

Министерство социальной политики Свердловской области

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ:
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, ИННОВАЦИИ,
ТЕХНОЛОГИИ**

**IV научно-практическая конференция
с международным участием**



Екатеринбург, 2023

УДК
ББК

Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие, инновации, технологии: материалы IV научно-практической конференции с международным участием. – Екатеринбург, 2023. – 155 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Алексеева Е.В. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ В ПОЛУСТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ В РАМКАХ ИСПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО ЗАКАЗА НА ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С СОЦИАЛЬНЫМ СЕРТИФИКАТОМ.....	5
Баранова Е.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-МОЛЬБЕРТА В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ	13
Белобородов А.И. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ АФК В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ОЦРИ	17
Благовещенский Е.Д. АНАЛОГИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО МНОЖЕСТВЕННОГО АРТРОГРИПОЗА И АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	23
Быкова Ю.А. ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ, В ТОМ ЧИСЛЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ.....	30
Григорова Ю.А. РАННЯЯ ПОМОЩЬ – ЭФФЕКТИВНАЯ ПОМОЩЬ. ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ГАУ «РЦ «ТАЛИСМАН» Г. ЕКАТЕРИНБУРГА»	38
Карпова Е.Н. ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В ПОЗЕ СИДЯ: ЗАМЕРЫ, ДИАГНОСТИКА, ПОДБОР И АДАПТАЦИЯ ТСР	42
Киреева Н.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ТЕХНОЛОГИИ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ГРУППЕ КОМПЕНСИРУЮЩЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ	51
Михайлова О.В., Шулаева Т.Е. МКФ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ГОРОДА МОСКВЫ «МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ»).....	59
Михайлова О.В., Шулаева Т.Е., Сычева В.В. ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ – СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ И ДРУГИХ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПО ОПЫТУ ГБУ «МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ»)	66
Пашенцева Т.Ю. ПРАКТИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В ОБУ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ»	73
Пашичева М.А., Карачева А.Н., Гаврикова Н.В. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ	78
Прядко Н.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГБУСО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ РЦ»	83

Рогачева Т.В., Шестакова Е.В. ПРАКТИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ МКФ.....	89
Рябова М.В. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ	97
Салахова Т.Ю., Сыщикова А.В. СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ ПЕДАГОГОМ ПСИХОЛОГОМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА	104
Смагина А.А. ПОДХОДЫ К РАСЧЕТУ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА И НОРМАТИВОВ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ).....	108
Токарева Ю.И., Токарева С.И. СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ИНКЛЮЗИИ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В МАЛОМ ПОСЕЛЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ИНКЛЮЗИВНОГО КОМПЛЕКСА «СОЦИОПОЛИС».....	115
Тюлькина Л.Н., Пупков П.В., Зыкина С.А. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕ РЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	122
Тюлькина Л.Н., Пупков П.В., Зыкина Н.И., Краснова А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	126
Федяева М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ..	130
Чернышева О.В., Ибрагимова Э.З. ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ МЕТОД В ФОРМИРОВАНИИ АРТИКУЛЯЦИОННЫХ ДВИЖЕНИЙ ПРИ ЗАПУСКЕ РЕЧИ	137
Шестакова Е.В., Рогачева Т.В. ПРИМЕНЕНИЕ МКФ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ПО ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	142
Юровских М.В., Григорьева С.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ И FLOORTIME В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА.....	150

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ
В ПОЛУСТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ
ОРГАНИЗАЦИЯМИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ
В РАМКАХ ИСПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО СОЦИАЛЬНОГО
ЗАКАЗА НА ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ
С СОЦИАЛЬНЫМ СЕРТИФИКАТОМ**

*(доклад для выступления в секции № 10 «Деятельность НКО
в реализации направлений комплексной реабилитации
и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов)*

*Алексеева Елена Владимировна
начальник отдела по делам инвалидов
Министерства социальной политики
Калининградской области*

**PROVISION OF SOCIAL SERVICES FOR THE DISABLED
IN A SEMI-STATIONAL FORM NON-COMMERCIAL
ORGANIZATIONS OF THE KALININGRAD REGION, INCLUDING
WITHIN THE FRAMEWORK OF THE IMPLEMENTATION OF THE STATE
SOCIAL ORDER FOR PROVISION OF SOCIAL SERVICES
IN ACCORDANCE WITH WITH SOCIAL CERTIFICATE**

*(report for presentation in section No. 10 “Activities of NGOs
in the implementation of areas of comprehensive rehabilitation
and habilitation of disabled people, including children with disabilities)*

*Alekseeva Elena Vladimirovna
Head of Department for the Disabled
Ministry of Social Policy
Kaliningrad region*

В рамках продолжения реформы бюджетной системы Министерством финансов Российской Федерации разрабатываются новые инструменты организации бюджетного процесса, в том числе в целях повышения качества и доступности государственных услуг за счет привлечения негосударственного сектора к их оказанию.

В большинстве субъектов Российской Федерации, в том числе в Калининградской области, в рамках отраслевого законодательства уже реализованы механизмы предоставления субсидий за оказанные услуги негосударственному сектору. Данные механизмы имеют региональные особенности и специфику.

В настоящее время в регионе в реестр поставщиков социальных услуг включены более 60 некоммерческих организации, четыре из которых являются исполнителями государственных услуг инвалидам в сфере социального обслуживания в полустационарной форме.

Используется несколько форм взаимодействия с некоммерческими организациями:

- осуществляется отбор организаций на предоставление субсидий из областного бюджета на финансовое обеспечение с целью предоставления социальных услуг гражданам в полустационарной форме в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

- производится возмещение затрат, связанных с исполнением государственного социального заказа на оказание государственных услуг в социальной сфере на основании социального сертификата на получение государственных услуг в сфере социального обслуживания, в соответствии с Федеральным законом от 13.07.2020 № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере».

Субсидии на предоставление услуг на финансовое обеспечение с целью предоставления социальных услуг гражданам в полустационарной форме предоставляются на основании Постановления Правительства Калининградской области от 07.10.2019 № 670 «Об установлении порядка определения объема и предоставления субсидий из областного бюджета социально ориентированным некоммерческим организациям на финансовое обеспечение оказания социальных услуг гражданам в полустационарной форме».

Услуги предоставляются согласно двум стандартам предоставления услуг: «Предоставление социального обслуживания в полустационарной форме», в состав которого входит предоставление социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых, социально-правовых услуг, услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов, срочных социальных услуг. Социальная услуга предоставляется детям-инвалидам в возрасте от 16 лет и инвалидам, продолжительность пребывания – 6 часов. Курс предоставления услуги – 2 месяца не более 5 раз в году; «Социальная услуга в форме индивидуальных занятий», общая продолжительность занятий в день – 2 часа, продолжительность индивидуального

занятия – не менее 30 мин. Курс предоставления услуги – 2 месяца не более 5 раз в году. Максимальное количество часов за курс (2 месяца) – 40 часов.

Субсидии на возмещение затрат предоставляются трем социально ориентированным некоммерческим организациям региона, ежегодно участвующим в отборе:

1. Социально ориентированной некоммерческой организации Калининградской региональной детско-молодежной общественной организации инвалидов «Мария».

2. Автономной некоммерческой организации «Центр реабилитации и развития “Радуга”».

3. Региональной общественной организации родителей детей-инвалидов Калининградской области «Астарта».

Калининградская региональная детско-молодежная общественная организация инвалидов «Мария» (далее – КРДМ ООИ «Мария») создана в 1998 году семьями, имеющими детей и взрослых инвалидов с психическим, умственным нарушением, синдромом Дауна, расстройством аутистического спектра.

В 2014 году, благодаря грантовой и субсидийной поддержке, был создан полноценный, комфортный Центр социальной реабилитации и адаптации, дающий ментальным инвалидам возможность социализироваться через основные виды деятельности человека: игру, общение, учение и труд.

Социальная реабилитация и адаптация является основным направлением работы организации. В Центре обустроены мастерские занятости: керамико-художественная, прикладного и сувенирного творчества, швейно-ткацкая, столярная, также работают: учебные столовая и кухня, кабинеты: сенсорно-звуковой стимуляции методом Томатис; адаптивной физкультуры, логопеда, дефектолога, психолога, интерактивный кабинет с инновационным сенсорным оборудованием; музыкальная и театральная студии. В театральной студии «Данко» есть своя сцена, костюмерная, гримерная, ребята выступают со спектаклями на театральных сценах региона.

Калининградская региональная детско-молодежная общественная организация инвалидов «Мария» состоит в реестре поставщиков социальных услуг с 2019 года. На сегодняшний день организация оказывает социальные услуги по двум утвержденным стандартам. В Центре пять раз в неделю работает шестичасовая группа для инвалидов от 16 лет, основная цель которой – патронаж физического и психологического состояния, организация дневной занятости и досуга, развитие трудовых и творческих возможностей, бытовых и коммуникативных навыков. Данная услуга введена в рамках развития стационарозамещающих технологий как одна из действенных мер профилактики помещения в интернаты с круглосуточным пребыванием и позволяет обеспечить доступную форму социализации инвалидов с ментальными нарушениями. Центр на регулярной основе

предоставляет услугу пятидневного шестичасового дневного пребывания 40 инвалидов и услугу регулярных индивидуальных занятий 25 гражданам. На сегодняшний день организацией продолжает отмечаться рост желающих посещать Центр. Это касается как инвалидов 16+, так и детей-инвалидов или не имеющих инвалидности, но остро нуждающихся в помощи.

За три года организации предоставлена субсидия в размере более 20 миллионов рублей

Автономная некоммерческая организация «Центр реабилитации и развития “Радуга”» вошла в Реестр поставщиков социальных услуг в 2020 году и оказывает услуги в полустационарной форме. Воспитанники Центра, в основном, люди с психическим, умственным нарушением, синдромом Дауна, расстройством аутистического спектра, старше 16 лет, проживающих в поселках Озерского района, г. Озерске Калининградской области. В Центре оборудованы и функционируют учебная столовая и учебная кухня, сенсорная комната, музыкальный и спортивный зал, керамическая, швейная, творческая мастерские. Также для воспитанников проходят занятия по растениеводству на собственном огороде с теплицей.

В процессе занятия художественным трудом формируются психические процессы, развиваются художественно творческие способности и положительно эмоциональное восприятие окружающего мира. Занятия рукоделием позволяют ребятам проявить индивидуальность и получить результат своего художественного творчества, совершенствуют навыки планирования предстоящей работы и самоанализа результатов деятельности. Осуществляется развитие мелкой моторики рук. На занятиях ребята самостоятельно шьют фартучки, шапочки, прихватки, сумочки, вяжут коврики, мастерят корзиночки и сувениры из шпагата, плетут из бисера различные поделки.

При проведении занятий по социально-бытовой и трудовой адаптации главный акцент делается на личностное отношение каждого получателя услуг к изучаемому материалу. Замечено, что полученные знания, подкрепленные эмоцией (радости, значимости собственного мнения), проходят гораздо глубже и закрепляются надолго. Ребята в центре убирают, готовят заготовки из собственнo выращенных продуктов, пекут сырники, блины, шарлотки, сушат фрукты, ягоды, зелень.

Общественная организация «Астартa» была создана в 2001 году для реализации инновационного социального проекта «Создание производственно-интеграционных мастерских для молодых людей с ментальной инвалидностью». Цель проекта – профессиональная реабилитация, социальная адаптация и сопровождаемая трудовая занятость молодых людей с ментальной инвалидностью. На сегодняшний день проект реализуется в рамках предоставления социальных

услуг. В 2019 году «Астарта» вошла в реестр поставщиков социальных услуг. В 2022 году социальное обслуживание в полустационарной форме предоставлено 23 молодым людям с ментальной инвалидностью. В 2022 году предоставлено всего 29 875 услуг.

Социально-трудовая услуга включает в себя проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам: выращивание рассады цветочных растений; черенкование древесно-кустарниковых и хвойных культур; озеленение и уход территории; озеленение объектов. Организация участвует в мероприятиях по озеленению городских территорий. В зимний период проводится работа в декоративно-прикладной мастерской.

Наш регион был одним из шести субъектов Российской Федерации первым, вступившим в апробацию Федерального закона от 13.07.2020 № 189-ФЗ.

В сфере социального обслуживания государственный социальный заказ должен реализовываться с использованием социальных сертификатов – именного документа, удостоверяющего право потребителя получить услуги и право исполнителя услуг на возмещение расходов из бюджета.

Формой социального сертификата является индивидуальная программа предоставления социальных услуг. Граждане используют социальный сертификат, чтобы оплатить им услуги в самостоятельно выбранных организациях из реестра исполнителей услуг.

Формирование данного реестра обеспечивает Министерство социальной политики Калининградской области.

С 2022 года в Калининградской области введены социальные сертификаты на две государственные услуги:

- услуги сиделки для граждан, полностью утративших способность к самообслуживанию и передвижению, нуждающихся в постороннем уходе;
- социально-реабилитационные услуги в полустационарной форме инвалидам. Ранее государственные услуги в таком объеме и формате не предоставлялись, это дорогостоящая и очень востребованная населением помощь.

В настоящее время исполнителями услуг по социальному сертификату, получающими субсидию из областного бюджета, являются четыре социально ориентированные некоммерческие организации. Все организации имеют опыт работы в сфере социального обслуживания и ранее получали субсидии из областного бюджета на оказание социальных услуг.

В 2022 году на апробацию государственного социального заказа из регионального бюджета выделено 27,1 миллиона рублей из них 18,4 миллиона рублей – на оказание услуг инвалидам в полустационарной форме.

С февраля 2022 года населению региона с использованием социального сертификата предоставляются:

- социальные услуги сиделки на дому для граждан, полностью утративших способность к самообслуживанию и передвижению, нуждающихся в постороннем уходе. Стоимость сертификата на 1 человека в месяц составляет около 30 тысяч рублей в месяц;

- социальные услуги в полустационарной форме. Стоимость сертификата на 1 человека в месяц составляет 238,2 тысячи рублей.

Исполнителем социально-реабилитационных услуг в полустационарной форме является Калининградская региональная общественная организация инвалидов «Ковчег». Услуга предоставляется:

- инвалидам I-II группы с травмой позвоночника и спинного мозга вследствие перенесенных травм с полной или частичной утратой способности или возможности осуществлять самообслуживание;

- инвалидам I-II группы с последствиями острого нарушения мозгового кровоснабжения и заболеванием центральной нервной системы, нарушающим способность мозга передавать и принимать различные сигналы, с нарушением двигательной функции;

- инвалидам I-II группы с врожденными или приобретенными нарушениями и болезнями костно-мышечной системы.

Реабилитация для инвалидов организована с использованием современной технической базы негосударственного поставщика, что позволяет сформировать реабилитационный путь максимально ориентированный на восстановление.

В 2021 году Калининградская региональная общественная организация инвалидов «Ковчег» открыла на своей базе уникальное в своем роде отделение социально-медицинской реабилитации, специализирующееся на комплексной реабилитации, социализации и адаптации инвалидов-колясочников.

Отделение социально-медицинской реабилитации, общей площадью 270 кв.м., находится в Гурьевском районе, Калининградской области, пос. Поддубное (ул. Неограниченных возможностей, д. 1) и оснащено современным реабилитационным оборудованием. Персонал состоит из квалифицированных специалистов, имеющих соответствующие сертификаты, опыт работы с инвалидами-колясочниками, прошедших специальную подготовку по специфике работы. Оказание социально-медицинских услуг осуществляется в полустационарной форме, на основании стандарта предоставления услуги, разработанным Министерством социальной политики Калининградской области. Услуга полустационарная, но приезжающие на реабилитацию инвалиды могут остановиться на весь срок реабилитации (28 дней) в современных, полностью адаптированных,

двухместных блокированных коттеджах, расположенных на территории Фабрики «Обсервер». Проживание организовано с трехразовым питанием. Коттеджи оснащены адаптированными кухонными гарнитуром и принадлежностями, функциональной кроватью, удобным санузлом с доступным душем и санитарным стулом, кнопками вызова персонала. В распоряжении получателей услуг телевизор, wi-fi, индивидуальная зона барбекю, микроволновая печь, холодильник, электрическая плита, электрический чайник и другие необходимые принадлежности, включая мобильный прикроватный столик, валики и т.п.

Сопровождение социальными работниками на период реабилитации организовано круглосуточно, что позволяет оставаться на период реабилитации без своего сопровождающего даже пациентам с полной утратой способностей к самообслуживанию. Во время организованного сопровождаемого проживания происходит одновременное обучение навыкам максимально возможного самостоятельного проживания и самообслуживания, чтобы по окончании реабилитации человек мог использовать полученные навыки в домашних условиях. Инвалиды, приезжающие на реабилитацию, имеют при себе назначения невролога, по которому происходит назначение реабилитационных мероприятий, однако при необходимости/по запросу могут быть приглашены врачи – узкие специалисты (невролог, уролог, хирург, терапевт, психиатр). В течение года инвалиды указанных выше категорий проходят обычно 2 – 3 курса по 28 дней (но не более 84 дней в году), тем самым достигая регулярной реабилитации, так необходимой с имеющимися у них диагнозами. Такая регулярность позволяет поддерживать организм инвалидов-колясочников в должном состоянии, а зачастую и достигать прекрасных результатов и расширение их возможностей.

Курс реабилитации включает в себя:

- 28 сеансов ЛФК по 2 часа (50 мин кушетка + 50 мин тренажеры ежедневно без выходных);
- 20 сеансов массажа (по 50 мин);
- 15 аппаратных процедур (миостимуляция, Дарсонваль, вакуумный массаж, прессотерапия);
- еженедельные консультации психолога;
- 5 раз в неделю занятия с эрготерапевтом.
- 20 занятий адаптивным спортом;
- индивидуальное сопровождение и консультирование специалистом по индивидуальной программе реабилитации и подбору технических средств реабилитации;
- профориентацию, выявление навыков и умений, подбор подходящих вакансий и содействие трудоустройству.

Услуга предоставляется на основании индивидуальной программы получения социальных услуг, которая является социальным сертификатом.

Кроме того, во время реабилитации еженедельно организуются культурно-развлекательные мероприятия (посещение театров, музеев, концертов, организация мастер-классов, выезды на побережье Балтийского моря и в другие интересные места).

За 2022 год услуги оказаны 40 гражданам, проведено 96 реабилитационных курсов. Услуга пользуется очень большим спросом. В начале 2023 года все места на реабилитационный курс уже зарезервированы до конца года. На 2023 год из областного бюджета выделено дополнительно на эти цели 4,3 миллиона рублей, что позволит увеличить количество выданных сертификатов.

Очень ценно, что результатом работы организации, помимо физических изменений, у получателей услуг, прошедших несколько курсов, происходит перелом сознания – люди начинают осознавать, что жизнь может быть яркой и продуктивной и в инвалидной коляске. И важным побочным эффектом стало создание некоего сообщества, фактически клуба, где люди дружат, делятся бесценным опытом, дают толчок друг другу.

Со стороны государства появляется новая модель, устанавливающая новые рамки и правила, без многомиллионных вложений в здания и инфраструктуру, которая позволяет получать качественный набор услуг, реально необходимых финальным пользователям.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-МОЛЬБЕРТА В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Баранова Елена Геннадьевна

Педагог-психолог I квалификационной категории

*КОУ «Сургутская школа для обучающихся
с ограниченными возможностями здоровья»*

г. Сургут

Аннотация. В статье описан опыт работы в направлениях профилактики, коррекции и развития детей-инвалидов, с применением простого и в то же время уникального пособия – арт-мольберт. Раскрыты особенности его применения в коррекционно-развивающей работе с детьми-инвалидами на примере проводимых занятий, направленных на коррекцию и развитие сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов и гармонизация психоэмоциональных состояний.

Ключевые слова: арт-мольберт; арт-терапия; дети-инвалиды; коррекция; профилактика.

THE USE OF AN ART EASEL IN THE WORK OF A PSYCHOLOGIST WITH DISABLED CHILDREN

Baranova Elena Gennad`evna

Teacher-psychologist of the 1st qualification category

KOU "Surgut school for students with disabilities"

Surgut

Abstract. In my article, I described my experience in the areas of prevention, correction and development of children with disabilities, using a simple and at the same time unique aid art easel. I revealed the features of its use in correctional and developmental work with children with disabilities on the example of my classes aimed at the correction and development of sensory-perceptual, mnemonic and intellectual processes and the harmonization of psycho-emotional states.

Keywords: art easel; art therapy; disabled children; correction; prevention.

В своей работе с детьми-инвалидами я систематически применяю арт-терапевтические технологии. Так как арт-терапия – это довольно мягкий и гибкий способ психокоррекции, который помогает проявить подавленные эмоции и раскрыть творческий потенциал ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Коррекция арт-терапией показывает хорошие результаты, несмотря на свою

простоту. Такой метод способствует самовыражению и развитию личности детей. А разнообразие видов арт-терапии позволяет решать большой спектр задач.

В отличие от рисования по бумаге, стекло дарит новые визуальные впечатления и тактильные ощущения. Ребят захватывает сам процесс рисования: краска скользит мягко, ее можно размазывать кистью, пальцами, ладошками, кусочками поролона, так как она не впитывается в материал поверхности и долго не высыхает. Рисовать можно красками фломастерами, восковыми мелками, песком, кремом и т.п.

Особенную ценность для психологической помощи, поддержки и сопровождения детей с инвалидностью в разные жизненные периоды представляет использование арт-мольберта. Так как он является безопасным, удобным и многофункциональным специальным пособием, направленным на сенсорное развитие, на развитие воображения, восприятия, мышления, мелкой моторики и координации движений, на развитие речевой и творческой деятельности, а также на эмоционально-волевое и личностное развитие в целом. Любое отклонение в развитии у детей-инвалидов затрудняет общение с окружающими, препятствует развитию познавательных процессов, способствует возникновению дисбаланса в психоэмоциональном состоянии ребенка и повышению уровня тревожности.

Техника рисования дает огромные возможности для развития и коррекции всех вышеперечисленных сфер и направлений. Процесс творчества на арт-мольберте эмоционально насыщен, художник – ребенок, который не может высказаться или рассказать о своих фантазиях или переживаниях, имеет доступную возможность выразить себя, пережить те или иные чувства, связанные с состоянием своего внутреннего мира, и отобразить их в рисунке. Организация рисования на прозрачном мольберте способствует эффективному решению задач коррекции, связанных с речевыми отклонениями. Так как прозрачный мольберт – это своеобразное окно в дивный мир, как феномен «окно». Он и внешне напоминает окно, но суть этого феномена гораздо глубже. В процессе рисования ребенок раскрепощается, устраняются страхи, комплексы, развивается уверенность в себе и общительность.

Рисуя на арт-мольберте, дети могут смешивать цвета, самовыражаться, использовать в одной композиции несколько цветовых гамм, придумывать несуществующие предметы и явления. Если вдруг что-то не получилось, прямо в процессе рисования стекло можно протереть влажной салфеткой и нанести новый рисунок. Такая возможность очень важна при работе с детьми в направлении профилактики и коррекции тревожности, социальных страхов и страхов, связанных с результатом деятельности («боюсь ошибиться»).

Основной принцип работы на прозрачном мольберте – это безоценочное одобрение творчества детей. Именно безусловное принятие и безоценочное отношение способствуют созданию атмосферы понимания и доверия, которая необходима для достижения поставленных коррекционно-развивающих целей. Занятия с применением арт-мольберта отличаются от обучающих занятий изобразительной деятельностью тем, что лечение искусством не учит правильному рисованию, а создает для ребенка игровое пространство в котором возможно самовыразиться, раскрыть свой творческий потенциал, создать свой неповторимый мир и параллельно этому развивать познавательные процессы и самопознание. Рисование на арт-мольберте позволяет раскрыть способность перенестись в мир воображаемый из реального мира, развивает умение самостоятельно создавать пространство для своих фантазий, находить и применять заместители реальных предметов, что способствует развитию образного мышления и творческого потенциала.

Занимаясь рисованием на стекле с детьми-инвалидами, можно решать следующие задачи:

1. Профилактика и коррекция тревожности, в том числе, в период адаптации, социальных страхов и страхов, связанных с результатом деятельности.

2. Преодоление недостатков личностного развития, таких качеств, как тревожность, неуверенность, неумение преодолевать трудности, ранимость, ощущение неуспешности и пр.

3. Развитие коммуникативных навыков для социальной адаптации и восполнения дефицита общения.

4. Развитие произвольной регуляции, общей и мелкой моторики.

5. Развитие цветовосприятия и сенсорного развития.

6. Развитие речи и мышления в процессе восприятия и отображения.

Применение арт-мольберта на занятиях с детьми-инвалидами

Если ребенок не знает, с чего начать свое творчество на арт-мольберте, или не может сказать по причине имеющихся речевых либо других нарушений в развитии о том, что он хочет нарисовать, ему предлагается выбрать трафарет, который прикрепляют с обратной стороны стекла. Ребенок сначала обводит трафарет, а после уже дорисовывает задуманные элементы своего рисунка. Так же с помощью прикрепленных трафаретов с обратной стороны стекла ребенок имеет возможность уточнить и закрепить свои знания в обучении, прорисовывая их и проговаривая буквы, цифры либо другие символы.

Прозрачный мольберт применяют на занятиях с элементами сказкотерапии. Например: сказки «Репка», «Теремок», «Варежка» и т.п. Для детей старшего возраста используются приемы совместного сочинения сказки и воспроизведения

ее элементов в форме простых сюжетов на арт-мольберте красками, что способствует не только коррекции и развитию зрительного восприятия, мышления, памяти ребенка и умения последовательно воспроизводить знакомую информацию, а также закреплению и расширению знаний сенсорных эталонов (цвет, форма, величина предмета), формированию навыков понимания и правильного употребления предлогов.

Во время занятий, направленных на развитие слухового восприятия, применяют звуковое и музыкальное сопровождение, что эффективно развивает способность воспринимать и переносить услышанное на прозрачный мольберт в виде представленных ими образов. Например, рисование под песенки «Дождик», «Мои пальчики». Ребенок переносит с помощью пальчиковых красок на стекло арт-мольберта образы капель дождя, тучки либо отпечаток пальчика, названного в песенке.

С детьми-инвалидами проводятся занятия, направленные на развитие коммуникации со сверстниками, профилактику и проработку конфликтных ситуаций. Организуется совместное рисование на одном стекле. Определив общую тему, ребята рисуют, дополняя замысел друг друга. В таких условиях проблемная ситуация провоцирует детей устанавливать и поддерживать контакты, формировать умение действовать в команде, уступать или отстаивать позиции и договариваться доступным способом, что способствует налаживанию положительного межличностного общения и профилактике конфликтных ситуаций.

Подводя итог, можно сказать, что применение прозрачного мольберта на коррекционно-развивающих занятиях с детьми, имеющими инвалидность, весьма эффективно не только при формировании и развитии коммуникативных и социальных навыков, но и в направлениях: стимуляция сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов и гармонизация психоэмоциональных состояний.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ
В ОТДЕЛЕНИИ АФК В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА БАЗЕ ОЦРИ**

Белобородов Александр Игоревич

*врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине
государственное автономное учреждение Свердловской области
«Областной центр реабилитации инвалидов»
г. Екатеринбург*

Аннотация. В статье рассмотрено использование современного оборудования для реабилитации и абилитации инвалидов на базе отделения адаптивной физической культуры ОЦРИ.

Ключевые слова: оборудование; адаптивная физическая культура; реабилитация; абилитация; инвалид.

**EXPERIENCE OF USING MODERN EQUIPMENT IN THE DEPARTMENT
OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN THE PROCESS
OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION
OF DISABLED PEOPLE ON THE BASIS OF THE OCRI**

Beloborodov Alexander Igorevich

*Doctor of physical therapy and sports medicine
the state autonomous institution of the Sverdlovsk region
"Regional Center for rehabilitation of disabled people"
Yekaterinburg*

Abstract. The article considers the use of modern equipment for rehabilitation and habilitation of disabled people on the basis of the Department of adaptive physical culture of the OCRI.

Keywords: equipment; adaptive; physical; culture; rehabilitation; habilitation.

Адаптивная физическая культура выступает необходимым компонентом в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также нуждающихся в получении социальных услуг. Функционирование областного центра реабилитации и абилитации предполагает создание отделения, в котором оказываются услуги по данному направлению реабилитации. Наш опыт оказания услуг по адаптивной физической культуре представлен в данной статье.

В отделение входят 9 инструкторов-методистов АФК, 3 медсестры, 2 врача ЛФК. Реабилитационное оборудование отделения включает: бассейн, зал высокотехнологичной реабилитации (оборудование с БОС), залы адаптивной физической культуры, тренажерный зал, спортивный зал, гелиокомплекс, уличную спортивную площадку и тренажерную площадку.

На базе нашего центра оказываются услуги пациентам в возрасте от 14 до 90+ лет, имеющими различные ограничения жизнедеятельности, связанные с такими патологиями, как неврология, кардиология, ортопедия, онкология.

Далеко не каждому пациенту требуется высокотехнологичное оборудование в реабилитации. Достаточно часто можно обойтись залом АФК, который оснащен гантелями, нестабильными платформами, мячами (фитболы), шведской стенкой, степ-платформами и обязательно зеркалами. Дозированные, индивидуально подобранные физические нагрузки крайне важны. Физические упражнения направлены на восполнение двигательного дефицита и создают позитивное психологическое воздействие, так как АФК является частью комплексной реабилитации и абилитации. Если у пациента диагностирован двигательный дефицит, нагрузка должна подстраиваться под него. Человек чувствует, что он способен на движение, что есть перспектива вести полноценную жизнь, снижая ограничения жизнедеятельности. Перед началом и в конце всех занятий в обязательном порядке измеряется пульс и давление.

В центр попадают и клиенты, реабилитация которых требует включения сложного реабилитационного оборудования. Центр оборудован силовыми тренажерами HUR с доступом для пользователей в инвалидных колясках, беговыми дорожками и реабилитационными комплексами для сердечно-сосудистой и дыхательной систем серии Kardiomед. В зале представлены тренажеры на все группы мышц. Тренажеры HUR спроектированы так, что передают усилие, соответствующее мышечно-скелетной системе человека. Используется сжатый воздух вместо обычных утяжелителей, что обеспечивает плавное выполнение движений при нагрузках, а также малую инертность, позволяющую осуществлять как быстрые, так и медленные движения с одинаковым усилием. Такое оборудование идеально подходит для тренировок пожилых людей. Уровень нагрузки корректируется с шагом прибавления в 100 грамм. Риск тренировочной травмы на безынерционных тренажерах гораздо ниже. Также стоит отметить, что занятия на тренажерах в целом являются наиболее безопасным видом нагрузок – движения в строго определенных осях, с контролем объема и веса.

Тренажеры кардиозоны оснащены кнопками «стоп» для экстренной остановки. Беговые дорожки обеспечивают плавный старт и высокий вращающий момент, что позволяет использовать данное оборудование комфортно и безопасно. Благодаря особому покрытию полотна нагрузка на суставы минимальна

в сравнении с обычными беговыми дорожками. Есть возможность регулировать угол подъема, имитируя ходьбу, бег в гору. В тренажерах предусмотрено создание индивидуальных программ.

Реабилитационные комплексы для сердечно-сосудистой и дыхательной систем серии Kardiomed: Cross walk S – тренажер для ног, позволяющий проводить не только кардиоваскулярную тренировку, но и укреплять мышцы живота и ног. Star (700) – «степпер» – имитирует ходьбу по лестнице. Comfort Cycle – велоэргометр для тренировок, который отличается низкой рамой для легкой и удобной посадки.

Тренажер HUR Pulley является блочным тренажером, в том числе с доступом для пользователей в инвалидных колясках. Данный тренажер многофункционален, работает на сжатом воздухе. Главным преимуществом блочных тренажеров является декомпрессия, отсутствие осевой нагрузки. Это снижает травмоопасность в сравнении с упражнениями со свободными весами, возможность для инструктора АФК снять с сустава повышенную нагрузку при максимальной работе мышц. Такие тренажеры позволяют выполнять базовые упражнения для комплексного укрепления определенных групп мышц, что выгодно отличает их от изолированных упражнений с участием свободных отягощений, особенно если целью тренировок является не профессиональные занятия, а реабилитация.

Активная вертикализация позволяет восстанавливать функции верхних и нижних конечностей. Вызывая одновременную нагрузку на мышцы рук и ног, вертикализатор улучшает двигательную координацию и повышает мышечный тонус, что является профилактикой остеопороза за счет осевой (физиологичной) нагрузки на кости и тренирует сердечно-сосудистую систему. Системы вертикализации представлены следующими аппаратами: EasyStand Glider, ALREN параподиум, Rifton TRAM, Rifton PACER.

ALREN параподиум предназначен для активной реабилитации и передвижения (самостоятельного хождения) без дополнительной помощи других вспомогательных средств. Динамический параподиум – конструкция, которая позволяет пациентам с параличами и парезами нижних конечностей принимать вертикальное положение, положение сидя и самостоятельно передвигаться за счет балансирования туловищем. Плавное балансирование верхней частью туловища приводит к отрыву от пола полозьев, на которых расположены платформы со стопами пациента. Каждый отрыв полозьев – это самостоятельный шаг.

Rifton TRAM совмещает в себе функции подъемника и тренажера для ходьбы. Данный аппарат подходит практически для всех видов двигательных расстройств, особенно актуален в ранней реабилитации.

Rifton PACER предназначен для инвалидов с тяжелыми двигательными расстройствами, в том числе с ДЦП, парезами, параличами и пороками развития.

Тренажер помогает правильному позиционированию клиента и обеспечивает динамическую весовую нагрузку и перемещение веса, необходимые для более естественного паттерна шага.

EasyStand Glider. Правильное положение, принимаемое в данном тренажере, обеспечивает равную нагрузку на все тело, сводя к минимуму риск получения травм. Дополнительные средства поддержки тела (боковые ограничители, увеличенная спинка, подголовник) надежно держат пользователя при подъеме вертикализатора. Особенность EasyStand Glider: присутствует имитация ходьбы.

Тренировки на вертикализаторах происходят при назначениях и контроле со стороны врача ЛФК, с использованием дополнительного инвентаря (мячи, ракетки, повороты).

Технологии с биологически обратной связью позволяют контролировать динамику пациента объективными методами. Занятия по разработке суставов, укреплению мышц можно разделить на три режима работы: пассивный, пассивно-активный и активный режим.

Начать хотелось бы с ВТЕ PRIMUS RS – аппарат является универсальным реабилитационным комплексом, который включает в себя большое количество адаптеров и насадок для симуляции профессиональных и бытовых навыков, что позволяет проводить тренировки во всех двигательных плоскостях. Применяется для увеличения амплитуды движения в суставах верхних и нижних конечностей, мышечной силы, выносливости, для целенаправленной тренировки отдельного сустава, в том числе тренировки мелкой моторики. Работа в пассивном режиме происходит достаточно медленно (скорость регулируется индивидуально), что воспринимается безопасно нервной системой клиента и позволяет увеличивать объем движений прямо во время занятий. На сенсорном мониторе отображаются результаты тестирований, все данные сохраняются и анализируются врачом ЛФК, при необходимости совместно с врачом-терапевтом. ВТЕ PRIMUS RS может использоваться как диагностический аппарат, с помощью которого специалист проводит оценку физических/функциональных возможностей изолированного сустава или мышечной группы. На основании тестирования возможно, определить реабилитационный прогноз для конкретного клиента. Занятия комбинируются с работой в тренажерном зале и/или с инструктором.

MOTOmed viva2 является активно-пассивным тренажером, который позволяет специалисту дать пациенту задание отдельно на руки, на ноги или вместе. Настройка ватт, скорости, количества оборотов проводится индивидуально. Благодаря БОС, пациент может сам видеть во время занятия, насколько он «не дорабатывает» пораженной стороной, и корректировать нагрузку. Данный аппарат

позволяет отрабатывать координацию движений рук и ног, что позволяет специалисту в дальнейшем отработать правильную постановку шага, восстановление походки.

Комплекс «ТРАСТ-М» предназначен для восстановления функции равновесия с помощью БОС и диагностики патологии баланса. Аппарат включает в себя профессиональную стабилметрическую платформу и биомеханические сенсоры, которые позволяют регистрировать колебания различных частей тела в пространстве, углы наклона, поворота, собственно перемещения. Это позволяет специалисту провести точную диагностику имеющейся патологии. Трехмерные, пространственные среды виртуальной реальности, применяемые для БОС тренировки, позволяют значительно повысить мотивацию пациента, сделать тренировку увлекательной игрой. Для тренировки с БОС может быть использован любой параметр или их комбинация. Это позволяет целенаправленно восстанавливать функцию равновесия в целом или ее компоненты.

Система Орторент-виртуал предназначена для проведения двигательной реабилитации. Система осуществляет активную тренировку при помощи компьютерных игр, основанных на регистрации, «захвате» положения тела и движений конечностей пациента с помощью специальной веб-камеры. Данная технология превращает клиента в главного героя компьютерной игры. Высокое вовлечение в процесс позволяет выполнять ранее недоступные упражнения или движения в большей амплитуде. Занятия проходят под контролем, наблюдением инструктора-методиста АФК.

Помимо силовых нагрузок клиенты могут проходить реабилитацию в бассейне. Данная услуга показана, например, лицам, сустав или конечность которых длительное время находились в иммобилизованном состоянии. Вода помогает в работе с необходимым сегментом за счет осевой разгрузки. Для удобства клиентов при погружении в воду предусмотрены лестница-спуск с поручнями и механизированный мобильный подъемник PandaPool (для лиц, передвигающихся на инвалидной коляске). Подъемник рассчитан на людей весом до 150 кг. Он оснащен тормозной системой, обеспечивающей безопасный подход к воде, и инфракрасным детектором земли. PandaPool имеет руль управления с автоматическим приводом, поэтому никаких усилий со стороны оператора не требуется. У края бассейна достаточно нажать кнопку «вниз», и клиент медленно погрузится в воду. Чтобы поднять сиденье, используется кнопка «вверх».

Для занятий в воде могут быть использованы велотренажер, беговая дорожка, батут. Кроме тренажеров, во время занятий применяются специальные гантели, акваманжеты, доски для плавания. Для клиентов, неуверенно чувствующих себя в воде, предусмотрены плавательные пояса и жилеты.

Опыт ОЦРИ подтверждает важность совместной работы со всеми реабилитационными отделениями. Назначение реабилитационных технологий и методов следует проводить обоснованно, в строгой очередности. Например, сустав сначала нужно подготовить к работе, обезболить и только потом давать физическую нагрузку, а не наоборот. Именно поэтому комплексная реабилитация особенно сложна и многогранна, не стоит недооценивать психологический и социальный статус клиента, возможности и мотивацию к активности и участию.

Курс реабилитации должен иметь кумулятивный эффект и быть направлен на получение умений, которые клиент сможет совершенствовать и применять и после прохождения курса. Уметь поддерживать качество жизни – это реальный конечный результат работы мультидисциплинарной реабилитационной команды.

**АНАЛОГИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ
С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ВСЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО МНОЖЕСТВЕННОГО АРТРОГРИПОЗА
И АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ**

Благовещенский Евгений Дмитриевич

кандидат биологических наук

старший научный сотрудник

ФГБУ «Научно-исследовательский институт детской ортопедии

имени Турнера» Минздрава России

г. Санкт-Петербург

Аннотация. Множественный врожденный артрогрипоз и акушерский паралич плечевого сплетения (АППС) – двигательные расстройства со сходными симптомами (контрактуры и нарушение функции верхних конечностей). Оба состояния проявляются вялым парезом, но отличаются друг от друга по патогенезу: артрогрипоз является врожденным состоянием, тогда как АППС возникает в результате травмы во время родов. Несмотря на это различие, эти заболевания идентичны по своим проявлениям и программам лечения. Мы сравнили когнитивные способности детей с диагнозами артрогрипоз и АППС со здоровыми детьми; мы также сравнили двигательные навыки у больных детей со здоровыми детьми. Пациенты обеих групп достоверно отличались от здоровых детей по психологическим параметрам, такими как объем зрительной памяти и мышление. При этом две группы детей с диагнозом артрогрипоз и АППС достоверно различались между собой по таким параметрам двигательных навыков, как задержка моторного развития, общее моторное развитие, уровень пареза. Двигательная функция верхних конечностей у детей с АППС была нарушена в меньшей степени, чем у детей с артрогрипозом. Однако мы не обнаружили каких-либо существенных различий в когнитивных навыках между детьми с артрогрипозом и детьми с АППС. Это может указывать на то, что двигательные нарушения являются более значительными, чем основная причина развития когнитивных нарушений. Однако факторы, вызывающие это явление, требуют дальнейшего изучения (например, социальная среда, программа лечения и реабилитации).

Ключевые слова: парез; двигательная функция; артрогрипоз; когнитивные функции.

SIMILAR DISORDERS OF COGNITIVE FUNCTIONS IN CHILDREN WITH MOTOR DISORDERS OF THE UPPER LIMBS DUE TO CONGENITAL MULTIPLE ARTHROGRYPOSIS AND OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS PALSY

Blagoveshenskij Evgenij Dmitrievich

PhD

Federal State Budgetary Institution

The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics

under the Ministry of Health of the Russian Federation

St. Petersburg

Abstract. Multiple congenital arthrogryposis and obstetric brachial plexus palsy (OBPP) are movement disorders with similar symptoms (contractures and dysfunction of the upper extremities). Both conditions present with flaccid paresis but differ in pathogenesis: arthrogryposis is a congenital condition, while APPS results from trauma during childbirth. Despite this difference, these diseases are identical in their manifestations and treatment programs. We compared the cognitive abilities of children diagnosed with arthrogryposis and APPS with healthy children; we also compared motor skills in sick children with healthy children. Patients of both groups significantly differed from healthy children in psychological parameters such as "visual memory capacity" and "thinking". At the same time, two groups of children diagnosed with arthrogryposis and OBPP significantly differed from each other in such parameters of motor skills as "motor development delay", "general motor development", "paresis level". The motor function of the upper limbs in children with OBPP was impaired to a lesser extent than in children with arthrogryposis. However, we did not find any significant differences in cognitive skills between children with arthrogryposis and those with APPS. This may indicate that motor impairment is more significant than the underlying cause of cognitive impairment. However, the factors causing this phenomenon require further study (eg social environment, treatment and rehabilitation program).

Keywords: paresis; motor function; arthrogryposis; cognitive functions.

Введение

Моторные и когнитивные навыки часто обсуждаются вместе в контексте развития человека. Однако степень влияния одного на другое остается неясной. Например, до сих пор не решен вопрос о том, стоит ли менять образовательную программу для детей с двигательными нарушениями. В данном исследовании мы попытались найти более четкий ответ на следующий вопрос: что важнее для ребенка – сам диагноз или его проявление?

Моторное развитие играет решающую роль в понимании детьми физического и социального мира [1]. Однако остается неясным, в какой степени двигательное развитие влияет на когнитивные навыки [2–4]. Например, была показана связь между моторным планированием и производительностью рабочей памяти [5].

У детей школьного возраста обнаружена корреляция между физической активностью и когнитивными навыками [6]. Можно предположить, что для детей с двигательными нарушениями необходимо разработать специальные школьные программы. Однако в большинстве стран образовательные программы для детей с двигательными нарушениями такие же, как и для здоровых детей.

В данном исследовании мы сосредоточились на заболеваниях, связанных с нарушением функционирования верхних конечностей. Верхние конечности у человека имеют особую функциональную роль: в отличие от нижних конечностей, они в основном участвуют в выполнении точных произвольных движений. В выполнении произвольных движений задействуются все уровни нервной системы, особенно высший – кора головного мозга [7–9]. Когнитивные навыки также связаны с участием более высоких уровней контроля в мозгу. Это может быть решающим фактором, определяющим взаимосвязь между уровнем развития когнитивных навыков и моторных навыков (связанных с точными произвольными движениями). Когнитивные навыки и двигательные навыки демонстрируют сходную временную шкалу развития, особенно в возрасте от 5 до 10 лет; они также разделяют несколько важных психофизиологических процессов, таких как определение последовательности, мониторинг и планирование [10; 11].

В данном исследовании мы сравнили когнитивные способности детей с аналогичными проявлениями двигательной дисфункции верхних конечностей (включая методы лечения и терапии) с когнитивными способностями здоровых детей аналогичного возраста. Пациенты с АППС исходно имели более высокий уровень развития двигательных навыков. Мы также сравнили, как эта разница в двигательных навыках отражается на степени развития когнитивных навыков. Мы также сопоставили тяжесть двигательных нарушений с уровнем когнитивных функций.

Методы

Пациенты и контрольная группа

В этом исследовании приняли участие 28 контрольных участников (16 мужчин, 12 женщин; средний возраст \pm стандартное значение: $9,95 \pm 3,38$), 18 участников с артрогрипозом (10 мужчин, 8 женщин; средний возраст \pm стандартное значение: $10,14 \pm 2,40$) и 11 участников АППС (6 мужчин). 5 женщин, средний возраст \pm станд.: $10,64 \pm 2,54$).

Оценка когнитивных функций и двигательных функций

Когнитивные функции (объем внимания, слуховая память, зрительная память, концептуальное развитие и мышление) измерялись с помощью ряда диагностических методов.

Внимание и слуховую память оценивали с помощью шкалы интеллекта Векслера для детей (WISC). Шкала WISC-IV использовалась для детей старше шести лет, а Шкала дошкольного и начального интеллекта Векслера (WPPSI) использовалась для детей в возрасте 3–6 лет. Внимание отражалось в способности ребенка повторять в обратном порядке услышанные числа, а слуховая рабочая память отражалась в количестве заученных ребенком цифр.

Интеллект оценивали с помощью прогрессивных матриц Равена (А, В и С). Мы использовали два типа тестов, а именно набор СРМ/СVС и SPM+/MНV, из-за возрастного диапазона детей, участвовавших в исследовании. Интеллект отражался в количестве правильных ответов на соответствующие возрасту задачи на интеллектуальные способности.

Зрительная память и понятийное развитие как аспект мышления измерялись с помощью психологической диагностики отклонений в развитии детей младшего школьного возраста Шипицыной. Зрительная рабочая память отражалась в количестве заученных картинок из десяти предъявленных. Мыслительное развитие оценивалось по количеству баллов, набранных ребенком при составлении рассказа по картинкам.

Мышление оценивали по методике «Исключение предметов». Данная методика предназначена для изучения особенностей мышления – во-первых, уровня его развития и, во-вторых, качественных характеристик процесса обобщения наглядных материалов.

При неврологическом осмотре оценивали общую моторику пациента. Тест Anamnesis vitae включал сведения о пациенте в младенческом возрасте. На задержку развития указывали, когда ребенок не достиг определенных вех в течение ожидаемого периода времени, и его двигательные навыки отличались от навыков здорового ребенка. Оценивали пассивные и активные движения в суставах, силу мышц, объем мышц, тонус мышц, сухожильные рефлексy, чувствительность. Степень пареза оценивали клинически по схеме сегментарной иннервации мышц верхней конечности. Меньший уровень пареза связан с большим двигательным нарушением у больного, т.е. большим вовлечением дистальных мышц.

Результаты

Больных обследовали в свободное время. Они посещали лабораторию под присмотром родителей или медицинского персонала. Их возможности самообслуживания значительно отличаются от здоровых детей. Больные не могли самостоятельно принимать пищу, выполнять гигиенические действия (мыть лицо и руки). Скорее всего, они делали это под покровительством своих родителей или медицинского персонала. Мы также заметили, что все движения, выполняемые пациентами, кажутся более медленными по сравнению со здоровыми

детьми. Мы планируем количественно оценить эти навыки. Визуальная коммуникация со здоровыми детьми и больными не различалась.

Сравнение детей с артрогрипозом, АППС и здоровых детей на основании Н-теста Крускала-Уоллиса показало, что достоверные отклонения наблюдаются по таким параметрам, как зрительная память и мышление (рис. 1).

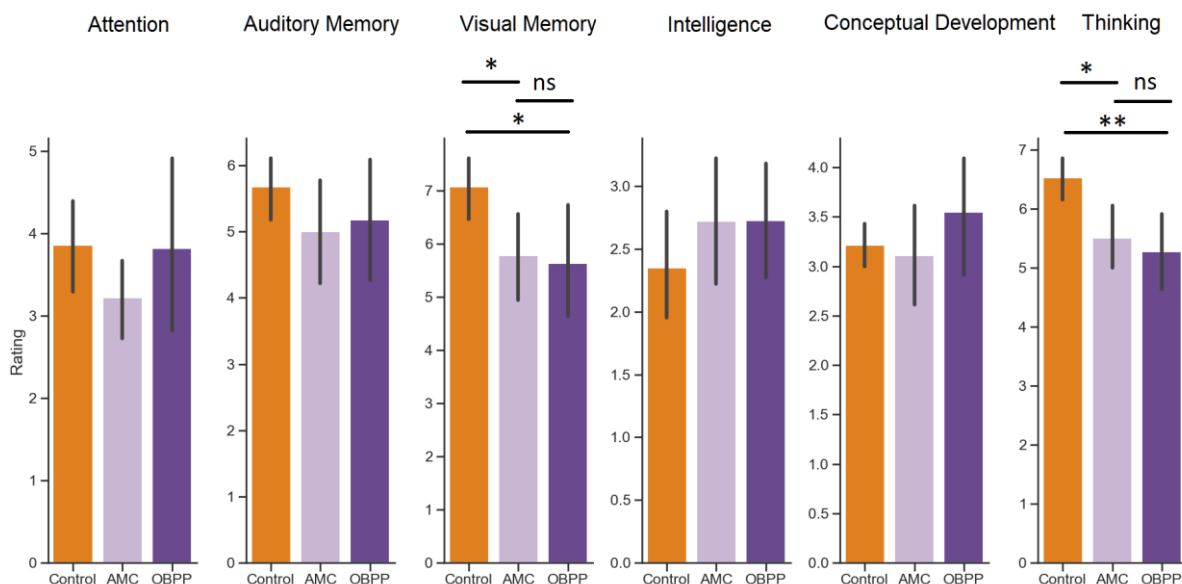
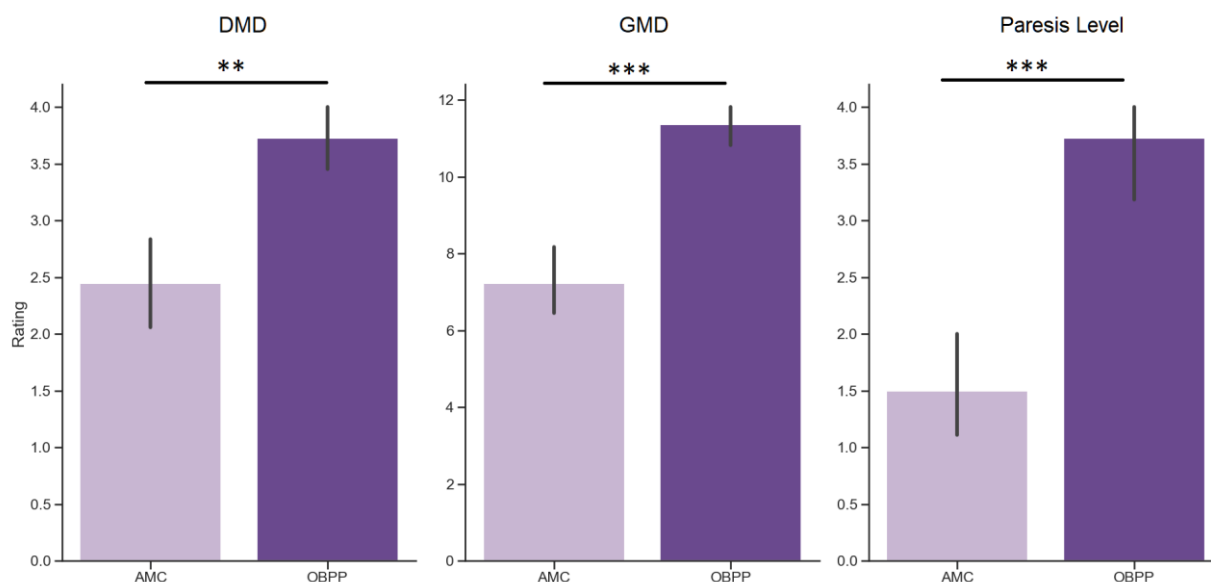


Рис. 1. Результаты выполнения когнитивных задач, оцененные для пациентов с артрогрипозом (АМС) (светло-фиолетовые), пациентов с АППС (ОВРР, темно-фиолетовые) и детей контрольной группы (оранжевые). Звездочки между столбцами указывают на значительную разницу, показанную апостериорными сравнениями Манна-Уитни между двумя группами (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, ns: не значимо).

Мы также оценили разницу в двигательных навыках между детьми с диагнозами артрогрипозом и АППС. Серия тестов Манна-Уитни показала, что дети с АППС демонстрируют значительно более высокую двигательную активность, чем дети с артрогрипозом. В частности, они демонстрируют более высокие баллы DMD ($u = 24,4$, $p = 0,001$), более высокие баллы GMD ($u = 10,5$, $p < 0,001$) и более высокий уровень пареза ($u = 21,0$, $p < 0,001$) (рис. 2).



*Рис. 2. Моторное развитие у пациентов с артрогрипозом (АМС, светло-фиолетовый) и АППС (ОБПП, темно-фиолетовый), оцениваемое по шкале задержки моторного развития (DMD), шкале общего двигательного развития (GMD) и уровню пареза (ParesisLevel). Звездочки указывают на значительную разницу в сравнении и-теста hoc Манна-Уитни между двумя группами пациентов (** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$).*

Заключение

Это исследование позволило сделать следующие выводы:

- Дети с артрогрипозом и дети с АППС отличаются от здоровых детей с точки зрения когнитивных навыков, таких как зрительная память и мышление.
- Дети с артрогрипозом и дети с АППС различаются по двигательным навыкам, но не по когнитивным возможностям.
- Предположительно наличие двигательного заболевания может быть более значимым фактором, чем степень его выраженности, в объяснении когнитивного дефицита.

Список литературы

1. Libertus K., Hauf P. Editorial: Motor skills and their foundational role for perceptual, social, and cognitive development // Front. Psychol. 2017. № 8. P. 301. DOI: 10.3389/FPSYG.2017.00301/BIBTEX.
2. Hauert C.A. The relationship between motor function and cognition in the developmental perspective // Ital. J. Neurol. Sci. 1986, Suppl 5.
3. Iverson J.M. Developing language in a developing body: The relationship between motor development and language development // J. Child Lang. 2010. № 37. DOI: 10.1017/S0305000909990432.
4. van der Fels I.M.J., te Wierike S.C.M., Hartman E., Elferink-Gemser M.T., Smith J., Visscher C. The relationship between motor skills and cognitive skills in 4-

16 year old typically developing children: A systematic review // J. Sci. Med. Sport. 2015. № 18.

5. Stöckel T., Hughes C.M.L. The relation between measures of cognitive and motor functioning in 5- to 6-year-old children // Psychol. Res. 2016. № 80. DOI: 10.1007/s00426-015-0662-0.

6. Abdelkarim O., Ammar A., Chtourou H., Wagner M., Knisel E., Hökelmann A., Bös K. Relationship between motor and cognitive learning abilities among primary school-aged children. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.12.004>. 2019. № 53. P. 325-331. DOI: 10.1016/J.AJME.2016.12.004.

7. Blagovechtchenski E., Pettersson L.G., Perfiliev S., Krasnochokova E., Lundberg A. Control of digits via C3-C4 propriospinal neurones in cats; recovery after lesions // Neurosci. Res. 2000. № 38. P. 103-7.

8. Lemon R.N. Descending Pathways in Motor Control // Annu. Rev. Neurosci. 2008. № 31. P. 195-218. DOI: 10.1146/annurev.neuro.31.060407.125547.

9. Pettersson L.G., Alstermark B., Blagovechtchenski E., Isa T., Sasaski S. Skilled digit movements in feline and primate - Recovery after selective spinal cord lesions // In Proceedings of the Acta Physiologica. 2007. Vol. 189. P. 141-154.

10. Anderson V.A., Anderson P., Northam E., Jacobs R., Catroppa C. Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample // Dev. Neuropsychol. 2001. № 20. DOI: 10.1207/S15326942DN2001_5.

11. Roebers C.M., Kauer M. Motor and cognitive control in a normative sample of 7-year-olds // Dev. Sci. 2009. № 12. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2008.00755.x.

ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СПОСОБ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ, В ТОМ ЧИСЛЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Быкова Юлия Анатольевна

методист муниципального учреждения

«Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» города Магнитогорска

г. Магнитогорск

Аннотация. В статье раскрывается суть проектной деятельности, раскрываются возможности проектной деятельности как способа решения социальных проблем, в том числе семей, воспитывающих детей с ОВЗ, в рамках работы социально-реабилитационного центра. Приводится пример эффективной реализации инновационного социального проекта на базе учреждения.

Ключевые слова: ограниченные возможности здоровья; социализация; реабилитация; социальная защита; проектная деятельность.

PROJECT ACTIVITY AS A WAY TO SOLVE SOCIAL PROBLEMS, INCLUDING FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES

Bykova Yuliya Anatol'evna

methodologist of the municipal institution

"Social Rehabilitation Center for children and adolescents with disabilities"

of the city of Magnitogorsk

Magnitogorsk.

Abstract. The article reveals the essence of project activity, reveals the possibilities of project activity as a way to solve social problems, including families raising children with disabilities, as part of the work of a social rehabilitation center. An example of the effective implementation of an innovative social project on the basis of an institution is given.

Keywords: limited health opportunities; socialization; rehabilitation; social protection; project activity.

Современный мир характеризуется динамичными изменениями всех сфер жизнедеятельности человека, а ситуация с постоянным ростом числа детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) обязывает искать более эффективные формы работы по их социализации.

Семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, относятся к той группе населения, жизнедеятельность которой во многом зависит от работы специалистов сферы социального обслуживания населения. Таким семьям помощь в решении про-

блем оказывают специалисты, в том числе – муниципального учреждения «Социально-реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» города Магнитогорска.

Основным предметом деятельности учреждения является оказание комплексной реабилитации детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья, детям, состоящим под диспансерным наблюдением в учреждениях здравоохранения, а также всесторонней помощи членам их семей или иным лицам, их сопровождающим, в решении проблем психического и физического здоровья детей и подростков, имеющих отклонения в физическом и умственном развитии в виде максимально полной квалифицированной медико-социальной, социально-правовой, психолого-педагогической помощи, обеспечение их максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе и семье.

Реабилитации в Центре подлежат дети и подростки в возрасте от рождения до 18 лет.

Неврологический состав больных характеризуется следующим образом:

- больные с нарушением функций опорно-двигательного аппарата;
- больные с психоневрологическими заболеваниями;
- соматические больные (бронхо-легочные, кардиологические, заболевания внутренних органов и т.д.);
- дети с сенсорной недостаточностью (нарушениями слуха и зрения);
- онкологические и гематологические больные.

Социальная реабилитация в центре осуществляется в шести отделениях:

- раннего вмешательства;
- дневного пребывания;
- социально-правовой помощи;
- физкультурно-оздоровительной реабилитации;
- психолого-педагогической реабилитации;
- социально-трудовой и досуговой адаптации.

За много лет существования учреждения накоплено достаточно опыта, чтобы помощь была своевременной и эффективной. Но реалии современной жизни заставляют искать новые формы работы, которые, во-первых, включали бы в себя комплекс услуг по разным направлениям, во-вторых, предлагали бы новые формы взаимодействия как специалистов с семьями, так и членов семьи между собой. Такой формой работы и является проектная деятельность, которая, как способ решения социальных проблем, в том числе и семей, воспитывающих детей с ОВЗ, доказала свою эффективность неоднократно.

Анализ научной литературы показал, что в настоящее время накоплен определенный объем знаний, необходимых для постановки и решения проблемы социального проектирования в работе специалистов с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ.

Так, проблемы социального проектирования в работе специалистов с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, изучаются в работах Т.С. Артамоновой [1, с. 6-9], А.В. Баскакова [2, с. 295-298], Н.А. Бастрыкиной [3, с. 33-35], А.С. Бранчуковаой [4, с. 68-70] и др. Теоретические подходы к изучению социального проектирования как ресурса организации социальной работы с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, раскрыты в исследованиях Н.Д. Ефимовой [5, с. 42-44], Н.Н. Красовской [6, с. 148-154] и др.

Термин «проектирование» происходит от лат. «projectus» – брошенный вперед; это – процесс создания проекта и его фиксация в какой-либо внешне выраженной форме.

Цель проектирования в социальной работе – определение условий для создания в социуме новых объектов социальной работы и создание соответствующих условий жизни для тех, кто будет осуществлять свою деятельность в рамках этих объектов. Реализация цели проекта предусматривает, с одной стороны, использование разнообразных методов и средств, а с другой – предполагает необходимость интегрирования знаний из различных областей науки, творческих областей.

Проектная деятельность в учреждении направлена на достижение именно данной цели, а наличие имеющихся ресурсов помогает объединить усилия специалистов в комплекс, осуществить разностороннюю помощь в решении задачи, за счет чего достигается наибольшая эффективность.

Рассмотрим эффективность проектной деятельности на примере реализации инновационного социального проекта Магнитогорского городского округа, получившего грантовую поддержку Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, «Семейная площадка: благополучное детство». Целью данного Проекта являлось решение проблемы социального сиротства путем сохранения и восстановления семейного окружения ребенка или осуществления его поддержки со стороны других лиц (наставников) и сплочения местного сообщества с целью создания условий для внедрения (развития) института наставничества.

Социальная значимость проекта в том, что традиционно проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, рассматриваются исключительно через призму проблем самого ребенка. Работа с родителями такого ребенка в большинстве случаев ограничивается консультациями по вопросам его обучения и воспитания, но при этом упускается из внимания очень серьезный аспект – эмоциональное состояние самих родителей и его влияние на

ребенка с особенностями развития. Для того чтобы оказать максимальную поддержку ребенку с особыми потребностями, родителям необходимо постоянно поддерживать собственные внутренние ресурсы.

Целями работы учреждения в проекте были: во-первых, создание группы наставников, владеющих необходимыми для оказания наставнической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов, теоретическими знаниями, определенными практическими навыками. Во-вторых, социализация семей, воспитывающих детей-инвалидов, детей с ОВЗ.

Реализация проекта осуществлялась следующим образом. Сначала специалистами учреждения были сформированы целевые группы: семьи, воспитывающие ребенка-инвалида, остро нуждающиеся в помощи извне (30 семей) и группа наставников. В группу наставников вошли представители старшего поколения («серебряные» волонтеры), специалисты учреждения, представители общественных организаций и родители, воспитывающие детей с ОВЗ. При подборе наставников учитывалось и то, что наиболее важным ресурсом поддержки для тех, кто нуждается в поддержке извне, в большинстве случаев, могут стать такие же родители, прошедшие свой путь в воспитании и развитии ребенка с нарушениями. Поддержка «родитель родителю» сокращает время метаний и поисков и помогает нормализовать жизнь в семье и скорее включиться в систему квалифицированной помощи.

В рамках проекта было проведено обучение наставников, осуществляли обучение специалисты ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Н.И. Носова» – психологи. Обучение включало тренинги и семинары сразу по нескольким областям знаний. В процессе обучения наставники овладели навыками определения потенциального ресурса семьи, воспитывающей ребенка-инвалида; навыками использования техник взаимодействия, объяснения, сопровождения; навыком коммуникативного сопереживания, снятия тревожности, распознавания элементов эмоционального выгорания. А также узнали об особенностях семей, воспитывающих ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ и о роли наставника в работе семьей, его функции.

Далее куратором проекта для каждой семьи был подобран наставник. При подборе наставника, который оказывал семье эмоциональную и информационную поддержку, маршрутизировал семью, учитывались различные факторы: похожий диагноз или проблема у ребенка, место проживания, близкий возраст родителей, схожие социально-экономические и культурно-этнические, психологические характеристики.

Следующим шагом стала организация взаимодействия наставников и семей целевой группы. Для повышения потенциала семей детей-инвалидов для них

были проведены информационные семинары, консультации, спортивные и досуговые мероприятия, на которые они приходили всей семьей или одни, оставляя детей в уютной игровой зоне под присмотром квалифицированных психологов и волонтеров.

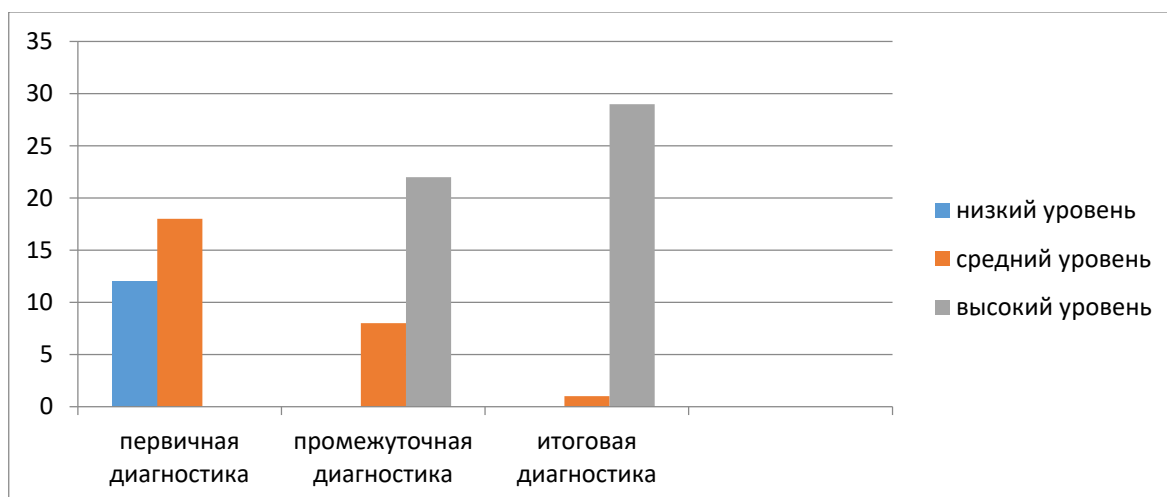
Для определения эффективности проекта осуществлялся мониторинг. Результаты мониторинга нашли отражение в первичной, промежуточной и итоговой диагностике.

При проведении диагностики были использованы следующие методики «Опросник коммуникативной толерантности» В.В. Бойко, «Опросник родительского отношения» А.Я. Варги, В.В. Столина.

«Опросник коммуникативной толерантности» В.В. Бойко в первичной диагностике показал следующие результаты: 12 респондентов показали низкие результаты коммуникативной толерантности, результаты 18 человек соответствовали среднему уровню коммуникативной толерантности.

Промежуточная диагностика показала положительную динамику. Низкий уровень коммуникативной толерантности отсутствовал. А все респонденты соответствовали среднему и высокому уровню (8 и 22 респондента соответственно).

Итоговая диагностика целевой группы выявила высокий уровень коммуникативной толерантности у 29 опрошенных, и средний уровень у 1 респондента (смотри гистограмму 1).



Гистограмма 1. Сравнительный анализ данных по методике «Опросник коммуникативной толерантности» В.В. Бойко

Учитывая тот факт, что первичная диагностика не имела высоких показателей коммуникативной толерантности, в отличие от итогового среза, то можно сделать вывод, что участие в проекте позволило почти всем респондентам достичь положительной динамики.

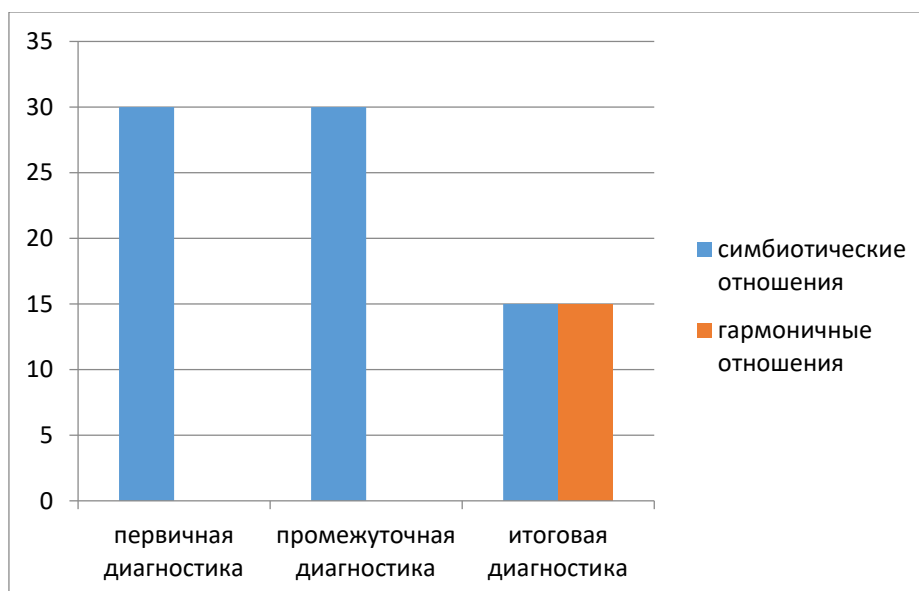
«Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин) позволяет изучить типы воспитания ребенка с ОВЗ, используемые в семье, особенности родительского отношения, включая поведенческие стереотипы по отношению к ребенку, особенности восприятия характера и поведения ребенка родителями и другими взрослыми в семье, разнообразие чувств по отношению к ребенку.

Данные этого опросника в первичной и промежуточной диагностике оказались неизменными, так как основным типом родительского отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья является симбиоз.

Данный тип родительского отношения характеризуется тем, что родитель, ощущая себя с ребенком единым целым, воспринимает его как личностно и социально несостоятельного, стремится контролировать всю его психическую и телесную жизнь.

Но активная работа наставников и участие родителей в данном проекте позволила изменить отношение некоторых респондентов к этой проблеме.

Итоговая диагностика показала, что 15 респондентов из числа родителей проанализировали свои взаимоотношения с ребенком и склоняются к неэффективности симбиотических связей, предпочитая их гармоничным. К тому же в неформальных беседах с наставниками отмечалось желание родителей иметь независимых, самостоятельных, уверенных в своих силах детей. Некоторые осознают, что своими высказываниями программируют пассивность своих детей, блокируя их инициативу (гистограмма 2).



Гистограмма 2. Сравнительный анализ данных по методике «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин)

Таким образом, мы видим положительную динамику в изменившихся взаимоотношениях между родителями и детьми. Если долгое время инвалидность ребенка воспринималась как проблема, мешающая семье полноценно существовать в обществе, то теперь родители стали более открытыми, стали посещать общественные места и мероприятия, в большинстве перестали стесняться диагноза своего ребенка.

Таким образом, проектная деятельность как технология работы с детьми-инвалидами становится одной из современных, эффективных, востребованных форм работы, так как позволяет объединить в целевые группы не только детей, но и их семьи, разнообразить формы работы, удовлетворить потребность получателей социальных услуг в тех услугах, которые не предоставляются в учреждении, но могут быть частью проекта, повысить активность родителей, их компетентность и т.д.

Список литературы

1. Артамонова Т.С. Социальное проектирование как инструмент развития системы социального обслуживания населения в современных условиях // Инженерные кадры – будущее инновационной экономики России. 2018. № 7. С. 6-9. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38589124> (дата обращения: 21.10.2022).

2. Баскаков А.В. Социальное проектирование и его реализация // Научный аспект. 2021. Т. 3. № 2. С. 295-298. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46389005> (дата обращения: 21.10.2022).

3. Бастрыкина Н.А. Социальное проектирование как инновационная технология в работе с детьми-инвалидами / Н.А. Бастрыкина, Л.Н. Кулабухова, С.Э. Крамская // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практики: проблемы детей и молодежи в контексте социально-гуманитарных исследований: сборник научных статей XI Международной научно-практической конференции, посвященной Десятилетию детства в России, Белгород, 28 ноября 2019 года. Белгород: Общество с ограниченной ответственностью Эпицентр, 2019. С. 33-35. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43117851> (дата обращения: 21.10.2022).

4. Бранчукова А.С. Социальное проектирование как форма взаимодействия педагогов, детей с ОВЗ и родителей // Троица образования: педагог – обучающийся – родитель: материалы VIII Байкальских родительских чтений; Иркутск, 15 февраля 2019 года / под ред. О.В. Удовой. Иркутск: Аспринт, 2019. С. 68-70. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41273778> (дата обращения: 20.10.2022).

5. Ефимова Н.Д. Проектная деятельность как средство формирования социальной активности будущих специалистов по социальной работе // Инновационные проекты и программы в психологии, педагогике и образовании: сборник статей Международной научно-практической конференции; Саратов, 01 апреля 2021 года. Уфа: Аэтерна, 2021. С. 42-44. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45592509> (дата обращения: 21.10.2022).

6. Красовская Н.Н. Научно-исследовательская работа и проектная деятельность в подготовке будущих специалистов по социальной работе // Учебно-исследовательская деятельность учащихся: реалии и перспективы: материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию Омского НОУ «Поиск», Омск, 21 апреля 2018 года / отв. ред. Е.С. Асмаковец. Омск: Издательский центр КАН, 2018. С. 148-154. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36849929> (дата обращения: 20.10.2022).

**РАННЯЯ ПОМОЩЬ – ЭФФЕКТИВНАЯ ПОМОЩЬ.
ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ
ГАУ «РЦ «ТАЛИСМАН» Г. ЕКАТЕРИНБУРГА»**

*Григорова Юлия Александровна
руководитель службы ранней помощи
государственного автономного учреждения
социального обслуживания Свердловской области
«Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Талисман»
г. Екатеринбург*

Аннотация. Система ранней помощи на территории Свердловской области развивается как социально необходимый проект, максимально учитывающий региональные особенности и проблемы. Смена подходов к оказанию ранней помощи семьям с детьми, нуждающимся в ранней помощи, привела к внедрению функционального подхода. Данный подход позволяет семьям получить качественно новые услуги, повысить уровень и качество жизни, а специалистам использовать единый подход к оказанию услуг ранней помощи.

Ключевые слова: ранняя помощь; система ранней помощи; функциональный подход; естественные жизненные ситуации; МКФ.

**EARLY HELP IS EFFECTIVE HELP.
EXPERIENCE OF ACTIVITY OF THE EARLY AID SERVICE OF GAU
"RC" TALISMAN "YEKATERINBURG"**

*Grigороva Yulia Alexandrovna
early intervention leader
state autonomous institution
social services of the Sverdlovsk region
"Rehabilitation center for children and adolescents
with disabilities "Talisman"
Yekaterinburg*

Abstract. The early intervention system in the Sverdlovsk region is developing as a socially necessary project that takes into account regional specifics and problems to the maximum. A change in approaches to providing early assistance to families with children in need of early assistance has led to the introduction of a functional approach. This approach allows

families to receive qualitatively new services, improve the level and quality of life, and professionals to use a unified approach to the provision of early intervention services.

Keywords: early help; early intervention system; functional approach; natural life situations; IFF.

Ранняя помощь в современном мире – это самый эффективный способ помощи детям с нарушениями развития и их семьям. С 2016 года в Российской Федерации формирование системы ранней помощи в государственном масштабе находится в стадии становления.

Система ранней помощи на территории Свердловской области развивается как социально необходимый проект, максимально учитывающий региональные особенности и проблемы. С 2017 года на территории Свердловской области реализуется пилотный проект по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в рамках государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». Мероприятия пилотного проекта дали новый толчок развитию системы ранней помощи в регионе. Это привело к смене подходов к оказанию помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста непосредственно в службе ранней помощи: внедрение функционального подхода.

Нормализация жизни ребенка раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности и его семьи проходит через развитие навыков, необходимых в повседневной жизни, на основе активности самого ребенка.

Оказание ранней помощи предполагает долгосрочное сопровождение семьи (от момента обращения до трех лет), ориентированность на запрос и потребности семьи, включение семьи на каждом этапе предоставления услуг ранней помощи, что обеспечивает улучшение функциональных возможностей ребенка, тех навыков, которые важны и необходимы для ребенка в его повседневной жизни.

Специалисты службы ранней помощи ГАУ «РЦ “Талисман” г. Екатеринбург» выстраивают деятельность по оказанию услуг ранней помощи с применением функционального подхода на всех этапах сопровождении семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста.

На этапе определения нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи специалисты совместно с родителями изучают повседневную жизнь ребенка, проводят анализ повседневных ситуаций (рутин), в которых ребенок испытывает трудности, определяют ситуации, в которых ребенок проявляет активность.

Оценочные процедуры включают оценку развития ребенка, оценку его функционирования, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни.

На этапе реализации индивидуальной программы ранней помощи проходит развитие жизненно важных навыков в соответствии с задачами этапа реализации ИПРП в естественных жизненных ситуациях, в семье. Для каждой семьи составляется индивидуальная программа помощи, ее интенсивность и продолжительность определяется в зависимости от возможностей и потребностей ребенка и семьи.

Для семей и детей раннего возраста изменения достигаются за счет системности, последовательности, технологичности, учета потребностей семьи и индивидуального подхода в сопровождении семьи, составлении и реализации ИПРП. Включение родителей в реализацию ИПРП и обучение взаимодействию с ребенком, повышение родительских компетенций в вопросах кормления, организации домашней развивающей среды, игры, одевания и др. в домашних повседневных делах позволяет сформировать и закрепить у ребенка необходимые навыки для самостоятельности в повседневной жизни. Если эти навыки повторяются изо дня в день, мама «тренируется» с ребенком в обычных, привычных, домашних делах и понимает, для чего это необходимо делать, это приводит к тому, что у ребенка данные навыки закрепляются, он начинает это делать самостоятельно, без маминной поддержки, что, в свою очередь, облегчает жизнь семьи.

С семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями развития раннего возраста, работает междисциплинарная команда специалистов, все решения принимаются совместно по итогам обсуждения, при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу. Успешное функционирование службы ранней помощи зависит от профессиональной готовности специалистов к раннему выявлению отклонений в развитии ребенка, организации развивающей работы с ним, продуктивного взаимодействия с семьей и участие в деятельности междисциплинарной команды.

В ходе реализации практики по сопровождению семей обеспечивается постоянное повышение уровня квалификации специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи – проводится одновременное обучение всей команды, супервизии, консультации с ведущими экспертами в области ранней помощи (АНО ДПО «ИРАВ», г. Санкт Петербург).

Качественно оказанная ранняя помощь приводит к снижению количества детей с нарушениями в развитии, позволяет предупредить либо минимизировать имеющиеся у ребенка отклонения в развитии, тем самым являясь профилактическим мероприятием по установлению инвалидности, способствует улучшению качества жизни семей, воспитывающих детей раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности.

К количественным показателям относится увеличение количества обслуженных семей: в 2019 году услуги ранней помощи получили 109 семей, воспитывающих детей раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности, в 2020 – 127 семей, в 2021 году – 168 семей, в 2022 году – 185 семей.

Качественный показатель эффективности определяется улучшением функциональных возможностей ребенка и семьи в естественных жизненных ситуациях: по результатам анализа шкал развития KID/RCDI, доля детей, улучшивших функциональные возможности, не менее 75%; анализ заключений специалистов о динамике развития ребенка в основных областях, полученных в результате динамической диагностики.

Положительными отзывами родителей, законных представителей семьи отмечают эффективность практики в снижении ограничений жизнедеятельности у ребенка, родители научаются понимать сильные стороны ребенка, знают его особенности и потребности.

Родители отмечают появление новых навыков в познавательном, коммуникативном развитии, самообслуживании, улучшении функциональных возможностей.

Экономический эффект от реализации практики ранней помощи определяется тем, что от семьи не требуется особых материальных вложений, не требуется кардинально менять повседневную жизнь семьи.

Оказание ранней помощи на основе функционального подхода позволяет семьям с детьми, нуждающимся в ранней помощи, получить качественно новые услуги, повысить уровень и качество жизни, а специалистам междисциплинарной команды использовать единый подход к оказанию услуг ранней помощи.

Список литературы

1. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) // Клиническая и специальная психология. 2014. № 2.
2. Методические рекомендации по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям // Министерство труда, занятости и социальной защиты РФ.
3. Самарина Л.В. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности здоровья в службе раннего вмешательства. URL: <https://drive.google.com/file/d/1jm0iLQshWGA8kiXcOEziwY8firQCXIm5/view>.

**ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ В ПОЗЕ СИДЯ:
ЗАМЕРЫ, ДИАГНОСТИКА, ПОДБОР И АДАПТАЦИЯ ТСР**

Карпова Екатерина Николаевна

заместитель директора по маркетингу ООО НПП «ДВМ»

г. Екатеринбург

Аннотация. В статье рассматривается значение позы сидя для сохранения здоровья, предотвращения вторичных нарушений и социальной активности детей с нарушениями постурального контроля, особенности организации функциональной позы сидя с помощью технических средств реабилитации. Приводится алгоритм диагностики ребенка для индивидуального подбора и адаптации ТСР.

Ключевые слова: поза сидя; позиционирование; постуральная коррекция; опора для сидения; ТСР.

**IN A SITTING POSTURE: FEATURES AND RECOMMENDATIONS
FOR THE SELECTION OF TSR**

Karpova Ekaterina Nikolaevna

Deputy Director for Marketing ООО NPP DVM

Yekaterinburg

Abstract. The article discusses the importance of the sitting posture for maintaining health, preventing secondary disorders and social activity of children with postural control disorders, the features of organizing a functional sitting posture with the help of technical means of rehabilitation. An algorithm for diagnosing a child for individual selection and adaptation of TMR is given.

Keywords: sitting posture; positioning; postural correction; seating support.

Значение анатомически верной позы сидя

Постуральный менеджмент – комплекс мероприятий, направленный на создание условий для оптимального развития ребенка с использованием его гравитационных возможностей и профилактику развития постуральных деформаций [3]. Часть постурального менеджмента – контроль позы с использованием технических средств реабилитации.

Большую часть жизни дети с нарушениями статодинамических функций проводят в положении сидя, и правильность позы оказывает существенное влияние на их здоровье и качество жизни. Поддержание позы для таких детей часто

является непростой задачей. Помощь в постепенном освоении и самостоятельном удержании позы им могут оказать специальные опоры [1, с. 227].

Во всем мире считается, что ребенок, достигший возраста, когда здоровые дети садятся (6–8 месяцев), должен быть посажен с использованием соответствующих технических средств реабилитации. ТСР не только увеличивают степень активности детей с церебральным параличом, но и служат профилактикой вторичных осложнений. Специальное кресло оказывает на организм ребенка физическое воздействие, которое достигается подавлением патологических двигательных образцов, повышением способности контролировать положение туловища за счет поддержки в кресле (стуле), что улучшает:

- способность контролировать положение головы;
- самостоятельную активность – необходимый контроль над положением туловища и головы способствует удержанию равновесия, позволяет действовать обеими руками и дает возможность принимать пищу, играть, учиться;
- восприятие собственного тела;
- дыхание и кровообращение за счет снижения тонуса мышц верхней половины туловища (особенно, участвующих в дыхании);
- речь и мимику – вследствие полноценного дыхания и контроля над положением головы [4, с. 152].

Результатом физического воздействия и улучшения самочувствия (поддержание позы частично берет кресло) становится большая включенность ребенка в социум.

Вспомогательные приспособления для позиционирования, по мнению Р. Хольц, автора книги об использовании вспомогательных приспособлений при ДЦП [6, с. 88], прежде всего, должны улучшать собственный контроль ребенка за положением головы, который является основой развития всех движений. Правильное положение головы ребенка позволяет избежать запуска тонических рефлексов, добиться правильной позы, снижения мышечного тонуса и создать благоприятные условия для проявления собственной активности ребенка.

Ключевые понятия для «правильной» позы – симметрия и выравнивание. Тело человека симметрично, когда вес равномерно распределен на правую и левую стопы. В этом случае проекция суммарного центра тяжести тела приходится в середину расстояния между стопами, такая поза является устойчивой и не вызывает напряжения постуральных мышц. Другая характеристика правильной позы – выравнивание – характеризуется правильным взаимным расположением частей тела от стоп и нижних конечностей вверх до головы.

Поза может быть определена как «хорошая», если она соответствует следующим критериям:

- Облегчает эффективное функциональное положение.

Является энергоэффективной (на ее поддержание человек не тратит дополнительную энергию).

Не наносит повреждение телу (пролежни, сдавливания) [6, с. 17].

Поза сидя ребенка при кормлении и занятиях чрезвычайно важна как для эффективности и безопасности самого процесса, так и для профилактики контрактур и вывихов суставов и деформаций позвоночника. Любое занятие должно начинаться с принятия ребенком устойчивой симметричной физиологической позы сидя: голова поднята, спина прямая, руки лежат на столике или подлокотниках, угол сгибания всех суставов нижних конечностей 90° , стопы стоят на опоре [4, с. 94].

Технические средства реабилитации для обеспечения правильной позы сидя – это комнатные и прогулочные кресло-коляски, активные коляски и опоры для сидения.

Основные размеры для подбора опоры для сидения

При использовании технических средств реабилитации, предназначенных для поддержания позы сидя необходимо правильно подбирать ширину и глубину сиденья; расстояние между сиденьем и подножкой; высоту спинки; высоту подголовника; положение дополнительных поддержек и форму подушек для сиденья и поддержки поясницы (рис. 1, табл. 1).

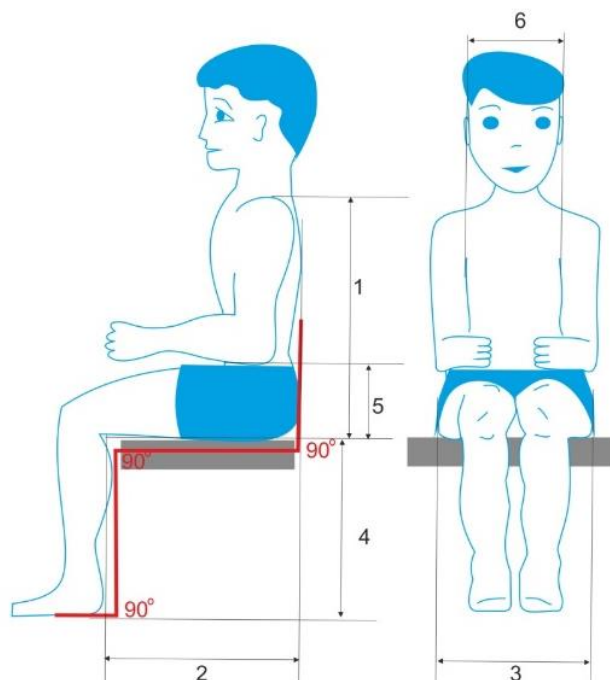


Рис. 1. Симметричная физиологическая поза сидя

Замеры 1-3 ключевые при подборе опоры, замеры 4-6 нужны для определения положения аксессуаров. Положение подголовника – определяется только,

когда ребенок в опоре. Замеры для подбора опоры для сидения у ребенка, который не может самостоятельно сидеть можно провести в положении лежа, обеспечив правильное положение спины – бедер – голени по отношению друг к другу (90 градусов). Важно, чтобы опора для сидения могла регулироваться в соответствии с антропометрическими параметрами ребенка [5, с. 70].

Таблица 1

Замеры для подбора опоры для сидения

Замер	Что измеряется на теле человека	Какому размеру опоры соответствует
1	От плоскости сиденья до плеча	Высота спинки опоры
2	Длина бедра	Глубина сиденья = Длина бедра – 2 см.
3	Ширина таза	Ширина сиденья = ширина таза + 2 см.
4	Длина голени (по задней поверхности ноги)	Определяет положение подножки для стоп
5	От плоскости сиденья до локтя	Определяет положение подлокотников
6	Ширина груди	Ширина груди+2 см. = положение боковых поддержек по ширине

Даже подобрав техническое средство реабилитации по индивидуальным размерам, в большинстве случаев нельзя просто посадить в него ребенка и «пустить сидит», ТСР необходимо адаптировать и настроить.

Алгоритм настройки и адаптации ТСР (особенно для детей со вторичными нарушениями и детей 3-5 уровня по GMFCS) включает 4 этапа [2]: диагностика в привычном положении сидя, диагностика в положении лежа на спине, настройка ТСР без ребенка, адаптация ТСР с ребенком.

1. Диагностика в привычном положении сидя. В начале диагностики в привычном положении сидя визуально оценить симметрию плеч, ног, положение спины и головы. Важная часть диагностики – оценка так называемого lifebox (лайфбокс) – англоязычный термин «коробка жизни» – визуально проецируемый прямоугольник, образуемый гребнями подвздошных костей и нижними краями ребер. В этой зоне располагаются жизненно важные органы, в норме – это правильный прямоугольник, не должно быть перекосов и сдавливания в этой зоне. Формируя правильную физиологичную позу сидя, можно ориентироваться именно на лайфбокс как маркер симметричной позы. При фиксированных нарушениях позы (сколиозе, укорочении мышц, ротации таза) может быть сложно «выправить» лайфбокс, но к этому нужно стремиться.

Следующий этап – оценка таза: таз не должен быть ротирован и иметь перекося в ту или иную сторону.

Далее производится оценка распределения веса, определение пикового давления в опорных точках. В норме давление должно распределяться равномерно, однако у детей с нарушением контроля позы очень часто давление неравномерно. Как это проверить? Используя тканевый рукав (или даже просто пакет), который облегчает скольжение, специалист последовательно пытается просунуть ладонь под бедра и таз ребенка. Если вес распределяется неравномерно, то есть места, которые «висят», и под ними свободно проходит ладонь, а есть, наоборот, точки избыточного давления. Аналогично проверить распределение давления под большими вертелами и крестце, а затем на спине и лопатках и на обеих стопах. Сильное давление на малые точки опоры ведет к риску появления пролежней, кроме того, малая площадь опоры не дает позе быть стабильной. Диагностика привычной позы позволяет определить точки для будущей коррекции, а также выявить, где необходимо индивидуально адаптировать устройство для сидения.

2. Диагностика в позе лежа. Диагностика в позе лежа на спине очень важна: не испытывая вертикально нагрузки, тело ребенка может показать свои «оптимальные» возможности для коррекции.

1. Определить точки лайфбокса, часто в позе лежа он становится более прямоугольным и симметричным, если нет, то можно говорить о фиксированных вторичных нарушениях.

2. Проверить привычное положение спины относительно опоры – есть ли лордоз (избыточный прогиб).

3. Проверить мобильность таза, вывести таз в максимально нейтральное положение. Постараться зафиксировать нейтральное положение укладками.

4. Оценить углы сгибания и объем движений отдельно для каждой ноги. Согнуть ногу в тазобедренном, коленном и голеностопных суставах под 90 градусов, придать ноге положение, характерное для позы сидя. Оценить напряжение мышц задней поверхности бедра и голени, если в мышцах есть напряжение, уменьшать угол сгибания, добиваясь такого положения, чтобы мышцы были расслаблены. Для некоторых детей правильным и комфортным будет положение, когда углы сгибания между спиной и бедром, бедром и голенью будут меньше 90 градусов.

Проведя диагностику привычной позы сидя и диагностику в положении лежа, сделать вывод о 1) наличии или отсутствии фиксированных нарушений; 2) о тех элементах ТСР, где необходимо провести адаптацию, чтобы поза была симметричной и стабильной; 3) об углах сгибания в суставах, ориентируясь на то, что мышцы не должны быть в напряжении.

3. Настройка ТСР без ребенка. После этого провести предварительную настройку ТСР без ребенка: установить глубину и высоту сиденья, спинки, подножки, углы наклона относительно пола и относительно друг друга спинки, сиденья, подножки, установить боковые поддержки на необходимую высоту и ширину, использовать вкладыши и валики при необходимости.

Обеспечение стабильной базы является ключевым моментом в формировании правильной позы.

Глубина сиденья зависит от длины бедра, несоответствие глубины сиденья может вести к формированию нестабильной позы и вторичных нарушений (рис. 2).

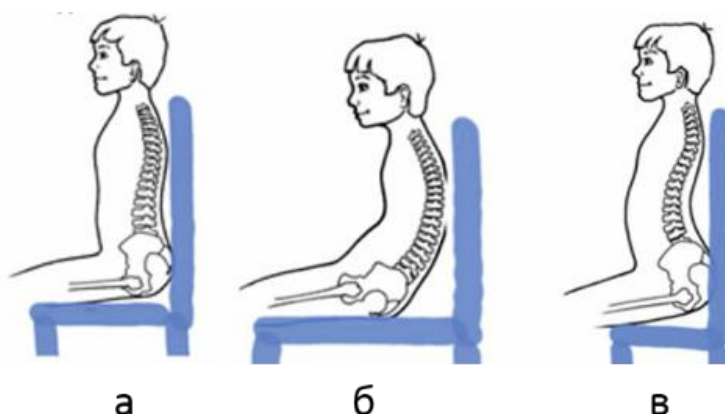


Рис. 2. Нарушения позы при неправильно подобранной глубине сиденья

Глубина сиденья	Особенности позы	Возможные осложнения
Правильная глубина (рис. 2 а,)	Под коленями свободно помещается 2 пальца. Обеспечивает правильное распределение веса и движение в коленных суставах.	Позвоночник в естественном положении. Хороший баланс головы. Правильное распределение веса.
Слишком глубокое сиденье (рис. 2 б)	Ребенок не может быть правильно посажен. Таз будет наклонен назад. Будет спровоцировано образование кифоза.	Уплотнение поясничного лордоза. Увеличение грудного кифоза. Уменьшение шейного лордоза (короткая шея). Центр тяжести переносится назад. Пассивная поза.
Сиденье слишком короткое (рис. 2 в)	Слишком большое давление на седалищные бугры. Поза неустойчивая.	Увеличение поясничного лордоза. Уплотнение грудного кифоза. Уплотнение шейного лордоза. Центр тяжести смещается вперед. Нестабильная поза.

Ширина сиденья должна соответствовать ширине таза + 2 см., слишком широкое сиденье может привести к нестабильности таза, формированию сколиоза, заваливанию ребенка вбок, ротации таза, формированию «унесенных ветром ног» (рис. 3).

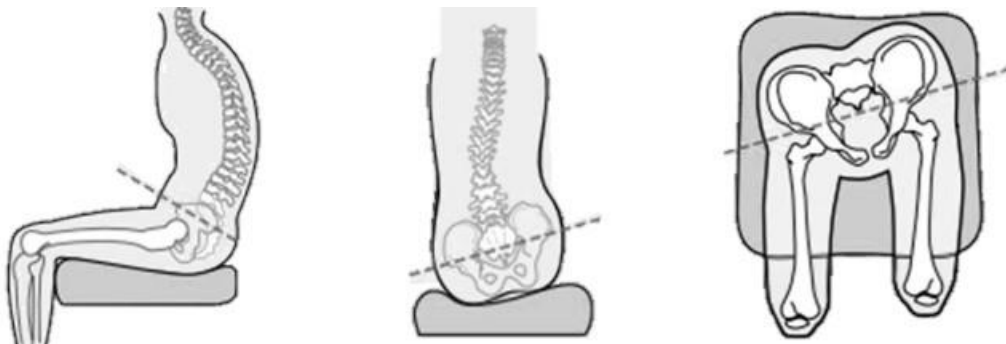


Рис. 3. Неправильное положение таза: заваливание, перекос, ротация

Высота положения сиденья от подножки определяется по длине голени. В опоре для сидения необходима устойчивая опора на ноги – подножка. Хорошая опорная поверхность означает, что голеностопные и коленные суставы – согнуты под углом 90 градусов, а стопы располагаются на ширине бедер [5, с. 62].

Высота сиденья от пола важна с точки зрения включенности в социум: ребенок должен иметь возможность сидеть за столом со взрослыми или находиться на одном уровне с другими детьми, регулируемая высота обеспечивает простоту участия ребенка в повседневной жизни, повышение целенаправленности действий, способность манипулировать предметами, что имеет большое значение для включенности ребенка в социум.

Высота спинки. Правильный подбор высоты спинки обеспечивает максимальную активность ребенка, предотвращает возникновение вторичных осложнений. Спинка в опоре для сидения должна заканчиваться на уровне плеч. Слишком высокая спинка ограничивает движение головы, формирует шейный гиперлордоз.

Угол наклона спинки и возможность его изменения также важен для баланса корпуса: в случае если ребенок не может удерживать вертикальное положение туловища в позе сидя и даже очень большая степень поддержки туловища не эффективна, то изменение угла наклона всей системы для сидения назад, во-первых, за счет силы тяжести и гравитации облегчает сохранение позы, а во-вторых, способствует выпрямлению поясничного лордоза.

В опорах для сидения для поддержки корпуса и конечностей дополнительно могут использоваться различные приспособления и аксессуары: подголовник, боковые поддержки, подлокотники, стол, жилетки и ремни, держатели для рук, голеней, абдуктор и т.д.

4. Адаптация ТСП с ребенком. Усадить ребенка в опору и проводить позиционирование снизу-вверх [2].

1. Проверить опорность стоп, в случае необходимости скорректировать положение подножки (по высоте, углу, глубине).

2. Выровнять таз: усадить ребенка максимально глубоко, бедра должны плотно прилегать к плоскости сиденья, таз должен находиться в нейтральном положении, после выравнивания таза зафиксировать положение бедренным ремнем.

3. Проверить положение боковых поддержек и скорректировать при необходимости по высоте и ширине. Если у ребенка есть сколиоз боковые поддержки устанавливаются ассиметрично: одна боковая поддержка ставится на самую выступающую точку сколиотической дуги и на ребро ниже ее под углом, вторая поддержка ставится выше, «выпрямляя» корпус. Нельзя допускать сильного давления поддержек на тело, это приносит дискомфорт ребенку (рис. 4).

4. Адаптировать спинку, установить подголовник при необходимости, настроить другие аксессуары (подлокотники, столик и т. д.).

5. Изменить угол наклона системы сидения, небольшой наклон назад снижает гравитационную нагрузку, способствует более плотному прилеганию тела к спинке и выпрямлению лордоза.

6. Провести оценку позы, аналогичную первому этапу диагностики.

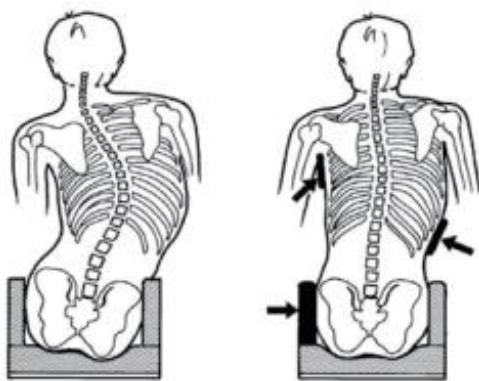


Рис. 4. Коррекция сколиоза с помощью боковых поддержек

Таким образом, техническое средство реабилитации для поддержания позы сидя – опора для сидения способствует поддержанию функциональной позы ребенка и является значимым фактором в процессе реабилитации и реализации программ пострурального менеджмента. Безусловно, сидеть целый день неподвижно даже в адаптированном кресле нельзя, это не позволит развивать двигательную активность ребенка. Но ребенок должен находиться в стабильной позе во время кормления и при выполнении любой деятельности руками. Функциональные, удобные обеспечивающие достаточную свободу технические средства

реабилитации могут стать основой для повышенного уровня активности в двигательном, социальном, психологическом и педагогическом аспектах.

Список литературы

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. Киев: Здоровье, 1988. 324 с.
2. Карсева Е.Л., Образцова А.А. Практический тренинг «Как посадить ребенка, учитывая вторичные осложнения». URL: [//https://www.youtube.com/watch?v=Wyt5uQaуvw8](https://www.youtube.com/watch?v=Wyt5uQaуvw8) (дата обращения: 17.03.2023).
3. Омельченко Е.А. Постуральный менеджмент. Основы: лекция курса «Основы физической терапии в функциональной реабилитации детей». URL: <https://сркм-рго.ru/pt-basic-online-19> (дата обращения: 18.03.2023).
4. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В. Семенова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачева, Е.Ю. Заблоцкис. М.: Лепта Книга, 2018. 584 с.
5. Феськов Г.П., Литус А.Ю. Постуральная коррекция – ведущий фактор повышения качества жизни детей с ОД. Великий Новгород, 2017. 92 с.
6. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом. М.: Теревинф, 2007. 333 с.
7. Pope Pauline M. Severe and Complex Neurological Disability: Management of the Physical Condition. FCSP BA MSc SRP. Elsevier Ltd, 2007. 300 p.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ТЕХНОЛОГИИ
ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ГРУППЕ КОМПЕНСИРУЮЩЕЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

Киреева Наталья Анатольевна

учитель-логопед, дефектолог высшей категории

Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения

«Детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением

деятельности по физическому развитию детей «Снегурочка»

г. Югорск

Аннотация. В статье описывается опыт работы в группах компенсирующей направленности для детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) и расстройства аутистического спектра (РАС) с дошкольниками, с использованием элементов технологии оккупациональной терапии. Опыт работы показал, что оккупациональная терапия в работе с детьми с особыми возможностями здоровья (ОВЗ) и/или инвалидностью – это один из самых интересных и творческих методов работы, использующий возможности разнообразия окружающего мира для достижения положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном и личностном развитии ребенка.

Ключевые слова: оккупациональная терапия; дети ОВЗ (ограниченные возможности здоровья); дети-инвалиды, ТМНР (тяжелые множественные нарушения); РАС (расстройства аутистического спектра).

**USING THE ELEMENTS OF THE TECHNOLOGY OF OCCUPATIONAL
THERAPY IN THE COMPENSATING GROUP WITH CHILDREN
WITH LIMITED HEALTH DISABILITIES**

Kireeva Natalia Anatolievna

Speech therapist teacher, a defectologist of the highest category

of the Municipal autonomous preschool educational institution

"Kindergarten of a general developing type with priority activities

for the physical development of children "Snow Maiden"

Yugorsk

Abstract. The article describes the experience of working in compensatory groups for children with severe multiple developmental disorders (TMD) and autism spectrum disorders (ASD) with preschoolers, using elements of occupational therapy technology. Work experience has shown that occupational therapy in working with children with special health

conditions (HIA) and /or disabilities is one of the most interesting and creative methods of work that uses the possibilities of the diversity of the surrounding world to achieve positive changes in the emotional, intellectual and personal development of the child.

Keywords: occupational therapy, children with disabilities (disabled health), children with disabilities, TMND (severe multiple disorders), ASD (autism spectrum disorders).

В ситуации серьезных социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе и государстве, проблема интеграции детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов в социум становится особенно актуальной. Поэтому одно из приоритетных направлений развития системы образования направлено на «обеспечение государством равных возможностей для каждого ребенка в получении качественного дошкольного образования», «обеспечения равных возможностей полноценного развития каждого ребенка в период дошкольного детства независимо от места проживания, пола, нации, языка, социального статуса, психофизиологических особенностей (в том числе ограниченных возможностей здоровья)».

В повседневной жизни мало кто из нас обращает внимание на то, как мы выполняем привычные дела, потому что это происходит машинально, как само собой разумеющееся. Никто не анализирует действия рук, необходимые для застегивания пуговиц на одежде, мытья посуды, пользования ложкой. В то время как овладение элементарными бытовыми навыками (умение одеваться и раздеваться, ухаживать за собой, пользоваться туалетом, самостоятельно принимать пищу, купаться, умываться, уметь пользоваться предметами быта и т.п.) напрямую влияет на самооценку ребенка и является важным шагом на пути к его социализации в обществе.

У детей с отклонениями в интеллектуальном, психоэмоциональном развитии, с заболеванием опорно-двигательного аппарата формирование бытовых навыков и навыков самообслуживания не происходит самопроизвольно, оно крайне затруднено. В связи с органическими нарушениями, нарушениями двигательных функций и коммуникативной сферы у детей практически не образуются спонтанные попытки подражания взрослым и интерес к их деятельности. Именно поэтому формирование бытовых навыков, навыков самообслуживания, социализации и коммуникации в обществе является для таких детей и их родителей жизненной необходимостью.

Исходя из вышеизложенного возникает необходимость в организации специального обучения этим навыкам. Одним из важных условий организации процесса обучения и воспитания детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов бытовым навыкам, навыкам самообслуживания, навыкам социализации и коммуникации

в обществе в условиях детского сада является оснащение его специальным оборудованием. Таким средством является технология «оккупациональная терапия». Термин «оккупациональная терапия» обозначает лечение занятием (трудом). Оккупациональная терапия предусматривает деятельность, направленную на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья нуждаются в помощи и уходе за собой, проведении досуга и выполнении трудовой деятельности. Все эти виды занятий объединяются в понятие «оккупациональная деятельность». Именно «уголок оккупациональной терапии» со сменным оборудованием, который представляет собой центры с набором мебели, что способствует развитию навыков социально-бытового ориентирования детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов.

В нашем детском саду МАДОУ «Детский сад “Снегурочка”» г. Югорска ХМАО – Югра функционируют две группы компенсирующей направленности (для детей с ТМНР и РАС).

У таких детей наблюдаются низкая работоспособность, недостаточность концентрации внимания и памяти, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, ограниченность запасов знаний и представлений об окружающем, дефицит внимания. Замедлен процесс приема и переработки сенсорной и речевой информации. Такие дети трудны в общении, неуравновешенны, раздражительны, неусидчивы, иногда агрессивны по отношению к сверстникам и окружающим. Не могут организовать сюжетной игры. Поэтому они нуждаются в комплексной квалифицированной помощи.

В рамках ППМС-центра в данных группах коррекционная помощь оказывается квалифицированными специалистами: педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед (проводят диагностику, коррекционно-развивающую работу, консультирование, просветительскую и профилактическую работу). Чтобы добиться наиболее эффективного обучения и комфортного самочувствия ребенка, педагоги по результатам психолого-педагогической диагностики выявляют различные индивидуальные особенности ребенка, разрабатывают учебный план, создают условия и обогащают предметно-пространственную среду, разрабатывают дидактические пособия, алгоритмы действий для закрепления навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда, социализации и коммуникации в обществе в игровой форме.

Для продуктивной работы собирается максимальный объем информации о ребенке в ходе наблюдения за ребенком в режимных моментах, выявляются его сильные и слабые стороны – что получается у него особенно хорошо, что способствует его успехам, а также проводится анкетирование родителей.

При анкетировании родителей на предмет сформированности навыков самообслуживания, хозяйственно-бытовых, трудовых и социально-коммуникативных навыков, родители отмечают, что у детей не сформированы навыки самообслуживания и ухода за собой: большинство детей не могут самостоятельно принимать пищу, пользоваться столовой посудой и приборами, соблюдать личную гигиену, самостоятельно одеваться и раздеваться, пользоваться застёжками. Также большинство родителей отмечают, что у детей не сформированы санитарно-гигиенические, хозяйственно-бытовые навыки и социально-коммуникативные умения вести себя в магазине, транспорте, больнице, кинотеатре, парикмахерской.

Педагоги, работающие в данных группах, также отмечают несформированность самостоятельности, навыков самообслуживания и социально-коммуникативных умений у данной категории детей.

Поэтому в детском саду возникла необходимость в создании специальных условий для обучения этим навыкам, а именно уголка оккупациональной терапии со сменным оборудованием, где в процессе организованных занятий педагоги учат детей и родителей, как правильно сформировать и развивать бытовые навыки, навыки самообслуживания и социально-коммуникативные умения у детей с ОВЗ и инвалидностью.

Цель оккупациональной терапии – максимально возможное восстановление способности ребенка к независимой жизни (самообслуживание, продуктивная деятельность, отдых) с помощью специально смоделированных ситуаций, пространства, окружения.

Основные задачи:

1. Формирование специальных умений и навыков, способствующих адаптации ребенка с ОВЗ и инвалидностью к жизни в окружающем его социально-бытовом пространстве.

2. Оказание помощи ребенку с ОВЗ и инвалидностью в приобретении навыков самостоятельности, общения со сверстниками, в расширении сферы жизнедеятельности.

3. Создание «ситуации успеха», способствующей самореализации ребенка с ОВЗ и инвалидностью.

Содержание работы направлено:

- на формирование у детей навыков самообслуживания и ухода за собой;
- развитие компетенций родителей целевой группы по вопросам формирования культурно-гигиенических, хозяйственно-бытовых навыков и социально-коммуникативных умений у детей.

Главным на занятиях по оккупациональной терапии является метод демонстрации с использованием различного вида наглядности: натуральные предметы,

муляжи, игрушки модели, макеты, изображения, фотографии и алгоритмы выполнения действий. Демонстрация наглядности сопровождается словесными комментариями и совместно-практической деятельностью. Каждый ребенок активно вовлекается в процесс, и взаимоотношения между ним и специалистом носят характер сотрудничества, что вносит в процесс свои знания, умения и опыт.

Данные навыки закрепляются как воспитателями в самостоятельной деятельности в группе, так и родителями дома и в социальной среде по алгоритмам выполнения действий.

Также информация о проведении деятельности с использованием элементов оккупациональной терапии для родителей размещается в социальной сети Интернет на официальной странице ВКонтакте МАДОУ «Детский сад “Снегурочка”».

Работа в рамках оккупациональной терапии проводится по формированию как трудовых, культурно-гигиенических, социально-бытовых навыков, так и формированию социально-коммуникативной сферы, которая позволяет ребенку интегрироваться в социальную жизнь.

Цикл практических занятий с использованием элементов технологии оккупациональной терапии проводится по следующим темам:

Раздел 1: Культурно-гигиенические и хозяйственно-бытовые навыки (Семья. Мой дом).

В рамках данной темы отрабатываются:

Навыки ухода за собой.

Навыки приема пищи: умение пить из чашки; есть ложкой и вилкой; намазывать и резать ножом.

Навыки личной гигиены: умение пользоваться туалетом и туалетной бумагой; мыть и вытирать руки; умывать и вытирать лицо; стряхивать крошки и стирать грязь с одежды; смотреться в зеркало, чтобы проверить свой внешний вид; пользоваться носовым платком из ткани или бумаги; чистить зубы; причесывать волосы расческой; принимать ванну или душ, пользуясь мылом и мочалкой, мыть волосы; пользоваться дезодорантом; пользоваться средствами личной гигиены (для девушки).

Навыки опрятности за одеждой и обувью.

Умение раздеваться и одеваться, разуваться и обуваться: снимать одежду без застежек (шапку, шарф, перчатки, штаны на эластичном поясе, юбку, носки, гольфы, колготки); снимать одежду через голову; снимать одежду, расстегивающуюся спереди; надевать белье; надевать верхнюю одежду; надевать верхнюю

одежду через голову; застегивать молнию; застегивать ремень; застегивать липучки, кнопки, крючки, пуговицы; завязывать шнурки на ботинках; снимать и надевать обувь с застежками и без застежек.

Навыки выбора одежды и ухода за ней: класть грязную одежду в корзину, вынимать чистую одежду; складывать и вешать одежду; надевать чистую и глаженую одежду; выбирать одежду по размеру, выбирать одежду, предметы которой подходят друг к другу, выбирать одежду по погоде, выбирать одежду, соответствующую случаю.

Навыки ухода за домом.

Навыки уборки: подметание; вытирание пыли; протирать зеркала; мыть пол; мыть посуду, расправлять и застилать постель.

Навыки стирки: умение отделять чистую одежду от грязной, стирать вещи руками; пользоваться стиральной машиной, отмерять нужное количество порошка, пользоваться сушильной доской, аккуратно развешивать вещи для просушки, складывать одежду, убирать ее на место.

Раздел 2: Социально-коммуникативные навыки (Магазин. Парикмахерская. Больница. Кинотеатр. Транспорт).

Формирование навыков поведения в общественных местах.

Ознакомление с денежными купюрами и монетами, умение пользоваться деньгами.

Навыки поведения в поликлинике.

Навыки пользования гардеробом: умение снять верхнюю одежду, подать ее в гардероб, забрать номерок, подать номерок; ждать, когда принесут одежду, забрать и надеть ее.

Навыки поведения в очереди, умение ждать: умение следить и соблюдать очередность, ждать стоя или сидя.

Навыки ориентировки: умение находить гардероб, регистратуру, кабинет.

Навыки пользования транспортом, поведения в общественном транспорте.

Правила поведения и навыки перехода: умение смотреть в обе стороны при переходе улицы, ориентироваться на сигналы светофора.

Умение соблюдать правила поведения и навыки пассажира: пристегиваться в машине; держаться за поручень; оплачивать проезд в транспорте (покупать билеты).

Навыки поведения в кинотеатре.

Навыки пользования гардеробом: умение снять верхнюю одежду, подать ее в гардероб, забрать номерок, подать номерок; ждать, когда принесут одежду, забрать и надеть ее.

Навыки поведения в очереди, умение ждать, покупать билет: умение следить и соблюдать очередность, ждать стоя или сидя.

Навыки поведения в зале кинотеатра: соблюдение тишины (не кричать, спокойно сидеть на месте).

Раздел 3: Трудовые навыки (Кулинария. Инструменты).

Навыки приготовления пищи.

Навыки сервировки стола и разбора купленных продуктов: умение раскладывать купленные продукты по местам, ориентироваться в холодильнике, накрывать на стол, убирать со стола.

Навыки приготовления пищи и напитков: умение наливать готовый напиток в стакан, находить готовую еду, не требующую разогрева и мытья (йогурт, булку и т.д.); готовить холодный завтрак, делать бутерброды (из готовых продуктов); салаты и десерты, готовить выпечку, находить нужные кухонные приборы и пользоваться ими.

Использование инструментов: умение правильно пользоваться строительными инструментами (молоток, рулетка, веревка, отвертка, плоскогубцы, гаечный ключ).

В результате проведенной работы было отмечено, что оккупациональная терапия оказывает воздействие и влияние на все процессы в организме, главным образом, через высшую нервную и психическую деятельность: мобилизует волю, дисциплинирует, приучает к концентрации внимания, создает бодрое настроение, направляет активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности.

Таким образом, использование элементов технологии оккупациональной терапии в работе с детьми с ОВЗ и инвалидностью позволяет легче и быстрее адаптироваться в обществе, в школе, успешно включаться в новую, в более сложную социальную среду. Дети быстрее научаются правильно понимать самого себя, поведение других людей, анализировать и прогнозировать ситуации взаимодействия между людьми. Родителям (законным представителям) помогает овладеть компетенциями по вопросам социальной адаптации детей с ОВЗ и инвалидностью.

Список литературы

1. Маслова О.А. Оккупациональная терапия – один из компенсаторных способов социальной реабилитации и интеграции в обществе детей с ограниченными возможностями здоровья. URL: <http://www.sipkro.ru/partnerstvo/index.php-id> (дата обращения: 10.11.2022).

2. Митрофанова Н.А., Сухова Л.С. Оккупациональная терапия: современные методы и принципы. URL: <http://deti38.ru/index.php> (дата обращения: 05.10.2022).

3. Акатов .И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: ВЛАДОС, 2003. 368 с.
4. Широкова Г.А., Жадько Е.Г. Детские игры на развитие навыков общения. М., 2013.
5. Бондаренко Т.М. Приобщение дошкольников к труду: практическое пособие для старших воспитателей, методистов и педагогов ДОУ. Воронеж: Метода, 2014. С. 33.
6. Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости: обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. М.: Теревинф, 2000.
7. Аршава Л.В., Дыханова С.В., Зырянова Л.Л., Поступинская Е.В. Программа «Обучение хозяйственному труду» / под ред. С.К. Шмурыгиной. Ханты-Мансийск, 2009.

**МКФ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОМ
БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ГОРОДА МОСКВЫ
«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ»)**

Михайлова Ольга Викторовна
директор, ГБУ МГЦР
г. Москва

Шулаева Татьяна Евгеньевна
заведующий отделением реабилитационной диагностики
ГБУ МГЦР
г. Москва

Аннотация. Ознакомление с опытом внедрения Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) как инструмента оценки качества жизни инвалидов и других лиц с ограничением жизнедеятельности в Государственном бюджетном учреждении г. Москвы «Московский городской центр реабилитации»; проведение реабилитационной диагностики с применением МКФ, включая формирование реабилитационного диагноза по МКФ, определение цели курса с использованием определителей МКФ.

Ключевые слова: МКФ; качество жизни; инвалидность; ограничения жизнедеятельности; реабилитационная диагностика; реабилитация и абилитация.

**ICF AS A UNIVERSAL INSTRUMENT FOR ASSESSING THE QUALITY
OF PEOPLE'S LIFE (THE EXPERIENCE OF APPLICATION
IN THE STATE-FUNDED INSTITUTION OF MOSCOW
«MOSCOW CITY REHABILITATION CENTER»)**

Mikhailova Olga Viktorovna
Director, Moscow City rehabilitation center
Moscow

Shulaeva Tatyana Evgenievna
Head of the Rehabilitation Diagnostics Department
Moscow City rehabilitation center
Moscow

Abstract. Acquaintance with the experience in implementing the International Classification of Functioning, Disability and Health as a universal instrument for assessing life qual-

ity of disabled people and other people with limitation of activity in the State-funded Institution of Moscow «Moscow City Rehabilitation Center»; rehabilitation diagnostics using ICF, including the formation of a rehabilitation diagnosis according to ICF, formulating realizable objectives of this stage of rehabilitation using ICF determinants.

Keywords: ICF; quality of life; disability; rehabilitation diagnostics; rehabilitation and habilitation.

Государственное бюджетное учреждение г. Москвы «Московский городской центр реабилитации» (далее – ГБУ МГЦР, Центр) создано в 2010 году (открыто в 2011 году) в целях совершенствования деятельности по реабилитации/абилитации детей – инвалидов с детским церебральным параличом. В соответствии с Уставом Учреждение создано для выполнения работ и оказания услуг на основе реализации инновационной модели реабилитационного учреждения, работающего по принципу «ориентации на эффективный результат», в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации государственных полномочий и функций в сфере социальной интеграции инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности, повышения качества и уровня жизни.

С 2011 года список категорий лиц, которым оказываются реабилитационные/абилитационные услуги, значительно расширился. В настоящее время Центр оказывает услуги детям от 0 лет и взрослым, имеющим инвалидность, или не признанным в установленном порядке инвалидом, но имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности. По-прежнему, большинство клиентов – это дети, страдающие различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в первую очередь, детским церебральным параличом, но и другими, в том числе не связанными с передвижением, последствиями травм, наследственными заболеваниями, пороками развития, расстройством аутистического спектра и другими. Кроме того, ряд реабилитационных услуг оказывается и членам их семей, взятых под социальный мониторинг в Центре.

С 2022 года в г. Москве реализуется пилотный проект в рамках Регламента межведомственного взаимодействия Департамента здравоохранения и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений по проведению комплексной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения города.

Центр является активным участником указанного пилотного проекта. Механизм реализации проекта представляет собой выстроенную внутриведомственную и межведомственную систему взаимодействия, в рамках которой Координационный центр медицинской реабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы формирует и направляет в ГБУ МГЦР списки взрослых инвалидов,

проживающих в Москве, нуждающихся в получении комплексной реабилитации. Сотрудниками Центра проводится анализ полученных списков, постановка клиентов на учет и их социальный мониторинг, после чего происходит передача информации от ГБУ МГЦР в другие реабилитационные центры. Часть клиентов по данному пилотному проекту получают реабилитацию в ГБУ МГЦР.

В связи с реализацией данного пилотного проекта увеличилось число взрослых клиентов, большинство из которых с тяжелыми множественными ограничениями жизнедеятельности. Это люди, перенесшие инсульты, имеющие спинальные нарушения, ампутацию конечностей и другие заболевания.

Центр наработал опыт построения универсальной модели современного реабилитационного учреждения, основанной на проактивной персонифицированной позиции, ранней помощи, непрерывном сопровождении и управлении многокомпонентным реабилитационным процессом инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности (независимо от тяжести заболевания, возраста и т.д.), ориентированной на достижение конечного и главного результата – максимальной независимости и интеграции в общество и повышения качества жизни.

Сутью процесса являются следующие три части:

1) активный непрерывный мониторинг за связанными с инвалидностью потребностями клиентов (независимо от возраста), проживающих в г. Москве, управление реабилитационным процессом с организацией системы быстрого реагирования на запросы их семей;

2) реабилитационная диагностика (клинико-инструментальная, психологическая, логопедическая, социально-адаптационная, профессиональное консультирование и др.) состояния здоровья лица и имеющихся у него ограничений жизнедеятельности, контроль за эффективностью реабилитационного процесса;

3) эффективная реабилитация по передовым отечественным и зарубежным технологиям.

Центр оказывает реабилитационные услуги в трех формах: нестационарной, стационарной и мобильной. В 2022 году получили услуги в рамках государственного задания в нестационарной форме 971 человек, в мобильной форме – 711 человек, в стационарной – 137 человек. Реабилитационная диагностика проведена 1967 клиентам.

К функциональным подразделениям Центра относятся: отделение организации реабилитационного процесса, реабилитационной диагностики, абилитации, профессиональной и социальной реабилитации, физической реабилитации и отделение дневного стационара с временным проживанием.

Менеджеры отделения организации реабилитационного процесса в установленном порядке берут клиентов, имеющих инвалидность или стойкие ограничения жизнедеятельности, под социальный мониторинг и определяют дату реабилитационной диагностики.

Комплексное диагностическое обследование клиентов Центра проводится мультидисциплинарной командой специалистов трех функциональных подразделений: реабилитационной диагностики (врачи-неврологи, врач травматолог-ортопед), абилитации, профессиональной и социальной реабилитации (психологи, логопеды, специалисты по социально-бытовой адаптации) и физической реабилитации (врачи по реабилитации).

С 2021 года реабилитационная диагностика в Центре проводится с применением Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). На основе платформы МКФ имеется возможность формирования распределенного заключения – каждый специалист оценивает функционирование клиента по компетенции и включает свою часть в общий реабилитационный диагноз. Врачи оценивают мобильность, логопеды – речь, психологи – психические функции, общение, специалисты по социально-бытовой адаптации – самообслуживание.

Реабилитационная диагностика в ГБУ МГЦР включает в себя:

- 1) оценку состояния здоровья;
- 2) установление врачами диагноза (основного и сопутствующих) по Международной классификации болезней (МКБ-Х);
- 3) определение показаний и выявление противопоказаний (ограничений) к проведению реабилитационных мероприятий в Центре;
- 4) установление степени ограничений жизнедеятельности у клиентов специалистами подразделений, сопоставление со степенями ограничений жизнедеятельности по Индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалидов (ИПРА);
- 5) определение реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала;
- 6) формирование реабилитационного диагноза по МКФ;
- 7) формулирование целей и задач текущего этапа реабилитации (в соответствии с МКФ);
- 8) разработку индивидуальной программы реабилитации/абилитации, которая в дальнейшем утверждается Реабилитационно-экспертной комиссией (РЭК), в состав которой входят заместители директора Центра, руководители функциональных подразделений и другие специалисты. В некоторых случаях на заседание РЭК приглашаются клиенты или их законные представители.

После утверждения программы реабилитации клиенты Центра выходят на курс в одной из форм.

МКФ рассматривает здоровье в широком его смысле, определение которого приводится в преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения. Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [1, с. 1]. МКФ базируется на биопсихосоциальном подходе, позволяя оценивать качество жизни человека во всех ее проявлениях. МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих: 1) функционирование и ограничения жизнедеятельности, включает функции и структуры организма; активность и участие; 2) факторы контекста, включает факторы окружающей среды и личностные факторы [2, с. 9].

Структуры и функции организма – физиологические функции систем организма (включая психические функции) и анатомические части организма – это исходные составляющие здоровья, нарушение которых неизбежно приводит к проблемам в организме, ухудшению здоровья, самочувствия человека и к снижению качества жизни. Контекстовые факторы – это факторы окружающей среды и личностные факторы.

Нарушения (проблемы) в МКФ регистрируются с помощью определителей, которые выставляются после соответствующего домена и точки. Коды МКФ требуют использования одного или большего количества определителей. ГБУ МГЦР в своей работе использует два определителя для структур и функций. Для активности и участия в случаях, если не требуется помощь в выполнении активности, применяется два определителя, если требуется – три (первый определитель – реализации, второй – потенциальной способности без посторонней помощи, третий – потенциальной способности с посторонней помощью; четвертый (необязательный) определитель реализации без посторонней помощи в Центре не используется).

По опыту ГБУ МГЦР структуры и большинство функций организма оценивают врачи, психические функции – логопеды и психологи. Составляющая «структуры и функции» обеспечивает связь с медицинской реабилитацией.

МКФ существует в двух версиях с различной степенью детализации: короткая (сжатая) и полная (детализированная). ГБУ МГЦР начинал свою работу с короткой версии, но уже спустя несколько месяцев был сделан вывод, что ее недостаточно для комплексной оценки состояния здоровья и качества жизни. Короткая версия не позволяет отразить полную картину нарушений, выявленных у клиентов, и поэтому было принято решение перейти к полной версии с максимальной степенью детализации доменов.

Подробнее необходимо остановиться на составляющей «активность и участие». «Активность» – это выполнение задачи или действия индивидом. «Участие» – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию [Там же, с. 18].

Из всех составляющих МКФ, бесспорно, именно составляющая «активность и участие» является центральной, описывающей жизнедеятельность человека. Составляющая «активность и участие» соотносится с принятой в настоящее время концепцией, устанавливающей в 181-ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов» понятие «ограничение жизнедеятельности» как основу для признания лица инвалидом [3, с. 1], с основными категориями ограничений жизнедеятельности МСЭ (способность к передвижению, самообслуживанию, обучению и общению), что позволяет стандартизировать подход к оценке выявленных ограничений жизнедеятельности.

Составляющая «активность и участие» МКФ состоит из следующих разделов: обучение и применение знаний; общие задачи и требования; общение; мобильность; самообслуживание; бытовая жизнь; межличностные взаимодействия и отношения; главные сферы жизни; жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.

Домены активности и участия охватывают все сферы жизни и деятельности человека: от простых до самых сложных (от использования зрения и слуха, навыков обучения, передвижения, до жизни в сообществах, общественной и гражданской жизни). Необходимо отметить, что МКФ позволяет оценить их влияние на здоровье индивида и на качество его жизни.

У всех людей имеются основные (базовые) потребности, необходимые для поддержания жизни, и более сложные, которые могут существенно отличаться у разных людей в зависимости от их притязаний, круга интересов, увлечений, установок, образования. Нарушения, связанные с главными, необходимыми активностями человека (передвижение, общение, самообслуживание), неизбежно приводят к ухудшению качества жизни, которые можно оценить с помощью МКФ.

Поскольку МКФ охватывает все стороны жизнедеятельности человека (жизнь в сообществах, культурная и спортивная жизнь и т.п.), она позволяет оценить влияние значимых для человека сфер на качество его жизни. Так, для одного человека невозможность участия в спортивных состязаниях из-за перенесенной травмы (d9201) не вызовет какого-либо дискомфорта, для спортсмена, который длительно готовился к участию в спортивном соревновании, это приведет к сильным переживаниям, возможно к депрессии, и для него качество жизни значительно ухудшится.

Контекстовые факторы – это факторы окружающей среды и личностные факторы. Один и тот же фактор окружающей среды может для одного оказаться барьерным, для другого – облегчающим. Тротуар без бордюра – облегчающий

фактор для индивида, использующего коляску, и в то же время он является барьером для слепого. Один и тот же фактор одному человеку помогает в передвижении, другому препятствует, противоположно оказывая влияние на качество жизни обоих. В семье, где есть ребенок-инвалид, ему требуется больше внимания, чем здоровому. Если члены семьи заботятся о нем, способствуют развитию такого ребенка, выполняют рекомендации специалистов, занимаются с ним дома, в таких случаях семья выступает облегчающим фактором (e310+3), но бывают случаи, когда в семье гиперопека, тормозящая развитие ребенка, здесь семья – барьерный фактор (e310.3). Нередко для того, чтобы облегчить жизнь ребенку-инвалиду и повысить качество его жизни, необходимо изменить условия его проживания (обеспечить безбарьерную среду), провести работу с семьей ребенка и т.д.

Вместе с тем качество жизни человека – интегративный показатель, включающий удовлетворенность человека своей жизнью. МКФ – развивающаяся классификация. В перспективе для оценки качества жизни как субъективной удовлетворенности может появиться определитель вовлечения или субъективного удовлетворения. Для этой цели сохранена позиция пятой цифры (пятого определителя).

Основополагающей целью реабилитации в Центре является повышение качества жизни людей через устранение, снижение или компенсацию ограничений жизнедеятельности. Исходя из опыта работы Центра, цель этапа реабилитации формулируется на основе составляющей «активность и участие» МКФ, что обеспечивает единый подход для специалистов всех подразделений. Функции и в некоторых случаях факторы окружающей среды, на которые возможно оказывать воздействие, формулируются как задачи для достижения поставленной цели. Определяя цель курса с использованием определителей МКФ, мы исходим из имеющихся у клиента ограничений жизнедеятельности, делая акцент на тех, устранение (или уменьшение выраженности) которых наиболее значимы для него. Это повышает мотивацию к активной и эффективной реабилитации и улучшает качество жизни.

Список литературы

1. Устав ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (дата обращения: 12.03.2023).
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. МКФ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. 346 с.
3. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/8523> (дата обращения: 12.03.2023).

**ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ –
СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ И ДРУГИХ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЕМ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПО ОПЫТУ ГБУ «МОСКОВСКОГО
ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ»)**

Михайлова Ольга Викторовна
директор, ГБУ МГЦР
г. Москва

Шулаева Татьяна Евгеньевна
заведующий отделением реабилитационной диагностики
ГБУ МГЦР
г. Москва

Сычева Валерия Викторовна
старший врач, врач-невролог, ГБУ МГЦР
г. Москва

Аннотация. Описание эффективной реабилитации/абилитации как системообразующего фактора повышения качества жизни инвалидов и других лиц с ограничением жизнедеятельности по опыту работы в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Московский городской центр реабилитации»; оценка эффективности реабилитации на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья с применением различных методик, шкал и специального диагностического оборудования.

Ключевые слова: МКФ; качество жизни; инвалидность; ограничения жизнедеятельности; реабилитация и абилитация; эффективная реабилитация.

**THE EFFECTIVE REHABILITATION/HABILITATION IS A SYSTEM –
FORMING FACTOR OF IMPROVING LIFE QUALITY OF DISABLED PEOPLE
AND OTHER PEOPLE WITH LIMITATION OF ACTIVITY (ACCORDING
TO THE EXPERIENCE OF «MOSCOW CITY REHABILITATION CENTER»)**

Mikhailova Olga Viktorovna
Director, Moscow City rehabilitation center
Moscow

Shulaeva Tatyana Evgenievna
Head of the Rehabilitation Diagnostics Department
Moscow City rehabilitation center
Moscow

Sycheva Valeriya Viktorovna
Senior doctor, neurologist, Moscow City rehabilitation center
Moscow

Abstract. The description of effective rehabilitation/habilitation as a system-forming factor in improving life quality of disabled people and other people with limitation of activity in the State-funded Institution of Moscow «Moscow City Rehabilitation Center»; assessing of effective rehabilitation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) using of application in different methods, tools, scales and special diagnostic equipment.

Keywords: ICF; quality of life; disability; rehabilitation and habilitation; effective rehabilitation.

Ведущим современным мировым трендом развития общества является повышение качества жизни людей. Особенно это актуально в отношении лиц, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 года № 37-р утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция).

Одной из задач, определенных Концепцией, является стандартизация комплексного межведомственного подхода к разработке научно-методического обеспечения комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Научно-методической основой комплексной реабилитации и абилитации должны являться принципы, заложенные в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), которая является стандартом Всемирной организации здравоохранения в области состояния здоровья, активности и участия лиц с ограничением жизнедеятельности как на уровне индивида, так и на уровне общества [1, с. 25].

Одним из принципов реализации Концепции являются научно обоснованные реабилитационные (абилитационные) подходы с доказанной эффективностью проводимых мероприятий и контролем итоговых результатов [Там же, с. 27].

Государственное бюджетное учреждение г. Москвы «Московский городской центр реабилитации» (далее – ГБУ МГЦР, Центр) создано в 2010 году (открыто в 2011 году) для выполнения работ и оказания услуг на основе реализации инновационной модели реабилитационного учреждения, работающего по принципу «ориентации на эффективный результат».

Главной целью реабилитации/абилитации в Центре является не просто устранение, снижение или компенсация ограничений жизнедеятельности инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности, но и повышение уровня и качества их жизни.

Центр имеет статус инновационной площадки Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, на базе которой апробируются и отработываются инновационные практики и решения в сфере комплексной реабилитации с последующим внедрением в деятельности сети реабилитационных и реабилитационно-образовательных учреждений г. Москвы.

С июня 2021 года Центр начал внедрять в свою работу МКФ. С помощью определителей МКФ позволяет оценивать степень выраженности нарушений и качество жизни клиентов, их реабилитационный потенциал, а также фиксировать динамические изменения после курса реабилитации, эффективность реабилитационного процесса.

По результатам проведенной реабилитационной диагностики мультидисциплинарной командой специалистов трех функциональных подразделений центра: отделения реабилитационной диагностики (врачи-неврологи, врач-травматолог-ортопед), абилитации, профессиональной и социальной реабилитации (психологи, логопеды, специалисты по социально-бытовой адаптации) и физической реабилитации (врачи по реабилитации) формируется реабилитационный диагноз. Каждый из специалистов по компетенции вносит свою часть в общий диагноз по МКФ. Врачи оценивают мобильность, логопеды – речь, психологи – психические функции, общение, специалисты по социально-бытовой адаптации – самообслуживание. Факторы окружающей среды, значимые для клиента, на которые можно оказывать воздействие, оценивают все специалисты. Необходимо отметить, что при формировании реабилитационного диагноза нет необходимости оценивать все домены, имеющиеся в МКФ, это не имеет смысла и невозможно в силу их огромного количества. Мы выбираем те домены, в которых видим реабилитационный потенциал и с которыми предполагаем работать на курсе реабилитации, и те домены, важность которых требуется подчеркнуть.

По результатам первичной диагностики мультидисциплинарной командой специалистов с учетом имеющего реабилитационного потенциала индивидуально для каждого клиента определяются цели и задачи этапа реабилитации, которые в дальнейшем утверждаются на заседании Реабилитационно-экспертной комиссии.

Цель курса формулируются совместно с клиентами или их законными представителями, учитывая их запрос. Цель должна устранять/уменьшать/компенсировать имеющиеся ограничения жизнедеятельности. За курс реабилитации не

представляется возможным уменьшить все ограничения, особенно у людей с тяжелыми множественными нарушениями. Поэтому при выборе цели важно ориентироваться на те ограничения, устранение/уменьшение или компенсация которых наиболее значимы, облегчат жизнь и повысят ее качество. Цель курса, определенная совместно с клиентом или законным представителем, повышает мотивацию к активной и эффективной реабилитации и улучшает качество жизни при ее достижении.

Цель должна соответствовать общепринятым критериям: она должна быть конкретная, измеряемая, реалистичная, определенная во времени и непременно достижимая. В зависимости от тяжести нарушений целью может стать начало самостоятельной ходьбы (редко), обучение ходьбе с ходунками в пределах помещения или формирование способности держать ложку и подносить ее ко рту и т.д.

Цель реабилитации мы определяем, также применяя МКФ. Цель этапа реабилитации формулируется на основе составляющей «активность и участие». Именно эта составляющая МКФ является центральной, описывающей жизнедеятельность человека и соотносится с основными категориями ограничений жизнедеятельности МСЭ (способность к передвижению, самообслуживанию, обучению и общению). Функции, и в некоторых случаях факторы окружающей среды, на которые возможно оказывать воздействие, формулируются как задачи для достижения поставленной цели.

Кодируя домен, который ляжет в основу поставленной цели, мы выставляем определитель реализации (что индивид делает в условиях реальной окружающей его среды, в актуальных условиях) и определитель потенциальной способности [2, с. 121]. Именно он и становится тем целевым показателем, который мы хотим достичь по окончании курса. Данный подход разработан ГБУ МГЦР.

Реабилитация становится эффективной в том случае, если есть достижимый результат. Именно эффективная реабилитация позволит улучшить качество жизни клиентов. Одной из самых сложных задач, которые стоят перед всеми членами реабилитационной команды, – как оценить эффективность проведенной реабилитации.

Эффективность реабилитационных мероприятий специалисты Центра оценивают исходя из целеполагания и достижения поставленных целей.

МКФ является платформой реабилитационного процесса, но для выставления определителей по МКФ, оценки динамики, результата реабилитации требуются дополнительные методики. Эффективность реабилитации/абилитации мы оцениваем, используя различные методики, шкалы и специальное диагностическое оборудование для объективизации результатов.

Например, объективизацию оценки степени выраженности нарушений мобильности по МКФ (включает и нарушения, связанные с использованием верхних конечностей) и изменений их в динамике мы проводим на основании следующих основных методик, шкал и специального диагностического оборудования:

1. Классификационная система оценки двигательных функций – Gross Motor Function Classification System (R.Palisano et al, 1997).

2. Шкала функционирования верхней конечности у детей с ДЦП (MACS).

3. Шкала устойчивости стояния Standing balance (по Р. Боханнону, 1989, Д. Вейду, 1992).

4. Шкала Sitting Balance Score.

5. Модифицированная шкала Рэнкина (Modified Rankin scale – mRS).

6. Индекс мобильности Ривермид (Rivermead Mobility Index – RMI).

7. Биомеханический аппаратно-программный комплекс «Видеоанализ движений», позволяющий количественно и качественно оценить биомеханические характеристики двигательных функций человека, с высокой точностью диагностировать различные виды патологии функции опорно-двигательного аппарата, наблюдать динамику изменения параметров.

8. Стабилометрия позволяет оценить состояние и нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, нервной системы, вестибулярного анализатора.

9. Тренажер для реабилитации верхних конечностей ReJoyce позволяет измерить ряд параметров функционирования верхних конечностей в начале и по окончании курса.

Результат специалисты фиксируют в своих заключениях. И по итогам выставляется определитель по МКФ.

Наибольшую трудность представляет оценка эффективности реабилитационных мероприятий у лиц с тяжелыми нарушениями.

Обозначение степени выраженности нарушений (проблем, затруднений) по МКФ обозначается по шкале от **0** (нет затруднений) до **4** (абсолютные затруднения). Так же обозначаются и определители по МКФ:

0 – нет затруднений (никаких, отсутствуют, ничтожные...) – 0-4 %;

1 – легкие затруднений (незначительные, слабые...) – 5-24%;

2 – умеренные затруднений (средние, значимые...) – 25-49%;

3 – тяжелые затруднений (высокие, интенсивные...) – 50-95%;

4 – абсолютные затруднений (полные...) – 96-100% [2, с. 122].

В Центре получают реабилитацию/абилитацию большое число клиентов с тяжелыми множественными ограничениями жизнедеятельности. Часть из них останутся в категории «тяжелый» пожизненно. Это не означает, что проводимые им реабилитационные мероприятия неэффективны. Для таких людей и неболь-

шую динамику в лучшую сторону мы оцениваем как положительную, если достигнута поставленная на текущий этап реабилитации цель, пусть незначительно, но улучшилось и качество жизни (например, длительное может находиться в положении сидя с поддержкой, лучше глотать пищу, удерживать голову и т.п.). Для лиц с умеренными затруднениями возможен переход в «легкие», но также не во всех случаях.

В шкале нарушений по МКФ обращает на себя внимание неравномерное соотношение их выраженности. Так, на тяжелые нарушения отводится 45% по отношению ко всем остальным. Исходя из опыта Центра, у лиц с тяжелыми нарушениями реабилитационный потенциал, как правило, низкий. За среднюю длительность курса реабилитации (21 день) крайне сложен, а чаще невозможен переход из категории «тяжелые нарушения» в категорию «умеренные нарушения».

Для более дифференцированной оценки специалистами динамики результатов реабилитации/абилитации у клиентов с умеренными и тяжелыми нарушениями мы предусмотрели методику присвоения разной степени нарушений по МКФ разного количества баллов, а также проведения детализации внутри категорий «умеренные» и «тяжелые» нарушения.

Так, умеренные нарушения (25–49 % по МКФ) разделены на две части: 25–35% и 36–49%, что соответствует 2 и 3 баллам. Тяжелые нарушения (50–95% по МКФ) – на три части: 50–64%, 65–79%, 80–95%, что соответствует 4, 5 и 6 баллам. Это позволяет в рамках одного коридора (умеренные или тяжелые нарушения) отследить динамику реабилитационного процесса.

Каждому интервалу нарушений по МКФ в процентах соответствует разная степень функциональной независимости (абсолютная независимость, полная независимость, ограниченная независимость, минимальная зависимость, умеренная зависимость, значительная зависимость, полная зависимость и абсолютная зависимость). Распределение по функциональной независимости проводится с использованием критериев, заложенных в FIM (обращаем внимание, что шкала FIM используется не в полном соответствии. Шкала FIM включает семь характеристик независимости, в предложенном Центром варианте распределения их восемь).

Подсчет баллов осуществляется в начале и по окончании курса. На контрольной диагностике проводится анализ выявленных изменений.

В настоящее время мы находимся в процессе реализации данной методики.

Подводя итог, хотелось бы отметить, что подход к оценке эффективности реабилитационных мероприятий с применением МКФ является прогрессивным, поскольку он является унифицированным. Эффективная реабилитация – один из системообразующих факторов повышения качества жизни лиц с ограничениями жизнедеятельности и членов их семьи. Для максимально возможного улучшения

качества жизни требуется консолидация всех участников межведомственного взаимодействия.

Список литературы

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. URL: <http://static.government.ru/media/files/xjgGMUIASodvh3c8R4hAqxEEDgtFdM2g.pdf> (дата обращения: 12.03.2023).
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. МКФ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. 346 с.

**ПРАКТИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В ОБУ «РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ЦЕНТР ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ»**

Пашенцева Татьяна Юрьевна

заведующий отделением

ОБУ «Реабилитационный центр Липецкой области»

г. Елец

Аннотация. Статья отражает опыт оценки результативности комплексной реабилитации детей-инвалидов и молодых людей с ментальными нарушениями. Рассматриваются цель, методики, инструменты для сбора, фиксирования и оценки результативности реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: реабилитация; абилитация; ментальные нарушения; результативность; проблемно ориентированный подход.

**THE PRACTICE OF EVALUATING THE EFFECTIVENESS
OF COMPLEX REHABILITATION AND HABILITATION IN THE OBU
"REHABILITATION CENTER OF THE LIPETSK REGION"**

Pashentseva Tatiana Yurievna

Head of the Department

OBU "Rehabilitation center of the Lipetsk region"

Yelets

Abstract: The article reflects the experience of evaluating the effectiveness of comprehensive rehabilitation of disabled children and young people with mental disabilities. The purpose, methods, tools for collecting, recording and evaluating the effectiveness of rehabilitation measures are considered.

Keywords: Rehabilitation, habilitation, mental disorders, effectiveness, problem-oriented approach.

Реабилитация и абилитация детей-инвалидов и молодых людей с ментальными нарушениями в нашем реабилитационном центре – это совокупность мер воздействия с целью формирования способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контролировать свое поведение, а также заниматься доступной трудовой деятельностью. От степени сформированности указанных навыков напрямую зависит качество их жизни. Для достижения цели в учреждении созданы условия, в которых у воспитанников, имеющих вы-

раженные интеллектуальные нарушения, соответствующие умеренной и тяжелой умственной отсталости, формируются различные виды повседневной активности. Большое внимание уделяется развитию способности самостоятельно или с помощью других лиц реализовывать и понимать необходимость осуществления какого-либо практического действия. Инструмент достижения реабилитационных целей – консилиум междисциплинарной бригады (МДБ), который основан на объединяющем взаимодействии специалистов учреждения. Деятельность команды специалистов по проведению реабилитационных мероприятий можно представить в виде динамической формулы У. Деминга: планируй – выполняй – проверяй – действуй.

Планируй – организация комплексного изучения (диагностика) получателя социальных услуг, согласование цели реабилитации, постановка задач, продолжительности и сроков реабилитационной работы, разработка рекомендаций для персонала.

Выполняй – проведение мероприятий, необходимых для решения поставленных задач в соответствии с ИПРА, ИППСУ воспитанника.

Проверяй – контроль оценки результативности реабилитации, мониторинг индивидуальных достижений воспитанников по «Шкале самостоятельной жизни», шкале достижений целей (GAS).

Действуй – обсуждение положительных и отрицательных результатов, ресурсов и рисков на консилиумах междисциплинарной бригады.

Инструментом для сбора, фиксирования и оценки результативности реабилитационных мероприятий является индивидуальная социально-реабилитационная карта (ИСКР). Карта формировалась в соответствии с проблемно ориентированным подходом, предложенным Лоуренсом Уидом. Этот подход предлагает следующую последовательность шагов:

- 1) оценка (диагностическое обследование), определение уровня реабилитационного потенциала;
- 2) составление плана вмешательства, постановка цели, задач, определение сроков курса реабилитации;
- 3) формирование индивидуальной карты деятельности, которая состоит из маршрута индивидуальных задач, поставленных в соответствии с зоной ближайшего развития;
- 3) собственно вмешательство и мониторинг индивидуальных достижений воспитанников;
- 4) оценка эффективности вмешательства.

Результаты диагностики позволяют нам на основе функциональных возможностей и зоны ближайшего развития воспитанника выявить сферы его развития, определить необходимые в повседневной жизни навыки, которые будем

формировать, понять, какое будем применять реабилитационное оборудование и определить необходимые виды визуальных помощников, поставить задачи в индивидуальный маршрут воспитанника. Особенности формулирования задач индивидуальных маршрутов:

1) задачи сформулированы по отношению к воспитаннику как конечный результат, который он должен достигнуть;

2) формулировка задачи отражает максимально возможный для воспитанника уровень самостоятельности и соответствующий ему объем необходимой помощи со стороны взрослых.

При формировании индивидуальной карты деятельности используется «Шкала самостоятельности», которая была предложена нам Благотворительным Фондом «Расправь крылья» г. Москва, в рамках реализации проекта «ТерриторияРостаРФ». Методика адаптирована и разработана специалистами Института изучения детства, семьи и воспитания (ФГБНУ «ИИДСВ РАО»), БФ «Расправь крылья!» и Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ) Бобылевой И.А., Русаковской О.А., Заводилкиной О.В. на основе Independent Living Scale («Шкалы независимого проживания»), созданной Калифорнийским центром реабилитации больных с органическими поражениями головного мозга.

Методика адаптирована под целевую группу – дети-инвалиды и молодые инвалиды с ментальными нарушениями – и ориентирована на уменьшение посторонней помощи и различного вида визуального подкрепления при освоении ребенком навыков.

Оценка осуществляется от 0 до 6 баллов в зависимости от объема (минимальная или периодическая) и вида (физическая или словесная) необходимой помощи.

Основной блок методики включает 11 субшкал, фиксирующих навыки воспитанников: еда, посуда, безопасность, досуг, уборка, гигиена и т.д. По каждой из субшкал подсчитывается средний балл за период реабилитации, т.е. общая сумма баллов делится на количество ячеек, в которых проставлены цифры. На основе полученных данных анализируется динамика изменений на начало и конец данного этапа реабилитации. Шкала может быть разбита на несколько форм для разных наблюдателей (воспитатель, помощник воспитателя, педагог-психолог, логопед). Результатом поставленной задачи может быть:

- ее решение;
- корректировка условий или помощи, если воспитанник включается в деятельность, но выполняет ее частично;

– анализ причин невозможности достижения планируемого результата, если задача не решена (методы, оборудование, задача не адекватна возможностям ребенка).

Шкала GAS (англ. goals attainment scale) включает в себя подробное описание цели вмешательства и может использоваться не только в начале и конце реабилитационного курса, но и как итог отдельных занятий с ребенком. Помимо желаемого уровня достижения цели (например, снизить число падений в сутки до пяти и менее, при этом падения будут безопасными), задаются еще четыре уровня. Достижение каждого уровня оценивается в баллах: +2, +1, 0, –1, –2 соответственно, где 0 – ожидаемый уровень.

1) уровень намного выше ожидаемого (1 падение в неделю, техника безопасного падения освоена ребенком в полной мере), оценивается как +2 балла;

2) больше, чем ожидалось (не более 1–2 падений в сутки, падения безопасны), оценивается как +1 балл;

3) ожидаемый уровень (снизить число падений в сутки до 5 и менее, при этом падения будут безопасными), оценивается как 0 баллов;

4) уровень ниже, чем ожидалось (более 5, но менее 10 падений в сутки, ребенок не всегда падает безопасно, но обходится без травм), оценивается как –1 балл;

5) уровень гораздо ниже ожидаемого (сохраняется прежний уровень частоты падений – более 10 в сутки, падает небезопасно, может травмироваться при падении), оценивается как –2 балла.

На практике можно использовать шкалу без подсчета результатов в баллах. Фиксировать результаты можно в «листе достижения цели», где по горизонтали отмечаются даты занятий в течение всего курса реабилитации, а по вертикали – пять уровней достижения цели. К концу курса получаем график, отражающий динамику достижений ребенка. Шкала GAS используется в отделении милосердия для оценки результатов реабилитации детей с ТМНР.

В конце каждого курса мы подводим итоги и оцениваем результативность проведенной реабилитации. Использование шкал («Шкала самостоятельности» и Шкала GAS) позволяет нам получать объективизированный результат реабилитации, по которому можем понять, в достаточной ли степени эффективна была проведенная реабилитация для конкретного ребенка. Исходя из этого результата, мы оцениваем, на верном ли мы пути.

Список литературы

1. Битова А.Л. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития. М.: Теревинф, 2018.

2. Бобылева И.А., Заводилкина О.В., Сулейманова Я.Н. Организация работы групп сопровождаемого взросления, включения воспитанников с выраженными ментальными нарушениями в трудовую занятость. М., 2019.

3. Бобылева И.А., Русаковская О.А., Заводилкина О.В. «Шкала самостоятельной жизни» как метод оценки эффективности учебного сопровождаемого проживания детей-сирот, страдающих умеренной и тяжелой умственной отсталостью» М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, 2020.

4. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. М.: Альпина Паблишер, 2012. 419 с.

5. Оценка результативности реабилитации и абилитации: диагностика и мониторинг. Екатеринбург, 2017. 58 с.

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ
СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ**

Пашичева Марина Александровна

директор

АУ СО ВО «Вологодский дом социального обслуживания»

г. Вологда

Карачева Анна Николаевна

методист

АУ СО ВО «Вологодский дом социального обслуживания»

г. Вологда

Гаврикова Наталья Викторовна

специалист по социальной работе

АУ СО ВО «Вологодский дом социального обслуживания»

г. Вологда

Аннотация. Данная статья посвящена практике организации сопровождаемого проживания на базе стационарного учреждения социального обслуживания Вологодской области. Рассматриваются понятия «стационарозамещающая технология», «сопровождаемое проживание», цели, задачи, принципы и этапы организации сопровождаемого проживания, а также результаты технологии и реабилитационный эффект.

Ключевые слова: инвалидность; социальная реабилитация; стационарозамещающие технологии; ментальные инвалиды.

**REHABILITATION TECHNOLOGY – THE PRACTICE OF ORGANIZING
ACCOMPANIED ACCOMMODATION**

Pashicheva Marina Aleksandrovna

Director

Vologda House of Social Services

Vologda

Karacheva Anna Nikolaevna

Methodist

Vologda House of Social Services

Vologda

Gavrikova Natalia Viktorovna

Specialist in social work

Vologda House of Social Services

Vologda

Abstract. The present article is devoted to the practice of assisted living organization on the basis of the Vologda Oblast residential social care institution. The concepts of «Inpatient-substituting technology», «Accompanied living», goals, objectives, principles and stages of the organization of assisted living, as well as the results of the technology and the rehabilitation effect are considered.

Keywords: disability; social rehabilitation; supported living technology; mental disabilities.

Современные тенденции развития практики организации сопровождаемого проживания активно внедряются в деятельность учреждений стационарного социального обслуживания. Стационары реализуют новые направления деятельности, разрабатывая и апробируя подходы и технологии социальной реабилитации и адаптации к самостоятельной сопровождаемой жизни людей с ментальными нарушениями. Так, Вологодский дом социального обслуживания с 2017 года реализует технологию сопровождаемого проживания, начиная с занятий на базе учреждения, развивая систему учебного сопровождения и проживания молодых людей в квартирах.

Под сопровождаемым проживанием понимается технология социального обслуживания, предусматривающая предоставление людям с инвалидностью услуг вне стационарных учреждений, по месту их проживания в привычной благоприятной среде [1, с. 7].

Стационарозамещающая технология по организации учебного сопровождаемого проживания нацелена на подготовку получателей социальных услуг, находящихся на стационарном социальном обслуживании, к самостоятельной сопровождаемой жизни, формирование их социального, психологического статуса в обществе.

Работа по технологии ведется с учетом медицинских показаний участников программы – людей с ментальной инвалидностью старше 18 лет. Обучение получателей социальных услуг необходимым навыкам жизнедеятельности в социуме – первостепенная задача.

В рамках реализации данной технологии работает команда специалистов учреждения – врач-психиатр, заведующий отделением, специалисты по социальной работе, медицинские сестры, культорганизатор, библиотекарь, инструктор по труду, психолог, юрист.

Технология реализуется посредством программ по сопровождаемому проживанию. В учреждении предусмотрена трехступенчатая система обучения сопровождаемому проживанию, учитывающая механизм развития навыков самостоятельности и закрепления полученных результатов. Для реализации технологии имеются две благоустроенные квартиры – однокомнатная (для проживания

двух получателей социальных услуг) и трехкомнатная (для проживания пяти получателей социальных услуг).

Этапность сопровождаемого проживания представляет собой последовательный процесс подготовки к самостоятельной жизни молодых людей с ментальной инвалидностью в условиях сопровождения [1, с. 9].

Особенностью работы с людьми с ментальными нарушениями является постоянная и системная работа, подразумевающая использование простых и понятных алгоритмов деятельности (шаблонов), которые используются всеми специалистами на занятиях с группой молодых людей.

Первый шаг к самостоятельному проживанию – участие в программе «Сопровождаемое проживание». Данная программа разработана в виде модели социально-средовой, социально-бытовой, психолого-педагогической и социокультурной реабилитации. Данная программа предусматривает проведение занятий на базе учреждения с ознакомительными еженедельными выходами на квартиру внешнего проживания (практическими занятиями). Занятия ведет специалист по трем основным направлениям: самообслуживание, ведение домашнего хозяйства, социальное взаимодействие. В течение года молодые люди знакомятся с азами самостоятельной жизни: учатся ухаживать за собой, подбирать одежду и обувь по размеру, осуществлять покупку билетов на различные виды транспорта, соблюдать чистоту и порядок в жилом помещении, использовать бытовую технику, кухонный инвентарь, осуществлять сервировку стола, определять сроки и способы хранения продуктов питания, составлять меню и другое. Завершается программа открытым занятием (встречей гостей). По итогам программы молодые люди имеют базовые навыки самостоятельной жизни, однако полученные в стенах учреждения навыки не переносятся в новую среду (квартиру, дом), необходимо их повторное закрепление.

Второй шаг к самостоятельному проживанию – участие в программе «Сопровождаемое проживание, сопровождаемая дневная занятость лиц с ментальной инвалидностью». Логический этап продолжения программы учебного проживания молодых инвалидов – сопровождение получателей социальных услуг при проживании на реабилитационной квартире внешнего проживания.

Ожидаемый результат программы – социальная и трудовая реабилитация и интеграция молодых людей в общество.

В рамках данной программы участники, прошедшие первую ступень, закрепляют полученные навыки уже в квартире. Таким образом, сохраняется главный принцип работы с людьми с ментальной инвалидностью – преимущество деятельности. Происходит перенос отработанных алгоритмов деятельности в новую среду и закрепление полученных результатов. В новых условиях под руко-

водством специалиста молодые люди снова и снова повторяют полученные знания. В рамках данной программы работа проводится по следующим направлениям: закрепление социально-бытовых умений и навыков, сопровождаемое трудоустройством получателей социальных услуг и получение образования, организация культурно-досуговой деятельности, правовое просвещение, санитарно-просветительская работа, психологическая помощь, финансовое просвещение. Обязательное условие участия в программе – организация дневной занятости (учебной, трудовой на базе учреждения или же трудоустройство за пределами учреждения).

Третий шаг реализации технологии – участие в программе «Самостоятельное сопровождаемое проживание». В рамках данной программы осуществляется патронаж и оказание необходимой консультационной помощи. Эта программа носит поддерживающий характер, направленный на сохранение имеющихся сформированных навыков у молодых людей с ментальной инвалидностью в квартирах внешнего проживания.

Решение о включении в группу сопровождаемого проживания молодых людей принимается консилиумом. Медико-психолого-социальный консилиум состоит из следующих сотрудников: заведующего социально-реабилитационным отделением, заместителя директора по медицинской части, руководителей отделений, психологов, медицинских работников, специалистов социальной службы и других специалистов. В задачу консилиума входит определение особенностей личности, условий и направлений деятельности для дальнейшей социально-трудовой адаптации, получения профессии и трудоустройства.

Решение консилиума носит рекомендательный характер и основывается на комплексном подходе к изучению личности молодого человека с учетом медицинского (степень выраженности функциональных нарушений, клинический и трудовой прогноз; учет медицинских противопоказаний для различных видов работ), психологического (определение профессиональных интересов, склонностей, оценку трудовой мотивации, определение индивидуальных свойств личности), социального (учет пола, возраста, образования, полученной профессии, социальных умений) аспектов и решения самого человека.

В результате совместной работы приводятся в соответствие уровень профессиональных притязаний с возможностями, корректируются профессиональные планы и намерения получателей социальных услуг, регулярно подводятся итоги работы по формированию возможной самостоятельности у молодых людей.

Критерии участия молодых людей в стационарозамещающей технологии: уровень общей образованности, самокритичности, направленности убеждений

и интересов, значимых социальных отношений, физической и социальной активности получателя социальных услуг и мотивации на учебное самостоятельное сопровождаемое проживание.

Таким образом, стационарозамещающая технология по сопровождаемому проживанию имеет реабилитационный эффект, включая молодых людей с ментальной инвалидностью в различные социальные процессы и ситуации, способствуя формированию навыков самостоятельности в повседневной жизни.

Работа по реализации стационарозамещающей технологии в учреждении проводится при поддержке Департамента социальной защиты населения Вологодской области.

Тенденции развития технологии на базе учреждения: внедрение технологии на полустационарной форме социального обслуживания, обучение основам самостоятельной жизни молодых людей с ментальными нарушениями, проживающих в г. Вологде; работа с родственниками получателей социальных услуг по выписке из учреждения молодых людей с ментальными нарушениями для дальнейшего проживания в семье.

Список литературы

1. Владимирова О.Н., Кожушко Л.А., Демина Э.Н., Лемке Н.П., Старобина Е.М., Гордиевская Е.О., Урманчеева М.А. Сопровождаемое проживание в Российской Федерации: СПб.: ЦИАЦАН, 2020. 184 с.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ГБУСО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ РЦ»

Прядко Наталья Александровна

кандидат педагогических наук

директор государственного бюджетного учреждения

социального обслуживания

«Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков

с ограниченными возможностями здоровья»

г. Ставрополь

Аннотация. В статье рассмотрены методы и технологии, применяемые в реабилитации детей раннего возраста в ГБУСО «Ставропольский РЦ». Описана деятельность логопеда, дефектолога, педагога-психолога, инструктора по ФК, педагога дополнительного образования и социального педагога. Представлены методики: билотерапия, метод кондуктивной педагогики, метод М. Монтессори.

Ключевые слова: дети раннего возраста; фитбол-гимнастика; тренажер Гросса; Войта-терапия; сенсомоторные игры; реабилитационные мероприятия.

REHABILITATION OF YOUNG CHILDREN WITH DISABILITIES IN GBUSO "STAVROPOL RC"

Pryadko Natalya Alexandrovna

PhD in Pedagogical Sciences

Director of the State Budgetary Institution of Social Services

"Stavropol Rehabilitation Center for Children

and Adolescents with Disabilities"

Stavropol

Abstract. The article discusses the methods and technologies used in the rehabilitation of young children in the State Educational Institution "Stavropol RC". The activity of a speech therapist, a speech pathologist, a teacher-psychologist, a FC instructor, a teacher of additional education and a social pedagogue is described. Methods are presented: acupuncture, the method of conductive pedagogy, the method of M. Montessori.

Keywords: young children; fitball-gymnastics; Gross simulator; Voita-therapy; sensorimotor games; rehabilitation activities.

В настоящее время самым востребованным и актуальным направлением в ГБУСО «Ставропольский РЦ» является работа с детьми раннего возраста. Она велась всегда, в 2017 году была создана «Служба ранней помощи». В 2021 году

создано отделение ранней помощи, в котором работают следующие специалисты: логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, социальный педагог, педагог дополнительного образования (ИЗО), музыкальный руководитель, заведующий отделением, а также привлекаются специалисты социально-медицинского отделения.

В 2022 году на 39% увеличилось количество семей с детьми раннего возраста, обратившихся за реабилитацией в наш Центр. Это произошло благодаря работе, направленной на информирование родителей о необходимости раннего вмешательства в процесс развития детей с ОВЗ. На сайте учреждения и в социальных сетях активно обновляется информация о заболеваниях, реабилитационных методах и технологиях, применяемых в Центре. В холле учреждения регулярно обновляется стендовая информация для родителей, в которой подробно изложена информация о путях и способах развития детей в домашних условиях.

В целях распространения информации о деятельности отделения ранней помощи разработаны буклеты о деятельности отделения информационного характера.

Основными направлениями отделения ранней помощи являются:

- формирование соответствующей возрасту ритмической активности и изменение нейрологического состояния головного мозга посредством билотерапии;
- коррекция/восстановление существующих нарушений в состоянии здоровья ребенка максимально возможным развитием собственного личностного потенциала посредством методики Монтессори;
- обучение родителей детей раннего возраста методам кондуктивной педагогики, направленных на поддержку существующих возможностей развития ребенка в пределах его функциональных особенностей;
- кинезотерапия в сочетании с нейроортопедическими реабилитационными костюмами;
- футбол-гимнастика и суставная гимнастика для детей раннего возраста с ОВЗ;
- выработка рефлексоподобных реакций с помощью остеопатической методики Войта-терапия;
- формирование и развитие игровых навыков, развитие познавательной активности, коррекция и развитие общения и речи.

Инструкторы по физической культуре в работе с детьми раннего возраста с ОВЗ используют наиболее эффективные технологии – заднеопорный вертикализатор, футбол в сочетании с тренажером Гросса.

Упражнения на футболе с детьми раннего возраста с ОВЗ выполняются в разных исходных положениях, в зависимости от основной задачи. К примеру,

упражнения в положении лежа на спине и на животе с одновременным вращением мяча, благодаря антигравитационному эффекту, могут помочь ребенку поднять голову и плечи от опоры, покачивание и вибрация – снять мышечный тонус и уменьшить гиперкинезы. Упражнения на фитболе способствуют формированию жизненно важных двигательных навыков: держание головы и ползание.

Обучение ходьбе в ГБУСО «Ставропольский РЦ» осуществляется с помощью тренажера Гросса. Данное устройство предназначено для формирования навыка ходьбы у детей раннего возраста с проблемами в опорно-двигательной системе. Тренажер дает возможность выполнять различные упражнения, которые при регулярном выполнении позволяют максимально улучшить качество жизни детей раннего возраста с ОВЗ. Гросс эффективно применяется в ГБУСО «Ставропольский РЦ» при нарушениях опорно-двигательного аппарата, слабости мышечного корсета и других нарушениях. Занятия проводятся ежедневно на протяжении всего реабилитационного цикла.

Фитбол-гимнастика в сочетании с тренажером Гросса, применяемая инструкторами по ФК в ГБУСО «Ставропольский РЦ», позволяет уменьшить мышечный тонус, улучшить подвижность позвоночника, укрепить мышцы, сформировать навык опоры на руки и правильной установки стоп, нормализовать эмоциональное состояние, сформировать первоначальные предпосылки симметричной работы верхних и нижних конечностей и сформировать навык ходьбы у ребенка раннего возраста с ОВЗ.

Для закрепления и улучшения результатов, инструкторы по ФК, дают родителям рекомендации по проведению комплекса физических упражнений дома. Все упражнения для детей раннего возраста с ОВЗ необходимо адаптировать в игровой форме, так как это ведущий вид деятельности детей.

С 2017 года в ГБУСО «Ставропольский РЦ» применяется Войта-терапия для помощи детям, имеющим темповые задержки, так и для реабилитации детей с диагнозом детский церебральный паралич. Она направлена на формирование правильного двигательного стереотипа путем выработки простых комплексов движения и подавления патологической гиперрефлексии при помощи рефлексоподобных реакций. Для достижения положительного эффекта требуется регулярное применение метода, частое повторение упражнений на протяжении длительного времени: ежедневно, не менее года, по 3–4 раза в день, от 5 до 20 минут.

Курс Войта-терапии, включающий десять занятий, проводится в комплексе с массажем, ЛФК, физиотерапией, психолого-педагогической коррекцией в течение месяца для каждого ребенка.

С 2019 года применяется новый, безмедикаментозный метод Билотерапии. Благодаря появлению в Центре плоских колоколов, настроенных на биоэффек-

тивные частоты, у специалистов при работе с особенными детьми появились новые возможности для оказания эффективной комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

Специалисты ГБУСО «Ставропольский РЦ» проводят занятия с детьми с ОВЗ, в том числе раннего возраста, по билотерапии. Занятия особенно полезны детям с нарушением поведения, эмоциональной неустойчивостью, сниженной мотивацией к целенаправленной деятельности. Несмотря на небольшой практический опыт применения этого оздоровительного метода в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, есть положительные результаты этой работы.

Перед началом занятия, в зависимости от поставленных задач, индивидуально подбирается вид сеанса билотерапии, наиболее оптимальное положение тела (стоя, сидя или лежа), тип инструмента, а также амплитуда и продолжительность его воздействия. Специалисты заметили положительное влияние билотерапии на эмоциональное состояние детей раннего возраста. Реабилитационные процедуры не всегда вызывают положительные эмоции у маленьких детей. При проведении процедур массажа, ЛФК, физиолечения ребенок может испытывать неприятные, а иногда и болевые ощущения. Мягкие звуки плоских колоколов, настроенных на биоэффективные частоты, наполняют пространство кабинета удивительной благостью, тихой радостью и покоем. При первых звуках колоколов дети раннего возраста начинают прислушиваться, отвлекаться от своих переживаний и успокаиваться. Часто в конце сеанса они засыпают на руках своих мам. Со слов родителей, стабильное эмоциональное состояние сохраняется у маленьких детей в течение дня, улучшается качество и продолжительность ночного сна.

Логопеды ГБУСО «Ставропольский РЦ» в работе с детьми раннего возраста с ОВЗ, находящимися на одном из доречевых уровней, опираются на систему коррекционной работы, предложенную профессором Архиповой Е.Ф.

Педагоги уделяют большое внимание развитию игровой деятельности детей раннего возраста с ОВЗ. Для установления эмоционального и тактильного контакта педагоги организуют игры на руках, на коленях, игры с объятиями. Потешки, стихи, имитационные движения, стимулирует положительные эмоции и активизируют речь детей. Эти игры способствуют поддержанию доверительных отношений со взрослым и побуждают детей к проявлению инициативы. Игры для каждого ребенка подбираются индивидуально в соответствии с возможностями.

Социальные педагоги при педагогической коррекции формируют у детей раннего возраста с ОВЗ такие навыки, как подражание, воспроизведение, умение смотреть и слушать, сравнивать, различать, сопоставлять и др. Все эти навыки

социальные педагоги формируют в игре как важнейшем средстве социализации и познания ребенком окружающего мира.

На занятиях социальных педагогов игра – это деятельность, в ходе которой происходит развитие психики ребенка, усвоение самых разнообразных содержаний. Дети с ОВЗ нуждаются в искусственно созданных ситуациях и утрированных методах эмоционального воздействия.

Важным условием для проведения занятий с детьми в раннем возрасте является присутствие родителей, сотрудничество с ними позволяет быстрее отследить динамику и выявить те ключевые моменты, которые мотивируют ребенка, побуждают к действию. Ребенок чувствует себя в зоне комфорта находясь рядом с родным человеком, пропадает чувство тревожности и страх перед неизвестностью.

В результате работы социального педагога по развитию интереса к игре у детей раннего возраста с ОВЗ появляются: заинтересованность в игре с педагогом, желание вернуться к нему еще раз, формируется подражательная деятельность и пропадает чувство тревожности.

Педагоги-психологи ГБУСО «Ставропольский РЦ» на коррекционных занятиях с детьми раннего возраста проводят игры по сенсомоторному развитию, которые включаются в сюжет занятия. Все занятия ведутся в эмоционально положительной атмосфере.

На цикл занятий педагог берет ограниченное количество сенсомоторных игр, исходя из потенциальных возможностей каждого ребенка. И на каждом занятии отрабатывает с ребенком умения играть в эти игры. К сенсомоторным играм относятся: игры со стихотворными текстами, подвижные игры, танцы.

В ГБУСО «Ставропольский РЦ» педагоги дополнительного образования на занятиях по изобразительной деятельности вовлекают ребенка в продуктивную деятельность через разнообразие и вариативность работы. Новизна обстановки, необычное начало занятия, красивые и разнообразные материалы, интересные для детей раннего возраста неповторяющиеся задания, возможность выбора.

В процессе занятий педагоги обращают внимание детей на то, что карандаш (кисть, фломастер) оставляет след на бумаге, если провести по ней отточенным концом карандаша (фломастерами, ворсом кисти). Учат следить за движением карандаша по бумаге. В течение занятия привлекают внимание детей к изображенным им на бумаге разнообразным линиям, конфигурациям. Побуждают задумываться над тем, что они нарисовали, на что это похоже. Одной из главных задач является вызывать чувство радости от штрихов и линий, которые дети нарисовали сами. Побуждая к дополнению нарисованного изображения характерными деталями; к осознанному повторению ранее получившихся штрихов, линий, пятен, форм.

Занятия по изобразительной деятельности проходят в тесном контакте с родителями. Педагог обсуждает с родителями, чему будет учить ребенка, обращает внимание на его успехи. Поясняет родителям, чтобы они демонстрировали ребенку свою гордость и радость по поводу любых его творческих достижений. Учат родителей формировать правильную позу ребенка. Приучают бережно относиться к материалам, правильно их использовать (если у ребенка не получается, то родитель помогает держать инструмент в руке и выполняет движения в пассивной форме).

Учителя-дефектологи проводят игры по развитию зрительного восприятия с детьми раннего возраста с ППЦНС и ДЦП, используя различные материалы (цветная бумага, краски, карандаши, пластилин, тесто, кинетический песок, шелковые ленты, разноцветные прищепки и т.д.). В процессе обучения используются игрушки и проводятся дидактические игры.

В конце каждого реабилитационного цикла учителя-дефектологи дают родителям письменные рекомендации по закреплению сформированных умений в домашних условиях, что в дальнейшем приводит к положительным результатам: дети начинают правильно называть сначала один цвет, а затем и остальные.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий в ГБУСО «Ставропольский РЦ» у детей раннего возраста снижается патологический мышечный тонус, увеличивается объем движений в суставах конечностей, укрепляются мышцы тела, улучшается координация движений, восстанавливается статико-динамический баланс, улучшается позотонический контроль по удерживанию позы, активизируются навыки передвижения, происходят позитивные изменения психического состояния, снижается уровень тревожности, формируются навыки самообслуживания, появляются сенсорные эталоны.

У родителей формируются представления о приемах восстановления (коррекции) двигательных, психических, речевых функций у детей раннего возраста с ОВЗ.

Работа по направлению ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья будет продолжаться.

**ПРАКТИКА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ МКФ**

Рогачева Татьяна Владимировна

*заведующий отделением реабилитационной диагностики
и мониторинга ГАУ «Областной центр
реабилитации инвалидов»
г. Екатеринбург*

Шестакова Елена Васильевна

*директор ГАУ «Областной центр
реабилитации инвалидов»
г. Екатеринбург*

Аннотация. В статье предложен опыт реабилитационного учреждения по организации реабилитационного процесса, основанный на положениях МКФ. Обращается внимание на главные, с точки зрения авторов, этапы реабилитации: реабилитационную диагностику и определение результативности реабилитационного процесса.

Ключевые слова: результативность реабилитационного процесса; МКФ; комплексная реабилитация.

**THE PRACTICE OF EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX RE-
HABILITATION AND HABILITATION BASED ON THE ICF**

Shestakova Elena Vasilyevna

*Director of the GAU "Regional Center for Rehabilitation of the Disabled"
Yekaterinburg*

Rogacheva Tatiana Vladimirovna

*Head of the Department of Rehabilitation Diagnostics
and Monitoring GAU "Regional Center for Rehabilitation of disabled people"
Yekaterinburg*

Abstract. The article offers the experience of a rehabilitation institution in organizing the rehabilitation process based on the provisions of the ICF. Attention is drawn to the main stages of rehabilitation, from the point of view of the authors: rehabilitation diagnostics and determination of the effectiveness of the rehabilitation process.

Keywords: effectiveness of the rehabilitation process; ICF; complex rehabilitation.

Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей или максимальное приспособление к новым условиям до сих пор рассматривается, по словам доктора экономических наук Т.Ч. Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [2, с. 5]. С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог – отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий.

Экономисты считают, что «при операционализации понятия эффективности принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency) ее деятельности» [7, с. 51]. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично, т.е. эффективно она функционирует.

Обычно социальная деятельность сопряжена с созданием специфичных для нее результатов, как правило, принимающих форму услуг. Организация при этом выступает в роли преобразователя имеющихся у нее на «входе» предлагаемых реабилитационных мероприятий в получаемые на «выходе» результаты оказания реабилитационных услуг. Таким образом, в самом общем виде содержание задачи оценки результативности деятельности организации сводится к определению продуктивности и качества осуществляемого ею преобразования предлагаемых услуг в получаемые результаты.

Оценка результативности реабилитационного процесса признается многими исследователями одной из самых сложных в теоретическом обосновании процесса реабилитации и абилитации. Так, В.Б. Смычек пишет, что «единых подходов к оценке эффективности реабилитации сегодня не существует» [6, с. 310]. Английские ученые Б.И. Беккер, М.А. Хьюзлид и Д. Ульрих, описывая процесс измерения результативности учреждения, подчеркивают, что «потенциальные результаты оценивать сложно, из-за того, что:

1. Они, скорее всего, будут иметь место в будущем.
2. Как уровень результатов, так и вероятность их получения сопряжены с высокой степенью неопределенности. Поэтому успех зависит от качества экспертной оценки» [3, с. 127].

Опыт ГАУ «ОЦРИ» по определению результативности реабилитационного процесса опирается на теоретические положения, на основе которых разработана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [4], которая является основополагающим методическим документом для всех специалистов, занимающихся реабилитацией людей с ограничениями жизнедеятельности. В данной классификации объединились два концептуальных взгляда на здоровье и его нарушения, что выступило отражением научной полемики между приверженцами «медицинской модели» и сторонниками «социальной модели», применяемой в МКФ. Первым, как известно, концепцию биопсихосоциальной модели предложил Дж. Энджел, который высказал несколько возражений против медицинской модели здоровья – болезни. Во-первых, указывает Дж. Энджел, различные отклонения от биохимических показателей в организме еще не являются заболеванием, организм по-разному реагирует на внешние воздействия и различные обстоятельства жизни. Во-вторых, автор ссылается на концепцию Г. Селье, подчеркивая, что стрессовые реагирования на различные психосоциальные нагрузки влияют на формирование дисфункций организма гораздо сильнее, чем это допускает медицинская модель болезни. В-третьих, само выздоровление человека зависит не только и не столько от медицинского вмешательства, сколько от психологических и социальных факторов (доверие к лечащему врачу, отношение родственников, проблемы ухода, питания и пр.). Дж. Энджел предлагает рассматривать медицинскую деятельность как вид социальной практики. Таким образом, биопсихосоциальная модель базируется на системном подходе, в котором здоровье и болезнь рассматриваются как своеобразный континуум, в котором выделены уровни: клеточный, органа (или ткани), индивидуальный, микросоциального окружения и макросоциального окружения. МКФ, имея теоретическим основанием биопсихосоциальную модель здоровья – болезни, позволяет определять рамки для описания, в первую очередь, состояния здоровья и различных факторов, влияющих на это здоровье, предлагая интегративную оценку ситуации человека. МКФ является классификацией здоровья в том смысле, что в ней представлены все аспекты человеческого функционирования и инвалидности, которые должны рассматриваться в контексте здоровья, когда оно может быть нарушено вследствие болезни, нарушения, увечья и травмы. И с этой точки зрения МКФ является языком для комплексной реабилитации, то есть позволяет организовать реабилитационный процесс как комплексный, осуществляемый в междисциплинарной бригаде при привлечении специалистов разного профиля и разных специальностей.

Однако в России, как замечают А.Б. Холмогорова и О.В. Рычкова, данному подходу, несмотря на его эвристичность, «не удалось стать общепринятой пара-

дигмой, объединить представителей разных научных направлений для расшифровки сложных взаимовлияний факторов, предопределяющих, например, психические расстройства» [8, с. 11]. Проблемой России является ориентация основной части медиков на медицинскую модель здоровья – болезни, тогда как психологи, педагоги, специалисты по социальной реабилитации и др. чаще опираются на биопсихосоциальную модель здоровья – болезни, которая является яркой демонстрацией междисциплинарного подхода.

Можно предложить следующий алгоритм системной организации реабилитационного процесса:

- Определение статуса инвалида на «входе» (клинико-функциональные показатели: ведущее ограничение жизнедеятельности, состояние функций и структур организма, наличие-отсутствие противопоказаний для реабилитации в конкретном реабилитационном учреждении, возможности нагрузок и пр.; психологические показатели: реабилитационный потенциал, мотивированность на реабилитационный процесс; эмоциональное состояние на момент поступления в реабилитационную организацию, «запрос» клиента, т.е. его потребности и желания).

- На основе проведенной диагностики на «входе» конкретизация целей и задач реабилитации для инвалида (ребенка-инвалида).

- Разработка оптимального (как для инвалида (ребенка-инвалида), так и для реабилитационной организации) реабилитационного маршрута.

- Мониторинг оказания реабилитационных услуг.

- Оценка состояния всех продиагностированных показателей на «входе» и при окончании реабилитационного процесса в организации (на «выходе»).

- Подсчет результативности реабилитационного процесса для инвалида (ребенка-инвалида), для реабилитационного отделения, для организации.

- Прогноз реабилитационного процесса в другой реабилитационной организации.

- При необходимости трансформация и изменение диагностического инструментария.

Реабилитационная диагностика выступает, с одной стороны, как своеобразное предписание, алгоритм, норма фиксации содержания и последовательности определенных видов деятельности в реабилитационном процессе. С другой стороны – это описание фактически выполненной деятельности. Реабилитационную диагностику можно определить как взаимодействие (систему действий) участников реабилитационного процесса (и субъектов и объектов реабилитационной диагностики), необходимых для определения реабилитационного диагноза на «входе», разработки реабилитационного маршрута в конкретной реабилитационной организации, получения результатов (промежуточных и итоговых) осуществления процесса и их соответствия стандарту оказания реабилитационных

услуг. Поэтому под реабилитационной диагностикой будет пониматься системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (инвалида, в т.ч. ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса.

Реабилитационная диагностика ориентирована не на всестороннее изучение ситуации клиента, а только на те особенности и показатели, которые в рамках МКФ оцениваются как индикаторы проблемы клиента. Основным отличием реабилитационной диагностики от других вариантов выступает необходимость определения результативности процесса, поэтому процедуры при реабилитационной диагностике осуществляются на «входе» в процесс, т.е. в начале, в течении реабилитационного процесса и в конце, на «выходе» (это может быть окончание пребывания в конкретном реабилитационном учреждении, завершение определенного этапа реабилитации, компенсация или восстановление утраченных функций).

Таким образом, проведение реабилитации содержит два основных аспекта: диагностику нарушений и сохранных функций, а также способы определения результативности реабилитационного процесса. Первый аспект ориентирует на содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: цели реабилитации и задач реабилитации (т.е. содержания реабилитационного процесса для каждого реабилитационного отделения), а также – «как и чем (какими инструментами) диагностировать», т.е. определяет содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: видов диагностики; методов, способов и форм диагностики; средств диагностики; субъектов диагностики; объектов диагностики. Второй аспект предполагает, что у специалистов есть инструменты для определения результативности реабилитационного процесса.

Реабилитационный процесс, в силу различных, определенных в нормативных правовых документах направлений реабилитации, требует работы комплексной бригады. Так, в Методических рекомендациях Союза реабилитологов России указано, что «на каждого участника мультидисциплинарной бригады возлагаются функциональные обязанности, связанные с оценкой состояния пациента в рамках компетенции специалиста» [5, с. 4]. Г.Н. Пономаренко в Национальном руководстве по реабилитации подтверждает, что «обследование может производиться только междисциплинарной бригадой специалистов, в состав которой могут входить невролог, терапевт или педиатр, ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, психиатр, социальный работник и другие специалисты» [5, с. 88]. Каждый из специалистов диагностирует актуальное состояние пациента относительно

относящейся к его компетенции нозологии, и после обсуждения выставляется реабилитационный диагноз. Стоит оговориться, что полный состав такой бригады в российской практике скорее рекомендация, нежели реальность.

Применяя МКФ в реабилитационном процессе, специалисты ориентируются на требование данной классификации, что цель обязательно должна учитывать как имеющиеся нарушения, так и сохранные функции и структуры клиента. При диагностике нарушений и постановке цели реабилитации важно понять последствия повреждений и нарушений, опираясь на которые, можно выстроить стратегию управления трудностями клиента. Таким образом, цель в реабилитационном процессе – это функциональные виды деятельности для ежедневной жизни клиента. Эти виды деятельности могут относиться к самообслуживанию (например, самостоятельно пересаживаться с кровати на диван для приема пищи), личной независимости (например, самостоятельно передвигаться до туалета или самостоятельно включать газовую плиту с использованием ТСР), обучению (например, выполнять домашнее задание с помощью ТСР), досугу (например, самостоятельно входить в интернет), социальным навыкам (например, научиться жестовому языку) или к развитию жизненных интересов клиента (например, начать посещать библиотеку для слепых самостоятельно).

Адекватная постановка общей цели реабилитации для всех специалистов, а также уточнение задачи реабилитации для каждого реабилитационного отделения или конкретного специалиста позволяет оптимально выстроить реабилитационный маршрут, а также, применяя МКФ, пользоваться единой системой подсчета результатов реабилитации, т.е. «говорить на едином языке».

Несмотря на значительное облегчение осуществления реабилитационного процесса, можно выделить следующие проблемы, с которыми, скорее всего, столкнутся специалисты.

Во-первых, при определении статуса инвалида на «входе» в реабилитационную организацию зачастую специалисты мультидисциплинарной бригады сталкиваются с проблемой недообследованности получателя социальных услуг. Данная проблема связана с ухудшением медицинской помощи и необходимостью дополнительной диагностики нарушений структур и функций организма, на что зачастую не хватает времени.

Во-вторых, при разработке оптимального как для инвалида, так и для реабилитационной организации оптимального реабилитационного маршрута возникают противоречия между потребностями клиента и возможностями организации. Так, многие получатели социальных услуг надеются на медицинские услуги (внутривенные инъекции, диагностику и лечение сопутствующих заболеваний и пр.), которых практически нет в учреждениях, подведомственных Министерству социальной политики. Достаточно часто клиенты стараются диктовать

условия специалистам при назначении услуг («я буду ходить на массаж и в бассейн, остальное мне не надо» и т.п.).

В-третьих, сама процедура реабилитационной диагностики не отработана. Как указывает О.С. Андреева, «экспертно-реабилитационная диагностика, построенная с учетом МКФ, схематично должна включать: клинико-функциональную диагностику; социальную диагностику, в т.ч. оценку активности и участия, а также факторов окружающей среды; психологическую диагностику; оценку ограничений жизнедеятельности; оценку реабилитационного потенциала; определение потребности инвалида в мерах реабилитации и формирование ИПР» [1, с. 10-11].

В-четвертых, остается непроясненным вопрос подсчета результатов реабилитации. Так, в МКФ предложена единая шкала, в которой «в зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие» [4, с. 198-199]. В данном документе предлагается следующий подсчет результативности: на «входе» выставляются баллы от 0 до 9 (0 – нет проблем (0–4%); 1 – легкие проблемы (5–24%), 2 – умеренные проблемы (25–49%), 3 – тяжелые проблемы (50–95%), 4 – абсолютные проблемы (96–100%), 8 – не определено, 9 – не применимо). С точки зрения современной статистики предложенная шкала – порядковая, по которой невозможно проводить статистическую обработку с помощью среднего арифметического. Кроме того, встречающийся показатель «0» приводит к тому, что деление на 0 интерпретируется как отсутствие нарушений. А интервальная шкала в данном случае не применима, т.к. интервалы, предлагаемые МКФ, неравные. Для порядковой шкалы допустимо использование знаковых критериев. Для статистического доказательства изменения состояния клиента можно использовать Т-критерий Уилкоксона. Проблема заключается в том, что в связи с коротким периодом реабилитации сдвиги целевых показателей слишком малы, а сам критерий недостаточно чувствителен, чтобы констатировать статистически значимый сдвиг. Кроме того, строго говоря, применение статистических критериев не является валидным в случае сравнения различных показателей «до» и «после» («качество сна», «болевого синдром» и так далее). Для статистической сравнимости необходимо наличие одного и того же показателя на выборке «до» и «после».

Список литературы

1. Андреева О.С. Пути совершенствования социальной экспертно-реабилитационной диагностики с учетом основных положений МКФ и Конвенции о правах инвалидов // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2011. № 2. С. 10-19.

2. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. М.: Сервис, 2014. 16 с.
3. Беккер Б.И., Хьюзлид М.А., Ульрих Д. Измерение результативности работы HR-департамента. М.: И.Д. Вильямс, 2007. 304 с.
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. 346 с.
5. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 736 с.
6. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. М.: Медицинская литература, 2009. 560 с.
7. Фраттура Л. Инфографическое семейство индикаторов функционирования (FAFI): как измерить результативность на практике при использовании МКФ // Инвалидность и реабилитация: мат-лы научно-практической конференции с международным участием. СПб.: Перо, 2016. С. 224-235.
8. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8. № 4. С. 8-31.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Рябова Марина Владимировна

*директор государственного автономного учреждения
Владимирской области «Центр психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи»
г. Владимир*

Аннотация. В статье представлен опыт психолого-педагогического сопровождения процесса реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в системе образования Владимирской области. Организующая и координирующая функция при этом осуществляется специалистами ГАУ ВО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Ключевые слова: реабилитация; абилитация; дети-инвалиды; ограниченные возможности здоровья; психолого-педагогическое сопровождение.

**PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION
AND HABILITATION OF DISABLED CHILDREN AND CHILDREN
WITH DISABILITIES IN THE EDUCATION SYSTEM
OF THE VLADIMIR REGION**

Ryabova Marina Vladimirovna

*Director of the State autonomous institution of the Vladimir region
«Center for Psychological, Pedagogical, medical and Social Assistance»
Vladimir*

Abstract. The article presents the experience of psychological and pedagogical support of the process of rehabilitation and habilitation of disabled children and children with disabilities in the education system of the Vladimir region. The organizing and coordinating function in this case is carried out by specialists of the State Educational Institution of Higher Education «Center for Psychological, Pedagogical, Medical and Social Assistance».

Keywords: rehabilitation; habilitation; disabled children; limited health opportunities; psychological and pedagogical support.

Понятия реабилитация и абилитация приводятся в статье 9 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и определяются следующим образом: «Реабилитация инвалидов –

система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилизация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество» [1].

Раскрывая сущность понятия абилитации как педагогического феномена, И.П. Чепурышкин отмечает, что она направлена это развитие потенциальных возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), а реабилитация – на восстановление утраченных возможностей и способностей (8).

Чтобы процесс реабилитации и абилитации детей-инвалидов был наиболее эффективным, он должен иметь комплексный характер. Кроме медицинской и социокультурной реабилитации и абилитации, еще одной из составляющих комплексной реабилитации и абилитации, по нашему мнению, является психолого-педагогическая реабилитация и абилитация.

Мы считаем, что мероприятия психолого-педагогической реабилитации и абилитации предусматривают, прежде всего, психолого-педагогическое сопровождение получения образования детьми либо подготовки к получению образования, так как согласно Федеральному Закону «Об образовании в Российской Федерации» необучаемых детей нет (2).

Реабилитационные и абилитационные мероприятия должны быть направлены:

- на определение и создание специальных условий получения образования с учетом актуальных и потенциальных возможностей обучающихся, их потребностей;

- на полное или частичное восстановление и (или) компенсацию нарушенных двигательных, сенсорных, познавательных, в том числе речевых, эмоционально-волевых процессов или их сочетаний, поведения и деятельности;

- на профилактику, своевременное выявление и коррекцию трудностей обучения и общения.

Во Владимирской области, как и во всей Российской Федерации, количество детей с инвалидностью, детей с ограниченными возможностями здоровья ежегодно растет.

Более 10 тысяч детей с ОВЗ насчитывается в области, что составляет около 5% всего детского населения. Более 5 тысяч детей с инвалидностью обучаются в образовательных организациях области. И каждому ребенку нужно создать не-

обходимые условия для качественного получения образования. Психолого-педагогическое сопровождение, на наш взгляд, – это один из ведущих аспектов, обеспечивающих современное качественное образование, а соответственно, и успех каждого ребенка.

Но остаются актуальными проблемы:

- отсутствие понятия «психолого-педагогическая реабилитация» в нормативных правовых документах;
- отсутствие на федеральном уровне единой системы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья;
- нехватка в образовательных организациях области узкопрофильных специалистов: педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов.
- недостаточная компетентность специалистов в вопросах психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями.

Для помощи в решении вышеуказанных проблем в области работает государственное автономное учреждение Владимирской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее – ГАУ ВО ЦППМС, Центр), который во исполнение статьи 42 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» оказывает психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь субъектам образовательных отношений: обучающимся, их родителям (законным представителям) и педагогам (2).

В области сформирована сеть филиалов Центра в муниципальных образованиях, которая включает в себя восемь структурных подразделений: Александровский, Вязниковский, Гусь-Хрустальный, Кольчугинский, Мелеховский, Муромский, Петушинский и Селивановский филиалы. В перспективе – расширение сети филиалов с целью доступности и адресности психолого-педагогической помощи.

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида) в части мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации осуществляется с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) о результатах проведенного обследования ребенка.

Во Владимирской области функционирует 21 территориальная и одна центральная ПМПК – на базе ГАУ ВО ЦППМС. Эксперты ПМПК в ходе комплекс-

ного психолого-медико-педагогического обследования определяют образовательную программу и специальные условия обучения в связи с индивидуальными возможностями и способностями ребенка. Именно ПМПК (центральная и территориальная) подтверждает имеющиеся ограничения возможностей здоровья. Ежегодно более 7 тысяч детей обследуются на ПМПК.

Центр является координатором взаимодействия с Главным бюро медико-социальной экспертизы по Владимирской области по исполнению мероприятий психолого-педагогической реабилитации, еженедельно получая выписки из ИПРА детей-инвалидов.

Согласно порядку внутриведомственного взаимодействия по организации исполнения мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (инвалида), предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (инвалида), утвержденному распоряжением Департамента образования от 16.05.2022 № 484, на каждого ребенка-инвалида (инвалида) разрабатывается и реализуется Перечень мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации, назначаются исполнители каждого мероприятия (детские сады, школы, колледжи, вузы, учреждения дополнительного образования, филиалы Центра и другие).

Мероприятия психолого-педагогической реабилитации включают в себя:

- раннюю помощь детям и их семьям;
- психолого-педагогическую диагностику детей;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогов;
- коррекционно-развивающую помощь обучающимся.

На основании Перечня мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации ребенка-инвалида разрабатывается индивидуальный план их реализации. Обязательным условием качественного процесса реабилитации и абилитации является психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса, которое включает в себя систематическую специальную психолого-педагогическую поддержку педагогов, родителей (законных представителей), детского коллектива и самого обучающегося. Ответственным за реализацию программы психолого-педагогического сопровождения ребенка-инвалида является психолого-педагогический консилиум образовательной организации.

Отдельно остановимся на ранней помощи детям, их семьям, которая является очень важным звеном в психолого-педагогической реабилитации и абилитации. Центр и филиалы являются поставщиками услуг ранней помощи в сфере образования. Работа осуществляется по ключевым категориям раздела «Активность и участие» Международной классификации функционирования, ограниче-

ний жизнедеятельности и здоровья с учетом рекомендаций специалистов Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства».

Ранняя помощь направлена на улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях; повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье; повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка; включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи, подготовка ребенка к включению его в сферу образования.

Ранняя помощь оказывается через услуги консультирования (разовое, пролонгированное) родителей или через реализацию индивидуальной программы ранней помощи.

Кроме того, на базе ГАУ ВО ЦППМС функционирует Консультационный центр, специалисты которого оказывают методическую, психолого-педагогическую, диагностическую и консультативную помощь педагогическим работникам дошкольных образовательных организаций, общеобразовательных организаций, организаций дополнительного образования детей, обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детей-инвалидов.

Не все дошкольники с инвалидностью могут посещать образовательные организации, поэтому в Консультативном центре родителя (законным представителям), обеспечивающим получение детьми дошкольного образования в форме семейного образования, оказывается методическая, психолого-педагогическая, диагностическая и консультативная помощь, направленная на выявление потенциальных возможностей ребенка, создание психолого-педагогических условий для его гармоничного психического и социального развития.

С 2019 года на базе Центра работает Региональный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройством аутистического спектра и их семей, основной целью работы которого является координация деятельности общеобразовательных и иных организаций, осуществляющих комплексную помощь детям с РАС, обеспечение их сетевого взаимодействия и оказание им поддержки в вопросах комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с РАС. В настоящее время в образовательных организациях области обучается более 450 детей с РАС, которые получают необходимое психолого-педагогическое сопровождение.

Область ежегодно получает статус Региональной площадки Всероссийского инклюзивного фестиваля «#ЛюдиКакЛюди», и при тесном сотрудничестве

с Владимирской региональной общественной организацией помощи детям с расстройствами аутистического спектра «Расскажи» организует проведение мероприятий разного формата для педагогов, родителей и детей.

Стоит отметить, что в течение трех лет (2020–2022 годы) ГАУ ВО ЦППМС являлся активным участником государственной программы Владимирской области «Социальная поддержка отдельных категорий граждан во Владимирской области», а именно комплекса процессных мероприятий «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов», за счет чего осуществлено повышение квалификации педагогических работников и материально-техническое оснащение Центра специальным современным многофункциональным оборудованием.

Анализ запросов родителей (законных представителей) детей-инвалидов позволил нам сделать вывод, что многие из них не обладают достаточными компетенциями в сфере педагогики, возрастной психологии, которые так необходимы при воспитании особого ребенка. Родительству стоит учиться! И поэтому в рамках инновационной деятельности была разработана индивидуально-вариативная поддерживающая программа «Мир семьи», инвариантная часть которой состоит из двух модулей – психолого-педагогического и социально-медицинского. В вариативной части программы освещаются темы образования, воспитания и развития детей с ограниченными возможностями здоровья всех нозологических групп, а также вопросы семейного воспитания особенных детей, детей с особыми образовательными потребностями. Данная программа в 2022 году стала победителем VI Всероссийского конкурса центров и программ родительского просвещения (3 место) и рекомендована к реализации во всех образовательных организациях области.

Таким образом, комплекс мероприятий психолого-педагогической реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в системе образования Владимирской области, позволяет, по нашему мнению, получать следующие результаты: родители (законные представители) особенных детей принимают их такими, какие они есть, информированы об организациях, где они могут получить медицинскую, социальную, юридическую, развивающую помощь; взрослые владеют навыками эффективного взаимодействия со своими детьми; у детей наблюдается положительная динамика развития, они адаптируются к условиям образовательного учреждения, осваивают доступные им образовательные программы.

Список литературы

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (последняя редакция). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 16.03.2023).
2. Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/?ysclid=lfchwcqv11205951187 (дата обращения; 16.03.2023).
3. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: ВЛАДОС, 2003. 368 с.
4. Баранова М.Л. Организация ранней психолого-педагогической помощи детям с проблемами в развитии // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. II междунар. науч.-практ. конф. № 2. Ч. I. Новосибирск: СибАК, 2010.
5. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей // Дефектология. 2014. № 3. С. 24-27.
6. Варнакова Ю.В. Психологическая помощь семьям, имеющих детей-инвалидов // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 8. С. 99-101.
7. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.А. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М.: Академкнига, 2005. 247 с.
8. Чепурышкин И.П. К вопросу о сущности понятия абилитации как пед. феномен. Актуальные проблемы современной педагогики. Новосибирск, 2010.

**СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ, ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ ПЕДАГОГОМ ПСИХОЛОГОМ
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА**

Салахова Татьяна Юрьевна

*педагог-психолог муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения «Детский сад № 21»*

г. Урай

Сыщикова Анна Владимировна

*заведующий муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения «Детский сад № 21»*

г. Урай

Аннотация. В статье представлено коррекционно-развивающее направление работы педагога-психолога с детьми-инвалидами дошкольного возраста, направления работы и комплексное воздействие методов на психическое развитие ребенка. Особое внимание уделено арт-терапевтическим методам, возможностям релаксационной терапии.

Ключевые слова: дети-инвалиды; развитие психических процессов; коррекционно-развивающая работа.

**SUPPORT FOR CHILDREN WITH DISABILITIES, CHILDREN WITH
DISABILITIES BY AN EDUCATIONAL PSYCHOLOGIST IN KINDERGARTEN**

Salakhova Tatyana Yurievna

*Head of Municipal Budgetary Preschool Educational
Institution Kindergarten № 21*

Uray

Syshchikova Anna Vladimirovna

*Head of Municipal Budgetary Preschool Educational
Institution Kindergarten № 21*

Uray

Abstract. The article presents the correctional and developmental direction of work of the pedagogue-psychologist with handicapped children of preschool age, directions of work and complex influence of methods on mental development of the child. The special attention is given to art-therapeutic methods, relaxation therapy possibilities.

Keywords: children with disabilities; development of mental processes; correctional and developmental work.

Психологическое сопровождение детей-инвалидов в ДОО включает в себя деятельность педагога-психолога, направленную на создание благоприятных условий для интеграции детей в социальной среде: овладению специальными компетенциями, формированию системы специальных навыков поведения и продуктивных форм общения.

В дошкольном учреждении МБДОУ «Детский сад № 21» дети-инвалиды посещают группы компенсирующей направленности детей с тяжелыми нарушениями речи и группы компенсирующей направленности с задержкой психического развития. Дети различаются по уровню развития и по характеру имеющихся недостатков.

Направления, по которым ведет работу педагог-психолог, следующие: диагностическое, коррекционно-развивающее, профилактическое, консультативное. В данной статье особое внимание уделим коррекционно-развивающей работе, которая предполагает индивидуальные и подгрупповые формы работы с детьми.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы с детьми-инвалидами являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- развитие эмоциональной сферы (снятие эмоциональной напряженности, стабилизация эмоционального состояния, коррекция нежелательного поведения);
- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, мнестетического восприятия и стереогноза);
- формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- развитие психических процессов (внимания, памяти, мышление, восприятие, воображения);
- развитие зрительно-моторной координации;
- развитие произвольной сферы; волевой регуляции;
- формирование программирования и контроля.

Практический опыт показал, что для эффективной деятельности необходимо комплексное воздействие на психику ребенка, и частью этого комплекса являются:

- Игры и упражнения для развития познавательных процессов: памяти, мышления, восприятия, воображения.
- Релаксационные методы (с использованием музыки) позволяющие успокоить ребенка, снять мышечное и эмоциональное напряжение.



- Применение программного обеспечения – проекционного дизайна в интерьере Rogumax designer. Используя проектор и компьютер, педагогом-психологом создаются проекции на стены и потолок в виде морского пейзажа, природы, космоса и так далее, тем самым украшается интерьер, эффект усиливается с применением релаксационной музыки.

- Арт-терапевтические методы (использование различных техник: рисование на стекле, рисование на камнях, кляксография, набивка, монотипия, применение мандал, работа с пластилином); арт-терапия (лат. ars – искусство, греч. therapeia – лечение) представляет собой методику лечения и развития при помощи художественного творчества. Арт-терапия сегодня считается одним из наиболее мягких, но эффективных методов, используемых психологами, психотерапевтами и даже педагогами в своей работе. Основная цель

арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания.

Арт-терапевтические средства помогают:

- развивать и совершенствовать внимание, память, мышление восприятие, воображение;
- изучать свой опыт, необходимый для жизни, с необычного ракурса;
- развивать важные социальные навыки, научиться конструктивному общению;
- повышать самооценку;



- снимать напряжение, расслабиться, выплеснуть негативные мысли и чувства;
- реализовать свои способности к творчеству.

- Песочная терапия (использование интерактивной песочницы, оснащенной программным обеспечением, позволяющей на песке создавать эффекты дополненной реальности; использование кинетического песка). При взаимодействии с песком, у детей совершенствуется

мелкая моторика рук и тактильная чувствительность, что непосредственно влияет на развитие речи и мышления, внимания и памяти. При взаимодействии с песком, снимается эмоциональное и мышечное напряжение, а также излишняя двигательная активность. Песок как бы заземляет негативную энергию. Манипуляции с песком успокаивают импульсивных, активных детей и раскрепощают скованных и тревожных.

- Музыкотерапия.

- Методы и приемы развития коммуникативных способностей: рассмотрение иллюстраций с последующим диалогом между взрослым и детьми; работа в парах и мини командах.

Используя разнообразные методы и приемы, техники и современное оборудование в коррекционно-развивающей работе с детьми, можно достичь положительных результатов намного быстрее. Подобная деятельность является очень необычной, интересной и увлекательной, а это, в свою очередь, помогает участникам педагогического процесса наладить взаимодействие и достичь желаемого эффекта.

Список литературы

1. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка СПб.: Союз, 1997. 190 с.
2. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития. М.: Владос, 2003. 200 с.
3. Староверова М.С., Кузнецова О.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы. М.: Владос, 2014. 143 с.

**ПОДХОДЫ К РАСЧЕТУ ШТАТНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА
И НОРМАТИВОВ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ,
В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
(ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Смагина Александра Анатольевна
заместитель директора ГАУ
«Областной центр реабилитации инвалидов»
г. Екатеринбург

Аннотация. В статье представлен опыт Свердловской области, участвующей в пилотном проекте по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по расчету штатной численности персонала и нормативов затрат на оказание услуг по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, а также детей-инвалидов.

Ключевые слова: затраты на проведение реабилитационного мероприятия; сопутствующая услуга; стоимость курса реабилитации.

**APPROACHES TO CALCULATING THE NUMBER OF STAFF
AND STANDARDS OF COSTS FOR THE PROVISION OF COMPREHENSIVE
REHABILITATION SERVICES AND HABILITATION OF DISABLED PEOPLE,
INCLUDING DISABLED CHILDREN
(EXPERIENCE OF THE SVERDLOVSK REGION)**

Smagina Alexandra Anatolyevna
Deputy Director of the GAU "Regional Center
for Rehabilitation of Disabled People
Yekaterinburg

Abstract. The article presents the experience of the Sverdlovsk region participating in a pilot project for the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children by calculating the staffing levels of the cost standards for the provision of services for the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, as well as disabled children.

Keywords: costs of carrying out a rehabilitation event; related service; cost of the rehabilitation course.

В соответствии с подпунктом «б» пункта 5 постановления Правительства РФ от 17.12.2021 № 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» одной из задач пилотного проекта является нормирование и расчет затрат на предоставление

услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, проживающих в пилотных регионах, а также сопутствующих услуг по питанию и проживанию детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц с использованием электронного сертификата (далее – расчет затрат на КРиАДИ).

Перед специалистами, принимавшими участие в осуществлении расчетов, Министерством социальной политики Свердловской области были поставлены следующие задачи:

- рассчитать затраты на выполнение реабилитационных мероприятий (далее – РМ), предусмотренных Стандартами реабилитации по 11 ЦРГ;
- рассчитать затраты на оказание сопутствующих услуг по проживанию и питанию детей-инвалидов и сопровождающих лиц;
- рассчитать затраты на оказание сопутствующей услуги «персональный помощник ребенка-инвалида»;
- рассчитать стоимость курсов реабилитации в стационарных и полустационарных условиях.

Расчеты затрат на КРиАДИ в Свердловской области проведены в соответствии со следующими приказами Минтруда России:

- от 12.11.2021 № 794 н «Об утверждении общих требований к определению нормативных затрат на оказание государственных (муниципальных) услуг в сфере социального обслуживания населения, применяемых при расчете объема субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) государственным (муниципальным) учреждением»;
- от 26.04.2022 № 261, 262, 263 Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – Стандарты реабилитации).

При проведении расчета затрат на КРиАДИ учитывались:

- практический опыт оказания услуг по КРиАДИ, полученный учреждениями-участниками пилотного проекта в 2022 году;
- цены, тарифы на товары, работы, услуги, средние размеры заработной платы работников учреждений-участников пилотного проекта по КРиАДИ, действующие в Свердловской области в 2022 году;
- особенности имущественного комплекса учреждений-участников пилотного проекта по КРиАДИ.

При расчете нормативов затрат (далее – НЗ) на КРиАДИ использовались:

- 1) данные, содержащиеся в Стандартах реабилитации: время проведения одного реабилитационного мероприятия (РМ); усредненный показатель кратности (количества) РМ; наименования должностей специалистов, проводящих РМ;

наименования групп оборудования и вспомогательных средств, необходимых для проведения РМ.

2) экспертные данные, основанные на практическом опыте региона, в т.ч. средняя продолжительность рабочего времени специалистов, проводящих РМ; время использования оборудования и вспомогательных средств при проведении РМ; дополнительное рабочее время специалиста на подготовительно-заключительные работы сверх времени проведения РМ (время проведения информирования, консультирования, практических занятий, оказания юридической помощи увеличено на коэффициент 1,3, время проведения первичной и повторной диагностики увеличено на коэффициент 1,5, т.к. требуется провести анализ и оформление результатов диагностики); определена оптимальная наполняемость групп при проведении мероприятий в групповой форме – 3 чел., к времени проведения реабилитационного мероприятия применен понижающий коэффициент 0,333; сведения о стоимости материальных запасов, реабилитационного оборудования и вспомогательных средств с учетом срока их полезного использования; показатели средней заработной платы специалистов, проводящих реабилитационные мероприятия; доля оплаты труда АУП и вспомогательного персонала в общем ФОТ учреждения предусмотрена в объеме 40%; определена оптимальная средняя площадь помещения, используемого для проведения реабилитационных мероприятий – 20 кв. м, для проживания ребенка-инвалида или лица, сопровождающего ребенка-инвалида в стационарных условиях – 10 кв. м на одного человека; определено плановое количество штатных должностей работников, осуществляющих присмотр и уход за детьми-инвалидами, проходящими КРиАДИ в стационарных условиях без сопровождающего лица (воспитатель/няня/дежурный по этажу, работа которых осуществляется в круглосуточном режиме из расчета 1 работник на 6–8 детей в зависимости от ЦРГ). Затраты на оплату труда этих работников учтены в составе прямых затрат на проживание ребенка-инвалида в стационарных условиях без сопровождающего лица; данные о затратах на общехозяйственные нужды в части затрат на оплату коммунальных услуг, затрат на содержание движимого и недвижимого имущества в соответствии с национальными (государственными) стандартами Российской Федерации, строительными нормами и правилами, санитарными нормами и правилами, стандартами, порядками, регламентами и тарифами на коммунальные услуги, действующими в Свердловской области.

При расчете прямых затрат, непосредственно связанных с проведением РМ и оказанием сопутствующих услуг, использовались данные, полученные в ходе анализа информации о затратах учреждений – участников пилотного проекта по КРиАДИ (медианный метод), затраты на общехозяйственные нужды рассчитаны по фактическим затратам наиболее эффективного учреждения ГАУСО СО

«РЦ города Нижний Тагил». В структуре расчетов затрат на выполнение реабилитационных мероприятий выделены составляющие прямых затрат и затрат на общехозяйственные нужды (соотношение прямых затрат и затрат на общехозяйственные нужды в общем объеме затрат составило в среднем 52% и 48% соответственно).

Затраты на выполнение реабилитационных мероприятий по семи направлениям реабилитации и абилитации детей-инвалидов рассчитаны по каждой из 11 ЦРГ (общее количество расчетов около 500). Стоимость **набора** реабилитационных мероприятий (R_m) по каждому из семи **направлений реабилитации** соответствующей ЦРГ рассчитана по формуле:

$$R_m = N_i * V_j$$

где:

i – вид реабилитационного мероприятия с 1 по 11 (диагностика, информирование, консультирование и т.д.);

N_i – затраты на выполнение реабилитационного мероприятия i -го вида;

V_j – усредненный показатель кратности (УПК) выполнения реабилитационного мероприятия определенного вида, предусмотренный стандартом.

Стоимость курса реабилитационных мероприятий (R_k) по соответствующей ЦРГ рассчитана по формуле:

$$R_k = \sum R_m (1-7)$$

где:

R_m – стоимость набора реабилитационных мероприятий по каждому из семи направлений реабилитации.

Диапазон стоимости одного РМ составил от 227 руб. до 3,4 тысяч руб. в зависимости от продолжительности проведения РМ, персонала, непосредственно проводящего РМ, формы проведения РМ (в групповой или индивидуальной форме) и оборудования, используемого при проведении РМ.

В соответствии со Стандартами суммарное время проведения РМ в течение курса реабилитации продолжительностью 21 день варьируется в зависимости от условий реабилитации и ЦРГ в диапазоне от 82 часов по ЦРГ 4 до 109,5 часов по ЦРГ 6 и 11. Средне-дневное «чистое» время проведения РМ составляет от 4 часов до 5,2 часа (отклонение между минимальным и максимальным значением составляет 33%). Стоимость курса реабилитационных мероприятий в зависимости от условий реабилитации и ЦРГ варьируется в диапазоне от 135,1 тысяч руб. по ЦРГ 1 до 164,23 тыс. руб. по ЦРГ 6 (отклонение составляет 20%).

Отличия в стоимости курса реабилитационных мероприятий, проводимых в отношении детей-инвалидов различных ЦРГ, обусловлены:

- отличиями в количестве реабилитационных мероприятий и продолжительности (времени) проведения одного реабилитационного мероприятия по Стандарту;

- отличиями в требованиях к специалистам, проводящим реабилитационные мероприятия (большую часть РМ в соответствии со Стандартами должен проводить один специалист, а в рамках социально-педагогической реабилитации – от двух до трех специалистов, в проведении РМ детям, которым установлены ЦРГ 3,4, участвует сурдопереводчик).

Поскольку трудно прогнозировать, какое количество детей-инвалидов по каждой из 11 ЦРГ фактически будет проходить курс реабилитации, мы приняли решение о том, что стоимость сопутствующих услуг, оказываемых в период прохождения курса реабилитации, не должна зависеть от возраста и ЦРГ ребенка-инвалида.

С учетом этого рассчитаны:

- стоимость двухразового питания детей-инвалидов в период прохождения курса реабилитации в полустационарных условиях – 13,8 тысяч руб., или 656,43 руб. в день;

- стоимость пятиразового питания детей-инвалидов в период прохождения курса реабилитации в стационарных условиях – 19,6 тысяч руб., или 933,47 руб. в день;

- стоимость трехразового питания лица, сопровождающего ребенка-инвалида в период прохождения курса реабилитации в стационарных условиях – 14,3 тысяч руб., или 680,85 руб. в день;

- стоимость проживания ребенка-инвалида без сопровождения составляет 35,7 тысяч руб. за курс реабилитации, или 1,7 тысяч руб. в день, т.к. учитывает затраты на содержание **персонала, осуществляющего присмотр за детьми в круглосуточном режиме;**

- стоимость проживания ребенка-инвалида в период прохождения курса реабилитации в стационарных условиях с сопровождающим лицом, а также лица, сопровождающего ребенка-инвалида в период прохождения курса реабилитации в стационарных условиях, одинакова и составляет 5,3 тысяч руб., или 253 руб. в день.

Расчетная стоимость курса реабилитационных мероприятий в полустационарных условиях продолжительностью 21 день по ЦРГ 1, составила 148,9 тысяч руб., или 7,09 тысяч руб. в день.

Расчетная стоимость курса реабилитационных мероприятий в стационарных условиях продолжительностью 21 день по ЦРГ 1, составила:

- для ребенка-инвалида с сопровождающим лицом – 179,7 тысяч руб., или 8,56 тысяч руб. в день;

- для ребенка-инвалида без сопровождения – 190,5 тысяч руб., или 9,07 тысяч руб. в день.

Дополнительно рассчитана стоимость сопутствующей услуги «**персональный помощник (ассистент) ребенка-инвалида**», которая может оказываться ребенку-инвалиду, нуждающемуся в постоянной посторонней помощи в случае отсутствия сопровождающего лица (социальный работник/воспитатель/санитар) **из расчета 1 работник на 2 детей-инвалидов в дневное время** (туалет, смена одежды, помощь при приеме пищи, сопровождение на реабилитационные мероприятия и во время их проведения, прогулки, досуговые мероприятия (чтение книг, игры, помощь в выполнении уроков и т.п.) **и 1 работник на 4 детей-инвалидов в вечернее и ночное время**. Стоимость услуги «персональный помощник ребенка-инвалида» составила 60,9 тысяч руб. за курс реабилитации, из расчета 2,9 тысяч руб. в день, суммарная стоимость курса реабилитации в этом случае составит 220,9 тысяч руб. или 10,5 тысяч руб. в день.

В среднем расчетная стоимость курса реабилитации превысила предельную стоимость электронного сертификата, установленную п. 11 Правил реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в 1,86 раза, в том числе:

- в стационарных условиях с учетом проживания и питания детей-инвалидов и сопровождающих детей-инвалидов лиц в 1,75 раза;
- в полустационарных условиях в 1,86 раза;
- в стационарных условиях без проживания и питания сопровождающих детей-инвалидов лиц в 1,97 раза.

Преимущества сделанных расчетов заключаются, с нашей точки зрения, в том, что, во-первых, расчеты обеспечивают прозрачность, во-вторых, просты и понятны в использовании, в-третьих, выполнены в доступной для любого специалиста форме (таблицы Excel), а также создают возможность индексации по каждой составляющей затрат с учетом прогнозных показателей роста заработной платы, тарифов на товары, работы и услуги в очередном году.

Расчеты просто корректировать в случае изменения продолжительности реабилитационных мероприятий, изменения условий проведения мероприятий в групповой или индивидуальной форме, существует возможность заменять (добавлять или исключать) должности специалистов, непосредственно проводящих реабилитационные мероприятия.

Также разработан электронный калькулятор для расчета штатной численности специалистов, непосредственно проводящих реабилитационные мероприятия. В «калькулятор штатов» внесены данные из Стандартов услуг:

- наименования должностей специалистов, проводящих реабилитационные мероприятия;

- продолжительность (время проведения) одного РМ в разрезе направлений реабилитации, скорректирована на коэффициент затрат рабочего времени на подготовительно-заключительные работы (применены повышающие коэффициенты 1,3 или 1,5), продолжительность проведения РМ в групповой форме скорректирована на расчетную наполняемость группы путем применения понижающего коэффициента 0,333;

- усредненное значение показателя кратности выполнения РМ.

Для получения результата в «калькулятор штатов» необходимо ввести плановое количество детей в разбивке по ЦРГ, которым планируется оказать услуги по КРиАДИ, и по итогам анализа данных провести округление получившихся результатов.

При необходимости, в штат отделения КРиАДИ дополнительно вводятся должности, не предусмотренные Стандартами услуг (например, заведующий отделением, воспитатели или дежурные по этажу (в расчете на круглосуточную работу), специалист по социальной работе, в обязанности которого входит работа с родителями детей, впервые получившими статус ребенка-инвалида, по информированию их о возможности пройти курс КРиАДИ, работа по оформлению документов).

В настоящее время учреждениями региона, реализующими пилотный проект по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, вырабатываются предложения о внесении изменений в Стандарты РМ в зависимости от возраста детей-инвалидов, в формы документов, оформляемых в процессе проведения курса реабилитации, по совершенствованию работы с электронными сертификатами.

**СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ИНКЛЮЗИИ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ
В МАЛОМ ПОСЕЛЕНИИ НА ПРИМЕРЕ ИНКЛЮЗИВНОГО КОМПЛЕКСА
«СОЦИОПОЛИС»**

Токарева Юлия Игоревна
*заведующий методическим отделением
Автономной некоммерческой организации
научно-практического социально-педагогического объединения
«Благое дело»,
п.г.т. Верх-Нейвинский*

Токарева Светлана Игоревна
*методист Автономной некоммерческой организации
научно-практического социально-педагогического объединения
«Благое дело»,
п.г.т. Верх-Нейвинский*

Аннотация. Статья посвящена вопросам инклюзии людей с ментальной инвалидностью и стационарозамещающим моделям их жизнеустройства на территории малого поселения. Представлен инклюзивный комплекс «Социополис», интегрирующий искусство, труд и обучение в процессе комплексной реабилитации/абилитации и социализации целевой группы. Рассмотрены этапы и реабилитационные/абилитационные мероприятия технологии комплексного жизнеустройства, включая сопровождаемое проживание, социальную занятость и трудоустройство, социокультурную инклюзию. Представлен успешный опыт включения людей с инвалидностью в жизнь сообщества.

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация; инклюзия; люди с инвалидностью; стационарозамещающие технологии.

**CREATING CONDITIONS FOR INCLUSION OF PEOPLE WITH DISABILITIES
IN A SMALL MUNICIPALITY USING THE EXAMPLE OF THE INCLUSIVE
COMPLEX “SOCIOPOLIS”**

Tokareva Yulia Igorevna
*Head of educational department
Autonomous Non-Profit Organization
Research and Practice Social Pedagogic Association “Blagoe Delo”
Verkh-Neyvinsky*

Tokareva Svetlana Igorevna
*Educator Autonomous Non-Profit Organization
Research and Practice Social Pedagogic Association “Blagoe Delo”
Verkh-Neyvinsky*

Abstract. The article is devoted to the issues of inclusion of people with mental disabilities and inclusive models of their livelihood on the territory of a small settlement. An inclusive complex "Sociopolis" is presented, integrating art, work and learning in the process of comprehensive rehabilitation/habilitation and socialisation of the target group. The stages and rehabilitation/habilitation activities of the technology of integrated living arrangements, including assisted living, social employment and socio-cultural inclusion, are considered. Successful experiences of including people with disabilities in community life are presented.

Keywords: holistic rehabilitation and habilitation; inclusion; people with disabilities; institutional-replacement technology.

В России, как и во всем мире, растет количество людей с инвалидностью. «Неуклонный рост детской инвалидности вследствие психических расстройств наблюдается как минимум в течение последнего десятилетия, а начиная с 2014 года эта группа болезней занимает в структуре детской инвалидности устойчивое первое место – преимущественно за счет расстройств психологического развития (в том числе расстройств аутистического спектра, по которым наблюдается самый интенсивный рост первичной детской инвалидности среди всех нозологических форм) и умственной отсталости» [3, с. 10]. Это означает, что в ближайшие десятилетия еще более остро встанет вопрос об организации жизни взрослых людей с ментальной инвалидностью, т.е. вопрос о развитии таких форм жизнеустройства, которые позволяют им жить в условиях обычного социального окружения, реализовывать свое право на труд, культуру и самостоятельный образ жизни.

Для решения, в том числе, этих вопросов 18 декабря 2021 года Распоряжением Правительства РФ № 3711-р была утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года (далее – Концепция). Она направлена на создание «необходимых условий для ... инклюзии, социальной адаптации и максимально возможной интеграции людей с инвалидностью во все сферы жизни общества, а также повышение качества их жизни» [3, с. 4].

А это означает, что работа с данной категорией граждан не исчерпывается только реабилитационными мероприятиями, которые, как правило, ограничены сроками реабилитационных (абилитационных) программ, с одной стороны, и функциональными возможностями организма человека с инвалидностью, с другой стороны. Речь идет как о комплексной реабилитационной (абилитационной) помощи, так и о последующем сопровождении человека в процессе социализации и инклюзии на протяжении жизни, что особенно актуально для людей с ментальной инвалидностью.

Сегодня все более значимую роль в расширении спектра помощи людям с инвалидностью играют социально ориентированные некоммерческие организации, которые активно создают инклюзивные центры в муниципалитетах и предлагают инклюзивные модели организации жизнеустройства людей с ментальной инвалидностью. Многие из них уже обладают достаточным опытом социальной, профессиональной и социокультурной реабилитации (абилитации), успешно реализуют задачи трудовой и социальной занятости, организации сопровождаемого проживания. Некоммерческие организации имеют возможность более гибко реагировать на меняющуюся ситуацию и запрос целевой группы. Благодаря тесному сотрудничеству с государственными организациями, бизнесом, органами государственной власти, они могут обеспечить широкое включение своих подопечных во все сферы жизни муниципалитета. Важным фактором является и территориальная доступность, так как такой центр работает, прежде всего, для клиентов муниципального образования.

Подобная стационарозамещающая модель успешно функционирует в рамках проекта «Социополис», который реализует Автономная некоммерческая организация «Благое дело». «Социополис» – это инклюзивный социальный комплекс для организации жизни людей с инвалидностью на территории малого поселения – поселка Верх-Нейвинский Свердловской области. Концептуальная модель комплекса ориентирована на удовлетворение как материально-биологических, так и социальных и духовных потребностей человека с инвалидностью и выстроена в соответствии с основными процессами человеческой психики. В ее основе лежит триальный метод, интегрирующий искусство, труд и обучение в процессе развития и самореализации человека с инвалидностью. Данный метод наилучшим образом позволяет активизировать его когнитивную, эмоциональную и мотивационную сферы, что открывает три пути для включения человека с ментальной инвалидностью в общество: через труд, через творчество, через обучение [4, с. 19-20].

Для этого в «Социополисе» созданы художественно-ремесленные мастерские, где организованы социальная занятость и сопровождаемая трудовая деятельность, творческие студии и Центр инклюзивной культуры, в которых проходит социокультурная адаптация и развитие творческих способностей, и квартиры сопровождаемого проживания, где проходит основное обучение навыкам самостоятельной жизни.

Соответственно, технология комплексного жизнеустройства получателей услуг с ментальной инвалидностью трудоспособного возраста, разработанная и предлагаемая автономной некоммерческой организацией «Благое дело», включает программы для решения типовых жизненных ситуаций «Сопровождаемое

проживание», «Организация социальной трудовой занятости и трудоустройства», «Социокультурная инклюзия». Все они реализуются поэтапно в формате «Социальный лифт».

Этапы технологии отражают деятельность специалистов по развитию навыков, компетенций и личностных качеств человека с инвалидностью и по созданию условий для его продвижения по ступеням социального лифта. В каждой программе можно выделить три основных этапа: подготовительный, учебный и поддерживающий [1, с. 109]. От этапа к этапу происходит рост компетенций и самостоятельности человека с инвалидностью. Соответственно, сокращается объем сопровождения от постоянного через регулярное к периодическому.

Подготовительный этап связан с информированием потенциальных получателей услуг о деятельности центра, консультированием по пакету необходимых документов, организацией приема, взаимодействием с другими ведомствами и проведением комплексной входной диагностики.

На учебном этапе проводится повторная диагностика трудовых возможностей в деятельности, диагностика социально-бытовых навыков, финансовой грамотности, физических, психологических и коммуникативных возможностей человека, оценка его реабилитационного потенциала. На основе результатов диагностики и сбора личных данных разрабатывается индивидуальная программа сопровождения и рекомендации по выстраиванию маршрута личностного и профессионального развития. Рекомендации реализуются через систему развивающих занятий, мотивационных мероприятий и мероприятий по социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической, профессиональной, социокультурной и физической реабилитации и абилитации. Социально-медицинское сопровождение ограничивается систематическим наблюдением за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья и содействием в получении медицинских услуг.

Мероприятия учебного этапа конкретизируются в зависимости от программы. Например, для сопровождаемого проживания важным фактором является ассистивная, инструктивная и замещающая помощь при обучении навыкам самостоятельной жизни в учебно-тренировочной квартире. При организации трудовой занятости особое место на учебном этапе занимают профориентация, проведение трудовых проб в разных мастерских, а также производственная адаптация и обучение на рабочем месте пользованию инструментом, техникам и технологиям работы с материалами, трудовым операциям. В случае достижения достаточно высокого уровня профессиональных навыков и социализации организация оказывает содействие в получении профессионального образования или обучении на курсах. Занятия и мероприятия по социокультурной инклюзии

направлены на арт-терапию, пробу сил в разных видах искусства и последующую специализацию, участие в разных видах досуговой деятельности.

На поддерживающем этапе технологии выбирается вид сопровождения в зависимости от нуждаемости, уровня социализации и сформированных навыков клиента: постоянное, регулярное или периодическое. Специалисты инклюзивного комплекса оказывают бытовое и организационное содействие, социально-психологическое сопровождение, предоставляют социальные услуги и проводят мероприятия по реабилитации и абилитации.

Таким образом, каждому этапу технологии соответствуют определенные мероприятия, а также набор услуг с указанием состава и элементов услуги, объема предоставления услуги и условий оказания услуги. К сожалению, следует отметить, что Стандарт социальных услуг, действующий в настоящее время, пока не включает услуги по реабилитации и абилитации, предложенные в Концепции, поэтому не охватывает полностью всю деятельность специалистов по поддержке своих клиентов.

Деятельность «Социополиса» не ограничивается рамками социального учреждения, так как без взаимодействия человека с ментальной инвалидностью с социумом не может быть полноценной социализации и накопления социального опыта. Поэтому одновременно «Социополис» является центром развития территории и моделью партнерства гражданского общества, государства и бизнеса.

«Социополис» работает на всех уровнях, которые влияют на жизнь человека с инвалидностью: на уровне личности, семьи, учреждения и общества. Организация «Благое дело» в данном случае выступает посредником между человеком и социальным окружением. Она обеспечивает его социальное функционирование в обществе, т.е. создает здоровьесберегающую поддерживающую среду, обеспечивает комплексную реабилитацию и абилитацию, защищает интересы и права, продвигает продукцию и услуги людей с инвалидностью в обществе, обеспечивает партнерские связи и выход в социум.

Работники мастерских выполняют заказы на продукцию от местного сообщества: частных клиентов, организаций и бизнеса. В рамках проектной деятельности мастерские также производят благотворительную продукцию для малоимущих семей, беженцев, социальных и волонтерских организаций. Люди с инвалидностью помогают в проведении мастер-классов в программе инклюзивного тура «Легенды старого Верх-Нейвинска», участвуют в создании экспонатов для инклюзивных художественных выставок.

Благодаря сотрудничеству с профессионалами сферы культуры в АНО «Благое дело» возникают новые инклюзивные коллективы, проводятся инклюзивные творческие лаборатории. В результате этого взаимодействия рождаются

новые формы инклюзивного искусства. Центр инклюзивной культуры «Социополис» стал современным культурным лофт-пространством и точкой притяжения в поселке, где проводятся концерты инклюзивных творческих студий и приглашенных коллективов, выставки художественного творчества, кинопоказы, мастер-классы, моноспектакли и театральные постановки, встречи с интересными людьми, бард-кафе и арт-кафе, конференции и семинары.

Люди с инвалидностью, в том числе с ментальной, участвуют в распространении опыта АНО «Благое дело» на мастер-классах и семинарах для специалистов в формате реверсивного наставничества, становятся экспертами по собственной ситуации на тренингах инклюзивного взаимодействия либо экспертами инклюзивной среды в учреждениях культуры.

Выпускники детских домов-интернатов и участники программ сопровождаемого проживания из психоневрологических интернатов живут в условиях обычной городской или сельской среды, взаимодействуют с жителями, способствуют развитию толерантности местного населения.

Таким образом, благодаря комплексному подходу «Социополис» создает такие условия, возможности для развития и взаимодействия, которые позволяют даже людям с серьезными функциональными нарушениями, в том числе ментальными, активно участвовать в главных сферах жизни общества – в экономике, просвещении и культуре – согласно разделам d8 и d9 Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [2, с. 192, с. 197].

Список литературы

1. Дорохова Т.С. Социально-педагогическое сопровождение людей с инвалидностью в рамках проекта «Социополис» / Т.С. Дорохова, Ю.И. Токарева, С.И. Токарева. // Педагогическое образование в России. 2021. № 1. С. 105-111. DOI: 10.12345/2079-8717_2021_01_13.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. URL: <https://zdravmedinform.ru/icf.html?ysclid=1f2f1xj4jy607487685> (дата обращения: 10.03.2023).

2. Российская Федерация. Правительство Российской Федерации. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года: Распоряжение Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. № 3711-р // Правительство Российской Федерации: офиц. сайт. URL: <http://static.government.ru/media/files/xjgGMUIASodvh3c8R4hAqxEEDgtFdM2g.pdf> (дата обращения: 10.03.2023).

3. «Социополис» как инклюзивная модель организации жизнеустройства людей с инвалидностью: научно-методическое пособие / Е.Е. Андреева, Ю.Н. Галагузова, Е.П. Гнусарева [и др.]; науч. ред. Ю.Н. Галагузова. Екатеринбург: Ажур, 2021. 284 с.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

Тюлькина Любовь Николаевна

*главный внештатный специалист по медицинской реабилитации детей
МЗ УР, заведующая отделением физиотерапии и коррекционной педагогики
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Пупков Павел Витальевич

*главный врач
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Зыкина Софья Андреевна

*студент, факультет «педиатрический»
Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России
г. Ижевск*

Аннотация. В статье анализируются основные направления и мероприятия по развитию медико-социальной реабилитации в системе здравоохранения Удмуртской Республики. Рассматривается организация программы медицинской реабилитации у детей с задержкой речевого развития.

Ключевые слова: задержка речевого развития; реабилитация; инвалидность.

**INTEGRATED APPROACH TO THE MEDICAL AND SOCIAL PROGRAM
IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPEECH DELAY**

Tyulkina Lyubov Nikolaevna

*Chief Freelance Specialist in Medical Rehabilitation of Children
MH UR, Head of the Department of Physiotherapy and Correctional Pedagogy
BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Pupkov Pavel Vitalievich

*chief physician
BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Zykina Sofia Andreevna

*student, Faculty of Pediatrics
Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia
Izhevsk*

Abstract. The article analyzes the main directions and activities for the development of medical and social rehabilitation in the healthcare system of the Udmurt Republic. The organization of a medical rehabilitation program for children with delayed speech development is considered.

Keywords: delayed speech development; rehabilitation; disability.

Цель. Целью данной программы является ранняя диагностика прогнозирования расстройств речевого развития, медицинское лечение, реабилитация, профилактика инвалидности и социальная адаптация в обществе.

Задержка речевого развития – более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми. Задержка формирования речи может быть результатом различных причин: психосоциальной депривации, нарушения слуха, задержки психического развития, аутизма, тяжелых неонатальных поражений мозга, детского церебрального паралича, позднего созревания ребенка и многих других.

Речь – моторный акт артикулярной реализации вербальных реакций. Язык – система символов межперсональных отношений. Ни один из нас не мыслит на русском, немецком или английском языке. Человек мыслит символами. Для того чтобы реализовать символ в язык и реализовать язык речью, необходимы сложнейшие реакции в их взаимоотношении.

Задержка речевого развития в настоящее время является одной из наиболее актуальных и распространенных состояний детского возраста. В дальнейшем данная патология оказывает влияние на социальную и школьную адаптацию ребенка, уровень его развития и является одной из причин отставания от школьной программы. По мере взросления развиваются неврозы, страхи – углубляются пограничные состояния, и ребенок становится психически неустойчивой личностью.

Материал и методы. Исследование включало 345 пациентов, пролеченных за с января 2022 по июнь 2022 года в возрасте старше 2,5 лет. Из них в 78% составляли мальчики.

Чаще всего дети и их родители предъявляли жалобы на задержку или недоразвитие речи, ограничение и неловкость в мелкой моторике, психоэмоциональную нестабильность, гипердинамию. В ходе неврологического осмотра часто наблюдалась легкая диффузная гипотония, мелкоочаговая симптоматика, нарушение статики или координации.

В медицинской организации разработан комплекс мероприятий по диагностике и лечению задержки речевого развития.

Задачами реабилитационной программы явились:

1. Диагностика и лечение (формирование) у детей с задержкой речевого развития. Осмотр и контроль состояния ребенка: наблюдение неврологом, педиатром, логопедом, воспитателем, психиатром, ортопедом (по показаниям).

2. Проведение бесед, семинаров круглых столов с родителями для улучшения коммуникабельности внутрисемейных отношений. Психотерапевтическая поддержка семьи. Оздоровление детей медикаментозными, физиотерапевтическими методами и лечебной физкультурой с использованием различных тренажеров по индивидуальной и групповой методике.

3. Профилактика детской инвалидности.

В комплекс реабилитации были включены следующие мероприятия:

1. Ручной массаж шейно-воротниковой области и аппаратный массаж при помощи бесконтактной гидромассажной ванны «Акварелакс».

2. Лечебная физкультура в группе или по индивидуальной программе; на различных тренажерах (степпер, беговой дорожке, велотренажере и др.).

3. Физиотерапевтическое лечение: лекарственный электрофорез (сульфатом магния, натрием бромом, эуфиллином, кальцием хлоридом и др.), синусомодулированные токи от аппарата «Амплипульс – 5», лазеротерапия от аппарата «Рикта», фотохромотерапия от аппарата «Биоптрон» шейно-воротниковой зоны и кистей рук.

4. Парафино-озокеритовые аппликации на шейно-воротниковую зону.

5. Медикаментозная терапия в условиях стационара, а затем рекомендовалось продолжить на амбулаторном лечении от 1 до 6 месяцев: кортексин, церебролизин в инъекциях в/м, магний В 6, глицин, фенибут, церебро и др.

6. Занятия с логопедом и психологом.

7. Рекомендации психиатра.

На первом плане у данных пациентов находятся речевые нарушения на фоне резидуально-органического поражения ЦНС. Такие дети чаще подвержены негативному внешнему влиянию, у них появляются проблемы адаптации в социуме. В последующем они испытывают трудности в обучении в школе.

Поэтому мы разработали программу медико-социальной реабилитации детей с задержкой и недоразвития речи на базе БУЗ УР «РДКБ МЗ УР».

Результаты. В результате реабилитационного лечения наблюдалась выраженная положительная динамика клинических симптомов в виде улучшения концентрации внимания, снижения гиперактивности, значительное расширения словарного запаса и увеличение понимания речи, социальная адаптация ребенка в дошкольном учреждении и в школе. Значительное улучшение отметило 87 человек, улучшение 251, неопределенных – 7. Для закрепления результатов многим пациентам порекомендованы повторные курсы реабилитационного лечения через три месяца.

Заключение. Таким образом, в реабилитации детей с задержкой развития речи важен комплексный подход, включающий в себя медикаментозные, физиотерапевтические и психотерапевтические методы лечения.

Список литературы

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина? // Физиотерапия, Бальнеология, Реабилитация. 2017. № 1. С. 3-12.
2. Давыдкин Н.Ф. Медицинская реабилитация, восстановительная медицина – что это? (вопросы терминологии) // Нелекарственная медицина. 2019. № 1. С. 4-11.
3. Диденко Л.Н. Особенности реабилитации инвалидов с нарушением зрительных функций // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2019. № 4. С. 73-76.
4. Епифанов Е.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие. Москва: ГЕОТАР Медиа, 2017. С. 328.
5. Ильина И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учебное пособие для СПО. М.: Юрайт, 2019. 393 с.
6. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: учебник. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2019. С. 360.

**ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ
У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Тюлькина Любовь Николаевна

*главный внештатный специалист по медицинской реабилитации детей
МЗ УР, заведующая отделением физиотерапии и коррекционной педагогики
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Пупков Павел Витальевич

*главный врач
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Зыкина Наталья Ибрагимовна

*врач невролог, врач рефлексотерапевт
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Краснова Алина Николаевна

*кандидат медицинских наук
преподаватель кафедры неврологии, нейрохирургии
и медицинской генетики
Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России
г. Ижевск
заведующая психоневротическим отделением № 2,
БУЗ УР «Республиканская детская клиническая больница» МЗ УР
г. Ижевск*

Аннотация. В статье представлены мероприятия по развитию ботулинотерапии в системе здравоохранения Удмуртской Республике. Ботулинотерапия – метод выбора лечения спастических форм детского церебрального паралича.

Ключевые слова: ботулинотерапия; детский церебральный паралич (ДЦП); полис обязательного медицинского страхования; инвалидность.

**APPLICATION OF BOTULINE THERAPY IN CHILDREN'S PRACTICE
IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY**

Tyulkina Lyubov Nikolaevna

*Chief Freelance Specialist in Medical Rehabilitation of Children, MH UR, Head
of the Department of Physiotherapy and Correctional Pedagogy*

*BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Pupkov Pavel Vitalievich
chief physician

*BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Zykina Natalya Ibragimovna
neurologist, reflexologist

*BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Krasnova Alina Nikolaevna
Candidate of Medical Sciences

*Lecturer, Department of Neurology, Neurosurgery
and medical genetics*

*Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia
Izhevsk*

head of the psychoneurotic department № 2,

*BUZ UR "Republican Children's Clinical Hospital" MH UR
Izhevsk*

Abstract. The article presents measures for the development of botulinum therapy in the healthcare system of the Udmurt Republic. Botulinum therapy is the method of choice for the treatment of spastic forms of cerebral palsy.

Keywords: botulinum toxin therapy; cerebral palsy (CP); compulsory medical insurance policy; disability.

Цель. Целью данной программы является применения ботулинического токсина тип А при лечении детей, страдающих спастическими формами детского церебрального паралича. Финансирование данной методики в полном объеме обеспечивается региональным отделением территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Детский церебральный паралич, или ДЦП – это понятие, объединяющее в себе разнообразные двигательные нарушения, возникающие у ребенка в результате повреждения той или иной мозговой структуры в перинатальном периоде. Согласно статистике, на территории России распространенность данного заболевания составляет от 2,5 до 6 случаев на 1 тысячу детей. При этом недоношенные малыши значительно чаще сталкиваются с такой патологией.

Материал и методы. В настоящее время в Удмуртской Республике насчитывается более 800 детей с ДЦП. Исследование проводилось специалистами БУЗ

УР «РДКБ МЗ УР» включало 542 ребенка с диагнозом детский церебральный паралич. В данном исследовании преимущественно участвовали дети-инвалиды в возрасте от 2 лет до 17 лет 11 месяцев. Методика ботулинотерапии проводилась 493 детям при плановой госпитализации в психоневрологическое отделение № 2 в условиях стационарного лечения на базе БУЗ УР «РДКБ МЗ УР». А с июня 2022 года по настоящее время были организованы выездные бригады специалистов на базу социального учреждения подведомственного Министерству социальной политики и труда УР – автономное стационарное учреждение социального обслуживания УР «Канифольный детский дом – интернат для умственно отсталых детей». На базе автономное стационарное учреждение социального обслуживания УР «Канифольный детский дом – интернат для умственно отсталых детей» было осмотрено 98 детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, из них взято для проведения процедуры ботулинотерапии 49 человек с диагнозом детский церебральный паралич. И проведено пять циклов ботулинотерапии. Введение препарата производят непосредственно в мышцу, мышечный тонус которой планируют уменьшить. Поэтому продолжительность процедуры зависит от количества мышц, в которые врач будет вводить препарат, их называют «мышцы-мишени». Количество мышц определяют накануне по результатам подробного исследования состояния двигательной сферы ребенка.

Доза препарата рассчитывается в зависимости от возраста и веса ребенка. Вводится в мышцу под контролем ультразвукового датчика. С апреля 2022 года стали активно применять ботулинотерапию у детей с спинальной мышечной атрофией. Данная методика проведена у 20 детей в возрасте от 4 до 13 лет. На фоне проведенной курсовой терапии значительно улучшилось качество жизни пациента, облегчился уход за ребенком-инвалидом, улучшились речевые функции. Финансирование данной методики в полном объеме обеспечивается средствами фонда ТФОМС Удмуртской Республики. Ботулинический токсин А входит в стандарт оказания медицинской помощи детям с ДЦП, препарат не обладает токсическим действием, не метаболизируется в почках, не вызывает мышечной атрофии. После проведения процедуры ботулинотерапии детям назначается комплекс реабилитационных мероприятий, обеспечивающих улучшение двигательных, разговорных и интеллектуальных навыков. Комплекс лечебных мероприятий разрабатывается для каждого ребенка индивидуально в зависимости от преобладания тех или иных симптомов.

Результаты. Ботулинотерапия у детей повышает качество жизни пациентов. Организационные мероприятия межведомственного взаимодействия между Минздравом и Министерством социальной политики и труда Удмуртской Республике в отношении ботулинотерапии наладили лечение и учет детей, нуждаю-

щихся в данном методе лечения. В результате проведенных мероприятий наблюдалась выраженная положительная динамика клинических симптомов в виде уменьшения спастичности мышц, увеличивает объем движения и самообслуживания маленьких пациентов. Значительное улучшение отметило более 23%, улучшение 71%, неопределенных – 6%. Для закрепления результатов всем пациентам рекомендованы повторные курсы ботулинотерапии через 3–6 месяцев.

Заключение. Таким образом, в реабилитации детей с детским церебральным параличом важен комплексный подход, включающий в себя проведение ботулинотерапии и реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Батышева Т.Т. Физическая и реабилитационная медицина при церебральном параличе у детей. Национальное руководство. Ч. II / под ред. Т.Т. Батышевой. М., 2021. 308 с.
2. Дорофеев А.Л., Коренева П.В., Сорголь А.Е., Шульга Т.В. Практические аспекты ботулинотерапии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 2-2. С. 179-184.
3. Ключкова О.А. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации / О.А. Ключкова, А.Л. Куренков, Л.С. Намазова-Баранова // Вестн. РАМН. 2013. № 11. С. 38- 48.
4. Колиева М. Возрастные изменения шеи и области декольте. Взгляд дерматокосметолога / М. Колиева, М. Чернышова // Эстет.медицина. 2010. № 4. С. 431-439.
5. Королева А.А. Восстановительное лечение постинсультной эквиновариусной деформации стопы методом ботулинотерапии / А.А. Королева, Г.А. Суслова // Паллиативная медицина и реабилитация. 2011. № 1. С. 31-33.
6. Хасанова Д.М., Мунасипова С.Э., Латыпова Г.Р., Калашникова О.С., Залялова З.А. Использование ботулотоксинов в лечении неврологических заболеваний // Практическая медицина. 2011. № 7 (55). С. 217-218.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Федяева Марина Александровна

учитель начальных классов

КОУ ХМАО-Югры

*«Ханты-Мансийская школа для обучающихся
с ограниченными возможностями здоровья»,*

г. Ханты-Мансийск

Аннотация. В данной статье описываются психолого-педагогические возможности применения арт-терапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья; рассматриваются различные техники арт-терапии, особенности их применения, их влияние на развитие ребенка и психотерапевтический эффект.

Ключевые слова: арт-терапия; функции арт-терапии; виды арт-терапии; ОВЗ.

USE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN WORK WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

Fedyayeva Marina Alexandrovna

primary school teacher

KOU KhMAO-Yugra

*"Khanty-Mansiysk school for students
with disabilities,*

Khanty-Mansiysk

Abstract. This article describes the psychological and pedagogical possibilities of using art therapy in working with children with disabilities; various techniques of art therapy are considered, the features of their application, their influence on the development of the child and the psychotherapeutic effect.

Keywords: art therapy; functions of art therapy; types of art therapy; HIA.

*«Дети должны жить в мире красоты, игры,
сказки, музыки, рисунка, фантазии, творчества...»*

Василий Сухомлинский

Внутренний мир ребенка с проблемами в развитии сложен и многообразен. Как помочь таким детям увидеть, услышать, почувствовать все многообразие

окружающей среды, познать свое Я, раскрыть его и войти в мир взрослых, полноценно существовать и взаимодействовать в нем, развивать себя и в то же время заботиться о своем здоровье?

Найти ответ на этот вопрос помогут новые технологии, обеспечивающие познавательное развитие детей. Одной из них, несущей особые коррекционные и развивающие возможности, является арт-терапия.

Арт-терапия или, буквально, «терапия искусством». Термин этот был введен в далеком 1938 году А. Хиллом. Главная цель арт-терапии – гармонизация личности, психологического и эмоционального состояния. Поэтому значение метода особенно возрастает, когда речь заходит о детях с ограниченными возможностями здоровья. Через развитие возможностей самопознания и самовыражения средствами художественной деятельности можно изменить стереотипы поведения, повысить адаптационные способности, найти компенсаторные возможности такого ребенка и в конечном итоге – успешно социализировать.

Арт-терапия – безопасная среда, способствующая самовыражению и спонтанной активности. Поэтому приемы и техники подбираются с учетом возможностей ребенка, любые усилия ребенка в ходе работы должны быть интересны и приятны ему. Ребенок имеет право отказаться от выполнения некоторых заданий и выбирать подходящие для него виды и содержание творческой деятельности. Взрослый должен избегать оценочных суждений и сравнений. Основные цели арт-терапевтического занятия – психотерапевтическая и коррекционная, а не обучающая. Поэтому ориентироваться нужно, прежде всего, на процесс, а не на результат. Искусство – лишь средство, которое помогает лучше понять ребенка и его внутренний мир [8].

В последнее время появилось множество приемов по арт-терапии: кляксография; пластилинография; композиции из цветного песка; рисование солью по мокрому; рисование пальчиками, ладошками; «рисование» крошкой из сухих листьев; ниткография; «рисование» крупой; изотерапия; песочная терапия; фототерапия; игротерапия; музыкотерапия; вокалотерапия; сказкотерапия.

Практически каждый ребенок с особенностями развития может участвовать в арт-терапевтической работе, которая не требует от него каких-либо способностей к изобразительной деятельности или художественных навыков. Кроме того, продукты изобразительного творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей ребенка, что позволяет использовать их как диагностику. Арт-терапия позволяет познавать себя и окружающий мир [1].

Предлагаю несколько описаний техник, используемых мною в работе, которые просты в применении и будут интересны нашим детям:

Сценическое искусство. Мы с ребятами участвуем в спектаклях, сценках, инсценировках. Участие ребенка в театральной постановке помогает ему погрузиться в мир собственных переживаний, учит его выражать свои чувства не только словами, но и жестами, мимикой, движениями. Ребенок, примеряя на себя различные образы, обретает индивидуальность и учится понимать переживания других людей, а педагог во время занятий мягко проводит психологическую коррекцию поведения ребенка (рис. 1).



Рис. 1. В гостях у Хозяйки Тайги) (инсценировка военно-патриотической песни)

Песочная терапия. Все дети любят играть с песком, а педагог, наблюдая за ними, может анализировать состояние ребенка. При работе с песком дети проявляют свой внутренний мир и даже могут корректировать определенные стороны своей личности. Такая работа отлично развивает мелкую моторику и учит ребенка концентрироваться (рис. 2).



Рис. 2. Примеры рисунков, выполненных в технике песочной терапии

Техника каракулей. Эту технику использую в работе с детьми как инструмент развития ценных социальных качеств (терпения, внимательности и др.), а также для повышения самооценки. Изображение создается без красок, с помощью карандашей и мелков. Из отдельных каракулей может сложиться образ, либо сочетание предстанет в абстрактной манере. Каракули помогают расшевелить ребенка, дают почувствовать нажим карандаша или мелка, снимают мышечное напряжение.



Рис. 3. Рисование мелками (рисование восковыми карандашами)

Рисование крупной. Игры с крупной развивают у детей воображение, фантазию, тактильную чувствительность, снижают эмоциональное напряжение, расслабляют. Это прекрасная возможность выразить свои чувства. Рисование крупной дает отличный результат релаксации. Чтобы дополнить картину, мы с ребятами используем пластилин, камушки, семечки, орешки, тесьму (рис. 4).



Рис. 4. Рисование крупной

Пластилинография. Во время выполнения практических заданий по пластилинографии включаются различные группы мышц, происходит коррекция

моторики рук, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы. Тренируя пальцы рук, мы оказываем мощное воздействие на работоспособность коры головного мозга, а, следовательно, и на развитие речи. Поэтому применение пластилинографии, ориентированной на развитие, является незаменимой в коррекционной работе (рис. 5).



Рис. 5. Рисунки, выполненные в технике пластилинографии

Рисование пальчиками, ладошками. Краска-терапию активно используют, чтобы помочь ребенку адаптироваться в окружающем мире, научить его видеть мир абсолютно разными окружающими красками, научить ребенка радоваться жизни, ну и конечно, развивать его творческие способности. Вообще, работа с красками очень интересна и всегда нравится детям, потому что даже в тот момент, когда ребенок не знает, как выразить свою мысль, он может рассказать о том, о чем он сейчас думает с помощью красок (рис. 6).



Рис. 6. Рисование пальчиками, ладошками

Музыкальная релаксация. Данные упражнения направлены на коррекцию психоэмоциональной сферы ребенка, на приобретение навыков расслабления. При выполнении данных упражнений важно отвлечь ребенка от травмирующих переживаний и помочь ему при помощи музыки увидеть всю красоту мира. Все упражнения комментируются педагогом под определенную музыку, вызывая различные эмоции. Например, упражнение для активизации жизненных сил «Энергия» (для гиперактивных детей), муз. М. Равеля «Болеро» [4].

Ниткография. Красивые необычные работы получаются у нас с помощью ниток. Работа с нитью позволяет нам решать сразу несколько дидактических и коррекционных задач: совершенствовать зрительное восприятие детей, развивать зрительно-моторную координацию, формировать плавность, ритмичность и точность движений, развивать мелкую моторику, подготавливать руку ребенка к письму, развивать и нормализовать эмоционально-волевую сферу, формировать учебную мотивацию (рис. 7).



Рис. 7. Ниткография

Об эффективности арт-терапии можно судить на основании положительной динамики ребенка в развитии и активизации участия в занятиях, усилении интереса к результатам собственного творчества, увеличения времени самостоятельных занятий. Многочисленные данные показывают, что дети с ограниченными возможностями нередко открывают в себе творческие возможности и после прекращения арт-терапии продолжают самостоятельно увлеченно заниматься разными видами творчества, навыки которых они приобрели в процессе занятий.

Ожидаемые результаты работы. Психологический аспект: коррекция эмоционально-волевой сферы, дефицитарного развития интеллекта; повышение стрессоустойчивости, самооценки, улучшение саморегуляции поведения; оптимизация психических процессов и функций.

Социальный аспект: гармонизация личностного и интеллектуального потенциала; эмоциональная готовность – восприимчивость к социуму; гармонизация внутрисемейных отношений; снижение уровня конфликтности в социуме.

Педагогический аспект: раскрытие творческого потенциала и творческих возможностей несовершеннолетних; развитие эстетического кругозора.

Арт-терапия имеет мощный потенциал, актуализация которого позволяет кардинально менять дидактические подходы к процессу обучения, воспитания, развития личности, организации и реализации совместной интеллектуальной и эмоционально-художественной деятельности педагога и воспитанника с особенностями развития [7].

Таким образом, использование арт-терапии связано с применением **инновационных**, креативных способов и подходов, что позволяет ребенку ощутить и понять самого себя, свободно выразить свои мысли и чувства, освободиться от конфликтов, сильных переживаний и комплексов, помогает быть самим собой, мечтать и творить.

Как показывает наш опыт, использование арт-терапии в работе с детьми с особенностями развития позволяет сделать процесс обучения коррекционно-развивающим, увлекательным, повышает познавательный интерес и эффективность учебного процесса, помогает достигать лучшего результата в обучении.

Комплексное, гармонизирующее влияние арт-терапии на организм ребенка позволяет говорить о перспективности **использования** данного направления в системе воспитательно-образовательного процесса в соответствии с ФГОС как **инновационной технологии**.

Список литературы

1. Бетенский М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. СПб., 2002.
2. Богданович В. Новейшая арт-терапия. О чем молчат искусствоведы. М.: Золотое Сечение, 2008.
3. Выготский Л.С. Психология искусства. М.: Искусство, 2006.
4. Ермолаева М.В. Практическая психология детского творчества. Воронеж: МОДЭК, 2005. 302 с.
5. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми. СПб.: Речь, 2008.
6. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. СПб, 2002. 368 с.
7. Копыткин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия для детей и подростков. Изд. 2-е, стер. М.: Когито- Центр, 2017.
8. Ушакова В.Р., Сухонина Н.С. Психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья методами арт-терапии. Симферополь, 2019. 171 с.

**ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ МЕТОД В ФОРМИРОВАНИИ
АРТИКУЛЯЦИОННЫХ ДВИЖЕНИЙ ПРИ ЗАПУСКЕ РЕЧИ**

Чернышева Ольга Владимировна

логопед

*казенного общеобразовательного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры*

«Сургутская школа для обучающихся

с ограниченными возможностями здоровья»,

г. Сургут

Ибрагимова Эмира Зияддиновна

дефектолог

*казенного общеобразовательного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры*

«Сургутская школа для обучающихся

с ограниченными возможностями здоровья»,

г. Сургут

Аннотация. В данной статье представлен теоретический материал описания одного из методов работы по запуску речи у неговорящих обучающихся. Проанализированы литературные данные по возможным формам работы по запуску речи. Кратко изложено направление телесно-ориентированного подхода, его диагностический инструментарий и технология работы.

Ключевые слова: телесно-ориентированный метод; тактильно-кинестетическое воздействие; артикуляционный аппарат; тонус; голосовой контроль; нижнечелюстной контроль; губно-лицевой контроль; языковой контроль; последовательность движений; просодия.

**BODY-ORIENTED METHOD IN THE FORMATION OF ARTICULATION
MOVEMENTS WHEN STARTING SPEECH**

Chernysheva Olga Vladimirovna

speech therapist

state educational institution

Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra

«Surgut school for students with disabilities»,

Surgut

Ibragimova Esmira Ziyaddinovna
defectologist
state educational institution
Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra
«Surgut school for students with disabilities»,
Surgut

Abstract. This article presents the theoretical material for describing one of the methods of work on starting speech in non-speaking students. Literature data on possible forms of work on starting speech are analyzed. The direction of the body-oriented approach, its diagnostic tools and technology of work are briefly outlined.

Keywords: body-oriented method; tactile-kinesthetic impact; articulation apparatus; tone; voice control; mandibular control; lipo-facial control; language control; sequence of movements; prosody.

Проблемой изучения речевых расстройств занимаются многие ученые. А.Р. Лурия, опираясь на свои исследования речевых процессов, установил, что причиной речевых нарушений является относительная слабость одного из полушарий головного мозга [4, с. 9]. Т.Г. Визель считает, что именно конфликт между полушариями головного мозга становится причиной речевых расстройств [3, с. 23]. М.И. Жинкин, М. Зейман, В.М. Шкловский считают, что причиной речевых нарушений является нарушение взаимодействия между корой головного мозга и подкорковыми структурами. Логопеды и педагоги Ю.А. Поворинский, М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренская, С.С. Ляпидевский относят нарушения речи к неврозам [5, с. 11].

Нарушение речи представляет серьезную медицинскую, психологическую, педагогическую и социальную проблему, ведь речевое развитие ребенка предполагает гармоничное развитие, оптимальную социальную адаптацию в обществе, коллективе, школе, семье.

Телесно-ориентировочная терапия насчитывает более пятидесяти теоретико-методологических подходов: массаж [5, с. 27], работа с оральным сегментом, который включает мышцы подбородка, шеи и затылка [8, с. 49]; методика обучения интегрированным движениям, основанную на уравновешенности положения между головой и позвоночником [1, с. 84]; сочетание невербальных и вербальных методов [2, с. 20]; метод систематического манипулирования тактильно-кинестетически-проприоцептивной информации, на которой хотелось бы остановиться подробнее.

В конце 1970-х годов началась разработка метода систематического манипулирования тактильно-кинестетически-проприоцептивной информации, поступающей к структуре и мускулатуре артикуляционного аппарата, для формирования речевых высказываний у детей с тяжелыми моторными нарушениями речи. Основой данных разработок является теория когнитивных схем Жана Пиаже, который рассматривает развитие речи с точки зрения описания общих свойств мышления и подходов к решению задач на различных стадиях жизни. По Пиаже, знание приобретается через действие, а научение происходит посредством сенсорного опыта.

Развитие тактильно-кинестетических систем рассматривается в ранних работах ученых и практикующих врачей, которые исследовали, что тактильная система влияет на развитие нейронных связей мозга в норме и патологии, и задействовали ее в клиническом лечении моторных нарушений, в том числе речевой артикуляции. В публикации 1984 года зарубежного исследователя и педагога Deborah Nauden описаны результаты исследований принципа взаимодействия кинестетической, проприоцептивной, слуховой и зрительной информации для воспроизведения речи. Данная работа имеет высокий уровень практической значимости в логопедии и может являться дополнительным инструментарием в работе по запуску речи [6, с. 46-53]. Исследования основывались на изучении процесса речепроизводства и восстановлении взаимодействия систем: фонации, нижнечелюстных, губно-лицевых и языковых, при помощи тактильного воздействия, для формирования звуков речи.

На сегодняшний день данная техника представляет собой единую модель, которая включает в себя слуховое, зрительное, тактильно-сенсорное и моторно-речевое развитие. Сформированный звук, слог (звукоподражания), слово вводятся в речь ребенка как коммуникативная функция, проигрывается в ситуациях, в которых ребенку пригодится данное высказывание.

Телесно-ориентированный метод предусматривает диагностику развития моторной речи. Она состоит из семи стадий:

1. Первоначально оценивается тонус речевого аппарата, гипертонус, гипотонус либо состояние нормы.

2. Голосовой контроль оценивает силу и наличие голоса. Тонус и голосовой контроль, являются движущей речепроизводства.

3. Нижнечелюстной контроль оценивает умение ребенка воспроизводить звуки, которые требуют только движения челюсти (такие слова как *мама, ам, на*).

4. На стадии губно-лицевого контроля оценивается лабиализация, то есть умение ребенка изменять положение губ вне зависимости от челюсти, округлять губы (например, звукоподражание МУ).

5. Языковой контроль включает в себя заднеязычные звуки (например, звукоподражание КАП).

6. Непосредственное переключение нескольких артикуляционных движений (например, слово ГУБА).

7. Просодика, интонация вопросительных предложений, восхищений (например, «ну, я молодец!»).

Каждая стадия состоит от 3 до 7 оценочных критериев, по которым выводится процентное соотношение, на основании которого выстраивается коррекционная работа.

Технология предусматривает определенные принципы в работе. Запуск речи предполагает постановку той или иной вокализации, то есть отдельного звука, сразу в нужном артикуляционном положении, так как он и встречается в вокальной речи. Например, при обучении звуку А педагог не дает образец этого звука утрированно, широко раскрывая рот, образец визуальный и тактильный сразу задается нужным раскрытием челюсти.

Воздействие осуществляется на точки, находящиеся на круговой мышце рта, на щечных, на скуловых и челюстно-подъязычной мышцах. Точечное воздействие по каждому звуку системно и структурированно.

Воздействие на данные точки при воспроизведении ребенком слова должно воспроизводиться педагогом достаточно быстро, переключение положения пальцев должно соответствовать плавности речи ребенка. Данный навык требует время для автоматизации. Также данная технология предусматривает плавный переход от максимального тактильно-мышечного воздействия до снижения механической помощи. Практически каждый звук имеет поверхностное воздействие и параметрическое, то есть глубинное воздействие, которое задает более точные параметры звука, к ним относятся точки челюстно-подъязычной мышцы [7, с. 613-621].

Технология телесно-ориентированного подхода доказала свою значимость во многих странах мира. Этот метод может служить дополнительным инструментарием любому логопеду, что способствует наилучшему результату в коррекции речевых нарушений.

Список литературы

1. Александер Ф.М. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание: методика устойчивой нормализации речи. М.: Эребус, 1993. 160 с.
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТ Астрель; Транзиткнига, 2005. 384 с.

4. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной М.: Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2008. 60 с.
5. Шевцова Е.Е. Психолого-педагогическая диагностика и коррекция заикания. М.: В. Секачев, ИОИ, 2009. 272 с.
6. Grigos M., Hayden D., & Eigen J. Perceptual and articulatory changes in speech production following PROMPT treatment // Journal of Medical Speech Pathology. 2010. № 18 (4). P. 46-53.
7. Hayden D., Вмешательство PROMPT для детей с тяжелой задержкой речевой моторики: рандомизированное контролируемое исследование. URL: <https://www.nature.com/articles/s41390-020-0924-4> (дата обращения: 10.11.2022).
8. Frager R., Fadiman J. Personality & Personal Growth. 2002. 395 p.

**ПРИМЕНЕНИЕ МКФ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ
ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ
ПО ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Шестакова Елена Васильевна

директор ГАУ

«Областной центр реабилитации инвалидов»

г. Екатеринбург

Рогачева Татьяна Владимировна

заведующий отделением реабилитационной

диагностики и мониторинга

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

г. Екатеринбург

Аннотация. В статье представлены возможности МКФ как нормативного документа для комплексной реабилитации и абилитации с учетом всех направлений, определенных нормативными документами. Показано, что применение МКФ позволяет специалисту комплексно подойти к организации и оказанию социальных услуг в реабилитации и абилитации.

Ключевые слова: социальная реабилитация; функционирование; активность; участие.

**THE USE OF ICF IN THE PROVISION OF COMPREHENSIVE
REHABILITATION AND HABILITATION SERVICES
IN THE MAIN AREAS OF REHABILITATION**

Shestakova Elena Vasilyevna

Director of the GAU "Regional Center for Rehabilitation of the Disabled"

Yekaterinburg

Rogacheva Tatiana Vladimirovna

Head of the Department of Rehabilitation Diagnostics and Monitoring

GAU "Regional Center for Rehabilitation of disabled people"

Yekaterinburg

Abstract. The article presents the possibilities of the ICF as a normative document for comprehensive rehabilitation and habilitation, taking into account all areas defined by normative documents. It is shown that the use of ICF allows a specialist to comprehensively approach the organization and provision of social services in rehabilitation and habilitation.

Keywords: social rehabilitation; functioning; activity; participation.

В конце 2021 года Распоряжением Правительства РФ была принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года [1]. В Концепции подчеркивается, что, несмотря на важную роль медицинской реабилитации, «реабилитация и абилитация инвалидов не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами» [Там же]. Анализ российских нормативных правовых документов в области комплексной реабилитации и абилитации позволяет научному сообществу актуализировать усилия по дальнейшей разработке проблемных зон, связанных с концептуализацией комплексной реабилитации и абилитации, а также с операционализацией основных понятий в данном направлении, специалистам-практикам – адекватно применять полученные учеными результаты в практической деятельности по формированию и восстановлению различных видов жизнедеятельности ребенка-инвалида.

Одним из международных нормативных документов, регламентирующих проведение комплексной реабилитации и абилитации, выступает Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [2] (International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICF), которая опирается на интеграцию «медицинской» и «социальной» моделей инвалидности и базируется на биопсихосоциальной модели здоровья – болезни. Данный документ отходит от классификации «последствий» нарушений функционирования и на первые позиции ставит «составляющие здоровья». Если последствия заболевания ориентируют специалиста на изменения здоровья, которые могут возникнуть у индивида, то составляющие здоровья ориентируют на ресурсы личности.

Во всемирном докладе об инвалидности ВОЗ сказано, что «инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются в зависимости от конкретных условий», поэтому МКФ «определяет инвалидность как «зонтичный термин для обозначения нарушений, ограничений в действиях и ограничений в участии» [2, с. 6].

Первым принципиальным отличием МКФ от предыдущих классификаций и от МКБ 10 явился отказ от признанного в медицине причинно-следственного критерия, смысл которого в том, что между всеми компонентами последствий болезни есть связь. В МКБ 10 нарушения описаны диагнозом как констатацией факта наличия у конкретного индивида набора симптомов и синдромов, т.е. МКБ описывает состояние болеющего человека на данный момент. МКФ дополняется

информацией о функционировании, активности и участии конкретного индивида, а также анализом различных факторов окружающей среды, помогающих или мешающих этому индивиду справиться со своим состоянием. Такая информация позволяет получить всестороннюю картину ситуации инвалида, которая и является основанием для принятия решения специалистами социальной сферы при разработке реабилитационного маршрута.

В МКФ введен новый термин – «функционирование», который помогает описывать положительные или нейтральные аспекты функций организма, активности и возможностей участия индивида в различных видах деятельности. Второй термин МКФ – «ограничения жизнедеятельности» – также относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и участия. В МКФ введены критерии влияния личностных и контекстных факторов (факторов окружающей среды) во всех их проявлениях на реабилитационный процесс. Таким образом, еще одной принципиальной особенностью МКФ выступает возможность описания ситуации любого индивида, а не только инвалида, исходя из тех нарушений, которые у него имеются, а также из контекстных факторов, к которым относятся личностные особенности и факторы окружающей среды, т.е. введение термина «функционирование» подчеркивает процессуальный, а не статичный характер МКФ.

Можно сказать, что МКФ описывает функциональное здоровье любого человека. Функциональное здоровье с учетом условий физической и социальной среды для конкретного индивида в контексте МКФ состоит из следующих компонентов:

- соответствующие общепринятым в данном обществе нормам функции и структуры организма (включая психическую сферу);
- соответствующие общепринятым нормам возможности и способности человека;
- обеспечение своего существования во всех важных для конкретного индивида сферах без ограничений функций и структур организма, его активности.

Таким образом, в понятие «функционирование» включены и его функциональные способности, которые отражены в понятии «функциональное здоровье» в дополнение к биомедицинским показателям. Ограничение функционального здоровья с позиции МКФ есть результат негативного взаимодействия между проблемой здоровья (нарушениями) и контекстными факторами индивида. Такое нарушение функционального здоровья и есть инвалидность. Поэтому подход, представленный в МКФ, имеет серьезные перспективы для введения положений данной классификации в практику проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Третьим важным достижением МКФ является четкая ориентация на конкретного индивида по всем показателям и диалектический характер описания.

Так, в МКФ указывается, что «у двух индивидов с одинаковыми заболеваниями могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое изменение здоровья» [2, с. 5]. МКФ охватывает все сферы жизнедеятельности индивида в виде своеобразного «зонтика», оценивая составные части функционирования (активность, участие, функции и структуры организма), факторы окружающей среды и личностные факторы. Например, два человека, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, могут принципиально отличаться по вовлеченности в социальную среду, т.е. по домену «активность и участие» в МКФ. Так, один человек большую часть времени находится дома в пассивном состоянии, т.к. боится повторения инсульта, второй продолжает активно, в силу своих возможностей, например, помогать взрослым детям в воспитании внуков, ходит в магазин, на прогулку, общается с друзьями и пр.

Важно понимать отличие терминов МКФ от бытовых смыслов слов «активность» и «участие». Активность – это термин для описания составляющих здоровья, а не любая активность клиента или активность вокруг него. Это активность в отношении выполнения задач, возникающих по ходу жизни. Так, например, к активности или участию с позиции МКФ не будет относиться уборка помещения, если сам человек в этом процессе не участвует. Таким образом, отличие заключается в актуальности любой деятельности для индивида (активность) и направленности этой деятельности (участие), т.е. понятие «активность» связано с любой активной деятельностью человека, снижающей ограничения его жизнедеятельности для себя, а «участие» – во взаимодействии этого же индивида с другими людьми.

Опыт проведения комплексной реабилитации и абилитации в ГАУ «ОЦРИ» опирается на МКФ и осуществляется в соответствии с выделенными в нормативных правовых документах направлениях реабилитации и абилитации. Так, в ФЗ – 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3] в социальной сфере определены следующие направления: социально-средовая, социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная.

Социально-бытовая адаптация предполагает расширение независимости и автономности человека с ограничениями жизнедеятельности в повседневной жизни, поэтому на первое место в реабилитационном процессе выходит эрготерапия, в центре внимания которой стоят услуги, которые включают в себя три области: самообслуживание или уход за собой; трудовую деятельность; проведение досуга и отдыха. В кодах МКФ данные реабилитационные услуги могут относиться к следующим разделам: Общение (d 360); Мобильность (d440 -449); Самообслуживание (d 510–599); Бытовая жизнь (d630–699); Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь (d 920).

Услуги, связанные с самообслуживанием, предполагают формирование или развитие мелкой моторики клиента с целью улучшения способности к самообслуживанию. Услуги по проведению досуга и отдыха также формируют новые способы активности и участия, к которым относятся коммуникационные взаимодействия как со специалистом, так и с другими клиентами, улучшение мелкой моторики в продуктивной деятельности, обучение новым технологиям, связанным с рукоделием и хобби, коммуникацией, формирование различных видов помощи и самопомощи и пр.

К услугам по социально-средовой адаптации относится, кроме использования технических средств реабилитации, ориентировка в пространстве. В кодах МКФ сюда отнесены следующие разделы: Обучение и применение знаний (d 10–129; d 160–199); Общие задачи и требования (d 230–240); Общение (d 310–332; d 350–399); Бытовая жизнь (d 610–699); Межличностные взаимодействия и отношения (d 710–799); Главные сферы жизни (d 825–899); Жизнь в сообществах (d 910–999).

Социально-средовая реабилитация предполагает, что специалисты, в первую очередь, способствуют формированию или развитию у клиента способности к ориентации, которая предполагает, например, формирование или развитие альтернативных форм коммуникации, в первую очередь, виртуальной (с применением современных средств коммуникации) и воображаемой (как активное развитие и переработка «воспоминаний» о местах, встречах и пр.), что актуально для инвалидов по зрению. Данная услуга оказывается в модуле жилой квартиры или по пути движения (маршруту) до социально значимых объектов. В данном направлении реабилитации также удовлетворяются потребности клиентов в формировании умений пользоваться интернетом, смартфоном и пр.

Широкие возможности возникают у специалиста при проведении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации, а также социокультурной реабилитации. В данных направлениях реабилитации задействованы практически все разделы МКФ, относящиеся к Активности и Участию. Так, при проведении психологической и педагогической диагностики, тренингов, консультирования, психологической и педагогической коррекции и бесед в рамках социально-психологической и социально-педагогической реабилитации используются различные варианты применения высокотехнологичного оборудования (сенсорной комнаты, АПК Шуфрид и пр.), профессиональная поддержка, различные варианты арт-терапии (применение различных изобразительных материалов и создание визуальных образов, процесс изобразительного творчества и реакции пациента на создаваемые им продукты творческой деятельности, отражающие особенности его психического развития, способности, личностные характеристики, интересы, проблемы и конфликты).

Применение МКФ в данных направлениях реабилитации предполагает постановку задач для конкретного отделения или специалиста с учетом следующих разделов: Обучение и применение знаний (d130–199); Общие задачи и требования (d 210–299), Общение (d 310–399); Мобильность (d 470–475); Бытовая жизнь (d 610–699); Межличностные взаимодействия и отношения (d710–799); Главные сферы жизни (d 825–899); Жизнь в сообществах (d 910–999).

Социокультурная реабилитация, это, пожалуй, один из видов реабилитации, который чаще всего обсуждается как теоретиками, так и практиками, занимающимися проблемами реабилитационного процесса. Если обратиться к теоретическим обоснованиям содержания понятия «социокультурная реабилитация», то чаще всего можно встретить определение социокультурной реабилитации через досуг. Так, например, В.С. Лебедев рассматривает социокультурную реабилитацию как «развитие всех форм досуговой деятельности инвалидов», подчеркивая, что «важная роль в социально-культурной реабилитации инвалидов принадлежит терапии средствами искусства и культуры, творчеством» [3, с. 110]. Примерно в таком же ключе определяют содержание социокультурной реабилитации московские исследователи: «Приоритетной задачей социокультурной реабилитации является расширение творческого потенциала инвалидов, выявление их интересов и потребностей. Она включает в себя комплекс различных мероприятий, направленных на восстановление культурного статуса инвалида как личности. Приобщаясь к культуре и искусству, инвалид становится частью культурного сообщества, что позволяет ему адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях, сформировать качества, позволяющие использовать различные формы досуга» [2, с. 149-150].

Таким образом, ограничившись досуговой деятельностью, из сферы внимания авторов, исследующих социокультурную реабилитацию, ускользает более глубокое сущностное понимание, которое связано с таким сложным понятием, как культура и рядом других понятий, например, социализация, адаптация. Анализ содержания социокультурной деятельности необходим и потому, что в имеющихся определениях неявно содержится представление о ней как более глубоком феномене, когда речь идет о ее роли и месте в системе социальной реабилитации инвалидов, смыслом которой выступает именно восстановление.

Определить содержание и цель социокультурной реабилитации необходимо для конкретных реабилитационных мероприятий. Если речь идет о реабилитации, то главным в социокультурном восстановлении инвалида выступает социализация людей, оказавшихся в ситуации, которая привела к инвалидности. Поэтому социокультурная реабилитация это, в первую очередь, процесс формирования и восстановления социально значимых навыков – способности к общению,

согласованию действий, формированию адекватной самооценки и пр. Для осуществления данного процесса необходимо, во-первых, нормализовать психологическое состояние инвалида, во-вторых, сформировать адекватное представление как самого человека с инвалидностью, так и его близких о ситуации, на основе которого формируется новый образ Я, происходит осознание своих реальных возможностей и определение сферы и способов реализации личности с учетом новых жизненных обстоятельств, в которых оказался человек. Следовательно, социокультурная адаптация приводит инвалида к достижению определенного уровня социальной компетентности, который позволяет ему интегрироваться в окружающую его социальную среду в соответствии с требованиями и ожиданиями среды, ее самобытной культуры.

Поэтому социокультурная реабилитация затрагивает практически все разделы МКФ, связанные с активностью и участием.

Таким образом, МКФ позволяет определять рамки для описания, в первую очередь, состояния здоровья и различных факторов, влияющих на это здоровье, предлагая интегративную оценку ситуации человека. МКФ является классификацией здоровья в том смысле, что в ней представлены все аспекты человеческого функционирования и инвалидности, которые должны рассматриваться в контексте здоровья, когда оно может быть нарушено вследствие болезни, нарушения, увечья или травмы. И с этой точки зрения МКФ является языком для статистики здоровья, то есть отражает данные, которые характеризуют здоровье индивидуумов и населения. После внедрения МКФ в практику постепенно происходит переход от понимания реабилитации как только устранения последствий заболеваний, травм или любых других нарушений функционирования к комплексной биопсихосоциальной модели здоровья – болезни, на основе которой реабилитация приобретает комплексный и мультимодальный характер. Целью реабилитации выступает восстановление либо компенсация за счет развития других определенных функций для социальной адаптации, включая достижение человеком материальной независимости (активность) и интеграцию в общество (участие), а также формирование соответствующей окружающей среды, состоящей из контекстовых факторов.

Список литературы

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная организация здравоохранения. СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. 346 с.

2. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года». URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 12.03.2023).

3. Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». URL: www.consultant.ru (дата обращения: 11.03.2023).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ И FLOORTIME В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

Юровских Марина Викторовна

учитель-дефектолог

казенное общеобразовательное учреждение

Ханты-Мансийского автономного округа Югры

*«Сургутская школа с профессиональной подготовкой
для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»,*

г. Сургут

Григорьева Светлана Владимировна

заместитель директора по учебно-методической работе

казенное общеобразовательное учреждение

Ханты-Мансийского автономного округа Югры

*«Сургутская школа с профессиональной подготовкой
для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»,*

г. Сургут

Аннотация. Целью данной статьи является изучение возможности использования элементов игровой терапии, сопряженных с floortime, в процессе коррекционно-развивающей работы с учащимися с умственной отсталостью и расстройствами аутистического спектра. В статье приводятся рекомендации по организации первичного игрового взаимодействия с данной категорией обучающихся на занятиях с учителем-дефектологом. Статья полезна для использования в практике всем педагогам, работающим с обучающимися данной категории.

Ключевые слова: floortime; игра; расстройства аутистического спектра; умственная отсталость; взаимодействие; эмоционально-волевая сфера; учитель-дефектолог.

USING THE ELEMENTS OF GAME THERAPY AND FLOORTIME IN THE ACTIVITY OF A DEFECTOLOGIST-TEACHER

Yurovskikh Marina Viktorovna

defectologist-teacher

public educational institution Khanty-Mansi Autonomous Okrug Ugra

«Surgut school with vocational training for students with disabilities»

Surgut

Grigorieva Svetlana Vladimirovna
*deputy director for educational and methodological work
public educational institution Khanty-Mansi Autonomous Okrug Ugra
«Surgut school with vocational training for students with disabilities»
Surgut*

Abstract. The purpose of this article is to study the possibility of using elements of play therapy with floortime in the process of correctional and developmental work with learners with mental retardation and autism. The article considers recommendations for organizing primary gaming interaction with this category of learners in the classroom with a defectologist-teacher. The article is useful for use in practice by teachers working with learners of this category.

Keywords: game; autism spectrum disorders; mental retardation; interaction; emotional-volitional sphere; defectologist-teacher.

На протяжении многих лет, работая с умственно отсталыми младшими школьниками, имеющими расстройства аутистического спектра (далее – РАС), мы сталкивались с различными непродуктивными проявлениями эмоций, дезадаптивным поведением. В самом начале нашего практического пути в работе с такими ребятами нам не всегда были понятны эти проявления, трудно было найти им объяснение. Но наблюдая за этими детьми, мы пришли к выводу, что нужно формировать свой стиль отношения с каждым ребенком с РАС и умственной отсталостью [11]. И мы нашли этот стиль отношения через игровое взаимодействие с использованием методики FLOORTIME, о которой будет рассказано ниже.

На протяжении многих лет наблюдений мы чаще сталкивались с тем, что дети не умеют играть, что отрицательно влияет на развитие ребенка в целом. Любая игра приносит пользу, будь то дидактическая игра, подвижная или сюжетно-ролевая, не говоря об арт-терапевтических играх и упражнениях [2]. Нынешние дети растут и развиваются на компьютерных играх. И мы видим результат: они становятся раздражительными, не могут справляться со своими эмоциями. А для любого ребенка игра – это естественный способ рассказа о себе, своих чувствах, мыслях, о своем опыте.

Например, ценность дидактической игры заключается в том, что с ее помощью дети знакомятся со свойствами предметов и их признаками. Наблюдая за игрой детей, можно заметить, что они очень любят конструировать, что имеет большое значение для овладения трудовыми навыками и умениями. Например, сооружая постройки в песочнице, ребенок знакомится со свойствами песка. Постройки из настоящих кирпичиков, знакомят детей с профессией строителя, с инструментами и материалами необходимыми в строительстве. Делая игрушки из

гипса и глины, дети знакомятся со свойствами этих материалов. Собирая предметы из конструктора, сборно-разборные игрушки, дети знакомятся с инструментами, учатся из частей собирать предметы. Наконец, от степени сформированности пальцев и кистей рук – мелкой моторики рук – зависит уровень развития речи [5]. Так, дети с аутистическим расстройством любят играть с веревочками. Поэтому в работе мы используем различные виды шнуровок. Этот простой, но весьма важный материал не только развивает мелкую моторику, но и помогает освоить простые навыки шитья, научиться шнуровать обувь. Также, благодаря веревочке, дети учатся чувствовать границы изображения (по контуру изображения прикрепляется веревочка, и ребенок, закрашивая или заштриховывая данное изображение, уже не может выйти за пределы рисунка). Со временем ребенок разукрашивает рисунки, не выходя за границы изображения, без помощи веревочки.

Каждый ребенок любит что-то новое, необычное. Поэтому мы в работе используем необычные техники: пальцевую живопись, рисование на песке, на пене, на копоты.

Наблюдение и опыт показывают, что все это позитивно влияет на эмоциональное самочувствие детей, а также благодаря этим техникам, можно обыграть любой урок, изучать буквы, цифры, составлять слова, решать примеры и задачи.

А в какой игре ребенок выступает как режиссер, который управляет и руководит действиями игрушек? Конечно же, в сюжетно-ролевой игре. И здесь главное не просто предоставить ребенку игрушки, а научить его играть, играя с ним вместе. Только в сюжетно-ролевой игре дети воспроизводят социальные отношения, закрепляются знания об окружающем мире. Так, игру с куклой можно использовать при организации контакта, для знакомства с детьми и детей друг с другом, для создания игровой мотивации [12]. В этом помогает театральная кукла бибабо. Необходимо отметить, что привлечение детей к диалогу с помощью игрушки оказывается более эффективным, чем прямое общение. Среди игрушек-актеров есть и еще замечательные куклы марионетки (пульчинелло). Сначала ребенку очень сложно управлять этой куклой, он просто дергает ее за ниточки и заставляет подпрыгивать. Постепенно он учится координировать движения и управлять куклой. Благодаря кукле дети преодолевают эмоциональные и коммуникативные барьеры: например, заговорить от имени собачки гораздо проще, чем сделать это самому [1]. Педагогу необходимо получить обратную связь от ребенка, так как процесс проговаривания ребенком с ограниченными возможностями здоровья своих чувств является не менее важным, чем само занятие.

Есть игры, которые помогают трудным, замкнутым или гиперактивным детям включиться в совместную деятельность. С их помощью можно сблизить и подружить детей, выплеснуть негативные эмоции. Это интерактивные игры,

в которых дети получают новый опыт, развивают социальные, эмоциональные, телесные, интеллектуальные способности [6].

Однако игра детей с РАС, как правило, не социализирована, лишена сюжета и состоит из многократно повторяющихся манипуляций с игрушками, которые используются не по назначению. Поэтому, во-первых, таких детей нужно учить играть, начиная с развития предметно-игровых действий. Во-вторых, и это основное, нужно установить с таким ребенком доверительные отношения, чтобы он пустил педагога в свой мир, что так сложно детям с РАС [7; 8].

Работа с использованием методики FLOORTIME начинается с установления контакта [3; 4]. Детей с РАС объединяет отсутствие интереса к игрушкам, отказ от контактирования с педагогом, страх новой обстановки. В связи с этим для установления контакта, прежде всего, необходимо создать условия для снятия тревожности, страха. Отметим, что попытки сразу же установить с ребенком речевые контакты или заинтересовать его какой-либо игрушкой зачастую оказывались неудачными. В связи с этим на первом этапе коррекционной работы никаких речевых инструкций не давалось, мы старались не задавать никаких вопросов, предоставляя ребенку полную свободу действий. Одобряющая улыбка, поощрительный кивок головы в данной ситуации нужны ребенку больше всяких слов. Даже если ребенок в течение всего времени остается неподвижным, не следует его привлекать к игре. Надо дать ему возможность осмотреться, привыкнуть. Многим детям на это нужно длительное время.

В результате проведения игровых занятий удавалось изменить поведение детей. Прежде всего, это выражалось в отсутствии опасения или страха. Ребята с РАС становились активными, подвижными, эмоциональными. В поведении появлялись черты заинтересованности. Главное изменение заключалось в том, что дети контактировали в игре [10].

Таким образом, только после того, как при помощи методики FLOORTIME установлено доверительное взаимодействие с обучающимся с РАС, заложены основы игрового взаимодействия, то целесообразно разнообразить игровой репертуар с учетом игровых ситуаций и средств, о которых говорилось в начале статьи. При этом необходимо учитывать, что так или иначе ход игры должен учитывать реакцию обучающегося на тот или иной вид деятельности. Необходимо предлагать только тот вид игры и игровой материал, который в данный момент окажет помощь ребенку с РАС [9]. Ведь не стоит забывать, что при организации коррекционных игровых занятий, в том числе с использованием FLOORTIME, педагог создает определенный положительный эмоциональный фон, без которого эффективное взаимодействие в диаде «учитель-ученик с РАС» невозможно.

Список литературы

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М.: Теревинф, 2011. 216 с.
2. Бондарь Т.А. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в классе / Т.А. Бондарь, И.Ю. Захарова, И.С. Константинова, М.А. Посицельская, М.В. Яремчук. М.: Теревинф, 2013. 280 с.
3. Гринспен С., Сэлмон Ж. Ребенок-тиран: как найти подход к детям пяти «трудных» типов / С. Гринспен, Ж. Сэлмон. М.: Ломоносовъ, 2010. 464 с.
4. Гринспен С. На «ты» с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. М.: Теревинф, 2013. 512 с.
5. Захарова И.Ю. Лечебно-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы / И.Ю. Захарова, Е.В. Моржина. М.: Теревинф, 2010. 28 с.
6. Каган В.Е. Аутизм у детей. М.: АСТ, Corpus, 2010. 208 с.
7. Микиртумов Б.Е. Аутизм. История вопроса и современный взгляд / Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев. М.: Н-Л, 2012. 144 с.
8. Морозова С.С. Составление и использование индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми. М.: Владос, 2008. 124 с.
9. Морозова С.С. Аутизм. Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. М.: Владос, 2010. 176 с.
10. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. Педагогам-дефектологам. М.: Владос, 2015. 240 с.
11. Рудик О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком. М.: Владос, 2015. 189 с.
12. Сериков А.Е. Подражание и стереотипное поведение аутистов. // Вестник Самарской гуманитарной академии. 2011. Вып. 1. С. 18-28.

**Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов:
межведомственное взаимодействие, инновации, технологии**

Материалы IV научно-практической конференции
с международным участием

Усл. печ. лист 6,3

Министерство социальной политики Свердловской области
620144, г. Екатеринбург, ул. Большакова, 105

Екатеринбург, 2023