребенка», «физический дискомфорт у ребенка». Выявленные смысловые категории показывают модели и установки родителей в процессе домашнего обучения.

Таблица 4

Трудности родителей детей с ОВЗ в рамках домашнего обучения

Смысловая категория	Психологическое содержание
Коммуникативные трудности ребенка	Переживания родителей, связанные с отсутствием полноценной социализации ребенка («мало общается со сверстниками», «не ведет диалог», «мало друзей», «изолирован», «испытывает трудности в коммуникации»)
Поведенческие трудности ребенка	Переживания родителей, связанные с несформированностью произвольного поведения, низкой работоспособности ребенка («неусидчивость», «беспокойный», «ходит во время занятия», «проявляет агрессивность»)
Психолого-педагогические трудности ребенка	Переживания родителей, связанные с рядом психолого-педагогических особенностей ребенка с ОВЗ («тяжело усваивает материал», «пассивный», «нет желания заниматься», «переутомление», «плохо понимает, что от него хотят», «низкая познавательная активность»)
Физический дискомфорт у ребенка	Переживания родителей, связанные с влиянием заболевания ребенка на его учебную деятельность («быстро устает», «часто болеет ОРВИ», «искривление позвоночника усиливается и это вызывает боли и трудности в обучении»)

Модели поведения родителей были дифференцированы в зависимости от длительности нахождения ребенка на домашнем обучении.

1-я модель «Родители, дети которых находятся на домашнем обучении от нескольких месяцев до 1 года»

Для родителей данной модели характерны переживания, связанные с изолированностью, отсутствием полноценной социализации ребенка в процессе домашнего обучения. Родители воспринимают домашнее обучение как «вынужденный» вариант, который поможет ребенку в дальнейшей жизни. В плане основных копинг-стратегий (типов поведения в трудной ситуации, при стрессах) родители ориентированы на относительно продуктивные копинг-стратегии



«Альтруизм», «Отвлечение», то есть при совладании с трудными ситуациями они вступают в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищут поддержки в ближайшем социальном окружении или сами предлагают ее близким в преодолении трудностей. Другими словами, при возникновении негативных переживаний, ситуаций родители стараются переключиться на что-то другое (работа, увлечение и т. д.). Забота о других становится первичной, когда собственные потребности отодвигаются на второй план. Родители отмечают, что близкие «третьего» возраста оказывают поддержку – проводят выходные с ребенком. В процессе заполнения анкеты родители указали психолого-педагогические трудности, с которыми они сталкиваются. В первую очередь запросы касаются эмоционального состояния ребенка («кричит», «как сдерживать эмоции ребенка», «плачет» и т. д.). Вопросы, связанные с формированием навыков самообслуживания («сам не кушает», «не может убрать игрушки» и т. д.). Родители данной модели надеются, что специалисты психолого-педагогического профиля будут привлекать детей, находящихся на домашнем обучении, к общешкольным мероприятиям.

2-я модель «Родители, дети которых находятся на домашнем обучении от 2 до 4 лет»

Родители данной модели выстраивают отношения с ребенком, учитывая его физическое состояние. Доминирует установка на обучение ребенка с учетом его болезни.

В трудных ситуациях родители придерживаются продуктивной копинг-стратегии, а именно: стараются все проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось. Могут обращаться к религии при возникновении трудностей и не теряют надежды, что ситуация разрешится. К психолого-педагогическим трудностям родители относят: проблемы с послушанием ребенка; формированием ответственности, пассивность ребенка, усидчивость. Оценивая качество домашнего обучения, родители отмечают, что не хватает прогулок на свежем воздухе в процессе урока. Не хватает специалистов узкого профиля (логопеды, психологи и т. д.). В данной модели представители третьего возраста играют совершенно другую роль, по сравнению с первой моделью. Так, в большей степени, близкие «третьего» возраста оказывают семье материальную помощь. Многие прародители продолжают трудовую деятельность и финансово поддерживают семью ребенка. Другие родители указывают на эмоциональную поддержку со стороны близких «третьего» возраста.

3-я модель «Родители, дети которых находятся на домашнем обучении более 5 лет»

Большинство родителей данной модели удовлетворены качеством домашнего обучения. Многие отмечают, что домашнее обучение – это идеальный вариант для детей с ТМНР. Благодаря данной форме обучения ребенок получает «положительные эмоции», «в будущем сможет социализироваться в обществе». В отношении копинг-стратегий родители предпочитают пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за отсутствия веры в собственные силы и интеллектуальные ресурсы, с преднамеренным недооцениванием неприятностей. Данные модели поведения подтверждаются тем, что родители, по сравнению с 1-й и 2-й моделями, заявляют о своих внутренних потребностях. Выявлены запросы



психологического характера: «не могу справиться с раздражением на ребенка»; «у него переходный возраст – как мне себя вести»; «усталость». В качестве психолого-педагогических запросов родители данной модели указали: «ребенок не хочет учиться», «капризы на занятиях», «не могу понять ребенка». Значимая роль близких «третьего» возраста определяется тем, что они занимаются воспитанием ребенка наравне с родителями. Родители данной модели в плане корректировки домашнего обучения предлагают внести больше разговорных, творческих уроков, направленных на развитие речи и самостоятельности ребенка.

Таким образом, родители, дети которых находятся на домашнем обучении, могут быть дифференцированы в зависимости от длительности обучения ребенка на дому. Демонстрация педагогических и психологических запросов родителей в тандеме с их внутриличностными потребностями возможна через совокупность выявленных моделей поведения.

Иными словами, перечисленные ниже поведенческие модели являются своеобразными векторами развития детей, обучающихся на дому.

Первый вектор – *социализация*. Под социализующим семейным потенциалом понимается источник социально-психологических, материальных и иных возможностей, которые могут использоваться для социализации детей с ОВЗ и инвалидностью. И связаны данные возможности не с личностными характеристиками характеров родителей, а больше с характером внутрисемейных взаимоотношений [82]. В перечень задач сотрудников психологических и педагогических организаций входит разъяснение родителям важности микроклимата в семье, влияния сложившихся взаимоотношений дома на выработку правил поведения ребенка в социуме.

Второй вектор – *принятие во внимание состояния здоровья ребенка с ограниченными возможностями здоровья*. По мнению Л.С. Выготского, любой дефект является потенциалом силы [31]. Поэтому родители такого ребенка должны ясно осознавать специфику проводимой психолого-просветительской и психолого-реабилитационной работы, ориентиры которой должны быть взаимосвязаны с возможной компенсацией патологии. Не секрет, что у внутренней картины детской болезни в понимании родителей всегда присутствует уровневая структура, это доказано многочисленными исследованиями современных психологов. Структура эта имеет несколько связанных между собой уровней:

представление родителей об уровне чувственных ощущений ребенка, болевой стороне его патологии;

представление о возможных детских переживаниях или об эмоциональной стороне имеющейся болезни;

представление об интеллектуальной стороне патологии как рационально-информационном уровне представления болезни;

мотивационный уровень, или представления о волевой стороне болезни ребенка. Практически все родители реагируют на переживание соматической детской боли состоянием страха и беспомощности [22].

Третий вектор – *совокупность внутренних родительских потребностей*. Для полноценного сопровождения ребенка с ОВЗ необходима стабильность в психологическом состоянии родителей. С рождения такого особенного члена семьи родители переживают не только его кризисы развития, но и связанные с изменением



различных обстоятельств собственные кризисы. Все этапы рождения и развития детей с ОВЗ в аспекте протекающих процессов и возникающих реакций родителей нуждаются в подробном анализе, собранная информация облегчит сопровождение психологическими службами таких семей. Поэтому при исследовании взаимоотношений в семьях с детьми-инвалидами важно выявлять внутриличностные ресурсы родителей, которые при необходимости могут быть мобилизованы для быстрой адаптации к новым жизненным периодам в воспитании и обучении ребенка, имеющего ОВЗ [88].

Подводя итог вышесказанного, можно сделать вывод: педагог, задействованный в процессе надомного обучения ребенка с ОВЗ, должен уметь выстраивать результативное взаимодействие не только с ребенком, но и с его родителями и семьей в целом.

4.3. Трудности педагогов при организации надомного обучения детей с ОВЗ

Условия надомного образовательного процесса делают систему взаимоотношений учителя и ученика доминирующей в жизни последнего. Значение этой коммуникации заключается в том факте, что для ребенка с ОВЗ общение с посторонним человеком становится новым опытом взаимодействия с обществом [10]. Чтобы компенсировать изолированность таких учащихся, необходимо определить эффективные личностные, антропологические, полисубъективные, культурологические и деятельностные подходы – способы формирования у детей-инвалидов и учащихся с ОВЗ новых навыков, умений и восприятий согласно сложившимся обстоятельствам.

В профессиональном стандарте «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» перечислены все требования к организации процесса обучения для всех категорий учащихся, включая особенных детей с ОВЗ [61]. Это подразумевает владение педагогом такими методиками и практиками, которые будут давать отличные результаты в том числе при надомном обучении.

Педагог, который занимается надомным обучением ребенка, часто сталкивается с задачами, решение которых требует от него наличия не только специальной педагогической и психологической подготовки, но и коррекционно-развивающих навыков выстраивания уникальной системы межличностных коммуникаций в связке «учитель – ученик – родитель» (Лебедь Н.Ф., Леонтьева М.Р., Селихова О.Л.).

Акцент в современной педагогической психологии делается на самоактуализации преподавателя в контексте его профессиональной активности, а это невозможно без развития субъект-субъектных взаимоотношений и выражения учителем личного отношения к ученику. Доказано влияние учительской самоактуализации на этапы раскрытия потенциала всеми личностями – участниками процесса обучения.

Другое исследование делает вывод о том, что педагоги дистанционных форм обучения считают себя недостаточно компетентными специалистами. Учителя



традиционных образовательных схем обладают высокой мотивацией на успешную деятельность, выступающей ресурсом адекватной самооценки личности и профессионализма. Учителя надомного образовательного процесса отличаются такими личностными чертами, как тревожность с низкой степенью контроля деятельности, негибкость поведения с принятием непоследовательных решений, противоречивость между более старыми и новыми задачами, низкий уровень профессиональной самоорганизации [91].

Определенные компоненты педагогической готовности к надомному обучению лиц с ОВЗ выглядят следующим образом:

- мотивационно-ценностный, включающий в себя, помимо осознания образовательной ценности в общем, особенное отношение к людям с ОВЗ, которые обучаются дома, а также применение наиболее значимых педагогических мотивов для таких учеников;

- содержательно-операциональный, включающий способность к определению особенных образовательных потребностей у детей-инвалидов, обучающихся в домашних условиях, в аспекте особенностей их психоэмоционального развития. Сюда также входит способность оформления и решения педагогических задач, которые могут возникнуть в соответствии со специфическими образовательными потребностями;

- рефлексивный компонент, включающий педагогическое осознание обучающихся на дому детей с ОВЗ собственных профессиональных проблем и достижений, результатов педагогической работы. Речь идет о перспективной, ситуативной и ретроспективной рефлексии.

Также нельзя упустить из виду трудности, которые неминуемо возникают при организации надомного обучающего процесса. Связаны они прежде всего с отсутствием полноценной системы методологической и консультативной поддержки педагогов, которые заняты надомным обучением лиц с ОВЗ. Также отсутствует свод мероприятий, которые бы обеспечивали учителей методическим материалом и техническими обучающими средствами. Можно отметить плохую организацию курсов по повышению квалификации преподавателей, занимающихся учебно-воспитательной деятельностью и психолого-педагогическим сопровождением учеников, получающих образование дома.

В рамках изучения основных трудностей педагогов при организации надомной формы обучения было проведено пилотажное исследование в 6 образовательных организациях, реализующих АООП для обучающихся с ОВЗ. Выбор организации осуществлялся на основании наличия надомной формы обучения детей с ОВЗ. Для проведения диагностического обследования были разработаны анкеты для учителей, осуществляющих надомную форму обучения.

Основными разделами анкеты для учителей выступили:

1. Содержание трудностей при организации надомного обучения.
2. Содержание перспектив надомного обучения.
3. Содержание дефицитов и ресурсов в рамках осуществления надомного обучения детей с ОВЗ.

Так, были выявлены основные педагогические трудности современных учителей, осуществляющих надомную форму обучения детей с ОВЗ (рис. 4).



Установлено, что 50% учителей испытывают чрезмерную занятость административными обязанностями («бумажная работа») на фоне интенсивного рабочего графика; 30% отметили отсутствие преемственности с другими специалистами (психолог, дефектолог и т. д.); 12% пожаловались на отсутствие рабочих условий у семьи ребенка (стол, компьютер и т. д.) для проведения занятия. Небольшой процент учителей (4%) указали на территориальную удаленность ученика; постоянное ношение с собой методических пособий, раздаточного материала и оборудования (2%).



Рисунок 4. Педагогические трудности учителей в рамках надомного обучения

В результате контент-анализа выявлены внутренние и внешние ресурсы, которые помогают учителям эффективно осуществлять работу в рамках надомного обучения: богатый педагогический опыт, поддержка близких, личностные качества (заинтересованность, ответственность, целеустремленность, терпение, дисциплинированность), активность и участие родителей, знание психологии, интернет-ресурсы, научная база по работе с детьми с ОВЗ.

В то же время учителя отмечают, что им не хватает времени на прохождение учебного материала с ребенком, общение с родителями; осведомленности в вопросах медицинского, психологического (поведенческие особенности ребенка с ОВЗ) и педагогического характера (знания дефектологии, работы с детьми ТМНР).

Опрос показал, что учителя стараются разрешать возникающие трудности в процессе организации надомного обучения с учетом здоровьесберегающих условий. Так, 40% учителей стараются завлечь ребенка через игру («использую игры, стараюсь чем-то заинтересовать», «ритуал приветствия»), поучительные мультфильмы и через собственные занятия «вместе с ним сижу и выполняю аналогичные задания как ученик», выстраивают контакт через поощрения, похвалу; изготавливают наглядный материал, используют дидактические пособия для обучения. 26% переключают ребенка на другой вид деятельности, корректируют задания, программу («разбиваю задания»), объясняют и адаптируют материал под



возможности и потребности ученика, разделяют программный материал на упрощенные блоки, многократно повторяют пройденный материал. 13% педагогов используют невербальное общение («стараясь не „давить“ на ребенка, разговариваю мягко»). 11% учителей используют интернет-ресурсы. 7% поддерживают доверительные отношения с учеником и родителями, что помогает разрешать конфликтные ситуации («связываюсь с родителями», «связь с отцом», «родители помогают»). 3% предпочитают использовать физкультминутки под тихую музыку («даю возможность отдохнуть между уроками»).

Важным моментом при организации домашнего обучения является взаимодействие с родителями ребенка с ОВЗ. По мнению педагогов, на отношение родителей к выполнению педагогических рекомендаций влияют:

- авторитет, доверие к педагогу;
- заинтересованность в успехах ребенка, возможности и увлеченность ребенком образовательным процессом;
- требовательность со стороны родителей, желание помочь ребенку в обучении и социализации, доверие, любовь, ответственность;
- уровень знаний и желание родителей помогать своему ребенку;
- отсутствие временных и финансовых ресурсов у семьи ребенка;
- неверие в ощутимый результат ребенка;
- болезнь ребенка.

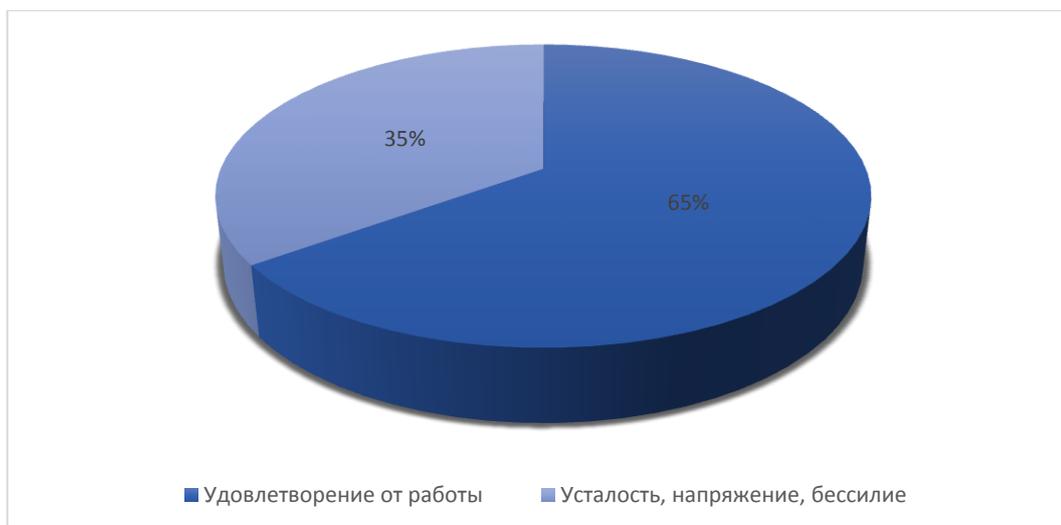


Рисунок 5. Состояние педагога после занятий в рамках домашнего обучения

65% педагогов удовлетворены результатами своей работы, 35% – испытывают апатию, усталость, бессилие (рис. 5). Вторая группа учителей расходует слишком много собственных ресурсов, чтобы добиться требуемых программой результатов. Помимо эмоциональных затрат, педагоги отдаются процессу обучения полностью, постоянное перенапряжение сказывается на работе нервной системы и психики. Активность и непрекращающийся стресс негативно сказываются на физическом состоянии здоровья учителей. При этом такие преподаватели подсознательно ждут поощрения своей деятельности, предвкушая высокую профессиональную оценку руководителей, коллег и родителей особенных учеников. Если эмоциональная ответная реакция носит негативный характер, педагог начинает



аккумулировать неблагоприятные эмоции и постепенно теряет интерес к работе. Причем отрицательные оценочные суждения чаще всего исходят от родителей учеников с ОВЗ и реже – от самих учащихся.

Таким образом, подготовленность учителя к осуществлению им профессиональной деятельности очень важна. Выражается данная готовность в сформированном структурном комплексе умений и знаний, личностных характеристик и компетенций, которые требуются для грамотного создания оптимальных условий обучения детей с ОВЗ на дому. Компонентные элементы такой структуры: мотивационно-ценностный, содержательно-операциональный, рефлексивный.

4.4. Рекомендации для педагогов по организации надомного обучения детей с ОВЗ

Значимая проблема современного специального образования – гуманизация процесса обучения. Основа практического и теоретического решения данной задачи кроется в поиске наиболее оптимальных форм осуществления образовательной функции. Если реализовать гуманный подход, опирающийся на личностно-ориентированную модель выбора обучающих форм, то приоритет остается за созданием таких условий, которые способны обеспечить психологическое здоровье и соматическую стабильность состояния ребенка с ОВЗ.

Исследование современной литературы и публикаций по данной проблематике, а также всесторонний анализ практики организации надомного обучения обнаружили несколько существенных противоречий.

1. Декларируемый в нормативных и правовых актах принцип приоритетности удовлетворения особых потребностей в образовании детей с ОВЗ не находит отражения в методиках, разработанных для реализации данного принципа применительно к ученикам, не имеющим возможности по медицинским предписаниям посещать образовательное учреждение.

2. Обусловленные необходимостью социализации и образования детей с ОВЗ вопросы организации надомного обучения не подкреплены никакой научно-теоретической и методической базой.

3. Потребности детей с ОВЗ в комплексной качественной медицинской, социальной, педагогической и психологической реабилитации на практике вступают в диссонанс с разрозненными усилиями специалистов разнопрофильных учреждений, принадлежащих различным ведомствам.

4. Требования индивидуализации реабилитационного и образовательного процессов не гармонируют с общими подходами, определяющими технологию и содержание надомного обучения для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Чтобы система индивидуального надомного обучения «педагог – ученик» была максимально эффективной, необходимо создать следующие условия:

1) разработка индивидуального маршрутного листа для обучения лиц с ОВЗ;



2) реализация системных мероприятий в рамках психологической и педагогической поддержки учащихся с диагнозом «инвалид детства» или с ограниченными возможностями;

3) развитие профессиональной компетентности учителей, преподающих на дому, через систему курсов повышения квалификации и переподготовки специалистов.



Раздел 5. Психолого-педагогическая помощь педагогам, работающим с обучающимися с ОВЗ, по профилактике и коррекции эмоционального выгорания

5.1. Определение, критерии и фазы эмоционального выгорания

Вопрос эмоционального выгорания педагогических кадров, обеспечивающих образование школьников с ОВЗ, составляет отдельное направление в изучении профессионального становления учителя-дефектолога.

В современной науке наиболее разработаны такие темы:

анализ феноменологии эмоционального выгорания учителей-дефектологов специальных (коррекционных школ);

оценка фаз/этапов эмоционального выгорания посредством стандартизированных методик;

сравнительное изучение эмоционального выгорания между выборками учителей-дефектологов и учителей общеобразовательных школ.

Руководители образовательных организаций рассматривают проблему эмоционального выгорания как фактор, оказывающий негативное воздействие на образовательный процесс, что приводит к таким последствиям, как снижение мотивации и интереса к выполняемой деятельности, увеличение количества конфликтов во взаимоотношениях с обучающимися и родителями (законными представителями) обучающихся, госпитализация сотрудников, формирование негативных привычек и образа жизни, увольнение сотрудников.

В 1970-е годы впервые появился интерес ученых к проблеме эмоционального истощения специалистов, профессия которых была связана с межличностными отношениями и взаимодействием (врачи, учителя, менеджеры, психологи, социальные работники). Одной из закономерностей такого эмоционального кризиса выступало отсутствие интереса к своей профессиональной деятельности, формальное и циничное отношение к обязанностям и субъектам взаимодействия, конфликты на рабочем месте, употребление алкоголя, невротические и соматические заболевания. Данный феномен был обозначен понятием «burnout» (Freudenberger H., 1974) [91].

«Burnout» представляет собой снижение энергетического потенциала специалиста в области социальной практики, когда он ощущает себя растворенным в проблемах других людей.

Общеизвестное развитие данных идей нашло продолжение в трудах американского психолога С. Maslach [92], которая раскрыла характеристики феномена: негативная самооценка и самоотношение, отрицательное отношение к профессиональной деятельности, снижение/утрата сочувствия в отношении клиентов. Ею приводятся такие показатели синдрома: эмоциональное опустошение, циничное отношение к субъектам, деперсонализация или отрицательное самоотношение, ощущение неудовлетворенности в профессиональной



деятельности, нарушение системы социально-психологических связей с коллегами и в семье, снижение качества жизни.

Большинство исследователей солидаризуются в том, что симптомы эмоционального выгорания подразделяются на три группы.

А. Психофизиологические симптомы: нарушение режима дня и сна; нарушения дыхания и его регуляции; снижение сензитивности на изменения в окружающей среде, в том числе и социальной; снижение иммунитета и энергетического потенциала личности; физическая усталость, истощение и утомление; головные боли без причины; нарушение обменных процессов и хронические заболевания пищеварительных органов; снижение функционирования сенсорно-перцептивных процессов (зрительных, слуховых, осязательных, тактильных); изменение показателей веса.

Б. Социально-психологические симптомы: повышенная агрессивность и раздражительность, отстранение от окружающих, стрессы и депрессия, подавленность и апатия, негативные представления о будущих перспективах и профессиональном росте, переживание чувства стыда и вины, снижение самооценки и негативное самоотношение.

В. Поведенческие симптомы: несоблюдение режима дня, неумение сконцентрироваться на первостепенных задачах, злоупотребление негативными привычками и нарушение пищевого поведения, неадекватная критика окружающих, снижение саморегуляции.

Анализ литературных данных позволяет нам сказать, что в отечественной науке имеется очень малое количество работ, посвященных непосредственно деформационному развитию личности учителя-дефектолога, хотя существует большой пласт причин для активизации исследований в этой области [26, 62]. Кроме того, знакомство с научными источниками позволило определить важные и значимые направления исследований в области профессионального становления дефектолога. Можно перечислить некоторые из них.

1. Эмоциональное выгорание является отдельным аспектом деформационных изменений в профессиональном становлении учителя.

2. Эмоциональное выгорание имеет типологические варианты и сложную психологическую структуру, понимание которой позволит построить процесс профилактики и коррекции.

3. Для диагностики эмоционального выгорания необходимо разрабатывать методики, наиболее соответствующие профессиональной деятельности учителя-дефектолога.

4. Важной задачей сопровождения процесса профессионального становления, а также оптимальной организации профессиональной деятельности становится построение программ профилактики и коррекции эмоционального выгорания.

Е.В. Харитоновой и О.М. Салмановой [84] были выявлены специфические особенности протекания профессионального стресса у педагогов коррекционных школ. Психофизиологический уровень стрессоустойчивости учителей-дефектологов характеризуется меньшей выраженностью таких параметров, как обращение в течение последних месяцев за врачебной помощью, болезни ЖКТ и пищеварения, нарушения обмена веществ, занятия спортом или другие формы активности, употребление алкоголя по особым случаям, отсутствие полноценного отдыха в



последнее время. Психологическое содержание стрессоустойчивости базируется на осознанном и ответственном отношении к своей профессиональной деятельности.

5.2. Рекомендации по диагностике и профилактике эмоционального выгорания

Анализ существующего диагностического инструментария показал, что наибольшей популярностью пользуются методики, позволяющие изучать либо этапы/фазы протекания эмоционального выгорания, либо какие-либо аспекты феномена (например, физиологические и психологические показатели). Применяемые методики чаще всего носят психометрический характер, что повышает их объективность, но некоторые из них не имеют теоретического обоснования либо не прошли адаптацию и стандартизацию в российской популяции. При построении анкеты нами делается попытка ориентироваться, как на необходимость теоретической разработки основ методики, так и на использование статистических инструментов для объективизации данных. Другим важным моментом было выделение структурных компонентов эмоционального выгорания с учетом доминирующих психических состояний.

Нами была разработана стандартизированная анкета, включающая психологические проявления, которые обнаруживаются при переживании эмоционального выгорания. Показатели, вошедшие в анкету, были сформированы на основе экспертной оценки (табл. 5). Данные проявления необходимо оценить учителям по пятибалльной шкале, где 1 – не выражено, 2 – мало выражено, 3 – выражено в средней степени, 4 – выражено, 5 – высоко выражено.

Таблица 5

Бланк стандартизированной анкеты по изучению эмоционального выгорания

Показатели	Баллы				
	1	2	3	4	5
Агрессия					
Апатия					
Вегетативные реакции					
Враждебность					
Депрессия					
Деспотичность					
Истощение					
Конфликтность					
Негативное самоотношение					
Нежелание общаться с коллегами					
Нетерпимость					
Обидчивость					
Отсутствие интереса к деятельности					
Переживание отсутствия смысла					
Проблемы со сном					
Раздражительность					
Растерянность					



Сложность в выражении эмоций					
Снижение мотивации					
Усталость					
Утомление					
Ухудшение физического состояния					
Цинизм					

Обработка результатов методики предполагает вычисление суммарного значения показателей, итогом выступает интегральный показатель эмоционального выгорания. Расчет показателей на основе средних значений исследования, проведенного нами, позволил определить следующие уровни: 0-49 баллов – низкий уровень, 50-74 балла – средний уровень, 75-115 баллов – высокий уровень. Низкий уровень характеризует отсутствие эмоционального выгорания, психологическое благополучие. Для среднего уровня характерны некоторые проявления эмоционального выгорания в отдельных переживаниях, связанных с межличностными отношениями, личностными проявлениями, психосоматическими проявлениями, снижением мотивации и работоспособности, понижением активности. Высокий уровень отличается проявлением эмоционального выгорания в большинстве переживаний.

При проведении методики необходимо обратить внимание на следующие моменты.

1. Методика требует дальнейшей проверки на соответствие психометрическим требованиям (валидность, надежность, стандартизация), что позволит подтвердить ее научную обоснованность и возможности прикладного использования. Соответственно, предложенный вариант может применяться как ориентировочный метод, результаты которого должны подкрепляться данными других психологических методов, например, вербально-коммуникативными (беседа, интервью и т. д.).

2. Методику желательно проводить несколько раз, так как все психологические феномены, изучающие психические состояния, подвержены воздействию сильных внешних факторов, отражающихся в сфере переживания человека. Задача специалиста, изучающего выраженность эмоционального выгорания, будет заключаться в установлении того переживания, которое характерно для человека в его повседневной жизни, особенно в сфере профессиональной деятельности.

Нами было осуществлено исследование структуры и типологии эмоционального выгорания у учителей, реализующих образование школьников с ОВЗ (табл. 6). Обращение к проблеме профессионального здоровья педагога значимо в теоретическом и прикладном плане с точки зрения опосредующей роли учителя в образовательном процессе как субъекта деятельности. Профессиональное здоровье педагога во многом коррелирует с мотивацией к занятию профессиональной деятельностью, интересом к ней, стремлением выполнять свои обязанности творчески и вовлеченно, что характерно для социномических профессий.

Обратимся к раскрытию эмпирической (факторной) структуры эмоционального выгорания учителей, реализующих образование школьников с ОВЗ. Первый фактор (доля объяснимой дисперсии – 18,6%) получил название «снижение интереса к деятельности и жизни», охватывает состояния, связанные со снижением интереса к



деятельности, потерей смысловых установок. Второй фактор (15,3%) объединяет вегетативные реакции, проблемы со сном, сложность в выражении эмоций, ухудшение физического состояния. Его можно интерпретировать как «ухудшение психофизиологического состояния». Третий фактор (15,0%) объединяет агрессию, враждебность, цинизм, что позволяет квантифицировать его как «враждебное отношение». Четвертый фактор (12,1%) образуется деспотичностью, конфликтностью и нежеланием общаться с коллегами, что позволяет охарактеризовать фактор «трудности в построении межличностных отношений». Пятый фактор (10,4%) содержит негативное самоотношение, переживание отсутствия смысла, растерянность, депрессию и получает название «трудности в рефлексии».

Таблица 6

Факторная структура эмоционального выгорания педагогов, реализующих образование школьников с ОВЗ

Название фактора и его составляющие	Факторная нагрузка
1. «Снижение интереса к деятельности и жизни» апатия истощение отсутствие интереса к деятельности снижение мотивации усталость утомление	0,657 0,745 0,867 0,707 0,678 0,715
2. «Ухудшение психофизиологического состояния» вегетативные реакции проблемы со сном сложность в выражении эмоций ухудшение физического состояния	0,734 0,802 0,683 0,703
3. «Враждебное отношение» агрессия враждебность цинизм	0,782 0,803 0,714
4. «Трудности в построении межличностных отношений» деспотичность конфликтность нежелание общаться с коллегами	0,765 0,689 0,773
5. «Трудности в рефлексии» депрессия негативное самоотношение переживание отсутствия смысла растерянность	0,804 0,719 0,689 0,826

Результаты факторного анализа показали, что структура эмоционального выгорания определяется деструктивными изменениями в психических состояниях и психологических особенностях, сопряженных с разными уровнями – психофизиологическим, психологическим и социально-психологическим. Данные факторного анализа позволяют определить направления работы по



психопрофилактике эмоционального выгорания и поддержке профессионального здоровья педагогов, реализующих образование школьников с ОВЗ.

Знание эмпирической структуры эмоционального выгорания позволило определить направления психопрофилактической и психокоррекционной работы. При организации этой работы необходимо выделить некоторые важные моменты.

1. Эмоциональное выгорание необходимо дифференцировать от других психологических проблем человека, например, депрессий, потери смысла жизни, психических расстройств. Различные психологические проблемы могут проявляться и у человека с эмоциональным выгоранием. Однако стратегия оказания помощи в таких случаях будет совершенно иной, в некоторых случаях есть необходимость применения медицинских моделей психотерапевтической помощи.

2. Важным моментом в разрешении проблем, связанных с эмоциональным выгоранием в профессиональной деятельности, является обращение к квалифицированному психологу, который наметит направления и содержание помощи.

3. Профессиональное становление специалиста предполагает различные векторы профессионализации (развитие, стагнация, регресс). В кризисные периоды профессионального становления усиливается тенденция проявления эмоционального выгорания в связи с нереализованностью специалиста.

4. Эмоциональное выгорание – только лишь одна из форм деструктивных изменений личности профессионала. Более глубокие изменения в портрете профессионала обусловлены деформациями на личностном уровне.

5. Психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия предполагают проведение лекций и тренингов по вопросам профессионального здоровья и его сохранения. Для работы с разного рода установками и мыслями наиболее плодотворными будут техники и методы, разработанные в когнитивной психотерапии; проработка эмоционального напряжения и механизмов психологической защиты возможна с использованием арт-терапевтических техник; снятие мышечного напряжения и расслабление возможно с помощью аутогенной тренировки.

6. В случае диагностирования эмоционального выгорания необходима индивидуальная работа с психологом, который выстроит траекторию работы с проблемой, так как общих механизмов помощи нет, необходимо учитывать ресурсную базу человека, степень выраженности эмоционального выгорания, своеобразие личностной организации и т. д. В некоторых случаях необходима бывает и перестройка профессионального пути человека, предполагающая и уход из профессии в другую.

Проведенное исследование позволило разработать стандартизированную анкету по изучению эмоционального выгорания, однако она требует психометрической проверки для получения более верифицируемых результатов. Знание структуры эмоционального выгорания позволяет определить ресурсную базу личности учителя, что дает возможность наметить и разработать систему мероприятий по профилактике и преодолению деструктивных изменений, сопровождению процесса профессионального становления, а также оптимальной организации профессиональной деятельности. Знание феноменологии эмоционального выгорания будет способствовать гармонизации качества жизни



учителя в решении проблем, обусловленных психосоматическими заболеваниями, межличностными и семейными конфликтами, личностными проблемами.



Заключение

Здоровьесбережение является комплексной проблемой, рассматриваемой рядом наук, что позволяет его трактовать как целенаправленную и научно-обоснованную систему, функционирующую на различных уровнях: макроуровне (факторы и условия здоровьесбережения), экзoуровне (здоровьесберегающая среда и пространство), мезоуровне (здоровьесберегающие технологии) и микроуровне (субъекты здоровьесбережения). Это дает возможность анализировать здоровьесбережение как матрицу, центральной фигурой которой является ребенок с ОВЗ. Осмысление этого факта позволяет реализовать субъектный подход к оценке качества образования. Таким образом, эффекты здоровьесберегающей среды образовательной организации оцениваются с позиции «действия внешнего через внутреннее», а результат детерминируется состоянием параметров образовательной среды, индивидуальными свойствами и личностными качествами обучающегося, что в совокупности проявляется в виде взаимосвязанных динамических изменений, содействующих эволюции системы, сохранению и укреплению здоровья, распространению ценностей гуманизма и толерантности, здоровьесбережению и самореализации личности.

В образовательных организациях, реализующих АООП для обучающихся с ОВЗ, не в полной мере выстроены механизмы междисциплинарного взаимодействия и недостаточно реализуются формы сетевого партнерства с учреждениями здравоохранения, что становится причиной неполного владения или ограничения информации о состоянии здоровья обучающихся и педагогических ошибок при определении условий, форм и режима обучения и, как следствие, ухудшения психологического состояния обучающихся, успеваемости и показателей здоровья. Осмысление полученных данных подтвердило известную научную истину, что отдельные факторы оказывают влияние на психофизическое состояние, социальную адаптацию и результаты обучения не изолированно друг от друга, а имеют общий кумулятивный эффект, проявляющийся в виде реализации имеющегося у ребенка психологического потенциала. В методических рекомендациях выделены ресурсы и «дефициты» образовательных организаций, реализующих модели специального и инклюзивного образования, в создании и реализации здоровьесберегающей среды.

Отдельной проблемой является отсутствие алгоритмов применения различных здоровьесберегающих технологий в образовании детей с ОВЗ, а соответственно, специалисты на опытном уровне и интуиции определяют эффективность применения какой-либо технологии для той или иной категории обучающихся, не учитываются показания и противопоказания к применению технологий, индивидуально-психологические особенности и личностный адаптационный показатель школьников.

Методические рекомендации могут быть использованы для оценки образовательной среды с учетом реализации здоровьесберегающих условий; использования здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе; диагностики психологического благополучия школьников с ОВЗ; реализации надомного обучения детей с ОВЗ в контексте взаимодействия педагогов с



родителями; укрепления профессионального здоровья педагога, работающего с детьми с ОВЗ.

Содержание методических рекомендаций будет полезно руководителям и специалистам образовательных организаций, родителям детей с ограниченными возможностями здоровья. Они направлены на улучшение качества образовательного процесса, укрепление здоровья школьников с ОВЗ, их интеграции в общество с учетом существующих психофизических ограничений и социальных реалий.



Перечень сокращений и обозначений

- АООП – адаптированные основные образовательные программы
- ОВЗ – ограниченные возможности здоровья
- ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт
- ЭСО – электронная система обучения
- СанПин – санитарно-эпидемиологические правила и нормы
- НОДА – нарушения опорно-двигательного аппарата
- ЗПР – задержка психического развития
- ТНР – тяжелые нарушения речи
- ТМНР – тяжелые множественные нарушения развития
- ФФНР – фонетико-фонематические нарушения речи



Список литературы

1. Конвенция ООН «О правах инвалидов» (Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70170066> (дата обращения: 23.09.2022).
2. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://Ministry-0-1484-src-1620805724.6442.docx> (дата обращения: 11.06.2022).
3. Паспорт национального проекта «Образование» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.econom22.ru/pnp/natsionalnye-proekty-programmy/Образование.pdf> (дата обращения: 11.08.2022).
4. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726> (дата обращения: 21.08.2022).
5. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/10164504> (дата обращения: 01.07.2022).
6. Абаскалова Н.П., Зверкова А.Ю. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учебно-методическое пособие. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2012. – 157 с.
7. Абульханова К.А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избранные психологические труды. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999. – 224 с.
8. Авалуева Н.Б., Алексеева А.С., Алиева Э.Ф. Система оценивания субъективного благополучия российских школьников: теоретико-методологическое обоснование // Сибирский психологический журнал. – 2022. – № 83. – С. 100-121.
9. Антонова Н.А., Ерицян К.Ю., Цветкова Л.А. Субъективное благополучие подростков и молодежи: концептуализация и измерение // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2018. – № 187. – С. 69-78.
10. Аркатова Л.Р. Лонгитюдный метод в диагностической работе учителя математики с обучающимся надомного обучения // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – № 69. – С. 341-347.
11. Аркатова Л.Р. Педагогические условия организации надомного обучения учащихся с ограниченными возможностями: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – Елабуга: Татар. гос. гуманитар.-пед. ун-т, 2009. – 214 с.
12. Аркатова Л.Р. Система индивидуальной работы учителя с учеником при надомном обучении // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – № 51. – С. 341-346.
13. Архиреева Т.В. Субъективное благополучие младших школьников // Вестник Новгородского государственного университета. – 2017. – № 4 (102). – С. 13-16.
14. Баева И.А. Психологическая безопасность в образовании: монография. – СПб.: СОЮЗ, 2002. – 271 с.



15. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с.
16. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2009. – № 5. – С. 6-11.
17. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей современной России (Серия «Социальная педиатрия», выпуск 20). – М.: ПедиатрЪ, 2018. – 120 с.
18. Баскакова М.Е. Проблема доступности профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве. – М.: Актуарная компания, 2012. – 212 с.
19. Бисахалова Л.Н. Теоретические основания организации надомного обучения и воспитания детей // Матрица научного познания. – 2022. – № 2-2. – С. 82-85.
20. Брушлинский А.В. Психология субъекта. – М.: Институт психологии РАН; СПб.: Алетейя, 2003. – 272 с.
21. Будаева Н.А. Разработка и оформление индивидуального образовательного маршрута. Методическое пособие / под общей ред. А.В. Хаустова, Н.Г. Манелис. – М.: АНО Ресурсный класс, 2015. – 34 с.
22. Быкова И.С., Краснощекова И.В., Якиманская И.С. Отношение к болезни у родителей детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья): постановка проблемы // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – № 1. – С. 36.
23. Быстрова Н.В., Уракова Е.А., Коротеева О.Д. Психологическое благополучие школьников в системе современного образования // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 63-1. – С. 47-50.
24. Васин С.А., Кваша Е.А., Рамонов А.В., Харькова Т.Л. Динамика инвалидности – эффект социальной политики? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.demoscope.ru/weekly/2015/0647/print.php> (дата обращения: 19.09.2022).
25. Веретенникова В.Б. Развитие базовых компетенций педагогов и родителей в социальном партнерстве семьи и дошкольной организаций // В.Б. Веретенникова, О.Ф. Шихова // Вестник ИжГТУ. – 2018. – Т. 21. – № 1. – С. 140-145.
26. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. – М.: Юрайт, 2017. – 343 с.
27. Водяха С.А. Особенности психологического благополучия старшеклассников // Психологическая наука и образование. – 2013. – Т. 18. – № 6. – С. 114-119.
28. Волкова Т.А. Роль информационных технологий в развитии интеллектуальной активности школьников // Духовная сфера общества: материалы научно-практической конференции по итогам НИР кафедры философии и политологии за 2012 год и межрегиональной научно-практической конференции «Красновские чтения», посвященной 85-летию со дня рождения А.В. Краснова. – Йошкар-Ола, 2013. – Вып. 10. – С. 132-135.



29. Волочков А.А. Учебная активность в интегральном исследовании индивидуальности: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01. – Пермь, 2002. – 416 с.
30. Вороницкая Т.В., Стриевич Е.А., Тирюшкина О.В. Школа домашнего обучения // Поиск. Инновации. Опыт. – 2006. – № 6. – С. 7-11.
31. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
32. Вяткин Б.А. Стиль активности как фактор развития интегральной индивидуальности // Интегральное исследование индивидуальности: стиль деятельности и общения. – Пермь, 1992. – 46 с.
33. Гасникова Т.О. Вопросы как форма исследовательской активности младших школьников // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2012. – Т. 3. – № 1. – С. 45-55.
34. Гигиена детей и подростков: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. проф. В.Р. Кучмы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 560 с.
35. Гигиена: учебник. – В 2 т. – Т. 2. / ред. Ю.П. Пивоваров. – М.: Академия, 2014. – 352 с.
36. Гинзбург М.Р. Психологическое содержание личностного самоопределения // Вопросы психологии. – 1994. – № 3. – С. 43-52.
37. Гончарова Г.А., Лазуренко С.Б., Голубчикова А.В. Образовательная среда для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в современной школе // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2021 – № 200. – С. 7-17.
38. Григорьева М.В. Субъективное благополучие личности как результат школьной адаптации в разных условиях обучения // Психологическая наука и образование. – 2009. – Т. 14. – № 2. – С. 41-46.
39. Добрынин Н.Ф. Проблема активности личности, активности сознания // Проблема активности личности. Ученые записки МГПИ им. Потемкина. – Т. 36. – М., 1954. – 451 с.
40. Дударева Л.В., Чернышева И.Н. Шаги к успеху: обучение на дому детей с тяжелыми множественными нарушениями развития // Пермский педагогический журнал. – 2020. – № 11. – С. 72-77.
41. Информационная справка о состоянии системы образования обучающихся с ОВЗ и с инвалидностью в Московской области на 1 сентября 2020 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mo.mosreg.ru/deyatelnost/inklyuzivnoe-obschee-obrazovanie-mo/inklyuzivnoe-obshchee-obraz/14-01-2021-12-49-33-informatsionnaya-spravka-o-sostoyanii-sistemy-obra> (дата обращения: 11.08.2022).
42. Каменская В.Г., Котова С.А. Концептуальные основы здоровьесберегающих технологий развития ребенка дошкольного и младшего школьного возраста: учебное пособие / под ред. Н.А. Ноткиной. – СПб.: ООО «Книжный дом», 2008. – 224 с.
43. Карабанова О.А. Психология семейных отношений: учебное пособие. – Самара: СИОКПП, 2001. – 122 с.
44. Коновалова Е.Ю. Формирование готовности педагога к обучению на дому детей с ограниченными возможностями здоровья в дополнительном профессиональном образовании: автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. – Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – 2013. – 22 с.
45. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д., Григоренко Е.Л. Факторы социального и психологического неблагополучия подростков в показателях методик



стандартизованного интервью и листов наблюдения // Вопросы психологии. – 2001. – № 1. – С. 107-138.

46. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья: прогнозирование психосоциального развития в современной образовательной среде // Клиническая и специальная психология. – 2021. – Т. 10. – № 2. – С. 239-252.

47. Кочетова Е.А. Сохраняем и укрепляем здоровье детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью мобильного электронного приложения // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2022. – № 8. – С. 41-46.

48. Кучма В.Р., Фисенко А.П. Медико-профилактические направления укрепления здоровья детей в рамках реализации Плана мероприятий Десятилетия детства до 2020 г. // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – № 3. – С. 4-9.

49. Ладнушкина Н.М. Обучение на дому: организационные и правовые аспекты // Народное образование. – 2019. – № 6 (1477). – С. 106-110.

50. Лазуренко С.Б., Венгер А.Л. Психолого-педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья // Альманах института коррекционной педагогики. – 2020. – № 40. – С. 43-50.

51. Лазуренко С.Б., Соловьева Т.А., Терлецкая Р.Н., Конова С.Р. Проблемы здоровьесбережения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях Российской Федерации // Интеграция образования. – 2021. – Т. 25, № 1. – С. 127-143. DOI: 10.15507/1991-9468.102.025.202101.127-143.

52. Лебедева К.С. Субъективное благополучие школьников с ограниченными возможностями здоровья // Вестник науки и образования. – 2018. – № 16-1 (52). – С. 101-107.

53. Логутова Е.В. Оценка психологического благополучия подростков в образовательном учреждении // Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – № 53-4. – С. 345-352.

54. Масленников В.А. Исследование активности младших школьников в процессе интеллектуальной деятельности // ИТС. – 2005. – № 1-2. – С. 34-48.

55. Методы контроля и управления санитарно-эпидемиологическим благополучием детей и подростков. 5 практическое руководство по гигиене детей и подростков для студентов медико-профилактических факультетов высших медицинских учебных заведений / Н.Д. Бобрищева-Пушкина, Т.Ю. Вешнецкая, В.Р. Кучма, Е.В. Нарышкина, Д.В. Синякова, Н.Н. Суханова, Н.Л. Ямщикова / под ред. проф. В.Р. Кучмы. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 157 с.

56. Милушкина О.Ю. Технологии диагностики и профилактики нарушений адаптации детей к систематическому обучению / О.Ю. Милушкина, Н.Х. Жамлиханов, З.А. Григорьева // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. – М.: ИПЦ «Научная книга», 2019. – 340 с.

57. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 848 с.

58. Нетребенко Л.В. Соотношение познавательной активности и мышления у обучающихся // Известия Смоленского государственного университета. – 2014. – № 4 (28). – С. 436-444.



59. Никитина Л.Н. Отношение к себе и окружающим детей и подростков с церебральным параличом при дистанционном надомном обучении: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. – СПб.: Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, 2016. – 26 с.

60. Нурлыгаянов И.Н, Соловьева Т.А., Лазуренко С.Б., Голубчикова А.В. Здоровьесбережение в образовании обучающихся с ОВЗ: принципы и организация // Психологическая наука и образование. – 2022. – Т. 27, № 5. – С. 34-45.

61. Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)»: приказ Минтруда России от 18.10.2013 № 544н: редакция от 05.08.2016 [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155553/ (дата обращения: 29.09.2022).

62. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – 330 с.

63. Пасечкина В.П., Кожина И.А. Здоровьесберегающее образование как результат профессиональной деятельности: в помощь учителю, воспитателю. – Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – 172 с.

64. Письмо Минобрнауки России от 28.02.2003 № 27/2643-6 «О методических рекомендациях по организации деятельности образовательных учреждений надомного обучения» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://school512.ru/file/F_G_O_S/FGOS_OVZ/Normat_baza/6_pismo_27_2643_6 (дата обращения: 11.07.2022).

65. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 г. в России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/health-topics/#П> (дата обращения: 04.05.2022).

66. Пожарская Е.Н. Здоровьесберегающая педагогика: учебное пособие для вузов. – Ростов н/Д: Издательский центр ДГТУ, 2012. – 479 с.

67. Попов А.Ю., Волочков А.А. Структура и психологическая диагностика активности студента. – Пермь: Перм. гос. гум.-пед. ун-т, 2015. – 152 с.

68. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ivo.garant.ru/proxy/share?data=q4Og0aLnpN5Pvp_qlYq05d79qPLUv9u45fKDAPPjuNCj6rHMouixyLH7t9G300W_4P3Bscyxxb_l_saln_2r8-Co0bnMtP3ujQDyj-SH463gsfy74Jr8nPPvv9pVvOW-wY7otJ3ro-eE4lLjuSOXQ (дата обращения: 15.06.2022).

69. Практикум по возрастной психологии: учебное пособие / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2002. – 354 с.

70. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2016 г. № 436н. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71349638/> (дата обращения: 11.08.2022).

71. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология подросткового возраста. – М.: Юрайт, 2023. – 406 с.



72. Регуш Л.А., Орлова А.В. Педагогическая психология. – СПб.: Питер, 2011. – 416 с.
73. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. – М.: Наука, 1997. – 189 с.
74. Руководство к лабораторным занятиям по гигиене: учеб. пособие для студ. учреждений высш. образования / Ю.П. Пивоваров, В.В. Королик, Л.И. Мялина и др. – 2-е изд., стер. – М.: Академия, 2015. – 624 с.
75. Рыжова О.С. Социально-педагогическое проектирование надомного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – М., 2005. – 241 с.
76. Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б. Исследование социально-психологической адаптации российских школьников // Дефектология. –2020. – № 2. – С. 64-72.
77. Сергиенко Е.А. Раннее когнитивное развитие: новый взгляд. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 464с.
78. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы: Методическая библиотека – М.: АРКТИ, 2003. – 46 с.
79. Степанова Г.А., Булатова Г.А., Гимазов Р.М. Здоровьесберегающие основы образовательного процесса учащихся и студентов. – Сургут: РИО СурГПУ, 2006. – 223 с.
80. Татарникова Л.Г. Педагогика здоровья: здоровьесберегающие педагогические технологии. – СПб.: СПбАПО, 2006. – 184 с.
81. Тихомирова Л.Ф., Макеева Т.В. Здоровьесберегающая педагогика. – М.: Юрайт, 2018. – 251 с.
82. Уклеина А.Е., Мухортова С.А., Горбачева Т.В., Пчелинцева С.В., Козельцева Н.П. Роль семьи в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья // НАУ. – 2021. – № 71-1. – С. 41-43.
83. Ульянина О.А. Психологическая безопасность образовательной среды: особенности, показатели и условия формирования // Социально-психологические проблемы просоциального поведения современного поколения детей и молодежи. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Севастополь, 2022. – С. 187-194.
84. Харитоновна Е.В., Салманова О.М. Особенности профессионального стресса у педагогов коррекционных школ // Современные тенденции и проблемы психологической науки: материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 110-летию со дня рождения П.М. Якобсона, 17-18 мая 2012 г., г. Уфа / отв. ред. С.И. Галяутдинова, И.Н. Нурлыгаянов. – Уфа: РИЦ БашГУ, 2012. – С. 65-68.
85. Цибульникова В.Е., Леванова Е.А. Педагогические технологии. Здоровьесберегающие технологии в общем образовании: учебное пособие (с практикумом) для студентов педагогических вузов. – М.: МПГУ, 2017. – 148 с.
86. Чеснокова Л.В. Развитие познавательной активности младших школьников посредством интегрирования предметов // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. – 2008. – № 7. – С. 118-124.
87. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академический проект, 2005. – 336 с.



88. Шутова Н.В., Шуткина Ж.А., Дунаева Н.И. Личностные ресурсы родителей, воспитывающих детей с ОВЗ // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 64-2. – С. 327-328.

89. Щербакова Е.М. Россия: предварительные демографические итоги 2017 года (часть II) // Демоскоп Weekly. – 2017. – № 761-762.

90. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory // Annals of Child Development. – 1989. – № 6. – С. 34-45.

91. Freudenberger H.J. Staff burnout // Journal of social Issues. – 1974. – V. 30. – P. 159-165.

92. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon // Job Stress and Burnout / Ed. W.S. Paine. – Beverly Hills: Sage, 1982.