

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный научно-образовательный центр  
медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Российская академия наук (РАН)

Научное общество физической и реабилитационной медицины



Ежегодная научно-практическая конференция

# **РАННЯЯ ПОМОЩЬ И СОПРОВОЖДЕНИЕ**

---

---

## **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

---

---

**20 СЕНТЯБРЯ 2023 ГОДА**

Санкт-Петербург  
Отель «Санкт-Петербург», Пироговская наб. 5/2

Научное издание

**ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
РАННЯЯ ПОМОЩЬ И СОПРОВОЖДЕНИЕ**

Сборник тезисов – электронное издание  
СПб.: 2023 г. – 32 с.

**Материалы публикуются в авторской редакции**

Технические редакторы:  
Трофимова А.И., Швецова В.С.  
Дизайн, верстка:  
Куделина Т.П.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

### **ОПЫТ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, НА БАЗЕ ГКУ СО «ЦДИКСО»**

**Белоглядова К.С., Егунькина А.Н.**

ГКУ «Центр диагностики и консультирования Самарской области»,  
г. Самара

В настоящее время в Самарской области продолжает развиваться система оказания услуг ранней помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста, которые имеют отклонения в развитии или риски нарушения жизнедеятельности. Одной из категорий детей, нуждающихся в ранней комплексной помощи, являются недоношенные и маловесные дети.

Особенно уязвимой категорией являются семьи, воспитывающие недоношенных детей. Недоношенным считается ребенок, рожденный на гестационном сроке менее 37 недель и имеющий вес при рождении менее 2500 грамм. Как показывает практика, недоношенные дети часто имеют нарушения в развитии, такие как нарушение зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, различные соматические нарушения, которые с большой вероятностью могут приводить к снижению познавательных функций (нарушение внимания, памяти, мышления, речевое недоразвитие), или к риску возникновения таких нарушений. Необходимо как можно раньше включать таких детей в систему ранней помощи.

Опыт работы Центральной ПМПК, которая функционирует на базе нашего Центра, показывает, что родители детей, имеющих особые потребности, обращаются на ПМПК для проведения комплексного обследования и определения специальных условий обучения только перед поступлением в дошкольные образовательные организации, а в некоторых случаях при поступлении в первый класс. Чаще всего к данному периоду времени уже упущены многие чувствительные периоды для развития детей.

Чаще всего дети, рожденные ранее нормативного срока, получают лишь медицинскую реабилитацию, а психолого-педагогическую начинают получать гораздо позже. В настоящее время специалисты нашего Центра начали выстраивать работу с семьями, воспитывающими недоношенных детей, по организации и оказанию услуг ранней помощи.

В настоящее время в нашем Центре получают помощь семьи, воспитывающие детей раннего возраста, рожденных на 26-29 неделе гестации с массой 950-970 грамм. Данные дети имеют тяжелые нарушения зрения вследствие ретинопатии недоношенных и установленную инвалидность. В кабинете ранней помощи дети прошли скрининг-диагностику по методикам KID и RCDI-2000, а также углубленную диагностику в соответствии с доменами МКФ. Данные



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

семьи признаны нуждающимися в услугах ранней помощи с необходимостью разработки ИПРП. Цели работы с данными семьями направлены на физическое и психическое развитие детей, их включение в ЕЖС, повышение компетентности родителей и других близких взрослых, а также на включение детей в среду сверстников и интеграцию их в общество.

С семьями ведется работа междисциплинарной командой, проводятся еженедельные занятия с педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом; также организовано домашнее визитирование. Родители получили консультации врача-невролога и врача-психиатра. Специалистами Центра также налажено взаимодействие со специалистами регионального учебно-методического центра для детей с нарушениями зрения, получены консультации учителя-дефектолога (тифлопедагога).

Необходимо отметить, что в настоящее время 5 специалистов Центра диагностики и консультирования Самарской области (врачи и педагоги) проходят обучение в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства на курсах повышения квалификации «Трансдисциплинарный специалист ранней помощи». Всю полученную во время обучения информацию специалисты нашего Центра будут внедрять в свою работу с родителями и детьми. Это поможет оказывать семьям услуги ранней помощи на высоком уровне.

В Центре также планируется работа с детьми раннего возраста, имеющих различные нарушения развития – слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, а также с детьми с РАС или риском его развития с использованием основных подходов Денверской модели раннего вмешательства. Для повышения компетентности родителей и других членов семьи специалистами будут использоваться современные стратегии коучинга.

Для большего охвата семей, воспитывающих недоношенных детей, планируется дальнейшая работа по организации межведомственного взаимодействия с учреждениями здравоохранения в части проведения скрининг-диагностики развития детей раннего возраста на базе поликлинических отделений, проведение совместных семинаров с врачами-педиатрами. Цель данного взаимодействия – своевременное выявление семей с детьми раннего возраста, нуждающихся в психолого-медико-педагогическом сопровождении и включение их в систему ранней помощи. Таким образом, возможно будет выстроить систему оказания ранней помощи семьям, воспитывающим недоношенных детей.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ И ВОПРОСЫ МАРШРУТИЗАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В РАННЮЮ ПОМОЩЬ

**Битова А.Л.**

РБОО «Центр лечебной педагогики»,  
Москва

Основой формирования единых подходов к ранней помощи и объединения усилий органов исполнительной власти послужило принятие Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р и плана мероприятий по ее реализации, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 г. №2723-р.

В целях развития системы межведомственного взаимодействия при организации ранней помощи семьям с детьми разработана и утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года, четко определяющая, что ранняя помощь – комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям от рождения до 3 лет (независимо от наличия инвалидности), имеющим ограничения жизнедеятельности либо ограниченные возможности здоровья с риском развития ограничений жизнедеятельности, и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию таких детей, повышение их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формирование среды жизнедеятельности, позитивных взаимоотношений детей и родителей, детей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в целях комплексной профилактики формирования или утяжеления детской инвалидности.

Министром труда и социальной защиты Российской Федерации А.О. Котяковым и Министром просвещения Российской Федерации С.С. Кравцовым 16 декабря 2022 года утвержден комплексный межведомственный план по совершенствованию ранней помощи детям и их семьям, одна из задач которого обеспечение межведомственного взаимодействия при организации ранней помощи в субъектах Российской Федерации. Также разработан типовой порядок организации межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственных им организаций, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Таким образом, на федеральном уровне выстроена целая система нормативных правовых актов, закладывающих основы и принципы межведомственного взаимодействия в целях совершенствования ранней помощи детям и их семьям во всех регионах. При этом качество и эффективность организации процесса межведомственного взаимодействия от региона к региону могут быть разными. Каждый субъект Российской Федерации разрабатывает свои нормативные правовые акты в этой сфере – дорожные карты по развитию системы ранней помощи детям и семьям.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшую роль на начальном этапе организации оказания ранней помощи ребенку и семье играет складывающаяся в регионе практика сообщения диагноза родителям (законным представителям) при подозрении или обнаружении у ребенка (в том числе внутриутробно) инвалидизирующей патологии или риска ее развития. Именно в этот момент семья находится в наиболее уязвимом положении. И здесь должна сработать система межведомственного взаимодействия, выстроенная в регионе: важно не только максимально этично, корректно сообщить диагноз семье, но и предоставить всю необходимую информацию о том, какие в регионе есть помогающие службы и организации, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, на какие виды и формы поддержки имеет право семья, какие перспективы могут быть у ребенка с учетом применения современных методов реабилитации и абилитации. Если на данном этапе организовано эффективное межведомственное взаимодействие, то семья с ребенком с нарушениями развития вовремя окажется в системе ранней помощи, а это значит, что потенциал ребенка может быть максимально раскрыт.

В целях сохранения достигнутого уровня развития ранней помощи в субъектах Российской Федерации и ее совершенствования требуется концентрация усилий на выстраивании и дальнейшем тиражировании эффективных моделей межведомственного взаимодействия на региональном уровне при организации оказания помощи семьям с детьми с нарушениями развития, в том числе в части обеспечения маршрутизации таких семей в организации, предоставляющие услуги ранней помощи.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: ПРОГРАММА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Галактионова М.Ю.<sup>1</sup>, Лисихина Н.В.<sup>2,3</sup>, Иванова Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет»,  
г. Псков,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,

<sup>3</sup>ФГКОУ ВО «Сибирский юридический институт МВД России»,  
г. Красноярск

**Актуальность.** Перинатальная гипоксия-ишемия – наиболее частая причина неврологических заболеваний, проявляющихся в неонатальном периоде, и влечет за собой высокий уровень инвалидизации, включая церебральный паралич, умственную отсталость и эпилепсию.

**Цель.** Сравнить эффективность различных курсов реабилитационных мероприятий у детей с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и синдромом двигательных нарушений.

**Материал и методы.** Осуществлено наблюдение за 86 детьми (32 мальчика, 54 девочки) в возрасте от 2-х до 12-ти месяцев (средний возраст  $11 \pm 0,6$  мес.) с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и с синдромом двигательных нарушений в восстановительном периоде. I группу составил 51 ребенок, получивших курс восстановительного лечения по традиционной схеме, без программы раннего вмешательства. Во II группу вошли 35 детей, получившие, кроме традиционного курса реабилитации, занятия по программе раннего вмешательства. Традиционный курс восстановительного лечения составил 6 недель и включал: массаж общий (сегментарный, рефлекторный, по Монакову, точечный); форец лекарственных веществ; стимуляция слабых мышц синусоидальными модулированными токами; ультравысокочастотная индуктотермия; иглорефлексотерапия; лечебное плавание; занятия с логопедом. Программа раннего вмешательства включала реабилитационную программу: на первичном приеме, совместно психологом и неврологом или специальным педагогом (специалистом по ранней коммуникации) и неврологом, проводилась оценка основных умений ребенка, сравнивались результаты анкетирования по шкалам развития и визуального осмотра. Дети получали индивидуальные занятия с психологом; со специалистом по ранней коммуникации; занятия в группах «социализации», проводимых совместно медицинским специалистом (физическим терапевтом – физиореабилитологом) и немедицинским – психологом, в среднем 6 занятий на курс реабилитации.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Результаты и обсуждение.** При поступлении детей в отделение восстановительного лечения, в 100% случаев имели место жалобы на изменение мышечного тонуса и изменения двигательной активности. После курса коррекции родители отметили улучшение в виде нарастания двигательной активности в 7,8% случаев в I группе и в 42,9% в II группе ( $p < 0,001$ ). Улучшение в виде увеличения объема движений, отсутствия «скованности» или «вялого» состояния, составило 41,2% в I группе и 51,4% во II группе. Улучшение процессов сна отмечалось у 46,8% в I группе и у 65,6% – во II группе. Исчезновение тремора конечностей и подбородка, не связанного с ситуацией возбуждения, перемены положения тела, после проведенного лечения, отмечены родителями у 74,3% детей в I группе и у 84,2% – во II группе. Уменьшение эпизодов возбудимости, уменьшение спонтанных вздрагиваний отмечено родителями в 56,3% случаев в I и в 52,6% во II группе. Регрессия синдрома двигательных нарушений у детей в I группе отмечена в 27,5% случаев, у детей II группы – в 54,3% случаев ( $p = 0,01$ ). Нормализация мышечного тонуса отмечена в 22,9% случаев в I группе и в 60,7% во II группе ( $p < 0,05$ ). Сочетание задержки психического и моторного развития в качестве отставания от возрастных основных навыков крупных и тонких движений, социального общения, речевой деятельности, когнитивной сферы и социализации, обнаружены до начала восстановительной коррекции в I группе в 11,8% случаев, во II группе – в 22,9%. Задержка моторного развития в виде задержки формирования основных двигательных навыков до начала лечения зарегистрированы в 7,8% случаев в I группе; во II группе – в 17,1%. После восстановительного лечения достигнуто улучшение моторного развития в 25% в I группе и 66,7% – во II группе ( $p < 0,05$ ). При первичном осмотре отставание в виде задержки когнитивного развития, речевой сферы деятельности, социализации отмечено в 7,8% случаев в I группе и в 11,4% во II группе. По окончании курса реабилитации улучшение в психическом развитии достигнуто в 25% случаев в I группе и в 50% – во II группе. По данным анкетирования детей по шкалам KID-R до начала курса реабилитации, отставание в двигательном развитии было обнаружено у 15 детей (29,4%) I группы и 20 детей (57,1%) II группы. По окончании курса восстановительной коррекции улучшение показателей двигательного развития согласно повторному тестированию в виде соответствия развития ребенка должному отмечены у 17,6% детей I группы, в группе II – в 25,7% ( $p < 0,005$ ). Отставание в когнитивной сфере регистрировалось до курса реабилитации у 17,6% детей I группы и 20% – II группы. Положительная динамика в виде соответствия развития должному отмечена у 22,2% детей в I группе и у 45,71% детей во II группе ( $p > 0,05$ ). Достоверное улучшение в речевом развитии зафиксировано при повторном анкетировании 45,5% детей I группы и в 50% во II группе ( $p < 0,01$ ).



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Заключение.** Детям с перинатальной постгипоксической энцефалопатией и синдромом двигательных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий показана помощь по методике раннего вмешательства наряду с традиционной программой восстановительной коррекции.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

**Дунаева Е.В.**

ГКУ СО «Центр диагностики и консультирования Самарской области»,  
ГБУ СО «Самарский пансионат для детей-инвалидов  
(детский дом – интернат для умственно отсталых детей)»,  
г. Самара

В результате воздействия неблагоприятных факторов более 85% детей в России (а по некоторым оценкам, до 93%) уже в момент рождения попадают в «зону риска», то есть имеют предрасположенность к возникновению различного рода нарушений в процессе дальнейшего развития. Если обеспечить им правильный уход и благоприятные условия развития, то состояние многих из этих детей может приблизиться к «норме», но если вовремя им не помочь, то многие из них станут инвалидами.

Основной проблемой, имеющей важнейшее значение для воспитания ребенка с ОВЗ, является отношение родителей к его особенностям развития. В соответствии с уровнем знаний, культуры, личностных особенностей родителей и ряда других факторов, возникают различные типы реагирования в связи с появлением в семье ребенка с ОВЗ. Положение родителей в сложившейся ситуации можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик. Это приводит к тому, что ребенок не получает квалифицированную помощь вовремя и в полном объеме. И порой в большей помощи нуждается не ребенок, а родители.

Во время консультирования очень важно помочь родителям преодолеть неконструктивные установки, обеспечить «запуск» рефлексивного мышления, понять причины трудностей в развитии ребенка, и как можно раньше включиться в работу по оказанию ранней помощи своему малышу.

В связи с этим диагностика нервно-психического развития приобретает особое значение и побуждает к действию. Комплексные бригады специалистов ГКУ СО «ЦДиКСО» регулярно выезжают в детские поликлиники с целью выявления детей раннего возраста с ОВЗ, нуждающихся в услугах ранней помощи. Проводится скрининговое обследование детей, а с родителями при необходимости консультативная работа. Предложение пройти с ребенком ПМПК пугает многих родителей. Они не хотят «портить жизнь» своему ребенку. Многие считают, что если ребенок получит заключение ПМПК или инвалидность, то это клеймо на всю жизнь. На самом деле, обследование на ПМПК необходимо для того, чтобы своевременно выявить у ребенка проблемы и понять, нужны ли ему особые условия для получения образования. Комиссия лишь выносит заключение с рекомендациями, а следовать им или нет, решают родители.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Так, в 2022 г. из общего количества проведенных в ГКУ СО «ЦДиКСО» обследований, лишь 9% приходится на долю детей раннего возраста. Из них: 29% составляют дети с задержкой нервно-психического развития; 26% – дети с ТНР; 10% – дети с нарушением зрения; 9% – дети с НОДА; 6% – дети с нарушением слуха; 5% – дети с РАС; 3% – дети с ТМНР; 3% – дети с генетическими нарушениями. И только у 10% обследованных детей раннего возраста уровень развития соответствовал возрастной норме.

Приступая к работе, специалистам службы ранней помощи для углубленной оценки уровня развития ребенка необходимо дополнительное обследование, как в ситуации взаимодействия «ребенок-взрослый», так и в свободной игре. В силу психологических особенностей дети раннего возраста могут не проявить своих умений из-за новой для них обстановки, поэтому необходимо проводить обследование в комфортных для ребенка условиях. Самый первый шаг в работе – установление первичного контакта, создание положительного климата для взаимодействия. Нужно быть очень деликатными, общаясь с таким ребенком, вести целенаправленное наблюдение за ним. Залогом успеха является гибкость поведения взрослого, умение вовремя перестроить взаимодействие, изменить деятельность. Анализ поведения ребенка в повседневной жизни позволит выявить стимулы, на которые следует опираться в ходе работы. Воспитывая ребенка с ОВЗ, следует знать, что в его возрасте доступно здоровым детям. Это относится, прежде всего, к формированию навыков самообслуживания, выработке самостоятельности, умению соблюдать правила поведения, общаться с другими людьми. При этом следует подчеркивать его позитивные качества, поощрять за успехи, за стремление преодолевать трудности. Это будет способствовать укреплению у ребенка веры в собственные силы, повышать его старательность, настойчивость. На всех этапах работы родители должны принимать активное участие. Специалист знакомит родителей с проблемами и успехами ребенка и демонстрирует образец поведения взрослого. Не столь важно дать информацию ребенку, сколь важно научить его использовать ее в своей деятельности, в общении с другими людьми.

Обследование ребенка осуществляется специалистами ПМПК и при выпуске из службы ранней помощи для определения оптимального педагогического маршрута. Если ребенок переходит из службы ранней помощи в дошкольную образовательную организацию, специалисты ПМПК предоставляют рекомендации, а специалисты ранней помощи осуществляют сопровождение. Таким образом, проблемы, существующие в семьях детей с ОВЗ, необходимо рассматривать на всех уровнях системы социальной защиты населения и системы образования.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# О ПРАКТИКЕ СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ ИЛИ ОБНАРУЖЕНИЯ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ИЛИ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА (В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРИУТРОБНО) В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Киш И.Р.**

РБОО «Центр лечебной педагогики»,  
Москва

С целью профилактики отказов от детей с нарушениями развития, снижения рисков травматизации семьи при объявлении диагноза ребенка или информации о подозрении на диагноз, а также обеспечения возможности своевременного оказания помощи семье, включая услуги ранней помощи, необходимо внедрение во всех субъектах Российской Федерации единых Правил сообщения информации при подозрении или выявлении у ребенка инвалидизирующей патологии или риска ее развития (в том числе внутриутробно) – Протокола сообщения диагноза. Протокол сообщения диагноза – нормативный правовой акт, разработанный на уровне субъекта Российской Федерации и утвержденный органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья в субъекте Российской Федерации. Данный документ является инструментом, который расширяет возможности врачей и медицинских работников при общении с родителями (законными представителями) ребенка в случае выявления диагноза или подозрения на диагноз, поскольку содержит четко прописанные процедуры, которым необходимо следовать, а также информацию и материалы для передачи семье. В Протоколе сообщения диагноза описан алгоритм подготовки и проведения беседы, указаны субъекты, которые могут присутствовать при сообщении диагноза (например, психолог), условия их участия в беседе, также Протокол включает материалы, которые медицинский работник должен передать семье (памятки, контакты помогающих организаций), речевые модули (примеры фраз, которыми может воспользоваться врач при объявлении диагноза для соблюдения этики и максимальной поддержки семьи). При этом важно отметить, что обязательным элементом внедрения Протокола сообщения диагноза должна стать соответствующая подготовка врачей этике сообщения диагноза в рамках системы непрерывного медицинского образования, а также возможность врачей участвовать в тренингах по этике сообщения диагноза с тем, чтобы навыки соблюдения требований Протокола были максимально отработаны.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В настоящее время мы наблюдаем тенденцию к нормативному закреплению практики сообщения диагноза с учетом этических норм и с обязательной маршрутизацией семьи в помогающие организации, в том числе организации, оказывающие раннюю помощь. В 12 субъектах Российской Федерации приняты протоколы сообщения диагноза в случае рождения ребенка с синдромом Дауна, а с 2022 года уже в 13 регионах внедрены универсальные протоколы, регулирующие порядок сообщения диагноза независимо от нозологии и возраста ребенка. Стоит отметить, что в части региональных Протоколов отсутствуют нормы об обязательном проведении обучения врачей этике сообщения диагноза (Калужская область), в ряде субъектов, согласно Протоколу, психолог может быть привлечен к беседе по желанию родителей (законных представителей) ребенка, но только в том случае, если данный специалист есть в штате медицинской организации (Пермский край). Но есть регионы, закрепившие на уровне субъекта все необходимые элементы протокола сообщения диагноза: обучение врачей этике сообщения диагноза, возможность привлечения психолога, обязательную маршрутизацию семей в помогающие организации и т. д. (Республика Башкортостан). Практика внедрения протоколов сообщения диагноза в регионах складывается неоднородно, но исследования, проведенные общественными родительскими организациями в субъектах Российской Федерации (РОРДИ «Дорогою добра», БФ «Даунсайд Ап»), показывают, что случаи нарушения медицинскими работниками этики и деонтологии существенно сократились, увеличивается количество семей, получивших психологическую помощь и поддержку. Так, в субъектах Российской Федерации, где был принят Протокол сообщения диагноза в случае рождения ребенка с синдромом Дауна в два раза выше доля семей, получивших предложение по оказанию психологической помощи. В Свердловской области за все время действия в регионе Протокола с 2018 по 2022 гг. было зафиксировано всего два отказа от ребенка с синдромом Дауна.

Главная задача на сегодня – внедрение Протокола сообщения диагноза с учетом всех нозологий и всех возрастов в максимальном количестве субъектов Российской Федерации с учетом наиболее эффективных региональных практик, что позволит снизить риски отказа родителей от детей с нарушениями развития, будет способствовать своевременной маршрутизации семей в различные помогающие организации, в том числе организации, оказывающие услуги ранней помощи, и повысит качество жизни таких семей.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# ТЯЖЕСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**Копыток А.В., Зуева А.В., Воронец О.А., Лушинская С.И.**  
ГУ «Республиканский научно-практический центр  
медицинской экспертизы и реабилитации»,  
г. Минск, Беларусь

**Актуальность.** В настоящее время отмечается неуклонный рост показателей инвалидности как взрослого, так и детского населения. Особую тревогу вызывает состояние детской, подростковой и юношеской инвалидности. Согласно новому докладу ЮНИСЕФ об инвалидности (10 ноября 2021 г.), число детей с инвалидностью во всем мире оценивается почти в 240 миллионов. При этом известно, что именно здоровье детей определяет репродуктивный потенциал нации и является фактором национальной безопасности, имеет большое социальное значение. Экономические последствия детской инвалидности заключаются в сокращении трудового резерва страны, а также в необходимости вовлечения дополнительных ресурсов государства для обеспечения потребностей людей с ограниченными возможностями.

**Цель исследования.** Изучение тяжести первичной инвалидности (ПИ) детского населения в Республике Беларусь.

**Материалы и методы.** Объектом исследования являлась ПИ детского населения республики. Период наблюдения – 2013-2022 гг. Исследование сплошное.

При изучении структуры первичной инвалидности анализировались материалы баз данных: информационной системы «Инвалидность» за 2013 гг., Республиканской информационно-аналитической системы по медэкспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014-2022 гг., функционирующих на базе РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации.

Рассчитывались абсолютные, интенсивные, экстенсивные и средние величины. При расчете интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и возрастной структуре населения.

Результаты и их обсуждение. Медико-реабилитационными экспертными комиссиями в период с 2013 г. по 2022 г. в Республике Беларусь впервые инвалидами было признано 38348 детей, в среднем ежегодно инвалидами становились 38345 детей. Среднегодовой уровень ПИ детского населения составил 21,27 на 10 тыс. населения.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Особую значимость при изучении ПИ у детей представляют сведения о степени выраженности ограничения жизнедеятельности, которое оценивается через понятие – степень утраты здоровья (СУЗ). СУЗ 1 соответствует легкому ограничению жизнедеятельности, СУЗ 2 – умеренному, СУЗ 3 – выраженному, СУЗ 4 – резко выраженному ограничению жизнедеятельности.

По среднегодовым данным, среди детей, впервые признанных инвалидами, наиболее часто определялась СУЗ 2 – в 36,5% случаев или у 1438 детей. СУЗ 1 устанавливалась ежегодно у 1064 детей, что составило 27,0% случаев, СУЗ 3 – у 978 детей или 24,8% случаев. Наиболее тяжелая СУЗ 4 в целом за исследуемый период устанавливалась реже – у 455 детей или в 12,2%.

В исследуемом периоде отмечалась устойчивая тенденция к росту удельного веса детей-инвалидов СУЗ 2 – с минимального 16,1% в 2013 г. до максимального 33,9% в 2022 г. Число детей с установленной СУЗ 1 также увеличилось, так если в 2013 г. впервые признано инвалидами 534 ребенка, то к 2022 г. количество выросло почти втрое и составило 1569 чел.

Наибольший удельный вес детей-инвалидов СУЗ 1 зарегистрирован в 2013 г. – 42,0% (1397 детей), после чего данный показатель снизился до наименьшего значения в 2021 г. – 32,1% (1447 детей).

Доли детей-инвалидов СУЗ 3, несмотря на некоторые колебания в течение исследуемого периода, снизились с 27,6% в 2012 г. до 22,8% в 2022 г. Абсолютное число детей с установленной СУЗ 3 при этом увеличилось с 919 в 2013 г. до 1054 в 2022 г.

Наибольший удельный вес детей-инвалидов с самой тяжелой СУЗ 4 отмечен в 2014 г. и составил 14,9%. На протяжении десятилетнего периода отмечена тенденция к снижению показателя. Минимальный показатель регистрировался в 2022 г. и составлял 9,4%. Численность детей с впервые установленной СУЗ 4 также снизилось с 495 чел. в 2014 г. до 437 чел. в 2022 г.

Тяжесть ПИ детского населения (суммарный удельный вес детей-инвалидов с СУЗ 3 и 4) за исследуемый период составила 36,4%. Наибольший показатель тяжести отмечен в 2013 г. – 41,9%. На протяжении последующих лет показатель практически ежегодно снижался, достигнув минимального значения в 2022 г. – 32,2% ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, исследование показало, что среди детей, впервые признанных инвалидами в период с 2013 г. по 2022 г., наиболее часто устанавливалась СУЗ 2 – 36,5% случаев. В 27,0% случаев определялась СУЗ 1, в 24,8% – СУЗ 3, в 12,2% – наиболее тяжелая СУЗ 4. Тяжесть ПИ детского населения (суммарный удельный вес детей-инвалидов с СУЗ 3 и 4) в среднем составила 36,4% и имела тенденцию к снижению (с 41,9% в 2013 г. до 32,2% в 2022 г.,  $p < 0,01$ ).

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РАННЕЙ ПОМОЩИ

**Серебрякова В.Ю., Бронников В.А., Зимина О.А.**  
ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»,  
г. Пермь

**Актуальность.** Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является международным стандартом по определению уровня здоровья детей, который используется специалистами разного профиля, работающими с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в разных странах мира. Использование МКФ является основой реализации современных программ оказания ранней помощи детям и их семьям по всему миру. С конца двадцатого столетия ранняя помощь стала развиваться в России, в различных регионах Российской Федерации стали появляться первые Службы ранней помощи. В целях обеспечения научно-методического сопровождения и кадрового обеспечения служб ранней помощи был открыт «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства», который, при сотрудничестве с зарубежными специалистами, начал внедрять в России современные методы работы с детьми и их семьями. Пермский край является одним из первых регионов, где началось развитие служб ранней помощи, активное внедрение методологии МКФ в практическую деятельность междисциплинарных команд.

**Цель исследования.** Анализ современной практики использования Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в качестве инструмента оценки в практической деятельности специалистов по ранней помощи.

**Материалы методы.** Ключевыми составляющими МКФ, определяющими функционирование ребенка, а также представляющими собой основу для определения нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи, являются категории активности и участия, так как именно они описывают домены, охватывающие полный спектр жизнедеятельности (от базовых навыков обучения к более сложным сферам, таким как социальная). Активность – это выполнение задачи или действия индивидом. Участие определяется как «вовлечение личности в жизненную ситуацию» и представляет общественную перспективу функционирования. МКФ позволяет сформировать индивидуальный профиль развития



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ребенка, в котором отражается совокупность компонентов, находящихся во взаимодействии и влиянии друг на друга: состояние структур и функций организма, наличие навыков, влияющих на активность и участие, а также факторы, создающие возможности и барьеры функционирования ребенка в естественной жизненной среде.

**Результаты и обсуждение.** МКФ имеет большое прикладное значение, так как ее применение в практике ранней помощи позволяет специалистам междисциплинарной команды:

- проводить функциональную междисциплинарную оценку уровня развития ребенка, разрабатывать на ее основе индивидуальную программу ранней помощи с функциональными целями, оценивать ее эффективность;
- проводить обсуждение здоровья и ограничений жизнедеятельности, пользуясь инструментарием МКФ в качестве единого междисциплинарного языка;
- документировать результаты в единой универсальной системе кодирования.

На сегодняшний день существует также ряд противоречий при использовании классификации, выявленных в ходе рассмотрения современного опыта оказания услуг ранней помощи в Пермском крае. К ним относятся:

- низкий уровень популяризации МКФ в практической деятельности специалистов по ранней помощи, что непосредственно связано с относительно недавним развитием ранней помощи в России, а также недавним внедрением МКФ в профессиональную деятельность специалистов;
- низкий уровень знаний и навыков применения МКФ специалистами разного профиля, что может быть характерно для специалистов медицинских, так и не медицинских специальностей. Это, соответственно, порождает сложности в использовании данного инструмента в практической деятельности междисциплинарной команды;
- сложности в соотнесении существующих методик, которые специалисты используют в своей работе, с системой оценки по МКФ, что, в свою очередь, требует проведения ряда исследовательских мероприятий, направленных на соотнесение совокупности данных (показателей и критериев) и механизмов их интерпретации, определенных в конкретной методике, с категориями и определителями МКФ.

**Выводы.** Таким образом, МКФ может рассматриваться в качестве методологической основы раннего вмешательства, а также универсального инструмента, который позволяет специалистам междисциплинарной команды, рассматривать развитие ребенка в рамках функционального подхода: оценивать состояние здоровья, наличие или отсутствие ограничений жизнедеятельности, и факторов, влияющих на функционирование ребенка в повседневной жизни.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Устранение барьеров применения МКФ в практике ранней помощи позволит специалистам разного профиля более эффективно оказывать комплексную помощь ребенку и его семье в контексте развития современных подходов, направленных на повышение качества и эффективности реабилитационных мер, защиту и реализацию прав и интересов детей с особыми потребностями, повышение уровня их социализации и интеграции в общество.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# ПОЛУЧЕНИЕ И УЧЕТ МНЕНИЙ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ О ПРЕДПОЧИТАЕМОЙ ФОРМЕ ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА: СОВРЕМЕННЫЕ РОССИЙСКИЕ РАЗРАБОТКИ

Сиснёва М.Е.

РБОО «Центр лечебной педагогики «Особое детство»,  
Москва

**Актуальность.** В современных науках вопросы получения и учета мнений граждан в основном представлены в социально-политических и маркетинговых исследованиях. В области психического здоровья исследования преимущественно касаются общественного мнения о людях, имеющих психические расстройства: их стигматизации. Мнения самих людей с психическими нарушениями изучаются ограниченно. Фокус исследований направлен на оценку качества оказания им психиатрической и социальной помощи. Эти исследования чаще опираются на мнения профессионалов и родственников, чем получателей помощи. Единичные работы посвящены выяснению мнений людей с психическими нарушениями об их жизненных предпочтениях и качестве жизни. Это может быть связано с отсутствием методологии и инструментов получения мнений лиц с психическими расстройствами. В настоящее время Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации реализует проект по формированию организационно-финансовой модели жизнеустройства инвалидов с нарушениями психических функций с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание (СП) в двух пилотных регионах: Нижегородской и Воронежской областях. Создана рабочая группа из специалистов госучреждений социальной защиты, здравоохранения и представителей некоммерческих организаций. В рамках деятельности рабочей группы разработана методология и инструменты получения и учета мнений инвалидов с психическими нарушениями о предпочитаемой форме жизнеустройства. Эти разработки обладают актуальностью и научной значимостью в свете отсутствия аналогичных исследований, как в России, так и за рубежом.

**Цель исследования.** Описать и проанализировать современные российские разработки сбор и учета мнений инвалидов с психическими нарушениями о предпочитаемой форме жизнеустройства.

**Материалы и методы.** Изложение основных характеристик методологии и инструментов оценки получения и учета мнений инвалидов с психическими нарушениями о предпочитаемой форме жизнеустройства, их первичный анализ.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**Результаты и обсуждение.** ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Альбрехта» Минтруда России разработаны «Методические рекомендации по порядку получения, учета и хранения мнения инвалидов с нарушениями психических функций и их законных представителей о предпочтительной форме жизнеустройства с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения, включая сопровождаемое проживание». Предложена «Анкета (опросник) изучения мнения инвалидов с нарушениями психических функций о предпочтительной форме жизнеустройства с учетом предоставления им необходимой помощи и сопровождения». Анкета включает 35 вопросов, касающихся основных аспектов, позволяющих определить предпочитаемую форму жизнеустройства: обеспеченность респондента жильем, его мнение о желательном месте и условиях проживания, дневной занятости, трудоустройстве, получении образования, правах, интересах, индивидуальных предпочтениях. При разработке инструмента учтены результаты опроса родителей взрослых инвалидов, проведенного РБОО «Центр лечебной педагогики» в 2022 г. В Методических рекомендациях указано, что способность респондента выразить свое мнение имеет следующие ограничения: нарушения сознания, дезориентировка в месте и собственной личности, состояние психомоторного возбуждения, состояние ступора. Во всех остальных случаях мнение инвалида должно быть получено и учтено. Особую трудность представляет собой вопрос получения и учета мнений недееспособных граждан, которые не могут выразить волю в юридическом смысле, но способны выразить мнение. В этих случаях Методические рекомендации предполагают заполнение анкеты как инвалидом, так и его законным представителем, для учета обоих мнений. Если инвалид высказывает недоверие своему опекуну, то следует учитывать мнение третьего лица, с которым респондент состоит в регулярном контакте и чье мнение считает надежным. При жизнеустройстве дееспособного гражданина для получения дополнительной информации также предпочтительно получить мнение его ближайшего окружения. В сложных случаях несовпадения мнений вся полученная информация должна рассматриваться мультидисциплинарной командой специалистов, созданной при исполнительном органе государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты для вынесения рекомендаций о предпочтительной форме жизнеустройства. При выяснении мнения инвалида также учитывается его опыт проживания в тех или иных формах жизнеустройства. Если респондент не имеет опыта СП, но выражает такое предпочтение, ему может быть предложено пройти тренировочный этап СП.

Президентом СПб БОО «Перспективы» М.И. Островской и психологом РБОО «Центр лечебной педагогики» М.Е. Сисневой предложен другой инструмент получения мнений инвалидов с психическими нарушениями о предпочтительной форме жизнеустройства. Это опросник оценки мотивационной фрустрации: стремления к большей самостоятельности и независимости лиц



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

с нарушениями психических функций для целей СП. Опросник состоит из 27 вопросов по основным сферам жизнеустройства: получение медицинских услуг, забота о своих потребностях, общение, отношения, хозяйство, обучение, перемещение, финансы, занятость. Вопросы построены таким образом, чтобы определить, какие потребности инвалида в настоящее время не удовлетворены, и оценить желание респондента обрести более высокую самостоятельность для их реализации. Очевидно, что лица, стремящиеся выйти из стационарного учреждения или семьи на СП, будут иметь более высокую мотивационную фрустрацию, т.к. они стремятся к большей самостоятельности, которую не могут получить в текущих условиях. При поддержке Министерства социальной политики Нижегородской области и проекта «Регион заботы» Общероссийского народного фронта было проведено масштабное исследование, направленное на определение степени самостоятельности граждан, проживающих в Понетаевском психоневрологическом интернате (ПНИ), и их предпочтений в жизнеустройстве. По результатам, предоставленным Министерству социальной политики Нижегородской области, предпочтение к СП выразили 29% респондентов, к самостоятельному проживанию с надомным обслуживанием – 10%, проживанию только в кровной семье – 8%, в кровной или приемной семье – 7%, к дальнейшему проживанию в интернате – 46%. По результатам исследования, проведенного СПб БОО «Перспективы» в одном из ПНИ г. Санкт-Петербург, мотивационная фрустрация не обнаружила зависимости от степени функциональной автономии респондентов. Инвалиды с тяжелыми множественными нарушениями развития стремятся к более самостоятельному образу жизни не меньше, чем респонденты, обладающие более высокой автономией. Результаты исследования готовятся к публикации.

**Выводы.** Оба предложенных инструмента подходят для оценки основных параметров, влияющих на выбор предпочтительной формы жизнеустройства инвалида с нарушениями психических функций. Анкета (опросник), предложенный Федеральным научно-образовательным центром им. Альбрехта, имеет следующие преимущества: учет предварительного опроса родителей инвалидов при разработке инструмента, проработка важных методологических вопросов в Методических рекомендациях (определение способности инвалида с психическими нарушениями выразить свое мнение и ее ограничений, руководство по опросу недееспособного лица и учету мнения его опекуна, получение дополнительной информации от ближайшего окружения инвалида, процедура рассмотрения сложных случаев несовпадения мнений и пр.). Методология и инструмент разработаны мультидисциплинарной командой специалистов. Опросник, предложенный М.И. Островской и М.Е. Сисневой, предлагает оригинальный подход: определение стремления к более или менее самостоятельному жизнеустройству через оценку мотивационной фрустрации. Он имеет традиционное преимущество проективной методики: позволяет избежать намеренно просчитанных или социально желательных ответов. Данный опро-



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

сник уже был использован в предварительных исследованиях, их результаты были учтены для его уточнения. Оба инструмента нуждаются в дальнейшей апробации. Полученные результаты могут обеспечить прорыв в области нашего понимания подходов к получению и учету мнений людей с ментальной инвалидностью и возможностей соответствующих практических инструментов.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Труфанов Д.О.<sup>1</sup>, Шмелева О.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет»,

<sup>2</sup>КГБУЗ «Красноярский краевой центр  
общественного здоровья и медицинской профилактики»,  
г. Красноярск

Службы ранней помощи детям – относительно новый и актуальный социальный институт в современном российском обществе. Его актуальность обусловлена наблюдаемым ростом количества детей, рожденных с различного рода отклонениями в развитии. Растет потребность в организациях, способных осуществлять раннюю коррекцию, оказывать поддержку детям и семьям.

Службы ранней помощи – институт, который находится в процессе становления в России. Для его успешного развития в качестве организованного государственного сервиса, необходима отлаженная работа региональных центров и служб ранней помощи, осуществление и оптимизация их деятельности как социальных организаций, встроенных в процесс функционирования региональных систем поддержки общественного здоровья.

Анализ функционирования служб ранней помощи как социальных организаций – задача социологических исследований, которые позволяют выделить успешные практики работы служб ранней помощи и проблемные аспекты их работы, требующие управленческого внимания. В связи с этим целесообразно социологическое сопровождение деятельности служб ранней помощи, которое позволит своевременно решать возникающие затруднения в их работе и ставить перспективные задачи развития.

В настоящее время в России существует практика социологических исследований проблематики функционирования служб ранней помощи. На сегодняшнем этапе данные исследования носят несистемный характер, являются фрагментарными и проводятся от случая к случаю. Тем не менее их результаты позволяют анализировать важные направления деятельности и раскрывать проблемные места.

Анализ существующей практики социологических исследований служб ранней помощи в России показывает, что существует ряд актуальных вопросов, которые становятся темами социологического изучения. Приведем основные темы.

1) Исследования моделей поведения клиентских семей служб ранней помощи. В рамках данной темы ставятся вопросы об отношении представителей клиентских семей к занятиям с детьми в службах ранней помощи, о сотрудничестве родителей и специалистов в процессе проведения занятий, о



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

понимании родителями целей, методов и результатов работы с детьми и др. Результаты исследований обнаруживают ориентированность части клиентских семей на перекладывание ответственности за жизнь и развитие ребенка на специалистов служб, их нежелание и неготовность включаться в работу с ребенком. Исследования, проведенные авторами в службах ранней помощи Красноярского края в 2022-2023 гг. подтверждают актуальность данной проблемы. Зафиксирована ориентация части родителей, чьи дети старше одного года и посещающие службы более 12 месяцев, на снижение собственного участия в работе с ребенком, перекладывание части ответственности за его развитие на специалистов. Это дисфункция, способная снижать эффективность работы службы за счет снижения активности родителей в оказании помощи детям. Поскольку для ребенка в преодолении трудностей основными точками опоры выступают семья и специалисты службы ранней помощи, то выход из строя одной опоры может привести к затруднениям в достижении запланированных результатов.

Результаты исследований позволили авторам тезисов выделить модели поведения родителей по основанию ориентации на сотрудничество со специалистами служб ранней помощи: 1) включенные родители, которые активно сотрудничают со специалистами, участвуют в занятиях с детьми, используют методики работы в домашних условиях, 2) отстраненные родители, склонные перекладывать ответственность за работу с детьми и ее результаты на специалистов ранней помощи, 3) не принимающие родители, критически настроенные в отношении методов и практики работы специалистов ранней помощи. Выделенные поведенческие модели становятся фактором влияния на процесс и результаты работы с детьми в службах ранней помощи.

2) Исследования уровня удовлетворенности клиентских семей услугами служб ранней помощи. В различных регионах, где проводятся данные исследования, выявлен преимущественно высокий уровень удовлетворенности родителями предоставляемыми услугами: респонденты в целом удовлетворены квалификацией персонала, оборудованием, доступностью услуг ранней помощи, отношением со стороны специалистов, применяемыми методиками, временем приема и итоговым результатом посещения служб ранней помощи. Индикатор уровня удовлетворенности клиентских семей может служить одним из интегральных показателей эффективности работы служб ранней помощи в регионах. Исследования авторов в Красноярском крае свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности клиентских семей результатами, достигнутыми в ходе реализации индивидуальной программы ранней помощи для детей. Родители стали лучше понимать принципы и методы организации игр для своего ребенка с учетом его потребностей, особенности развития ребенка, способы его включения в повседневные коммуникативные практики, методы поддержки ребенка в моменты негативных эмоциональных реакций и т.д.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

В ходе подобных исследований была выявлена проблема, связанная с частичной осознанностью родителями целей и методов работы с ребенком в службах ранней помощи. Так, до 69% клиентских семей в Красноярском крае сообщили, что полностью понимают, какие изменения должны произойти с ребенком в результате занятий, 62% – полностью понимают цель и смысл методов, которые используют специалисты ранней помощи. Остальная часть родителей понимают цели и методы работы частично и около 2% родителей совершенно не понимают эти аспекты.

О высоком уровне эффективности работы служб ранней помощи также свидетельствует показатель эмоционального состояния родителя после посещения занятий. Анализ эмпирических данных показывает, что позитивное эмоциональное состояние родителей, возникающее в результате занятий, коррелирует с высоким уровнем их удовлетворенности рядом аспектов работы служб ранней помощи, наличием позитивных эффектов от реализации индивидуальной программы ранней помощи, высоким уровнем включенности в работу с ребенком, и может быть использовано как интегральный индикатор оценки уровня удовлетворенности клиентских семей услугами ранней помощи.

3) Исследование информационного сопровождения работы служб ранней помощи. В рамках этого направления исследований изучению подвергаются такие вопросы как осведомленность клиентских семей о существовании служб ранней помощи в России и регионе проживания семей, уровень информированности о функционировании служб ранней помощи и их услугах, об источниках информации о работе служб ранней помощи. Результаты исследований показывают, что службы ранней помощи слабо информируют целевую аудиторию о возможностях занятий с детьми. В большинстве случаев источником информации о работе служб ранней помощи становятся сторонние организации – медицинские учреждения, реабилитационные центры. Другой актуальный источник информации – личные контакты родителей, их общение в малых группах. Таким образом, существует задача развития практики информирования клиентских семей о возможностях и услугах служб ранней помощи.

4) Исследования различных аспектов функционирования служб ранней помощи как социальных организаций – ценностно-нормативный климат в коллективах, вопросы администрирования и материально-технического обеспечения служб, правовое обеспечение деятельности, практика межведомственного взаимодействия и др. Результаты проведенных исследований указывают на ряд проблемных аспектов в деятельности служб ранней помощи: недостаточность нормативно-правовой базы функционирования служб ранней помощи, дефицит площадей и материально-технического обеспечения, нехватка квалифицированных кадров, низкий уровень межведомственного взаимодействия и др.



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Исследования авторов в Красноярском крае показали, что восприятие родителей и сотрудников процесса проводимых занятий, а также образа рабочего коллектива службы ранней помощи во многом является сходным. Так, и специалистами, и представителями клиентских семей в качестве достоинств занятий отмечена их структурированность и продуманность, удобный временной формат и междисциплинарный подход, в качестве достоинств рабочего коллектива службы – высокий уровень квалификации специалистов, доброжелательность сотрудников, высокий уровень командной сплоченности, разновозрастной состав, высокий уровень включенности специалистов в работу и самоотдачи. При этом существуют различия в понимании родителями и сотрудниками служб основных целей работы с детьми, взаимной роли в процессе занятий, а также результатов посещения службы ранней помощи. Специалисты службы в качестве основных целей и результатов работы на первый план выводят освоение ребенком навыков самостоятельности, адаптированности в повседневных коммуникациях, повышение компетентности родителей, отводя себе в данном процессе роль проводника, помощника. Родители же, напротив, желают видеть лидирующую позицию специалистов в работе с детьми, а основными целями и результатами работы с ребенком считают развитие когнитивных навыков, в частности – развитие речи.

В целом существующие социологические исследования указывают на наличие в функционировании служб ранней помощи следующего ряда актуальных проблем: 1) высокий уровень загруженности специалистов, в ряде случаев – нехватка специалистов для оказания своевременной качественной помощи увеличивающемуся потоку клиентских семей, 2) слабое информационное сопровождение функционирования служб, оказывающих услуги ранней помощи, 3) недостаточная оборудованность некоторых центров ранней помощи качественной мебелью, теплым полом, а также мебелью для детей с двигательными нарушениями, 4) сниженный уровень включенности родителей на занятиях в службах ранней помощи и работу с ребенком в целом, 5) различия в восприятии целей работы родителями и специалистами служб ранней помощи, 6) дефициты нормативного и организационно-технического характеров в функционировании учреждений, оказывающих услуги ранней помощи.

Результаты социологических исследований показывают, что для дальнейшего развития служб ранней помощи в России целесообразно обратить внимание на следующие актуальные задачи:

- 1) привлечение квалифицированных специалистов и решение вопросов кадрового обеспечения служб ранней помощи;
- 2) поиск возможностей и разработка программ дополнительного финансирования служб для материально-технического обеспечения деятельности;
- 3) создание единого бренда служб ранней помощи в Российской Федерации (оформление внешнего вида и структуры сайтов, цветовой гаммы, логотипа, раздаточных материалов и проч.) для расширения и повышения эффективности информационного сопровождения деятельности служб ранней помощи;



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

- 4) активное использование различных каналов связи с общественностью;
- 5) совершенствование практики работы с представителями клиентских семей в части осмысления основных целей ранней помощи детям, важности сотрудничества со специалистами и включенности родителей в работу с детьми;
- 6) привлечение к сотрудничеству специалистов других профессиональных сообществ.

\* \* \*



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

# ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПОВСЕДНЕВНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

**Чичаева Д.А.**

ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»,  
г. Волгоград

**Актуальность.** Важнейшим условием развития коммуникативных навыков у детей раннего возраста является использование повседневных, естественно возникающих ситуаций в системе коррекционной работы. Исследования предыдущих лет показали, что формирование коммуникативных навыков у маленьких детей недостаточно эффективно, если процесс обучения основан на выполнении жестко структурированных упражнений и заданий и протекает исключительно в рамках занятий (Lovaas, Simmons, Koegel, Stevens-Long, 1973). В этом случае формирующиеся навыки оказываются нефункциональными, изолированными от ежедневно возникающих социальных ситуаций и не используются детьми в условиях повседневной жизни.

**Цель.** Цель разработанной системы коррекционных занятий – использовать ежедневные жизненные ситуации в коррекционной работе для формирования функциональных коммуникативных навыков, которые могут переноситься ребенком в различные социальные контексты.

Для реализации данной цели взрослый, находящийся с ребенком, должен рассматривать каждую ситуацию как потенциальную возможность для построения коммуникативного взаимодействия, что предполагает функциональный анализ по отношению к поведению и эмоциональным реакциям ребенка. Если взрослый заметил, что ребенок заинтересован чем-либо или готов к взаимодействию, он должен найти возможность для налаживания коммуникативного процесса.

В случае если коммуникативные навыки ребенка находятся на довербальном уровне развития, мы рекомендуем использовать паралингвистические средства общения. Они помогают лучше понять значения слов. Не стоит придумывать новые жесты, подменяя ими развитие активной речи ребенка. Также следует помнить, что в норме паралингвистические средства являются вспомогательными в общении между людьми и употребляются ограниченно.

**Материалы и методы.** Методы предварительной диагностики: наблюдение, беседа, анкетирование и опрос, с целью выявления функциональных рутин семьи и ребенка, которые впоследствии отрабатывались с использованием метода моделирования ситуации, в том числе с применением супервизии специалистов для домашней отработки полученного навыка в ходе занятия. Система коррекционной работы строится с учетом потребностей и интересов



## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ребенка. Важно то, что в подобных ситуациях происходит естественное подкрепление его коммуникативных высказываний; в качестве вознаграждения выступает результат речевой активности ребенка – выполнение его желания, намерения, непосредственно связанного с данной ситуацией. Это позволяет ребенку понять, что произнесенное слово или фраза приводит к определенному результату; что с помощью речевого высказывания можно повлиять на поведение других людей и достичь желаемого. В процессе моделирования занятий по формированию коммуникативных навыков необходимо учитывать следующие условия выполнения рутин: активность является частью ежедневной жизни; активность выполняется регулярно, часто повторяется; активность имеет определенную последовательность и предсказуемость в выполнении; активность имеет начало и конец; активность имеет ожидаемый результат; активность выполняется в определенное время и имеет место для проведения; в результате многократного повторения активность заучивается, выполняется механически.

В процессе формирования коммуникативного навыка необходимо соблюдать следующую последовательность:

1. Выделение внутри навыка отдельных простых операций (действий).
2. Многократное повторение действий (тренировка).
3. Образование в головном мозге устойчивых связей и «программы» действий.
4. Автоматизация и генерализация навыка.

**Результаты и обсуждение.** Повседневная рутина обеспечивает маленьким детям оптимальный контекст для приобретения и совершенствования навыков, потому что она повторяющаяся, предсказуемая, функциональная и содержательная, таким образом, она становится ресурсной. Необходима регулярность выполнения рутинных действий в течение продолжительных периодов времени, которая позволяет ребенку узнать о последствиях своего поведения. В отличие от традиционных индивидуальных занятий включение обучения в рутину способствует обобщению и сохранению навыков в других видах деятельности (BRUDER, 2010). Специалисты имеют ограниченное количество часов контакта с ребенком, в то время как родители контактируют с ребенком 10-12 часов каждый день, поэтому у родителей есть большие возможности для улучшения развития своего ребенка.

**Выводы.** Чтобы ребенок учился в рутине, она должна хорошо протекать или, другими словами, быть ресурсной. Во время ресурсной рутины: ребенок ощущает себя спокойным, он вовлечен в рутину, сосредоточен на ней, проявляет желание что-то делать самостоятельно, общается со взрослым. В этом случае ребенок будет с желанием учиться самым разным навыкам.



## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

| <b>Б</b>              |    | <b>К</b>             |    |
|-----------------------|----|----------------------|----|
| Белоглядова К.С.....  | 3  | Киш И.Р.....         | 12 |
| Битова А.Л.....       | 5  | Копыток А.В.....     | 14 |
| Бронников В.А.....    | 16 |                      |    |
| <b>В</b>              |    | <b>Л</b>             |    |
| Воронец О.А.....      | 14 | Лисихина Н.В.....    | 7  |
|                       |    | Лущинская С.И.....   | 14 |
| <b>Г</b>              |    | <b>С</b>             |    |
| Галактионова М.Ю..... | 7  | Серебрякова В.Ю..... | 16 |
|                       |    | Сиснёва М.Е.....     | 19 |
| <b>Д</b>              |    | <b>Т</b>             |    |
| Дунаева Е.В.....      | 10 | Труфанов Д.О.....    | 23 |
| <b>Е</b>              |    | <b>Ч</b>             |    |
| Егунькина А.Н.....    | 3  | Чичаева Д.А.....     | 28 |
| <b>З</b>              |    | <b>Ш</b>             |    |
| Зими́на О.А.....      | 16 | Шмелева О.С.....     | 23 |
| Зуева А.В.....        | 14 |                      |    |
| <b>И</b>              |    |                      |    |
| Иванова Н.В.....      | 7  |                      |    |



## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| ОПЫТ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ<br>КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ,<br>ВОСПИТЫВАЮЩИМ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ,<br>НА БАЗЕ ГКУ СО «ЦДИКСО»<br>Белоглядова К.С., Егунькина А.Н.....   | 3  |
| МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ<br>ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ<br>ОКАЗАНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ<br>И ВОПРОСЫ МАРШРУТИЗАЦИИ СЕМЕЙ<br>С ДЕТЬМИ В РАННЮЮ ПОМОЩЬ<br>Битова А.Л.....   | 5  |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ<br>С ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ<br>НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: ПРОГРАММА РАННЕГО<br>ВМЕШАТЕЛЬСТВА<br>Галактионова М.Ю., Лисихина Н.В., Иванова Н.В.....  | 7  |
| АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ<br>ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ<br>Дунаева Е.В.....  | 10 |
| О ПРАКТИКЕ СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА<br>В СЛУЧАЕ ПОДОЗРЕНИЯ ИЛИ ОБНАРУЖЕНИЯ<br>ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ<br>ИЛИ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА<br>(В ТОМ ЧИСЛЕ ВНУТРИУТРОБНО)<br>В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ<br>Киш И.Р.....                   | 12 |
| ТЯЖЕСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ<br>ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ<br>В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ<br>Копыток А.В., Зуева А.В., Воронец О.А., Лущинская С.И.....  | 14 |
| МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ<br>ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ<br>ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ<br>КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ<br>В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ<br>СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РАННЕЙ ПОМОЩИ<br>Серебрякова В.Ю., Бронников В.А., Зимина О.А..... | 16 |



## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| ПОЛУЧЕНИЕ И УЧЕТ МНЕНИЙ ИНВАЛИДОВ<br>С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ<br>О ПРЕДПОЧИТАЕМОЙ ФОРМЕ ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА:<br>СОВРЕМЕННЫЕ РОССИЙСКИЕ РАЗРАБОТКИ<br>Сиснёва М.Е..... | 19 |
| СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ<br>СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ<br>Труфанов Д.О., Шмелева О.С.....   | 23 |
| ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ<br>НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА<br>В ПОВСЕДНЕВНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ<br>Чичаева Д.А.....  | 28 |