

Министерство образования и науки Республики Казахстан  
НАО «Медицинский университет Астана»

УДК: 614.2:378.147- 056.24  
МПК: G06Q50/20, G16H15/00

*На правах рукописи*

**ДҮЙСЕБЕК ӘСЕЛ НҰРЛАНҚЫЗЫ**

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСТАНЦИОННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**6M110200 - Общественное здравоохранение**  
Диссертация на соискание академической степени  
магистра общественного здравоохранения

Научный руководитель \_\_\_\_\_  
К.м.н., профессор Тургамбаева А.К.

Республика Казахстан  
Нұр-Сұлтан, 2020

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....   | 3  |
| ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....  |    |
| ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....   |    |
| СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....   |    |
| ВВЕДЕНИЕ.....   |    |
| 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....  | 12 |
| 1.1. Анализ оргнанизационно-методических условий обучения лиц<br>с особыми образовательными возможностями здоровья.....     | 12 |
| 1.2. Международный опыт образования для различного уровня контингента   | 17 |
| 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....   | 23 |
| 2.1. Программа исследования.....  | 23 |
| 2.2. Методика исследования.....   | 24 |
| 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....   | 26 |
| 3.1. Особенности организации дистанционного медицинского образования<br>для лиц с ограниченными возможностями здоровья..... | 26 |
| 3.2. Медицинское образование для лиц с особыми образовательными<br>возможностями здоровья.....                              | 34 |
| 3.3. Опыт применения дисстанционного обучения в НАО «Медицинский<br>Университет Астана» .....                               | 39 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....   | 42 |
| ВЫВОДЫ.....   | 46 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....  | 47 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....   | 48 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ.....   | 55 |

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 18 сентября 2009 года, №193-IV (с изменениями и дополнениями по состоянию на 21.04.2016 г.)

Послание народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30-ти наиболее развитых стран мира к 2050 году

Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана: Стратегия “Казахстан-2030” на Новом этапе развития Казахстана

Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии (Письмо МОН от 16 марта 2009 года № 4-02-4/450)

Методические рекомендации по организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями (Утверждены Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан № 524 от «12» декабря 2011 года)

Инструктивно-методическое письмо по обеспечению программно-техническими средствами рабочих мест детей-инвалидов, обучающихся на дому № 02-5/365 (6 апреля 2011 г.)

Методические рекомендации по организации деятельности специальных (коррекционных) организаций образования для детей с ограниченными возможностями

Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии (Письмо МОН от 16 марта 2009 года № 4-02-4/450)

Правила деятельности психологической службы в организациях среднего образования. Утверждены Приказом МОН РК №528 от 20.12.2011 г.

Инструктивно-методическое письмо по определению детей после кохлеарной имплантации в общеобразовательные (инклюзивные) и специальные (коррекционные) организации образования (Письмо МОН № 4-02-4/1228 от 2 июля 2009 года)

Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования (Письмо МОН №4-02-4/1435 от 28 мая 2010г.)

Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 апреля 2016 года № 213 Третий этап (2016-2018 годы) Плана мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012-2018 годы

Закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 года № 343-ІІ

Правила деятельности психологической службы в организациях среднего образования. Утверждены Приказом МОН РК №528 от 20.12.2011 г.

Инструктивно-методическое письмо по определению детей после кохлеарной имплантации в общеобразовательные (инклюзивные) и специальные (коррекционные) организации образования (Письмо МОН № 4-02-4/1228 от 2 июля 2009 года)

Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования (Письмо МОН №4-02-4/1435 от 28 мая 2010г.)

Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 апреля 2016 года № 213 Третий этап (2016-2018 годы) Плана мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012-2018 годы

О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 23 августа 2012 года № 1080 "Об утверждении государственных общеобязательных стандартов образования соответствующих уровней образования"

Закон РК «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 4 июля 2018 года)

Приказ МОН РК от 31 октября 2018 года № 604 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов образования всех уровней образования»

Приказ МОН РК от 20 марта 2015 года № 137 «Правила организации учебного процесса по *дистанционным образовательным технологиям*»; (с изменениями приказом от 30 мая 2016 года №343)

Закон Республики Казахстан от 13 ноября 2015 года № 398-V "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам образования"

Инструктивно-методическое письмо "Об особенностях преподавания основ наук в общеобразовательных организациях Республики Казахстан в 2018-2019 учебном году"

Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 19 ноября 2014 года № 479. О внесении изменения и дополнения в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 557 "Об утверждении типовых учебных планов дошкольного образования Республики Казахстан"

Об утверждении Правил и условий проведения аттестации гражданских служащих в сфере образования и науки, а также Правил и условий проведения аттестации педагогических работников и приравненных к ним лиц, занимающих должности в организациях образования, реализующих общеобразовательные учебные программы дошкольного, начального, основного среднего, общего среднего, образовательные программы технического и профессионального, послесреднего образования (Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 27 января 2016 года №

83. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 февраля 2016 года № 13317)

«О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.12.2015 г.)

Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»  
(с [изменениями и дополнениями](#) по состоянию на 03.12.2015 г.)

Инструктивно-методическое письмо по обеспечению программно-техническими средствами рабочих мест детей-инвалидов, обучающихся на дому № 02-5/365 (6 апреля 2011 г.)

Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 июля 2009 года № 338 Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.12.2013 г.)

## **ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

*Инвалидность* – объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества. Нарушения — это проблемы, возникающие в функциях или структурах организма; ограничения активности — это трудности, испытываемые человеком в выполнении каких-либо заданий или действий; в то время как ограничения участия — это проблемы, испытываемые человеком при вовлечении в жизненные ситуации.

*Лица с особыми потребностями* – это потеря или отклонения анатомической, физиологической или психической структуры или функции человека, которая совместно с другими затруднениями в отношении и среде препятствует участию в общественной жизни на равных с другими лицами условиях.

*Инновационность* – поиск, стремление к рационализаторству, способность к риску.

*Дистанционное обучение* – это технологии, реализуемые, в основном, с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и преподавателя.

*Видеолекции* - дидактический потенциал учебного видео, позволяющий решать крайне широкий круг дидактических задач, заметно облегчает и ускоряет доступ студентов к учебной информации.

*Учебная видеолекция* - это специально подготовленная учебная видеозапись, снабженная необходимыми таблицами, схемами, иллюстрациями, видеоматериалами и позволяет сообщать разнообразную информацию в рамках учебного материала, формировать наглядные представления о фактах, событиях, законах, явлениях, обобщать систематизировать пройденный материал, повышать плотность аудиторных занятий за счет ускоренной подачи информации, стимулировать деятельность студентов по профессиональному самообразованию.

*Учебно-методический комплекс дисциплины/модуля* -набор учебно-методических документов, необходимых для полноценной реализации процесса обучения по конкретной дисциплине/модулю

*ТВ-технология* – телевизионная технология, на базе которой строится дистанционное обучение.

*Кейс технологии* – набор кейсов текстовых аудиовизуальных и мультимедийных учебно-методических материалов и их рассылке для самостоятельного изучения учащимся при организации регулярных консультаций у преподавателей.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

|         |   |
|---------|---|
| РК      | - Республика Казахстан  |
| ИО      | - Инклюзивное образование   |
| МЗ      | - Министерство здравоохранения  |
| ВОЗ     | - Всемирная Организация Здравоохранения   |
| ДОТ     | - дистанционные образовательные технологии  |
| ОДО     | - открытое дистанционное обучение   |
| IT      | - информационные технологии   |
| ЮНЕСКО  | - Организация Объединённых Наций по вопросам образования, науки и культуры  |
| США     | - Соединенные штаты Америки   |
| ИИТО    | - Институт информационных технологий в образовании  |
| РЦОИ    | - Региональный центр обработки информации   |
| СДО     | - Система дистанционного обучения   |
| СНГ     | - Содружество независимых государств  |
| SWOT    | - S (сильные), W (слабые), O (возможности), T (угрозы)  |
| ППС     | - Профессорско-преподавательский состав   |
| ООН     | - Организация объединенных наций  |
| РФ      | - Российская Федерация  |
| EdX     | - Онлайн ресурс, является некоммерческим предприятием, основанным Массачусетским технологическим институтом (МТИ) и Гарвардским университетом |
| УМКД    | - Учебно-методический комплекс дисциплины   |
| ЦИОР    | - Центр информационно-образовательных ресурсов  |
| ОКОПиБП | - Отдел обеспечения качества образовательных программ и Болонского процесса   |
| ГОСО    | - Государственный общеобязательный стандарт образования   |
| МОН     | - Министерство образования и науки  |
| ООП     | - Особые образовательные потребности  |

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Таблица №1 | Программа и методы исследования.....  | 24 |
| Таблица №2 | Заболевания, встречающиеся у ЛОВЗ.....  | 31 |
| Таблица №3 | SWOT- анализ с целью выявления факторов, влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования..... | 36 |
| Таблица №4 | Характеристика факторов, формирующих позитивное отношение к дистанционной форме обучения.....                         | 38 |
| Рисунок №1 | Возрастная характеристика респондентов.....   | 29 |
| Рисунок №2 | Условия проживания респондентов.....  | 29 |
| Рисунок №3 | Желающие обучаться на дистанционном обучении.....   | 30 |
| Рисунок №4 | Употребление алкоголя респондентов.....   | 30 |
| Рисунок №5 | Регулярно курящие ЛОВЗ.....   | 31 |
| Рисунок №6 | Структура заболеваемости респондентов.....  | 32 |
| Рисунок №7 | Управленческое предложение для развития ДОТ по специальности «Общественное здравоохранение».....                      | 40 |

## **ВВЕДЕНИЕ**

## **Актуальность темы исследования**

В последнее десятилетие среди лиц молодого возраста, есть множество тех, кто имеет ограниченные возможности здоровья. Следовательно, они также хотят получить высшее образование, стараются по возможности посещать занятия на уровне с другими обучающимися. Как правило, практически все университеты имеют свой индивидуальный учебный план для обучающихся и соответственно получения высшего образования. Однако не во всех университетах имеются условия для принятия лиц с ограниченными возможностями здоровья. Практически они все поступают на одинаковых условиях приема и внутренних положениях университета. К, примеру, дистанционное образование позиционирует на рынке образовательных услуг как отличную возможность заменить классическому образованию не только для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), а также для тех, кто не располагает возможностями или временем обучаться на очном образовании [Д. Кадье, 2015; Е.Е. Николаевна, 2018].

В Европейских странах открыты и в настоящее время продолжают образовательные учреждения все больше переходить на образовательные платформы для получения дистанционного образования. Многие из которых уже себя проявили на мировом уровне как одни из лучших университетов (британский Open University, германский Hagen Universitet) по данным И.А. Кошелев, 2010.

Дистанционное образование (ДО) огромную роль играет в реформировании образования как в мире, так и в нашей стране. Поэтому дистанционное образование предполагает предоставить широкое поле для развития ЛОВЗ [И.А. Кошелев, 2010].

Таким образом, ведущая перспектива ДО заключается в учетывании возможностей, интересов каждого обучающегося ЛОВЗ, соответственно оказывая непосредственную помощь в разработке индивидуального учебного плана, который будет ориентированным для эффективного сочетания проведения разных уровней и форм проведения занятий. Но, необходимо отметить один из важных моментов – это обеспечение его культурным развитием, социализацией, развитие творческих способностей и практических навыков. Данная платформа образования направлена, конечно, же на собственные обучающиеся цели ЛОВЗ, чтобы найти наиболее эффективный для себя метод адаптирования в жизненной ситуации и преобрести в рамках данного образования определенную профессию [В.В. Богданов, 2003; Ч.А. Андреевна, 2018].

Согласно вышеуказанному, интерес представляет изучить процесс организации дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями.

**Цель исследования:** Определить особенности в дистанционном медицинском образовании для лиц с ограниченными возможностями и разработать практические рекомендации для их обучения.

**База исследования:** Центр социального обеспечения «Шарапат», НАО МУА, Городская студенческая поликлиника №3, Школа №65 г. Нур-Султан, ГУ «Психолого-медико-педагогическая консультация» и «Реабилитационный центр» г Шымкент.

**Объект исследования:** Лица с ограниченными возможностями здоровья(ЛОВЗ).

**Предмет исследования:** Особенности организации дистанционного медицинского образования.

**Задачи исследования:**

1. Изучить особенности дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями (международный опыт).
2. Изучить и определить факторы влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования.
3. Разработать практические рекомендации по процессу организации дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями.

**Методы исследования:**

1. Библиографический (обзор литературы).
2. Анкетирование, интервьюирование и on-line анкетирование.
3. Статистический анализ.

**Научная новизна исследования:** Определены особенности дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями в Республике Казахстан.

**Практическая значимость исследования.**

Данное исследование окажет положительное влияние на жизнь лицам имеющие ограничения в возможности получения образования и дающее им возможности выбора в новой современной специальности быть востребованным и конкурентоспособным на рынке труда, а также улучшит социальную эффективность.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Образование для лиц с ограниченными возможностями в Республике Казахстан является востребованным на рынке образовательных услуг.
2. Обучение в современных условиях представляется как доступное и расширяет профессиональные и личностные возможности для лиц с ограниченными возможностями.

### **Апробация диссертации.**

Результаты работы были доложены автором на:

- XXIII Международная научная конференция «Онкология – XXI век», 29 апреля- 5 мая 2019г. – г. Баку, Азербайджан - С.78-80 // Особенности организаций дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями (устный доклад);
- Сборник Тезисов межд. научно-практ. конф. студентов и молодых ученых, 1-2 октябрь 2019 г. –Астана – С. 373// Медицинское образование для лиц с особыми образовательными потребностями;
- Валеология Денсаулық – ауру – сауықтыру, ISSN 2226-3551, г. Астана. - 2020.-№1 – С.65-72 // Анализ организационно-методических условий обучения лиц с особыми образовательными потребностями.

### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 57 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, методов исследования, 3-х глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Текст иллюстрирован 7 рисунками, 4 таблицами и 1 приложением, 86 источников в списке литературы, в том числе 34% зарубежных, 2% отечественных, остальные РФ.

## **ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

## 1.1 АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

По данным ВОЗ число инвалидов достигает около 13% от всего населения земного шара, и в настоящее время тенденции к уменьшению числа не наблюдается. Именно поэтому вопрос о максимальной интеграции, адаптации и реабилитации людей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) стоит остро практически во всех развитых странах.

Под этими тремя понятиями подразумевается оказание социальной и медицинской помощи с целью обеспечить инвалиду наиболее полное вхождение во все возможные виды общественной активности. Для этого, кроме упомянутых выше способов, обязательным становится получение образования, которое, в свою очередь, позволит человеку с ОВЗ удовлетворить большую часть своих потребностей [1].

ЛОВЗ имеют как и все потребности в медицинской помощи, например, потребности в иммунизации, скрининге на рак и другие. Их состояние здоровья может быть более уязвимым на фоне низкого уровня социально-экономического положения в обществе в целом, так как у них возможен высокий риск выявления состояния вторичных, что относятся такие как пролежни или инфекции мочевыводящих путей. Реальные показатели показали, что многие ЛОВЗ могут столкнуться с определенными барьерами при предоставлении им доступа к системе здравоохранения и получении определенных услуг или помощи в рамках реабилитационных мероприятий [2].

Так, по определенным данным, более 1,1 миллиарда людей по миру уже считаются ЛОВЗ различных форм, что может соответствовать 15% населению. К, примеру, 109,8 миллионов (2,1%) до 189 миллионов (3,7%) лица возраста 15 лет и старше уже испытали значимые для состояния здоровья проблемы функционального характера. Далее, основные данные по данной категории лиц возросли, что наиболее вероятно связь наблюдается с постарением населения и ростом числа различных хронических заболеваний [1-3].

Некоторые нарушения состояния здоровья, связанные с инвалидностью, приводят к неудовлетворительному и значимым медико-социальным потребностям в отличие от других, которые могут и не приводить [2].

Необходимо отметить, что например, обучение ЛОВЗ определена единой целью в образовании – это социализация и самореализация, научиться адаптироваться в ускорено меняющемся мире, что в определенное время это делалось практически по течению всей жизни человечества [3,4]. Однако, следует обратить внимание на отношение к образованию ЛОВЗ, где уже определены и специфичные элементы: к, примеру, у людей с нарушением зрения – в данном случае следует овладеть определёнными методами/средствами для того, чтобы читать и писать, ориентироваться в пространстве; у людей с нарушениями слуха – научиться овладеть определёнными также навыками воспринимать устную речь по чтению с губ

говорящего и воспринимать остаточный слух, развитие словесной речи и так далее [2-5].

Чтобы обеспечить права обучающегося с ООП для получения высокого уровня образования, следует провести точно и полную оценку его имеющихся желаний и потребностях в образовательном, медицинском и социальном, что в дальнейшем позволяет разработать более благоприятные условия для его включения в учебный процесс. Оценивание образовательных программ проводится в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК) после установления диагноза, в результате комплексного обследования соответствующими специалистами. Данная деятельность оценивается по следующим направлениям: выявить и подтвердить потребности для получения медицинских, образовательных и социальных услуг; составить комплексную программу реабилитации и разработать индивидуальный образовательный маршрут [6,7]. Можно отнести: предоставление образовательных услуг (определить тип учебного плана, соответственно содержательную часть по психо-педагогическому контенту); социальных (пособии и льгот, вспомогательно-технического уровня и среды жизнедеятельности, обслуживания на дому и подобное); - медицинских (обследование и лечение у соответствующих по назначению специалистов, в стационаре) - финансовых, юридических, социально- психологических помощи семьям; различные консультирования, обучения вплоть до родителей или близких родственников в коррекционно-педагогическом процессе; оказание консультивно-методической помощи в обучении ЛОВЗ [8,9].

Для определения потребностей в определенных или специфических услугах прежде всего руководствуются принципом гуманности, который предполагает приоритет интересов ЛОВЗ-обучающегося при решении возникших вопросов при образовательном процессе. Данный принцип заключался в том, чтобы отреагировать во время и следовательно создать необходимые условия, при которых ЛОВЗ могут по возможности развиваться, обучаясь. Поэтому создавая определённые условия в учебных учреждениях, развитие происходит исходя из принципа инклюзивности. Данные представляются определенными требованиями к кадровому составу, финансовому, материально-техническому и образовательному процессу. Важным элементом в современном мире является интеграция – его результатом можно отнести, адекватно определенным образовательных потребностей, физических и эмоционально комфортным для всех обучающихся, включающих ЛОВЗ, гарантирующие сохранность и укрепление физического и психологического состояния здоровья [9-12].

Существуют понятия индивидуализация и дифференциация в процессе образования. ЛОВЗ имеют множество возможностей для усвоения знания, умения, приобретения специальных навыков и резервы психосоматических элементов. Образовательные организации должны учитывать эти разные понятия. Образовательный процесс должен проходить по специально разработанному учебному плану и программы в соответствии соблюдения

НПА, касающийся вопросов организации образовательных механизмов, предъявляемые указанным учреждениям образования.

Необходимо соблюсти предварительный этап для ЛОВЗ, в том числе близких родственников, играющие роль вспомогательного раздела по взаимодействию и сосуществованию с ними. Далее – своевременная консультация в любое время по возникающим вопросам обучения ЛОВЗ. В стороне не может остаться – психо-медико-педагогическое сопровождение. И, конечно же, регулярного мониторингования учебного процесса и достижения, определенных результатами с последующими корректировками в учебной программе [13-15].

Инклюзивное образование – это совокупность физического, психического, интеллектуального и других особенностей, включены в общую систему образования. Сам термин имеет латинское происхождение: "include" – "закрываю, включаю". В рамках инклюзивного образования не обучающийся должен приспособляться к процессу обучения, наоборот – характер и темп обучения подстраиваются под нужды ребёнка.

Для лиц с инвалидностью применяются и другие варианты обучения: домашнее обучение; дистанционное; спецшколы и интернаты.

Вице-министр образования и науки отмечал, что в Казахстане число ЛОВЗ, которым нужно данное образование, с каждым годом растёт их число. В 2017 году в общеобразовательные школы ходили 60 006 детей с ООП, в 2018 году – уже 61 336. По данным Национальной образовательной базы данных, условия для инклюзивного образования сейчас есть:

- в 20% (1232 из 6159) детских садов;
- в 60% (4207 из 7014 школ) общеобразовательных школ;
- в 30% учебных заведений технического и профессионального образования (в 250 из 821 колледжа).

До конца 2019 года, по данным МОН, для инклюзивного обучения приспособят 30% детских садов, 70% школ и 40% колледжей.

Условия к обучению и проживанию студентов с особыми образовательными потребностями созданы в 58 высших учебных заведениях. В них имеются пандусы, лифты, социальные объекты, библиотеки и другое. Для сравнения: в 2018 году таких вузов было 50, в 2017 году – всего 28.

Если в группе появился ЛОВЗ, то учебной организации необходимо быть заранее готовой для создания условий. Обеспечивает учебниками и психолого-педагогическим сопровождением (приказ МОН РК №595 глава 2, пункт 25). Кроме того, у каждого должен быть свой помощник – тьютор (англ. tutor – наставник, опекун). Это может быть действующий преподаватель или нанятый специалист [8,9]. То, что не наблюдается, к сожалению, в университетах.

На сегодняшний день не остается без внимания то, что существуют значительные проблемы и на бирже труда и в центрах занятости, что до сих пор остается незаинтересованным работодателями в предоставлении работы ЛОВЗ, создания особых условий в соответствии со специальными разработанными программами в рамках реабилитаций.

Очень низкий уровень конкурентоспособности отмечается на рынке труда, в частности несбалансированный определенный спрос и предложение по рабочим силам (образовательная и профессиональная часть подготовительного периода не соответствует требованиям ЛОВЗ), несоответствующие предлагаемые условия, рекомендуемые ЛОВЗ, в том числе оплата за труд, к тому же нерегулярно на основании поданных заявлений по вакансиям показали, что отрицательно повлияло в процессе трудоустройства ЛОВЗ [6,7,8-11-14].

Немаловажным фактором является то, что выше сказанное сопряжено с определенным барьером материальных затрат (необходимость разработать или создать специализированные рабочие места или применить гибкие, нестандартные формы управления и соответствующей организацией рабочего места). И, проводимые механизмы в рамках данной реабилитации ЛОВЗ вполне с экономической и социальной оправданны. Проведение дополнительных мер по финансово-экономическим вопросам касающихся вывода из кризисной ситуации предприятий, специализирующиеся на использовании труда ЛОВЗ. Эти механизмы предполагают повышение конкурентоспособной среды по продукциям представленных предприятиями, увеличения объема производительности, сохранении действующих и увеличивающие создание новых рабочих мест для ЛОВЗ [15-18].

Для взрослых работа имеет важное значение для обеспечения личного развития, финансовой безопасности и социального участия. Тем не менее, существует ограниченное исследование по вопросам образования и участия в работе среди взрослых с врожденной недостаточностью конечностей (CLD) [18-20]. Норвежская ассоциация по дефициту конечностей, к примеру, и профессиональные работники попросили предоставить им дополнительную информацию по этим вопросам. Перед школьной системой Норвегии поставлена задача дать обучающимся профессиональную ориентацию, с тем чтобы они могли выполнять оплачиваемую работу. Уровень образования, достигнутый отдельными людьми, является важным фактором для участия в трудовой деятельности [19-21]. В Норвегии большинство учащихся поступают в среднюю школу после завершения 10 лет обязательного базового образования, выбирая либо профессиональное образование (например, ассистент медсестры, плотник, электрик), либо общие академические курсы (подготовка к колледжу/университету). Учащиеся, заканчивающие обучение после окончания средней школы (13 лет), будут иметь доступ только к неквалифицированным или профессиональным возможностям трудоустройства; низкооплачиваемым рабочим местам, часто с высоким уровнем физической нагрузки и ограниченными возможностями для адаптации и разнообразия. Студенты, заканчивающие высшее образование; степень бакалавра (16 лет) или степень магистра/доктора (>16 лет) имеют большую возможность выбрать менее физически требовательную работу. Когда речь заходит о работе, ожидается, что люди в возрасте 20-67 лет будут работать или учиться, и примерно 75% из них находятся на оплачиваемой работе [23-25]. Факторы, влияющие на участие в трудовой деятельности населения в

целом, носят комплексный характер. В оплачиваемой работе участвует меньше женщин, чем мужчин [34] и исследования показывают, что низкий уровень образования [11-14], хроническая скелетно-мышечная боль [35], а также имея последствия для участия в работе [13-17].

Нашлись только три исследования, описывающие участие в образовании и работе у лиц с CUULD [18-21]. Уровень участия в работе, как представляется, является высоким. Шеберг и др. [18] было установлено, что 77% лиц с CUULD работали в Швеции (средний возраст 33 года) и Postema и др. [19] установлено, что 74% из них работали в Нидерландах (средний возраст 41 год). Однако в качественном исследовании, Lankhorst et al. [20-26] (также из Нидерландов) было установлено, что, к примеру, молодые люди с дефицитом поперечной редукции верхних конечностей испытывают трудности в поиске подходящего образования и работы, поскольку учителя и потенциальные работодатели сомневаются в их трудоспособности. Хорошее физическое здоровье, использование протезов, высокий уровень образования и наличие более молодого мужчины были признаны предикторами для участия в работе [19,27-31]. Однако, как представляется, существует потребность в большем объеме знаний о факторах, предсказывающих участие в работе для лиц с CUULD.

У взрослых с ограниченными возможностями часто есть худшие последствия для здоровья, чем делают их ровесников без ограниченных возможностей. В то время как образование является ключевым определяющим фактором здоровья, существует мало исследования, доступного на медицинских различиях через образовательные уровни среди взрослых с ограниченными возможностями в развивающихся странах [32-37].

Таким образом, анализ деятельности международных данных показал, что связь между образованием и последствиями для здоровья отличалась согласно типу инвалидности и состоянию здоровья. Наше исследование представляло важные свидетельства для планирования образовательных программ с определенными типами инвалидности для охраны здоровья и вмешательства, что является дальнейшим нашим исследованием.

## **1.2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНОГО УРОВНЯ КОНТИНГЕНТА**

По литературным мировым данным отмечается стремительный темп научно-технического прогресса и информационные изменения в процессе становления и развития дистанционного образования во всем практическом мире, в том числе для ЛОВЗ, что дает шанс быть на одном уровне с другими категориями. Следовательно, следует отметить, что эти изменения могут быть предпосылками для реформирования и улучшения системы образования в купе.

Учитывая, глобализацию информационных потоков, где непосредственно соприкасаются принятие управленческих решений немаловажных для стран заинтересованных в социальных аспектах, а также удаляющиеся огромное внимание развитиям образовательной и научной деятельности, тогда как

возникающиеся вопросы по трудоустройству населения, а именно ЛОВЗ остаются практически без внимания, как и в целом, уязвимое население [38-40].

Образовательные программы предоставляемые учебными организациями для ДО еще в далеком 90-х годов 20 века в США были развиты на низком уровне, потому как нужны были большие денежные для внедрения данной программы с ее поддержкой. В последующем организовывали телекоммуникационные с интерактивным подходом электронные доски объявлений - Bulletin Board System [18-24] и использовали в основном в крупнейших городах и в местах, где располагались крупнейшие университеты. Дальнейшему развитию послужила

теле- обучение при запуске программы «Национальная информационная инфраструктура (НИИ)», в 1991 году [25-29].

ДО позволит без отрыва от основной работы провести обучение больших потоков желающих, в том числе и ЛОВЗ. Стоит учитывать, конечно, такие особенности как масштабность территории и соответственно численность населения, поэтому охват ДО будет колоссальным, в их число также входят число ЛОВЗ.

Также необходимо отметить, что интенсивный прорыв в настоящее время информационных различных технологий по всему миру меняются и образовательная среда в плане рыночных отношений и соответственно, в рамках которых реализуются различные виды и процессы обучения для различного контингента.

Поэтому, 21 век отмечен глобальными переменами в сфере образования, что отражается как в развитии личностного потенциала, так и в обществе в целом. Образование на сегодняшний день обосновалось как один из приоритетных элементов в решении проблем современного общества, что представляется возможным личностям проводить определенные исследования и лучше оценить свой уровень знаний, среду окружающего, способствующую выполнению его роли в общественной жизни.

В докладе руководителя отдела ДО ЮНЕСКО Луиса Рысило были отражены важные пункты по развитию дистанционного образования для ЛОВЗ в 21 веке: плавная смена от одного вида форм обучения к другому в зависимости от потребностей населения и обучающихся в том числе с использованием мобильных знаний с целью применения также между различными странами в рамках академической мобильности. Представители ЮНЕСКО обозначив долгосрочную цель ДО – предоставить доступную платформу для любого желающего обучаться по различным заинтересованным образовательным программам любого образовательного учреждения и различного уровня [41-43].

Таким образом, ДО может предоставить право каждому человеку на полноправный доступ к информации и обучением, в том числе для ЛОВЗ [44-47].

Система дистанционного образования для ЛОВЗ призывает осуществить следующие социально - значимые функции: повысить уровень образованности

и ее качество, удовлетворять потребности населения в подготовке специалистов; продолжать развитие единого образовательного пространства, способствующее удовлетворить потребность обучающихся образовательном секторе услуг независимо от места нахождения (проживания), уровня состояния их здоровья, материального уровня, социально-экономического, а также повышая профессиональный уровень мобильности, предпринимательский и социальный контент и самосознание [48-42].

Следует учитывать психологический статус ЛОВЗ, который тесно связан с образовательным процессом и закономерностями обучения в условиях ДО, учитывая потребности, интересы, направленность мотива уровня обучения. Существуют организационные аспекты, связанные с разработками программно-аппаратными и коммуникационными базами, тогда как содержательная часть связана со специфичностью выбора, систематизации, структуризации и представленным обучающимся различные виды и формы учебного процесса, владением информацией и различными типами современными компьютерными технологиями для существующего контингента [8-13,16-17,20-21, 49-56].

Все существующие многообразные принципы, возможно, разделить на несколько групп: общая – к ним относятся принципы развития личности, системности, гуманности, научности; то, что относится к цели и содержанию обучения ГОСО – это целостность и комплектность; далее дидактическому процессу и адекватному ему педагогического плана – это система с ее элементами [16,19]. Вышеуказанное, может представлять преимущество ДО над другими, параллельно предъявив определенное специфическое требование как представителям ППС, так и к обучающемуся, увеличивая при этом трудозатраты и того, или иного. Согласно этому, предоставляется возможность трактовать обучение как процедуру необходимой выработке практических навыков и умений использовать в своей деятельности в будущем, однако сказанные в разделах в процессе учебного периода не имеют отрицания. Возможно, передать не только словесно-текстовую, но и видеоматериалы. Не представляется возможным контролировать уровень усвоения обучающимся учебного материала через применение тестовых заданий. Но, элементы ДО можно предпринять и при внедрении различных новых формах инноваций в обучении, ориентированные на развитие также творческих способностей у ЛОВЗ, даже при возможности вспомогательных ресурсов как близких людей, помощников, родственников и др. возможностей, оказывающие поддержку.

В настоящее время Казахстан находится на этапе формирования и развития передовой системы открытого образования, важнейшим элементом которой являются дистанционные образовательные технологии (ДОТ) (кейсовые, сетевые, телевизионно-спутниковые) и на начинающем этапе для ЛОВЗ. Идея открытого образовательного пространства отмечена в Стратегии развития Республики Казахстан до 2030 года.

Использование ДОТ позволяет осуществить выравнивание образовательных возможностей у ЛОВЗ. Это способствует, в свою очередь,

увеличению притока подготовленных абитуриентов в высшие учебные заведения и последующему росту общего уровня образованности населения во всех регионах, так как в Казахстане уже существуют образовательные программы для ЛОВЗ на уровне школ [27-29], основные принципы развития ДО для ЛОВЗ, могут способствовать улучшению организации в деятельности обучающегося, особенно развитию навыков эффективного умственного труда и для социализации [20-29].

Возникшие вопросы по организации ДО для ЛОВЗ представлены в статье В.Н. Скворцовым, Л.М. Кобриной в России по Ленинградской области. Несколько десятков лет назад в РФ уже функционировали согласно общим положениям по всем регионам типовые образовательные организации для ЛОВЗ. На сегодняшний день одно из основных направлений развития ОП является ее диверсификация – то есть необходимость создания различных типов организаций по профилю, формам и содержания образовательного контента [47-51].

РФ по данному вопросу является ведущей по СНГ, где отмечается прозрачная социально-педагогическая сфера, которая социализируется с ЛОВЗ, что позволила создать определенную среду по данному направлению, где наблюдается интеграция ЛОВЗ в социуме в целом.

По статистическим данным мировых источников, ежегодно растет число ЛОВЗ, а также лиц с проблемой развития, переход значительном в количественном соотношении социальных групп. За последнее десятилетие наблюдается увеличение как абсолютных, так и относительных показателей по ЛОВЗ. Соответственно отмечается отрицательные черты по структуре данного контингента.

Согласно, данным ратификации многочисленной международной конвенции и декларации в области прав человека, в том числе ЛОВЗ, Н.Н. Малофеев отмечал, что РФ планомерно в соответствии законами набирает определенное направление по реформированию системы данного образования [27-36].

На сегодняшний день ДО - это социально-ориентированное направление в образовании, которое обеспечит право на уровне Конституции и предоставит право на социальные гарантии гражданам в сфере образования, практически позволит получить образование контингенту непосредственно относящиеся к уязвимому населению - ЛОВЗ.

ДО – можно отнести также к особой форме образования для ЛОВЗ, где предполагаются существенные подходы, в вопросах организации и структуризации в системе. Изменения состоят в разработке и внедрении удаленной электронной адаптированной системы к социуму практически для всех лиц, независимо от их психофизического состояния и уровня развития.

Для ЛОВЗ ДО может предоставить возможности, вплоть выбрать не только место и темп обучения, но и время, что важно при соблюдении курса лечения с частой госпитализацией у некоторых ЛОВЗ. Поэтому предоставляется возможность обучающимся освоить образовательные

программы по ИУП или обучаться по специально разработанным программам, которые предоставляют университеты.

Особую роль играет то, что при данной форме обучения учитываются:

- модульный подход, где каждая дисциплина отдельная или входящая в состав данного модуля предполагает интеграцию;
- подход личностно-ориентированного к обучающимся предполагает отсутствие временных ограничений, есть возможность работать вне графика/расписания, при этом будет использован потенциал обучающегося;
- подход технологичный, когда применяются различные методологические подходы, виды и формы, средства преемственности в процессе учебы и освоении соответственно знаний;
- подход интерактивный, когда наблюдается полное соответствие между необходимостью и достаточностью средств для обучения ЛОВЗ.

Авторы В.Н. Скворцов, Л.М. Кобрина пишут, что ДО для ЛОВЗ, осуществляется в определенной системе образования при приемственностью между общеобразовательными организациями со службами психо-медико-педагогическим сопровождением, где отмечается ряд преимуществ в информационных технологиях, что является важнейшим компонентом: эффективность, гибкость, модульность, новизна, новый подход преподавателя, который выполняет функцию тьютора консультанта, тогда как новая функция обучаемого будет самоорганизация и самоконтроль учебного процесса.

Ученый С. В. Горбатов проводил исследование по анализу возможностей интернет ресурсов по использованию ДО ЛОВЗ и получение ими высшего образования. Данная эффективность достигалась за счет индивидуализации обучения. Обучающиеся занимались по возможности удобного для него графику/расписанию и с учетом его темпа обучения, таким образом, он выстраивал бы индивидуальную образовательную траекторию.

Система управления обучения позволила работать с таким инструментом как: интерактивная лекция (с функцией контроля); различные интернет-ресурсы, а также бумажные носители для самостоятельной работа как поиск, исследование, творческий подход и прочее; конференции в чате, в форуме, коллективные проекты; индивидуальные проекты; различные тренинги и мастер классы; итоговые проверочные работы в виде тестирования [52-57].

По данным результатов исследования в своей работе Хуторской А.В., 2006 год, аналогично показано, что ДО предоставляет огромные возможности для ЛОВЗ.

ЛОВЗ – это люди, имеющие преимущественные недостатки в физическом или психическом развитии, они могут быть глухими, слабослышащими, слепыми, слабовидящими, с нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата и другие. Поэтому ДО позволяет обучаться на полном основании обучаться и ЛОВЗ: общение друг с другом, без ограничения изучать учебный материал, независимо от времени и места нахождения в зависимости от состояния здоровья, повышать интенсивное общение с преподавателями при использовании сетевых ресурсов интернета, определить для себя

индивидуальный учебный план, то есть максимальное использование всех возможностей для обучения [58-61].

Во-первых, достоинством таких технологий является в отсутствии строгой привязки к месту и времени проведения занятий, в индивидуализации обучения за счет адаптации на определенном уровне и форме обучения, исходя из индивидуальных особенностей каждого ЛОВЗ.

Во-вторых, появилась возможность организовывать гибкий график обучения, сокращая при этом количество часов учебной нагрузки, проводимого за компьютером, при многократном возвращении к изучаемому материалу при необходимости. То есть происходит компенсация отсутствующих некоторых функций, к примеру, если не может нажимать на клавиши пальцами, он приспособливается — берет в рот карандаш и с его помощью работает на компьютере.

В-третьих, ДО в определенный момент разрешает основную проблему у ЛОВЗ, если наблюдается недостаток в общении с другими людьми. Независимо удаленность субъектов обучения друг от друга, существует возможность общения в рамках выполнения групповых заданий в режиме онлайн используя различные платформы.

Для организации ДО ЛОВЗ важно учесть специфичность психо-педагогического фактора общения как основного вида коммуникации, проявляющийся в условиях современных информационных технологий. Следует обратить внимание на то, что возникшие в процессе учебы проблемы, где играет человеческий фактор, могут носить социально- психологический характер, тогда как при ДО общении практически эти проблемы не наблюдаются [61-65].

Характерной особенностью ДО у ЛОВЗ являются проведение замены-личностное и непосредственное взаимодействие с преподавателем различным инструментом коммуникаций, предполагающее активную реализацию, консультирование в режиме on-line.

В-четвертых, у ЛОВЗ применяющий ДО есть возможность расширяться и пользоваться электронными библиотеками, информационными каналами и увеличивая способ доступа к ним. Соответственно расширяются информационно-познавательное ЛОВЗ, которое позволяют поддержать его мотивацию, интерес и интеллектуальное развитие.

В-пятых, образовательные дистанционные технологии ориентированы на использование различных форм самообучения. Переход к нему, где инициативным являются не только преподаватели, но и, обучающийся, что ведет к разрушению образовательных стереотипов и к тому, что сам может выбирать как формы, так и способы обучения, время и формы взаимодействия с преподавателем. Развитие определенных навыков самообучения расширяет возможности ЛОВЗ и позволит в дальнейшем повысить его профессиональный интерес. Также повышается скорость, полнота и, главное, объективность проверки деятельности обучаемых и контроля усвоения благодаря легкодоступным в сетях различные формы [61-65].

Также подтверждают, опыт зарубежных стран, что может быть апробировано и применено для повышения эффективности управления качеством преподавания для ППС, применяемые в казахстанской системе ДО [66-73].

Но, при этом необходимо обратить внимание на то, что, несмотря на наработанный опыт зарубежными образовательными системами, не всё является приемлемым для внедрения в казахстанском образовании [74-78].

Таким образом, назрела проблема создания программы прогноза и аналитического элемента в созданной экономической ситуации на рынке труда. Существующие различные Центры занятости населения должны проработать и провести анализ котируемости по специальностям и адаптировать их к потребностям ЛОВЗ. Так как в большей степени будет необходимость переучивать данную категорию с профессиональным образованием, который в результате наступления инвалидности не мог заниматься прежним видом деятельности. А это однозначно будут дополнительные финансовые затраты, которые будут у Центров занятости.

## **ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1 Программа исследования**

Настоящее исследование относится к описательному – эмпирическому методу.

Исследование состояло из следующих основных разделов:

1. Изучить особенности дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями (международный опыт).
2. Изучить и определить факторы влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования.
3. Разработать практические рекомендации по процессу организации дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Объектом исследования явились лица с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ).

Характер наблюдения – единовременное.

Метод исследования – собственно разработанная анкета для интервьюирования, утвержденная на специализированном семинаре по гигиене и Общественному здравоохранению.

В качестве учетного признака использовался случай личного отношения к обучению.

На первом этапе проведен обзор мирового опыта в образовательных технологиях для ЛОВЗ. На основании изучения литературных данных была составлена четырехпольная таблица SWOT-анализа и сформированы факторы сильных, слабых сторон и возможностей и угроз в планировании развития образовательных технологий для ЛОВ Казахстана. Составлена анкета. Далее, проведен одномоментно сбор материала (см. Приложение А).

Далее занесение данных для статистической обработки: возраст, пол, количество респондентов.

На третьем этапе составлялся итоговый вариант описания работы и его документальное и графическое оформление. На данном этапе использовались анкетные данные, полученные в процессе сбора материала и оформленные в таблицах, на основании которых строились графики.

Задачи, поставленные нами для исследования, методы и выбранный материал, представлены в таблице 1.

**Таблица № 1 - Программа и методы исследования**

| № | Задачи  | Методы исследования | Материал              |
|---|---|---------------------|-----------------------|
| 1 | Изучить и определить особенности дистанционного | аналитический       | литературный обзор 86 |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | медицинского образования для ЛОВЗ (международный опыт).   |   | источников  |
| 2 | Изучить и определить факторы влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования.           | анкетирование/ интервьюирование с последующей статистической обработкой | общее количество респондентов – 57 человек, лица с особенными возможностями |
| 3 | Разработать методические рекомендации по процессу организации дистанционного медицинского образования для ЛОВЗ. | аналитический   | результаты исследования   |

## 2.2 Методы исследования

Методика исследования международного опыта дистанционного обучения – ситуационный анализ инструментом SWOT.

S= Strengths - сильные стороны. Такие внутренние характеристики, обеспечивающие конкурентные преимущества на уровне обеспечением работой ЛОВЗ и с возможностью конкурировать.

W=Weaknesses - слабые стороны или недостатки, которые затрудняют рост и лидерство на рынке. За счет слабых сторон можно потерять долю рынка в долгосрочной перспективе и утратить конкурентоспособность.

O=Opportunities – возможности, благоприятные факторы внешней среды, которые могут влиять на рост бизнеса в будущем.

T=Threats – угрозы, внешние неблагоприятные факторы внешней среды, которые ослабляют на рынке будущего конкурентоспособность.

Для реализации второй задачи нашего исследования мы провели метод – анкетирование.

Анкета является основным инструментом исследования и представляет собой социологический документ, содержащий структурно-организованный набор вопросов, каждый из которых связан с задачами проводимого нами научной работы. Эта связь выражается в необходимости получения информации, отражающей характеристики изучаемого объекта.

Определение минимального размера выборки для получения репрезентативных результатов проводилась по формуле, и при предельной ошибке 0,1. Данная выборка несет не репрезентативный, а описательный характер как ориентировочное знакомство.

### **3 ГЛАВА. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

#### **3.1 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСТАНЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Многие молодые ЛОВЗ, настроены позитивно и уверенно, чтобы получить образование в университете, стараются без проблем посещать все занятия вместе с другими студентами. У каждого университета есть свой индивидуальный учебный план, но не во всех университетах есть описание того, что у ЛОВЗ будут индивидуальные подходы. Учитывая, что для данного подхода необходимо комплекс мероприятий, однако на сегодня к, примеру, в НАО «Медицинский университет Астана» не наблюдается. В данном университете к данной категории относится 42 обучающихся с различными нозологиями. Среди, которых есть 5 студентов, которые приобрели ограничение по своему здоровью за период обучения, то есть не имеется ввиду, учебного процесса, а вне этого времени (ДТП). Но, наблюдается индивидуальный план отработок, профессорско-преподавательский состав кафедр при согласовании с представителями деканата, учебной части вопросы решаемы в положительную сторону. Вопросы, касающиеся условия приема и положение этих обучающихся зависят также от университета. ДО на сегодня представлен, как один из хороших альтернатив классическому/традиционному образованию не только для ЛОВЗ, но и для тех, кто не имел возможностей по определенным обстоятельствам посетить изучаемы предметы.

В США, Европейских странах, РФ стремительно открываются специальные образовательные программы по различным специальностям для обучения дистанционно/удаленным доступом, среди которых крепнейшие университеты мира также открывают свои филиалы или образовательные центры, которые представлены в других странах.

ДО, учитывая его важную роль на рынке образования, соответственно в модернизации образовательной деятельности в целом, как по миру, так и в нашей стране. Очевидно, что оно предоставит хорошие возможности для ЛОВЗ.

Наша основная идея/целью исследования с выполнением поставленных задач было учесть, каковы возможности и интересы каждого желающего обучаться ЛОВЗ.

Таким образом, оказать помощь в выработке индивидуальных подходов и выработке индивидуальной траектории обучения с учетом заинтересованных и интегрирующих сторон между секторами, подразделениями, кафедрами непосредственно оказывающие образовательные услуги по разработанным заранее образовательной траектории. Которые будут ориентированы на эффективный метод обучения для вышеуказанных лиц. Далее необходимо учитывать обеспечение его культурному развитию, социализации, по возможности развивать творческие способности и практические навыки для самообучения, пройдя определенный адаптационный период в университете. По данным В.В. Богданов, 2003; Ч.А. Андреевна, 2018, не только самообразование необходимо для такого контингента, но оптимально для себя найти способ успешно адаптироваться в жизни.

Важную роль, в жизни данных исследуемых играет насколько соответствуют условия предоставляемые Государством уровень быта, о чем речь пойдет в дальнейшем. К, примеру, в университете, как правило,

образование начинается с момента как мы переходим порог, где можно увидеть пандусы, поднятие на лифту, который является также определенным барьером для ЛОВЗ, чтоб преодолеть (необходимы специализированные лифты, чего не наблюдается в нашем университете). Данная проблема как раз таки характерна для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата, которые передвигаются на коляске, так не все могут передвигаться на костылях, тростях – как способы приспособления. Пандусы должны быть достаточно пологими, чтобы ЛОВЗ мог самостоятельно передвигаться. Ширина — не менее 90 см, важным также элементом является наличие ограждающего бортика с поручнями, которые должны быть по обеим сторонам пандуса. Открываться двери также должны в противоположную сторону от пандуса или оборудовать вход звонком. Ширина дверных проемов должна быть не менее 80–85 см.

Для беспрепятственного передвижения студентов с ограниченными возможностями здоровья, необходимо университетам учитывать вышесказанное. Также выделить небольшие зоны в раздевалке, расположение скамеек, полок, крючочков для сумок, рюкзаков. Проблемы наблюдаются не во всех университетах есть специализированные туалеты для данной категории. Входная дверь в учебную комнату должна быть без порога. Минимум по размеру зона учебного места для лица на коляске (с учетом разворота инвалидной коляски) — 1500–1500 мм. Необходимо пересмотреть дополнительное пространство для хранения инвалидной коляски (в случае если обучающийся не пересаживается на стул) [8-10].

По результатам нашего исследования в таких университетах в частности медицинских не соответствие определены до 98% (не предусмотрены лифты, угол подъёма, не соответствие угол разворота, хранение коляски, костылей и тростей – помогают во всем этом одноклассники/сокурсники). Проблема основная заключается в том, что постройка этих университетов была в не одолённые послевоенных лет 50-60 годы 20 века. Тогда как современные университеты уже располагают этими возможностями, но не всегда.

Согласно вышеуказанному, интерес представляет изучить процесс организации дистанционного медицинского образования для ЛОВЗ.

Наш интерес представлял изучить процесс организации дистанционного медицинского образования для лиц с особыми потребностями (ЛОП) в получении образования, в частности высшего.

Нами опрошено 132 инвалида, из которых 91 имели желания ответить более углублено на нами разработанные анкеты по получению высшего данной группой образования и изучив их отношения к дистанционному медицинскому образованию (см. Приложение А). В городе Астана были опрошены инвалиды в центре социального обеспечения «Шарапат» - 27 человек, в студенческой поликлинике - 21, в средней образовательной школе №65 - 9 учеников выпускников со сниженным слухом, среди выпускников НАО «МУА» - 34, ГУ «Психолого-медико-педагогическая консультация» и «Реабилитационный центр» города Шымкент у 41 молодых инвалидов со сниженным слухом дефектами речи и осанки. При оценке качества жизни 45,4% девушек

студенток жили на съемных квартирах, среди данной категории лиц прикрепленных к поликлинике 60% снимали квартиры. Остальные инвалиды жили в центре социального обеспечения «Шарапат», другие жили с родителями или со своей семьей. Режимные моменты: сон, кратность питания, отдых, прогулки и другие соблюдали, систематично подчиняясь режиму школы и центру социального обеспечения «Шарапат». Взрослые инвалиды работали, работоспособность у большинства была хорошей днем, вредных привычек (курение у 20-ти%, алкоголь у 3,3%) у большинства инвалидов не отмечалась.

Желание получить дистанционное медицинское образование было в центре соц. обеспечения «Шарапат» у 93,3% инвалидов, и прикрепленных к поликлинике составило только 40%. Среди молодых ЛОВЗ было стремление продолжать образование не останавливаясь на уровне бакалавриата, на ДО медицинское высказались 89,7%, они желают больше узнать о своем здоровье и помочь себе реабилитироваться в обществе, то есть из них у 36,7% не был вопрос, что будут работать врачом.

Таким образом, ДО медицинское хотели бы получить молодые ЛОВЗ, они все владеют компьютерными технологиями. Очень важно для инвалидов будет стоимость данной формы образования. Для них необходимо разработать и внедрить адаптационную медицинскую образовательную программу по таким областям как психология, реабилитация. Для иногородних, конечно, при необходимости нужно обеспечить для проживания в общежитии, но на это согласились 12,6%, тогда как остальные нуждаются в помощи близких, родных, поэтому остановились только на ДО. Для ЛОВЗ будет стимул получить престижное медицинское образование, но тем не менее 8,7% все-таки не исключили возможность поработать в данной сфере, что может помочь для оказания помощи своему окружению.

Целью анкетирования являлось узнать каковы возможности лиц с ограниченными возможностями учиться в медицинском университете. Анкетирование состояло из 19 вопросов (см. Приложение А).

Согласно данным, возрастная категория людей, участвовавших в анкетировании варьировалась от 17 до 25 лет: 17лет- 5,5%, 18 лет- 26%, 19 лет- 20,8%, 20 лет- 17,5%, 21 год- 3,3%, 22 года- 10,9%, 23 года- 8,8%, 24 года- 4,4%, 25 лет- 2,2%.(Рис.1)

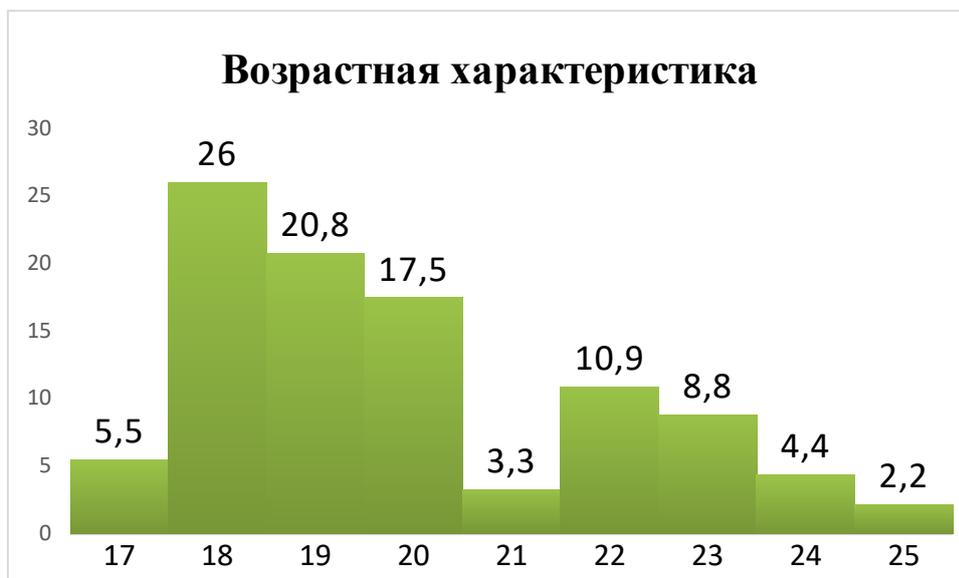


Рисунок №1- Возрастная характеристика респондентов

В вопросе об условиях проживания ответы были таковы: лица, с ограниченными возможностями здоровья в большинстве случаев живут вместе с родителями (53,8%), другие- проживают на съемном жилье (43,9%) и лишь малая часть живет в общежитии(2,1%).(Рис 2).

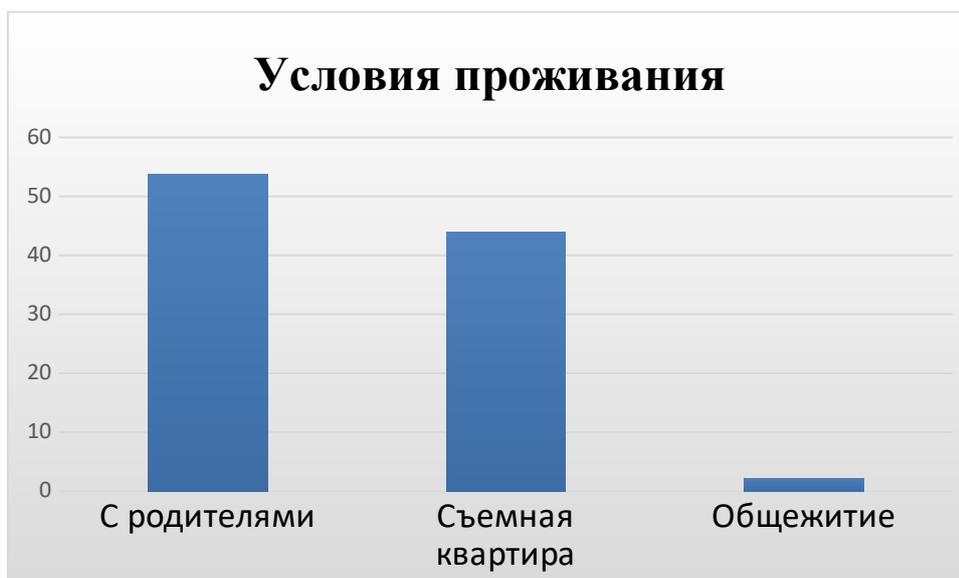


Рисунок №2 –Условия проживания респондентов

Другой интересный факт описывает Рис.3, в котором отмечается ,что практически 83,5% респондентов изъявляют желание обучаться в медицинском университете на дистанционном обучении, в то время как оставшаяся часть- желает учиться очно.



Рисунок №3 – Желающие обучаться на дистанционном обучении

Значительное количество респондентов (84,6%) отметили себя, как людей без вредных привычек, однако (15,3%) некоторая часть из них, несмотря на своё состояние здоровья регулярно употребляют алкоголь. (Рис.4)

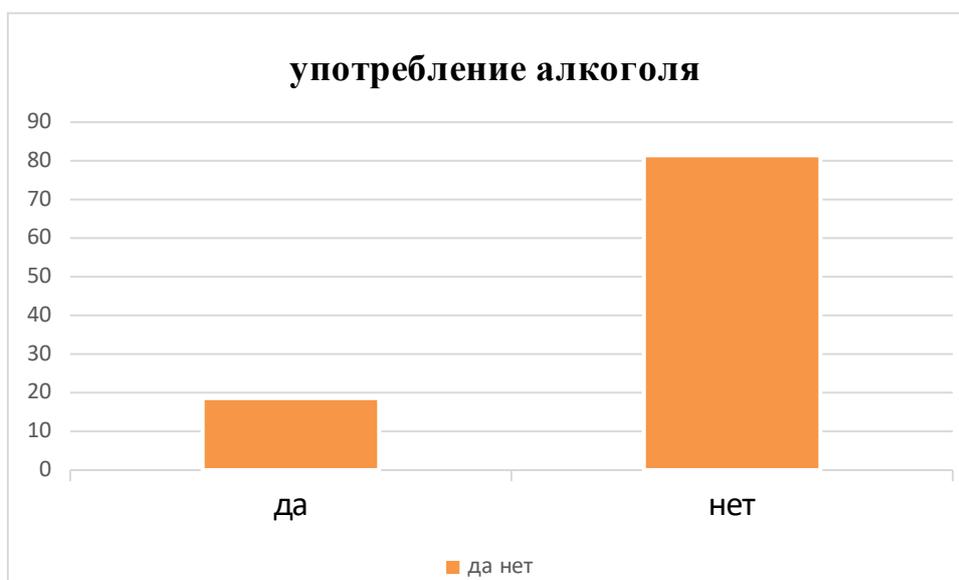


Рисунок №4 – Употребление алкоголя

Кроме этого, 18,6% респондентов – употребляют никотин, остальные являются некурящими. (Рис.5.)

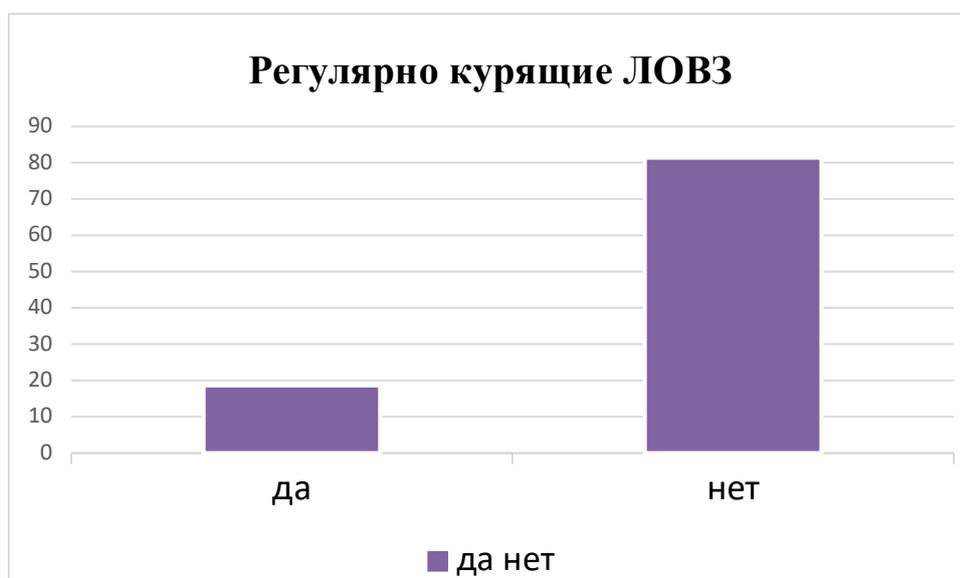


Рисунок №5 – Регулярно курящие ЛОВЗ

В анкетировании были представлены вопросы о состоянии здоровья респондентов (см. Приложение А).

По полученным данным была создана таблица, которая содержит информацию о заболеваниях, их частоте среди респондентов, а также содержит вычисленное значение заболеваемости. (Таблица 1)

Таблица №2 – Заболевания, встречающиеся у ЛОВЗ

| Заболевания   | 1-50 | 51-91 | Заболеваемость |
|---|------|-------|----------------|
| Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения | 5    | 6     | 12,1%          |
| Болезни нервной системы   | 8    | 7     | 16,5%          |
| Болезни органов пищеварения   | 1    | 1     | 2,2%           |
| Инфекционные и паразитарные болезни                                       | 2    | 1     | 3,3%           |
| Болезни мочеполовой системы   | 1    | 2     | 3,3%           |
| Болезни крови, кроветворных органов и нарушения иммунных механизмов       | 2    | 1     | 3,3%           |
| Болезни органов дыхания   | 2    | 3     | 5,5%           |
| Злокачественные новообразования   | 3    | 2     | 5,5%           |
|   |      |       |                |

|                                     |    |    |       |
|-------------------------------------|----|----|-------|
| Болезни эндокринной системы         | 4  | 3  | 7,7%  |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 5  | 3  | 8,8%  |
| Болезни глаза и его придатков       | 5  | 3  | 8,8 % |
| Психические расстройства            | 6  | 5  | 12,1% |
| Другие заболевания                  | 6  | 4  | 10,9% |
| Всего                               | 50 | 41 | 100%  |



Рисунок № 6- Структура заболеваемости респондентов

**По результатам анкетирования были получены следующие данные:**

1. 11 респондентов ответили, что у них имеются: Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Заболеваемость этими патологиями данной выборки составила-12,1%
2. У 15 участников наблюдаются болезни, связанные с нарушением нервной системы. Заболеваемость составила-16,5%
3. Наличие психических расстройств наблюдается у 11 участников, показатель заболеваемости- 12,1%

4. Болезни уха и сосцевидного отростка встречаются у 8 респондентов, такая же частота наблюдается по болезням глаза и его придатков, соответственно заболеваемость одинакова- 8,8%.
5. 7 участников ответили, что у них имеются болезни, связанные с нарушениями в эндокринной системе- 7,7%
6. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и болезнями дыхательной системы составила-5,5%
7. Инфекционные и паразитарные болезни, болезни мочеполовой системы, а также болезни крови, кроветворных органов и нарушения иммунных механизмов встречаются по отдельности у 3,3%.
8. Болезни органов пищеварения наблюдаются у 2 людей из всей выборки, а заболеваемость равна- 2,2%.

Таким образом, вопрос об обучении людей с ограниченными возможностями является актуальным во все времена. Наряду со здоровыми людьми, лица с ограниченными возможностями имеют право получать высшее образование в университетах. Согласно их особенностям, существует достаточно специальных образовательных программ на любой выбор.

Согласно исследованию о возможностях лиц с ограниченными возможностями обучаться в медицинских университетах, выявили, что данные люди способны обучаться, однако это будет лучше происходить если они будут обучаться дистанционно. К слову, множество медицинских вузов предлагают дистанционное образование для студентов различных специальностей. Кроме того, большинство людей отметили то, что им было бы лучше и эффективнее получать образование именно таким способом, т.е онлайн.

### **3.2 МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

На сегодняшний день по результатам опроса 27,6% высказались на сколько реально получить медицинское образование с помощью ДО. Следует обратить внимание, что не для всех специальностей в медицинском университете можно получить данное обучение. Так как каждая имеет специфику приобретения практических навыков врача, а также общение с пациентами играет важную роль. Далее, данная форма получения образования также подходит для ЛОВЗ приобретенных, то есть если он врач, то возможно и качество повысить своей квалификации.

ДО по многим критериям считается универсальным методом обучения. Так как ориентировано только на индивидуальный запрос будущего специалиста с учетом дальней его специализацией. Поэтому, чтобы получить ДО по медицине, оно будет доступно для тех, кто решил стать специалистом рентгенологом, УЗИ, МРТ, КТ, также специалисты Общественного здравоохранения (статистиком, эпидемиологом-специалистом, не врачом), а также в сфере фармацевтической отрасли или диагностической как выше указано. Но, конечно, базовое на уровне бакалавриата должен получить уровня врач общей практики. Для этого, конечно, должны быть условия обучения, вплоть до наличия обязательно компьютер, бесперебойный выход в сеть, при желании скайп с вебкамерой. У каждого обучающегося имеется который поступил в медицинский университет или проходит курсы по форме ДО, имеет от учебного подразделения индивидуальный план на интернет странице. Далее имеются следующие основные материалы: учебный план, расписание, персональный доступ к учебным материалам, которые загружают на платформу все электронные учебники, силлабуса, календарно-тематический план, видеоматериалы по дисциплинам. На сегодняшний день в НАО «Медицинский университет Астана» имеет образовательную платформу Moodle НАО «Карагандинский Медицинский университет» -Platonus.

В целом ДО основывается с учетом непрерывного общения обучающихся с преподавателем, при это и есть необходимость использование программы Скайп. Данная форма практически соответствует требованиям Болонского процесса образования, так как по положению 75 % обучающиеся должен обучаться самостоятельно и только 25% отводится для контроля их знаний. Соответственно данное образование строиться таким образом, что при самостоятельном обучении студент обращается к своему преподавателю по преподаваемой дисциплине в том случае, когда у него возникают вопросы по заданному, и в виде консультаций. То есть, следует отметить, что данная форма предоставляет огромную возможность обучаться не только каким-то определенным группам, а всем желающим, в том числе и ЛОВЗ.

При этом по возможности все-таки немаловажную роль играет дедлайн по расписанию- проведения занятий в определенное время, так как это дисциплинирует специалиста: прийти на помощь своевременно.

В университетах есть специалисты, которых называют тьютерами, вспомогательный персонал из числа профессорско-преподавательского состава, который курирует также как куратор группы, только его особенность в функционале заключается в оказание учебной помощи. Также на основании приобретения лицензией университетом могут быть психологи, которые также будут закреплены за каждым ЛОВЗ. В данном вопросе может помочь куратор, который обычно назначается деканатом. Контроль же полученных знаний также будет осуществляться через ДО, в режиме эффективного электронного ресурса.

Результаты исследования также показали, что дистанционное медицинское образование хотят получить молодые ЛОП, практически 86% компьютерными технологиями. Очень важно для них стоимость образования: бесплатное или льготное кредитование.

Из преимуществ дистанционного образования 40% отметили доступность учебного материала, 13,3% улучшения контроля над образовательными процессами.

Нами, в процессе исследования был предложен респондентам курс ДОТ по специальности «общественное здравоохранение» как второе образование. Была проведена разъяснительная работа о специальности и ее возможностях. В результате 26 респондентов из 91 согласились пройти обучение в нашем Вузе.

До недавнего времени единственной возможностью для работающих людей получить второе высшее образование было заочное обучение. Сегодня эта форма уже изживает себя и с развитием высоких технологий многие предпочитают учиться онлайн, дистанционно.

Получение второго образования дистанционным способом для работающих гораздо предпочтительнее, чем заочное. Важно отметить, что не требуется отпрашиваться у начальства на многочисленные сессии: из-за этого студентов-заочников не жалуют, особенно на частных предприятиях, многие сотни стремящихся к знаниям были уволены из-за необходимости прерывать работу для того, чтобы на какое-то время погрузиться в учёбу, сдать необходимые экзамены и т.п.

Выбирая дистанционное электронное обучение, вы сможете посещать учебные аудитории онлайн в свободную минуту на работе, дома по вечерам, в выходные – в любое удобное для вас время. Вы сами определяете свой график, регулируете интенсивность и порядок обучения, взаимодействуете с лучшими преподавателями, освоившими инновационные методы работы. Второе высшее дистанционно – это лучший выбор ещё и с материальной точки зрения. То же заочное выходит гораздо дороже, ведь помимо оплаты самого обучения, вы вынуждены отпрашиваться в отпуск без содержания, тратиться на дорогу и т.д., а если вуз находится в другом городе, то ещё и несёт затраты на арендное жильё. ДО лишено таких проблем.

Данная форма обучения не только помогает обучить особо желающих ЛОВЗ с инвалидизирующими нозологиями в оптимальных для них условиях, но и появление стимула к их социализации.

Следовательно, наличие различных телемедицинских установок DiViSy TM21 у ППС и у обучающихся-ЛОВЗ, могут позволить себе обеспечивать на высоком уровне качества. Конечно, это зависит от высокого уровня квалификации специалиста/ППС, который проводит занятия, так как высококлассный специалист может провести ДО таким способом, что получение знаний обучающимися ни чем не будут отличаться от тех, кто учится в классическом варианте. Здесь имеет место и другой стороны – студент, который будет с огромным желанием и интересом обучаться и своевременно выполнять задания.

При получении определенных знаний обучающийся обязан уметь отразить или показать применении практических навыков. Для них будет пространство- это по месту проживания пройти производственную практику в одной из клиник. Официально это оформляется руководством университета. Сейчас в НАО «Медицинский университет Астана» проходит обучение следующим образом: младшие курсы теоретическая часть занимает обучение до 50%, тогда как на старших курсах до 25%, резидентура/интернатура до 10%, таким образом, на практическую часть с каждым годом уделяется больше времени, что в конце затрачивается до 90 %.

В настоящее время опыта дистанционного обучения в Казахстане уже достаточно много и Казахстанско-Американский Свободный Университет (КАСУ) один из первых вузов начал применять у себя в учебном процессе дистанционные формы обучения в сотрудничестве с иностранными университетами, но для ЛОВЗ практически нет, только попытки к его внедрения.

Нами на основе контент анализа интернет пространства был составлен SWOT-анализ с целью выявления факторов, влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования (табл.3).

**Таблица №3 - SWOT-анализ с целью выявления факторов, влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования**

| <b>Сильные стороны</b>  | <b>Слабые</b>  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Есть потребность среди ЛОВЗ в медицинском образовании;</li> <li>2. Технологические возможности вузов (есть опыт)</li> <li>3. Преподаватели имеют опыт с ДОТ</li> <li>4. Компьютерная грамотность населения</li> <li>5. Экономическая эффективность</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осведомленность населению очень низкая</li> <li>2. Инертность преподавателей для подготовки в обучении ЛОВЗ, поэтому необходимо подготовка определенных групп ППС</li> <li>3. Недостаточный опыт для медицинских специальностей</li> </ol> |
| <b>Возможности</b>  | <b>Угрозы</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличить экономическую эффективность вуза за квот от</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Компетентность преподавательского состава</li> </ol>   |

|              |   |
|--------------|---|
| государства; | <p>может быть временным факторов, в случае смены место работы или уход из системы образования;</p> <p>2. Качество теоретического материала, необходимо регулярно обновлять;</p> <p>3. Система оплаты ППС может быть затруднительной именно с работой ЛОВЗ, НПА не совершенны.</p> |
|--------------|---|

Таким образом вывод по второй задаче:

- дистанционные технологии по медицинским специальностям для ЛОВЗ необходимо внедрять и развивать по следующим внутренним причинам;

- есть потребность в Казахстане (большая территория страны и меньшие возможности близлежащих учебных заведений);

- экономически для ЛОВЗ невыгодно долгое время пребывать вдали от места жительства, поэтому 70% могли бы обучаться ДОТ, а 30% университеты организовали цикловые занятия в определённый срок для пребывания на кафедрах и отработки практических навыков, что приравнивалось бы к производственным практикам.

Исходя из вышеизложенного, преимущество было положительных результатов по использованию ДО ЛОВЗ, что большинство участников анкетирования составили 96% от общего числа опрошенных.

Причем, 15% (20) респондентов считают, что эту форму обучения можно использовать также для медицинских специальностей (рентгенолог, физиотерапевт), а 36% (48) опрошенных, посчитали, что ДО в большинстве случаев подходит при подготовке врачей отдельных специальностей, а именно, не требующих получения мануальных навыков, что было бы удобно для ЛОВЗ.

Факторы, формирующие позитивное отношение к дистанционной форме обучения ЛОВЗ представлены в табл. 3.

**Таблица №4 – Характеристика факторов, формирующих позитивное отношение к дистанционной форме обучения ЛОВЗ, %**

| Факторы, формирующие позитивное отношение   | Структура ответов, |      |
|---|--------------------|------|
|   | %                  | абс. |
| Хорошая возможность обучаться по месту жительства (таким необходимым уход, в основном это родственники) | 57                 | 61   |
| Свободный график обучения, самоорганизация учебного процесса  | 36                 | 33   |
| Экономическая эффективность   | 7,0                | 6    |

Малоизученным на сегодняшний день является Академическая мобильность обучающихся-ЛОВЗ в высшем образовании. Однако, по данным зарубежных ученых является одним из эффективных ресурсов, которое формирует идентичность, социализацию и профессионализм. Поэтому немало важным остаётся вопрос о включении ЛОВЗ существующие различные формы академической мобильности, что необходимо для успешного их включения при социализации.

Выборка включала 332 обучающихся университетов, в том числе 32 ЛОВЗ. По результатам нашего исследования определены компоненты академической мобильности обучающихся ЛОВЗ и без ограничения в здоровье, где был высокий уровень готовности ЛОВЗ к включению в академическую мобильность. Мы акцентируем внимание на 98,6% ЛОВЗ не принимающие участие в данных программах, 93,4% не участвовали ни в каких проектах, грантах, 87% не состоят сообщества студенчества, 68% не имеют связей системного характера с обучающимися с других университетов. Выявлен большой разрыв между их готовностью к академической мобильности и дефицитом ее инфраструктуры. Результаты исследования также показали, что теоретические подходы позволили выявить значимые пробелы в описании самой академической мобильности ЛОВЗ, ее масштабах, лучших практик, психологических факторов и влияния на внедрение в среду социализации и профессионализма.

Учитывая экспериментальную зафиксированную номенклатуру специальных обучающихся и социальных потребностей ЛОВЗ, а также представлении о том, что адаптированная ОП в образовании предполагает предоставить удобные условия получения образования, а не его содержательную часть, характерную структуре его в среде образовательного учреждения как упорядоченную совокупность информационно-образовательной, архитектурно-пространственной, социально-психологической и реабилитационно-образовательной структуры, необходимые для продвижения и приобретения навыков у ЛОВЗ нормативного содержания образовательной программы с учетом интеграции.

В определенной рамке при соответствии логического перехода с теории на практику определяется определенным элементом специально разработанных технических инструментов для проведения учебного процесса с учетом особого формата организации и учебно-методического подхода к образовательному процессу. Затем, без внимания не остается психологическое и социально-реабилитационное сопровождение ЛОВЗ. Поэтому успех решения поставленных задач при получении высшего образования и с последующим трудоустройством ЛОВЗ определиться должно разработанным целым комплексом воздействующих факторов. В число, которых будет готовность сотрудников университета к реализации данной программы ДО для ЛОВЗ. ППС, осуществляющие образование с ЛОВЗ, должны обладать определенными профессиональными навыками.

### **3.3 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»**

Процесс реформирования в образовании по медицинским специальностям в НАО МУА, поддерживает инеграционный механизм соблюдая закономерности развития и подразумевая актуализацию разработки подходов к использованию информационных технологий, повышая креативность мышления, формирование умений ППС разрабатывать стратегию поиска решения как учебных так и практических задач.

В процессе эволюции информационного общества огромное значение имеют проблемы связанные с организацией образовательного процесса.

Современные рыночные условия на рынке образовательных услуг требуют от ППС формирования продуктивного мышления, развитию всесторонней обработки потребляемой информации, творческому конструированию.

Основой образования при ДО составляет целенаправленный и контролируемый интенсивный самостоятельный труд и обучающегося с ППС в процессе подготовки учебного материала.

В связи с этим, огромную роль играет организационно-методическая деятельность ППС по управлению учебным процессом с использованием информационных кейс и ТВ технологий.

ДОТ могут быть подразделены на несколько видов. Каждый вид обусловлен способом передачи знаний от ППС к обучающемуся.

При применении кейс-технологий обучающиеся получают комплект УМКД. Данный комплект может включать методические указания, задачи, пособия, аудио или видеоматериалы. При необходимости существуют возможность обращения к персональному преподавателю. Возможны консультации по телефону, факсу, электронной почте, скайпу.

ТВ-технология, базируется на использовании возможностей локальных или глобальных сетей для интерактивного взаимодействия преподавателя и студента.

В процессе нашего исследования, нами выявлено, что методологическая основа ДОТ по специальности «общественное здравоохранение» для получения второго высшего образования в МУА для сельского населения требует радикальных и основательных внедрений и внимания руководителей для создания условий организационных изменений.

Используя методы управленческих решений, мы использовали общеизвестный метод «дерева целей» и составили основные цели, для улучшения эффективности и конкурентоспособности образовательной услуги по специальности «общественное здравоохранение» в форме ДОТ (рис.7).

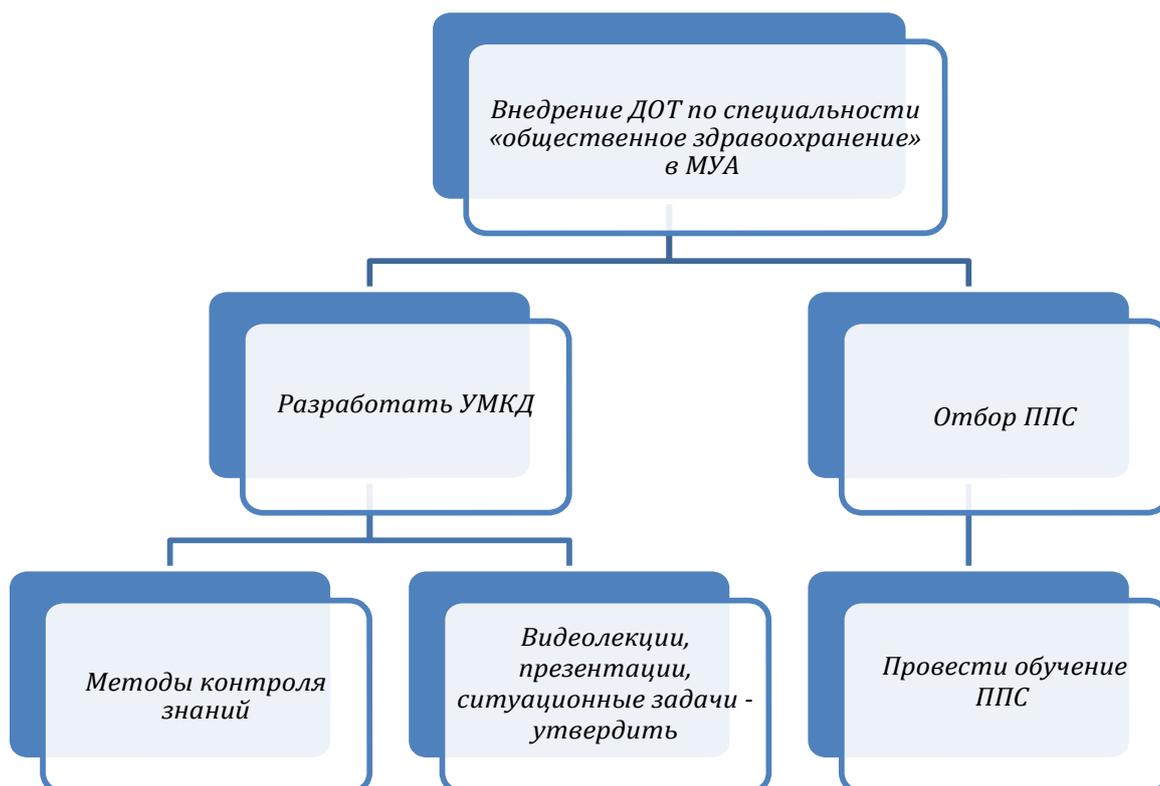


Рисунок № 7 - Управленческое предложение (метод «дерево целей») для развития ДОТ по специальности «Общественное здравоохранение»

Результаты нашего исследования выявили на базе НАО «Медицинского университета Астана» достаточные технические возможности для реализации всех дистанционных технологий по специальности «Общественное здравоохранение». Но изученные нами формы подачи информации показали отсутствие желаемых потребителем видеолекций, методических рекомендаций по изучаемым темам, ситуационных разборов по изучаемым темам.

Разработанные методологические подходы к использованию ДО ЛОВЗ может способствовать расширению сферы их применений и внедрения активного метода обучения в учебном процессе, повышения качества представленного учебного материала, развития творческого потенциала

способности обучающегося, повышения их интереса к данному обучению, что в итоге будет способствовать подготовке высококвалифицированных специалистов в области медицины или фармации к, примеру.

Следует обратить внимание на организацию средств повышения качества образования в целом. Ведь ДО способствует предоставлению возможности выбора при обучении по индивидуальной траектории в образовательной атмосфере, где для каждого обучающегося в зависимости от его личного предпочтения, индивидуальной особенности, обеспечивает личностно-ориентированный подход.

Таки образом, согласно вышеизложенному внедрение ДО для ЛОВЗ в учебный процесс университета по медицинским специальностям позволит использовать новые виды, формы и методы обучения, ориентированные на активную познавательную деятельность.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение инвалидности изменилось с годами и в данное время все больше применяется описания взаимодействия между нарушениями и физической, культурной и институциональной средой. Прогресс в определении инвалидности не был подкреплён усилиями по подготовке стандартизированных оценок распространённости инвалидности. Образование - это ворота в общество, но они не полностью открыты для ЛОВЗ. Разработка политики, которая уравнивает возможности получения качественного образования, требует более глубокого понимания масштабов и характера исключения детей с ограниченными возможностями и барьеров, с которыми они сталкиваются.

Внедрение для таких лиц образования является началом процесса расширения возможностей инвалидов участвовать в жизни своих общин. Путь к внедрению и достижению является сложным и, вероятно, будет зависеть от конкретной страны. Однако значимые шаги могут быть предприняты на всех этапах развития.

Создание для ЛОВ образования может быть медленным, но межсекторальное сотрудничество будет иметь решающее значение для достижения прогресса и документирования и распространения успехов. Последствия инвалидности носят межсекторальный характер, и подход, ориентированный на один сектор, будет менее успешным, чем подход, учитывающий весь спектр проблем, с которыми сталкивается обучающийся-инвалид. Политическим вопросом было, направление для применения расширенного доступа к учебному процессу, что отмечается быть более содержательным и требовательным к разработанным образовательным программам при переходе от школьной к университетской для дальнейшей деятельности в целях содействия занятости и интеграции ЛОВЗ.

Обучение ЛОВЗ в случае необходимости, осуществляется на основе адаптированных образовательных программ учитывая особенности психофизиологического и физического развития, и индивидуальной возможности при состоянии здоровья таких обучающихся.

Во всем мире инвалиды испытывают трудности с доступом к образованию, медицинским услугам и трудоустройству. Инвалидность является проблемой экономического развития, поскольку она связана с нищетой: инвалидность может увеличить риск бедности, а бедность может увеличить риск инвалидности. Все больше фактических показателей отражают, что дети - инвалиды и их семьи чаще, чем их сверстники, сталкиваются с экономическими трудностями, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода.

Приблизительно 15 процентов взрослого населения мира живет с той или иной формой инвалидности (WHO и World Bank 2011). Дети в возрасте до 14 лет составляют чуть менее 6 процентов людей с ограниченными возможностями во всем мире, но количество детей-инвалидов сильно недооценено в СНСД (ЮНИСЕФ 2008). Оценки распространённости

инвалидности среди детей варьируются в широких пределах, поскольку методы их выявления в обследованиях различны (Cappa, Petrowski and Njelesani 2015). Эта разница обусловлена сложностью выявления детской инвалидности (Meltzer 2010, 2016). Тем не менее, новые международные стандарты дают надежду на хорошее качество, сопоставимые на международном уровне данные в будущем.

Инвалидность можно определить и измерить несколькими способами. Традиционно инвалидность считалась медицинской проблемой для предотвращения или лечения (медицинская модель). Позже, инвалидность стала считаться социальной конструкцией, которая требовала общественных изменений (социальная модель). Совсем недавно были разработаны интерактивные модели инвалидности, которые сочетают в себе как медицинские, так и социальные детерминанты и виды действий. В этой биопсихосоциальной модели инвалидность рассматривается как возникающая из взаимодействия между нарушениями и окружающей средой; Под средой понимается выход за пределы физической среды, включающий культурную и институциональную среду. Доступно несколько интерактивных моделей (Митра 2006; Шекспир 2006); наиболее влиятельным является тот, который лежит в основе Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (ICF) (WHO 2002). В ICF инвалидность относится к негативным аспектам взаимодействия между индивидом, имеющим состояние здоровья, и контекстом личности (таким как физическое состояние и отношение). В рамках МКФ инвалидность используется как общий термин для обозначения нарушений, ограничений деятельности и ограничений участия. В дополнение к теоретическим определениям для этих моделей различные определения инвалидности используются статистическими учреждениями, которые собирают информацию о переписях и обследованиях, а также законодательными и политическими органами для определения правомочности программ инвалидности или охвата в соответствии с законами о правах инвалидов. В Конвенции ООН о правах инвалидов применяется соответствующая социальная модель.

Понятие инвалидности не просто приравнивается к медицинскому диагнозу; оно охватывает среду, которая ограничивает деятельность и участие человека. Отсутствие вспомогательных устройств, недоступная физическая среда, негативное отношение и стереотипы - все это мешает людям участвовать в жизни общества на равной основе.

Многие дети-инвалиды были исключены из основных образовательных возможностей во многих частях мира. Образование особенно важно для детей-инвалидов, которые часто подвергаются стигматизации или изоляции. Посещение школы помогает развеять неверные представления об инвалидности, которые служат барьерами для включения в другие сферы (Bundy 2011). Образование укрепляет человеческий капитал, минимизирует барьеры для выхода на рынок труда и повышает экономический потенциал заработка.

Инклюзивное образование основано на вере в то, что все дети могут учиться и должны иметь доступ к учебным программам и необходимым адаптациям для обеспечения полноценного образования. Поддержка инклюзивного образования набирает обороты в LMICs, при этом несколько стран адаптируют стратегии с учетом местных условий. Durkin and others (2006) изучают мероприятия, которые могут улучшить развитие детей и образовательные результаты для детей в LMICs. В настоящее время ни одна страна не имеет полностью инклюзивной системы (ВОЗ и Всемирный банк, 2011).

Большое количество фактических данных показывает, что у взрослых с ограниченными возможностями в СНСД (Страны с средним и низким доходом) уровень образования ниже, чем у взрослых без инвалидности: Болгария, Грузия, Молдавия, Румыния (Mete 2008); 15 стран (Mitra, Posarac и Vick 2013); Вьетнам (Mont and Cuong 2011); Афганистан и Замбия (Trani and Loeb 2012); Марокко и Тунис (Трани и др., 2015); Индия (Всемирный банк, 2007 г.); 51 LMIC и НИС (WHO и World Bank 2011). Эта связь, постоянно встречающаяся среди взрослых, может быть обусловлена более низкой посещаемостью школ детьми-инвалидами или более частыми случаями инвалидности среди взрослых с ограниченными образовательными возможностями. Например, из-за недоедания, отсутствия доступа к медицинскому обслуживанию и опасных условий труда.

Существует небольшая, но растущая литература по посещаемости школ и инвалидности в LMICs. Большая часть этой литературы является описательной и документирует степень разрыва в посещаемости школы по статусу инвалидности (Filmer 2008; Trani and Canning 2013). Филмер (2008) документирует разрывы в посещаемости школ по статусу инвалидности в 13 странах с 1992 по 2005 год, варьирующиеся от 10% до 60% в среднем детском возрасте (в возрасте 6-11 лет) и от 15% до 58% в подростковом возрасте (в возрасте 12-17 лет), хотя показатели инвалидности существенно различаются. Исследования, проведенные в Малави, Намибии, Замбии и Зимбабве, показали, что, хотя только от 9 до 18 процентов детей без инвалидности старше пяти лет никогда не посещали школу, от 24 до 39 процентов детей-инвалидов никогда этого не делали (Eide and Loeb 2006; Eide, vanRooy, and Loeb 2003; Eide and others 2003; Loeb and Eide 2004). В Индии почти 40 процентов детей-инвалидов не посещали школу по сравнению с 8-10 процентами детей из зарегистрированных племен или каст (Всемирный банк, 2007 год).

Mizunoya, Mitra и Yamasaki (2016) исследовали разрыв в зачислении в начальное и среднее образование между детьми с ограниченными возможностями и без них, используя показатель WG для взрослых. Используя репрезентативные на национальном уровне наборы данных из 15 LMIC, они обнаружили последовательные и статистически значимые пробелы в области инвалидности как в начальном, так и в среднем образовании во всех странах. Модель фиксированных эффектов домашних хозяйств показывает, что инвалидность снижает вероятность посещения школы на 30,9 процентных

пункта, и что ни индивидуальные характеристики, ни их социально-экономические и ненаблюдаемые характеристики домашних хозяйств не объясняют разрыв в инвалидности. Этот вывод свидетельствует о том, что общая политика сокращения масштабов нищеты посредством социальных трансфертов малоимущим не будет способствовать сокращению разрыва в уровне образования среди инвалидов.

Среди детей с ограниченными возможностями показатели зачисления различаются в зависимости от типа нарушения. В Буркина-Фасо дети-инвалиды более чем в два раза чаще не посещают школу, чем другие дети, но только 10% слабослышащих детей посещают школу, по сравнению с 40 процентами детей с другими физическими недостатками (UNESCO 2010). В Индии было зарегистрировано более 50 процентов детей с умственными недостатками, по сравнению с 70 процентами детей с плохим зрением, по-видимому, потому, что и физический доступ, и их способность общаться с учителями выше для последней группы (Mont 2014).

Помимо регистрации и регулярного посещения, исследования показывают, что дети с ограниченными возможностями более успешны в школах, доступных для всех учащихся (Dessementent, Bless, Morin 2012; Kalambouka и др. 2007; Lindsay 2007; Ruijs and Peetsma 2009).

К общим препятствиям на пути образования относятся пробелы в политике в отношении инклюзивного образования, включая ограниченные ресурсы, недостаточное количество подготовленных учителей, отсутствие адаптивных учебных материалов и недоступные помещения:

Отличительной чертой образования является учебная программа, ориентированная на обучающихся (McLeskey, Waldron, and Redd 2014; Rose, Meyer and Hitchcock 2005).

Таким образом, учебные программы во многих странах не адаптированы к потребностям обучения, задачам и сильным сторонам отдельных лиц. Политика предлагаемого образования может принести пользу ЛОВЗ, поскольку такая политика предназначена для учета индивидуальных различий и способностей.

На основании проведенного нами исследования мы получили следующие

### **ВЫВОДЫ:**

1. Международный опыт образования для ЛОВЗ показал, что 37,6% сохраняются проблемы даже на уровне развитых стран. Особенно наблюдаются социально экономической направленности, соответственно и финансирования для содержательной части и поддержки данной категории лиц.
2. Установлено, что факторы, влияющие на процесс организации дистанционного медицинского образования потребуются определенного времени внедрения. В Республике Казахстан мощность интернет ресурсов не соответствует среднему уровню мощности, что затрудняет работу на образовательных платформах.
3. Разработаны практические рекомендации по процессу организации дистанционного медицинского образования для лиц с ограниченными возможностями и необходимость разработки и внедрения кейс- и ТВ-технологии.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо доводить до сведения о возможностях образовательных организациях предоставляющие услуги именно для категории лиц с особенными возможностями.
2. Профессорско – преподавательскому составу необходимо пройти обучение по предоставлению образовательных услуг именно для лиц с ограниченными возможностями при Медицинских университетах.
3. Внутри вуза необходимо создать условия для внедрения видео-кейсов в программе образовательных технологий по медицинским дисциплинам, на уровне бакалавриата, магистратура, резидентуры так основной контент направлен для получения традиционного образования.
4. Создание доступных университетов имеет жизненно важное значение для перехода к образованию ЛОВЗ, которые пользуются инвалидными колясками, нужны пандусы для входа в учреждение, лифты для посещения аудиторий на верхних этажах и доступные туалеты, несмотря на то, что строительство доступных стоит едва ли на 1 процент больше, чем строительство недоступных учреждений образовательных, но модернизация недоступной значительно дороже.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Медеулова А.Р., Кошербаева Л.К., Нурбакыт А. //Образовательные программы для детей с кохлеарными имплантатами. Журнал «Валеология».- 2018 (3).
- 2 Михайликова З. //«Семейное воспитание незрячего дошкольника».- Алматы «Раритет». 2014.- с.28-35.
- 3 <https://informburo.kz/cards/inklyuzivnoe-obrazovanie-kak-v-kazahstane-uchat-detey-s-osobymi-obrazovatelnyimi-potrebnostyami.html>)
- 4 Годовой отчет за 2018 год Фонда развития социальных проектов SAMRUK - KAZYNA TRUST)
- 5 Sjöberg L, Nilsagard Y, Fredriksson C. Life situation of adults with congenital limb reduction deficiency in Sweden. *Disabil Rehabil.* 2014; 36(18): 1562–1571. 10.3109/09638288.2013.854839 [PubMed].
- 6 Postema SG, Bongers RM, Brouwers MA, Burger H, Norling-Hermansson LM, Reneman MF, et al. Upper Limb Absence: Predictors of Work Participation and Work Productivity. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 97:892–899. 10.1016/j.apmr.2015.12.022 [PubMed] [Google Scholar]
- 7 Lankhorst IMF, Baars ECT, van Wijk I, Janssen WGM, Poelma MJ, van der Sluis CK. Living with transversal upper limb reduction deficiency: limitations experienced by young adults during their transitions to adulthood. *Disabil Rehabil.* 2017; 39(16): 1623–1630. 10.1080/09638288.2016.1206632 [PubMed] [Google Scholar]
- 8 Gold NB, Westgate MN, Holmes LB. Anatomic and etiological classification of congenital limb deficiencies. *Am J Med Genet A.* 2011; 155A(6): 1225–1235. 10.1002/ajmg.a.33999 [PubMed] [Google Scholar]
- 9 Vasluian E, van der Sluis CK, van Essen AJ, Bergman JE, Dijkstra PU, Reindres- Messelink HA, et al. Birth prevalence for congenital limb defects in the northern Netherlands: a 30-year population-based study. *BMC musculoskelet Disord.* 2013;14:323 10.1186/1471-2474-14-323 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 10 Day HJ. The ISO/ISPO classification of congenital limb deficiency. *Prosthet Orthot Int.* 1991; 15(2): 67–69. [PubMed] [Google Scholar]
- 11 Hermansson L. Upper limb reduction deficiencies in Swedish children. Classification, prevalence and function with myoelectric prostheses. PhD Thesis, Karolinska Institutet, University Hospital, Sweden; 2004.
- 12 Krantz O, Bolin K, Persson D. Stigma-handling strategies in everyday life among women aged 20 to 30 with transversal upper limb reduction deficiency. *Scandinavian journal of disability research.* 2008; 10(4): 209–226. [Google Scholar]
- 13 Vasluian E, de Jong IG, Janssen WG, Poelma MJ, van Wijk I, Reinders-Messelink HA, et al. Opinions of youngsters with congenital below-elbow deficiency, and those of their parents and professionals concerning prosthetic use and rehabilitation treatment. *PLoS ONE* 2013; 8(6): e67101 10.1371/journal.pone.0067101 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

- 14 Vasluian E, van Wijk I, Dijkstra PU, Reinders-Messelink HA, van der Sluis CK. Adaptative devices in young people with upper limb reduction deficiencies: use and satisfaction. *J Rehabil Med.* 2015; 47: 346–355 10.2340/16501977-1922 [PubMed] [Google Scholar]
- 15 Johansen H, Østlie K, Andersen L, Ostlie K, Rand-Hendriksen S. Adults with congenital limb deficiency in Norway: demographic and clinical features, pain and the use of health care and welfare services. A cross-sectional study. *Disabil Rehabil.* 2015; 37(22): 2076–2082. 10.3109/09638288.2014.998781 [PubMed] [Google Scholar]
- 16 Bö TP and Håland I. Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2014 (Disabled people in the labor marknad in 2014). Reports 2014/36. Oslo: Statistics Norway, 2014.
- 17 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4): 287–333. 10.1016/j.ejpain.2005.06.009 [PubMed] [Google Scholar]
- 18 Ricci JA, Chee E, Lorandeanu AL, Bergern J. Fatigue in the US Workforce: Prevalence and implication for lost productive work time. *JOEM.* 2007; 49(1): 1–10. 10.1097/01.jom.0000249782.60321.2a [PubMed] [Google Scholar]
- 19 Pransky GS, Fassier J-B, Besen E, Blanck P, Ekberg K, Feuerstein M, et al. Sustaining work participation across the life course. *J Occup Rehabil.* 2016; 26: 465–479. 10.1007/s10926-016-9670-1 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 20 Johansen H, Bathen T, Andersen LØ, Rand-Hendriksen S, Østlie K. Chronic pain and fatigue in adults with congenital unilateral upper limb deficiency in Norway. A cross-sectional study. *PLoS ONE* 13(1):e0190567 10.1371/journal.pone.0190567. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- 21 Burger H, Vidmar G. A survey of overuse problems in patients with acquired or congenital upper limb deficiency. *Prosthet Orthot Int.* 2016;40(4):497–502. 10.1177/0309364615584658 [PubMed] [Google Scholar]
- 22 Postema SG, Bongers RM, Brouwers MA, Burger H, Norling-Hermansson LM, Reneman MF et al. Musculoskeletal Complaints in Transverse Upper Limb Reduction Deficiency and Amputation in The Netherlands: Prevalence, Predictors, and Effect on Health. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 97(7): 1137–1145. 10.1016/j.apmr.2016.01.031 [PubMed] [Google Scholar]
- 23 Johansen H, Østlie K, Andersen LO, Rand-Hendriksen S, Ostlie K. Health-related quality of life in adults with congenital unilateral upper limb deficiency in Norway. A cross-sectional study. *Disabil Rehabil.* 2016; 38(23): 2305–2314. 10.3109/09638288.2015.1129450 [PubMed] [Google Scholar]
- 24 Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Soerensen F, Anderson G et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987;18(3):233–237. [PubMed] [Google Scholar]
- 25 Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol.* 1989; 46(10):1121–1123. [PubMed] [Google Scholar]

- 26 Lerdal A, Wahl A, Rustøen T, Hanestad BR, Moum T. Fatigue in the general population: a translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scand J Public Health*. 2005; 33(2):123–130. 10.1080/14034940410028406 [PubMed] [Google Scholar]
- 27 Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG. The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. *J Psychosom Res*. 2004; 56(2): 157–170. [PubMed] [Google Scholar]
- 28 Ware JE Jr KM, Gandek B. SF-36 (R) Health Survey; Manual & Interpretation Guide. Lincoln: Quality Metric Incorporated, 2005.
- 29 Johansen H, Andresen I-L, Thorsen K. Adaptation of functional loss and pain in women with single-arm dysmelia. *Ergoterapeuten (Oslo)*. 2014; 57(5): 36–42. [Google Scholar]
- 30 Statistics Norway. Educationnal attainment of the population. <https://www.ssb.no/en/univ/> (2017, accessed 20 September 2017)
- 31 Johansen H, Andresen IL, Næss EE, Hagen KB. Health status of adults with Short Stature: A comparison with the normal population and one well-known chronic disease (Rheumatoid Arthritis). *Orphanet J Rare Dis*. 2007; 2:10 10.1186/1750-1172-2-10 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 32 Wekre LL, Frøslie KF, Haugen L, Falch JA. A population-based study of demographical variables and ability to perform activities of daily living in adults with osteogenesis imperfecta. *Disabil Rehabil*. 2010; 32(7):579–587. 10.3109/09638280903204690 [PubMed] [Google Scholar].
- 33 Конвенция ООН о правах инвалидов: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 10.09.2019).
- 34 Лопаткина Е.В. Непрерывное образование — феномен XXI века // Непрерывное образование — стратегия жизни современного человека: материалы II Всероссийской научно-практической конференции (г. Владимир, 26–27 марта 2014 г.) / Владимирский государственный ун-т имени А.Г. и Н.Г. Столетовых; Педагогический ин-т. Владимир: Изд-во ВлГУ, 2014. С. 10–20.
- 35 Лубовский Д.В. Внутренняя позиция обучающегося как личностная основа непрерывности индивидуальной образовательной траектории // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2016. № 2. С. 135–145.
- 36 Резолюция «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»: принята Генеральной Ассамблеей ООН 25 сентября 2015 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1\\_ru.pdf](https://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_ru.pdf) (дата обращения: 10.09.2019).
- 37 Портал психологических изданий PsyJournals.ru — [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2019/n3/Rubtsov\\_Alekhina\\_Haustov.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2019/n3/Rubtsov_Alekhina_Haustov.shtml) [Непрерывность инклюзивного образования и психолого-педагогического сопровождения лиц с особыми образовательными потребностями - Психолого-педагогические исследования - 2019. Том. 11, № 3].

- 38 Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего возраста с высоким риском нарушения психического развития в педиатрической практике: автореф. дисс. ... д-ра пед. наук М., 2014. 46 с.
- 39 Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. СПб.: Питер. 2007. 318 с.
- 40 Лурия А.Р. Л.С. Выготский и проблема локализации психических функций // Вопросы психологии. 1966. № 6. С. 59—61.
- 41 Лурия А.Р. О месте психологии в ряду социальных и биологических наук // Вопросы философии. 1977. № 9. С. 70—76.
- 42 Малофеев Н.Н. Концепция развития образования детей с ОВЗ: основные положения [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. № 36. (дата обращения: 15.09.2019).
- 43 Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л. Развитие ранней помощи в образовании детям с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2019. № 36. (дата обращения: 15.07.2019).
- 44 Никольская, О.С. Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л., Карabanова О.А. Развитие дошкольного образования детей с ОВЗ: целевые ориентиры, стратегические направления и ожидаемые результаты [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. № 36. (дата обращения: 10.08.2019).
- 45 Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. М.: Педагогика, 1974. 328 с.
- 46 Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. М.: МГППУ, 2008. 464 с.
- 47 Разенкова Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... д-ра пед. наук М., 2017. 207 с.
- 48 Рубцов В.В. Социально-психологическая концепция интеллектуального развития ребенка А.Н. Перре- Клермон // Психологическая наука и образование. 1996. № 2. С. 20—26.
- 49 Сатаева А.И. «3П — реабилитация» детей с КИ: технология перестройки взаимодействия родителей с ребенком на новой сенсорной основе // Дефектология. 2018. № 2. С. 14—26.
- 50 Симерницкая Э.Г. О предмете и специфике детской нейропсихологии / А.Р. Лурия и современная психология. М. :Изд-во МГУ, 1982. С. 110—118.
- 51 Стребелева Е.А. Пути формирования наглядных форм мышления у дошкольников с нарушением интеллекта: монография. М.: ИНФРА-М, 2016. 210 с.
- 52 Цукерман Г.А. Взаимодействие ребенка и взрослого, творящее зону ближайшего развития // Культурно- историческая психология. 2006. № 4. С. 61—73.

- 53 Юдина Т.А., Алехина С.В. Исследования по проблемам социальной и образовательной инклюзии лиц с интеллектуальными нарушениями [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2015. Т. 4. № 2. С. 40—46. doi:10.17759/jmfp.2015040205
- 54 Bronfenbrenner U. The Bioecological Theory of Human Development // Making human beings human: Bioecological perspectives on human development / U. Bronfenbrenner (ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd, 2005. P. 3—15.
- 55 Lerner R.M. Concepts and Theories of Human Development. 3rd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2002.
- 56 Айсмонтас Б.Б., Одинцова М.А. Социально-психологическое сопровождение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 71—80. doi:10.17759/pse.2017220109
- 57 Айсмонтас Б.Б., Панюкова С.В., Сайтгалиева Г.Г. Учебно-методическое сопровождение обучения студентов с инвалидностью в вузе // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 60—70. doi:10.17759/pse.2017220108
- 58 Алехина С.В., Алексеева М.Н., Агафонова Е.Л. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 83—92.
- 59 Алехина С.В. Психолого-педагогические исследования инклюзивного образования в практике подготовки магистрантов // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 3. С. 70—78. doi:10.17759/pse.2015200308
- 60 Аржаных Е.В. Высшее профессиональное образование для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью: статистический анализ // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 150—160. doi:10.17759/pse.2017220117
- 61 Волосникова Л.М., Ефимова Г.З., Огороднова О.В. Риски образовательной инклюзии: опыт регионального исследования Тюменского государственного университета // Психологическая наука и образование. 2017. Том 22. № 1. С. 98—105. doi:10.17759/pse.2017220112
- 62 Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2025 годы, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 года № 1297 [Электронный ресурс] // URL: <http://gov.garant.ru/document?id=71165834&byPara=1&sub=13> (дата обращения: 04.07.2019)
- 63 Денисова О.А., Леханова О.Л. Инклюзивное образование студентов с инвалидностью в региональном многопрофильном вузе на примере Череповецкого государственного университета // Психологическая наука и образование. 2017. Том 22. № 1. С. 119—129. doi:10.17759/pse.2017220114
- 64 Денисова О.А., Леханова О.Л., Поникарова В.Н. Дополнительное профессиональное образование педагогов для инклюзивного образования дошкольников с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2013. № 3. URL:

[https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2013/n3/62469.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n3/62469.shtml) (дата обращения: 04.07.2019)

65 Денисова О.А., Поникарова В.Н., Леханова О.Л. Личностно-ориентированные технологии формирования готовности педагогов к осуществлению инклюзивного образования // Личностно-ориентированные технологии в образовании как фактор безопасного развития личности: монография / Под ред. В.Г. Маралова, Н.В. Гольцовой. Череповец: ЧГУ, 2014. С. 256–270.

66 Денисова О.А., Поникарова В.Н., Леханова О.Л. Подготовка педагогических кадров к осуществлению инклюзивного образования // Вестник Череповецкого государственного университета. 2012. Т. 1. № 4 (42). С. 109–112.

67 Денисова О.А., Поникарова В.Н., Леханова О.Л. Стратегия и тактики подготовки педагогов инклюзивного образования // Дефектология. 2012. № 3. С. 81–89.

68 Инклюзивное образование в ВУЗе: комплект учебно-методических материалов программы курсов повышения квалификации сотрудников образовательных организаций высшего образования, расположенных на территории Северо-Западного федерального округа / Сост. О.Л. Леханова; под ред. О.А. Денисовой. Череповец: ЧГУ, 2017. 259 с.

69 Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья в Вологодской области: Состояние, перспективы, пути развития: Монография / Букина И.А., Денисова О.А., Леханова О.Л., Поникарова В.Н. и др. Череповец: ЧГУ, 2016. 225 с.

70 Курбангалеева Е.Ш., Веретенников Д.Н. Доступность высшего профессионального образования инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 169–180. doi:10.17759/pse.2017220119

77 Марголис А.А., Рубцов В.В., Серебрянникова О.А. Концепция проекта развития качества и доступности высшего образования для лиц с инвалидностью в Российской Федерации // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 1. С. 10–17. doi:10.17759/pse.2017220103

78 Поникарова В.Н. Диагностика готовности к осуществлению педагогической деятельности в интегрированном/инклюзивном образовании // Вестник Череповецкого государственного университета. 2013. № 4 (51). Т. 1. С. 130–133.

79 Поникарова В.Н. Динамика готовности педагогов к инклюзивному образованию: этапы, особенности и тенденции: монография. Курск: Университетская книга, 2019. 122 с.

80 Поникарова В.Н. Специфика использования различных диагностических программ // Образование и право. № 2. 2019. С. 294–299.

81 Андреев А. А. Введение в дистанционное обучение. Учебно-методическое пособие. - М.: ВУ, 2002 г.

82 Ахаян А.А. Виртуальный педагогический вуз. Теория становления. - СПб.: Изд-во «Корифей», 2001. - 170 с.

- 83 Зайченко Т.П. Основы дистанционного обучения: Теоретико-практический базис: Учебное пособие. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2004. - 167 с.
- 84 Зайченко Т.П. Инвариантная организационно-дидактическая система дистанционного обучения: Монография. - СПб.: Изд-во «Астерион», 2004. - 188 с.
- 85 Малитиков Е.М., Карпенко М.П., Колмогоров В.П. Актуальные проблемы развития дистанционного образования в Российской Федерации и странах СНГ // Право и образование. – 2005. – №1 (2). – С. 42–54.
- 86 Полат Е.С, Моисеева М.В., Петров А.Е. Педагогические технологии дистанционного обучения / Под ред. Е.С.Полат. - М., «Академия», 2006.

## Анкета

1. Имя \_\_\_\_\_
2. Пол \_\_\_\_\_
3. Возраст \_\_\_\_\_
4. Образование \_\_\_\_\_
5. Семейное положение:
  - Женат/не женат
  - Замужем/не замужем
  - Разведен (а)
  - Гражданский брак
6. Состояние здоровья:
  - Острая заболеваемость (ОРВИ, Грипп, свой вариант \_\_\_\_\_)
  - Хронические заболевания (Гепатит, бронхит и другие \_\_\_\_\_)
  - Зрение (нормальное, близорукость, дальнозоркость)
  - Слух (нормальный, снижен)
  - Состояние нервной системы (головные боли, неуравновешенность настроения, эмоциональная возбудимость)
  - Опорно-двигательный аппарат (сколиоз, остеохондроз, грыжи позвоночника, врожденная косолапость, деформация стопы плоскостопие, гидроцефалия)
  - Речь (правильная, неправильная, заикание, нечеткая артикуляция, свой вариант \_\_\_\_\_)
7. Желание ли Вы получить дистанционное медицинское образование:
  - Да
  - Нет
  - Свой вариант \_\_\_\_\_
8. Условия проживания:
  - Съемная квартира
  - Общежитие
  - У родителей
  - Свой вариант \_\_\_\_\_
9. Регулярно ли Вы употребляете алкоголь : Да          Нет  
Если «Да», то как часто ? \_\_\_\_\_
10. Курите ли Вы? Да          Нет  
Если «Да», то сколько сигарет в день \_\_\_\_\_
11. Режим питания
  - 1 раз в день
  - 2 раза в день

- 3 раза в день
  - 4 раза в день
12. Длительность сна \_\_\_\_\_
13. Владение компьютером (ноутбук, планшет)
14. Ваша работоспособность лучше:
- Днем
  - Ночью
  - Свой вариант \_\_\_\_\_
15. Режим дня(длительность компонентов):
- Длительность учебы \_\_\_\_\_
  - Длительность работы \_\_\_\_\_
  - Длительность отдыха \_\_\_\_\_
16. Заболевания I группы инвалидности, выберите свой вариант:
- вегетативное состояние, возникшее на фоне инсульта и дисфункций нервной системы
  - ампутация обеих конечностей – верхних или нижних
  - слепота
  - тяжелые формы сахарного диабета
  - глухота
  - паралич
  - опухолевые образования злокачественного характера с метастазами
  - хронические патологические процессы, связанные с функцией органов дыхательной системы
  - поражения нервной системы, влекущие за собой необратимые нарушения органов зрения, работы речевого и опорно-двигательного аппарата
  - психосоматические расстройства в виде таких заболеваний, как олигофрения, слабоумие на фоне течения эпилепсии
17. Заболевания II группы инвалидности, выберите свой вариант:
- цирроз печени
  - нарушения функций органов зрения
  - паралич нижних конечностей
  - сахарный диабет средне-тяжелого течения

- экзартикуляция бедра;
- частичная или полная глухота
- онкологические заболевания, при которых проводится лучевая или химическая терапия
- серьезные поражения печени, при которых не наблюдаются улучшения после проведенного лечения
- легочная недостаточность в хронической форме протекания – отсутствие одного легкого
- отсутствие одной нижней конечности и дисфункция второй
- слепота – птоз на два глаза
- паралич одной конечности
- трансплантация внутренних органов
- психические нарушения, которыми человек страдает уже более 10 лет
- легочная недостаточность второй степени или отсутствие в организме человека одного легкого

18. Заболевания III группы инвалидности, выберите свой вариант:

- начальная стадия раковых заболеваний, когда еще не применяется лучевая и химиотерапия
- функционирование только одного глаза – полная слепота одного глаза или его отсутствие
- двусторонняя глухота
- сахарный диабет, характеризующийся лабильным течением с определенными нарушениями
- дефекты лица, не поддающиеся коррекции методом проведения хирургического вмешательства
- паралич кисти, а также одной из конечностей, что приводит к нарушению двигательных функций, ограничивает человека в движении и становится причиной развития гипотрофии мышц
- наличие одной почки или одного легкого

19. К какому типу ЦНС относитесь: сангвиник , холерик , флегматик , меланхолик

