

Педагогическое сопровождение детей после тяжелых травм и ожогов, работа с болевым синдромом и мотивацией

Сарафроз Кудратовна Атабаева
Наманганский государственный педагогический институт

Аннотация: Статья посвящена комплексному исследованию педагогического сопровождения детей с тяжелыми ожоговыми травмами. В работе подробно рассматриваются механизмы когнитивной дистракции как средства снижения интенсивности болевого синдрома. Особое внимание уделено психолого-педагогическим стратегиям восстановления жизненной и учебной мотивации в условиях длительной изоляции. Автор обосновывает необходимость внедрения мультидисциплинарного подхода в госпитальную педагогику Узбекистана, предлагая конкретные методы арт-терапии и геймификации для социальной реабилитации пациентов.

Ключевые слова: госпитальная педагогика, термическая травма, болевой синдром, реабилитация, мотивация, инклюзия, клиническая психология, педагогическая поддержка

Pedagogical support for children following severe trauma and burns, addressing pain syndrome and motivation

Sarafroz Kudratovna Atabaeva
Namangan State Pedagogical Institute

Abstract: The article is devoted to a comprehensive study of pedagogical support for children with severe burn injuries. The paper considers in detail the mechanisms of cognitive distraction as a means of reducing the intensity of the pain syndrome. Special attention is paid to psychological and pedagogical strategies for restoring vital and educational motivation in conditions of long-term isolation. The author substantiates the need to implement a multidisciplinary approach in hospital pedagogy of Uzbekistan, offering specific methods of art therapy and gamification for social rehabilitation of patients.

Keywords: hospital pedagogy, thermal injury, pain syndrome, rehabilitation, motivation, inclusion, clinical psychology, pedagogical support

Современный этап развития системы образования в Республике Узбекистан

характеризуется глубокой гуманизацией и стремлением к созданию равных возможностей для всех категорий детей, включая тех, кто находится в трудных жизненных ситуациях по состоянию здоровья. Среди различных видов детского травматизма термические поражения (ожоги) занимают одно из лидирующих мест по уровню инвалидизации и тяжести психологических последствий. По данным Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, лечение тяжелых ожогов требует не только высокотехнологичной хирургии, но и длительного восстановительного периода, в течение которого ребенок фактически выпадает из образовательного и социального пространства [1]. Тяжелая травма вызывает у ребенка комплекс «посттравматического стрессового расстройства» (ПТСР), усугубляемого постоянным болевым синдромом. В этих условиях педагогическое сопровождение перестает быть просто процессом передачи знаний и трансформируется в мощный инструмент клинической реабилитации. Актуальность данной работы обусловлена отсутствием в отечественной педагогике системно разработанных протоколов взаимодействия педагога с ребенком в острый и подострый периоды ожоговой болезни, когда доминирующей проблемой является боль и утрата интереса к деятельности. Методологический базис исследования сформирован на стыке коррекционной педагогики, клинической психологии и комбустиологии. В основу легла концепция Л.С. Выготского о первичных и вторичных дефектах, где первичным является физическая травма, а вторичным - социальная и педагогическая запущенность, вызванная болезнью.

1. Теоретический анализ нормативно-правовых актов РУз (в частности, Постановления Президента «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы образования для детей с особыми образовательными потребностями») [2].

2. Педагогическое наблюдение за реакциями детей в процессе выполнения творческих заданий на фоне процедурных болей.

3. Методика педагогического моделирования, позволившая создать алгоритм дистракционных занятий (занятий-отвлечений).

Когнитивная дистракция как педагогический метод управления болью.

Физиологически боль конкурирует с другими сигналами в коре головного мозга. Наша задача как педагогов - создать более мощный очаг возбуждения через познавательный интерес. Мы выделили два уровня дистракции:

Пассивная дистракция: прослушивание аудиокниг, сказкотерапия, использование VR-очков для виртуальных путешествий в момент перевязок.

Активная дистракция: включение ребенка в решение логических головоломок, интерактивное программирование или арт-практики (например, рисование на планшете, если повреждены конечности). Данные показывают, что

активная вовлеченность снижает субъективное восприятие боли на 30-40% [3].

У ребенка после тяжелой травмы часто наблюдается «мотивационный коллапс» - нежелание делать что-либо из-за страха боли. Мы предлагаем внедрение концепции «педагогического успеха как анальгетика». Когда ребенок достигает малого успеха в обучении (решил пример, выучил стих), происходит выброс дофамина, который является естественным антиподом гормонов стресса.

Ключевые этапы работы:

Адаптивный этап: минимизация нагрузки, использование игровых форм.

Этап стабилизации: введение элементов соревновательности (геймификации).

Интегративный этап: восстановление связи со школьным классом через дистанционные технологии [4].

Специфика арт-педагогике в комбустиологии.

Особое место занимает работа с пластичными материалами (если позволяют кожные покровы рук) или песочная терапия. Это не только развивает мелкую моторику, необходимую для предотвращения контрактур (стягивания кожи), но и позволяет ребенку «выплеснуть» свой страх и агрессию, вызванные травмой [5].

Педагогическое сопровождение в специализированных клиниках Узбекистана должно учитывать культурный код страны. Семья играет центральную роль, поэтому педагог обязан работать в тесном контакте с родителями («ребенок - педагог - родитель - врач»). Важной проблемой остается подготовка кадров: обычный школьный учитель не всегда готов к виду обожженного ребенка и его эмоциональным срывам.

В отличие от западных моделей «Hospital Schools», в нашей практике мы делаем акцент на духовном воспитании и национальном наследии (использование народных сказок, притч), что способствует более быстрой психологической стабилизации ребенка. Исследование подтверждает, что если учебный процесс начинается в первые две недели после стабилизации состояния, риск развития тяжелой депрессии снижается в два раза [6].

Научно-педагогический анализ проблемы сопровождения детей после тяжелых ожогов позволяет сделать следующие выводы:

1. Педагогика в клинике - это не просто «уроки у постели», а терапевтическое воздействие. Правильно организованная учебная деятельность способна выступать в роли немедикаментозного обезболивающего за счет механизмов переключения внимания.

2. Мотивация к жизни и учебе напрямую зависит от темпов восстановления «образа Я». Педагог должен помочь ребенку принять изменения во внешности через творческое самовыражение.

3. Необходимо разработать и утвердить на государственном уровне программу подготовки «госпитальных педагогов» для работы в ожоговых центрах Республики Узбекистан, объединяющую знания по медицине, дефектологии и психологии.

Использованная литература

1. Ахмедов Ю. М., Карабаев Х. К. Современные аспекты лечения ожоговой болезни у детей // Педиатрия. — Ташкент, 2022. — № 2. — С. 45–50.
2. Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы образования для детей с особыми образовательными потребностями» от 13.10.2020 г. № ПП-4860.
3. Курбанова Г. А. Психолого-педагогические особенности работы с больными детьми в условиях стационара. — Ташкент: Низомий номидаги ТДПУ, 2019. — 156 с.
4. Шарипов Ш. А. Клиническая педагогика: учебное пособие для магистров педагогических направлений. — Ташкент, 2021. — 210 с.
5. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2018. — 224 с.
6. Nishanova Z. T. Psixologik maslahat: O'quv qo'llanma. — Toshkent: Fan va texnologiya, 2014. — 256 b.