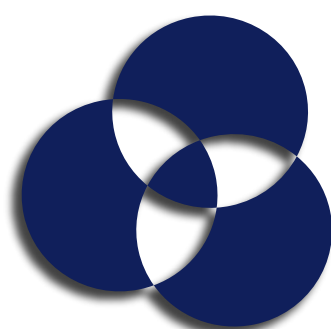


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

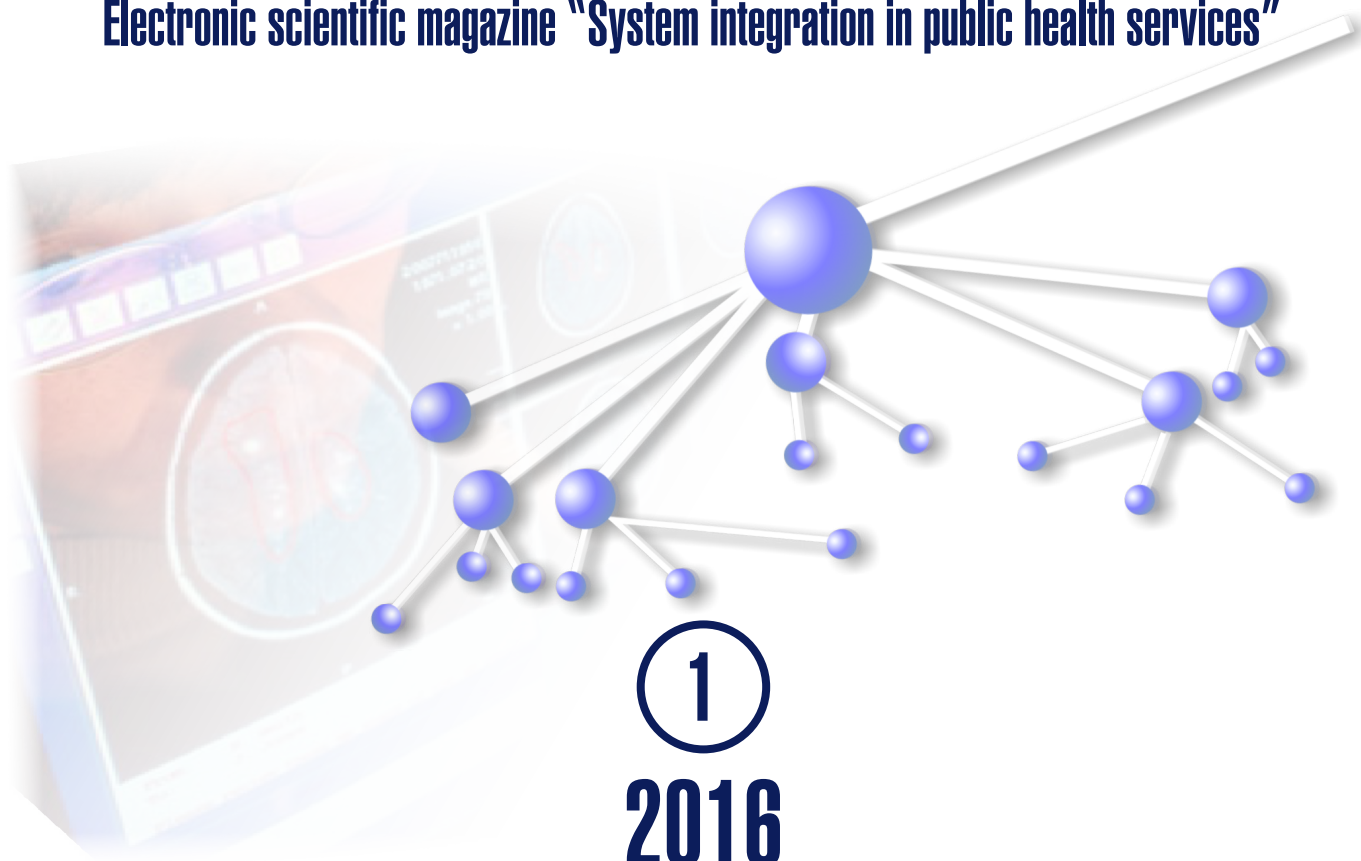
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
Свердловской области  
детская клиническая больница  
восстановительного лечения  
“Научно-практический центр  
“Бонум”

[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2877770, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2016



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 1 (27) 2016**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С.И.БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,  
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА  
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А.А.БАРАНОВ (Москва)  
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)  
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)  
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)  
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)  
В. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)  
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

**Уважаемые читатели, коллеги!**



Уважаемые читатели!

Представленный вашему вниманию номер очередного выпуска журнала «Системная интеграция в здравоохранении» посвящен проблемам психолого-педагогической реабилитации детей с нарушениями здоровья, влияющими на качество результатов, в частности речевое, психологическое развитие. Принцип раннего вмешательства с целью своевременного оказания помощи ребенку выступает основным

методологическим принципом и в технологиях реабилитационной работы, о которых пишут авторы статей этого номера журнала.

Ряд статей посвящен креативным технологиям, получившим признание и высокую оценку, с точки зрения достижения реабилитационного результата, как среди специалистов, так и самих пациентов, и их родителей. Творческие технологии, акцентируя внимание на личностных особенностях ребенка, позволяют наиболее точно и адекватно раскрыть его возможности и усилить те способности, которыми он обладает на данном этапе, ориентируя на достижимые для него перспективы развития. Практически все творческие технологии работы с маленькими пациентами предполагают различные командные, групповые формы взаимодействия между детьми, к примеру, участие в театрализованных действиях. Важным эффектом таких форм работы выступает естественная социализация детей, связанная с формированием навыков общения со сверстниками и взрослыми, усвоением определенных

требований и норм в процессе взаимодействия с другими людьми, овладением опыта, который в обычной жизни ребенок не всегда имеет возможность приобрести. Происходит изменение психологического самочувствия и самооценок, как у детей, так и их родителей.

Среди статей вы найдете и профессиональный взгляд специалистов – педагогов, логопедов, психологов – на особенности работы с детьми, имеющими проблемы речевого, эмоционально-психологического, неврологического развития.

Надеемся, что опыт работы, обобщенный в статьях нашего журнала, будет воспринят и послужит творческим импульсом для ваших исследований.

*Научный консультант центра «Бонум»,  
зав. кафедрой социальной работы УрФУ,  
доктор социологических наук, профессор  
Старшинова Алла Викторовна*

**ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

Александрова А.В., Александрова А.В.  
РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ  
ЗДОРОВЬЯ СПОСОБОМ УЧАСТИЯ В ТЕАТРАЛИЗОВАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....6

Ахметзянова А.И., Миндукова Ю.Е.  
САМОДЕТЕРМИНАЦИЯ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ СТУДЕНТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....10

Ахметзянова А.И., Федорова В.Д.  
АДАПТИВНЫЕ НАВЫКИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ  
РАЗВИТИЕ В УСЛОВИЯХ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....20

Ахметзянова А.И., Чураева У.Л.  
ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....29

Обухова Н.В., Бердюгина А.С.  
СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ СО СТЁРТОЙ  
ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ.....35

Твардовская А.А., Тимошинова Н.С.  
РАЗВИТИЕ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ СРЕДСТВАМИ  
МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ .....42

**ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ**

Громова В.Л.  
УСЛОВИЯ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЕТЕНТНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....50

## РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СПОСОБОМ УЧАСТИЯ В ТЕАТРАЛИЗОВАННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Александрова А.В., Александрова А.В.**

*Уральский государственный педагогический университет, Екатеринбург*

Статья посвящена развитию творческих способностей у детей с ограниченными возможностями здоровья, способом участия в театрализованной деятельности. Развитие творческих способностей у детей с ограниченными возможностями здоровья - это реальная помощь от педагога на их пути к успешной адаптации в социуме.

**Ключевые слова:** творчество, театральная деятельность, перчаточные куклы, дети с ОВЗ

### **Development of creative abilities of children with hia way to participate in theatrical activities**

**Aleksandrova A.V., Aleksandrova A.V.**

*Ural State Pedagogical University, Yekaterinburg*

The article is devoted to the development of creative abilities in children with disabilities way to participate in a theatrical performance. Development of creative abilities of children with disabilities - a real help from teachers on their way to successful adaptation in society.

**Keywords:** creativity, theater activities, glove puppets, children with disabilities

С каждым годом неуклонно растет число детей, имеющих инвалидность с раннего возраста. Дети с ограниченными возможностями - это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь [1]. Необходимо создавать условия равноправного участия детей с ограниченными возможностями в различных формах взаимодействия со здоровыми детьми.

В детском дошкольном и школьном возрасте, творчество имеет важное значение для развития личности ребенка и может стать крепким фундаментом для его будущей, успешной социализации. По мнению Л.С. Выготского, творческая деятельность - это «деятельность человека, которая создает нечто новое, все равно, будет ли это созидание творческой деятельностью, какой-нибудь вещь внешнего мира или известным

построением ума или чувства, живущим или обнаруживающимся только в самом человеке» [2].

Наблюдая за детьми с ограниченными возможностями здоровья, занятыми творческой деятельностью, можно увидеть, как они раскрываются, духовно растут и совершенствуются. Творчество помогает развить детям не только их творческие способности, но и оказывает лечебное воздействие. Корректируя психоэмоциональное состояние, занятия творческой деятельностью развивают воображение и способствуют становлению символической функции мышления. В процессе занятий осуществляется высвобождение негативных чувств и эмоций.

Занятия творчеством помогают повысить уровень познавательной активности, нравственного воспитания и решить ряд задач, которые стоят перед педагогами коррекционных школ. Процесс творчества в созидании позволяет увидеть наглядный результат, который вызывает у ребенка чувство его личной причастности к успеху и поднимает его самооценку. У детей возникает чувство гордости, что способствует развитию собственного достоинства.

Одним из самых доступных видов искусства для детей с ограниченными возможностями здоровья является театральная деятельность, в основе которой заложена игра. Каким бы тяжелым не было заболевание, игра является основным видом деятельности всех детей. Стимулировать ребенка к игре не приходится, так как он делает это с большим удовольствием [3].

Создатель отечественной теории игры, советский психолог и философ С.Л. Рубинштейн писал: «Прежде всего, игра - это особый вид деятельности, т.е. совокупность осмысленных действий, объединенных единством мотива; игра является выражением определенного отношения личности к окружающей действительности» [4]. Именно через игру можно решать актуальные проблемы современной психологии и педагогики связанные с художественным и нравственным воспитанием детей с ограниченными возможностями здоровья; формировать эстетический вкус, развивать речь и воспитывать волю, создавать положительный эмоциональный настрой и избегать конфликтных ситуаций.

Система обучения театральной игре детей с отклонениями в развитии является самым действенным средством коррекции психофизического развития детей с ограниченными возможностями. Игра специально организуется взрослыми для обеспечения усвоения ребёнком накопленного социального опыта данного общества. Ребёнок первоначально обретает опыт для жизни в обществе и развивает все те физические и духовные силы и способности, которые ему необходимы. Именно театральная игра рассматривается как

важнейшее средство адаптации и социализации, как одна из наиболее оптимальных для социального развития ребёнка, форм организации его деятельности и, следовательно, как средство вхождения его в микросоциум. Процессу вхождения в микросоциум способствует социализация и адаптация (как результат социализации). Адаптация – это приспособление человека к условиям новой социальной среды; один из социально-психологических механизмов социализации личности. В педагогической практике важное значение имеет учет особенностей процесса адаптации ребенка к изменившимся условиям его жизни и деятельности, при поступлении в общественные учебно-воспитательные учреждения, при вхождении в новый коллектив. Новая социальная среда предъявляет к ребенку особые требования, которые в большей или меньшей степени соответствуют его индивидуальным особенностям и склонностям [5].

Наиболее эффективным методом для детей дошкольного и младшего школьного возраста может быть не только актерская игра, но и управление куклами – перчатками, причем изготовленными собственноручно. Процесс изготовления таких кукол, по разработке авторов статьи не сложен и с ним могут справиться дети от 5 лет. Он исключает применение колюще – режущих предметов и позволяет детям эмоционально раскрепоститься, получить моральное и эмоциональное удовлетворение от процесса работы и полученного результата. Как показывает практика, дети с ограниченными возможностями здоровья, в большинстве случаев, считают изготовленную куклу своим вторым «Я» и готовы сразу включиться в процесс показа действия с куклой.

Таким образом, практически исключается работа педагога по мотивации творческой активности. До настоящего времени не существует какого-либо четкого определения куклотерапии. Одни считают куклотерапию психодрамой, так как в ней четко выражено воздействие на психику и, как следствие, она вызывает ярко выраженные эмоции (И.Я. Медведева, Т.Л. Шишова).

Авторы Денисова Г., Лебедева Л.Д. относят куклотерапию к части арт-терапии. Эффективность этого метода признана всеми авторами, без исключения. Творческий педагог, при помощи куклы, взаимодействуя с обучающимися, может решать весь спектр стоящих перед ним задач [6].

Управляя своей куклой, ребенок развивает свой физический, эмоциональный, нравственный, психический и интеллектуальный уровень.

Педагог учит детей произносить слова четко и медленно, со временем ускоряя темп речи. В систематической работе над выразительностью собственных высказываний и заученных реплик кукольных персонажей, у детей с ограниченными возможностями



здоровья значительно совершенствуется звуковая сторона речи, улучшается диалогическая речь, активизируется и обогащается словарный запас.

Таким образом, через участие в театральной деятельности, ребенок получает информацию об окружающем его мире, законах общества и учится строить свои отношения с окружающими его людьми. В более старшем возрасте приобретение опыта успешности за счет участия в творчестве и созидании помогут ребенку раскрыть свой личный потенциал и реализовать себя в конкретной области. Развитие творческих способностей у детей с ограниченными возможностями здоровья - это реальная помощь от педагога на их пути к успешной адаптации в социуме.

#### Список литературы

1. Зайцев, Д.В. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. - 110с.
2. Выготский, Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте / Л.С. Выготский. — СПб.: СОЮЗ, 1997. – 96 с.
3. Ткачева, В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей // Дефектология. — 1998. — №1.
4. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская // СПб: Издательство "Питер", 2000.
5. Шевченко, С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-педагогические аспекты: Метод. Пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения / С. Г. Шевченко – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. – 136 с.
6. Силонова, Н. Ю. Возможности куклотерапии в диагностике и коррекции детско-родительских отношений // Григорьев С. В., Фролов А. С. Игра и праздник: современные проблемы. Доклады, тезисы, материалы городской научно-практической конференции. М.: МГДД(Ю)Т, 2003.

---

Александрова Анастасия Владимировна - студентка бакалавриата по направлению "Олигофренопедагогика" 3 курса ИСО УрГПУ г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, 26, тел: (343)235-76-25; fpkiso@mail.ru

## САМОДЕТЕРМИНАЦИЯ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ СТУДЕНТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

**Ахметзянова А.И., Миндукова Ю.Е.**

*Федеральное государственное автономное учреждение высшего профессионального образования  
«Казанский (Приволжский) федеральный университет»,  
Институт психологии и образования*

Столкнувшись с проблемами доступности качественного образования, студенты с ограниченными возможностями здоровья также имеют ряд личностных проблем. Обучаясь на неравных условиях со здоровыми студентами, они играют пассивную роль в учебной и общественной жизни вуза, чем обуславливается недостаточный уровень профессиональных навыков. Чтобы стать успешным, получить высшее образование современный молодой человек должен быть активным, целеустремленным, уверенным, настойчивым, стойким. Особенно остро проблема самоактуализации стоит у студентов с ограниченными возможностями здоровья. В статье исследуются взаимосвязи самодетерминации с основными параметрами личностного потенциала у студентов с ограниченными возможностями здоровья.

**Ключевые слова:** студенты с ограниченными возможностями здоровья, личностный потенциал, самодетерминация, самоактуализация, ценностные ориентации.

### **Self-determination as the basis of the development of student with disabilities**

**Ahmetzyanova A.I., Mindukova Y.E.**

*Kazan (Volga region) Federal University, Institute of psychology and education*

Faced with problems of access to quality education, students with disabilities also have a number of personal problems. Studying on unequal terms with healthy students, they play a passive role in the academic and social life of the university, what caused the insufficient level of skills. To be successful, to get higher education modern young people must be active, purposeful, confident, assertive, persistent. Particularly acute problem of self-actualization is at the students with disabilities. This article investigates the relationship of personal autonomy with the main parameters of the personal potential students with disabilities.

**Keywords:** students with disabilities, personal potential, Self-determination, self-actualization, value orientations.

#### **Введение**

Создание достойных условий жизни и равных возможностей самореализации для всех граждан – одна из важнейших задач демократического государства. В этой связи особо остро встает вопрос о получении качественного высшего образования людьми, имеющими инвалидность. Сталкиваясь с проблемами возможности получения качественного образования, студенты с ограниченными возможностями здоровья имеют и ряд личностных проблем. Студенты данной категории, обучаясь на неравных условиях со здоровыми студентами, плохо мотивированы к обучению, имеют низкий уровень познавательного

развития, и, как следствие, недостаточность профессиональных навыков. Эти факторы могут повлиять как на личностный успех, так и на достижение собственной цели. В результате, утрата своей жизненной цели повлияет на личностное становление и саморазвитие студента, на его адаптивность и дальнейшее взаимодействие с окружающими, на получение качественного образования в вузе [1, 2].

Успешность действий молодых людей с ОВЗ во многом будет зависеть от их готовности к активной деятельности, способности инициировать собственное развитие, выступать источником и причиной собственного поведения, преодолевая негативное влияние ситуаций неопределенности, т.е. от способности к самодетерминации [3, 4].

Реализация исследования позволяет определить, насколько современная студенческая молодежь с ОВЗ обладает способностью к самодетерминации, а также каким образом этот феномен влияет на их личностный потенциал (ценностные ориентации, базовые установки, психические состояния), когнитивные характеристики.

**Цель работы:** выявить и изучить особенности самодетерминации и ценностных ориентаций у студентов с ограниченными возможностями здоровья.

#### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 60 человек (30 студентов с ограниченными возможностями здоровья и 30 здоровых), обучающиеся в Казанском федеральном университете и в университете управления «ТИСБИ». Возраст студентов – от 19 до 22 лет. Выборку студентов с ограниченными возможностями составляют молодые люди, имеющие инвалидность по зрению (2 из которых имеют тотальную слепоту), слуху, детский церебральный паралич, при сохранной способности к самостоятельному передвижению. Полученные в рамках эксперимента данные были обработаны с помощью метода математико-статистической обработки и описательной статистики (расчет средних значений).

Основным методом оценки самодетерминации испытуемых выбран тест-опросник самоорганизации деятельности Е.Ю. Мандриковой, включающий шкалы планирования, целеустремленности, настойчивости, фиксации на достижении цели, самоорганизации и ориентации на настоящее (ОСД).

Для изучения параметров личностного потенциала использовались опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» А.А.Реана, определяющий, что является ориентиром деятельности человека – боязнь неудачи или мотивация достичь успеха), самоактуализационный тест (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, М.В. Загика и М.В. Кроз), тест «Смыслжизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев).

Для изучения ценностных ориентаций была использована методика «ценностные ориентации» (М.Рокич).

На этапе эмпирического исследования учащимся был представлен тестовый материал и предложена четкая инструкция по каждому тесту. Студентам с тяжелыми нарушениями зрения тест «ценностные ориентации» М. Рокича, предполагающий зрительное восприятие списка наименований ценностей, диктовался под запись по Брайлю ими текста методики, затем успешно ими выполнялся, и в дальнейшем озвучивался для занесения в протокол. Текст остальных методик, не требующий зрительного восприятия, диктовался студентам с нарушениями зрения на слух. После того как студенты самостоятельно справились с заданиями, полученные результаты подлежали обработке.

### Результаты исследования

Средние значения по шкалам ОСД у студентов с ограниченными возможностями оказались следующими: «планомерность» (14,5), «целеустремленность» (29,2), «настойчивость» (28,06), «фиксация» (21,3), «самоорганизация» (10,8), «ориентация на настоящее» (10,6) (см.табл.1).

Таблица 1  
Значения по шкалам тест-опросника самоорганизации деятельности Е.Ю. Мандриковой у студентов с ограниченными возможностями здоровья и здоровых студентов

Наименование шкалы	Студенты с ОВЗ	Здоровые студенты	Нормативные значения
Планомерность	14,5	18,2	17,41 (5)
Целеустремленность	29,2	34,8	32,48 (7)
Настойчивость	28,06	19,9	22,19 (6)
Фиксация	21,3	20,6	18,47 (5)
Самоорганизация	10,08	10,2	9,49 (4)
Ориентация на настоящее	10,6	7,4	8,27 (3)

У здоровых студентов: «планомерность» (18,2), «целеустремленность» (34,8), «настойчивость» (19,9), «фиксация» (20,6), «самоорганизация» (10,2), «ориентация на настоящее» (7,4).

Полученные нами значения по шкалам «планомерность», «целеустремленность» и «самоорганизация» у студентов с ограниченными возможностями отстают от соответствующих стандартных значений для этой методики, в то время как значения по шкалам «настойчивость», «фиксация», измеряющей склонность субъекта к придерживаться заранее подготовленного плана, его приверженность к строгому расписанию, и «ориентация на настоящее» находятся в пределах нормы. Это свидетельствует о том, что студентам с ОВЗ свойственна усердность, они склонны прилагать большие волевые усилия для завершения начатого дела, однако их деятельности

не достаёт систематичности, организованности, они постоянно нуждаются во внешних стимулах для управления деятельностью.

По методике «Мотивация успеха и боязнь неудачи» А.А. Реана студенты с ограниченными возможностями здоровья набрали 11,7, это говорит о том, что их мотивационный полюс ярко не выражен, в то время как средний балл здоровых студентов = 14,4 - не ярко выраженная ориентация на успех (мотивация на успех диагностируется при 14-20 баллов). Можно сказать, что у студентов с ограниченными возможностями ожидание результатов собственной деятельности не имеет яркой эмоциональной окраски, нет определенного преобладания боязни неудачи, как и мотивации на успех (см. табл.2).

Таблица 2  
Результаты исследования мотивации на успех у студентов с помощью методики «Мотивация успеха и боязнь неудачи» А.А.Реана

Студенты с ограниченными возможностями здоровья	Здоровые студенты
11,7	14,4

Интересные данные получены при обработке самоактуализационного теста (см. табл.3).

Таблица 3  
Значения по шкалам самоактуализационного теста у студентов с ограниченными возможностями здоровья и здоровых студентов

Наименование шкалы	Студенты с ОВЗ	Здоровые студенты	Максимальный балл
Ориентации во времени	5,6	7,2	17
Поддержки	39,53	51,8	91
Ценностной ориентации	7,53	12,7	20
Гибкости поведения	6,96	13,2	24
Сензитивности	7,2	6	13
Спонтанности	6,23	7,6	14
Самоуважения	10	9,2	15
Самопринятия	17,7	11,2	21
Представлений о природе человека	4,9	4,5	10
Синергии	4	3,6	7
Принятия агрессии	6,36	7,2	16
Контактности	7,1	11,9	20
Познавательных потребностей	8	4,6	11
Креативности	6,63	5,4	14

По шкале «ориентация во времени» испытуемые набрали низкий балл. Это означает ориентацию человека лишь на один из отрезков временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути. Учитывая достаточно высокий показатель по шкале «ориентация на настоящее» в методике ОСД, можно сделать вывод, что студенты ориентируются лишь на настоящий момент, они плохо соотносят настоящее с прошлым и будущим, то есть их цели плохо связаны с текущей деятельностью,

а прошлый опыт мало влияет на поведение. «Некомпетентность» во времени является чертой несамоактуализирующейся личности, что является подтверждением низкого уровня самодетерминации студентов. Также низкий балл получен по шкале поддержки, что свидетельствует о несамостоятельности испытуемых, внешнем локусе контроля. Этот результат соотносится с низким баллом по шкале «самоорганизация» в ОСД. Несамоактуализирующаяся личность направляется «извне», то есть обладает внешней поддержкой, в большей степени подвержена влиянию внешних сил. Ее поведение больше ориентировано на мнение других, а не на свое собственное; одобрение других людей становится высшей целью. Такого человека характеризует навязчивая, ненасытная потребность в привязанности, в уверенности, что его любят. Низкий балл, полученный по шкале «гибкости поведения» означает догматизм, проявляющийся в том, что несамоактуализирующаяся личность очень жестко придерживается общих принципов.

Отметим, что по шкале «самоуважения» и «самопринятие» студенты набрали балл выше среднего, результаты оказались выше в сравнении со здоровыми. Можно сказать, что студенты уважают себя, ценят свои способности, положительные качества характера, вне зависимости и вопреки недостаткам. Здоровые же студенты, напротив, отказываются принимать свои слабости. Труднее достичь «принятия себя», чем самоуважения. Актуализация собственной личности требует и того, и другого.

Достаточно высокий балл получен по шкале «познавательных потребностей». Это говорит о том, что студенты стремятся к получению знаний об окружающем мире, обладают хорошей мотивацией к обучению. Средний балл по шкале «креативность» говорит об имеющемся творческом потенциале студентов, что в совокупности с выраженными познавательными потребностями является хорошим потенциалом для развития самодетерминации у студентов.

Обращает на себя внимание низкий показатель по шкалам «гибкости поведения» и «контактности», гораздо ниже в сравнении с нормой. Это свидетельствует о неудовлетворенности межличностными отношениями студентов с ОВЗ, неумении гибко реализовывать свои ценности в поведении, взаимодействии с окружающим миром. При психолого-педагогическом сопровождении студентов и организации тренингов, основной упор необходимо сделать на межличностные отношения студентов, нормализацию психологического климата в группе, их взаимодействию со здоровыми. Так как одним из базовых составляющих самоактуализирующейся личности является умение эффективно взаимодействовать с другими людьми.

В результате изучения личностного потенциала студентов с помощью методики Д.А.Леонтьева «Смыслжизненные ориентации», был выявлен не высокий общий уровень осмысленности жизни у студентов с инвалидностью (см. табл.4), находясь границе нормы, он значительно отстает от показателя по той же шкале здоровых студентов.

Таблица 4  
Значения по шкалам теста «Смыслжизненные ориентации» у студентов с ограниченными возможностями здоровья и здоровых студентов

Наименование шкалы	Студенты с ОВЗ	Здоровые студенты	Нормативные значения
Цели в жизни	28,7	33,3	32,9 (5)
Процесс жизни	27,46	30,8	31,09 (4)
Результат жизни	24,33	24,6	25,46 (4)
Локус контроля - Я	21,1	23,4	21,13 (3)
Локус контроля - жизнь	27,6	30,3	30,14 (5)
Осмысленность жизни	87	136,6	103 (15)

По шкале «цели в жизни» студенты, имеющие инвалидность, набрали близкий к нормативному значению балл. Данный показатель свидетельствует о том, что в их жизни присутствуют цели, перспективы на будущее, однако, в отличие от здоровых сверстников, им не хватает целеустремленности.

Средний балл по шкале «процесс жизни» у студентов с ограниченными возможностями также находится на уровне нижней границы нормы. Можно сказать, что в целом они удовлетворены своей жизнью, однако им недостает эмоциональной насыщенности, которая бы наполняла каждый день большим смыслом. Возможно, это связано с более скудным досугом, по сравнению со здоровыми студентами, так как не все виды желаемого времяпрепровождения таким студентам доступны.

Показатель по шкале «результат жизни» у студентов, имеющих инвалидность, и здоровых находится на одном уровне нормативного значения. Это говорит о том, что все студенты вполне удовлетворены всеми достигнутыми ими результатами, и, прожитая ими, часть жизни является вполне осмысленной.

Нормативные значения по шкалам «локус контроля – я» и «локус контроля – жизнь» свидетельствует о способности студентов строить свою жизнь в соответствии с поставленными целями и задачами, контролировать ее процесс.

В результате анализа полученных данных по методике «Ценностные ориентаций» М.Рокича, значимых различий в определении жизненных ценностей между студентами с ОВЗ и здоровыми студентами выявлено не было.

Среди ценностей-целей для всех студентов самым важным является здоровье. Также у той и другой группы студентов лидирующее положение занимают такие ценности, как любовь и интересная работа. Однако стоит отметить важность для студентов с

ограниченными возможностями такой ценности, как дружба, которая по значимости занимает у них 2 место, в то время как здоровые студенты придают гораздо меньше значения наличию друзей в своей жизни, у них данная ценность занимает лишь 9 место в списке. Учитывая низкий показатель по шкале поддержки самоактуализационного теста, который интерпретируется как сильная потребность в постоянной помощи со стороны, навязчивая, ненасытная потребность в привязанности, в уверенности, что его любят, можно сделать вывод, что такая ценность дружбы у студентов с ОВЗ объясняется потребностью в психологической опоре, поддержки, наставничества.

Наименьшую ценность для студентов представляют: счастье других, развлечения и творческая деятельность.

Таким образом, можно сделать вывод, что более низкий уровень самодетерминации студентов с ограниченными возможностями по сравнению со здоровыми студентами, в большей степени связан с неумением самостоятельно организовать деятельность, направить свою оптимальную активность на достижение цели, нежели с особенностями смысловых установок, так как они мало отличаются от установок здоровых сверстников, за исключением некоторых элементов, связанных с потребностью в поддержке.

Стоит отметить также, что студенты с ОВЗ высоким значением наделяют такую ценность, как чуткость, тогда как их здоровые сверстники ставят ее на последнее место среди своих приоритетов. Это можно объяснить стремлением студентов с ограниченными возможностями устанавливать более тесную духовную связь с другими людьми.

В результате исследования обнаружена статистически значимая корреляционная связь между мотивацией на успех и показателями по шкале ценностные ориентации ( $r=0,95$  при  $p<0,01$ ) (см. табл.5). Это свидетельствует о том, что чем в большей степени человек разделяет ценности, присущие самоактуализирующейся личности, тем больше их потребность в достижении успеха, тем более они уверены в своих силах, инициативны и активны, отличаются большей настойчивостью и целеустремленностью. Мотивация на успех коррелирует с управляемостью жизнью ( $r=0,85$ ,  $p<0.01$ ). Можно сказать, что чем больше студенты убеждены, что они сами в силах контролировать собственную жизнь, строить ее в соответствии со своими целями и задачами, тем более они направлены на успех.

Также установлена обратная взаимосвязь между контактностью и принятием агрессии ( $r= -0,65$ , при  $p\geq 0,05$ ). Эти шкалы представляют собой блок межличностной чувствительности. Обратная связь может объясняться тем, что чем менее лояльно студенты относятся к своим отрицательным эмоциональным проявлениям по отношению к



окружающим, тем менее они удовлетворены своими межличностными отношениями, напротив же, студенты, воспринимающие эмоции гнева и раздражения, как естественные проявления человеческой природы, чувствуют себя более комфортно и уверенно в общении.

Показатели по шкале ценностных ориентаций коррелируют с представлениями о природе человека ( $r= 0,7$ , при  $p<0,005$ ) и показателями по шкале «самопринятие» ( $r=0,51$ , при  $p> 0.05$ ). Данная связь указывает, что чем более положительную оценку дают студенты другим людям, тем более высокой самоактуализацией они обладают, а также чем выше уровень их самоактуализации, тем более терпимы к своим недостаткам.

Таблица 5  
Результаты корреляционного анализа

Показатели	Корреляционная связь	P-уровень
Мотивация на успех-ценностные ориентации	$r=0,95$	$p < 0,01$
Контактность- принятие агрессии	$r= -0,65$	$p \geq 0,05$
Ценностные ориентации- представления о природе человека	$r= 0,7$	$p < 0,005$
Ценностные ориентации – самопринятие	$r=0,51$	$p > 0.005$
Мотивация на успех – локус контроля жизнь	$r=0,85$	$p < 0.01$

### Заключение

Результаты эмпирического исследования обнаружили гораздо более низкий уровень самодетерминации у студентов с инвалидностью, по сравнению с их здоровыми сверстниками.

Специфика ценностных ориентаций учащихся с ограниченными возможностями здоровья проявляется в сильной потребности в близких отношениях с другими людьми, тогда как здоровые сверстники не придают большого значения данной ценности. Это может быть связано как с дефицитом стабильных тесных связей с другими людьми, так и с тревожностью, обусловленную страхом быть непринятым, потребностью в помощи и одобрении поступков, так как у студентов был выявлен внешний локус контроля, несамостоятельность. Это свойственно несамоактуализирующейся личности, она направляется «извне», то есть обладает внешней поддержкой, в большей степени подвержена влиянию внешних сил. Ее поведение больше ориентировано на мнение других, а не на свое собственное. Неудовлетворенность межличностным контактами, подтвержденная результатами двух методик, может являться следствием отсутствия самодостаточности студентов.

Среди положительных качеств студентов с ограниченными возможностями следует отметить усердность, они склонны прилагать большие волевые усилия для завершения начатого дела, однако их деятельности не хватает систематичности, организованности, они не умеют грамотно планировать свою деятельность, постоянно нуждаются во внешних стимулах и контроле.

Студенты с ограниченными возможностями, в отличие от здоровых студентов ценят свои положительные качества, вне зависимости от недостатков или даже вопреки им, тогда как здоровые учащиеся нетерпимы к своим слабостям в излишнем стремлении к совершенству.

Помимо усердности и самоуважения, студенты-инвалиды обладают высоким уровнем познавательных потребностей, желанием быть полезным в обществе и достичь успеха, что создает превосходный потенциал для дальнейшего развития их личности.

### **Рекомендации**

На основе полученных результатов составлен перечень приоритетных направлений психологической поддержки студентов с ограниченными возможностями здоровья, способствующих актуализации их внутреннего потенциала, обуславливающего оптимальную адаптацию их в жизни общества, развитию самодостаточности.

В рамках психологического сопровождения студентов-инвалидов в условиях инклюзивного образования, рекомендуется:

- проведение групповых тренингов по целеполаганию и самоменеджменту, содержание которых предполагает освоение методов постановки целей, планирования, самоконтроля, принятия решения, достижения целей, а также на гармонизацию межличностных отношений в группе;
- проведение тренингов, направленных на активизацию мотивационной сферы студентов;
- организацию групповых мероприятий, где студенты с ограниченными возможностями могут проявить свои способности, занять свою нишу в группе и оптимизировать межличностные контакты с другими студентами;
- индивидуальная работа с психологом, направленная на развитие осмысленности жизни, уверенности в собственных силах.

### Список литературы

1. Ахметзянова А.И. Организация инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Казанском федеральном университете//Образование и саморазвитие. - 2014. - № 2 (40). - 12 с.

2. Ахметзянова А.И., Миндукова Ю.Е. Взаимосвязь уровня самодетерминации с ценностными ориентациями студентов-инвалидов в условиях инклюзивного образования// Бехтерев и современная психология человечности: сборник статей V Международной научно-практической конференции. 10 – 12 сентября 2015 г. – Казань: Отечество, 2015.-С.292-303.
3. Гордеева Т.О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Часть 1: Проблемы развития теории // Психологические исследования: Электрон. науч. журн. - 2010. - № 4 (12). Режим доступа: <http://psystudy.ru>.
4. Дергачева О.Е. Личностная автономия как предмет психологического исследования: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. – 30-32 с.

---

Ахметзянова Анна Ивановна - кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой специальной психологии и коррекционной педагогики, Институт психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета, 420021, г. Казань ул. М. Межлаука, д.1, каб.52б, раб тел. 7(843) 221-33-96, [Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru](mailto:Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru).

## АДАПТИВНЫЕ НАВЫКИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РАЗВИТИЕ В УСЛОВИЯХ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

**Ахметзянова А.И., Федорова В.Д.**

Федеральное государственное автономное учреждение высшего профессионального образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Институт психологии и образования

Разработка эффективных методов и технологий психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в последние годы приобретает большую актуальность. Это обусловлено тенденцией к росту количества детей с расстройствами аутистического спектра, а также с трудностями их адаптации и социализации. В статье представлено описание имеющихся трудностей в адаптации у детей с расстройствами аутистического спектра, анализ наиболее эффективных методов и технологий развития адаптивного поведения, а также описание программы по развитию адаптивных навыков в условиях службы ранней помощи.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, прикладной анализ поведения, адаптивные навыки, служба ранней помощи, адаптация.

## **Adaptive skills of children with autism spectrum disorders and their development in conditions of early intervention services**

**Ahmetzyanova A. I., Fedorova V. D.**

*Kazan (Volga region) Federal University, Institute of psychology and education*

Development of efficient methods and technologies of psychological and pedagogical support of children with autism spectrum disorders in recent years, the patient acquires relevance. This is due to the tendency to increase the number of children with autism spectrum disorders and their difficulties of adaptation and socialization. The article presents a description of the existing difficulties in adaptation in children with autism spectrum disorders, the analysis of the most effective methods and technology development of adaptive behavior, as well as a description of the program for the development of adaptive skills in the conditions of service of early intervention.

**Keywords:** autism spectrum disorders, applied behavior analysis, adaptive skills, early intervention services, adaptation.

### **Введение**

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой спектр психологических характеристик, описывающий широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникации, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих действий. По современным данным, РАС является спектром состояний различной степени тяжести. В последнее время, расстройства аутистического спектра привлекают все большее внимание специалистов различного

профиля. Несмотря на пристальное внимание исследователей к данной проблеме, она остается еще весьма далекой от разрешения. Центр по контролю заболеваемости и профилактике США (CDC) опубликовал новый отчет, согласно которому у одного ребенка из 68 есть расстройство аутистического спектра. Это на 30% больше, чем аналогичный уровень два года назад, который составлял 1 из 88 [1]. Всего лишь несколько лет назад частота диагностирования аутистических расстройств была значительно ниже и составляла примерно 1 случай на 150 детей раннего возраста [2]. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем. В связи с ростом количества детей, нуждающихся в особых образовательных технологиях, потребность в научно обоснованных эффективных подходах растет чрезвычайно быстро. На сегодняшний день в нашей стране отсутствуют специальные образовательные учреждения для детей с расстройствами аутистического спектра, при этом не созданы условия их эффективной интеграции ни в общеобразовательные учреждения, ни в специальные образовательные учреждения для детей с другими нарушениями развития. Для этой категории детей должны быть разработаны и внедрены различные модели обучения, позволяющие максимально реализовать их потенциал [3, 4].

**Цель работы:** разработка программы по развитию адаптивных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях службы ранней помощи.

**Материалы и методы:** теоретический анализ литературных источников, проектирование программы по развитию адаптивных навыков.

В настоящее время в практике оказания помощи детям с РАС существует тенденция к раннему выявлению нарушения и снижению возраста постановки диагноза. Ранняя диагностика РАС, а также раннее начало интенсивной, основанной на методах, доказавших свою эффективность, программ помощи позволяют избежать наиболее тяжелых последствий развития нарушений [5].

Несмотря на многообразие аутистических расстройств их объединяют трудности адаптации и социализации, затруднено овладение социально-бытовыми навыками и навыками самообслуживания. Одной из важнейших целей любого педагогического и коррекционного процесса является адаптация ребенка в социуме. Независимо от уровня способностей, интеллектуального развития, речевых, моторных возможностей человеку необходимо обеспечить достойный уровень функционирования в обществе, соответствующий его потенциалу [2].

Для того чтобы работа над данной сферой была наиболее продуктивной необходимо раннее начало психолого-педагогического сопровождения. В связи с этим, комплексная и

систематическая работа по развитию адаптивных навыков в условиях службы ранней помощи будет как можно эффективнее справляться с поставленной задачей.

У детей с расстройствами аутистического спектра затруднено развитие социальных навыков и средств коммуникации. Общими для них являются аффективные проблемы и трудности становления активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения.

Раннее выявление расстройств аутистического спектра является важным фактором в успешности оказания комплексной помощи детям с РАС. Именно раннее выявление и своевременно начатое комплексное сопровождение междисциплинарной командой специалистов дает шанс детям с РАС и их семьям дальнейшей независимой жизни.

Поскольку, расстройства аутистического спектра неизлечимы, то особую важность приобретает своевременно начатая комплексная коррекционно-развивающая помощь ребенку и сопровождение семьи [6].

Лица с расстройствами аутистического спектра нуждаются в разнообразной коррекционно-развивающей помощи. Стратегия вмешательства должна быть четко спланирована и точно соответствовать индивидуальным возможностям и потребностям ребенка.

Лица с аутизмом всех возрастов и всех уровней функционирования восприимчивы к обучению на протяжении всей жизни. Однако данные большого количества исследований свидетельствуют о том, что в работе с лицами с РАС ранние, интенсивные вмешательства, основанные на стратегиях прикладного анализа поведения (АВА), дают наилучшие результаты (Lovaas, 1987; Matson, Benavidez, Compton, Paclawkyj&Baglio, 1996; Eikeseth, Smith, Jahr&Eldevik, 2002; Howard, Sparkman, Cohen, Green&Stanislaw, 2005).

АВА (Appliedbehavioranalysis) - это научная дисциплина, которая изучает поведение и использует ряд базовых принципов для изменения поведения в лучшую, социально приемлемую сторону. Прикладной анализ поведения дает возможность систематически изучить поведение ребенка, объективно измерить и описать поведение, определить причину проблемного поведения и составить обоснованный план коррекции [2].

В рамках АВА накоплен значительный объем научно обоснованного практического материала, который представляет многочисленные доказательства своей эффективности.

Целью поведенческой терапии является формирование определенного социально приемлемого поведения в тех случаях, когда оно отсутствует или имеются его нарушения. Кроме этого, АВА-терапия направлена на обучение новым навыкам, поддержание и

сохранение сформированных навыков, перенос навыков из одной ситуации в другую, уменьшение или увеличение частоты проявлений того или иного поведения. Методы прикладного анализа поведения доказали свою эффективность в качестве средства обучения адаптивным навыкам повседневной жизнедеятельности.

Настоящая программа предназначена для использования специалистами Служб ранней помощи, Лекотек, реализующими программы раннего вмешательства для детей 3-4 лет с расстройствами аутистического спектра. Целевая аудитория программы – дети с расстройствами аутистического спектра 3-4 лет и их семьи.

Адаптивные навыки подразумевают самодостаточность в ситуациях повседневной жизни – иными словами, это навык использовать приобретенные знания в домашних и общественных обстоятельствах, когда того требует жизнь. Понятие адаптивных навыков относится ко всем возрастам и уровням функционирования. Адаптивные навыки являются основными факторами, определяющими в итоге насколько человек независим и самодостаточен. Почти всем лицам с расстройствами аутистического спектра свойственен более низкий уровень способностей в контексте реального мира, нежели в знакомых и высокоструктурированных обстоятельствах. Особую важность также приобретает генерализация (обобщение) навыка адаптации в реальных условиях [5]. Необходима специальная работа по развитию адаптивных навыков и их последующую генерализацию [7]. В связи с этим рекомендуется оптимальное сочетание наиболее эффективных подходов к коррекционно-развивающей работе. В программе используются следующие подходы:

- Обучение в естественных условиях;
- Применение естественных (натуральных) поощрений;
- Элементы стандартных методов прикладного анализа поведения;
- Структурированное обучение навыкам;
- Использование визуальной поддержки;
- Использование игровых рутин.

Цель программы – развитие адаптивных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях службы ранней помощи.

Цель и задачи данной программы определяются необходимостью реализации права детей с расстройствами аутистического спектра на получение образования, адекватного их особым образовательным потребностям. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- Создание благоприятных условий для общего психического развития;
- Формирование и развитие навыков научения;

- Формирование и развитие навыков повседневной жизнедеятельности;
- Формирование и развитие социальной компетенции;
- Формирование и развитие коммуникативных навыков;
- Уменьшение проявлений «проблемного» поведения;
- Развитие социально приемлемых, адаптивных форм поведения;
- Генерализация (обобщение) новых навыков;
- Обучение родителей эффективному взаимодействию с ребенком.

Работу по развитию адаптивных навыков в рамках данной программы условно можно разделить на несколько блоков. В каждом блоке представлены отдельные навыки, которыми ребенок должен овладеть сначала с помощью специалистов / родителей, а затем самостоятельно. В процессе работы необходимо учитывать актуальный уровень развития навыка, зону его ближайшего развития, актуальные интересы ребенка, а также его индивидуальные возможности. Для знания актуального уровня развития навыков необходимо проведение диагностики, которая включает в себя оценку развития навыков и умений. Для наиболее эффективной работы по данной программе необходимо проведение предварительного психолого-педагогического обследования. В обследовании главная роль отводится родителям, ближайшему окружению ребенка, а также непосредственному систематическому наблюдению за повседневной жизнью ребенка. Наиболее целостную оценку можно получить при сопоставлении оценки ближайшего окружения ребенка и оценки специалистов.

Основой для построения индивидуальной программы развития являются данные психолого-педагогического обследования, в частности, используется протокол для оценки развития адаптивных навыков. Данный протокол включает в себя несколько разделов:

- Навыки повседневной жизнедеятельности;
- Коммуникативные навыки;
- Социальное развитие;
- Двигательное развитие;
- Адаптивное/ дезадаптивное поведение.

Группа детей с расстройствами аутистического спектра весьма разнородна. Невозможно подобрать универсальную модель работы, которая была бы эффективна для всех детей, имеющих РАС. Необходимо создать вариативную модель сопровождения ребенка с РАС и его семьи, которая учитывает индивидуальные особенности и потребности детей. Прежде чем приступить к коррекционно-развивающей, основной части реализации программы, необходимо проведение комплексной психолого-педагогической диагностики ребенка и его



семьи. Так как семья ребенка является естественным контекстом всего его развития, то целесообразно проводить работу непосредственно со всей семьей, ближайшим окружением ребенка. Необходимо обучить родителей адекватному и эффективному взаимодействию с собственным ребенком. Это обусловлено тем, что, зачастую, родители не понимают истинного назначения действий ребенка. Зная механизмы поведения ребенка, его потребности, цели и желания, родителям будет гораздо легче понять то или иное поведение ребенка, и, как следствие, реагировать на это в соответствии с ситуацией. Такое эффективное взаимодействие ребенка и родителей благоприятно сказывается на развитии ребенка в целом. Соблюдение данных условий создает положительный фон для протекания коррекционно-развивающей работы как можно более эффективно.

Развитие ребенка по данной программе является началом пути, по которому в перспективе ребенок будет продвигаться. Успешное овладение адаптивными навыками повседневной жизнедеятельности создает прочный фундамент для всего дальнейшего развития ребенка, для более сложного его функционирования. Так как именно адаптивные навыки являются тем фактором, который определяет, насколько независим и самостоятелен будет человек.

Программа развития адаптивных навыков включает все базовые навыки, которые необходимы каждому человеку для повседневной жизни. Работа по развитию адаптивных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра строится в форме игровых рутин, драматизации, обыгрывания различных ситуаций обыденной жизни ребенка, а также работа в привычных для ребенка, повседневных условиях (дома, на улице и т.д.).

У детей с расстройствами аутистического спектра нарушены адекватные взаимодействия со средой, с окружающими людьми. Необходима специальная психолого-педагогическая помощь по овладению ребенком социальных и коммуникативных навыков, для дальнейшей социализации.

В данной программе акцент делается на развитии адекватных взаимоотношений ребенка с его ближайшим окружением. При этом данный процесс не происходит в одностороннем порядке, родителям также необходимо правильно распознать и понять те или иные действия ребенка. Данная необходимость обусловлена тем, что зачастую, на первый взгляд неприемлемые действия ребенка могут быть проявлением его просьб или выражением потребностей, либо его физическим состоянием. Зная целевое назначение действий ребенка можно скорректировать его поведение и изменить поведение в более адаптивную, социально приемлемую форму. Рекомендуется проводить функциональный анализ поведения в условиях повседневной деятельности ребенка. Благодаря этим данным можно

проанализировать поведение ребенка, понять причины и механизмы возникновения того или иного поведения и, следовательно, составить наиболее подходящую модель коррекции дезадаптивного поведения, развития коммуникативных и социальных навыков.

Реализация программы проходит систематично и поэтапно, каждый навык разделяется на несколько более простых и коротких шагов, осваивая которые ребенок может избежать трудностей по освоению навыка. Такое разделение благоприятно сказывается на сохранении мотивации ребенка к определенной деятельности. Необходимо создание определенной структуры, совокупности последовательных шагов по освоению конкретного навыка. Используется визуальное расписание (визуальные последовательности). Каждый приобретенный навык необходимо обобщить, перенося действия из четко структурированных искусственных условий в реальный естественный контекст. Занятия должны быть четко организованны и структурированы. Ребенок должен точно понимать, чем ему предстоит заниматься (в зависимости от представленных материалов).

Программа предполагает достаточно интенсивное вмешательство (20-25 часов в неделю), что позволяет добиться хорошего результата. Несмотря на высокую интенсивность, занятия по развитию адаптивных навыков не представляются утомительными для ребенка. Психолого-педагогическое сопровождение и обучение проводится в естественных, привычных для ребенка условиях, что, в свою очередь, способствует генерализации навыков.

Необходимой частью работы по данной программе является оценка её эффективности. Она проводится с помощью систематической динамической диагностики. Необходимо регулярно оценивать развитие адаптивных навыков, следить за прогрессом в развитии ребенка. Оценка проводится по бланкам оценки навыков, предложенной в диагностической части программы и сравнивается с первоначальными данными.

**Выводы.** Для детей с РАС должны быть внедрены различные методы обучения, психолого-педагогического сопровождения, которые позволили бы наиболее полно реализовать потенциал этих детей, предоставить возможность для их будущей независимой жизни. В связи с этим особую важность приобретает систематическая, комплексная и интенсивная работа по развитию адаптивных навыков. Адаптивные навыки представляют собой сочетание умений, необходимых для самостоятельной повседневной жизнедеятельности и эффективного функционирования. Успешное овладение данными навыками дает шанс будущей независимой жизни ребенка и способствует нормализации жизни семьи.

#### Список литературы

1. <http://outfund.ru/uroven-autizma-v-ssha-1-rebenok-iz-68/>
2. Мелешкевич О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития / О. Мелешкевич, Ю. Эрц. – Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2014. – 208 с.
3. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки // Теория и практика общественного развития Научный журнал ISSN 1815-4964 (print) ISSN 2072-7623 (online). –ООО «Издательский дом «Хорс». - 2013.- № 4.- С.76 – 79.
4. Ахметзянова А.И., Федорова В.Д. Использование метода прикладного анализа поведения в развитии адаптивных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра// Образование и саморазвитие. 2015. № 1 (43). С. 63-68.
5. Волкмар Ф.Р., Вайзнер, Л.А. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 1 / Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер ; пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной, И. Дергачевой и др. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. – 224 с.
6. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом./И.И. Мамайчук. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
7. Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом : эффективная методика игровых занятий с особыми детьми / Тара Делани ; пер. с англ. В. Дегтяревой ; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. – 272 с.
8. Барбера М.Л. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход (The Verbal Behavior Approach): Обучение детей с аутизмом и связанными расстройствами / Мэри Линч Барбера, Трейси Расмуссен ; пер. с англ. Д.Г. Сергеева; предисл. М. Сандберга. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. – 304 с.
9. Кэтрин Морис, Джина Грин, Стивен К. Льюс Занятия по модификации поведения для аутичных детей: руководство для родителей и специалистов/ Пер. с англ. КолсЕ.К. //Behavioral Intervention for Young Children With Autism: A Manual for Parents and Professionals/Edited by Caterine Maurice, Cina Green and Stephen C. Luce/School Greek Boulevard, Auslin, Texas, 1996. – 258 с.
10. Морозова С.С. Основные аспекты использования АВА при аутизме/ С. С. Морозова. – М.: 2013. – 363 с.
11. Организация и содержание коррекционной работы с детьми в Лекотеке // Авторы – сост. Ахметзянова А.И., Твардовская А.А. – Москва: «Школьная пресса», 2013. – 208 с.
12. Сайфутдинова Л.Р. Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) // Аутизм и нарушения развития, 2003, №2. – С.51-57.

13. Служба ранней помощи: справочно-методические материалы по организации Служб ранней помощи. Москва, МГППУ Отв. ред. М.М. Цапенко – М.: МГППУ, 2011. – 220 с.
14. Akhmetzyanova A.I. The Development of Self-Care Skills of Children with Severe Mental Retardation in the Context of Lekoteka // World Applied Sciences Journal 29 (6): 724-727, 2014

---

Ахметзянова Анна Ивановна - кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой специальной психологии и коррекционной педагогики, Институт психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета, 420021, г. Казань ул. М. Межлаука, д.1, каб.52б, раб тел. 7(843) 221-33-96, Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru.

## ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Ахметзянова А.И.<sup>1</sup>, Чураева У.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский (Приволжский) Федеральный университет, Институт психологии и образования  
<sup>2</sup>МАДОУ «Детский сад №363 комбинированного вида» Приволжского района г.Казани

В статье представлен проект программы по формированию социально-бытовых навыков у детей раннего возраста, страдающих детским церебральным параличом. Данный проект может быть полезен и использован психологами, логопедами, воспитателями, прежде всего в системе ранней помощи и в специальных дошкольных образовательных учреждениях, а также полезен для родителей, которые смогут самостоятельно обучать детей социально-бытовым навыкам во время режимных моментов и в домашних условиях.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, раннее детское вмешательство, ранняя поддержка, детский церебральный паралич.

## Formation of social skills at the children having the children's cerebral palsy in the conditions of the early help

Akhmetzyanova A.I.,<sup>1</sup> Churayeva U.L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kazan (Volga) Federal university, Institute of psychology and education;  
<sup>2</sup>MADOU "Kindergarten No. 363 of the combined look" of Privolzhsky district of Kazan

The draft of the program for formation of social skills at the children of early age having a children's cerebral palsy is presented in article. This project can be useful and used by psychologists, logopedists, tutors, first of all in system of the early help and in special preschool educational institutions, and also is useful to parents who will be able independently to train children in social skills during the regime moments and in house conditions.

**Keywords:** Early care, Early Childhood Intervention, Early Support, cerebral palsy

### Введение

Перемены, происходящие в Российском обществе, в образовательной политике государства, гуманизация обучения и воспитания, направленные на гармоничное развитие личности, ее социализацию и индивидуализацию, определяют изменения в специальном образовании, одной из главных целей которого является создание условий для раннего выявления, коррекции и компенсации вторичных отклонений в развитии детей младенческого и раннего возраста.

Доказано, что качественно организованная ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев и лет жизни позволяют не только корригировать уже

имеющиеся нарушения в развитии, но и предупредить появление вторичных отклонений, снизить степень социальной дезадаптации детей, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество [1].

Программы раннего вмешательства появились в США и странах Западной Европы в 50–60 годах XX века. Причина появления и развития подобных программ заключается в понимании того, насколько важны ранние годы жизни ребенка для его дальнейшей социализации. Именно в первые годы жизни формируется личность ребенка, его представление об окружающем мире, закладываются особенности его отношения к людям. Известно также, насколько важными являются первые годы жизни для формирования мозга и развития сенсорных систем человека [2].

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одним из наиболее тяжелых заболеваний центральной нервной системы и заболеваний вообще. Данное заболевание проявляется в виде различных психических, двигательных и речевых нарушений. Их тяжесть определяет прогноз в отношении социальной адаптации детей с церебральным параличом. Актуальность развития системы специального образования детей с детским церебральным параличом обусловлена не только гуманистическими тенденциями развития общества, но и степенью востребованности данной системы [3].

На основе одной медицинской реабилитации ребенок приспосабливается к условиям жизни на биологическом уровне. В отношении детей, больных ДЦП, должна проводиться комплексная система ранней реабилитации, отработанная в мировой практике и получившая признание. Если будет проведена ранняя диагностика (не позднее 4-6 месячного возраста ребенка) и раннее начало систематического медицинского и педагогического воздействия, практическое выздоровление и нормализация различных нарушенных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3 летнему возрасту. В случае отсутствия своевременной коррекционной работы возникновение тяжелых психических, двигательных и речевых нарушений более вероятно [4].

Это все возможно реализовать только благодаря службам ранней помощи.

Далеко не последнюю роль в структуре социальной реабилитации детей со сложными формами ДЦП играет умение оперировать всем спектром социально-бытовых навыков, которые необходимы в самообслуживании и способствуют коммуникации детей с социальной средой.

В психолого-педагогической литературе проблема навыков и умений в самообслуживании и социально-бытовой деятельности у детей с ДЦП и интеллектуальной

недостаточностью не нашли достаточно полного отражения, хотя она является актуальной для специальной педагогики как в теоретическом, так и практическом плане – в особенности.

Необходимы научно обоснованные методики обучения детей навыкам самообслуживания с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сочетанным дефектом [5].

Анализ литературы показал, что основным препятствием на пути формирования у данной категории детей необходимых социально-бытовых навыков в специальном учреждении и в семье, является отсутствие специальных программ и методик, а также доступной литературы с описанием педагогических приемов работы в данном направлении. В сложившейся практике очень часто приходится наблюдать, что значительная часть детей раннего возраста с детским церебральным параличом, оказывается неспособной к самообслуживанию и постоянно нуждается в помощи и опеке со стороны родителей или лиц, их заменяющих, что значительно затрудняет их дальнейшую интеграцию и адаптацию с социальной средой [6].

Исходя из выше изложенного, становится очевидной нуждаемость детей с детским церебральным параличом в обучении владению социально-бытовыми навыками, что является важным условием для дальнейшей социализации. Неполное владение или невладение этими навыками создает трудности для самостоятельности ребенка. Что в дальнейшем, при его адаптации в обществе, сыграет значительную отрицательную роль.

**Цель работы** - теоретически обосновать и разработать проект программы по формированию социально-бытовых навыков у детей с детским церебральным параличом в условиях ранней помощи.

**Материалы и методы:** анализ учебно-методической, психолого-педагогической литературы по теме исследования, сравнительный анализ и синтез изученной литературы, метод аналогии, метод обобщения и педагогическое моделирование.

Как уже было сказано ранее, дети с ДЦП могут иметь как двигательные нарушения, так и интеллектуальные, которые препятствуют им овладеть социально-бытовыми навыками.

Анализ специальной литературы по теме исследования показывает, что обучение ребенка социально-бытовым навыкам эффективно, если:

- применяется индивидуальный подход;
- проводится предварительное обследование для выявления характера нарушений, которые препятствуют формированию навыка;
- определяются сохранные и развивающиеся функции для построения на их основе процесса коррекции;

- проводятся подготовительные упражнения для того, чтобы ребенок был готов к формированию нового навыка;

- закрепляется полученный новый навык в домашних условиях.

На основании этих выводов составлен проект программы обучения социально-бытовым навыкам детей с ДЦП. Под каждого ребенка необходимо подбирать индивидуальную программу обучения, учитывая его возраст, двигательные и интеллектуальные возможности. По нашему мнению каждая программа должна будет включать в себя:

- Подготовительные мероприятия (упражнения по развитию мелкой моторики, массаж, упражнения на гашение тонических рефлексов);

- Подготовительные упражнения (формирование и отработка захватов, движений, которые требуются при выполнении навыков);

- Использование вспомогательных средств;

- Условия окружающего пространства;

- Способ обучения;

- Адекватное поощрение.

На основании данных наблюдения, опроса, анкетирования, полученных при диагностике, делается вывод о сформированности социально-бытовых навыков. После для каждого ребенка составляется индивидуальная программа по формированию навыков. После подготовки программы необходимо приступать к ее реализации.

Разработанный нами проект программы по формированию социально-бытовых навыков у детей раннего возраста с детским церебральным параличом учитывает как двигательные, так и интеллектуальные нарушения. Его целесообразно применять для детей раннего возраста. Проект программы включает в себя методики обучения 5 жизненно важным социально-бытовым навыкам. Данный проект программы очень прост. И он будет доступен даже для родителей, которые могут самостоятельно обучать детей навыкам самообслуживания во время режимных моментов и в домашних условиях.

Каждая методика обучения навыкам социально-бытового характера должна включать в себя:

- проведение подготовительных упражнений (по развитию мелкой и общей моторики) и мероприятий, которые необходимы при формировании того или иного навыка. Данные мероприятия включают в себя: формирование и отработку захватов предметов, движений, которые требуются при выполнении определенного навыка, описание действий, что будет сначала, что потом;



- подбор вспомогательных средств, которые необходимы для выполнения навыков и объяснение, почему они необходимы;

- специфику обучения детей навыкам с относительно сохранным интеллектом и преобладающими двигательными нарушениями, и наоборот, с минимальными двигательными нарушениями и преобладающими интеллектуальными.

Детей, у которых преобладают двигательные нарушения, необходимо обучать при помощи специальных вспомогательных средств. Их использование облегчает самообслуживание. Также при помощи показа адаптивных способов выполнения навыка, при помощи тренировки двигательных возможностей, в виде дополнительных упражнений. Перед началом занятий необходимо проведение упражнений по разработке мелкой моторики рук.

Для детей с сохранным интеллектом при обучении необходим показ выполнения навыка простым или адаптивным способом, и затем непосредственное обучение выполнению этого навыка. Перед занятиями, в целях подготовки двигательных возможностей ребенка, необходимо проведение подготовительных упражнений (ЛФК, массаж).

Если же у детей преобладают интеллектуальные нарушения, а двигательные дефекты не сильно выражены, то обучение проводится по принципу инверсии выполнения навыка простым способом.

Обучение детей с сочетанием выраженных интеллектуальных и двигательных нарушений, представляет собой синтез методики обучения детей с преобладающими двигательными нарушениями и инверсионного подхода. Данный подход предусматривает разделение изучаемого навыка на отдельные этапы и поэтапное овладение его двигательной программой.

Одним из важнейших условий при построении занятия в кабинете ранней помощи, является то, чтобы занятия были привлекательными для ребенка. Ведь очень часто, в силу своего раннего возраста, дети не осознают всей важности занятия, у них отсутствует мотивация, поэтому их необходимо сделать как можно привлекательнее. Они должны быть построены в форме игр.

Также очень эффективным, особенно для детей с выраженными нарушениями интеллекта, является поощрение сладким или фруктом. Ребенок, запомнив ощущение, которое он получал, выполняя упражнение, будет стремиться получить его снова, делая упражнения. Никогда нельзя ругать ребенка, если у него не получилось правильно выполнить упражнение, нельзя демонстрировать и то что у него не получается, с чем он не справляется, все это понижает самооценку ребенка. Лучше всего похвалить его за то,

что он уже сделал и сказать, что в следующий раз он обязательно сделает еще лучше, это создаст атмосферу успеха на работе и расположит ребенка к занятиям, появится интерес, стремление.

Полученные новые навыки целесообразно и необходимо закреплять в домашних условиях.

Таким образом, проект программы будет способствовать не только формированию социально-бытовых навыков, но и коммуникативной деятельности ребенка, а также сыграет значительную положительную роль при его дальнейшей адаптации в обществе.

Список литературы

1. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие / О.Г. Приходько. - СПб.: КАРО, 2006. - 112 с.
2. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки // Теория и практика общественного развития Научный журнал ISSN 1815-4964 (print) ISSN 2072-7623 (online). –ООО «Издательский дом «Хорс».-2013.- № 4.-С.76 – 79.
3. Симонова Т.Н. Современные подходы к изучению нарушений психического развития дошкольников с тяжелыми двигательными нарушениями: монография / Т.Н. Симонова. - СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. - 128 с.
4. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учебное пособие для студентов педагогических вузов / Н.Н. Малофеев. - М.: Просвещение, 2009. - 319 с.
5. Екжанова Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста. Научно-методическое пособие / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. - СПб.: КАРО, 2008. - 336 с.
6. Наумов А.А. Педагогические условия формирования социально-бытовых навыков у детей со спастическими формами ДЦП: автореф. дис. ... канд. пед. наук / А.А. Наумов.- Екб., 2005.- 32 с.

---

Ахметзянова Анна Ивановна - кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой специальной психологии и коррекционной педагогики, Институт психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета, 420021, г. Казань ул. М. Межлаука, д.1, каб.52б, раб тел. 7(843) 221-33-96, Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru.

## СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОМОТОРНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ СО СТЁРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ

**Обухова Н.В., Бердюгина А.С.**

*Уральский государственный педагогический университет,  
Институт специального образования, Екатеринбург*

Изучение психомоторной сферы у детей с речевыми нарушениями требует дополнительных тестовых заданий. При использовании тестов у детей со стертой формой дизартрии выявилось отсутствие моторных навыков, что создает трудности в формировании артикуляций и звукопроизношения.

**Ключевые слова:** психомоторные нарушения, речевые нарушения, стертая форма дизартрии.

### **Meaningful aspect of the study of the psychomotor sphere in children with erased form dysarthria**

Obuhova N.V., Berdygina A.S.

*Ural State Pedagogical University, Yekaterinburg*

The assessment of the psychomotor sphere in children with speech disorders requires additional tests. Using of additional tests in children with erased form of dysarthria revealed a lack of motor skills, which creates difficulties in the formation of articulations and sounds.

**Keywords:** psychomotor disorders, speech disorders, erased form of dysarthria.

#### **Введение**

Стёртая форма дизартрии – речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического, просодического компонентов речевой функциональной системы, возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга [1].

В логопедической практике стертая форма дизартрии – одно из самых распространенных нарушений произносительной стороны речи.

Исследование психомоторных и речевых функций у детей со стертой формой дизартрии проводилось на базе НПЦ «Бонум», МБДОУ «Детский сад №8» г. Екатеринбурга. В констатирующем эксперименте принимали участие 37 детей, в возрасте 6-7 лет, с логопедическим заключением: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, обусловленное стертой формой дизартрии.

**Целью** данного эксперимента явилось изучение психомоторных и речевых нарушений у детей подготовительного дошкольного возраста со стёртой формой дизартрии.

Неврологическая симптоматика у детей с дизартрией чаще всего проявляет себя в виде двигательных нарушений. Исследование психомоторных функций включало в себя:

- обследование состояния общей моторики
- дополнительное обследование общей моторики направленное на: исследование центра тяжести, исследование способности выполнять основные движения, исследование амплитуды движения, исследование силы движений рук, исследование длительности движения, исследование способности ускорять и замедлять движение) [2].

Разработанные нами тестовые задания, позволяют более полно изучить общемоторную сферу обследуемых детей и рассмотреть органическое движение, как способность перемещаться во времени и пространстве.

В логопедической практике имеет смысл учитывать данные показатели, ориентированные на возрастную норму детей дошкольного возраста, что позволит раскрыть первопричину, тяжесть и структуру речевого дефекта:

- обследование произвольной моторики пальцев рук;
- обследование моторики органов артикуляционного аппарата [3].

Обследовав все психомоторные функции, у детей выявлены стёртые «мозаичные» нарушения в общей, мелкой и артикуляционной моторике, следовательно, у детей страдает моторная сфера по всем показателям, (традиционно считается, что у детей со стёртой формой дизартрии в большей степени поражена артикуляционная моторика). Выявить нарушения общей моторики возможно только при полном и тщательном обследовании [4; 5; 6; 7; 8].

Средние баллы состояния общей моторики в дополнительном обследовании (2,8 балла) ниже средних баллов общей моторики в общем обследовании (3,6 балла). Что доказывает более высокий уровень валидности дополнительной методики по обследованию общей моторики.

Таким образом, предложенные нами, диагностические критерии обследования общей моторики имеют право на существование в сочетании с традиционными, и дают более углубленные представления о состоянии общемоторной сферы.

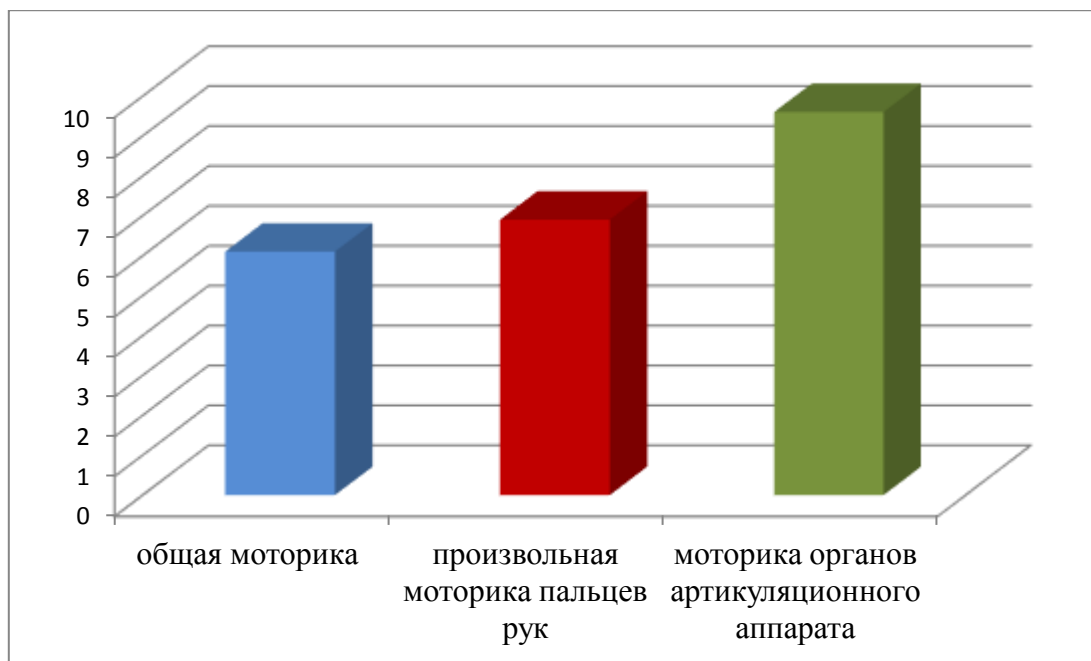


Рис. 1 Сравнение показателей общей моторики, произвольной моторики пальцев рук и моторики органов артикуляционного аппарата у экспериментальной группы

Показатели состояния общей моторики существенно ниже (6,1 баллов), показателей моторики органов артикуляционного аппарата (9,6 баллов). Промежуточное положение между общей моторикой и моторикой органов артикуляционного аппарата занимает произвольная моторика пальцев рук (6,9 баллов.).

Таким образом, у детей со стёртой формой дизартрии развитие моторики органов артикуляционного аппарата осуществляется без наличия базового моторного уровня.

Исследование речевых функций проводилось включало в себя углубленное изучение состояния: звукопроизношения, просодической стороны речи, функций фонематического слуха и звукового анализа слова [3].

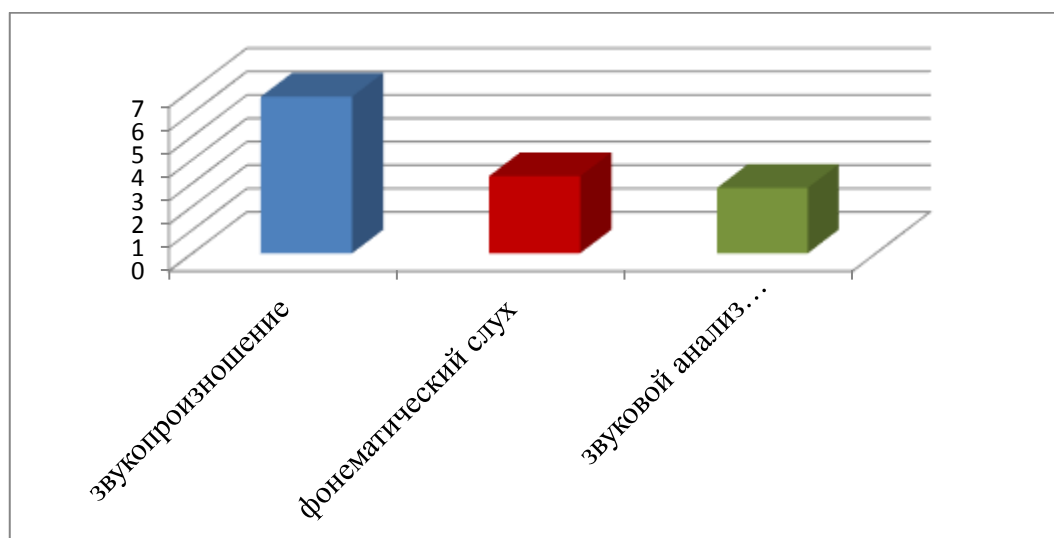


Рис. 2 Сравнение показателей состояния звукопроизношения, фонематического слуха и звукового анализа слова.

Обследование показало, что у всех детей экспериментальной группы есть нарушения звукопроизношения, характер которых различен: мономорфные и полиморфные нарушения, антропофонические и фонологические. Аудиторный анализ нарушений просодической стороны речи не выявил. Показатели состояния фонематических процессов (фонематического слуха – 3,3 балла и звукового анализа слова – 2,8 балла) существенно ниже, чем показатели состояния звукопроизношения (6,7 баллов).

Таким образом, у детей со стёртой формой дизартрии кроме нарушений звукопроизношения имеются более низкие, чем ожидалось, показатели развития фонематических процессов.

По дефектам звукопроизношения (n=10), в нашем исследовании зафиксировано отсутствие детей с полиморфным антропофоническим (ПА) и полиморфным фонологическим (ПФ) дефектами звукопроизношения.

Выявлены дети:

- с мономорфным антропофоническим дефектом звукопроизношения (МА) – нарушена одна группа звуков (искажение, отсутствие) – n=1;
- с мономорфным фонологическим дефектом звукопроизношения (МФ) – нарушена одна группа звуков (замена, смешение) – n=1;
- с мономорфным антропофоническим и фонологическим дефектом звукопроизношения (МАФ) – нарушена одна группа звуков (искажение, отсутствие, замена и смешение) – n=4;
- с полиморфным антропофоническим и фонологическим (ПАФ) дефектами звукопроизношения – нарушено две и более групп звуков (искажение, отсутствие, замена и смешение) – n=4.

У детей с полиморфным антропофоническим и фонологическим (ПАФ) дефектом звукопроизношения выраженная степень нарушения по всем показателям (общая моторика, произвольная моторика пальцев рук, артикуляционная моторика). Остальные выделенные нами группы дефектов звукопроизношения не имеют существенных отличий по всем показателям.

На основе полученных результатов констатирующего эксперимента, нами была подобрана и систематизирована коррекционная работа, а так же проведен обучающий эксперимент [9].

Обучающий эксперимент длился 5 недель, за этот период было проведено по 10 индивидуальных занятий с каждым ребенком (2 раза в неделю), по 10 подгрупповых занятий (2 раза в неделю с каждой группой), 5 фронтальных занятий.

В обучающем эксперименте участвовало 10 детей в возрасте 6-7 лет с фонетико – фонематическим недоразвитием речи, обусловленным стертой формой дизартрии, они были нами поделены на 2 подгруппы (по степени тяжести речевого дефекта, на основе анализа констатирующего эксперимента): контрольную и экспериментальную.

В контрольную подгруппу вошли дети (5 человек): - с мономорфным антропофоническим – МА; - с мономорфным фонологическим – МФ; - с мономорфным антропофоническим и фонологическим - МАФ дефектами звукопроизношения.

В контрольной группе с детьми проводилась коррекционная работа по традиционным технологиям.

В экспериментальную подгруппу вошли дети (5 человек): - с полиморфным антропофоническим и фонологическим - ПАФ дефектом звукопроизношения и один ребенок с мономорфным антропофоническим и фонологическим - МАФ дефектом звукопроизношения, у которого в большей степени страдает общая, мелкая и артикуляционная моторика.

В экспериментальной группе с детьми проводилась коррекционная работа с использованием метода кинезиологии, но длительность занятий при этом не увеличивалась.

Такое деление на группы позволило более тщательно спланировать содержание коррекционной работы, учитывая индивидуальные особенности детей.

В обеих группах проводилась коррекционная работа, включающая следующие разделы: общая, пальцевая, артикуляционная моторика, звукопроизношение и фонематические процессы. Дополнительно в экспериментальной группе использовались двигательные упражнения, предметные и игровые действия с применением метода кинезиологии в общей и мелкой моторике.

После обучающего эксперимента был проведён контрольный эксперимент (повторное обследование психомоторных и речевых функций).

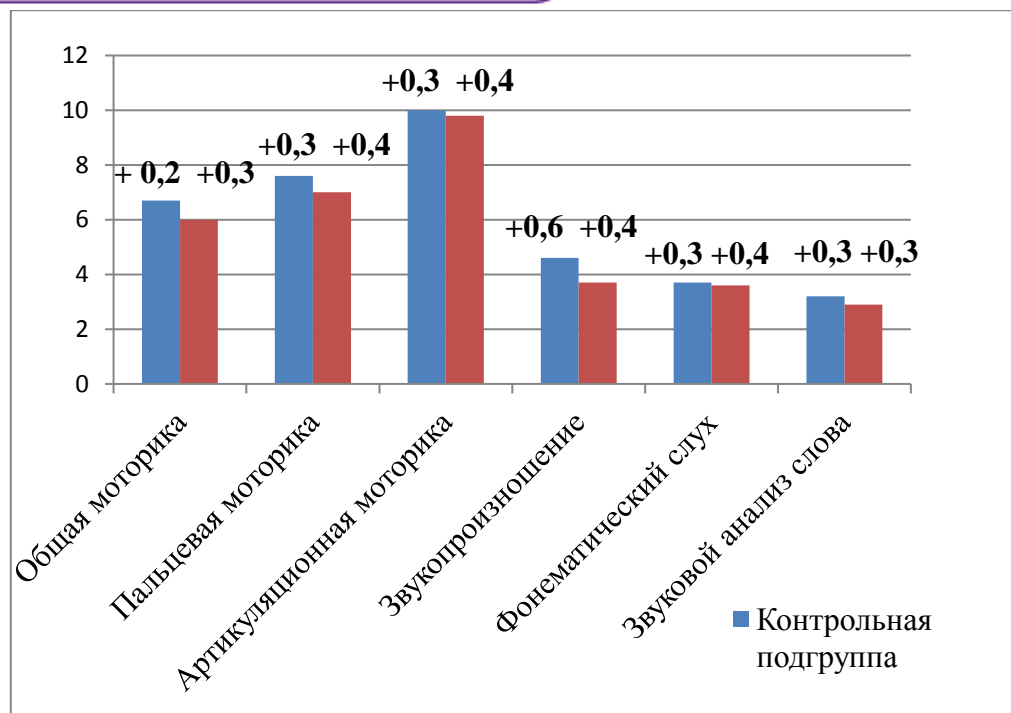


Рис. 3 Сопоставление результатов коррекционной работы в контрольной и экспериментальной подгруппе.

Результаты контрольного эксперимента показали, что динамика обучения после проведенной коррекционной работы с использованием метода кинезиологии в экспериментальной подгруппе выше, по сравнению с контрольной подгруппой по следующим показателям: общая моторика, пальцевая моторика, артикуляционная моторика, состояние фонематического слуха. Показатель состояния звукопроизношения приближается к показателю контрольной подгруппы. Показатели звукового анализа слова стали равны в обеих подгруппах. Что доказывает эффективность применения метода кинезиологии в коррекции речевых нарушений у детей со стертой формой дизартрии. Данный метод позволяет комплексно воздействовать на моторную сферу ребенка, при этом сроки длительности коррекционного воздействия уменьшаются.

Таким образом, продолжив коррекционное воздействие с применением метода кинезиологии, можно достичь значительных успехов в коррекции речевых нарушений у детей со стертой формой дизартрии.

#### Список литературы

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. М.: Астрель, 2007., 331 с.
2. Бердюгина А. С., Маршалкин А. П., Обухова Н. В. Актуальные проблемы начального, дошкольного и специального образования в условиях модернизации. / А. С. Бердюгина, А. П. Маршалкин, Н. В. Обухова // Роль изучения психомоторной сферы в диагностике речевых



нарушений: сб. ст. : в 1 ч. / гл. ред. Т. Ю. Макашина, О. Б. Широких. Коломна: ГСГУ. 2015. – Ч. 1. – С.263-267.

3. Трубникова Н. М. Практическая логопедия: Учебно - методическое пособие / УрГПУ. Екатеринбург. 2002.
4. Обухова Н.В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи. Екатеринбург, УрГПУ. 2015. 154 с.
5. Верясова Т.В. Исследование моторного праксиса у дошкольников с нарушениями речи. Екатеринбург. 2000. 36 с.
6. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. Спб.: Союз. 2000. 192 с.
7. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. М.: Сов. Россия. 1973. 160 с.
8. Филатова И.А. Развитие пространственных представлений у дошкольников с нарушениями речи. М.: Национальный книжный центр. 2013. 48 с.
9. Борозинец Н.М., Шеховцова Т.С. Логопедические технологии. Севастополь. 2008. 224 с.

---

Обухова Нина Владимировна – кандидат педагогических наук, педагог-логопед высшей категории, клинко-диагностической поликлиники №1 ГУБЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» ул.Бардина, 9 а, тел.(343) 2707770, e-mail: bonum@bonum.info, УрГПУ ИСО кафедра "Логопедии и клиники дизонтогенеза", 620017, Екатеринбург, пр. Космонавтов, 26, тел: (343)235-76-25;fpkiso@mail.ru

## РАЗВИТИЕ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ СРЕДСТВАМИ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

**Твардовская А.А., Тимошинова Н.С**

*Федеральное государственное автономное учреждение высшего профессионального образования  
«Казанский (Приволжский) федеральный университет»  
Институт психологии и образования, кафедра специальной психологии  
и коррекционной педагогики*

Целью данного исследования явилось изучение особенностей просодической стороны речи младших школьников с тяжелыми нарушениями речи для разработки программы логопедического воздействия с элементами музыкотерапии. В рамках данного исследования была разработана и апробирована методика диагностики просодической структуры речи. В процессе анализа полученных результатов нами было выявлено недостаточное развитие просодических компонентов речи детей с тяжелыми нарушениями речи по сравнению с детьми с нормой речевого развития. В целях коррекции была разработана специальная программа по развитию просодической структуры речи средствами музыкальной терапии. В результате повторного обследования просодических компонентов речи было выявлено повышение уровня развития просодического компонента и интонационной выразительности речи среди детей экспериментальной группы, что позволяет судить об эффективности разработанной программы развития просодической стороны речи.

**Ключевые слова:** дети с тяжелыми нарушениями речи, дети младшего школьного возраста, просодическая сторона речи, темпо-ритмическая сторона речи, просодический компонент речи, музыкальная терапия, вокалотерапия, активная музыкотерапия, пассивная музыкотерапия, интегративная музыкотерапия.

### **Development of prosodic aspects of speech in school-age children with severe speech disorders music therapy means**

**Tvardovskaya A.A., Timoshinova N.S.**

*Kazan (Volga region) Federal University, Institute of psychology and education,  
Department of special psychology and correctional pedagogy*

The aim of this study was to investigate the features of prosodic aspects of speech of younger schoolboys with heavy infringements of speech, speech therapy program for the development of impact with the elements of music therapy. In this study, it has been developed and tested a method of diagnostics of speech prosodic structure. In the course of our analysis of the results it has been revealed insufficient development of prosodic speech components of children with severe speech disorders compared with children with normal speech development. In order to correct a special program has been developed for the development of prosodic structure of speech, music therapy means. As a result of re-examination of prosodic speech components were identified enhancing the development of prosodic component and intonational expressiveness of speech in children of the experimental group, which gives an indication of the effectiveness of the program developed prosodic aspects of speech.

**Keywords:** children with severe speech disorders, children of primary school age, speech prosodic side, tempo-rhythmic aspect of speech, prosodic speech component, music therapy, vokalotherapy, active music therapy, passive music therapy, integrative music therapy.

## Введение

Музыкальная терапия на данный момент является развивающимся направлением арттерапевтического воздействия, зарекомендовавшее себя как эффективный метод коррекции. Поэтому, внедрение элементов музыкотерапии в структуру логопедического занятия на определенных его этапах могло бы повысить эффективность коррекционного процесса. На наш взгляд, актуальность данной темы определяется необходимостью исследования воздействия музыкальной терапии, как интегративной, так и активной на процесс коррекции нарушений речи младших школьников, а также необходимостью выявления возможностей ее использования на различных этапах логопедического занятия. В настоящее время ведение логопедической практики доказывает необходимость использования альтернативных методов коррекционной работы наряду с традиционными для более эффективного восстановления речевой функции у детей и дальнейшего инклюзивного обучения [1]. Одним из таких альтернативных методов коррекционной работы в системе логопедического воздействия с детьми с речевыми нарушениями является музыка [2]. Рост числа детей с речевыми нарушениями позволяет сделать вывод об актуальности разработки новых методов, программ и технологий, способствующих более эффективному преодолению нарушений различных сторон речевого развития. По-нашему мнению, средства музыкальной терапии эффективно способствуют развитию именно данного компонента речи, так как осуществляется опора на наиболее важный для развития просодики анализатор – слуховой, а музыка и средства музыкальной терапии являются предметом наглядности.

**Целью** данного исследования явилось изучение особенностей просодической стороны речи младших школьников с тяжелыми нарушениями речи для разработки программы логопедического воздействия с элементами музыкотерапии.

В рамках исследования, с опорой на работы Е.Ф.Архиповой [3], В.М.Акименко [4], нами была разработана и апробирована методика диагностики просодической структуры речи, содержащая диагностические задания по таким разделам как обследование воспроизведения ритма, обследование воспроизведения темпа, обследование воспроизведения интонации, обследование модуляций голоса по высоте и силе, обследование воспроизведения тембра, обследование речевого и физиологического дыхания.

В процессе обследования были получены результаты по двум группам детей – группы детей с тяжелыми нарушениями речи и группы детей с нормой речевого развития. В

процессе анализа полученных результатов нами было выявлено недостаточное развитие просодических компонентов речи и систематическое отставание в развитии просодического компонента речи детей с тяжелыми нарушениями речи на один балл по каждому из компонентов просодии по сравнению с нормой. Полученные в процессе исследования результаты позволяют судить о необходимости проведения целенаправленной коррекционной работы по развитию просодической стороны речи младших школьников с тяжелыми нарушениями речи в процессе фронтальных и индивидуальных занятий. Таким образом, возникла необходимость в разработке специальной коррекционной программы по развитию просодических компонентов речи с детьми с ТНР младшего школьного возраста.

Опыт использования музыкотерапии как психотерапевтического средства, так и коррекционного средства в логопедической практике мы можем наблюдать у таких исследователей как Алексеевой Е.А. [5], Архиповой Е.Ф. [6], Евтушенко И.В. [7], Константиновой И.С. [2], Медведевой Е.А. [8], Шутовой Н.В. [9] и др. Опираясь на опыт применения музыкальной терапии в педагогической, психологической и коррекционной практике, можно предположить возможность использования музыкотерапии с целью развития просодических компонентов речи на различных этапах логопедического занятия (индивидуального и фронтального). Нами была разработана программа развития просодической стороны речи для детей с тяжелыми нарушениями речи младшего школьного возраста с использованием элементов музыкальной терапии «Гармония речи».

Название программы: «Гармония речи».

Цель программы - развитие просодического компонента речи детей младшего школьного возраста с ТНР.

Задачи:

1. Развитие темпо-ритмической стороны речи посредством использования активной музыкотерапии.
2. Развитие высотно-частотного диапазона голоса посредством вокалотерапии.
3. Развитие тембра голоса посредством активной музыкотерапии и вокалотерапии.
4. Развитие речевого и физиологического дыхания посредством использования активной музыкотерапии.
5. Стабилизация психоэмоционального состояния детей для мотивации и положительного настроения на занятие

Методы: активная музыкальная терапия: вокалотерапия, инструментальная музыкотерапия, интегративная музыкальная терапия.

Возраст учеников: 7-10 лет.

Частота проведения занятий: 2 раза в неделю.

Формы работы: фронтальная, индивидуальная.

Общее количество занятий: 30 занятий: 15 индивидуальных, 15 фронтальных.

Оборудование: портативная аудиоаппаратура (компьютер / ноутбук, аудио колонки), музыкальные инструменты (флейта / окарина / губная гармошка, шейкеры / маракасы, ксилофон / металлофон, детский игрушечный барабан, бубен)

Основные разделы программы:

1. Использование активной музыкотерапии (инструментальной музыкотерапии, вокалотерапии) для развития и коррекции слоговой структуры слова и темпо-ритмической стороны речи в ходе индивидуального и подгруппового логопедического занятия.

На этом этапе возможна реализация следующих заданий:

- скандированное произношение, пропевание групп слогов или же слов сложной слоговой конструкции под музыку с выраженным ритмическим рисунком;
- совместное произношение слов различной слоговой конструкции с игрой на таких музыкальных инструментах как ксилофон, металлофон, барабан, шейкер и т.д.;
- использование приема ансамбля «звучащих жестов» (хлопки в ладоши, щелчки, топание ногами, удары по бедрам и другим частям тела)

При выполнении вышеперечисленных упражнений, каждый слог должен соответствовать одной ритмической единице (одному удару в барабан, металлофон, одному хлопку, такту в музыке)

2. Использование активной музыкотерапии (инструментальной музыкотерапии, вокалотерапии) для развития темповой организации речи.

- пропевание чередующихся быстрых и медленных куплетов для развития умения дифференцировать и воспроизводить различные темпы;
- при нарушениях темпа речи целесообразно подобрать мелодию с таким темпом, который оказался бы наиболее удобным и физиологичным для ребенка (умеренный темп или приближенный к норме).

3. Использование вокалотерапии для развития высотно-частотного диапазона голоса, что возможно реализовать в процессе как индивидуального, подгруппового, так и фронтального занятия на различных его этапах.

Данную работу возможно построить на противопоставлении последовательного пропевания высоких и низких нот, что так же можно преподнести и в игровой форме («Песня медведя и мышки», где медведь символизирует низкий частотный диапазон голоса, а мышка – высокий и т.д.), на чередовании тактов, куплетов, песни и их модуляций.

4. Использование вокалотерапии для преодоления назализованного произношения.

Целесообразно применять данный вид музыкальной терапии на индивидуальном логопедическом занятии на этапе преодоления назализации, где возможно совместить традиционные методы преодоления носового призвука с музыкальным компонентом. Данная работа наиболее актуальна с детьми, имеющими такие нарушения, как ринолалия и дизартрия, где нарушение тембра голоса наиболее выражено.

- выведение звука в головной резонатор посредством вокальных упражнений;
- разработка мягкого неба посредством включения академической манеры исполнения (пропеваются гласные звуки и их сочетания)

5. Использование инструментальной музыкотерапии (а именно, духовых инструментов) в ходе занятия на момент коррекции и постановки дыхания и целенаправленной воздушной струи (на индивидуальном занятии).

Для этих целей возможно использование свирели, флейты, окарины. Игра на некоторых духовых инструментах (например, на губной гармошке) требует подачи сильной воздушной струи и правильного физиологичного дыхания, иначе игра на инструменте может вызвать дискомфорт и сильное головокружение.

К тому же, в своем роде, реализация седативной функции музыки, где, наряду с развитием дыхания, выполняется и эмоциональная разгрузка, снятие мышечного и психологического напряжения ребенка [10]. Так же положительной стороной игры на флейте и свирели является перспектива развития мелкой моторики пальцев рук, так как возникает необходимость извлекать ноты путем правильного четкого зажатия подушечками пальцев нужных отверстий.

Положительной стороной игры на флейте и свирели является перспектива развития мелкой моторики пальцев рук, так как возникает необходимость извлекать ноты путем правильного четкого зажатия подушечками пальцев нужных отверстий. (Например: длительное попеременное извлечение нот «до», «си», «ля» или «си», «ля», «соль», а так же усложненный вариант - при акцентуации в процессе занятия на развитие тонкой моторики пальцев рук - игра гаммы).

Возможно использование элементов музыкальной терапии для более эффективного организации учебного процесса:

1. Использование интегративной музыкотерапии на этапе организационного момента индивидуального, фронтального и подгруппового занятия для создания положительного настроения на предстоящее занятие, регуляцию психоэмоционального состояния детей или одного ребенка.

На этом этапе возможно кратковременное прослушивание ритмичных мажорных композиций, детских песен; так же возможно их сочетание с развитием мелкой и общей моторики, пальчиковой гимнастикой, развитием мимики. (Например: прослушивание песни «Песенка друзей» из м/ф. «Веселые путешественники» на слова С.В.Михалкова с выполнением соответствующих движений по ходу текста песни).

2. Использование активной музыкотерапии на этапе физкультминутки индивидуального, фронтального и подгруппового занятия для стабилизации рабочего состояния детей или одного ребенка, а так же регуляцию психоэмоционального состояния.

Не секрет, что уже ко второй половине логопедического занятия многие дети устают, начинают отвлекаться, особенно этому подвержены дети с синдромом гиперактивности и недостатком внимания. Таким образом, внедряя данный элемент музыкальной терапии, полностью реализуется стимулирующая функция музыки [10]. В результате чего возможно улучшить концентрацию внимания, частично восстановить работоспособность ребенка до окончания занятия, что непременно должно отразиться на эффективности коррекционного процесса. На данном этапе целесообразно совмещать прослушивание музыки с общими движениями тела. (Например: «Танец маленьких утят», народная русская песня «В роще калина»)

По окончании проведения коррекционных занятий в рамках разработанной нами программы было проведено обследование просодических компонентов речи в целях выявления динамики их развития. Обследование производилось в экспериментальной и контрольных группах по диагностическому комплексу оценки уровня сформированности просодики (Твардовская, Тимошинова, 2015). В результате было выявлено повышение уровня развития просодического компонента и интонационной выразительности речи среди детей экспериментальной группы, что позволяет судить об эффективности разработанной нами программы развития просодической стороны речи.

### **Заключение**

Результаты нашего исследования могут быть использованы в логопедической работе. Разработанная нами методика обследования просодических компонентов речи позволяет провести данное обследование в короткие сроки, вследствие чего является легко реализуемой в рамках логопедического занятия. Программа коррекции просодической стороны речи с использованием музыкальной терапии была апробирована и доказала свою эффективность, следовательно, может найти свое применение в процессе коррекционного воздействия в рамках традиционного логопедического занятия в различных образовательных учреждениях..

Список литературы

1. Ахметзянова А. И., Твардовская А.А. Состояние и перспективы развития специального образования в Республике Татарстан / А.И.Ахметзянова, А.А.Твардовская // Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы IV Международной научно-практической конференции. Под редакцией И.В. Евтушенко, В.В. Ткачевой. Москва, Издательство: Издательство "Спутник+", 2014. – с.31-37.
2. Константинова И.С. Коррекционно-развивающие музыкальные занятия с детьми, имеющими множественные нарушения развития: активизирующий эффект и его роль в развитии ребенка/ И.С.Константинова // Дефектология, 2011. - №2. – С.52-61.
3. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель, 2007. – 331 с.
4. Акименко В.М. Логопедическое обследование детей с речевыми нарушениями / В.М.Акименко. – Изд. 3-е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 77 с.
5. Алексеева Е.А. Вокалотерапия в структуре коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП / Е.А.Алексеева // Специальная психология, 2008. – 2(16). – С.24-29.
6. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2010. — 254 с.
7. Евтушенко И.В. Формирование основ музыкальной культуры умственно отсталых школьников в системе специального образования: Автореф. дисс.докт.пед.наук. – М., 2009.
8. Медведева Е.А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика - М.: Академия, 2002.
9. Шутова Н.В. Интегрированное психическое развитие проблемных детей старшего дошкольного возраста средствами музыкального воздействия: Автореф. дис.докт.пед.наук - Нижний Новгород, 2009.
10. Константинова И.С. К вопросу о вкладе музыкальной терапии в помощь детям со сложными нарушениями развития / И.С.Константинова // Дефектология, 2009. - №2. – С.3-11

---

Твардовская Алла Александровна, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики, Институт психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета. Служебный адрес: 420021, г. Казань ул. М. Межлаука, д.1., каб.526, раб тел. 7(843) 221-33-96, электронная почта Alla.Tvardovskaya@kpfu.ru.



## ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию старшего научного сотрудника ГБОУ ДПО «НПЦ»Уралмедсоцэкономпроблем» г. Екатеринбурга Громовой Вероники Львовны, посвященную компетентности управленческого персонала.

## УСЛОВИЯ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЕТЕНТНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Громова В.Л.**

В современной системе здравоохранения без внедрения технологий управления невозможно повысить эффективность функционирования отрасли и обеспечить качество медицинской помощи. Одна из проблем российского здравоохранения – недостаточный уровень управленческих и экономических знаний в среде руководителей медицинских организаций, в связи с чем требуется разработка эффективной кадровой политики для формирования резерва управленческих кадров здравоохранения, готовых решать сложные задачи модернизации в условиях неопределенности глобального финансового рынка.

Дефицит квалифицированных кадров ощущается в сфере здравоохранения последнее время постоянно. О напряженной ситуации в кадровой системе здравоохранения говорила в своем сообщении министр здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцова<sup>1</sup>. О важности подготовки, в частности, квалифицированных управленческих кадров сказано в статье В.Маршева «О кадровом обеспечении модернизации страны», опубликованной в журнале «Эксперт». В ней, в частности говорится о том, что реализация политики «кадрового резерва» призвана способствовать правильному подбору и расстановке управленческих кадров, повышению их деловой квалификации, разделению полномочий между руководителями и специалистами «с целью обеспечения высокого качества медицинской помощи в системе здравоохранения»<sup>2</sup>.

Успешность обучения менеджера гарантируется получением документа об управленческом образовании. Вместе с тем, наличие документа еще не гарантирует достаточного уровня компетентности профессионала-управленца, готового руководить людьми и достигать совместно со своим коллективом намеченных

<sup>1</sup> Встреча Министра здравоохранения РФ В.Скворцовой и президента Национальной медицинской палаты Л.Рошаля с профессиональным Интернет сообществом «Диалоги о профессии» / [www.nacmrdpalata.ru/action/showlid/13110](http://www.nacmrdpalata.ru/action/showlid/13110) / Интернет- источник

<sup>2</sup> Маршев В. О кадровом обеспечении модернизации страны / В.Маршев, Д.Медовников, С.Розмирович, Т.Оганесян // Эксперт.- 2010.- № 36.- С. 47-51.

целей. Именно поэтому компетентность, то есть наличие такого объема знаний, который позволяет выносить обоснованные суждения по конкретному вопросу и принимать решения, зависит не только от внешних факторов (в том числе и программы обучения), но и от внутренних – потенциальных способностей и возможностей использовать эти знания. К сожалению, упомянутый контингент руководителей (особенно с небольшим стажем работы) слабо владеет классическими управленческими технологиями, у них недостаточно сформированы так называемые базовые компетенции.

Сложившиеся социально-экономические условия и рынок труда диктуют необходимость формирования в большей степени специфического интеллектуального «человеческого капитала». К нему можно отнести руководителя – специалиста, достоинства которого – навыки и умение работать с коллективами разной структуры в условиях отраслевой специфики и конкретной организации, что особенно актуально для учреждений здравоохранения с их разнообразием форм собственности.

Для такого рода специалистов – руководителей характерны как знание технологии лечебно-диагностических процессов, так и особенностей медицинского оборудования, необходимого и имеющегося; умение анализировать медицинскую, организационную, психологическую информацию; владение профессиональной медицинской и бюрократической терминологией; специальные навыки решения управленческих, экономических, кадровых и финансовых задач здравоохранения, включая систему менеджмента качества медицинских услуг, логистику лекарственного обеспечения, участие в общественных связях внутри коллектива, его представительство во внешней профессиональной среде и за пределами медицинского сообщества.

Трудовые отношения в медицинской организации имеют весьма сложный характер, а определяющие их контакты столь разнообразны и порой противоречивы, что в результате продвижения по управленческой лестнице превосходные врачи-практики зачастую переходят в разряд посредственных главных врачей. Именно поэтому наиболее успешный переход от обучившегося менеджера к компетентному профессионалу – это во многом результат широты кругозора, развития аналитического мышления, самоменеджмента,

проявляющегося в умении оценить себя в рамках тех или иных требований и принять меры воздействия на определенные свои качества.

Основу самоменеджмента составляют: личностная зрелость и качество мышления. Личностная зрелость определяется ясностью жизненных целей, ценностей и потребностей, умением осознавать и изменять способы мышления, реагирования и поведения, формированием эмоциональной устойчивости, выработкой автономной позиции при принятии решений, ответственным подходом к жизни, уважением к мнению сотрудников при стремлении к самостоятельности. В свою очередь качество мышления определяется пониманием последствий принимаемых решений, умением руководствоваться логическими рассуждениями, способностью систематизировать информацию, аргументировать свое мнение, давать четкие указания и при этом отвечать за действия подчиненных.

По имеющимся, лишь 5-10% практических менеджеров здравоохранения обладают в полном объеме данной совокупностью показателей личностной зрелости и качества мышления, позволяющими им в полной мере чувствовать себя профессиональными управленцами<sup>3</sup>. Неслучайно, на вопрос: какими качествами должен обладать руководитель, чтобы медицинское учреждение работало и развивалось успешно?, сами руководители отвечают, что он должен быть очень многогранным человеком. Однако, прежде всего, необходимо найти хороший контакт с коллективом, чтобы все сотрудники понимали руководителя и поставленные им цели. Необходимо добиваться авторитета у людей, поскольку эффективно решать сложные задачи сегодняшнего здравоохранения и успешно работать возможно только с группой единомышленников<sup>4</sup>.

По мнению аналитиков, системность и непрерывность эффективного управления в сочетании с профилактической направленностью организации здравоохранения способны обеспечить надлежащую подготовку специалиста в области экономики и управления здравоохранением, причем наблюдаются изменения в значимости этих элементов с течением времени (Таблица 1).

Таблица 1  
Ранжирование приоритетных направлений совершенствования

<sup>3</sup> Зимина Э.В. Концептуальные основы системной подготовки управленческих кадров для здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. - 2007. - № 2.]

<sup>4</sup> Опыт профессионалов // Медицина и здоровье, 2012.- №11.- С.51-56.].

Сущность приоритета	2009 г.	2011 г.
Системность	1	1
Непрерывность	2	4
Профилактическая направленность	3	6
Изучение зарубежного опыта	4	2
Изучение рыночных принципов работы	5	3
Соответствие международным стандартам	6	5
Изучение отечественного опыта	7	7

Чем выше уровень владения специальными знаниями в совокупности с практическим опытом работы, тем больше руководитель способен к принятию сложных тактических и стратегических решений, достижению в конечном итоге более существенных результатов.

Некоторые авторы различают три типа ключевых результатов: коммерческие, функциональные, результаты поддержки. В современных условиях коммерческие результаты деятельности учреждения (или даже подразделения) являются неотъемлемой частью работы. Итоги в данном случае подводятся при определении баланса по контрольным показателям: оборот средств, покрытие расходов, издержки, рентабельность, использование финансов (инвестиции, субсидии, оборотные средства и др).

Ключевые результаты функциональной деятельности включают в себя количество и качество предоставляемых услуг, использование мощностей, эффективность использования оборудования, сырья, энергии, медикаментов и др. В отношении этих результатов можно установить конкретные и измеряемые показатели достижения целей – эффективность, производительность, экономичность.

К результатам поддержки относятся общие характеристики учреждения (организации), характеристики предоставляемых услуг, отношения с внешними организациями, внутренние характеристики организации, такие как мотивирование персонала, социально-психологический климат в коллективе, условия труда, использование рабочего времени, регулирование информационных потоков.

В системе здравоохранения в целом и в каждом лечебно-профилактическом учреждении, в частности, как правило, наблюдаются все три формы ключевых результатов и умение выделить, разграничить, классифицировать их соответствующим образом является важной характеристикой зрелости и

компетентности руководителя, позволяет достигать поставленных целей с меньшими затратами.

Многие авторы, а также практикующие в области работы с руководителями и трудовыми коллективами психологи, подчеркивают важность умения руководителя формулировать проблемы мотивации, более четко понимать важность различных сфер деятельности, и как основа этого – определение мотивационно-ценностной структуры личности<sup>5</sup>. Перечень жизненных ценностей, составленный на основании опросов менеджеров среднего и высшего звена, и определяющий те из них, которые им приходится формировать, работая с персоналом, включает:

1. Развитие себя, то есть познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик.
2. Духовное удовлетворение, то есть руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными.
3. Креативность, то есть реализацию своих творческих возможностей, стремление изменять окружающую действительность.
4. Активные социальные контакты, то есть установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли.
5. Собственный престиж, то есть завоевание своего признания в обществе путем следования определенным социальным требованиям.
6. Высокое материальное положение, то есть обращение к факторам материального благополучия как главному смыслу существования.
7. Достижение, то есть постановка и решение определенных жизненных задач как главных жизненных факторов.
8. Сохранение собственной индивидуальности, то есть преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости.

Следует также учитывать, что жизненные ценности всех работников, независимо от занимаемой должности и выполняемой работы реализуются по-разному, в различных жизненных сферах, при этом значимость той или иной жизненной сферы для разных людей неодинакова. Перечень их таков:

---

<sup>5</sup> Сопов Н.А. Определение мотивационных ценностей структуры личности по шкале «Развитие себя» / Н.А.Сопов, А.В.Карпушина, Г.С.Сенин.- М., 2006.- 87 с.

1. Сфера профессиональной жизни.
2. Сфера образования.
3. Сфера семейной жизни.
4. Сфера общественной активности.
5. Сфера увлечений.
6. Сфера физической активности.

Несомненно, для грамотного руководителя в условиях постоянно меняющихся правил и норм работы системы здравоохранения в целом необходимо разумно разграничивать собственные силы по внутренней значимости той или иной жизненной сферы, их адекватному использованию и разграничению по собственным жизненным ресурсам. Это во много крат усиливается имеющейся в изобилии информацией о том, что люди, ограничивающие себя только рамками профессиональной сферы деятельности, и не допускающие в свою жизнь увлечения, физическую активность и прочее, часто становятся «жертвами» так называемого синдрома профессионального выгорания.

**Синдром профессионального выгорания.** Хорошо известно, что среди медицинских специальностей есть так называемые «стрессогенные», к которым, прежде всего относятся хирургия, анестезиология-реаниматология, психиатрия, онкология, так как именно врачи этих специальностей чаще всего имеют контакт с тяжелыми, умирающими больными, не видят результатов своих усилий по спасанию пациента, общаются с лицами с неадекватным поведением. Однако, если учесть, что профессиональному выгоранию в значительной степени подвержены работники так называемых коммуникативных профессий, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться с различными людьми – знакомыми и незнакомыми, то можно сделать вывод, что профессия «руководителя» как нельзя более подходит под понятие «стрессогенной»<sup>6</sup> Поскольку помимо традиционного комплекса факторов рабочей среды и трудового процесса на руководителя воздействуют психосоциальные факторы собственной личности наряду с воздействием со стороны подчиненных, такие как степень удовлетворенности трудом и жизнью в целом, психологический микроклимат в коллективе, взаимоотношения между сотрудниками, с больными и их родственниками, постольку достаточно часто

---

<sup>6</sup> Психосоциальные факторы труда, образа жизни и здоровья врачей в современных условиях» Пособие для врачей.- М., 2007 г.].

большинство возникающих негативных последствий каких либо действий замыкается на руководителе, и учитывая, что эмоциональное возбуждение негативного характера обладает длительным последствием и суммацией, оно может перейти в форму «застойного, стационарного возбуждения», в результате которого формируется хронический стресс. Кроме того, возникает высокая вероятность формирования синдрома профессионального выгорания вследствие противоречия между величиной ежедневных физических, нравственных и эмоциональных затрат и степенью удовлетворенности своим трудом и его оценкой обществом<sup>7</sup>.

Большой проблемой для руководителя могут также оказаться такие последствия формирования синдрома профессионального выгорания, как параллельное стремление «загнать» в подобное же состояние работающих под его началом врачей. Проблема заключается в том, что формирующиеся по вине руководства длительные противоречия в стратегическом и тактическом руководстве организацией, чрезмерные, невыполнимые требования к работникам, труднодостижимые цели, отсутствие объективных критериев оценки результатов труда, а также неэффективная система мотивирования и стимулирования персонала, служат серьезными причинами возникновения синдрома профессионального выгорания у сотрудников учреждения.

Еще один симптомокомплекс, близкий к синдрому профессионального выгорания, - синдром хронической усталости. Многие исследователи рассматривают этот синдром как начальную стадию формирования синдрома профессионального выгорания<sup>8</sup>. И вполне естественно, что среди ведущих психосоциальных факторов производственной природы отмечается чрезмерная трудовая нагрузка<sup>9</sup>, ненормированный труд, высокая ответственность за конечный результат труда, за

---

<sup>7</sup> Королева Е.П. Охрана труда медицинских работников: психоэмоциональные факторы. - *Здравоохранение*, 2013, 3 4.- С. 44-51

<sup>8</sup> Bell KM, Cookfair D, Bell DS, et al: Risk factors associated with chronic fatigue syndrome. *Rev Infect Dis* 1991 Jan-Feb; 13 Suppl 1: S32-8.

<sup>9</sup> Blakely AA, Howard RC, Sosich RM, et al: Psychiatric symptoms, personality and ways of coping in chronic fatigue syndrome. *Psychol Med* 1991 May; 21(2): 347-62



других людей, состояние переутомления и усталости<sup>10</sup>, неудовлетворенность результатами труда<sup>11</sup>.

Автором были проведены исследования среди руководителей среднего и высшего звена системы здравоохранения Свердловской области по определению уровня формирования у них синдрома профессионального выгорания. В ходе курсов переподготовки руководителей здравоохранения, организованных в Уральском Научно-практическом центре медико-социальных и экономических проблем здравоохранения, по анкете В.В.Бойко за период 2009—2012 учебный годы было опрошено 500 респондентов. Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания», важно отметить, к какой фазе формирования синдрома относятся доминирующие показатели – «напряжение», «резистенция» и «истощение»<sup>12</sup>. Были отмечены следующие тенденции:

- элемент «напряжение», включающий переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой и состояние тревоги и депрессии, оказывается несложившимся симптомом у 10% респондентов, складывающимся симптомом – у 30% и сложившимся – у 56% респондентов;

- элемент «резистенция», проявляющийся в неадекватном эмоциональном реагировании, расширении сферы экономии эмоций и, как следствие, стремлении к редукции профессиональных обязанностей, оказался несложившимся у 47%, складывающимся – у 33% и сложившимся – у 20% респондентов;

- элемент «истощение», характеризующийся эмоциональной и личностной отстраненностью с последующими психосоматическими и психовегетативными нарушениями, был не сформирован у 62%, находился в процессе формирования – у 22%, и был сформирован у 16% респондентов (рисунок 1-3).

<sup>10</sup> Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, et al: Development of a fatigue scale. J Psychosom Res 1993; 37(2): 147-53

<sup>11</sup> Hickie I, Lloyd A, Wakefield D, Parker G: The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome. Br J Psychiatry 1990 Apr; 156: 534-40

<sup>12</sup> Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я.Райгородский. - Самара, 1999

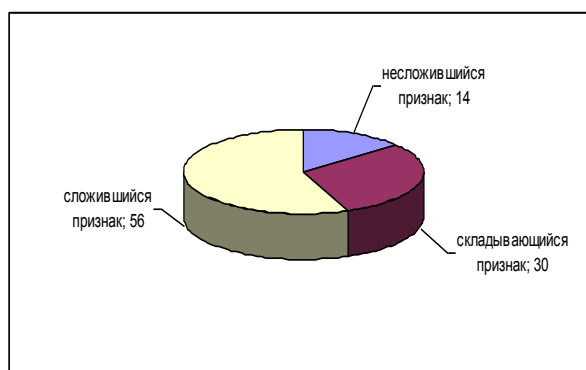


Рис.1 Напряжение (%)

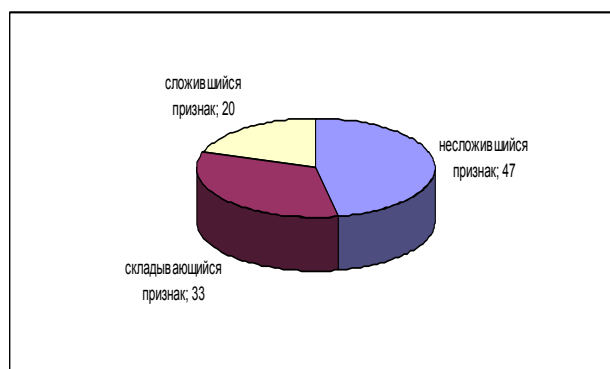


Рис.2 Резистенция (%)

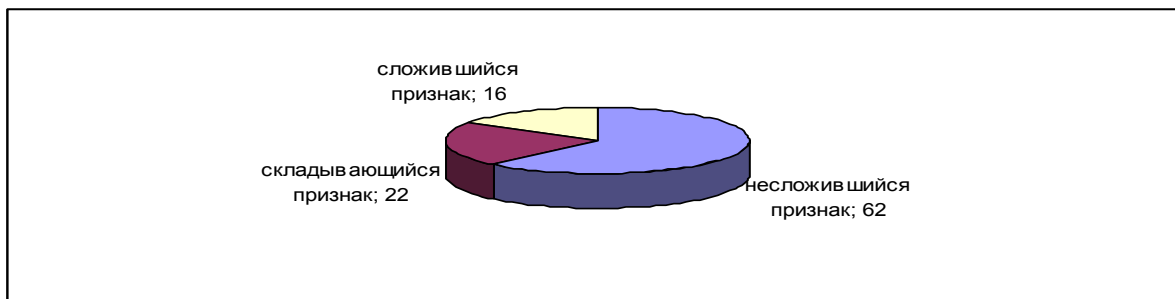


Рис. 3 Истощение (%)

Таким образом, можно сделать вывод, что обследованные руководители, несомненно, испытывают сильную психоэмоциональную нагрузку в условиях постоянных перемен в сфере здравоохранения, однако большинство из них сохраняют достаточный резерв трудоспособности и возможность принимать адекватные и грамотные решения.

С целью облегчить управленческий труд на данное время разработано множество различных методик, используя которые, руководители смогут более рационально использовать время и силы. К таковым можно отнести методику постановки целей и методику определения эффективности работы организации.

**Методика ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ (SMART)**

Одной из основных и сложнейших задач современного руководителя является постановка целей перед своими соратниками, подчиненными, коллективом в целом. Вопросам грамотной постановки задач посвящено большое количество исследований отечественных и зарубежных ученых\*\*\*\*, однако нехватка времени, нежелание вникать в проблемы, требующие решения, нежелание работать над собой в стремлении доходчиво и понятно разъяснить поставленные цели всем задействованным в процессе перемен сотрудникам, достаточно часто меняет смысл, искажает до неузнаваемости поставленные цели и приводит порой к обратному результату. Можно предлагать множество различных подходов эффективной постановки целей, но один из них, определенно, заслуживает внимания. Это так называемая технология SMART. В конкретном приложении в постановке целей руководителем данное слово является аббревиатурой, которую ввел Питер Друкер в 1954 г. SMART содержит в себе 5 критериев постановки целей:

- Specific - конкретная;
- Measurable - измеримая;
- Achievable - достижимая;
- Realistic - реалистичная;
- Timed - определенная по времени.

В дальнейшем различными авторами составлялись другие методики, связанные с целями, однако все они уже подгонялись под аббревиатуру SMART. Чтобы пользоваться **SMART-технологией постановки целей, необходимо каждую формулируемую цель** проверить по пяти описанным критериям:

1. *Конкретная.* Цель должна быть четкой, конкретной. Если в цели есть слова «больше», «раньше» и т.д., обязательно указать, на сколько (рублей, минут, процентов и т.д.).
2. *Измеримая.* Результат достижения цели должен быть измеримым. «Стать более профессиональным» - трудно измеримый результат (и не конкретный

---

\*\*\*\* Практическая технология постановки целей / [www.elitarium.ru](http://www.elitarium.ru) / Интернет – источник

тоже). А вот «получить сертификат» или «подтвердить категорию» - вполне измеримый.

3. *Достижимая.* Человек должен быть способен достичь этой цели, хотя бы в потенциале, должен обладать ресурсами (внешними и внутренними) для ее достижения, либо быть способным эти ресурсы обрести.

4. *Реалистичная.* Необходимо реально оценивать свои ресурсы по достижению цели. Это не означает, что цель не должна быть амбициозной, как раз наоборот. Если цель первоначально кажется не реалистичной, необходимо разбить ее на несколько реалистичных целей. Также каждая цель должна согласовываться с другими целями, не противоречить им. Ставя цель обеспечить компьютеризированное обслуживание, придется предоставить персоналу возможность освоить новые технологии, обеспечить доступ к оборудованию и его техническое обслуживание.

5. *Определенная по времени.* Должны быть четко поставлены сроки достижения цели. Без сроков конкретной цели нет.

Еще одна широко известная, но, к сожалению, редко применяемая в здравоохранении управленческая технология, о которой следует упомянуть, это способ определения эффективности работы – или использование ключевых показателей **KPI** (Key Performance Indicators) для определения эффективности работы подразделения или всего учреждения. **KPI** – это, по сути, инструмент измерения достижения поставленных целей.

**Система KPI** – это многоуровневая система: самый нижний уровень представляют показатели результативности каждого сотрудника, далее следуют уровни с показателями результативности подразделений компании – департаментов, управлений, отделов, и, наконец, самый верхний уровень – это показатели по всей компании. Цель **разработки и внедрения KPI** – это создание эффективного инструмента для информационного обеспечения процесса принятия решений. **KPI** позволяет получать достоверную, оперативную, актуальную непротиворечивую информацию о текущей деятельности организации и её подразделений, позволяющую оценить меру приближения к выполнению основных целей и стратегии учреждения здравоохранения. При этом цели и задачи организации или её подразделения на разных этапах могут существенно отличаться друг от друга. Рассмотрим, например, отдел платных услуг. На начальном этапе происходит оборудование системы,

обучение персонала, инвестиции в другие необходимые сферы, а основные задачи в это время таковы: добиться узнаваемости среди потенциальных клиентов, достигнуть определенного уровня потока потребителей услуг. На этом этапе основными показателями могут быть число пациентов, их предпочтения, число потребленных услуг. Следующий этап – выход на точку безубыточности. Здесь – другие показатели: прибыль, затраты, влияние сезонного фактора на потребность в услугах (например, сезонная прививочная кампания), влияние инфляции и других объективных причин. Желательно, чтобы следующим этапом был – рост и развитие.

К сожалению, одной из самых серьезных проблем многих учреждений здравоохранения является недостижение ею целей, так называемое «рассеивание целей». Каждый сотрудник что-то делает, расходует энергию, ресурсы, получает оплату за свой труд, а учреждение в целом намеченных целей не достигает. **Система КРІ** призвана связать стратегию и повседневную деятельность. Показатели эффективности разрабатываются для каждого сотрудника, каждой должностной позиции, структурного подразделения и являются индикаторами достижения поставленных целей. В сумме это должно привести к достижению целей организации».

Наряду с этим крайне важно правильно определить показатели эффективности и личные индикаторы, на основании контроля за которыми будет проводиться оценка эффективности. Приведем пример:

Показатели эффективности для руководства (главный врач, директор, заместители, руководители подразделений):

- Наличие стратегического плана, охватывающего все аспекты развития учреждения / подразделения.
- Наличие плана на отчетный период.
- Выполнение плана на отчетный период.

Личные качества:

- Лидерство
- Воля
- Видение будущего
- Навыки управления
- Нацеленность на результат
- Умение работать в команде
- Ответственность / Дисциплина

- Презентабельный внешний вид

Показатели эффективности для бухгалтерии и экономической службы:

- Отсутствие претензий налоговых органов и аудиторов.
- Выполнение бюджета и его уточнение.
- Отсутствие ошибок в исходящих и принятых входящих бухгалтерских документах. (Или можно задать какой-нибудь разумный допустимый процент ошибок).
- Своевременное выставление счетов и отражение оплаты в учетных системах. (Отсутствие задержек и ошибок).
- Контроль выполнения закупок оборудования, медикаментов и проведения торгов

Личные качества:

- Исполнительность
- Умение работать в команде
- Ответственность / Дисциплина
- Обучаемость
- Приверженность компании
- Клиентоориентированность
- Аккуратность

Показатели эффективности отдела платных услуг:

- Наличие и выполнение плана продаж, как по объему, так и по структуре услуг.
- Расширение клиентской базы на \_\_\_\_\_% за отчетный период.
- Предложение новых услуг не менее, чем на \_\_\_\_% от всего имеющегося объема услуг.

Личные качества:

- Видение будущего
- Нацеленность на результат
- Коммуникабельность
- Умение работать в команде
- Ответственность / Дисциплина
- Обучаемость
- Приверженность компании

- Клиентоориентированность
- Презентабельный внешний вид
- Аккуратность

В принципе те или иные системы оценки деятельности работников необходимы любой организации, а вот инструменты управления подбираются индивидуально. При этом KPI – это один из наиболее понятных и универсальных инструментов оценки деятельности, к тому же достаточно простой. Поскольку по мере увеличения числа сотрудников требуется регулярный учет и контроль, то при правильном построении дерева показателей эффективности, оно будет более разветвленным для учреждения в целом, но для каждого подразделения в отдельности компонентов будет немного и контролировать их будет достаточно легко.

Конечно, любой организатор здравоохранения вправе подобрать для оценки подразделений своего учреждения любые, наиболее четко отражающие деятельность подразделения показатели, главное, чтобы они были согласованы с непосредственными руководителями подразделений и известны и понятны исполнителям, от повседневной деятельности которых зависит успех в достижении целей учреждения в целом.

Систему KPI часто сравнивают с системой светофоров, поскольку помимо получения конкретных данных необходимо разработать правило их интерпретации, то очень удобно принять, что если отклонение от плановой цифры составляет, например, не более 10% – это зеленый сигнал, от 10 до 30% – желтый, а больше 30% – красный. Таким образом, каждый руководитель подразделения создает систему основных показателей («сигналов светофора» по основным бизнес-процессам и направлениям контроля). Показателей, которые контролируются в один момент времени, должно быть не более восьми, что обусловлено психологическими возможностями человека. В свою очередь, каждый показатель может включать ряд других показателей, которые в совокупности образуют «дерево показателей эффективности». С помощью этого дерева можно легко найти проблемную зону, где уже требуется принятие управленческого решения» (рисунок 4). Таким образом, данная методика является инструментом не только стратегического, но и оперативного управления.

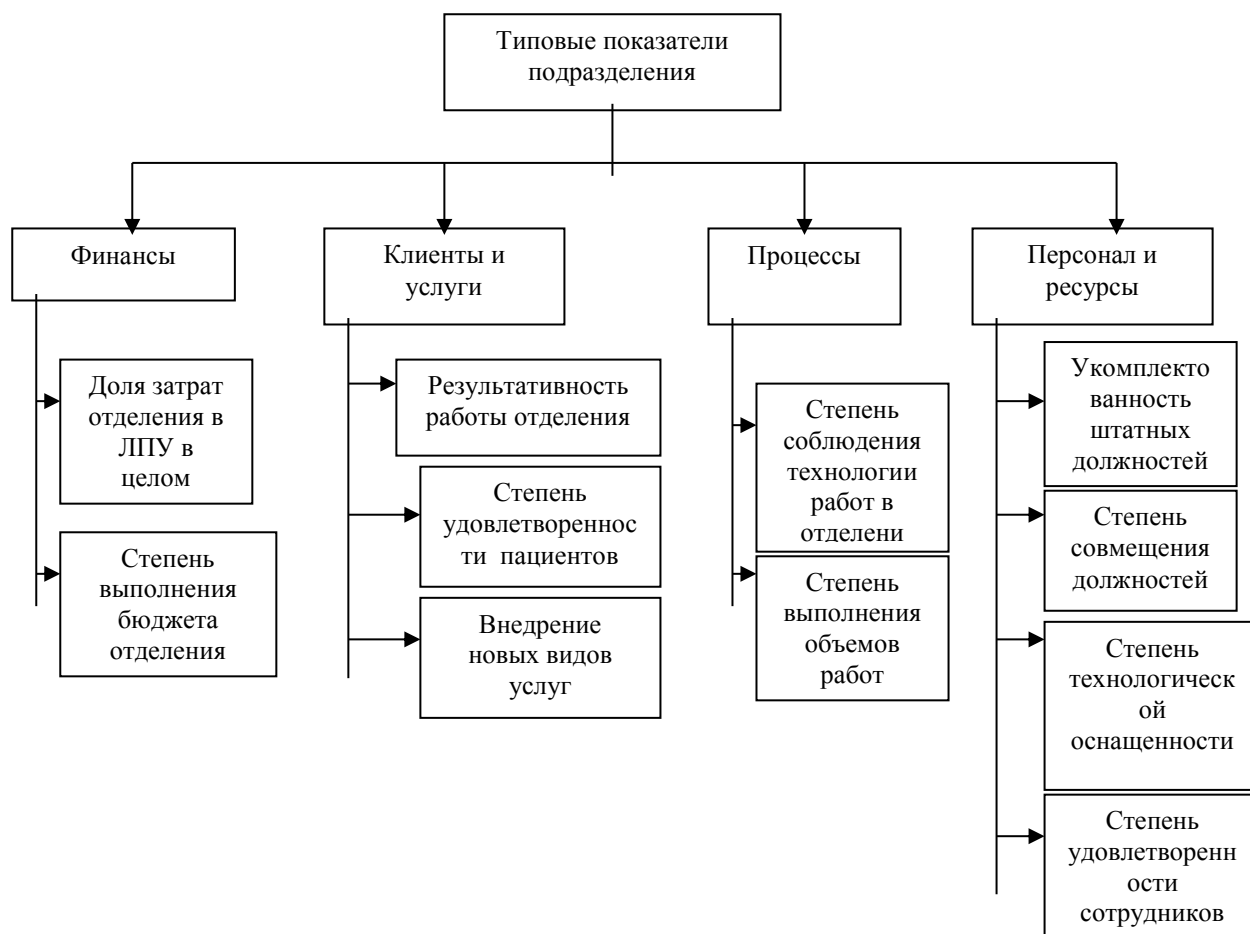


Рис.4 Дерево ключевых показателей – KPI подразделения

В целом, внедрение системы KPI помогает решить следующие задачи:

- построение нового инструмента управления, состоящего из набора взаимосвязанных сбалансированных показателей, помогающих оценить не только текущее состояние, но и перспективы развития организации;
- поддержание постоянных коммуникаций в учреждении в целом, отдельными структурными подразделениями и сотрудниками, а также оперативное внесение изменений;
- выявление областей возникновения проблем;
- наращивание темпов и масштабов работы, повышение качества предоставляемых услуг;
- планирование и контроль деятельности подразделений в соответствии с утвержденной стратегией развития учреждения;
- предоставление менеджменту именно тех данных, которые необходимы для оценки эффективности деятельности;



- понимание сотрудниками начиная с самого нижнего уровня того, как результаты их деятельности влияют на достижение стратегических планов учреждения;
- формирование системы мотивации персонала, основанной на объективных показателях.

Многие топ-менеджеры, в том числе и в системе здравоохранения, недостаточно хорошо понимают, как пользоваться этим инструментом для повышения эффективности деятельности организации. Часто на практике под KPI упрощенно понимают систему мотивации сотрудников», что в определенной степени справедливо. Мотивация и эффективность работы сотрудников повышается через понимание значимости их персонального участия в достижении стратегических целей. Сотрудники ясно понимают, что от них требует руководство, появляется осознание своей роли в достижении стратегических целей всей компании, что само по себе может являться немаловажным фактором мотивации.

Мотивация персонала представляет собой огромный пласт информации, методик, результатов статистических и психологических исследований<sup>††††</sup>. Она чрезвычайно важна в работе каждого конкретного индивидуума, независимо от статуса, занимаемой должности и степени ответственности, но особенно для руководителей. Именно поэтому следует уделять внимание аспектам деятельности управленцев, демонстрирующим их компетентность в вопросах менеджмента. Современные тенденции в распределении ролей управленцев предлагают различные их комплексы. Система ролей руководителя требует от человека обладания многими навыками. Руководитель должен знать, хоть немного (чем больше тем лучше), но зато обо всем — от финансовых и экономических особенностей деятельности в сфере здравоохранения до методов маркетинга, от основ человеческой психологии до способов организации производств в современных условиях и работы высокотехнологичного оборудования.

Современному руководителю, чтобы эффективно управлять организацией, структурным подразделением, отделом, коллективом, важно в своей деятельности успешно сочетать шесть основных ролей: от хозяина и предпринимателя до эффективного профессионала и цивилизованного человека. Именно поэтому

---

<sup>††††</sup> Громова В.Л. Теории мотивации и особенности успешного руководства в здравоохранении / Лекции по управлению и экономике здравоохранения.-, Екатеринбург, 2007.- С. 331-350

современные специалисты выделяют на данном этапе развития общества несколько ролей, необходимых для эффективного руководства.

- Роль **№1 – Менеджер**. Значение этой роли в общей системе ролей руководителя сложно переоценить, поскольку основные навыки руководителя как раз и заключаются в умении организовать сотрудников, правильно поставить цели и следить за их своевременным достижением. Управленец, для выполнения поставленных задач должен уметь быстро находить ресурсы и рационально их распределять, повышать результативность труда, увеличивать эффективность деятельности организации и ее подразделений, а также взаимодействовать с подчиненными, партнерами и вышестоящими руководителями. Менеджмент действительно роль руководителя №1.

- Роль **№2 – Стратег**. Руководитель последовательными действиями должен добиваться продвижения компании по намеченному пути и формулировать (как для себя, так и для персонала) видение будущего. Роль современного руководителя немыслима без умения видеть возможности для создания новых ценностей.

- Роль **№3 – Хозяин**. Не менее значимая роль руководителя в управлении организацией, чем предыдущая. Она заключается в умении добиваться долгосрочных результатов с помощью твердой профессиональной воли и сочетания выдающихся личных качеств (в том числе и лидерских качеств личности). «Хозяин» интересы организации ставит выше личных интересов, а также выше интересов сотрудников и когда принимает решения и когда действует, то думает о возможных последствиях для организации. Чтобы добиться успеха он фокусируется на долгосрочное развитие и целенаправленно готовит к пониманию и поддержке нового своих последователей.

- Роль **№4 – Цивилизованный человек**. Эта роль руководителя в системе управления демонстрирует социально приемлемые нормы поведения. Современный руководитель в различных ситуациях должен всегда вести себя подобающе и проявлять уважение к конкретному сотруднику в частности и к коллективу в целом. Руководитель как цивилизованный человек умеет расположить к себе собеседника и никогда не нарушает правил профессиональной этики и достигнутых договоренностей.

- Роль **№5 – Эффективный профессионал**. Данная роль руководителя в организации подразумевает стремление к максимальному достижению результатов работы, путем активного использования собственных знаний и способностей и своих

коллег. Как эффективный профессионал руководитель показывает глубокие знания в своей области, при этом постоянно их совершенствует. Также эта роль руководителя в коллективе включает в себя такие действия как демонстрация опыта и умений своим сотрудникам и коллегам и оказание им помощи и поддержки.

- Роль **№6 — Командный игрок**. Одним из главных предназначений руководителя в управлении является привлечение людей с учетом их мотивации и квалификации, распределение обязанностей, умение правильно делегировать полномочия, эффективное взаимодействие с другими членами коллектива, обмен информацией, внесение личного вклада в достижение целей, поддержание командного духа и здоровой психологической атмосферы в коллективе.

Приведенная классификация ролей руководителя является достаточно схематичной, поэтому для получения более точной информации о владении руководителями высшего и среднего звена различными ролями, в той же фокусной группе руководителей, проходивших переподготовку, было проведено анкетирование по теории ролей Ричарда Белбина. Согласно этой теории выделяется 8 типов ролей, представленность каждой из которых в коллективе является необходимой для его эффективного функционирования<sup>\*\*\*\*</sup>.

Разнообразие задач, стоящих перед управленцами системы здравоохранения в настоящее время, требует от них умения концентрировать свой потенциал на нескольких направлениях деятельности, именно поэтому предлагаемая в рамках теории Р.Белбина возможность эффективно владеть несколькими ролями, как нельзя более точно отражает сложившуюся в среде управленцев ситуацию<sup>§§§§</sup>. На основании полученных данных были сделаны следующие выводы:

Зв последние годы структура ролей, включаемых руководителями в свой арсенал в силу складывающихся обстоятельств, несколько изменилась. Это видно на схеме (Рисунок 5). Если сравнить представленную картину спектра исполняемых руководителями ролей с более ранними результатами, то можно сделать по крайней мере два вывода: во-первых, количество руководителей, эффективно работающих в роли «ответственного за окончательную отделку» резко возросло, что говорит о необходимости и готовности брать на себя еще больше ответственности за происходящее в учреждениях, и. во-вторых, резко возросло число руководителей,

\*\*\*\* Белбин Р.М. Групповая работа в менеджменте / Р.М.Белбин – Лондон, из-во Хейнманн, 1981

§§§§ Громова В.Л. Управление межличностными отношениями в лечебно-профилактических учреждениях / Лекции по организации и экономике здравоохранения. - Екатеринбург, 2003 - С. 315-333

эффективно выполняющих роль «ответственного за поддержку», что крайне важно для сохранения благоприятной психологической атмосферы в коллективе и необходимости оказывать помощь различным категориям людей, проходящих через различные этапы восприятия перемен (отрицание/сопротивление/экспериментирование/сотрудничество).

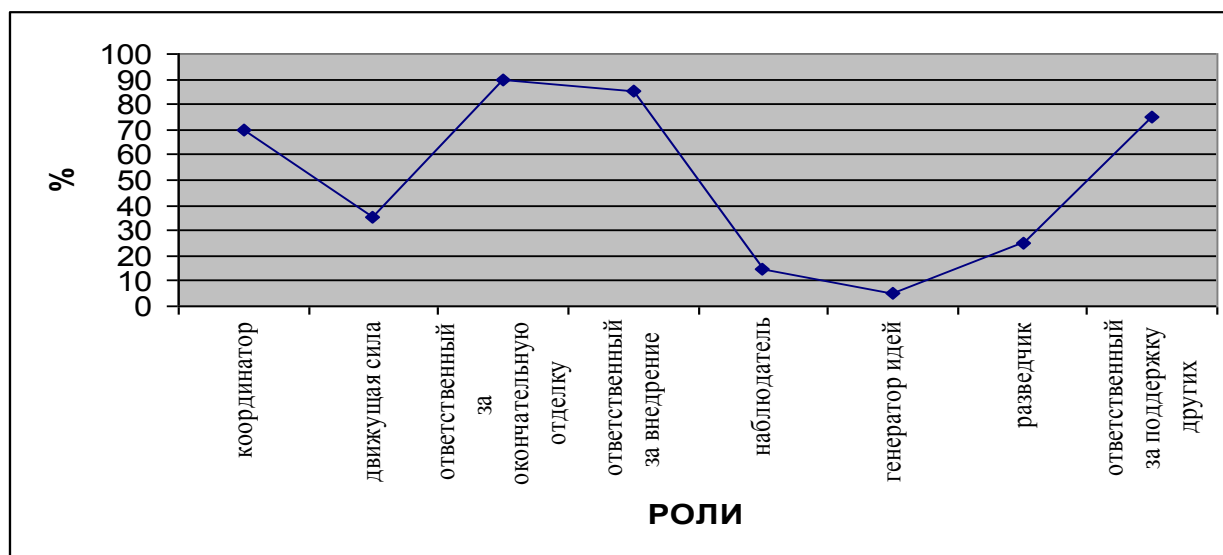


Рис. 5 Распределение предпочтительного выбора эффективно исполняемых ролей руководителями здравоохранения Свердловской области

Все вышеизложенное призвано помочь управленческому персоналу системы здравоохранения в условиях перемен облегчить достижение необходимого уровня компетентности, осознать свои потребности в дополнительной подготовке, и получении знаний. Следует понимать, что знания - это специфический ресурс человека. Их нельзя найти в книгах - там можно найти только информацию, а знание - это способность применять информацию в конкретной сфере деятельности. Когда в коллективе личность подавляется, способность организации изменяться ставится под угрозу. Рабочие коллективы, руководимые компетентными управленцами, стимулируют самовыражение личности, что приводит к обновлению и более эффективному использованию ресурсов. Именно поэтому в настоящее время человеческий потенциал признается главной составляющей системы здравоохранения и основой движущей силой её стабильности и роста. От его качества и компетенции зависят уровень развития учреждения в целом, степень достижения поставленных целей, организация и культура труда, его производительность и эффективность.

По мере развития общества и реформ здравоохранения, повышения технической оснащённости медицинских учреждений, внедрения новых технологий, а также

требовательности основных потребителей услуг, управлять персоналом становится все сложнее. В этих условиях, кроме того, что каждый сотрудник сам должен определять свое поведение, огромная роль принадлежит руководителям, формирующим осознание потребности в изменениях, и поддержки специалистов.