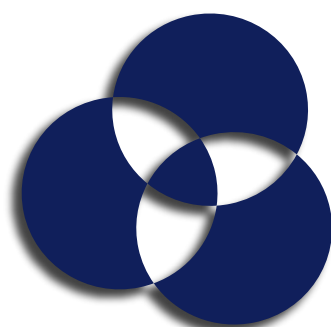


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

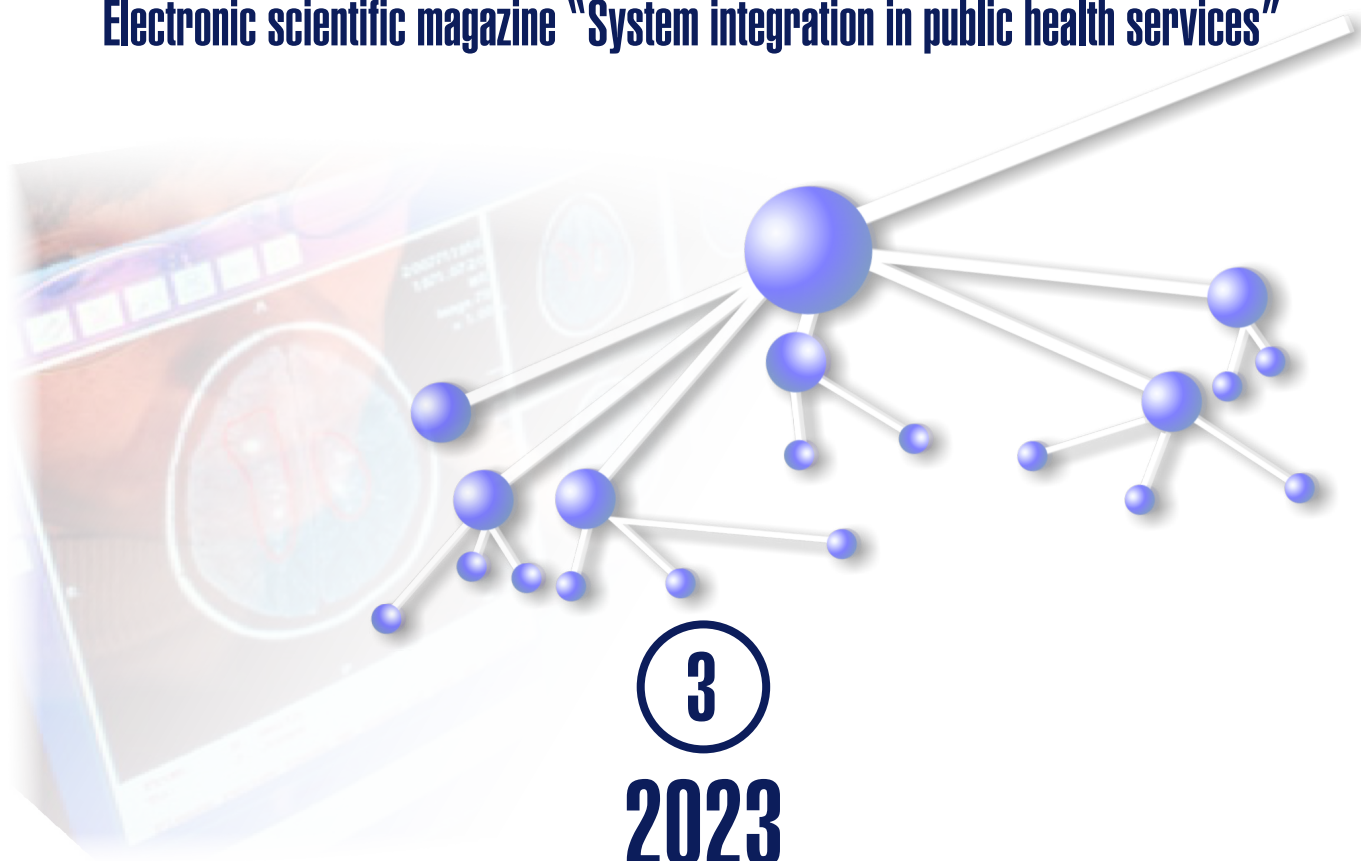
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

sys-int@sys-int.ru
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

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

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2023



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

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

№ 3 (60) 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН

Уважаемый читатель!



В юбилейный для журнала год пятнадцатилетия выходит очередной (60-ый) номер, в котором использованы три раздела: Естественно-научные проблемы медицинской науки и здравоохранения; Психология и педагогика, а также Читальный зал. Авторские коллективы представлены: Уральским институтом кардиологии, Уральским федеральным университетом, ЦГКБ №24, Уральским государственным медицинским университетом и Российским государственным профессионально-педагогическим университетом.

Среди соавторов, почти как всегда, есть и молодежь, причем, креативно настроенная, отдающая себе отчет в том, что страна остро нуждается в их ментальных способностях, направленных на развитие всего, что связано с медициной и с человеком в научном, техническом, управленческом, информационном и социальном аспектах.

Желаю журналу развития, авторам – творческого энтузиазма, читателям – с пользой затраченного времени, а искусственному интеллекту (Open AI и трансформеру GPT) не сильно отставать от естественного. Все вместе мы многое сможем!

Руководитель образовательных программ
бакалавриата, магистратуры, аспирантуры и докторантуры,
профессор кафедры технической физики УрФУ,
д.т.н., действительный член РАЕН, засл. работник ВШ РФ
Гольдштейн Сергей Людвигович

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Степин А.В., Гольдштейн С.Л., Кудрявцев А.Г., Рыбина Е.А.
ОБ АНАЛИЗЕ ПАТЕНТОВ НА СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ: ТЕКСТЫ, ТАБЛИЦЫ, АЛГОРИТМЫ..... 5

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М.
О ЗНАЧИМОСТИ СВОЙСТВ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СПЕЦИАЛИСТА
МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 21

Гумерова А.Ф., Каримова О.Х.
ИССЛЕДОВАНИЕ НИШИ IT-РЫНКА В ОБЛАСТИ КОНТРОЛЯ ЗА РАЦИОНОМ И
СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ 33

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

Алдушина А.Д.
ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСУДИСТАЯ
ДЕМЕНЦИЯ 44

Набойченко Е.С., Серкова-Холмская Е.А.
ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОВЕДЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ:
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ 50

Зырянова Е.Н., Лебедева Е.В.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТРИОТИЗМА И САМООТНОШЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ЮНОШЕСКОГО
ВОЗРАСТА..... 57

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Цветков А.И., Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Пупкова И.А.,
Бессонова М.Ю., Устинов А.Л.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЕРСТВА (окончание)... 64

ОБ АНАЛИЗЕ ПАТЕНТОВ НА СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ: ТЕКСТЫ, ТАБЛИЦЫ, АЛГОРИТМЫ

Степин А.В.¹, Гольдштейн С.Л.², Кудрявцев А.Г.², Рыбина Е.А.²

¹ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, РФ

²ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет», физико-технологический институт, кафедра технической техники, Екатеринбург, РФ

Резюме. На базе патентного поиска о способах и системах диагностики и прогнозирования инфекции в хирургии предложена процедура движения от текстов через таблицы к алгоритмам на языке блок схем (с оценкой их качества) для выхода на компилятивный прототип. Показана польза такого анализа для развития информационной и информационно-интеллектуальной поддержек решений хирурга.

Ключевые слова: инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ), прогнозирование послеоперационных осложнений, патенты.

ABOUT ANALYSIS OF PATENTS FOR PREDICTION AND DIAGNOSTICS OF INFECTION IN SURGERY THROUGH: TEXTS, TABLES, ALGORITHMS

Stepin A.V.¹, Goldstein S.L.², Kudryavtsev A.G.², Rybina E.A.²

¹ «Scientific and practical center for specialized types of medical care «Ural Institute of Cardiology», Ekaterinburg, RF

² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Ural Federal University», Institute of Physics and Technology, Department of Technical Physics, Ekaterinburg, RF

Summary. Based of a patent search for methods and system for predicting and diagnosing infection in surgery, a procedure was proposed for moving from texts through tables to algorithms in the block diagram language (with an

assessment of their quality) to reach a compiled prototype. The usefulness of such an analysis for the development of information and information-intellectual support of surgeon's decisions is shown.

Keyword: surgical site infections (SSI), prediction of postoperative complications, patent.

Введение

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ), составляют до 40% случаев [1, 2] и дают смертность до (4÷5) %. Существующие подходы к этой проблемной ситуации [3, 4] недостаточны. Вероятные надежды целесообразно связать, прежде всего, с анализом патентных решений по теме и его адаптацией под специфику.

В статье поставлена и решена задача движения от текстов патентных описаний через таблицы к графическим алгоритмам с их оценкой для выхода на компилятивный прототип с целью его развития при учете специфики кардиохирургии.

1. Патентный поиск: тексты, таблицы и модель средства для анализа результатов

Началом работы послужил запрос заказчика из медицины на развитие того, что известно в мировой практике по борьбе с ИОХВ. Разрешение проблемной ситуации требует соответствия глобальной и локальных целей задачам и ресурсам (финансовым, материальным, энергетическим, информационным, людским, временным и административным). Для выбора лучших известных решений использован патентный поиск. В ходе поиска по запросам из ключевых слов просмотрено ≈ 450 патентов и выбрано в качестве аналогов 7 [5-11]. Главными критериями отбора были: принадлежность к области медицины,

а именно к хирургии, и наличие действий в диагностике и/или в прогнозировании послеоперационных осложнений.

Предпочтение патентному поиску перед общелитературным библиотечным (монографии, периодика и т.п.) отдали из-за затратности (прежде всего, времени) и нечеткой формализованности текстов в этих источниках информации. Патентные описания, напротив, однозначно определяют научно-технический уровень новизны и позволяют получить достоверную совокупность технических сведений, имеющих отношение к решению. При этом общий обзор использовали как опорную методологическую базу.

Первый шаг – выход на значимые элементы изобретений (таблица 1).

Таблица 1

Выход на значимые элементы патентов

| № | лит. ист. | Количество значимых элементов по: | |
|---|-----------|---|--|
| | | формуле изобретения | описанию изобретения |
| 1 | [5] | 4 процедуры/действия: - измерение; - диагностика; - корректировка; - исследования. | измеритель перфузии крови |
| 2 | [6] *) | 6 процедур: - сканирование; - сравнение; - исследование кровотока; - исследование в режиме ЦДК; - исследование в режиме ЭДК; - диагностика. | ультразвуковой сканер (аппарат УЗИ) с линейным датчиком частотой 7,5 МГц |
| 3 | [7] | 2 процедуры: - определение; - прогнозирование. | анализатор белка |

Окончание табл. 1

| | | | |
|---|------|--|---|
| 4 | [8] | 2 процедуры: - регистрация; - прогнозирование риска. | усилитель постоянного тока с цифровой индикацией на табло |
| 5 | [9] | 6 процедур: - получение фоновой пробы; - получение остростатической пробы; - оценка сердечного ритма; - оценка ПАРС; - прогнозирование; - индивидуальное ведение пациента. | кардиограф |
| 6 | [10] | 6 процедур: - определение степени депрессии; - определения ИК; - определение в сыворотке крови; - определение типа вмешательства; - вычисление риска; - прогнозирование. | — |
| 7 | [11] | 2 процедуры: - измерение пресепсина; - диагностика. | автоматический анализатор пресепсина |

*) ЦДК – цветное доплеровское картирование, ЭДК – энергетическое доплеровское картирование, ПАРС – показатель активности регуляторных систем, ИК – индекс коморбидности Чарлсона (баллы).

Данные таблицы 1 соответствуют системному взгляду на задачу и позволяют предложить общую системно-структурную модель первичного анализа релевантных патентов (рисунок 1).

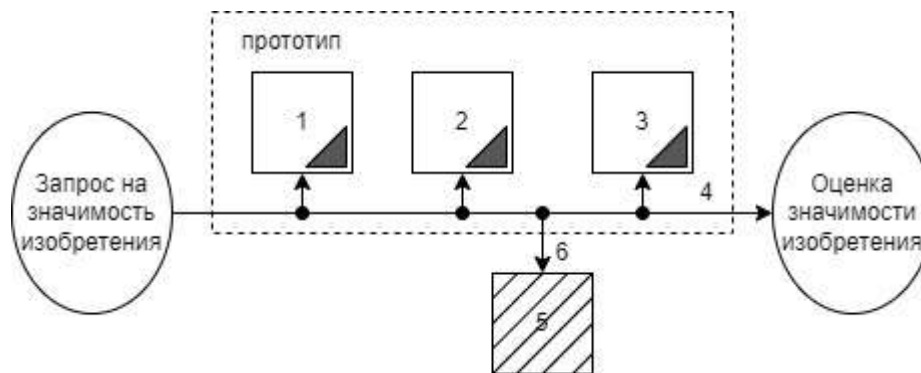


Рисунок 1 – Универсальная системно-структурная модель средства для анализа патентов (блоки анализа: 1 – систем/устройств, 2 – способов/действий/процедур, 3 – итогов по целям и результатам, 5 – настройки на специфику; 4,6 – интерфейсов; новизна обозначена штриховкой и уголками)

Рисунок 1 отражает то, что во всех патентных описаниях представлены устройства (как структурные элементы), процедуры их исполнения (как элементы действий) и анонсируемые авторами изобретений цели и результаты (итоги). При этом учитывали, что в общем случае в патентах на устройство формулы изобретений содержат элементы и связи, а в описаниях – исполняемые процедуры. В патентах же на способы наоборот: формулы изобретений включают последовательность действий/процедур, а описания – используемые для этого структуры: устройства, приборы и т.п. При этом итоги же с учетом релевантности и пертинентности, с критикой и гипотезами о желаемом развитии как бы адресованы следующему кандидату в изобретатели, желательно ориентированному в сторону информационной и/или информационно-интеллектуальной компьютерных поддержек. При этом всегда желательна настройка на специфику.

2. От текстов патентной документации и табличных представлений до графического языка алгоритмов

Известно, что алгоритмы могут быть представлены по-разному. Словесный способ описания недостаточно формализуем, многословен, допускает неоднозначность прагматики и пр. Графическое представление (блок-схема) выгодно отличается наглядностью, «читаемостью» и строго

отображает порядок действий, цикличность, ветвление и др., а частные действия (детализирующие) могут быть уточнены вложениями и комментариями.

На рисунках 2-8 приведены составленные нами алгоритмы изобретений-кандидатов в прототипы [5-11], представленные в формате блок-схем в соответствии с правилами по ГОСТ 19.701 для способов из таблицы 1 по диагностике и прогнозированию послеоперационных осложнений в хирургии.

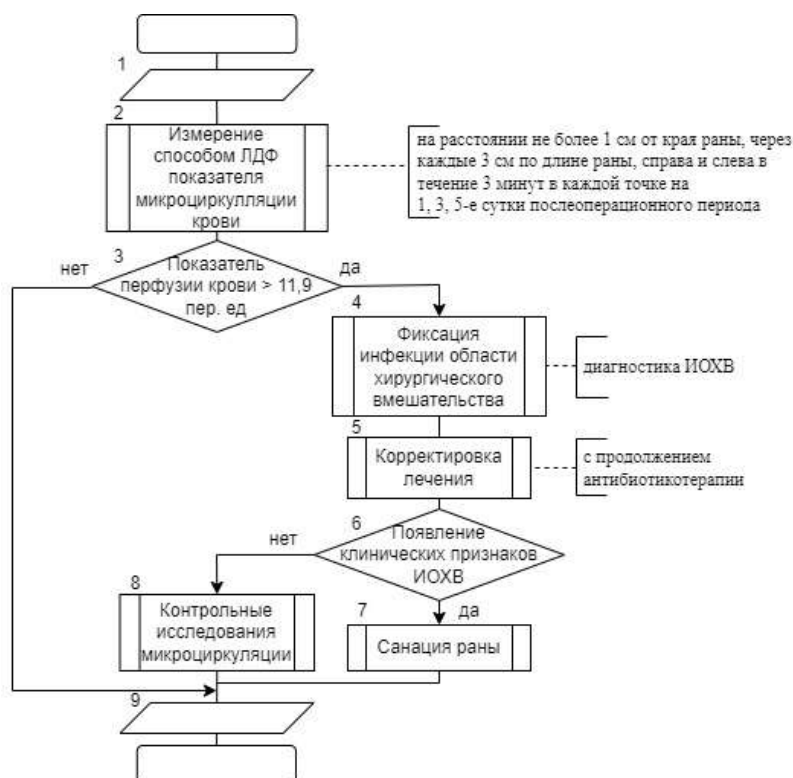


Рисунок 2 – Алгоритм согласно патенту [5]
(ЛДФ – лазерная доплеровская флоуметрия)

Алгоритм однозначно отражает суть патента [5], позволяя диагностировать ИОХВ у пациентов после экстренных операций по поводу острых хирургических заболеваний на основе исследования в 1-е, 3-е, 5-е сутки послеоперационного периода. Но этом отсутствует прогнозирование ИОХВ и не определяется её стадия.

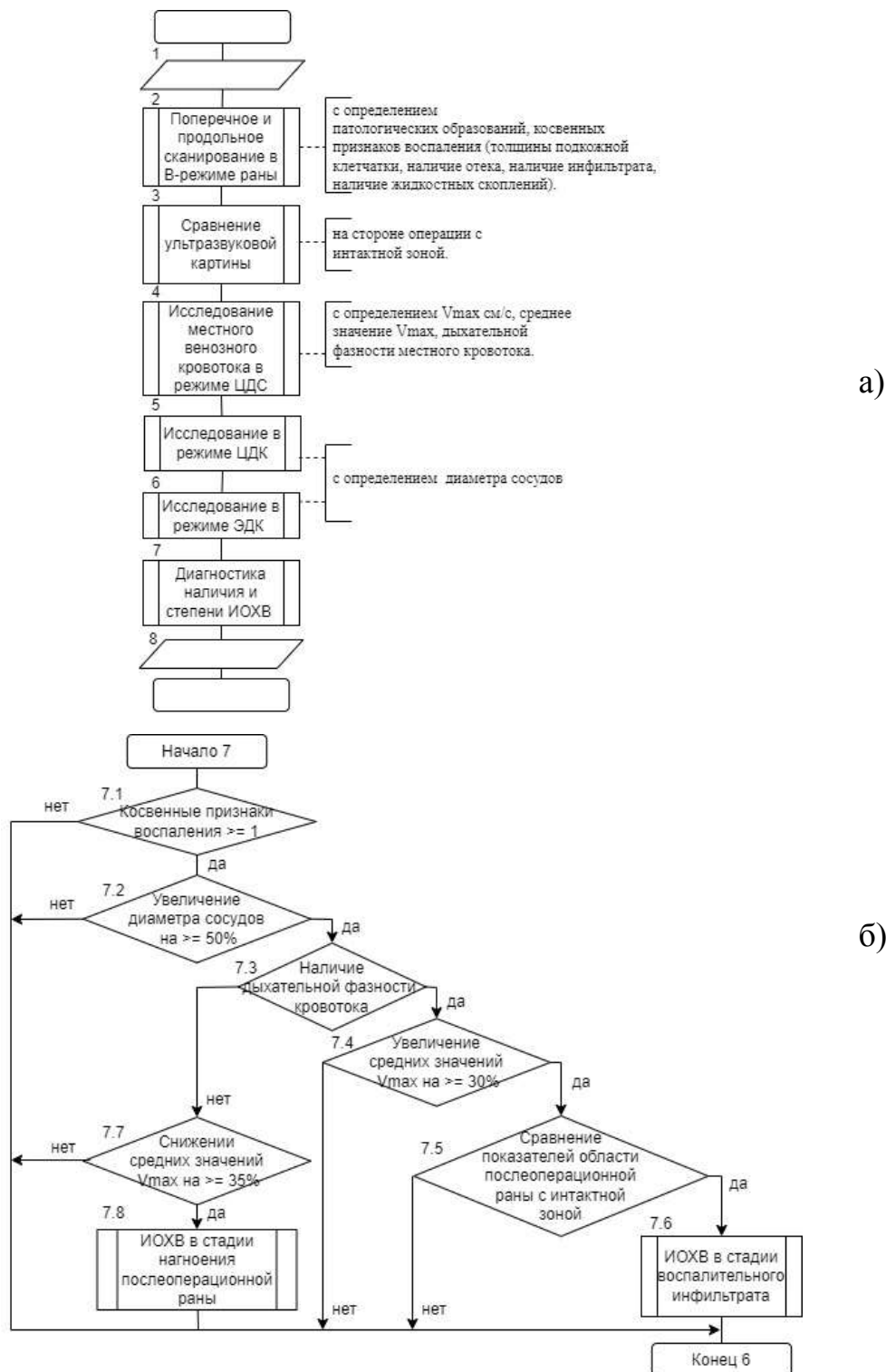


Рисунок 3 – Алгоритмы согласно патенту [6]: вызывающий (а) и частный (б) – сравнения показателей области послеоперационной раны с интактной зоной (блок 7 на рисунке «а»)

Алгоритм однозначно отражает суть патента [6], позволяя диагностировать степень ИОХВ в зоне брюшной стенки на основе исследований на 1-3 и 5-7 сутки (при необходимости и в более поздние), но не в более ранние сроки и без прогнозирования ИОХВ до операции.

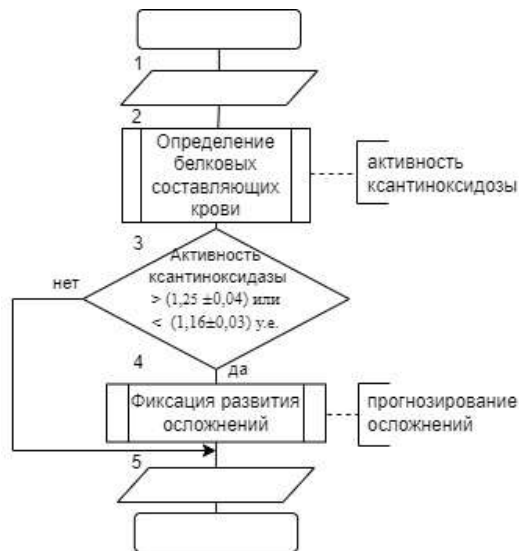
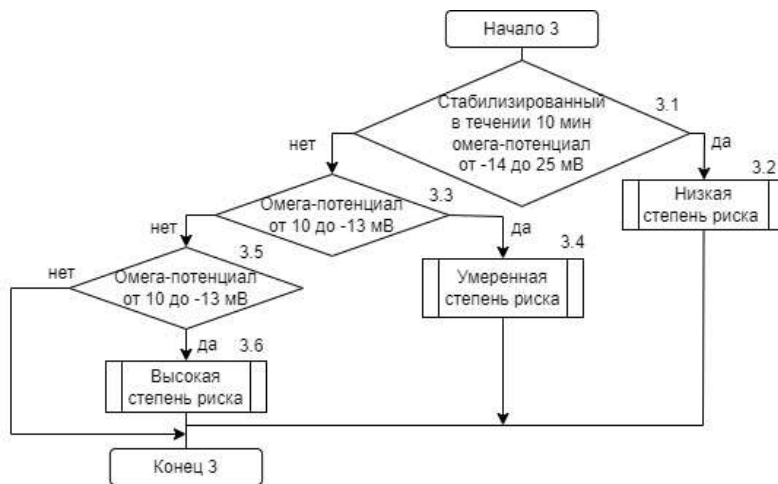


Рисунок 4 – Алгоритм согласно патенту [7]



а)



б)

Рисунок 5 – Алгоритмы согласно патенту [8]: вызывающий (а) и частный (б) – прогнозирования риска развития осложнений (блок 3 на рисунке «а»)

Если патент [7] позволяет прогнозировать развитие послеоперационных осложнений на основе исследований крови на 5-7 сутки после операции, то патент [8] – прогнозировать риск развития воспалительных и гнойно-септических послеоперационных осложнений

через 4-6 ч после операции. Однако оба варианта не содержат определения вида и стадии ИОХВ у пациентов.

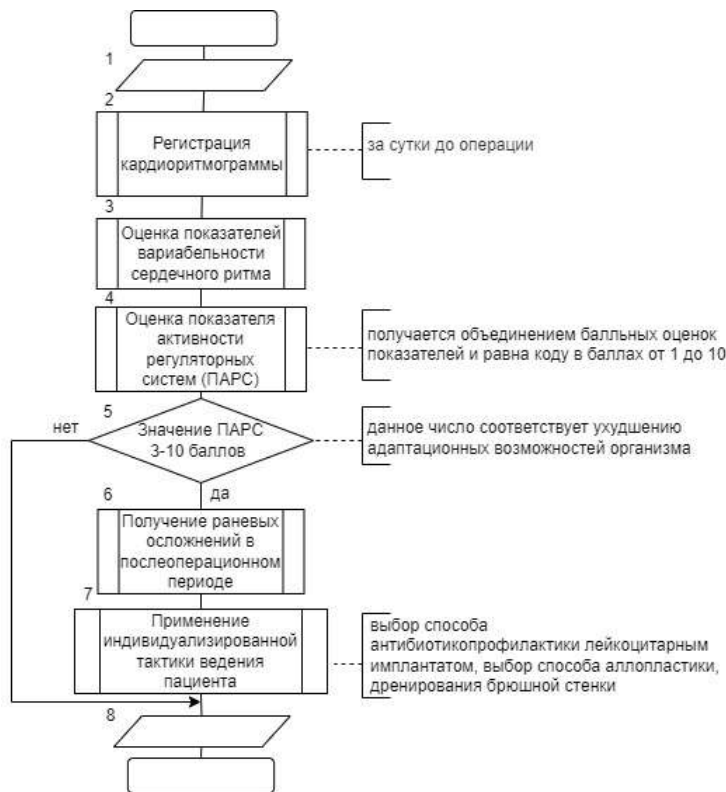




Рисунок 6 – Алгоритмы согласно патенту [9]: вызывающий (а), частный (б) – регистрации кардиоритмограммы (действие 2 на рисунке «а») и частный (в) – оценки показателей variability сердечного ритма (действие 3 на рисунке «а»)

По патенту [9] за сутки до операции проводят предоперационную диагностику пациента, что позволяет прогнозировать послеоперационные осложнения после протезирующей герниопластики по поводу послеоперационных грыж, но алгоритм не предусматривает диагностики.

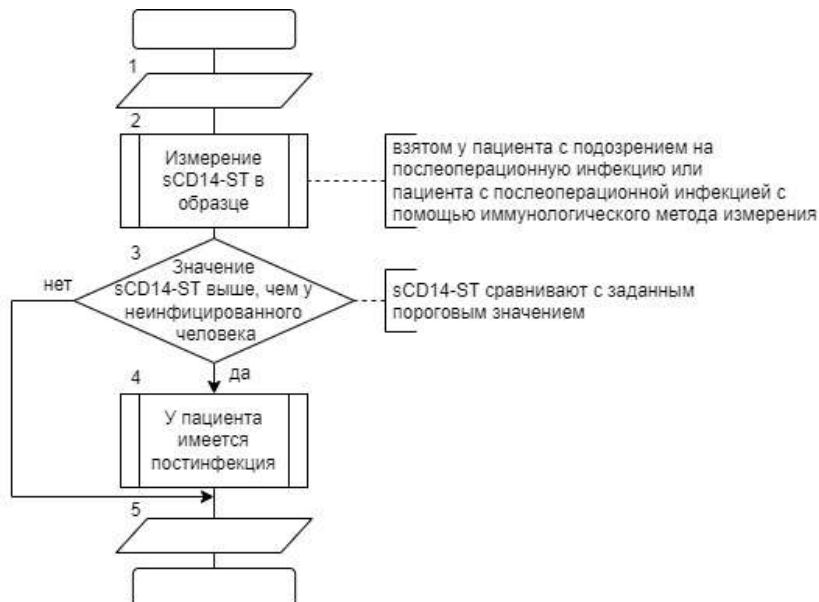


Рисунок 7 – Алгоритм согласно патенту [10]

Этот патент позволяет выявить послеоперационную инфекции в образце.

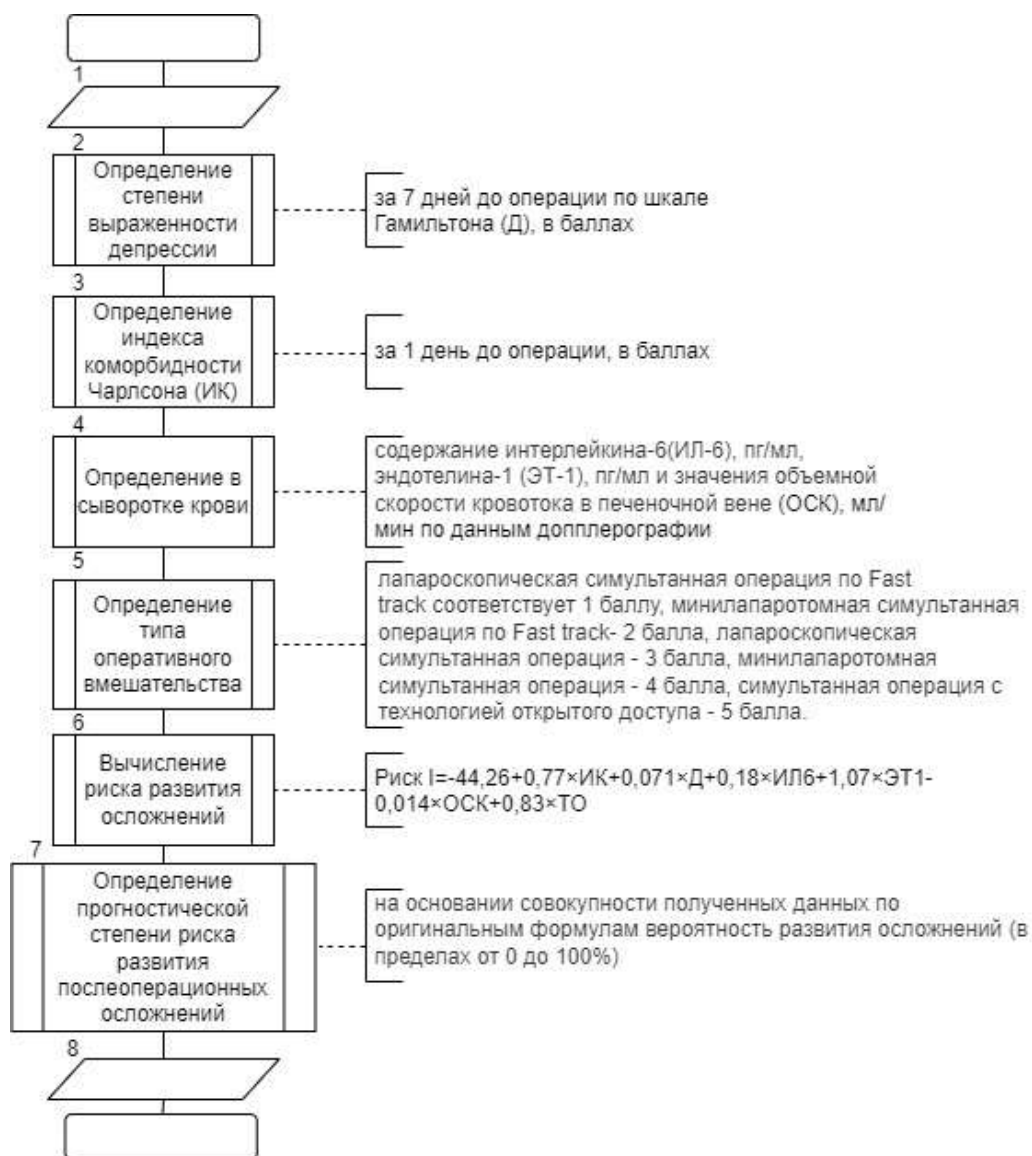


Рисунок 8 – Алгоритм согласно патенту [11]

С его помощью можно прогнозировать развитие ранних послеоперационных осложнений при сочетанной хирургической патологии. Исследования проводят за 7 дней и за 1 день до операции, что позволяет определить степень риска развития осложнений.

3. Оценка патентов по алгоритмам

Оценку патентов [5-11] (таблица 2) провели с учетом следующих критериев по вербальной семантике: 1) близость рассматриваемых побочных явлений к ИОХВ; 2) присутствие функции прогнозирования; 3) присутствие функции диагностики; и по семантике языка блок-схем: 4) однозначность/рациональность алгоритма.

Таблица 2

Оценка аналогов по критериям (1- 4)

| Суть способа | Названия патентов | Источники информац ии | Частные оценки по критериям | | | | Общая оценк а |
|---------------------|--|-----------------------------|--------------------------------|----|----|----|---------------------|
| | | | 1) | 2) | 3) | 4) | |
| диагностик а | ИОХВ после операций, выполненных по поводу острой хирургической патологии | [5] | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | ИОХВ с помощью ультразвукового исследования | [6] | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| | послеоперационных осложнений у пациентов после протезирующей герниопластики по поводу послеоперационных грыж | [9] | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | послеоперационных осложнений | [10] | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| прогнозиро вание | развития послеоперационных осложнений | [7] | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | послеоперационных осложнений | [8] | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| | развития ранних послеоперационных осложнений при симультанных операциях по поводу сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости | [11] | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

Кроме того, эти алгоритмы однозначно отражают последовательность всех процедур/действий.

По результатам таблицы 2 составлен компилятивный прототип (рисунок 9) из аналогов [5, 7, 8, 10] с одинаковой максимальной общей оценкой - 3.



Рисунок 9 – Компилятивный прототип с гипотезами о развитии (штриховка, уголки)

Основная критика компилятивного прототипа – несовершенство постоперационного мониторинга за раной (в блоке 9) и негибкость протокола (комментарий к блоку 7).

4. Гипотезы о пользе предложенного анализа патентов для развития информационно-интеллектуальной поддержки решений хирурга

На основе критики компилятивного прототипа сформулированы частные гипотезы о развитии:

– блок послеоперационного мониторинга (наблюдения) в отделении реанимации целесообразно дополнить компьютеризированными устройствами слежения за влажностью и/или цветностью микроколичеств выделений из раны;

– блоки прогнозирования ИОХВ, формирования решений, а также уточнений, корректировки и оценки решения, частично компьютеризированные ранее, полезно дополнить интеллектуальными подсказками на основе средства типа Open AI, GPT и специальным тренажером.

Старшая гипотеза (не показанная на рисунке 9) может быть связана с желательностью введения самоорганизующегося (синергетического) управления персоналом реанимационного отделения для минимизации влияния человеческого фактора.

Заключение

Результаты:

– поставлена задача развития методики анализа патентов за счет логики движения от исходных текстовых описаний через таблицы к графическим алгоритмам;

– по ключевым словам для поиска из 450 ответов выделено 7 патентов – претендентов на перевод из аналогов в прототипы;

– дан шаблон таблицы для фиксации значимых элементов патентного описания и предложена системно-структурная модель средства анализа этих элементов;

– предложены 4 критерия оценки алгоритмов, построенных по вербальным патентным описаниям;

– проведена оценка всех 7 отобранных патентов, как частных прототипов, по лучшим из них составлен компилятивный прототип, дана его критика и намечены точки развития;

– представлены гипотезы о развитии.

Вывод: создан метод анализа частных патентов (в исходном вербальном описании) для дальнейшего составления компилятивного прототипа на языке блок-схем и его развития с целью повышения эффективности диагностики, прогнозирования и парирования возможных инфекций области хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Степин А.В. Инфекция в области хирургического вмешательства в кардиохирургии: монография / изд. Ламберт, 2022.

2. Бокерия Л.А. Инфекция в кардиохирургии, Л.А. Бокерия, Н.В. Белобородова. Инфекция в кардиохирургии, -М: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2007.

3. Клейменова Е.Б. Алгоритмы выявления и анализа внутрибольничных осложнений: учебно-методическое пособие / Е.Б. Клейменова, Л.П. Яшина, – М., 2021 (дата обращения: 19.10.2022).

4. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства: клинические рекомендации / НП «НАСКИ», 2018 (дата обращения: 19.10.2022).

5. Блинова Н.П. Способ диагностики инфекций области хирургического вмешательства после операции, выполненных по поводу острой хирургической патологии: патент на изобретение [Электронный ресурс]/Н. П. Блинова [и др.].

– URL: <https://patenton.ru/patent/RU2631413C1> (дата обращения: 29.09.2022).

6. Килин А.И. Способ диагностики инфекции области хирургического вмешательства с помощью ультразвукового исследования: патент на изобретение [Электронный ресурс] / А. И. Килин [и др.].

– URL: <https://patents.google.com/patent/RU2511459C1/ru> (дата обращения: 29.09.2022).

7. Арсютов В.П. Способ прогнозирования развития послеоперационных осложнений: патент на изобретение [Электронный ресурс] / В. П. Арсютов [и др.]. – URL: https://yandex.ru/patents/doc/RU2222014C1_20040120 (дата обращения: 29.09.2022).

8. Заболотских И.Б. Способ прогнозирования послеоперационных осложнений: патент на изобретение [Электронный ресурс] / И. Б. Заболотских [и др.]. – URL: https://yandex.ru/patents/doc/RU2149580C1_20000527 (дата обращения: 29.09.2022).

9. Кузнецов А.В. Способ функциональной предоперационной диагностики послеоперационных осложнений у пациентов после протезирующей герниопластики по поводу послеоперационных грыж: патент на изобретение [Электронный ресурс] / А. В. Кузнецов [и др.].

– URL: <https://patents.google.com/patent/RU2491885C1/ru?q=%D0%> (дата обращения: 01.11.2022).

10. Гербали О.Ю. Способ прогнозирования развития ранних послеоперационных осложнений при симультанных операциях по поводу сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости: патент на изобретение [Электронный ресурс] / О. Ю. Гербали [и др.].

– URL: <https://patenton.ru/patent/RU2679558C1> (дата обращения: 01.11.2022).

11. Шигехо Э. Method for diagnosing post-operative infection: патент на изобретение [Электронный ресурс] / Э. Шигехо [и др.].

– URL: <https://patents.google.com/patent/WO2013024798A1/en> (дата обращения: 01.11.2022).

О ЗНАЧИМОСТИ СВОЙСТВ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

С.Л. Гольдштейн¹, Е.М. Грицюк²

¹ФГАОУ ВО УрФУ, г. Екатеринбург, РФ

²ГАУЗ СО ЦГКБ №24, г. Екатеринбург, РФ

Аннотация. Поставлена и решена задача выделения и упорядочивания свойств системы управления деятельностью специалиста медицинского учреждения с использованием графического, кортежного и логического формализмов. Рассмотрен пример анализа одного из значимых свойств, а именно, тройной распределенности управления: по удаленности от специалиста, рангу в иерархии и распараллеливанию.

Ключевые слова: медицинское учреждение, деятельность специалиста, управление, свойства систем управления, распределенность управления, параллельное управление.

ON THE SIGNIFICANCE OF THE PROPERTIES OF THE CONTROL SYSTEM ACTIVITIES OF A SPECIALIST OF A MEDICAL INSTITUTION

S.L. Goldstein¹, E.M. Gritsyuk²

¹FSAEI HE UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

² SAIH SR Central City Clinical Hospital No. 24, Yekaterinburg, Russian
Federation

Annotation. The problem of identifying and ordering the properties of the systems of managing the activities of a specialist in a medical institution was posed and solved using graphical, tuple and logical formalisms. An example of the analysis of one of the properties, namely, the triple distribution of control: by rank of management and parallelism and distance from a specialist, is considered.

Key words: medical institution, activity of a specialist, management, properties of the management systems, distribution of management, parallel management.

Введение

Управление деятельностью практически любого специалиста, в том числе, специалиста медицинского учреждения (МУ), в значительной степени определяет его

продуктивность. Поэтому актуальна задача выделения и упорядочивания многообразных известных свойств систем управления, по которым можно судить о состоянии и направлениях совершенствования менеджмента с учетом специфики. При этом очевидно, что значимость этих свойств зависит как от объекта приложения управления, которые весьма разнотипны, так и от методологии анализа. Тема актуальна, но системно рассмотрена недостаточно. В статье поставлена и решена задача применения известных формализмов для описания свойств (в т.ч. значимости) системы управления деятельностью специалиста медицинского учреждения.

В качестве экспериментальной информации о свойствах системы управления использован опыт совместной деятельности эпидемиологического отдела МУ, с одной стороны, и IT-специалиста, поддерживающего работу отдела в части адаптации и совершенствования специализированного программного обеспечения, с другой, при кураторстве со стороны системного аналитика [1-5], с третьей. А в качестве методологии опирались (помимо теории управления) на системную интеграцию [6-9] и соответствующие формализмы: графические, кортежные, логические и математические. Более подробно рассмотрено весьма значимое свойство – распределенность в части распараллеленности управления и релевантные ей ситуации в МУ.

1. Исходная информация и примеры формализованных средств представления терминологии о свойствах систем управления

Информационный поиск дал довольно большой список источников с перечнями и толкованиями свойств систем управления, см., например, [10-14]. При этом выделяют порядка трех десятков свойств. Наше представление их в формализованном графическом виде, во-первых, как онтологической иерархии понятий, приведено на рис.1.

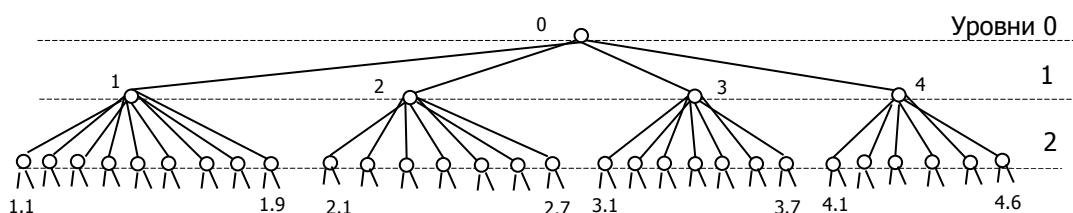


Рис.1 Пример графического формализма с иерархическими (вертикальными) связями - фрагмент онтологии к термину «Классы свойств систем управления» (0)

(свойства по классам: 1 – системные, 2 – структурные, 3 – функционально-технологические, 4 – временные; свойства; 1.1 – значимость, 1.2 – эмерджентность, 1.3 – адаптируемость, 1.4 – постоянство, 1.5 – мультипликативность, 1.6 – синергетичность, 1.7 – сложность, 1.8 – развиваемость, 1.9 – идентифицируемость; 2.1 – организованность, 2.2 – множественность, 2.3 – комплексность, 2.4 – обособленность, 2.5 – устойчивость, 2.6 – структурность, 2.7 – распределенность; 3.1 – управляемость, 3.2 – достижимость, 3.3 – надежность, 3.4 – гибкость, 3.5 – вид (программное, ситуационное, адаптивное, семиотическое, рефлексивное и др.), 3.6 – оптимальность, 3.7 – чувствительность, 4.1 – непрерывность, 4.2 – дискретность, 4.3 – оперативность, 4.4 – последовательность, 4.5 – цикличность, 4.6 – наблюдаемость)

Про каждое из этих и других свойств есть информация в интернете и литературе.

Так, например, для свойства 1.1 – значимость (3) можно дать общее представление в виде кортежей:

$$3 = \langle Z_1, Z_2; R \rangle, \quad (1)$$

где значимости: Z_1 – по смыслу, Z_2 – по виду,

$$Z_1 = \langle AB, AK, IN, OT, PR, \dots PM; R1 \rangle, \quad (2)$$

где AB – авторитетность, AK – актуальность, IN – интерес, OT – ответственность, PR – престиж, PM – преимущество и др.,

$$Z_2 = \langle ЛЧ, СБ, СТ, СМ, ЭС, \dots, ПР; R2 \rangle, \quad (3)$$

где ЛЧ – личная, СБ – субъективная, СТ – статистическая как мера уверенности в неслучайности полученной величины, СМ – символическая, ЭС – эстетическая, ПР – практическая и др., R, R1, R2 – матрицы связи.

Полагая, что свойства управления и определяют его качество, важно каждый раз уточнять задачу, например, используя понятие «Когнитивный маршрут» [15] (рис.2).

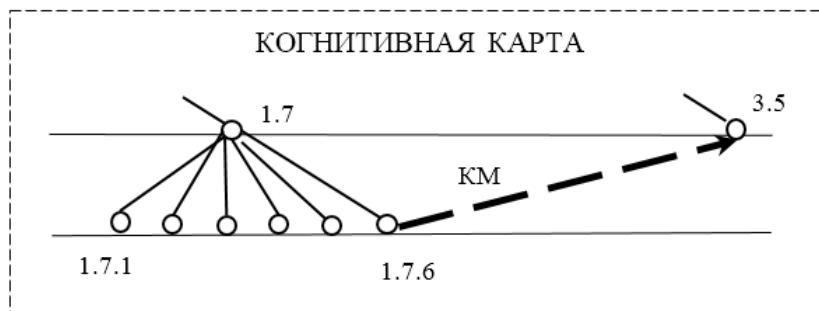


Рис.2 Пример графического формализма с когнитивным маршрутом (КМ - «горизонтальная» связь), выделяющим задачу типа $y=f(x)$, где x – сложность выбора (1.7.6), y - вид управления (3.5); виды сложности: 1.7.1 – структурная, 1.7.2 – физико-химическая, 1.7.3 – алгоритмическая, 1.7.4 – системотехническая, 1.7.5 – кибернетическая.

Во-вторых, графический формализм для визуализации проблемной ситуации с информационным наполнением каждого понятия из рис.1 представлен (до второго уровня) на рис. 3.

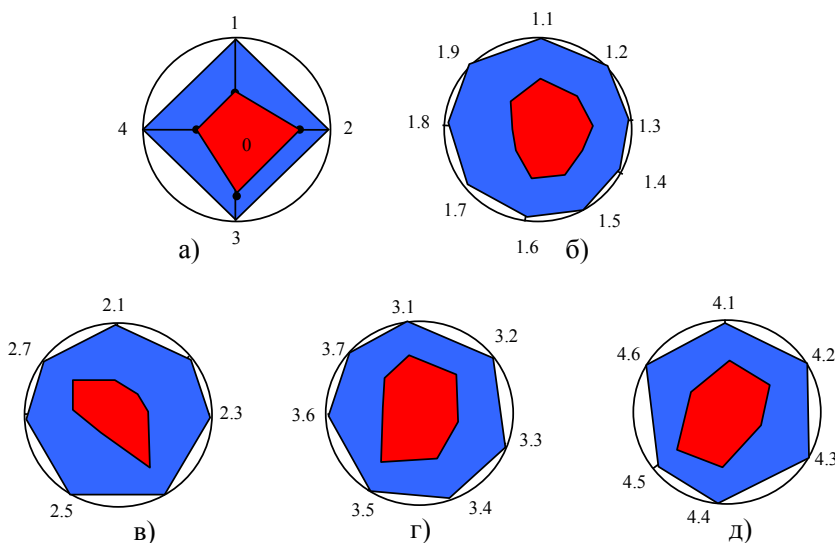


Рис.3 Примеры графического формализма в виде ситуационных диаграмм на основе рис.1 с требуемым (радиус→1) и фактическим ($0 < \text{радиус} < 1$) информационным наполнением

В-третьих, пример системно-структурного формализма на основе рис.1 приведен на рис.4.

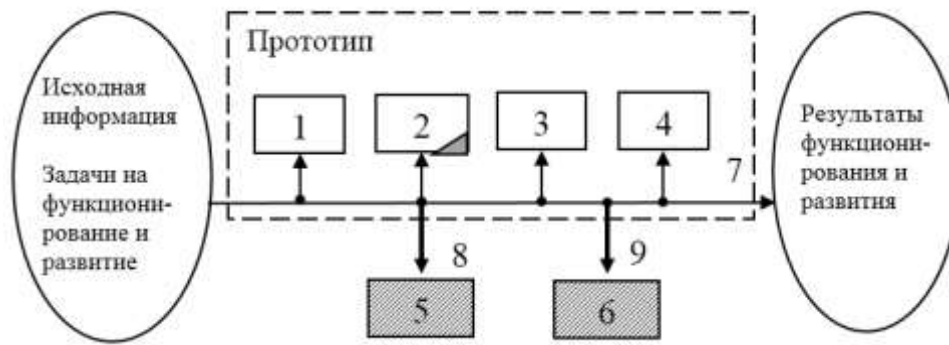


Рис.4 Пример системно-структурной модели механизма работы со свойствами системы управления (блоки работы со свойствами: 1 – системными, 2 – структурными, 3 – функционально-технологическими, 4 – временными, 5 – обобщенными, 6 – дополнительными, 7÷9 – интерфейсы; фиксация планируемой новизны: старшей (штриховка) и младшей (уголок) соответственно)

В-четвертых, пример алгоритмического формализма на основе рис.4 – рис.5.

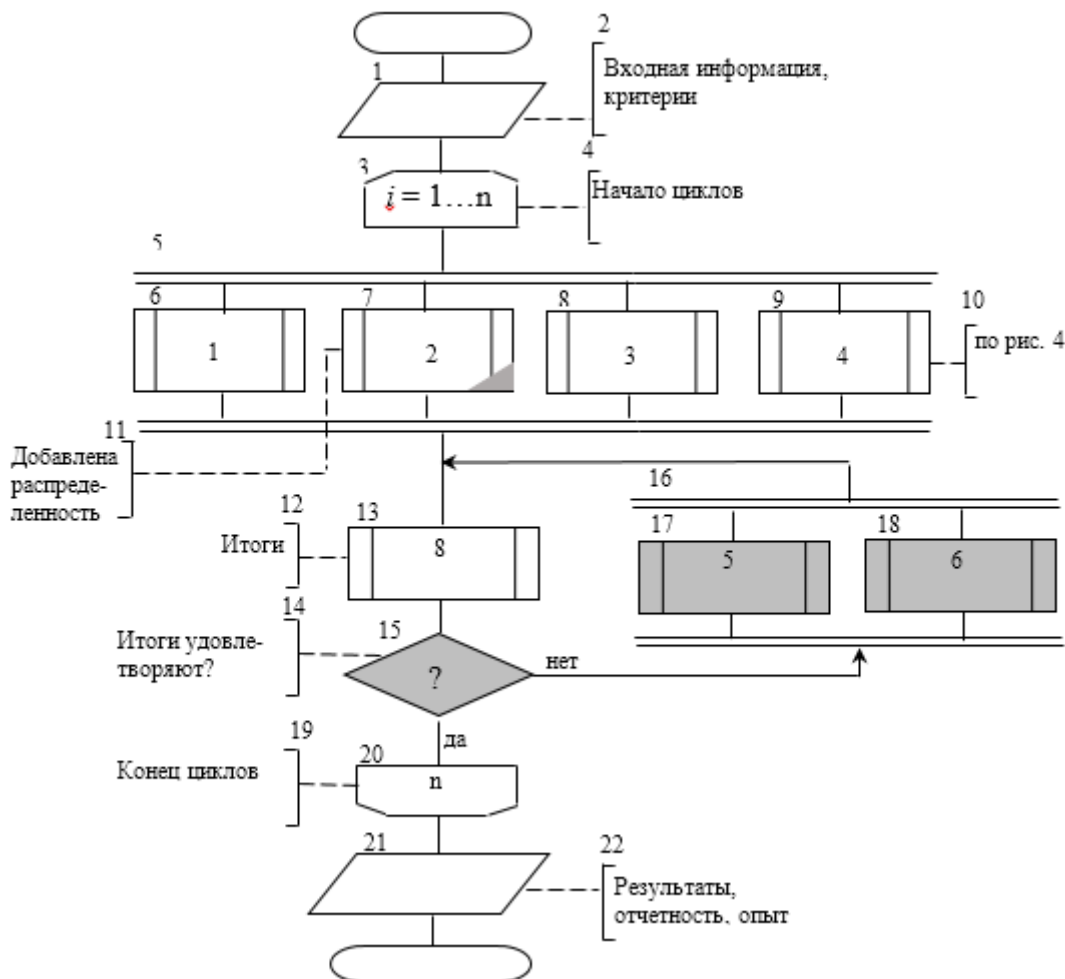


Рис. 5 Пример алгоритмической модели (на языке блок-схем по ГОСТ 19.701) функционирования механизма работы со свойствами системы управления

(действия: 1÷4 – с известными свойствами, 5 – с обобщением известных свойств, 6 – с дополнительными свойствами, 8 – с итогами; штриховка и уголок – как выделение новизны)

Пример же кортежного формализма на основе рис.1 отражают записи:

$$0 = \langle 1, 2, 3, 4; R \rangle, \quad (4)$$

$$1 = \langle 1.1 \div 1.9; R1 \rangle, \quad (4.1)$$

$$2 = \langle 2.1 \div 2.7; R2 \rangle, \quad (4.2)$$

$$3 = \langle 3.1 \div 3.7; R3 \rangle, \quad (4.3)$$

$$4 = \langle 4.1 \div 4.6; R4 \rangle, \quad (4.4)$$

где R_i – матрицы связи,

а пример логического формализма возможен в виде продукционного правила:

$$if COY \leq KC \text{ then } CCY \geq 10 COY \text{ else } CCY \geq 10^2 COY, \quad (5)$$

где оценки: COY – сложности объекта управления, KC – критерия сложности, CCY – сложности системы управления, в соответствие с правилом Эшби [16].

При этом критерий KC в (5) также обладает несколькими свойствами: мощностью, простотой, информированностью результатов, применимостью к разнообъемным выборкам и др.

Кроме того, полезно обратиться к дефинициям термина «Свойства системы управления», поскольку существующие определения этого термина не полны. Когда словарных дефиниций недостаточно, можно использовать формализм концептуальных моделей (КМ) [6] с ответом на 6 вопросов (функция термина, путь ее реализации, структурная основа, направленность, цель и характеристики) по 3 типам (общая, базово-уровневая, модификационная) КМ. Тогда любое свойство системы управления – это особенность, отражающая функцию фиксации внимания субъекта - управленца путем наименования особенности и выделения ее семантической структуры, причем функцию, направленную на однозначную прагматику с целью объективизации и характеризации свойства.

Практически для всех свойств есть количественная мера типа значения, критерия, коэффициента и т.п.

1. О свойстве тройной распределенности управления

Первый наш подход к такой распределенности, как удаленность специалиста от оперативной информации, изложен в [17, 18]. Он начинался с экспериментальных зависимостей типа рис. 6.

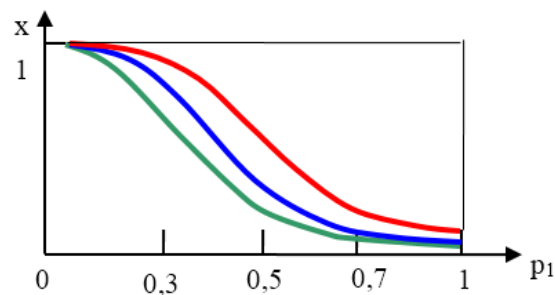


Рис.6 Характер зависимости продуктивности (x) специалиста МУ от распределенности, понимаемой как его удаленность (p_1) от информации: внутри МУ ($0 \div 0,5$), от старших структур системы здравоохранения ($0,5 \div 0,7$) и от внешнего мира ($0,7 \div 1,0$)

При втором подходе было предложено учитывать распределенность не только по горизонтали (p_1), но и по служебной вертикали (p_2) [1], что отражает рис.7.

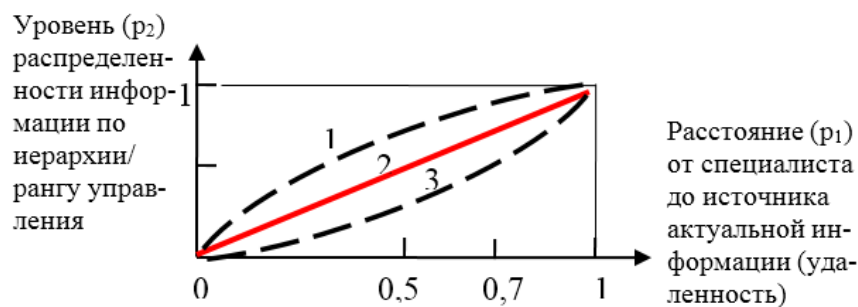


Рис.7 Пример с двумя составляющими распределенности управления $p = [\text{значимость расстояния} * \text{значимость ранга}]$; $p_{12} \geq \sqrt{p_1^2 + p_2^2}$, (1÷3) – варианты зависимости

Как показал эмпирический опыт целесообразно учесть и еще один аспект распределенности - распараллеливание управления, что обозначено в [19, 20] (рис.8б).

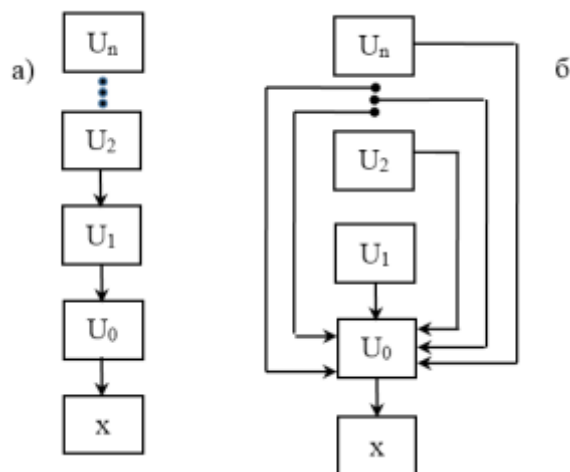


Рис.8 Примеры рангового (а) и параллельного (б) управления работой специалиста МУ над продуктом (х)

(U_0 – самоуправление специалиста при создании продукта х, управления от: U_1 – непосредственного руководителя, U_2 – старшего руководителя, U_n – топ-менеджмента)

Примеры параллельного управления работой ИТ-специалиста в МУ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Ситуации при управлении, релевантные специфике МУ
(объект управления - ИТ-специалист)

| Независимые источники параллельного управления объектом (по служебной иерархии) | Содержание управленческой информации | Специфика ситуаций - помех |
|---|---|---------------------------------------|
| системный аналитик ИТ-отдела | технические замечания по программному продукту | неполнота проектной документации |
| заведующий ИТ-отделом | смысловые замечания по проектной документации, программному продукту, срокам и затратам | противоречия между целями и ресурсами |

| | | |
|---|---|--|
| завы медицинских, организационно-управленческих и вспомогательных служб | пожелания, требования, оценки | несовпадение профессиональных языков |
| комиссии по испытаниям и приемке программного продукта | оценки, замечания, рекомендации | неполнота методик испытаний и приемки |
| представитель патентной службы | замечания по заявкам на изобретения и программы для ЭВМ | недостатки патентной грамотности авторов |
| зав эпидемиологическим отделом | заявки на срочную настройку программного обеспечения под острую эпидситуацию | неопределенность, срочность |
| главный врач | стимулирование и мотивированные за качество программного продукта и процесса его создания | Неоперативность, неадекватность |

С учетом всех трех видов свойства распределенности управления справедлив рис.9.

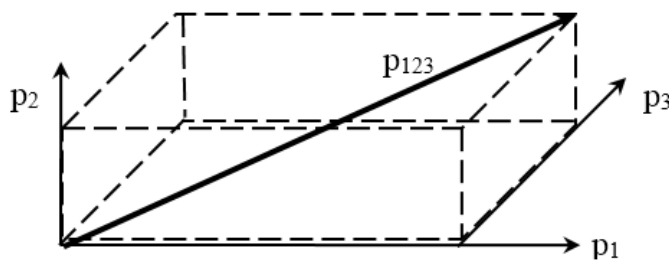


Рис. 9 Пример трех видов распределенности управления

(p_{123} – тройная распределенность, $p_{123} = \sqrt{p_1^2 + p_2^2 + p_3^2}$, p_1 и p_2 – по рис.7, p_3 – параллельная распределенность, все в безразмерных единицах: [б/р * б/р * б/р])

Оценка практической значимости составляющих распределенности системы управления деятельностью специалиста в МУ ситуативна (пример - в таблице 2).

Примерные прагматические оценки значимости
видов распределенности управления в МУ

Таблица 2

| P _i | Оценки: | |
|------------------|---------|---------------|
| | польза | вред / помеха |
| 0 | 1,0 | 0 |
| P ₁ | 0 | 1,0 |
| P ₂ | 0,4 | 0,6 |
| P ₃ | | |
| P ₁₂ | 0,3 | 0,7 |
| P ₁₃ | | |
| P ₂₃ | | |
| P ₁₂₃ | 0,1 | 0,9 |

Очевидно, что эти оценки определяются, в первую очередь, разнообразной спецификой. Так, специфику управления (СУ) деятельностью специалиста (ДС) в МУ можно представить кортежной семеркой:

$$СУ ДС МУ = \langle ЗИУ, ЗТР, ЗВС, ЗЦД, ЗСМ, ЗКК, ЗДС; R_2 \rangle, \quad (6)$$

где З – значимость: ИУ – иерархии управления, ТР – тройной распределенности, ВС – взаимозависимости сотрудников, ЦД – цифровизации деятельности, СМ – стимулирования и мотивирования, КК – корпоративной культуры, ДС – доверительности и своевременности предоставления информации.

Заключение

Результаты:

1. Поставлена задача выделения и упорядочивания свойств управления деятельностью специалиста медицинского учреждения с анализом одного из свойств – распаралленности управления;
2. Представлены:

- онтология базовых понятий о классах свойств (с выделением свойства значимости) в виде иерархии понятий, основанной на системной методологии, с примером когнитивного маршрута;
 - пример использования формализма ситуационных диаграмм для отражения связи требуемых и фактических значений элементов онтологии;
 - структурный, алгоритмический, кортежный и логический формализмы представления свойств системы управления;
3. Предложено учитывать тройную распределенность управления;
 4. Рассмотрены ситуации, релевантные специфике МУ, и приведены примерные прагматические оценки значимости видов распределенного управления в МУ;
 5. Специфика управления деятельностью специалиста МУ представлена кортежем из семи элементов с комментариями.

Вывод - предложенный подход к анализу значимости управления может быть полезным для совершенствования существующих в МУ систем управления деятельностью специалистов, прежде всего, при их взаимодействии с информационно-аналитическим отделом.

Рекомендация - целесообразно довести результаты до пакета алгоритмов и программного обеспечения в виде компьютерного тренажера.

Список литературы

1. Гольдштейн С.Л. О задаче распределенного многоуровневого управления разнородной деятельностью IT-специалиста / С.Л. Гольдштейн, О.Г. Донцов // Информационные системы и технологии, №5, 2022, с. 63-72.
2. Донцов О.Г. О развитии модели механизма управления деятельностью IT-специалиста медицинского учреждения / О.Г. Донцов, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Е.А.Дугина // Экономика и менеджмент систем управления, №4, 2018, с. 331-338.
3. Донцов О.Г. Механизм управления деятельностью IT-специалиста медицинского учреждения: модели и их развитие / О.Г. Донцов, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Е.А.Дугина // Системная интеграция в здравоохранении, №4, 2018, с. 5-15.
4. Боброва Е.Г. Проблематика развития моделей механизма цифрового управления персоналом в медицинском учреждении третьего уровня / Е.Г. Боброва, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, О.Г. Донцов, Е.А. Дугина, там же, №2, 2018, с. 5-15.
5. Гольдштейн С.Л. О системе управления персоналом клинического медицинского учреждения: иерархия понятий «корпоративные культура и идеология», С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк и др., там же, №1, 2019, с. 13-20.
6. Гольдштейн С.Л. Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера. – Екатеринбург: Пироговъ, 2006, - 392 с.
7. Рыбинцев В.О. Системная интеграция: экономия средств или дополнительные затраты // Вычислительные сети, теория и практика, №2, 2013.
8. Рыбинцев В.О. Системная интеграция – это просто! // там же, №2, 2012.

9. Рыбинцев В.О. Системная интеграция: искусство или ремесло // там же, №1, 2013.
10. Свойства систем управления организации
studbooks.net/1397270/menedzment/svoystva_upravleniya_organnizatsii
11. Специфические свойства систем управления
1 studme.org/34223/menedzment/spetsificheskie_svoystva_sistem_upravleniya
12. Семенов А.К. Теория менеджмента / А.К. Семенов, В.И. Набоков, - М: «Дашков и К°», 2012, - 492 с.
13. Классики менеджмента / Под ред. М. Уорнера, - СПб: Интер, 2001, - 1168 с.
14. Справочник по теории автоматизированного управления / под ред. А.А. Красовского, - М: Наука, гл. ред. физ. мат. лит., 1987, - 712 с.
15. Максимов В.И. Когнитивные технологии для поддержки принятия управленческих решений / В.И. Максимов, Е.К. Корноушенко, С.В. Качаев.
emag.iis.ru/infosoc/emag.nsf/BRA/092aa276c601a997c32568c0003ab839
16. Эшби У.Р. Введение в кибернетику, -М: URSS, 2019, - 432 с.
17. Устойчивость, стимулируемость и рапределенность многоуровневого управления: постановка задачи / С.С.Печеркин, С.Л. Гольдштейн и др. // Сб. «Интеллектуальные информационные технологии в управленческой деятельности». – Екатеринбург: ИПК УГТУ-УПИ, 2001, с. 244-252.
18. Блохина С.И. Многоуровневое управление в научно-практическом медицинском учреждении / С.И.Блохина, С.С.Печеркин и др., там же, с. 274-281.
19. Евреинов Э.В. Распределенная обработка информации и распределенные вычислительные системы. – М: Знание, 1983, 64 с.
20. Системы параллельной обработки /Под ред. Д.Ивенса; пер. с англ., -М.: Мир, 1985, - 416 с.

©Гумерова А. Ф.

ИССЛЕДОВАНИЕ НИШИ ИТ-РЫНКА В ОБЛАСТИ КОНТРОЛЯ ЗА РАЦИОНОМ И СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ

Гумерова А. Ф.¹, Каримова О.Х.¹

¹ФГАОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

Резюме. В статье приведены результаты и выводы по второй части продуктового исследования в области спортивного питания и индивидуальных рационов спортсменов. Второй блок исследования посвящен анализу ИТ-продуктов для контроля за рационом и созданию оригинальной концепции решения корневой проблемы первой части продуктового исследования.

Ключевые слова: продуктивное исследование, анализ рынка, сравнение аналогов, выбор прототипов, SWOT-анализ.

RESEARCH OF THE IT-MARKET NICHE IN THE FIELD OF DIET CONTROL AND SPORTS NUTRITION

Gumerova A.F.¹, Karimova O.K.¹.

¹Urals Federal University, Ekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the results and conclusions on the second part of the food research in the field of sports nutrition and individual diets of athletes. The second block of the study is devoted to the analysis of IT products for diet control and the creation of an original concept for solving the root problem of the first part of the product study.

Keywords: product research, market analysis, comparison of analogues, selection of prototypes, SWOT analysis.

Введение

В первой части продуктового исследования была сформулирована корневая проблема, из-за которой спортсмены не соблюдают индивидуальные рационы питания. Проблема заключается в том, что для соблюдения прописанной диеты спортсмену необходима обратная связь от наставника, поскольку у него не хватает базовых знаний в нутрициологии. При этом спортивный врач не может в полном объеме выполнять обязанности наставника по питанию из-за большой рабочей нагрузки.

Гипотетически решением проблемы станет информационный продукт, который минимизирует трудозатраты спортивного врача при этом не нанося ущерб сценариям спортсмена.

Ценностное предложение и формирование критериев оценки аналогов разрабатываемого продукта

Для формирования критериев оценки аналогов было составлено ценностное предложения для целевых аудиторий «спортивный врач» и «спортсмен».

Ценностное предложение строилось по принципу: с левой стороны прописывались задачи, боли и выгоды целевой аудитории, с правой стороны — функционал, который закрывает потребности пользователя. Польза от ценностного предложения состоит в том, что:

- на этапе формулирования концепции закладываются возможные направления развития и модернизации продукта;
- функционал продукта проходит проверку на востребованность у целевой аудитории до начала разработки, что экономит как человеческие, так и финансовые ресурсы команды.

На рисунках 1 и 2 приведены ценностные предложения для целевых аудиторий «спортсмен» и «спортивный врач».

ЦЕННОСТНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИИ: СПОРТСМЕН

Задачи

- Вписать приемы пищи в насыщенное расписание дня
- Выбрать блюда на каждый прием пищи
- Рассчитать параметры блюд
- Записать параметры блюд в дневник питания

Боли

- Контроль веса
- Контроль физических показателей
- Не умеет готовить
- Часто питается вне дома готовыми продуктами

Выгоды

- Напоминание в календаре
- Помощь в выборе блюд
- Список продуктов на день или неделю

Продукты и сервисы

- Расписание дня с контролем промежутков времени между приемами пищи и другими активностями
- База данных блюд, которые разделены на категории: гарниры, супы, мясо, рыба и т.п.
- Калориметр, который рассчитывает обязательные КБЖУ и дополнительные параметры по выбору врача
- Дневник питания, который сохраняет историю и статистику пользователя по продуктам

Болеутолители

- Отметка по динамике изменения веса
- Дневник самочувствия в формате разговора
- База данных пошаговых рецептов
- Поиск по штрихкоду блюда в базе данных, по названию или фото

Выгодогенераторы

- Настройка напоминаний о тренировках, о необходимости что-то приготовить
- Конструктор рациона
- Контроль сочетаемости продуктов
- Маркировка полезных продуктов
- Вывод в топ-рекомендаций сезонных продуктов
- План питания на день или неделю

Рисунок 1 – Ценностное предложение для целевой аудитории «спортсмен»

ЦЕННОСТНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИИ: СПОРТИВНЫЙ ВРАЧ

Задачи

- Собрать анамнез спортсмена
- Записать индивидуальные данные спортсмена
- Выбрать параметры питания для отслеживания
- Расчитать норму выбранных параметров
- Распределить рассчитанное количество пищевых веществ между приемами пищи
- Определить список рекомендованных продуктов на основе результатов анализов

Боли

- Неполная картина по пищевым непереносимостям

Выгоды

- Напоминать спортсмену об обязательных мероприятиях
- Получать информацию о реакциях организма спортсмена на лечение
- Выявление анорексии на ранних стадиях

Продукты и сервисы

- Электронная анкета для сбора анамнеза перед приемом
- Ввод и сохранения антропометрических данных спортсмена
- База данных параметров питания с нормами для разных видов спорта
- Калькулятор расчета индивидуального рациона
- Конструктор плана питания
- Ввод и сохранение результатов анализов
- База данных продуктов, на основе которой составляются рекомендации

Болеутолители

- Обратная связь от пациента через дневник самочувствия

Выгодогенераторы

- Календари обязательных мероприятий
- Отчетность по динамике изменения веса
- Отслеживание скорости потери веса и отношения к еде у спортсмена

Рисунок 2 – Ценностное предложение для целевой аудитории «спортивный врач»

На основе ценностного предложения для каждой целевой аудитории был сформирован список функционала, который продукт готов предоставить пользователю. Для более удобного сравнения функционала аналогов список был разбит на подсистемы-критерии. Для целевой аудитории «спортивный врач» получилось 5 подсистем:

а) сбора анамнеза;

- 1) электронная анкета, значимость критерия 0,3;
- 2) электронная медицинская карта, значимость критерия 0,3;
- 3) ввод антропометрических данных, значимость критерия 0,4;

б) расчета индивидуального рациона;

- 1) БД норм для спортсменов, значимость критерия 0,25;
- 2) расчет КБЖУ, значимость критерия 0,25;
- 3) план приемов пищи на основании расписания, значимость критерия 0,25;
- 4) расчет микронутриентов, значимость критерия 0,25;

в) анализа биомаркеров;

- 1) ввод результатов анализов, значимость критерия 0,2;
- 2) контроль дефицитов, значимость критерия 0,4;
- 3) контроль биомаркеров RED-S, значимость критерия 0,4;

г) продуктовых рекомендаций;

- 1) БД продуктов, значимость критерия 0,25;
- 2) генерация рекомендаций на базе анамнеза и анализов, значимость критерия 0,25;

3) рекомендации по основам питания, значимость критерия 0,25;

4) общие рекомендации, значимость критерия 0,25

д) обратной связи.

1) контроль за динамикой веса, значимость критерия 0,5;

2) опросник пациента, значимость критерия 0,5.

Для целевой аудитории «спортсмен» — 3 подсистемы:

а) выбора блюд;

1) БД блюд, значимость критерия 0,3;

2) БД рецептов, значимость критерия 0,4;

3) поиск по штрихкоду/названию, значимость критерия 0,5;

б) контроля рациона;

1) калориметр, значимость критерия 0,1;

2) трекер воды, значимость критерия 0,1;

3) список рекомендованных продуктов на основе биомаркеров, значимость критерия 0,4;

4) контроль сочетаемости продуктов, значимость критерия 0,1;

5) вывод в топ-рекомендаций сезонных продуктов, значимость критерия 0,1;

6) планер питания на день/неделю, значимость критерия 0,1;

7) дневник питания, значимость критерия 0,1;

в) обратной связи.

1) заключение о качестве питания, значимость критерия 0,4;

2) отчетность по динамике изменения веса, значимость критерия 0,3;

3) опросник по самочувствию, значимость критерия 0,3.

Важность критериев для решения корневой проблемы оценивалось с помощью метода анализа иерархий. В таблицах с 1 по 2 приведен расчет весовых коэффициентов подсистем-критериев.

Таблица 1
Оценка весов подсистем-критериев для ЦА «спортивный врач»

| | Анамнез | Рацион | Биомаркеры | Рекомендации | ОС | Среднее геом-ое | Вес |
|------------|---------|--------|------------|--------------|------|-----------------|-------------|
| Анамнез | 1,00 | 0,33 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 1,00 | 0,17 |
| Рацион | 3,00 | 1,00 | 3,00 | 3,00 | 5,00 | 2,67 | 0,44 |
| Биомаркеры | 1,00 | 0,33 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 1,00 | 0,17 |

Продолжение таблицы 2

| | Анамнез | Рацион | Биомаркеры | Рекомендации | ОС | Среднее геом-ое | Вес |
|-------------------|---------|--------|------------|--------------|------|--------------------|-------------|
| Рекомен- дации | 1,00 | 0,33 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 1,00 | 0,17 |
| ОС | 0,33 | 0,20 | 0,33 | 0,33 | 1,00 | 0,37 | 0,06 |

Таблица 3

Оценка весов подсистем-критериев для ЦА «спортсмен»

| | Выбор блюд | Контроль рациона | ОС | Среднее геом-кое | Вес |
|------------------|------------|------------------|------|---------------------|-------------|
| Выбор блюд | 1,00 | 0,33 | 0,20 | 0,41 | 0,10 |
| Контроль рациона | 3,00 | 1,00 | 0,33 | 1,00 | 0,26 |
| ОС | 5,00 | 3,00 | 1,00 | 2,47 | 0,64 |

Оценка аналогов разрабатываемого продукта

Исходя из требований к продукту для целевой аудитории «спортивный врач» на ИТ-рынке выделяются 6 продуктов:

- Nutrium, США [1 – 2];
- NutriAdmin, Великобритания [3 – 4];
- TiqDiet, Польша [5 – 6];
- Everyday Studio, Украина [7];
- NutritionMaker [8];
- DietMaster Pro [8].

Аналоги оценивались в три этапа. Первым этапом для продукта составлялась первичная оценка по каждому функционалу в структуре подсистем: если в продукте реализован функционал, характеризующий подсистему, то продукт получал 1 балл, иначе — продукт получал 0 баллов за функционал.

Вторым этапом считалась промежуточная оценка подсистем: оценка продукта по подсистеме считалась, как сумма баллов, полученных за входящий в подсистему функционал и умноженных на соответствующий коэффициент значимости функционала. Коэффициенты значимости функционала определялись «экспертно», т.е. зависят от видения задачи аналитиком.

Третьим этапом считалась итоговая интегральная оценка, которая суммирует промежуточные оценки продукта, умноженные на соответствующие коэффициенты значимости подсистем.

В таблице 4 приведен расчет интегральной оценки продуктов для целевой аудитории «спортивный врач».

Таблица 4
Расчет интегральной оценки аналогов ЦА «спортивный врач»

| | Критерии | | | | | Интегральная оценка |
|-----------------|----------|--------|------------|--------------|------|---------------------|
| | Анамнез | Рацион | Биомаркеры | Рекомендации | ОС | |
| Вес критерия | 0,17 | 0,44 | 0,17 | 0,17 | 0,06 | |
| Аналоги | | | | | | |
| Nutrium | 0,40 | 0,50 | 0,00 | 0,75 | 0,50 | 0,44 |
| NutriAdmin | 0,60 | 0,50 | 0,00 | 0,25 | 0,50 | 0,39 |
| Everyday Studio | 0,70 | 0,25 | 0,20 | 0,25 | 0,00 | 0,30 |
| NutritionMaker | 0,30 | 0,25 | 0,00 | 0,25 | 0,00 | 0,20 |
| DietMaster Pro | 0,40 | 0,00 | 0,00 | 0,25 | 0,50 | 0,14 |
| TiqDiet | 0,30 | 0,00 | 0,00 | 0,50 | 0,00 | 0,13 |

Для разрабатываемого продукта целевой аудитории «спортсмен» на рынке можно выделить 3 продукта и 1 патент:

- FatSecret [9];
- LifeSum [10];
- Fitness Meal Planer [11];
- способ и система отслеживания рациона и формирования заключения о качестве питания и/или индивидуальных рекомендаций [12], далее патент;

Оценка аналогов для целевой аудитории спортсмен проводилась аналогично оценке аналогов для целевой аудитории спортивный врач. Расчет интегральной оценки продуктов-конкурентов для целевой аудитории спортсмен приведен в таблице 5.

Таблица 5
Расчет интегральной оценки аналогов ЦА «спортсмен»

| | Критерии | | | Интегральная оценка |
|---------------------|------------|------------------|------|---------------------|
| | Выбор блюд | Контроль рациона | ОС | |
| Вес критерия | 0,10 | 0,40 | 0,40 | |
| Аналоги | | | | |
| Патент | 0,70 | 0,40 | 0,40 | 0,43 |
| FatSecret | 1,00 | 0,30 | 0,30 | 0,37 |
| LifeSum | 1,00 | 0,20 | 0,00 | 0,16 |
| Fitness Meal Planer | 0,70 | 0,20 | 0,00 | 0,12 |

Качественный анализ аналогов с наибольшей интегральной оценкой методом SWOT

Наибольшая интегральная оценка среди аналогов для целевой аудитории спортивный врач у Nutrium. К сильным сторонам Nutrium можно отнести:

- сбор анамнеза пациента через анкетирование;

- ведение электронных медицинских карт;
- расчет микронутриентов;
- постоянная связь с пациентом.

К слабым сторонам:

- у пациентов нет возможности планировать рацион самостоятельно;
- требует больших затрат времени врача;
- нет возможности на ранних этапах диагностировать анорексию;
- нет корректировки рациона на спортсменов;
- полная зависимость пациента от врача;
- ориентация на количество калорий, а не на сбалансированность микро и макронутриентов.

Среди угроз можно выделить ограничение законодательства РФ в сфере телемедицины и узкую целевую аудиторию, в которую входят только диетологи. Исходя из угроз возможности таких продуктов как Nutrium связаны с адаптацией под российские законы.

Наибольшую интегральную оценку среди аналогов для целевой аудитории «спортсмен» набрали патент и мобильное приложение FatSecret. Оценивать патент методом SWOT-анализа не имеет смысла, поскольку функционал патента покрывает узкий пользовательский сценарий и носит больше научную, чем продуктовую природу.

К сильным сторонам мобильного приложения FatSecret можно отнести пополняемую базу данных готовых блюд и пользовательский функционал для работы с этой базой.

К слабым сторонам — приложение рассчитано на пользователей с малой или средней физической активностью, что для спортсменов чревато развитием энергодифицита и резкой потерей веса.

К угрозам можно отнести перенасыщенность рынка мобильных приложений однотипными счетчиками калорий и трекерами активности. Без явных преимуществ приложение может затеряться на фоне остальных.

Исходя из угроз возможностями для FatSecret станет расширение целевой аудитории для спортсменов и людей, которые зависят от питания. Новой целевой аудиторией могут стать люди с такими заболеваниями как синдром Жильбера, разного рода непереносимости, язва желудка и другие болезни, которые требуют соблюдения диеты.

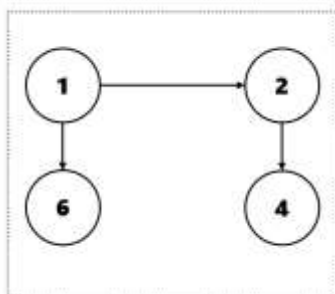
Концепция разрабатываемого продукта

На рисунке 3 представлена схематичное изображение системы компилятивных прототипов. В компилятивные прототипы вошли аналоги с наибольшей интегральной оценкой.

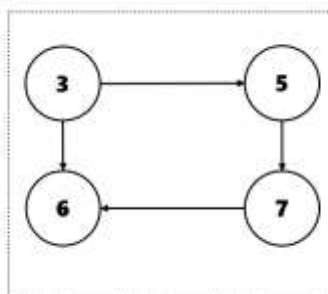
Анализ систем компилятивных прототипов

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Система сбора анамнеза | 2. Система расчета индивидуального рациона |
| 3*. Система анализа биомаркеров | 4. Система продуктовых рекомендаций |
| 5. Система выбора блюд | 6. Система обратной связи |
| 7*. Система подсчета норм питания | |

Прототип для ЦА «врач»



Прототип для ЦА «спортсмен»



* Система контроля за рационом была разделена на систему анализа биомаркеров и систему подсчета норм питания

Рисунок 3 – Анализ систем компилятивных прототипов

Для решения задач целевых аудиторий «спортивный врач» и «спортсмен» в системы компилятивных прототипов необходимо внести изменения, которые приведены на рисунке 4.

Концепция реализации MVP

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Система сбора анамнеза | 2. Система расчета индивидуального рациона |
| 3. Система анализа биомаркеров | 4. Система продуктовых рекомендаций |
| 5. Система выбора блюд | 6. Система обратной связи |
| 7. Система подсчета норм питания | |

MVP для ЦА «врач»

MVP для ЦА «спортсмен»

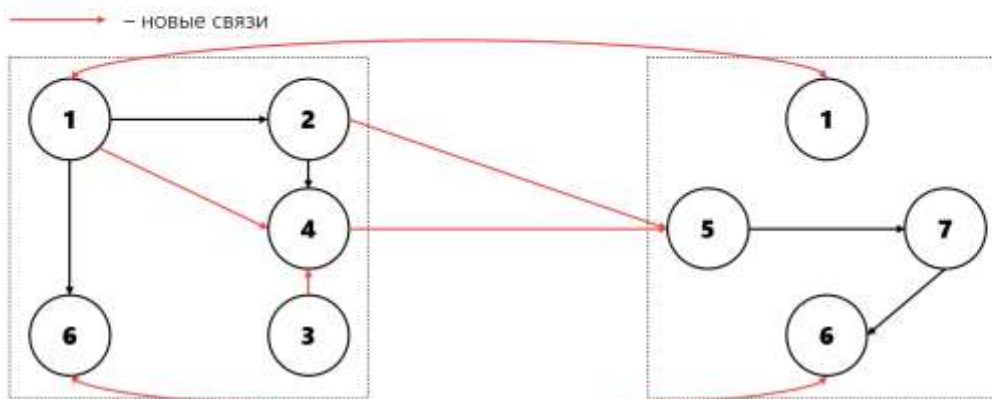


Рисунок 4 – Концепция реализации минимально жизнеспособного продукта. С точки зрения наполняемости систем изменения коснутся системы сбора анамнеза и анализа биомаркеров.

Для экономии времени врача система сбора анамнеза будет присутствовать как в десктопном приложении врача, так и в мобильном приложении спортсмена. Таким образом, спортсмен получит возможность самостоятельно заполнять данные анкеты. Примером данных, которые могут заполняться самостоятельно спортсменом, могут быть дата рождения, группа крови, перенесенные в прошлом операции или тяжелые заболевания.

Система анализов биомаркеров была перенесена в десктопное приложение врача. Это сделано для того, чтобы ввод результатов анализов проводился квалифицированным специалистом. Данная модификация исключит возможность фальсификации лабораторных исследований.

Второе значимое изменение коснется взаимосвязей элементов в системе. На рисунке 4 новые связи выделены красным цветом.

Связи между приложениями врача и спортсмена через системы сбора анамнеза и обратной связи позволят оперативно обмениваться информацией между спортивным врачом и спортсменом. Это позволит сократить время врача на опрос пациента, а также в режиме реального времени мониторить самочувствие спортсмена.

Приложения врача и спортсмена объединены еще двумя дополнительными связями: на систему выбора блюд у спортсмена влияют система расчета индивидуального рациона и система продуктовых рекомендаций, работающих на стороне врача. Введение этих связей призвано ограничить доступные спортсмену блюда и продукты. Таким образом, спортсмену будут доступны только те, что исключит риск аллергий, непереносимостей и прогрессирования хронических заболеваний, таких как заболевания желчных путей. Дополнительной выгодой как для врача, так и для спортсмена станет автоматический контроль профицита в питании: при выборе блюд система будет пересчитывать норму БЖУ и блокировать выбор тех блюд, которые приведут к переяданию.

Для сокращения времени работы врача со списком разрешенных блюд и продуктов, система продуктовых рекомендаций должна получать информацию о заболеваниях, аллергиях и непереносимостях из системы сбора анамнеза, а также получать данные о рекомендованных продуктах из анализа биомаркеров. Это позволит автоматически блокировать для спортсмена запрещенные продукты и выводить в топ-рекомендаций блюда, соответствующие протокольным диетам.

Выводы

На основании анализа ниши IT-рынка продуктов для контроля рациона были:

- определены аналоги и прототипы разрабатываемого продукта;
- выявлены преимущества, недостатки, зоны роста и угрозы прототипов;
- сформулирована верхнеуровневая концепция MVP продукта.

Список литературы

- 1 Nutrium [Электронный ресурс]: Nutrium – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://nutrium.com/>
- 2 My Nutrim Review [Видеозапись]: Nichola Ludlam-Raine – Режим доступа: URL. – <https://www.youtube.com/watch?v=QLeTPZQsjIg>
- 3 All-in-One Software for Nutritionists and Dietitians | NutriAdmin [Видеозапись]: Diego Oliveira Sanchez – Режим доступа: URL. – <https://www.youtube.com/watch?v=maY0HyKF04o>
- 4 Nutrition Maker Software [Видеозапись]: Nutrition Maker – Режим доступа: URL. – <https://www.youtube.com/watch?v=ndHfaxkwLFQ>
- 5 TiqDiet [Электронный ресурс]: TiqDiet – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://tiqdiet.com/>
- 6 TiqDiet - <http://tiqdiet.com/> [Видеозапись]: TiqDiet – Режим доступа: URL. – <https://www.youtube.com/watch?v=yZbscTeVjus>
- 7 Everyday Studio [Электронный ресурс]: Everyday Studio – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://everyday.ua/studio/>
- 8 Лучшее программное обеспечение для диетологов [Электронный ресурс]: gadgetshelp – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://gadgetshelp.com/povyshen/luchshee-programmnoe-obespechenie-dlia-dietologov-dlia-otlichnykh-strategii-pitaniia-rukovodstvo-2020-goda/>
- 9 Счетчик Калорий от FatSecret [Электронный ресурс]: Google Play – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fatsecret.android&hl=ru>
- 10 Lifesum: здоровое питание [Электронный ресурс]: Google Play – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: URL. – <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.sillens.shapeupclub&hl=ru>

11 Fitness Meal Planner [Электронный ресурс]: Google Play – Электрон.
текстовые дан. – Режим доступа: URL. –
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fitnessmeals.fitnessmealplanner&hl=ru>

12 Пат. 2 721 234 Российская Федерация, МПК G06F 17/40 Способ и система
отслеживания рациона и формирования заключения о качестве питания и/или
индивидуальных рекомендаций по питанию [Текст] / Никогосов Д., Попенко А. С.,
Кардакова М. Ю., Лошкарев Р. И., Мусиенко С. В., Перфильев А. В.; заявитель и
патентообладатель Общество с ограниченной ответственностью "АТЛАС" –
2019135549; заявл. 04.11.2019.; опубл. 18.05.2020, Бюл. №14

© Алдушина А.Д.

УДК 364.044.68

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Алдушина А.Д.¹

¹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. В статье раскрываются преимущества применения методики краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы И.М. Тонконового для пациентов пожилого и старческого возраста. Описывается структура когнитивных нарушений пациентов с диагнозом сосудистая деменция.

Ключевые слова: старение, деменция, диагностика когнитивных функций, когнитивные функции, нейропсихологическое обследование.

DIAGNOSIS OF THE COGNITIVE SPHERE OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

Aldushina A.D.¹

¹Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article reveals the advantages of using the technique of a brief neuropsychological examination of the cognitive sphere of I.M. Tonkonogi for elderly and senile patients. The structure of cognitive impairments in patients diagnosed with vascular dementia is described.

Keywords: aging, dementia, diagnosis of cognitive functions, cognitive functions, neuropsychological examination.

Введение

В последнее столетие отмечается демографическая тенденция, связанная с увеличением доли пожилых и старых людей в популяции (особенно в высокоразвитых странах), в результате чего проблема изучения позднего возраста приобрела большую значимость. Актуальными стали вопросы поддержания соматического и психического здоровья, изучение особенностей протекания телесных заболеваний, психических

отклонений, а также социально-психологических проблем, характерных для пожилого и старческого возраста. В настоящее время идет активное накопление фактов о мозговой организации психических функций на поздних этапах онтогенеза и о синдромах, характеризующих функциональные мозговые перестройки при нормальном физиологическом старении и в рамках клинических нозологии, относящихся к таким заболеваниям возраста инволюции как атеросклероз сосудов мозга, паркинсонизм, деменции позднего возраста и др.

Цель работы

Изучить структуру когнитивных нарушений пациентов с диагнозом сосудистая деменция, используя методику краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы.

Материалы и методы

Для описания нейропсихологического синдрома сосудистой деменции было проведено исследование, в котором приняло участие пациентки геронтологического отделения Свердловской областной клинической психиатрической больницы в возрасте от 73 до 89, (средний возраст $79,5 \pm 4,82$ лет), с диагнозом сосудистая деменция.

Для диагностики использовалась методика краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы (КНОКС), состоящая из двух частей, каждая из которых включает в себя пять субтестов. Первая часть оценивает процессы переработки знакомой информации, вторая – состоит из более трудных заданий, которые предполагают работу с новой, неполной, менее привычной информацией. Для измерения общей тяжести дефекта подсчитывается общий балл.

Результаты и обсуждение

Деменция - приобретенная форма слабоумия, которая связана с ослаблением интеллектуальных способностей, эмоциональным обеднением, затруднением использования прошлого опыта [1].

К одному из самых распространенных типов деменции можно отнести сосудистую деменцию, которая представляет собой комплексное нарушение когнитивных функций, в значительной степени выраженное и существенно влияющее на повседневную деятельность, которое развивается в результате нарушений мозгового кровообращения и/или хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга, формирующих синдром дисциркулярной энцефалопатии.

Применение нейропсихологического подхода к изучению сосудистой деменции позволяет не только дифференцировать структуру синдрома нарушения психических функций, но и выделить сохранные звенья в системе психической деятельности. Особую роль при исследовании больных пожилого и старческого возраста играет нейропсихологический подход в связи с его возможностями в определении сосудистого слагаемого в генезе деменции позднего возраста [2].

Ввиду того, что проведение стандартизированной нейропсихологической батареи тестов занимает длительное время, в связи с чем пациенты пожилого и старческого возраста часто оказываются не способны удерживать внимание и мотивацию в течение времени, которое необходимо для выполнения всех заданий, можно предложить методику краткого нейропсихологического обследования (КНОКС), предложенную И.М. Тонконогим. КНОКС – это нейропсихологическое экспресс-обследование, задания для которого разработаны на основе нейропсихологических тестов, используемых для оценки больных с локальными поражениями мозга, предложенными А.Р. Лурией [3,4].

В группе пациентов с сосудистой деменцией (СоД) преобладали умеренные когнитивные нарушения (70% случаев). В 30% случаев диагностированы выраженные когнитивные нарушения. Умеренные и выраженные когнитивные нарушения соотносятся с нарушением способностей к самостоятельному обслуживанию – все пациенты данной выборки нуждаются в уходе.

В процессе проведения исследования отмечены следующие особенности взаимодействия: пациенты охотно шли на контакт, проявляли тревогу по поводу результатов обследования, жаловались на проблемы с памятью и вниманием.

По результатам КНОКС у данной группы пациентов отмечено преобладание нарушений в переработке новой и неполной информации по сравнению с переработкой знакомой информации, о чем свидетельствуют более низкие баллы по субтестам второй части методики.

Наибольшая степень нарушений, оцениваемая в 1 балл, проявлялась при выполнении субтестов «Ориентировка» и «Конструктивный праксис» (из первой части методики КНОКС), а также субтестов «Набор последовательностей», «Незавершенные изображения», «Нахождение сходства», «Внимание» и «Рабочая память» (из второй части методики).

Анализируя выполнение заданий, можно отметить, что при выполнении субтеста «Ориентировка» пациенты затруднялись назвать текущее число и день недели, при этом они правильно называли город и могли определить, что находятся в больнице, но испытывали затруднения в названии учреждения, кроме того больные не могли назвать свой точный возраст, хотя дату рождения называли правильно; такие нарушения ориентировки свидетельствуют о наличии грубых когнитивных нарушений, которые соотносятся с повреждением лобно-подкорковых и мезэнцефальных областей головного мозга. В субтесте «Конструктивный праксис» обследуемые допускали ошибки, связанные с проявлением дефицита фоновых и энергетических составляющих праксиса (тремор, истощаемость, нарастание ошибок по мере усложнения задания), ошибки пространственного характера (нарушения правильного воспроизведения размеров элементов и углов, смещения элементов), а также испытывали трудности удержания программы (не могли переключиться с одного элемента рисунка на другой, постоянно сверялись с образцом); данные нарушения соотносятся с функциональной дефицитностью глубоких подкорковых структур мозга, а также коры лобных и височно-теменно-затылочных областей. В субтесте «Набор последовательностей» пациенты, как правило, срисовывали изображения без ошибок, но не могли воспроизвести их по памяти, что указывает на сохранность динамического праксиса и наличие мнестических нарушений, также выявлены ошибки при выполнении задания назвать месяцы в обратном порядке, начиная с декабря, - пациенты меняли местами месяцы одного времени года; в целом выполнение этих проб свидетельствует о наличии дефицита функционирования подкорковых структур и заднелобных отделов коры. В субтесте «Незавершенные изображения» больные после первого предъявления четырех незавершенных изображений правильно опознавали только один-два предмета, после предъявления целых изображений и повторного предъявления незавершенных ошибок узнавания было меньше, но один-два предмета все равно оставались неузнанными, что свидетельствует о функциональной дефицитности затылочных областей коры. В субтесте «Нахождение сходства» обследуемые с трудом находили значимые признаки для объединения предметов в группы (большинство из них правильно выделяли существенный признак только для пары «молоток-отвертка»); результаты выполнения этого субтеста свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс лобных долей головного мозга. В субтесте «Внимание» пациенты затруднялись в выполнении прослеживания и соединения

чисел в возрастающую последовательность, а также соединения чисел в чередовании возрастающей и убывающей последовательности, при этом ошибки появлялись по мере истощения внимания; вторую часть задания (счет) больные выполняли практически без ошибок; эти результаты указывают на наличие дефицитарности функционирования глубоких подкорковых структур мозга. В субтесте «Рабочая память» больные могли воспроизвести не более одного слова из трех, при этом нередко наблюдались замены слов из семантически близких категорий (например, вместо «стол» пациенты называли «стул» или «табурет»); выполнение этой пробы свидетельствует о выраженном снижении объема памяти, что соотносится с поражением подкорковых и мезэнцефальных мозговых структур.

Легкая степень нарушений, оцениваемая в 2 балла, проявилась при выполнении больными субтестов «Память на президентов» и «Понимание».

Анализируя выполнение заданий, можно отметить, что при выполнении субтеста «Память на президентов» пациенты правильно называли только настоящего президента России и затруднялись в ответах на другие вопросы, что свидетельствует о нарушениях долговременной памяти и соотносится с поражением гиппокампальных и мезэнцефальных структур мозга. В субтесте «Понимание» ошибки встречались, когда пациента просили показать правую и левую руки экспериментатора, а так же при более сложной инструкции: «дотроньтесь до моей левой руки своей правой рукой» и «дотроньтесь до моей правой руки своей левой рукой»; это соотносится с дефицитностью височно-теменно-затылочных и, возможно, лобных отделов коры левого полушария.

Отсутствие нарушений при проведении КНОКС, оцениваемое в 3 балла, зарегистрировано при выполнении субтеста «Называние». Все пациенты правильно называли части тела, что соотносится с сохранностью функционирования теменных отделов коры.

Таким образом, проведение краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы пациентов геронтологического отделения с установленным по медицинским критериям диагноза сосудистой деменции показало наличие у них выраженного диффузного поражения структур головного мозга.

Количественный и качественный анализ выполнения проб позволил описать нейропсихологический синдром сосудистой деменции. На первый план в структуре синдрома выступают достаточно выраженные нарушения функционирования глубоких

подкорково-стволовых образований головного мозга (нарушения первого функционального блока), о чем свидетельствуют такие симптомы, как замедленная включаемость в деятельность, короткий период ее продуктивности и выраженная истощаемость работоспособности, а также характерные модально-неспецифические нарушения внимания и памяти. Вторично на фоне сниженного уровня энергетического обеспечения психической активности наблюдается снижение контроля и целенаправленности деятельности (нарушения в работе третьего функционального блока), а также трудности в обработке зрительной и зрительно-пространственной информации (нарушения второго функционального блока мозга).

Выводы

Картина выявленных в процессе проведения КНОКС и описанных выше нарушений когнитивного функционирования пациентов с сосудистой деменцией в целом согласуется с опубликованными в литературе данными о результатах традиционной схемы нейропсихологического обследования, предложенной А.Р. Лурия. Таким образом, мы убедились, что методика КНОКС И.М. Тонконового является информативной в плане оценки состояния когнитивных функций пациентов с сосудистой деменцией.

Список литературы

1. Авдеева, Н.Н. Большой психологический словарь / Н.Н. Авдеева и др. // под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - 4-е изд., расш. – М.: АСТ; СПб.: Прайм-Еврознак, 2009. - 811 с.
2. Корсакова Н.К. Клиническая нейропсихология. / Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 384 с.
4. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / Под. ред. Ю.В. Микадзе. – М.: ПЕР СЭ, 2010. – 69 с.

© Набойченко Е.С., Серкова-Холмская Е.А.

УДК 159.99

ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОВЕДЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Набойченко Е.С¹, Серкова-Холмская Е.А¹.

*¹Кафедра клинической психологии и педагогики Уральский государственный
медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация*

Резюме. В статье представлен анализ литературных источников по проблеме формирования репродуктивного поведения и осознанного отношения студентов к созданию семьи и родительству.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, студенты, семья, отношение, родительство.

FORMATION OF A REPRODUCTIVE CULTURE OF BEHAVIOR IN THE STUDENTS ENVIRONMENT: PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT

Naboychenko E.S¹, Serkova-Kholmetskaya E.A¹.

*¹Department of Clinical Psychology and Pedagogy Ural State Medical University,
Yekaterinburg, Russian Federation*

Summary. The article presents an analysis of literary sources on the problem of the formation of reproductive behavior and conscious attitude of students to the creation of a family and parenthood.

Keywords: reproductive health, students, family, attitude parenthood.

Введение

Указом Президента России В.В. Путиным «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» утверждены национальные проекты (НП), в числе которых НП «Демография», НП «Здравоохранение». Приоритетными направлениями Указа являются стратегии по увеличению показателя рождаемости, снижение младенческой смертности, создание благоприятных условий для жизнедеятельности семьи [8].

Демографические процессы определяют будущее государства и влияют на различные сферы общественной жизни. Состояние репродуктивного здоровья

населения является важнейшим элементом в социально-экономическом развитии страны [16].

Цель работы

Изучить психологические аспекты формирования репродуктивной культуры в студенческой среде.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие студенты Уральского государственного медицинского университета. Студентам было предложено ответить на вопросы анкетирования. В результате исследования были проанализированы следующие характеристики: отношение студентов к своей жизни, семье и рождению детей. Так было выявлено, что для 67% основным является получение образования и материальные ценности, 38% респондентов выражают желание пожить для себя и не планируют в ближайшее время рожать детей. Кроме того, 85% студентов вуза не планируют создавать семью и рождение детей после окончания университета, 58% студенток вуза демонстрируют положительное отношение к отказу от создания семьи и планирование ребенка.

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что студенты медицинского вуза не готовы к созданию семьи и рождению детей в период обучения, у опрошенных наблюдаются негативные репродуктивные установки и недостаточная мотивация к созданию семьи. Следовательно, необходима программа психолого-педагогического сопровождения по формированию положительного отношения к семье и родительству.

Результаты и обсуждение

В России за последнее 5 лет наблюдается отрицательный прирост населения. Значительное снижение демографических показателей отмечалось в 2020 году, что связано с пандемией новой коронавирусной инфекцией. Кроме того, уровень смертности в России за период 2020–2021 гг. стал максимальным за десять лет. За период с 2017–2020 гг. численность населения Российской Федерации сократилась на 52 млн. чел. [15].

Авторы отмечают, что за последние 15 лет в крупных субъектах Российской Федерации численность населения уменьшилась на 15,0% [2].

С точки зрения психологического подхода регуляторами репродуктивного поведения авторы выделяют такие психологические характеристики, как репродуктивное поведение, репродуктивная мотивация, потребность в рождении детей и психологическая готовность к родительству.

Период студенчества характеризуется особыми условиями жизни, труда, быта для данной категории лиц свойственны определенная психология поведения, система ценностных отношений [7]. Студенческая молодежь, как правило, не имеет самостоятельных материальных источников своего жизнеобеспечения. Эти факторы обуславливают необходимость рассмотрения студенчества как одного из важных объектов, нуждающихся в системе социальной поддержки, в том числе для решения вопросов демографии [7].

Кроме того, студенческий возраст вызывает особый интерес, так как в этот период происходит реализация жизненных планов, профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей. Студенчество представляет собой ближайший репродуктивный, социальный, экономический резерв общества [9]. Процесс вхождения студентов во взрослую жизнь с одной стороны связан с ранней социальной активностью, с другой стороны, взросление характеризуется психологической незрелостью [5].

Исследователи подчеркивают, что в период профессионального становления у студентов наблюдаются ухудшение физического здоровья, повышается риск развития психологических нарушений, в связи с этим становится необходимым разработка и внедрение психолого-педагогических программ для оптимизации психологического состояния студентов, повышения внимания к своему физическому здоровью [13].

2 Репродуктивное здоровье личности состоит из следующих факторов:

3 1) медицинские факторы, к которым относят наследственность, различные заболевания, в том числе репродуктивной системы;

4 2) социально-экономические факторы – это вредные привычки, особенности семейного воспитания, жилищные условия;

5 3) психологические факторы, которые включают репродуктивное поведение, установки, мотивы и потребность в детях, психологическую готовность к родительству.

6 По мнению И.С. Морозовой [7], репродуктивное поведение представляет собой систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения

ребенка. Автор подчеркивает, что выявление факторов, определяющих формирование установок, мотивов, норм и ценностей, способствующих рождению детей у молодых людей, является актуальной задачей для психологии. Репродуктивное поведение рассматривается как основной стимул молодых людей к ведению безопасной, приносящей удовольствие интимной жизни, а также возможность воспроизведения своего рода и способность принимать ответственность и решения за свои действия [1]. В современном понятии «репродуктивное поведение» определяется как система действий и отношений, опосредующих рождение определенного числа детей или отказ от деторождения, регулирующуюся биологическими, экономическими, психологическими и социальными факторами [3].

7 Значимую роль в формировании репродуктивного поведения личности играет репродуктивная установка, являющаяся социально-психическим регулятором и обуславливающая положительное и негативное отношение к рождению детей [3]. По данным А.И. Антонова [1], репродуктивная установка – это психическое состояние личности, обуславливающее взаимную согласованность разного рода действий, характеризующихся положительным или отрицательным отношением к рождению определенного числа детей. По мнению Н.С. Пряжникова [10], профессиональное становление личности и формирование репродуктивных установок происходит одновременно. Во время обучения молодые люди сталкиваются с такими этапами как формирование профессиональной направленности и развитие социально-значимых качеств личности, данные обстоятельства могут вызывать внутренний конфликт, приводящий к различным нарушениям репродуктивной функции и психогенному бесплодию [10]. Исследователь И.Б. Назарова [6]. определяет репродуктивные установки как предполагаемую модель репродуктивного поведения, связанную с поиском партнера, созданием семьи и воспитанием детей. В исследовании Ю.Г. Мироновой (2018 г.) были выявлены такие важные показатели репродуктивных установок, как желаемое и ожидаемое количество детей, и проведен сравнительный анализ этих данных. По данным автора выявлено, что у 59,3% студентов преобладает установка на двух детей, что подтверждает существующий стереотип о том, что типичная семья современной России двухдетная.

8 Основополагающим элементом в структуре репродуктивного поведения является психологическая готовность к родительству. Психологическая готовность к родительству обозначает эффективную реализацию родительских обязанностей [5].

9 Так, по результатам исследования Н.М. Пановой (2018 г.) выявлено, что 72,9 % студентов обладают низкой психологической готовностью, причинами откладывания создания семьи в период студенчества, 35 % респондентов называют стремление получить образование, 28 % – недостаточность материальных средств для вступления в брак. Кроме того, авторы выявили взаимосвязь между психологической готовностью и уровнем эмоционального и интеллектуального развития личности [5].

10 В работе В.Н. Болехана (2017 г.), выявлено, что большинство молодых людей вступают в половые отношения в возрасте от 14 до 17 лет, что представляет собой риск заражения инфекциями, передаваемых половым путем (ИППП). Автор подчеркивает, что наблюдается отсутствие методологического подхода к организации медицинской помощи в сфере репродуктивного здоровья и в образовательных учреждениях необходимо внедрение эффективных профилактических программ в целях улучшения репродуктивного потенциала молодежи [3].

Выводы

11 Таким образом, авторы подчеркивают, что в репродуктивном поведении личности описываемые компоненты играют важную роль. Мотивация на рождение детей характеризуется неустойчивостью и зависит от различных факторов, репродуктивные установки совместно с социальными ситуациями формируют репродуктивное поведение личности. Психологическая готовность к родительству рассматривается как личностное образование, выражающееся в готовности индивида к рождению ребенка, его воспитанию и включающая когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Формирование осознанной психологической готовности к родительству у студентов является главной характеристикой, способствующей развитию здоровых семейных отношений и повышению репродуктивного потенциала у студентов [12].

Список литературы

1. Антонов А.И. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. М., – 2015.
2. Аитова Ю.С. Анализ государственной политики России в сфере регулирования демографических процессов // Вестник Евразийской науки– 2019. – № 6, том 11. – С. 1-9.

3. Болехан В.Н. Факторы, определяющие распространение в молодежной среде инфекций, передающихся преимущественно половым путем // Сибирский журнал . - 2017. - №7. - С. 103-105.
4. Васильева Е.Н. Психологическая готовность к родительству: монография. – Н. Новгород: НИУ РАНХиГС, 2015. – 208 с.
5. Исаков А.В. Родительство как ценность в современном мире // Забайкальские рождественские чтения . - 2014. - №1 . - С. 181-185.
6. Назарова И.Б. Репродуктивные установки студенческой молодежи: ценностный аспект (обзор эмпирических исследований) / И.Б. Назарова, М.П. Зеленская // Вестник РУДН. – 2017. – № 4. – С. 555–564.
7. Морозова И.С. К проблеме детерминации репродуктивного поведения молодежи // Вектор науки ТГУ. - 2014. - №1. - С. 130-134.
8. Калачикова О.Н. Методологические аспекты исследования репродуктивного поведения [Электронный ресурс] / О.Н. Калачикова // Социологические методы в современной исследовательской практике: сб. статей. – М.: НИУ ВШЭ, 2011. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – С. 416–419.
9. Овчарова Р.В. Психология родительства. - 2-е изд. - М. : Издательский центр Академия, 2005. - 368 с.
- 10.Пряжников Н.С. Теория и практика профессионального самоопределения. [Текст]: Н.С. Пряжников - М.: МГППИ, 1999. - 108 с.
- 11.Фадеева М.В. Психологическое сопровождение формирования психологической готовности старшеклассников к осознанному родительству // Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса. Сборник материалов II Научно-практического семинара. – 2018.- С. 87–96.
- 12.Фрей А.И. Понятие психологической готовности к родительству в рамках современной педагогики и психологии // Nauka-rastudent.ru. – 2017. – № 12 (048) // [Электронный ресурс]: Режим доступа: URL: <http://naukarastudent.ru/48/4402/> (дата обращения: 23.02.2023 г.).
- 13.Христидис Т.В. Психолого-педагогическое сопровождение студентов в вузе // Вестник МГУКИ . - 2015. - №1 (63) . - С. 172-175.
- 14.Сучков А.Н. Репродуктивные установки в студенческой среде (по материалам социологического исследования) // Высшее образование в России. 2014. № 1.

15. Таблица численности населения России по годам // Справочные таблицы // [Электронный ресурс]: Режим доступа: URL: <https://infotables.ru/statistika/31-rossijskaya-federatsiya/782-obshchaya-chislennost-naseleniya-rossii> (дата обращения: 01.05.2022 г.).
16. Тарент И.Г. Итоги реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года на современном этапе // Наука, образование, общество. - 2015. - №3 (5). - С. 130-137.
17. Закон // Кремль // [Электронный ресурс]: Режим доступа: URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/63728> (дата обращения: 21.04.2022 г.).

© Зырянова Е.Н., Лебедева Е.В.

УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТРИОТИЗМА И САООТНОШЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Зырянова Е.Н.¹, Лебедева Е.В.¹

¹ФГАОУ ВО Российский государственный профессионально-педагогический университет, Россия, г. Екатеринбург

Резюме. В статье представлены результаты исследования взаимосвязи патриотизма и самооотношения обучающихся юношеского возраста. Актуальность работы определена противоречием между необходимостью развития системы патриотического воспитания и отсутствием многостороннего исследования одного из важнейших психологических феноменов – патриотизма.

Ключевые слова: патриотизм, патриотические ориентации, воспитание, юношеский возраст, самооотношение, самосознание, взаимосвязь, взаимовлияние.

THE STUDY OF PATRIOTISM AND SELF-ATTITUDE OF YOUNG STUDENTS

Zyryanova E.N.¹, Lebedeva E.V.¹

¹Russian State Vocational Pedagogical University, Yekaterinburg, Russia

Summary. The article presents the results of a study of the relationship between patriotism and self-attitude of young students. The relevance of the work is determined by the contradiction between the need to form a system of patriotic education and the lack of a multilateral study of one of the most important psychological phenomena – patriotism.

Key words: patriotism, patriotic orientations, manifestation, upbringing, adolescence, self-attitude, self-awareness, interrelation, mutual influence.

Введение

Масштабные изменения последних лет, затронувшие практически все сферы – от геополитики до мировой экономики, – оказали закономерное влияние и на социально-психологические аспекты жизни общества. Актуальные события показывают необходимость изучения такого важного социально-психологического явления как патриотизм и его взаимосвязи с самооотношением личности.

Осознание важности формирования патриотических чувств у граждан России в интересах консолидации российского общества и укрепления государства,

стимулировало неотложность принятия мер на государственном уровне, что проявилось в разработке постановления Правительства Российской Федерации от 2022-07-21 N 1493 "О государственной программе "Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2016 - 2020 годы".

В работах отечественных авторов патриотизм рассматривается как ценность, интегрирующая многие сферы общества и являющаяся необходимой частью патриотического сознания [1]. Прослеживается связь между патриотическими и мировоззренческими установками, а также гражданской активностью молодежи [2]. А. Л. Журавлев, А. В. Юревич [3, С. 52] определяют патриотизм как многомерное понятие, в котором как компоненты выделяются: ощущение любви к Родине, готовность жертвовать личными интересами в пользу общественных, идентификация со своей страной, историей, народом. В. Г. Алексеева [4, С. 63-70.] рассматривает патриотизм как форму включения общественных ценностей в механизм деятельности и поведения личности, как ступень перехода ценностей общества в деятельность субъекта.

Исследуя различные подходы к изучению феномена патриотизма А.В. Кузнецова [5, с. 5-7] определила позиции, которые раскрывают существенные его характеристики. Так, автор указывает, что в ряде исследований под патриотизмом понимается как «высшее чувство субъекта, которое проявляется в детский период и затем в течение всей жизни в процессе социализации происходит его формирование».

Патриотизм особенно ярко проявляется в качестве гражданской позиции у людей юношеского возраста, так как именно в юном возрасте активно происходит становление гражданской, психологической зрелости, профессионального самоопределения и раскрытие внутреннего мира, осуществляется ролевое экспериментирование, планируется и реализуется программа самоизменения [6, с. 221]. Научное изучение патриотизма предполагает выделение в нем различных измерений: аксиологического (патриотизм как ценность), когнитивного (представления о патриотизме) и конативного (установочно-деятельностного) [7].

Одной из центральных задач юношеского возраста является развитие и формирование самоотношения, понимание человеком того, кем он является и какое место занимает в обществе. Осознание себя как индивидуальности, а также как участника социальных отношений является необходимым условием для того, чтобы индивид стал полноценным членом общества.

Цель работы

Выявить особенности патриотизма и самоотношения обучающихся, а также определить характер их взаимосвязи с учетом направления профессиональной подготовки студентов.

Материалы и методы

Методологической основой исследования выступили: концепция самоотношения как эмоционально-оценочной системы (С.Р. Пантелеев); концепция самосознания личности В.В. Столина; теории исследования самоотношения (С.Р. Пантелеев, Н.И. Сарджвеладзе, В.В. Столин; К. Роджерс, М. Розенберг, С. Куперсмит, Л. Уэлс, Дж. Марвел, Л.С. Выготский, И.И. Чеснокова, В.Н. Мясищев, А.А. Бодалев и др.), концепции патриотизма и патриотичности личности (Кудинов С.И., Кудинова И.Б. и др.[8]), а также работы отечественных ученых, посвященные содержанию патриотического воспитания молодежи (Т.В. Беспалов, А.К. Быкова, В.Ю. Верещагин, А.Н. Вырщикова В.И. Лутовинов, С.Ю. Иванова и др.) и оценке его эффективности (Е.Л. Башманова, Н.А. Добролюбов, Н.В. Ипполитова, Я.В. Макачук, Т.М. Маслова и др.).

Гипотезы исследования:

1. Существуют значимые различия в выраженности показателей патриотизма и самоотношения у студентов разных направлений обучения.
2. Существуют значимые различия в выраженности показателей патриотизма и самоотношения у студентов разного пола.
3. Существует специфика корреляционных взаимосвязей показателей патриотизма и самоотношения у студентов разных направлений обучения.

В исследовании использовались следующие методики: Многомерный опросник исследования самоотношения МИС Пантелеева, бланковый тест исследования патриотизма «Патриограмма» (Кудинов С.И., Потемкин А.В.), анкета «Отечество мое - Россия» Д.В. Григорьева.

В исследовании приняли участие 69 студентов различных направлений обучения: «Психолого-педагогическое образование» (23 чел.), профессиональное обучение по отраслям: профиль «Дизайн (по элективным модулям)» (23 чел.), а также профиль «Перевод и реферирование» (23 чел.). Возраст участников от 18 до 21 года.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов исследования определил, что в целом у студентов наблюдается слабость и непостоянство патриотических стремлений, в процессе выражения

патриотических чувств у респондентов доминируют чувства тревоги, частое предчувствие неудачи, пессимизм, страх и разочарование. У трех подгрупп испытуемых выявлены трудности в реализации патриотизма, связанные с незнанием, непониманием сущности патриотизма и невозможностью для личности его конкретного проявления.

С целью проверки гипотезы о существовании значимых различий в показателях патриотизма и самооотношения у студентов разных направлений обучения, был проведен сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия Крускалла-Уоллеса. Полученные результаты отражены в Таблице 1.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа по критерию Крускалла-Уоллеса

| Шкала | Результаты | | Средний ранг | | |
|----------------------|------------|-------|--------------|----------|----------|
| | N | p | Группа 1 | Группа 2 | Группа 3 |
| Самоуверенность | 14,581 | 0,001 | 25,24 | 32,80 | 46,96 |
| Самоценность | 6,403 | 0,041 | 28,30 | 33,74 | 42,96 |
| Самопринятие | 8,845 | 0,012 | 27,07 | 33,78 | 44,15 |
| s16 (личностный тип) | 8,499 | 0,014 | 35,72 | 43,15 | 26,13 |

Примечание: группа 1 – «Психолого-педагогическое образование», группа 2 – «Дизайн», Группа 3 – «Перевод и реферирование»

Как видно из полученных данных, обнаружены значимые различия по параметрам самооотношения и одному из компонентов патриотизма. Самый высокие показатели самоуверенности, самоценности и самопринятия выявлены в третьей подгруппе студентов («Перевод и реферирование»), что говорит о том, что у респондентов в этой группе наблюдается преимущественно дружеское отношение к себе, согласие с самим собой, одобрение своих планов и желаний, эмоциональное, безусловное принятие себя таким, каков есть, пусть даже с некоторыми недостатками. При этом у студентов-переводчиков отмечается самый низкий показатель такого компонента патриотизма как «личностный тип затруднения при проявлении патриотизма». Это означает, что для респондентов данной группы менее характерны затруднения в проявлении патриотизма, которые связаны с личностной тревожностью, застенчивостью, скромностью.

Для исследования различий патриотический проявлений у юношей и девушек был произведен сравнительный анализ с помощью критерия Манна –Уитни. Результаты исследования приведены в Таблице 2:

Таблица 2
Результаты сравнительного анализа по критерию Манна-Уитни

| Шкалы | Результаты | | Средний ранг | |
|-------------------------|---------------|-------|--------------|-------|
| | U Манна-Уитни | p | девушки | юноши |
| Открытость | 174,00 | 0,029 | 32,95 | 47,10 |
| c7 (интернальность) | 181,50 | 0,050 | 33,08 | 46,35 |
| c8 (экстернальность) | 178,00 | 0,040 | 36,98 | 23,30 |

Сравнительный анализ по полу выявил достоверные различия в показателях самооотношения и патриотизма у юношей и девушек. Как видно из представленных данных, молодые люди в большей степени склонны к проявлению внутренней честности, открытости перед самим собой.

Шкала регуляторных характеристик в методике «Патриограмма» выявляет тип саморегуляции свойств личности. По результатам сравнительного анализа можно увидеть, что у юношей такой компонент патриотизма как интернальность выше, чем у девушек. Это значит, что юноши считают, что степень патриотичности человека зависит от него самого, связывают благополучие и безопасность государства с личными усилиями. У девушек интернальность ниже, чем у молодых людей. Это говорит о том, что при проявлении патриотизма они склонны исходить из надежды на случай, стечение обстоятельств, возможное везение, неверия в свои силы. Более выраженная экстернальность девушек проявляет себя в убежденности в том, что патриотический настрой личности определяется преимущественно внешними факторами, а о безопасности государства должны заботиться люди, наделенные специальными полномочиями.

Можно предположить, что различия в уровне патриотизма у мужчин и у женщин обусловлены многими факторами. Разность патриотических проявлений отражается в направленности патриотического сознания, патриотических чувств, патриотических убеждений, толерантности, патриотического поведения женщины или мужчины и зависит от актуального состояния существующих в культуре гендерных норм и

установок. Таким образом, гендерно-половой аспект формирования патриотизма нуждается в дополнительном изучении.

Для выявления наиболее значимых корреляционных связей компонентов самооотношения и патриотизма у студентов разных направлений обучения был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

В первой подгруппе (педагоги-психологи) наблюдается достоверная связь между таким компонентом самооотношения как самоуверенность и компонентом патриотизма как азргичность ($r=0,571$; $p < 0,01$). Это означает, что уверенные в себе респонденты не чувствуют необходимость внешнего проявления патриотических чувств. Также обнаружена высокосзначимая отрицательная связь между самоуверенностью и социально-значимыми ценностями ($r = -0,417$; $p < 0,01$). Это означает, что чем выше самоуверенность, тем ниже приоритет социально-значимых ценностей при проявлении патриотизма.

Во второй подгруппе (студенты, обучающиеся по профилю «дизайн») выявлена высокая положительная связь между таким компонентом самооотношения как самооценность и компонентом патриотизма как экстернальность ($r = 0,484$; $p < 0,01$). Это говорит о том, что чем выше уверенность респондента в собственной ценности, тем ярче проявляется стремление приписать ответственность за свои установки и поведение внешним социоэкономическим и политическим факторам.

В третьей подгруппе («перевод и реферирование») выявлена высокосзначимая отрицательная связь между внутренней конфликтностью и интернальностью ($r = -0,702$; $p < 0,01$), а также показателями самообвинения и интернальности ($r = -0,621$; $p < 0,01$). Это говорит о том, что чем выше тревога, сомнение, несогласие с собой, тем чаще при формировании и проявлении патриотических ориентаций обнаруживается зависимость от внешних факторов и оценок, обстоятельств жизни и мнений других людей.

Обобщая результаты исследования, можно сделать вывод, что особенности самооотношения личности (внутренняя конфликтность, высокая самопривязанность, самоуверенность и т.д.) отражаются на направленности патриотических ориентаций, а также на реализации этого социально важного феномена.

Выводы

Таким образом, гипотеза о существовании достоверных взаимосвязей между показателями самоотношения и патриотизма нашла эмпирическое подтверждение. Доказано существование значимых различий в выраженности показателей патриотизма и самоотношения у обучающихся мужского и женского пола. Выявлена специфика корреляционных взаимосвязей в подгруппах студентов, обучающихся по разным профилям. Данная структура взаимосвязей учтена при организации психолого-педагогической работы, направленной на развитие патриотических ориентаций у студентов разных направлений.

Список литературы

1. Загиров, Э.З. Воспитание патриотических ценностных ориентаций как фактор формирования готовности курсантов к противодействию экстремизму / Э.З. Загиров // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. – 2022. – № 2 (19). – С. 96-101.
2. Маленков, В.В., Печеркина, И.Ф. Патриотическая самоидентификация в системе гражданских ориентаций молодежи / В.В. Маленков // Социология. – 2019. – № 6. – С. 249-262.
3. Журавлев, А. Л. Патриотизм как объект изучения психологической науки / А. Л. Журавлев, А. Н. Юревич // Психологический журнал. – 2016. – Т. 37. – № 3. – С. 88-98.
4. Алексеева, В.Г. Ценностные ориентации как фактор жизнедеятельности и развития личности // Психологический журнал. – 1984. – Т. 5. – № 5. – С. 63-70.
5. Кузнецова, А.В. Культура патриотизма как фактор консолидации российского общества: дис. кан. соц. наук. – М., 2004. – 247 с.
6. Коджаспирова, Г.М. Педагогическая антропология: учеб. пособие для студ. вузов / Г.М. Коджаспирова. – М.: Гардарики, 2005. – 287 с.
7. Лубский, А.В. Патриотизм и гражданственность в российском обществе, или как преодолеть дефицит гражданственности в российском патриотизме /А.В. Лубский // Гуманитарий Юга России. – 2019. – Т. 8. – № 2. – С. 47-66.
8. Кудинов, С.И., Кудинова, И.Б., Гаврилушкин, С.А., Потемкин, А.В. Системное исследование патриотичности и ответственности личности. Монография.: Изд-во «Перо», 2018. – 263 с.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ «МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "БОНУМ"»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

К.В. Кузьмин, А.С. Кульберг, А.И. Цветков, Е.А. Дугина, Е.С. Набойченко,
И.А. Пупкова, М.Ю. Бессонова, А.Л. Устинов

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ВОЛОНТЕРСТВА

Учебное пособие

Екатеринбург

2023

УДК 316.477 614.253

Кузьмин К.В., Кульберг А.С., Цветков А.И., Дугина Е.А., Набойченко Е.С., Пупкова И.А., Бессонова М.Ю. Организационные технологии инклюзивного волонтерства: учебное пособие. Екатеринбург: ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"», 2023. – 163 с.

Авторы-составители:

Кузьмин Константин Викторович – кандидат исторических наук, доцент, руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области

Митрополит Евгений (Кульберг Алексей Сергеевич) – митрополит Екатеринбургский и Верхотурский, глава Екатеринбургской митрополии, председатель Синодального отдела религиозного образования и катехизации Русской православной церкви

Цветков Андрей Игоревич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Уральского государственного медицинского университета

Дугина Елена Александровна – доктор медицинских наук, главный врач ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"»

Набойченко Евгения Сергеевна – доктор психологических наук, профессор, главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Свердловской области, психолог консультативно-диагностического отделения ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"»

Пупкова Ирина Александровна – педагог-психолог, заведующая отделом психологического сопровождения образовательного процесса ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Бессонова Мария Юрьевна – педагог-психолог, преподаватель психологии ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Устинов Андрей Леонидович – старший преподаватель кафедры истории, экономики и правопедания ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Рецензенты:

Елькин Игорь Олегович – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии и педагогики Уральского государственного медицинского университета

Небесная Ольга Васильевна – председатель Свердловского регионального общественного движения инвалидов «Доступная среда всем»

Петрова Лариса Евгеньевна – кандидат социологических наук, профессор кафедры социокультурного развития территории МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства» (институт)

Учебное пособие адресовано врачам-организаторам здравоохранения, преподавателям высших и средних специальных учебных учреждений по медицинским и социально-психологическим специальностям, добровольцам-участникам инклюзивной педагогики, сотрудникам отделов социального служения, а также предназначено для самостоятельной работы по темам образовательной программы «Организационные технологии инклюзивного волонтерства», утверждено методической комиссией специальности 37.05.01 – клиническая психология и гуманитарные дисциплины от 08.02.2023 Протокол №5.

При подготовке пособия использован опыт работы Волонтерского инклюзивного центра ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» (руководитель Центра – Киселев А.Ф.) и ГАУЗ СО «Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум"».

© Авторы-составители, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| РАЗДЕЛ 2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ | 68 |
| 2.1. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата | 68 |
| 2.2. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением зрения | 81 |
| 2.3. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением слуха | 92 |
| 2.4. Технологии волонтерской работы с лицами с интеллектуальными нарушениями | 107 |
| 2.5. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушениями речевого развития | 116 |
| 2.6. Технологии волонтерской работы с лицами с расстройством аутистического спектра | 121 |
| ДЕКЛАРАЦИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ ИНВАЛИДА | 130 |
| ГЛОССАРИЙ | 131 |
| ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ УЧЕБНЫХ ИЗДАНИЙ | 136 |

РАЗДЕЛ 2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ С ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Предложите ему свою помощь.

Осуществите сопровождение инвалида по определенному маршруту в зависимости от используемого технического приспособления (инвалидное кресло, коляска с электромотором, костыли, трости, ходунки или другие технические приспособления):

- окажите помощь по преодолению препятствий на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры;
- обеспечьте передвижение в местах с/без доступной средой, с/без барьерами (пороги, ступени, двери и т.д.).

ПАМЯТКА:

Категория лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата – неоднородная по составу. Имеется значительный разброс первичных патологий и вторичных нарушений развития. Отклонения в развитии лиц с такой диагностикой отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности.

Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

I. Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич (ДЦП);
- полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей (верхних и/или нижних);
- аномалии развития пальцев кисти;

- артрогрипоз (врожденное уродство).

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

По данным Министерства труда и социальной защиты РФ численность инвалидов-колясочников в России составляет 320 тыс. чел (1 группа).

I. Действия при знакомстве, разговоре и предложении помощи:

Шаг 1. Будьте вежливы.



Когда вас знакомят с человеком, передвигающимся на коляске, вполне естественно пожать ему руку – даже те, кому трудно двигать рукой, или те, кто пользуются протезом, вполне могут пожать руку – правую или левую, что вполне допустимо. Рукопожатие установит физическую связь и уменьшит психологические барьеры для эмоциональной связи.

Если человек не может или не хочет пожать вам руку, он, скорее всего, вежливо отклонится. Не обижайтесь, отказ, скорее всего, касается заботы о физическом действии, доставляющем инвалиду неудобство или болезненные ощущения, и не имеет к вам никакого отношения.

В начале разговора представляйтесь сами и, если необходимо, представляйте людей, находящихся рядом; обращайтесь к детям с инвалидностью по имени, а к подросткам и людям старшего возраста по имени и отчеству.

Шаг 2. Всегда избегайте предположений о способностях других.



Нахождение в инвалидной коляске не означает, что человек парализован или неспособен сделать несколько шагов. Некоторые люди используют инвалидные коляски только потому, что они не могут стоять в течение длительных периодов времени или имеют проблемы с ходьбой. Так же часто используют инвалидные коляски люди с заболеваниями сердца, чтобы избежать перенапряжения.

Если вам интересно, почему человек использует инвалидную коляску, лучше спросить, чем предполагать, но так, чтобы человек мог легко отклониться, если ему стало неудобно. Например, «Вы не возражаете, чтобы я спросил, почему вы используете инвалидную коляску?» Спросите пользователя инвалидной коляски, почему он использует инвалидную коляску после того, как вы познакомитесь. Но этот вопрос не может исходить от незнакомых людей. Предлагая же свою помощь, не стоит быть назойливым.

Шаг 3. Говорите напрямую с человеком в инвалидной коляске.



Если человека, пользующегося инвалидной коляской, сопровождает кто-то еще, включите его в разговор, но не вместо человека, использующего инвалидную коляску.

Например, не направляйте вопросы о человеке, использующем инвалидную коляску, человеку, который их сопровождает. Когда вы долго беседуете с кем-то в кресле-коляске, садитесь. Для человека в инвалидной коляске очень утомительно – даже больно – смотреть на вас снизу вверх.

Шаг 4. Общайтесь уверенно в спокойном и дружелюбном тоне.



Когда вы длительное время общаетесь с человеком, использующим инвалидную коляску, присядьте на корточки, сядьте или отойдите от него на метр, чтобы он мог на вас нормально смотреть, сохраняя зрительный контакт и не напрягаясь.

Общайтесь так же, как и с любым другим человеком. Помните, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием. Не редактируйте свой выбор слов, чтобы избежать ссылок на бег или ходьбу. Попытки избежать таких фраз, скорее всего, сделают разговор только неловким. Большинство людей в инвалидных колясках не признают такие распространенные фразы как оскорбительные. Как и в любом разговоре, если человек указывает, что предпочел бы, чтобы вы избегали определенных фраз, вежливо выполните его просьбу.

Шаг 5. Избегайте каких-либо комментариев или шуток по поводу инвалидной коляски.



Такие замечания служат лишь для отвлечения внимания от человека и перенаправления его на инвалидную коляску. Если человек сам подшучивает над своим положением, целесообразно присоединиться к подшучиванию, но никогда не начинать его. В то же время не бойтесь шутить, так как шутка, будучи тактичной и уместной, поможет вам наладить общение и разрядить обстановку. Относитесь к другому человеку, как к себе самому, точно так же его уважайте, и тогда все будет хорошо.

Шаг 6. Не прикасайтесь к коляске, пока вас не попросят.



Спросите разрешение, прежде чем прикасаться к человеку или его инвалидной коляске. Поглаживание или опора на коляску могут быть истолкованы как неуважительное отношение. Человек может использовать инвалидную коляску из-за травмы, поэтому ваше прикосновение может быть болезненным. Точно так же не прикасайтесь к человеку, использующему инвалидную коляску, и к его вещам.

Рассматривайте инвалидную коляску как продолжение тела человека. Коляска относится к личному пространству человека. Опирайтесь на нее или повиснуть – все равно, что делать то же самое с ее обладателем. Как вы не кладете руку на плечо малознакомого человека, так же не кладите руку на его инвалидную коляску без необходимости.

Всегда уважайте личное пространство пользователя инвалидной коляски. Начать катить коляску без спроса – грубейшее нарушение, сравнимое с тем, что взять человека здорового, стоящего на остановке, перекинуть через плечо и понести в неизвестном направлении, ничего не объясняя. Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

Шаг 7. Предложите свою помощь.



Если вы видите ситуацию, когда пользователь инвалидной коляски может воспользоваться вашей помощью, сначала спросите. Не обижайтесь, если человек откажется; он, вероятно, просто очень независим. Например, если вы видите человека в инвалидной коляске, приближающегося ко входу, вы можете спросить: «Хотите, чтобы я открыл вам дверь?» Если вы видите человека, использующего инвалидную коляску, и поднимающегося по крутому склону, вы можете спросить: «Хотели бы вы, чтобы я помог вам подняться в гору?» Никогда не перемещайте инвалидную коляску без разрешения. Если ваше предложение о помощи принято, спросите, что нужно делать, и четко следуйте инструкциям.

Шаг 8. Запомните основные правила при использовании инвалидной коляской.

1. Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия. Имейте в виду, что коляски с электромотором, как правило, имеют табличку, где указан тип батареи, имеется схема, как ее отсоединить, как перевести коляску в режим ручного движения и кто является владельцем коляски.



2. Ни в коем случае не пытайтесь без спроса поднять коляску с инвалидом и пронести ее в тех местах, где нет пандуса или лифта. Имейте в виду, что даже если владелец коляски не против, для таких манипуляций требуется персонал, который имеет особый опыт. В крайнем случае, воспользуйтесь рекомендациями инвалида. Если вы готовите встречу, в которой участвуют люди, использующие коляски или испытывающие трудности в передвижении, побеспокойтесь о том, чтобы там, где есть барьеры (пороги, ступени, двери и пр.), были сотрудники, готовые помочь.



3. Не подхватывайте коляску за колеса или другие выступающие части, которые, на ваш взгляд, предназначены для ее подъема. Это может быть небезопасно и грозит складыванием коляски или ее поломкой, а для инвалида чревато падением.

4. Позаботьтесь о том, чтобы человек, использующий коляску, мог дотянуться до нужных ему вещей. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия.

5. Если человек на коляске расположился таким образом, что мешает пройти вам или другим людям, можно ли его подвинуть? Конечно, он же не один в мире. Но коляску нельзя начинать катить без предварительного разговора с ее хозяином.

6. Если существуют архитектурные барьеры, предупредите о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения. Убедитесь, что проходы и коридоры достаточно широки, чтобы маневрировать в инвалидной коляске. Туалетные комнаты должны быть достаточно большими, чтобы развернуть коляску, и необходимы поручни. Если событие происходит на открытом воздухе, то земля или поверхность должны позволить инвалидной коляске легко передвигаться по нему. Гравий, песок, мягкие или очень неровные поверхности могут представлять серьезную проблему.

Отдельной категорией выступают люди с нарушениями опорно-двигательного

аппарата, способные передвигаться самостоятельно, в том числе используя трости, костыли или ходунки. В эту группу входят те, кто может ходить, но нуждается в приспособлениях для облегчения ходьбы, или те, кому трудно передвигаться на большие расстояния.

Если человек использует приспособления для ходьбы (трости, костыли или ходунки), ему может быть трудно пользоваться руками, когда он стоит, чтобы достать телефон или заполнить документы. Некоторым комфортнее делать это сидя. Другие предпочитают стоять, потому что вставать и садиться им сложно или неудобно. Поэтому волонтеру важно помнить, что таким людям можно предложить, но не настаивать присесть.

Если человеку сложно ходить, найдите место, где человек может присесть, и принесите его вещи к нему. Можно предложить помощь в размещении верхней одежды, сумок, чемоданов или других вещей. Уместно будет предложить открыть дверь. При этом всегда помните, что трогать и/или переставлять костыли, трости, ходунки без разрешения нельзя.

II. Действия при сопровождении

1. Помощь по преодолению препятствий на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры

При сопровождении инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, барьерами различной степени выраженности могут быть:

- пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие;
- неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней;
- высокое расположение информации;
- высокие прилавки;
- отсутствие места для разворота на кресле-коляске;
- узкие дверные проемы, коридоры;
- отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий (при необходимости) и другие физические и информационные барьеры.

При сопровождении инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата барьерами различной степени выраженности могут быть:

- 1) для лиц, передвигающихся самостоятельно с помощью тростей, костылей, опор, – пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные

пандусы, отсутствие поручней, отсутствие мест отдыха на пути движения и другие физические барьеры;

2) для лиц, не действующих руками, – препятствия при выполнении действий руками (открывание дверей, снятие одежды и обуви и т.д., пользование краном, клавишами и др.), отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для осуществления действий руками.

Если Вас попросили передвигать коляску с инвалидом, катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия или к выпадению инвалида из кресла-коляски.

На объекте массового посещения (кинотеатры, театры, концертные залы и т.п.) необходимо сразу выяснить, планирует ли инвалид расположиться в зале в кресле-коляске на специально отведенном месте, в этом случае необходимо организовать, чтобы соответствующие службы демонтировали кресла для освобождения площадки для размещения кресла-коляски в зале. Если инвалид планирует пересечь из кресла-коляски в зрительское кресло, необходимо оказать ему помощь при пересадке (по его просьбе) и сложить коляску.

Человек на коляске по расположению относительно окружающих его людей всегда ниже, то есть, при большом скоплении людей, ему трудно ориентироваться, видеть доступную для других информацию. По его просьбе следует проинформировать о расположении основных зон обслуживания: как попасть в гардероб, туалет, где находятся его место в зрительном зале, кабинет приема, другое место обслуживания и при необходимости сопроводить его до места целевого посещения. В начале посещения следует обязательно проинформировать инвалида, где находятся зоны безопасности, как себя вести в экстренной ситуации.

При поступлении сигнала об оказании помощи из санузла для инвалидов следует выяснить, какого рода помощь требуется, при необходимости открыть дверь снаружи специальным ключом и организовать необходимую помощь (поднять инвалида с пола, вызвать медицинский персонал и пр.).

По окончании посещения объекта (получения услуги, окончании спектакля, концерта) следует помочь инвалидам одеться в гардеробе и покинуть помещения объекта, либо в числе первых посетителей, либо предложить подождать, когда пройдет основной их поток.

2. Передвижение в местах с/без доступной средой, с/без барьерами (пороги,

ступени, двери и т.д.)

Притормозите коляску в месте перепадов высоты, порога, стыка пандуса и прилегающего пола. Будьте осторожны, при резком нажатии на ручки коляска может опрокинуться.

При необходимости преодоления небольших препятствий (порогов, одиночных ступеней) осторожно нажмите ногой специальный упор-рычаг на раме сзади коляски. Пороги и одиночные ступени можно преодолевать, перекатывая коляску сначала задними большими колесами (спиной вперед). При перемещении по крутому пандусу следует спускать инвалида спиной вниз, чтобы он не выпал из коляски.

Выясните у посетителя на кресле-коляске, нужно ли ему воспользоваться платформой для инвалидов для спуска или подъема на другие уровни объекта (при наличии платформы). При использовании платформы следует предложить помощь инвалиду для заезда на нее по минипандусу, некоторым подъем даже на небольшую высоту представляет затруднение (рис. 17).

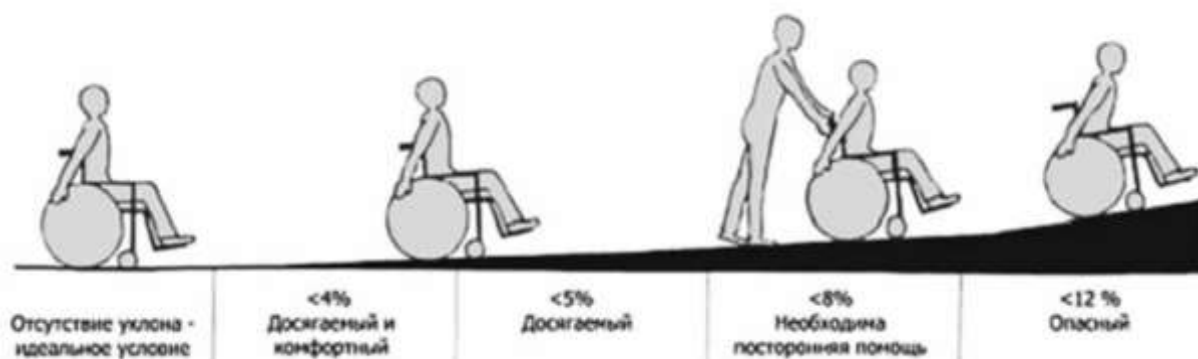


Рис. 17. Характеристика уклона пандуса по параметрам доступности и безопасности

В экстренных ситуациях следует максимально быстро организовать безопасную эвакуацию нуждающихся в помощи, привлекая к этому ответственных лиц, либо добровольных помощников, четко управляя их действиями. Не следует эвакуировать инвалидов на кресле-коляске в общем потоке, так как они могут затормозить поток людей и создать давку. В исключительных случаях при необходимости эвакуации инвалида по лестнице следует переносить его на руках без коляски (вес коляски 18-20 кг).

При необходимости перемещения инвалида по лестнице путем переноса

коляски обязательно спросите, за какие части коляски можно ее поднимать, так как у коляски есть съемные детали (подлокотники, подножки, большие колеса).

При падении инвалида на пол спросите у него как оказать ему помощь, следуйте его инструкциям.

3. Помощь в использовании технических средств реабилитации (изделий)

К техническим средствам реабилитации относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида (рис. 18)



Рис. 18. Технические средства реабилитации инвалидов-колясочников

Вопросы для тестового контроля

| | |
|---|---|
| 1. КОГДА ВЫ ГОВОРИТЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ИНВАЛИДНОЙ КОЛЯСКОЙ ИЛИ КОСТЫЛЯМИ, НЕОБХОДИМО | |
| <input type="checkbox"/> | смотреть на него сверху вниз и внимательно слушать |
| <input type="checkbox"/> | опереться на инвалидную коляску, чтобы сократить дистанцию между вами |
| <input checked="" type="checkbox"/> | расположиться так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне |
| 2. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ ТАКИЕ ВИДЫ ПАТОЛОГИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КАК И | |
| <input type="checkbox"/> | Полиартрит |
| <input checked="" type="checkbox"/> | детский церебральный паралич (ДЦП) |
| <input type="checkbox"/> | врожденный вывих бедра |
| <input type="checkbox"/> | аномалии развития позвоночника (сколиоз) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Полиомиелит |

| | |
|--|--|
| | недоразвитие и дефекты конечностей (верхних и/или нижних) |
| | Кривошея |
| 3. К ВРОЖДЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КРОМЕ И | |
| | Кривошеи |
| | врожденного вывиха бедра |
| V | Полиомиелита |
| | артрогрипоза (врожденного уродства) |
| | аномалий развития позвоночника (сколиоза) |
| V | детского церебрального паралича (ДЦП) |
| | недоразвития и дефектов верхних и/или нижних конечностей |
| 4. К ВРОЖДЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КРОМЕ И | |
| | недоразвития и дефектов верхних и/или нижних конечностей |
| | аномалий развития позвоночника (сколиоза) |
| V | Полиартрита |
| | врожденного вывиха бедра |
| | Кривошеи |
| V | заболеваний скелета (туберкулеза, опухолей костей, остеомиелита) |
| | артрогрипоза (врожденного уродства) |
| 5. К ПРИОБРЕТЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КРОМЕ И | |
| | травматических повреждений спинного мозга, головного мозга и конечностей |
| V | детского церебрального паралича (ДЦП) |
| | Полиартрита |
| | врожденного вывиха бедра |
| V | Полиомиелита |
| | системных заболеваний скелета (хондродистрофии, рахита) |
| 6. К ПРИОБРЕТЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КРОМЕ И | |
| V | Кривошеи |
| | заболеваний скелета (туберкулеза, опухолей костей, остеомиелита) |
| | Полиартрита |
| | травматических повреждений спинного мозга, головного мозга и конечностей |
| V | аномалий развития позвоночника (сколиоза) |
| | системных заболеваний скелета (хондродистрофии, рахита) |
| 7. К ПРИОБРЕТЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КРОМЕ И | |

| | |
|--|--|
| | травматических повреждений спинного мозга, головного мозга и конечностей |
| | Полиартрита |
| V | недоразвития и дефектов верхних и/или нижних конечностей |
| | заболеваний скелета (туберкулеза, опухолей костей, остеомиелита) |
| V | артрогрипоза (врожденного уродства) |
| | системных заболеваний скелета (хондродистрофии, рахита) |
| 8. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, СЛЕДУЕТ | |
| V | обращаться непосредственно к нему, а не к сопровождающему его лицу |
| | относиться к нему с жалостью, прибегая при необходимости к покровительственному тону разговора |
| V | внимательно выслушать его указания, прежде чем пытаться оказать помощь |
| | избегать прямого контакта – вначале надо обратиться к сопровождающему его лицу, а уже потом непосредственно к инвалиду |
| 9. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМ ИНВАЛИДНУЮ КОЛЯСКУ, СЛЕДУЕТ | |
| | отойти от него на пару-тройку метров и говорить громче, чтобы вас хорошо было слышно |
| V | присесть на корточки или отойти на метр, чтобы он мог на вас нормально смотреть |
| | встать сзади у коляски или опереться на нее, разговаривая тихо и наклонившись сверху |
| 10. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМ ИНВАЛИДНУЮ КОЛЯСКУ, НЕЛЬЗЯ БЕЗ ЕГО РАЗРЕШЕНИЯ | |
| | присаживаться перед ним на корточки |
| V | прикасаться к его коляске или к его вещам |
| | подходить ближе, чем на метр |
| V | начинать катить коляску |
| 11. ЕСЛИ ВЫ КАТИТЕ ИНВАЛИДНУЮ КОЛЯСКУ И ВСТРЕТИЛОСЬ ПРЕПЯТСТВИЕ В ВИДЕ СТУПЕНЕК, ТО ВАМ СЛЕДУЕТ | |
| | поднять коляску с инвалидом и осторожно ее перенести |
| V | обратиться к специально обученному персоналу |
| 12. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМ ИНВАЛИДНУЮ КОЛЯСКУ ИЛИ КОСТЫЛИ, РАСПОЛОЖИТЕСЬ ТАК, ЧТОБЫ | |
| | на вас падал свет и вас было хорошо видно |
| V | ваши и его глаза были на одном уровне |
| | вам удобнее было катить коляску или держать костыли |
| 13. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ ИНВАЛИДОВ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ТРУДНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ, НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВИЛА | |
| | если вам разрешили передвигать коляску, сначала катите ее медленно |

| | |
|---|--|
| | если существуют архитектурные барьеры, предупреждать о них |
| | четко следовать инструкции инвалида при передвижении |
| V | все варианты верны |

2.2. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением зрения

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с нарушениями зрения (слепые и слабовидящие), представьтесь людям, находящимся рядом. Предложите помощь инвалиду.

Осуществите сопровождение инвалида по определенному маршруту:

- ходьба на улице и в помещении;
- переход улицы, сход и подъем с тротуара на дорогу;
- ходьба по узким проходам, вход в помещение или выход;
- подъем и спуск по лестнице;
- посадка и высадка в транспортное средство;
- посадка в кресло или на стул.

ПАМЯТКА:

По данным ВОЗ, в России проживает более 200 тысяч слепых и слабовидящих людей.

Количество тотально слепых людей составляет 9-10% от общего числа незрячих.

Частично слепые и слабовидящие обладают светоощущением, боковым зрением, способны выделить силуэт из фона.

То, что у человека есть нарушение зрения, не всегда сразу заметно. Например, черные очки совершенно не обязательный атрибут для незрячих людей. Будьте внимательны!!!

I. Действия при знакомстве, разговоре и предложении помощи:

1. Знакомаясь с незрячим человеком:

- представьтесь и назовите имена всех людей, с которыми пришли, добавляя, кто из них где находится, используя конкретные слова: «справа», «слева», «спереди», а не «там» и «здесь»;

- всегда обращайтесь непосредственно к незрячему человеку, а не к его сопровождающему;
- дайте понять собеседнику, что вы рядом, пожав ему руку;



- в групповом диалоге, когда обращаетесь к незрячему, лучше прикоснуться или назвать по имени, иначе человек может не понять, что вы разговариваете именно с ним;
- при общении с группой незрячих людей, обращаясь к кому-то из них конкретно, обязательно называйте его имя;
- встретившись повторно, обязательно вслух напомните о себе и о вашей последней встрече – у незрячих людей прекрасная память на голос, но, напомнив свое имя, вы продемонстрируете уважительное отношение.

2. При разговоре:

- говорите своим обычным, нормальным голосом, используя обычную интонацию; не следует говорить громче;
- используйте слова, не создающие стереотипов, например: «незрячий», «слабовидящий», «с инвалидностью по зрению»;
- не говорите незрячему человеку «слепой» (это слово может обидеть), избегайте фразы «человек с ограниченными возможностями»;
- совершенно *неприемлемо* прибегать к сравнениям: «больной/здоровый», «нормальный/ненормальный», «обычный/неполноценный», «калека», «искалеченный»;
- не стоит переводить тему, если разговор зашел о том, что, на первый взгляд, инвалидам недоступно (например, путешествия, покупка модных вещей или секс) – это ложное суждение;

- всегда озвучивайте свои действия: если вы собираетесь читать незрячему человеку, вслух предупредите его об этом; не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят;

- при необходимости отойти в сторону (особенно в шумном помещении) или ответить на телефонный звонок, дайте вслух знать об этом; при сильном шуме незрячий человек может не заметить, что вы отошли, и продолжать говорить в пустое пространство – обнаружив, что вас нет, он почувствует себя неловко;

- предупреждайте, когда возвращаетесь, иначе незрячий будет думать, что вы еще отсутствуете;

- не извиняйтесь, если случайно сказали: «Увидимся»;

- когда передаете предмет, не нужно говорить: «Пощупай» и делать акцент на тактильном восприятии, лучше скажите: «Посмотри». Дело в том, что для людей, не имеющих зрения, это означает «осознать, видеть руками».

3. При предложении помощи:

- перед тем как помочь – спросите, нуждается ли незрячий человек в помощи, если да, то в какой, и/или обязательно укажите, в чем конкретно вы можете ему помочь;

- не стоит обижаться, если вашу помощь отклонили, значит, человек уже достаточно реабилитирован и привык самостоятельно передвигаться;

- представьтесь незрячему человеку, прежде чем установить с ним физический контакт, – назовите свое имя и свой статус, если это уместно.

II. Действия при сопровождении:

Общие правила. Предложив помощь:

Нельзя хватать незрячего человека за руку или за одежду и тащить его за собой. не стоит заводите его руки назад – это неудобно и вызывает чувство опасности.

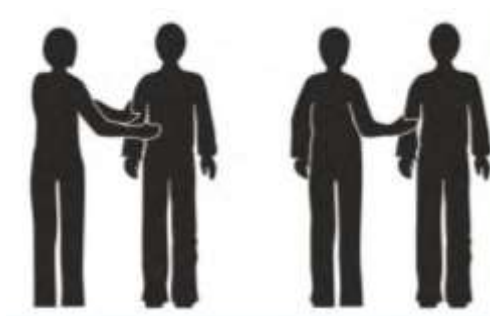


Узнайте, в чем конкретно нуждается незрячий человек. Если он ждет трамвай, не стоит пытаться перевести его через дорогу.

Не отбирайте трость у незрячего человека и не держитесь за нее. Всегда стойте со стороны, свободной от трости. Трость – часть личного пространства. Если человек кладет трость на землю, не трогайте и не убирайте ее.

Не играйте с собакой-поводырем. собака на службе и должна сосредоточиться. Если у человека есть собака-поводырь, идите с противоположной стороны от нее.

Если возникает необходимость поменяться местами, следует оставаться стоять на месте с тем, чтобы слабовидящий человек, не теряя контакта с вами, обошел вас сзади.



1. Ходьба на улице и в помещении:

- передвигайтесь плавно, без рывков и резких движений, идя на полшага впереди;
- слепые люди чувствуют движение и следуют за вами автоматически, поэтому не нужно озвучивать, куда вы поворачиваете;
- осторожно ведите, замедляя шаг и предупреждая о подъемах, спусках, ступенях, трещинах на тротуаре, лужах, ямах, трубах и отмечая любые опасности – вращающиеся или открытые двери, выступающие из стены на уровне головы предметы, такие, как висячие растения или лампы; обратите внимание на наличие бьющихся предметов;
- делитесь увиденным, используйте фразы, характеризующие запах, звук и расстояние;

- обо всем говорите конкретно; в случае наличия препятствия или опасности не следует говорить: «Осторожно!», так как незрячему человеку это ни о чем не говорит человеку; используйте фразы: «Правее!», «Левее!»;



- оказавшись в незнакомом помещении, коротко расскажите, какие предметы в нем находятся; например: «Справа от двери высокий шкаф, в трех шагах по центру – стол». Дайте знать о бьющихся предметах и препятствиях: ступени, низкие потолки, двери;

- если обстановка в помещении, где человек с нарушениями зрения ранее бывал, изменилась, сообщите ему о любых пространственных изменениях – таких, как переставленная мебель, оборудование или другие предметы, которые были перемещены.

2. Переход улицы, сход и подъем с тротуара на дорогу:

- когда на пешеходном переходе стоит человек с белой тростью, но дорогу не переходит, хотя зеленый свет уже горит, то ему нужно помочь;

- прикоснитесь к нему, поздоровайтесь и предложите взять его за руку, свободную от трости, или – лучше – взять вас под руку;



- предлагая свою помощь, направляйте человека, не стискивайте его руку, идите так, как обычно ходите;

- идите на полшага впереди;

- всегда соблюдайте правила, передвигайтесь на разрешающий сигнал светофора и не пытайтесь перебежать дорогу перед идущим транспортом;
- на тротуарах сообщайте слепому о предстоящем спуске и подъеме, не препятствуя ему в ощупывании поверхности тростью;
- перед ступеньками достаточно сказать: «Внимание, ступени» и указать направление (вверх или вниз).

3. Ходьба по узким проходам, вход в помещение или выход:

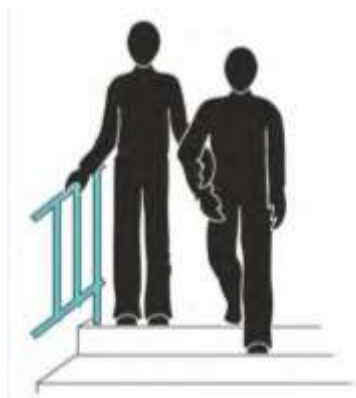
- при ходьбе по узким проходам следует отвести руку назад, чтобы слабовидящий человек несколько вытянул свою руку и следовал непосредственно за вами на расстоянии одного полного шага, чтобы не наступать вам на пятки;
- не следует при быстрой ходьбе, не сбавляя темпа, подводить слабовидящего человека к ступенькам здания под углом 45° , так как ступеньки как бы подкосят его: ваш подопечный может упасть и получить травму;
- при входе в помещение или выходе из него волонтер открывает дверь, а слабовидящий человек свободной рукой закрывает ее, не теряя при этом контакта с сопровождающим.



4. Подъем и спуск по лестнице:

- подходить к лестнице всегда надо перпендикулярно, то есть лестница и направление движения должны составлять прямой угол так, чтобы лицо было обращено в сторону лестницы;
- перед ступеньками достаточно сказать: «Внимание, ступени», указав направление (вверх или вниз); если есть выбор – лестница или эскалатор – предупредите и предоставьте право выбора;
- при подъеме или спуске по лестнице следует опережать подопечного на ступеньку;

- при подъеме сопровождающий придерживается за перила, а слабовидящий человек идет рядом с ним; идущие слегка наклоняются вперед, перенося центр тяжести собственного тела на пальцы ног;
- при спуске с лестницы, наоборот, слабовидящий человек придерживается за перила, не теряя одновременно контакта с сопровождающим (следует помочь положить руки на перила, указав на сторону, в которой они расположены); в целях безопасности при спуске с лестницы надо принять строго вертикальное положение, перенося центр тяжести собственного тела на пятки;



- когда сопровождающий достигает лестничной площадки, его рука, с которой соприкасается подопечный, выравнивается, что говорит последнему о завершении спуска или подъема;
- при спуске с лестницы следует повернуть в сторону коридора или улицы лишь после того, как слабовидящий человек сойдет с последней ступеньки; если это сделать раньше, слабовидящий, предполагая, что лестница уже кончилась, может оступиться.

5. П посадка в транспортное средство и высадка из него:

- в любом случае сначала предложите свою помощь, но не навязывайте ее;
- помогите слепому, вошедшему в транспорт, осторожно пройти вперед;
- если вы сами ведете незрячего человека – следуйте впереди, указывая на ступени;
- провожая, предложите ему опереться на вашу руку; не подталкивайте его и не берите под руку;
- покажите поручни, положив на них его руку;
- если человеку нужно выйти из транспорта, позвольте ему сделать это самостоятельно;
- проводя через дверь, идите впереди, протягивая руку назад;

- при посадке в легковой автомобиль следует положить руку слабовидящего человека на ручку двери, чтобы он сам открыл ее; открыв дверь, подопечный правую руку перекладывает на внутреннюю ручку двери, а левую кладет на сидение, заносит вперед левую ногу и садится;

- сажая в автомобиль, марка (модель) которого незрячему человеку еще не знакома, подведите его к открытой двери и положите одну руку на ее верхний край, вторую руку – на крышу, чтобы он мог проверить, высоко ли находится верхняя кромка дверного проема, чтобы не удариться головой;

- не следует пытаться самому усадить незрячего человека в кресло автомобиля.

б. Посадка в кресло или на стул:

- незрячие люди могут пользоваться руками для равновесия, так что предложите свою руку, если человека нужно провести к креслу или к стулу, но не берите сами его руку первым;

- уместно подвести слабовидящего человека к креслу или к стулу, положить его руку на спинку стула или подлокотник кресла; подопечный по положению стула сам определит, где находится стол; держась одной рукой за спинку стула, другую он слегка выдвинет вперед до соприкосновения со столом, если потребуется, немного отодвинет стул и уверенно сядет;



- подходя к стульям или креслам, расположенным вдоль стены или в первом ряду зрительного зала, следует вместе с подопечным повернуться спиной к стульям и креслам, чтобы незрячий человек мог ногами почувствовать, что он стоит к ним вплотную и может спокойно сесть.

При сопровождении инвалидов с нарушениями зрения барьерами различной степени выраженности могут быть:

- отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей;
- преграды на пути движения (стойки, колонны, углы, стеклянные двери без контрастного обозначения и др.);
- неровное, скользкое покрытие;
- отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Вопросы для тестового контроля

| | |
|---|--|
| 1. ЕСЛИ ВОЛОНТЕР ПРЕДЛОЖИЛ ПОМОЩЬ ИНВАЛИДУ ПО ЗРЕНИЮ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО | |
| V | дождаться пока предложение будет принято |
| | прикоснуться/взять за руку |
| | предложить взять трость владельца |
| 2. ВО ВРЕМЯ ОБЩЕНИЯ С ГРУППОЙ НЕЗРЯЧИХ ЛЮДЕЙ НЕОБХОДИМО | |
| V | каждый раз называть того инвалида по зрению, к кому обращаются |
| | повысить голос и менять интонацию голоса при общении с каждым в отдельности инвалидом по зрению |
| | каждый раз касаться того инвалида по зрению, к кому обращаются |
| 3. ЕСЛИ ВЫ РАЗГОВАРИВАЕТЕ С ИНВАЛИДОМ, ИСПЫТЫВАЮЩИМ ТРУДНОСТИ В ОБЩЕНИИ, НЕОБХОДИМО | |
| | договорить за него фразу или закончить предложение |
| | поправить его |
| V | подождать, когда сам человек закончит фразу |
| 4. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ | |
| | слабовидящий и волонтер заранее договариваются о том, как лучше выстроить процесс сопровождения |
| | волонтер берет слабовидящего за руку и держит ее так, чтобы не сковывать движения, но достаточно надежно, чтобы не отстать |
| V | слабовидящий берет волонтера под руку чуть выше локтя и держит его, чтобы не сковывать движения и не отстать |
| 5. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ | |
| | слабовидящий и волонтер должны находиться на одной линии движения |
| | слабовидящий идет на расстоянии полушага впереди волонтера, и тот повторяет его движения |
| V | слабовидящий идет на расстоянии полушага за волонтером, повторяя его движения |
| 6. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ СЛАБОВИДЯЩИЙ НАХОДИТСЯ | |

| | |
|--|---|
| | впереди волонтера |
| | справа от волонтера |
| V | справа или слева от волонтера – в зависимости от того, какая рука слабовидящего свободна от трости |
| | слева от волонтера |
| 7. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ ВОЛОНТЕР ДОЛЖЕН ВЗЯТЬ ТУ РУКУ СЛАБОВИДЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА | |
| | в которой он держит свою трость |
| V | которая свободна от трости |
| | которую тот предложит |
| 8. ЕСЛИ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ СЛАБОВИДЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ПОМЕНЯТЬСЯ МЕСТАМИ, ТО В ЭТОМ СЛУЧАЕ | |
| | слабовидящий остается стоять на месте, а волонтер, не теряя контакта с ним, обходит его сзади |
| V | волонтер остается стоять на месте, а слабовидящий, не теряя контакта с ним, обходит его сзади |
| | волонтер остается стоять на месте, а слабовидящий, не теряя контакта с ним, обходит его спереди |
| | слабовидящий остается стоять на месте, а волонтер, не теряя контакта с ним, обходит его спереди |
| 9. ПРИ ХОДЬБЕ ПО УЗКИМ ПРОХОДАМ | |
| V | волонтер отводит руку назад, а слабовидящий человек вытягивает свою руку и следует непосредственно за сопровождающим на расстоянии одного полного шага, чтобы не наступать ему на пятки |
| | слабовидящий человек вытягивает свою руку назад, а волонтер, поддерживая слабовидящего, следует непосредственно за ним на расстоянии полушага, направляя движение |
| | волонтер берет слабовидящего человека под руку, двигаясь боком в направлении прохода |
| 10. ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ В ПЕРЕХОДЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ ВОЛОНТЕР, СОПРОВОЖДАЮЩИЙ СЛАБОВИДЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА, ДОЛЖЕН | |
| V | остановиться перед ступеньками и предупредить, когда начинать движение |
| | сбавив темп движения, громко предупредить слабовидящего о препятствии |
| | попытаться обойти препятствие |
| 11. ПРИ ВХОДЕ В ПОМЕЩЕНИЕ ИЛИ ВЫХОДЕ ИЗ НЕГО | |
| | волонтер открывает дверь, пропуская подопечного вперед, а затем закрывает ее, не теряя при этом контакта с подопечным |
| V | волонтер открывает дверь, а подопечный свободной рукой закрывает ее, не теряя при этом контакта с сопровождающим |
| 12. ПРЕДЛАГАЯ ПОДОПЕЧНОМУ СЕСТЬ, ВОЛОНТЕР ДОЛЖЕН | |
| | немного подтолкнуть слабовидящего по направлению к сиденью |

| | |
|---|--|
| | помочь незрячему человеку усесться, придерживая его за руки |
| V | направить руку незрячего человека на спинку сиденья или подлокотник |
| 13. ПРИ ПОДЪЕМЕ ИЛИ СПУСКЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ ВОЛОНТЕР ДОЛЖЕН | |
| V | всегда опережать подопечного на ступеньку |
| | идти на ступеньку позади подопечного |
| | двигаться параллельно с подопечным |
| 14. ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ | |
| V | волонтер придерживается за перила, а слабовидящий человек следует за ним |
| | волонтер и подопечный держатся за перила |
| | слабовидящий человек придерживается за перила, не теряя одновременно контакта с волонтером |
| 15. ПРИ СПУСКЕ С ЛЕСТНИЦЫ | |
| | волонтер придерживается за перила, а слабовидящий человек следует за ним |
| V | слабовидящий человек придерживается за перила, не теряя одновременно контакта с волонтером |
| | волонтер и подопечный держатся за перила |
| 16. ПРИ ПОСАДКЕ В ЛЕГКОВОЙ АВТОМОБИЛЬ ВОЛОНТЕР ДОЛЖЕН | |
| V | положить руку слабовидящего человека на ручку дверцы, чтобы он сам открыл ее |
| | открыть дверцу и помочь слабовидящему сесть |
| 17. ПРИ СООБЩЕНИИ НЕЗРЯЧЕМУ ЧЕЛОВЕКУ О ЛЮДЯХ, ПРИСУТСТВУЮЩИХ ИЛИ СОПРОВОЖДАЮЩИХ ВАС, НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАКИЕ СЛОВА, КАК | |
| | «тут», «там» и «здесь» |
| V | «справа», «слева» и «спереди» |
| 18. КОГДА ВЫ ХОТИТЕ ПРОВОДИТЬ КУДА-ЛИБО ЧЕЛОВЕКА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ, ВАМ СЛЕДУЕТ | |
| | вести его под руку |
| V | предложить ему взять вас под руку |
| 19. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОЖАТЬ РУКУ НЕЗРЯЧЕМУ ЧЕЛОВЕКУ, НЕОБХОДИМО | |
| | дотронуться до его плеча |
| | спросить разрешения у его проводника |
| V | вслух его предупредить |
| 20. ДОПУСТИМО ЛИ ПРИ ОБЩЕНИИ С НЕЗРЯЧИМ ЧЕЛОВЕКОМ УПОТРЕБЛЯТЬ СЛОВО «СМОТРЕТЬ»? | |
| | нет, так как незрячий человек не способен понять это слово |
| | нет, так как незрячий человек может быть оскорблен этим словом |
| V | да, так как для человека, имеющего нарушения зрения, это означает «видеть руками», осязать |
| 21. КОГДА ПЕРЕДАЕТЕ КАКОЙ-ЛИБО ПРЕДМЕТ НЕЗРЯЧЕМУ ЧЕЛОВЕКУ, УМЕСТНЕЕ ВСЕГО СКАЗАТЬ | |

| | |
|---|--|
| V | «посмотри» |
| | «пощупай» |
| 22. КОГДА ВЫ С НЕЗРЯЧИМ ЧЕЛОВЕКОМ ВХОДИТЕ В НЕЗНАКОМОЕ ДЛЯ НЕГО ПОМЕЩЕНИЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО КОРОТКО РАССКАЗАТЬ | |
| V | о том, какие предметы обстановки в нем находятся |
| | о присутствующих в нем людях |
| 23. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ОТОЙТИ В СТОРОНУ ИЛИ ОТВЕТИТЬ НА ТЕЛЕФОННЫЙ ЗВОНОК СЛЕДУЕТ | |
| | дотронуться до плеча незрячего человека |
| V | вслух предупредить незрячего человека |
| | предупредить проводника незрячего человека |
| 24. ОБСЛУЖИВАЯ ИНВАЛИДА ПО ЗРЕНИЮ ЗА СТОЛОМ, СЛЕДУЕТ | |
| | дать ему в руки столовые приборы |
| | положить столовые приборы в его тарелку |
| V | сообщить незрячему человеку, где находятся столовые принадлежности |
| 25. ОСТАВЛЯЯ НЕЗРЯЧЕГО ЧЕЛОВЕКА ОДНОГО В КАКОМ-ЛИБО ПОМЕЩЕНИИ ПРИ ВКЛЮЧЕННОМ СВЕТЕ | |
| V | вам следует узнать, оставить свет включенным или выключить |
| | вы можете, уходя, выключить свет, так как незрячему человеку все равно, горит свет или нет |
| 26. ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ПЕРЕДВИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СОБАКИ-ПРОВОДНИКА, В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО | |
| | покормить собаку, расположить к себе |
| | предложить взять поводок с собакой |
| V | не трогать и не отдавать команды собаке |
| 27. ВО ВРЕМЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ИНВАЛИДА ПО ЗРЕНИЮ НЕОБХОДИМО | |
| | поближе познакомиться, завести непринужденный разговор |
| V | быть внимательным, предупреждать о различных препятствиях (ступени, бордюры, лужи и др.) |
| | поинтересоваться самочувствием, планами на день |

2.3. Технологии волонтерской работы с лицами с нарушением слуха

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с нарушениями слуха (слабослышащие, глухие, слепоглухие).

Привлеките внимание, установите визуальный контакт. Объясните ход и цель намеченных действий, получите информированное согласие инвалида.

Предложите помощь инвалиду с нарушением слуха посредством: словесной речи, артикуляции губ, общих жестов, пантомимы; письменного общения.

Уточните наличие дополнительной информации, которая, по мнению инвалида (или сопровождающего лица/родственника), поможет лучше вам справиться с поставленной задачей.

Осуществите сопровождение инвалида по определенному маршруту: ходьба на улице и в помещении.

ПАМЯТКА:

По данным Всероссийского общества глухих, в России около 13 млн людей имеют проблемы со слухом, 300 тыс. из них – глухие и слабослышащие.

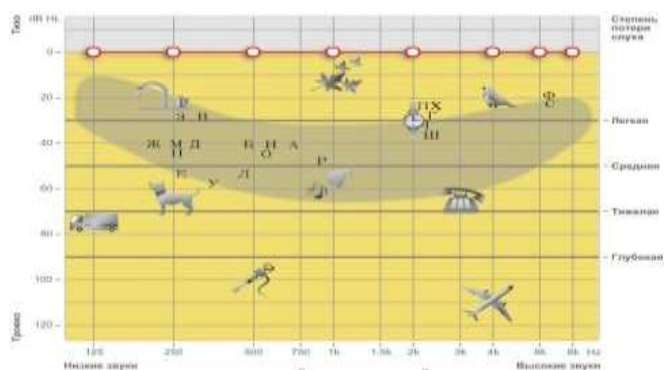
К категории *глухих* относятся лица со стойким двусторонним нарушением слуха, при котором при врожденной или рано возникшей (до овладения речью в 3 года) глухоте, естественный ход развития словесной речи оказывается невозможным.

К категории *слабослышащих* относятся лица со снижением способности обнаруживать и понимать звуки при сохранении минимальной возможности самостоятельного формирования словесной речи.

Отдельную категорию составляют *слепоглухие* люди (по данным за 2015 год – около 2200 чел.), имеющие врожденное или приобретенное одновременное нарушение слуха и зрения (слепота и глухота).

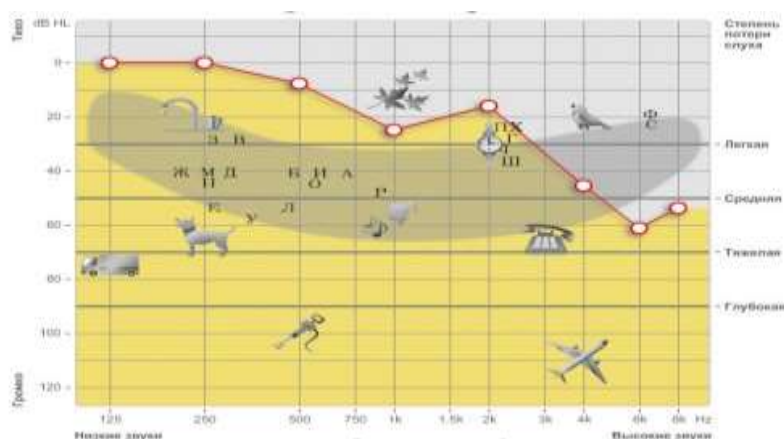
Согласно Международной классификации тугоухости, выделяют:

1. *Слух в норме* – человек слышит звуки на всех частотах от 0 до 25 дБ и не испытывает проблем с общением:

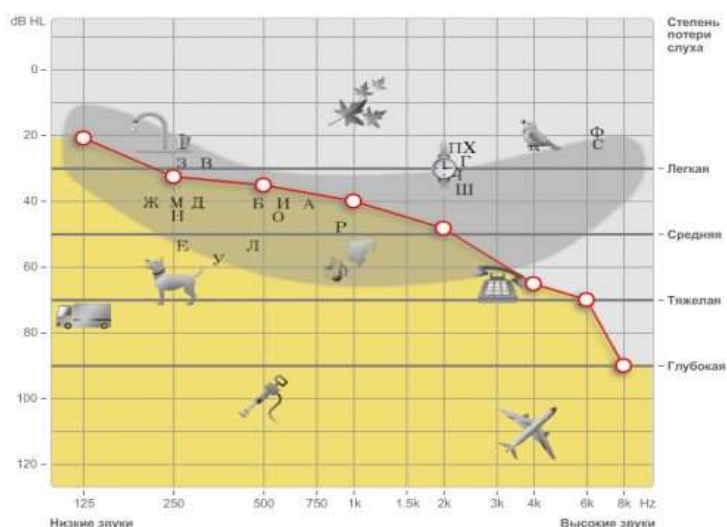


2. *Первая (слабая) степень тугоухости* – человек слышит звуки только громче 26-40 дБ. При легкой тугоухости человек различает разговор шепотом на расстоянии от 1 до 3 метров, а разговорную речь на расстоянии более 4 метров. У него появляются

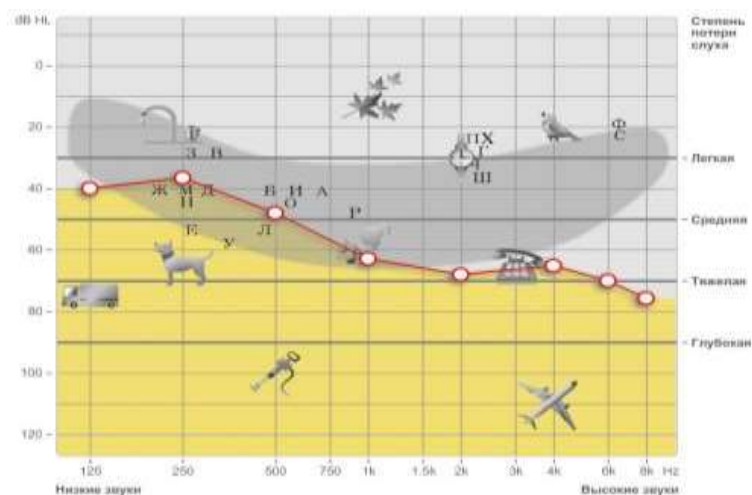
трудности в восприятии тихой и отдаленной речи, он не может адекватно воспринимать разговор при посторонних шумах или искажении речи:



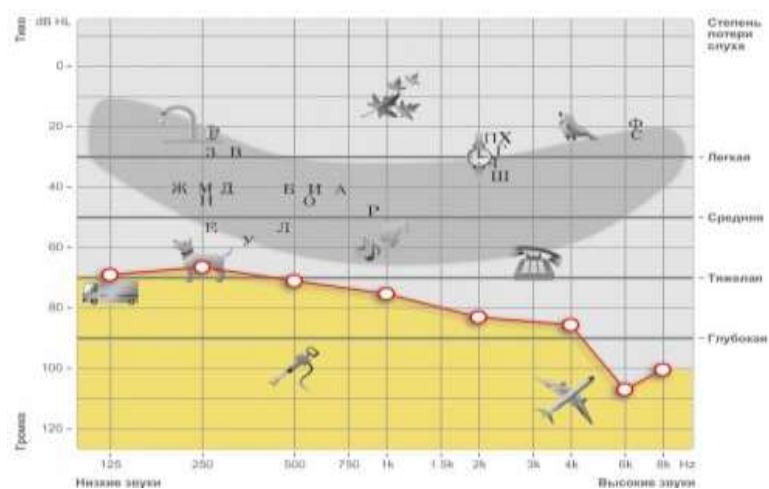
3. *Вторая (средняя) степень тугоухости* – человек слышит звуки только громче 41-55 дБ. Человек воспринимает шепотную речь на расстоянии меньше, чем один метр, а разговорную речь слышит на расстоянии от 2 до 4 метров. У него имеются трудности в восприятии тихой и отдаленной речи, диалога. Тугоухость 2-й степени характеризуется неразборчивостью в восприятии всех слов в нормальной обстановке, требуются неоднократные повторения некоторых фраз или отдельных слов:



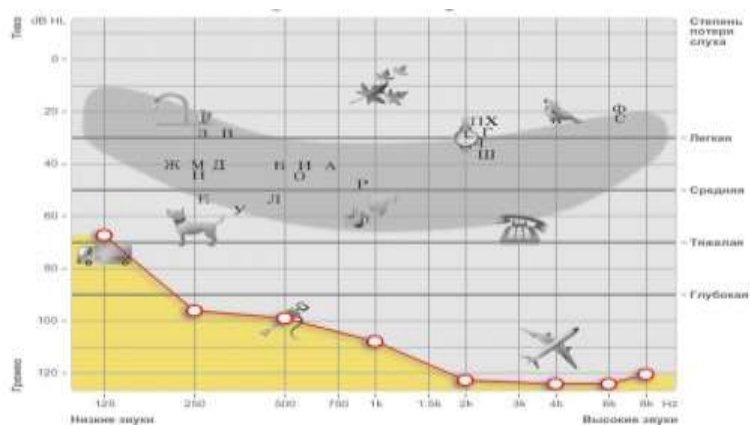
4. *Третья (средне-тяжелая) степень тугоухости* – человек слышит звуки только громче 56-70 дБ. Он воспринимает только громкую речь, но при этом испытывает затруднения при коллективном общении и при разговоре по телефону:



5. *Четвертая (тяжелая) степень тугоухости* – человек слышит звуки только громче 71-90 дБ. Невозможно различить шепот даже на очень близком расстоянии. Человек с трудом воспринимает даже громкую разговорную речь на расстоянии меньше, чем 2 метра. Понятен только крик или усиленная наушниками речь. Разговор по телефону невозможен. Используется слуховой аппарат и обучение зрительному восприятию речи (чтению с губ), чтобы иметь возможность общаться:



6. *Глухота (глубокая)* – у человека полное отсутствие слуха или он может услышать звуки только громче 91 дБ и испытывает трудности в понимании речи, даже усиленной наушниками. Восприятие речи становится практически невозможным:



При установлении контакта необходимо *учитывать* степень нарушения слуха. Вербальная коммуникация с окружающими у людей, имеющих стойкое двустороннее нарушение слуховой функции, либо затруднена по причине тугоухости, либо вообще невозможна в принципе (глухота).

Вы можете определить слабослышащих при наличии у них слухового аппарата (хотя многие люди не носят их или не могут себе этого позволить, да и аппараты нового поколения очень сложно увидеть).

Глухие и «практически» глухие могут не носить слуховые аппараты вовсе. Некоторые из них отлично читают по губам и могут понимать, что вы говорите, но большинство из них общаются на языке жестов. Глухие люди общаются с помощью жестов и мимики, а не с помощью речи. Такое визуальное общение иногда пугает и кажется странным на первый взгляд, но следующие рекомендации помогут вам.

Если вы общаетесь с глухим через переводчика, не забудьте, что всегда надо обращаться непосредственно к собеседнику, а не к переводчику. Не стоит вовлекать в беседу самого переводчика или вообще переключаться на него. Старайтесь избегать фраз, обращенных к переводчику по отношению к глухим, таких как: «Скажите ему», «Я вам расскажу, вы потом переведете». Такие фразы звучат грубо и неуместно; они унижают достоинство слабослышащего человека.

Говорите ясно, спокойно и четко, используя короткие и простые фразы. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо. Если вас просят повторить что-то, попробуйте перефразировать свое предложение. Используйте жесты. Убедитесь, что вас поняли, и не стесняйтесь спросить, понял ли вас собеседник.

Как привлечь внимание человека, имеющего полное отсутствие слуха, и установить визуальный / вербальный контакт

Шаг 1. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помашите ему рукой или прикоснитесь к нему.



Привлеките внимание, прежде чем начать общаться или заговорить. Установите зрительный контакт. Но вы должны быть внимательными и не тыкать людей, так как среди глухих это считается невежливым, поэтому слегка касайтесь людей, которых вы не знаете. Лучше всего дотронуться до плеча, несколько раз слегка нажав на него.

Для привлечения внимания можно также использовать махание рукой, но не близко перед лицом. Широкие взмахи рукой хорошо видны издалека. У глухих (точнее, пользователей жестового языка) развито периферийное зрение, поэтому движения руками им легко заметить.



Для привлечения внимания на расстоянии можно также помогать светом в помещении или мобильным телефоном (т.е. включить – выключить). Можно топнуть несколько раз по полу в помещении, при условии, что пол деревянный, а не кафельный; ударить пару раз по предмету (например, по столу) – вибрация будет

передаваться через костную проводимость. Если глухой находится очень далеко, можно попросить другого человека привлечь его внимание.

Шаг 2. Смотрите прямо в глаза и говорите четко, хорошо артикулируя звуки.



Оставайтесь в поле зрения. Старайтесь, чтобы ваши глаза были на том же уровне, что и у него: сядьте, если человек сел, или встаньте, если человек встал, чтобы компенсировать большую разницу в высоте. В любом случае, вы должны находиться от него немного дальше, чем обычно (3-6 футов, 1-2 метра). Это необходимо для того, чтобы увидеть все жесты.

Для незлышащих людей очень важен визуальный контакт, то есть ваше лицо должно быть обращено к глухому собеседнику, должен быть контакт «глаза – в глаза». Если вы отводите глаза, то это может восприниматься как нежелание общаться, обида или пренебрежение.

Если вы находитесь в помещении, то убедитесь, что достаточно света и собеседник хорошо вас видит. Постарайтесь, чтобы вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало. Если вы находитесь на улице, встаньте лицом к солнцу, чтобы на него не падала тень, и не было бликов.

Шаг 3. Поздоровайтесь нормальным голосом и тоном.



Шепот или крик будут искажать ваши губы, и ваш собеседник может не понять, что именно вы говорите (хотя многие умеют читать по губам в определенной степени). Аналогично, если вы ускоряете движения рта, то вас будет труднее понять, чем, если бы говорили нормально. Повышение голоса помогает только, если человек плохо слышит, но у этого способа есть негативные такие стороны, как привлечение постороннего внимания, и человек, с которым вы общаетесь, будет неловко себя чувствовать.

Если вы видите, что человек не умеет читать по губам, вы можете с ним общаться с помощью блокнота и ручки. Напишите приветствие, свое имя и вступление.

Если у вас есть густая борода и пышные усы, глухому человеку будет труднее понять, что вы говорите. Многие слабослышащие люди смогут вас услышать в пустом помещении, но у них это не получится в месте, где высокий фоновый шум. Не кладите ничего в рот или возле рта (жевательная резинка, руки и т.д.).

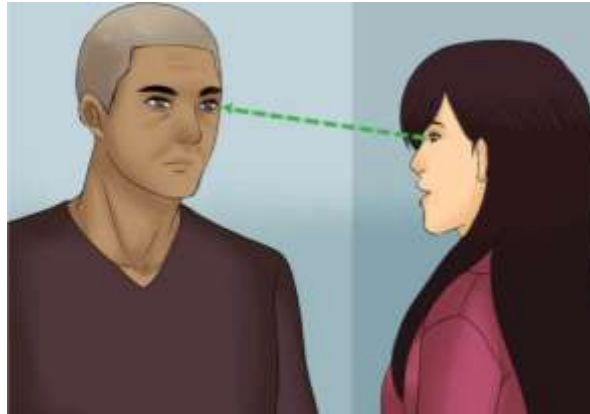
Шаг 4. Продумайте суть того, что собираетесь говорить.



Как только глухой установит суть разговора, ему будет проще вас понять. Не меняйте резко тему разговора: даже тот, кто идеально может читать по губам, понимает максимум только треть от того, что вы говорите; остальное он угадывает по контексту. Остановитесь и спросите, понимает ли он вас.

У большинства неслышащих людей «глухой» голос, искажена речь, нечеткие звуки при произношении, неточная интонация. Не отмахивайтесь от глухого собеседника, лучше попросите его повторить и тогда сможете понять, что он хочет от вас. У многих позднооглохших или слабослышащих очень внятная и разборчивая речь, иногда с «иностранным акцентом», но это не значит, что они вас хорошо слышат. И если вы не поняли, можно попросить глухого написать его вопрос.

Шаг 5. Установите зрительный контакт.



Вы, наверное, не понимаете, как много они общаются при помощи ваших глаз и мимики. Если у вас есть очки, снимите их. Если вы можете применить мимику, чтобы обозначить точку (улыбка, движение глаз и бровей), сделайте это.



Шаг 6. Используйте жесты и визуальные подсказки.



При разговоре с глухим человеком, который может читать по губам, стойте лицом к нему. Это кажется очевидным, но многие люди при разговоре с глухим могут повернуть голову в сторону. Это создает трудности человеку понять вас.

Но даже если ваш собеседник обладает навыком чтения по губам, то нужно соблюдать три важных правила:

- только три из десяти слов хорошо прочитываются;
- нужно смотреть в лицо собеседника и говорить ясно и медленно, использовать простые фразы и избегать несущественных слов;
- нужно использовать выражение лица, жесты, телодвижения, если хотите подчеркнуть или прояснить смысл сказанного.

Поэтому при недопонимании остановитесь или задержитесь на любом предмете, о котором вы говорите, дождитесь, пока человек не посмотрит на вас, а затем продолжайте разговор. Вы также можете употреблять мимические действия такие, как «употреблять алкоголь», «прыжок» или «еда», чтобы проиллюстрировать свои слова. Поднимите пальцы, чтобы показать цифры, строчите в воздухе, чтобы показать, что вы пишете письмо и т.д.

Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае говорите немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать информацию.

Не меняйте тему разговора без предупреждения и не переключайтесь с одной темы на другую и обратно – это затрудняет понимание разговора. Используйте переходные фразы типа: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...».

Выбирайте обиходные слова, часто употребляемые в речи. Избегайте крылатых слов и выражений, пословиц и поговорок. При построении фразы лучше использовать прямой порядок слов. Если вас просят повторить что-то, попробуйте не просто повторить, но перефразировать предложение. Не стесняйтесь спрашивать, понял ли вас собеседник.

Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, сообщите по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.

Сотовые телефоны, у которых есть функция текстового набора или смс, станут отличным инструментом, если у вас нет под рукой ручки или бумаги. Вы можете

написать то, что вы хотите сказать, и показать это глухому человеку. Многие глухие также используют сотовые телефоны для набора сообщений.

Шаг 7. Будьте вежливыми.



Если вас отвлекают вещи, которые глухой может не заметить, такие, как телефонный звонок или стук в дверь, объясните, почему вы отвлеклись. Важно также давать информацию о внешних звуках, которые влияют на ситуацию общения – звук сирены за окном, мяуканье кошки и т.п.

Не шутите над их слухом (в их присутствии), не прерывайте общение после того, как вы узнали, что он глухой. Не показывайте раздражения после того, как вас попросили повторить. Позвольте ему высказать свое разногласие. Глухие часто прямолинейны и говорят все в лицо (типа «Что с тобой? Почему плохо выглядишь?»), не нужно поэтому обижаться или стесняться: никакой подковырки здесь нет, и глухой обычно ничего обидного или плохого не имеет в виду, лишь проявляет к вам участие.

Когда глухой человек задает вопрос, не нужно давать уклончивые ответы, «ходя вокруг да около» – дайте четкий ответ. Но когда глухой просит вас рассказать о каком-то событии, он ожидает услышать подробный рассказ, а не несколько слов-отговорок.

Если вам необходимо пройти сквозь группу глухих, разговаривающих на жестовом языке, не стоит пролезать между ними, пригнувшись, пытаясь «просочиться незаметно», лучше просто быстро пройти.

Шаг 8. Выучите язык жестов.

Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Можно спросить об этом при первой встрече. Для более полноценного общения с глухими людьми, которые лучше общаются жестами, чем словами, изучите язык жестов. Язык жестов – это обычный язык со своими грамматическими и синтаксическими особенностями.

Один жест представляет собой символ, выражающий определенное понятие (одно или несколько слов). Жест представляет собой комбинацию из нескольких элементов: форма руки, место исполнения жеста, направление и характер движения, выражение лица.

При изменении лишь одного из компонентов меняется смысл и значение жеста. Различают две группы жестов – жесты, у которых артикуляция совпадает со словом русского языка, и жесты, имеющие свой особый немануальный компонент. Всего в русском жестовом языке насчитывается порядка 10 тысяч жестов.

Выучить такой язык непросто, но есть еще и другая форма общения, которая называется калькирующей жестовой речью (КЖР), здесь просто под слова русского языка подставляются жесты и получается видимая форма устной речи.

Калькирующей жестовой речью часто пользуются позднооглохшие или слабослышащие люди, переводчики, которые не смогли овладеть настоящим жестовым языком. Тем не менее, даже такое использование жестов способствует общению глухих и слышащих, преодолевает информационные преграды. Вас поймут, особенно, если неслышащий собеседник хорошо знает русский язык, ведь в основе КЖР – грамматика словесного языка.

Вспомогательным средством общения служит дактилология, которая является частью национального жестового языка, в частности, для передачи имен собственных, некоторых терминов. По составу дактилология может быть одноручной, двуручной, комбинированной (одни дактилемы показываются обеими руками, другие – одной). Есть дактильные системы, где одному знаку соответствует одна буква письменного языка, есть – целый слог. По данной типологии русская пальцевая азбука является одноручной, копирующей и буквенной. Дактилология довольно широко применяется в обучении глухих, представляя собой «видимую» русскую речь, «письмо в воздухе».

И все же жестовый язык и дактилирование представляют собою достаточно трудоемкие сферы для освоения, тем более что благодаря современным техническим средствам при необходимости можно легко добиться понимания иным способом (например, написав сообщение).

Тем не менее, волонтер, зная хотя бы основные жесты языка, сможет выстроить элементарную коммуникацию, не прибегая к помощи переводчика.



Существует несколько типов и степеней глухоты и, соответственно, существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат (голосом, жестами, переписка на бумаге). Если вы не знаете, какой предпочесть, спросите у них.

При сопровождении инвалидов с нарушениями слуха на улице или в помещении барьерами различной степени выраженности могут быть:

- отсутствие зрительной информации, в том числе при чрезвычайных ситуациях на объекте социальной инфраструктуры;
- отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации (например, через индукционные петли);
- электромагнитные помехи при проходе через турникеты, средства контроля для лиц с кохлеарными имплантами;
- отсутствие сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика и другие информационные барьеры.

Вопросы для тестового контроля

1. К КОМУ ВОЛОНТЕР ДОЛЖЕН НАПРАВИТЬ СВОЕ ОБРАЩЕНИЕ ПРИ РАЗГОВОРЕ С ИНВАЛИДОМ

к сурдопереводчику

к сопровождающему лицу/родственникам

к инвалиду

2. ЧТОБЫ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ПЛОХО СЛЫШИТ, ВОЛОНТЕРУ НЕОБХОДИМО

| | |
|--|--|
| | громко крикнуть |
| V | помахать рукой человеку |
| | хлопнуть в ладоши |
| V | похлопать по плечу |
| 3. ЧТОБЫ ГЛУХОЙ ИЛИ СЛАБОСЛЫШАЩИЙ СОБЕСЕДНИК ЛУЧШЕ ВАС ПОНЯЛ, РАЗГОВАРИВАЯ С НИМ, НЕОБХОДИМО | |
| | активно жестикулировать, громко и последовательно произносить фразы |
| | дотронуться до руки (плеча) слабослышащего, чтобы он обратил на вас внимание |
| V | смотреть прямо на него, чтобы он одновременно видел ваше лицо (губы) и «слышал» речь, говорить ясно и медленно |
| 4. ПРИ ПОСТРОЕНИИ ФРАЗЫ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ОБЩЕНИИ СО СЛАБОСЛЫШАЩИМИ | |
| | обособления, обороты и обращения |
| V | прямой порядок слов и обиходные, часто употребляемые слова |
| | фразеологизмы, крылатые слова |
| 5. ЕСЛИ ВАС ПРОСИТ СЛАБОСЛЫШАЩИЙ ПОВТОРИТЬ ЧТО-ТО, НЕОБХОДИМО | |
| | при повторении информации громко и четко произносить фразы |
| | еще раз повторить информацию |
| V | по-другому (иначе) переформулировать предложение, использовать жесты |
| 6. ЧТОБЫ СООБЩИТЬ ИНФОРМАЦИЮ ИНВАЛИДУ ПО СЛУХУ, КОТОРАЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НОМЕР, ТЕХНИЧЕСКИЙ ИЛИ ДРУГОЙ СЛОЖНЫЙ ТЕРМИН, НЕОБХОДИМО | |
| | написать информацию на бумаге |
| | сообщить информацию по факсу, электронной почте |
| | отправить смс |
| V | все варианты верны |
| 7. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, НЕ СЛЕДУЕТ | |
| V | произносить слова громко, повышая голос при разговоре |
| | общаться при обязательном контакте «глаза – в глаза» |
| | говорить короткими и простыми фразами |
| 8. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, НЕ СЛЕДУЕТ | |
| | общаться при обязательном контакте «глаза – в глаза» |
| | четко артикулировать звуки произносимых слов |
| V | прикрывать лицо и рот руками |
| 9. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, НЕ СЛЕДУЕТ | |
| | говорить короткими и простыми фразами |
| V | писать и говорить одновременно |
| | четко артикулировать звуки произносимых слов |
| 10. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, СЛЕДУЕТ | |

| | |
|--|---|
| | произносить слова громко, повышая голос при разговоре |
| | прикрывать лицо и рот руками |
| V | общаться при обязательном контакте «глаза – в глаза» |
| 11. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, СЛЕДУЕТ | |
| V | четко артикулировать звуки произносимых слов |
| | произносить слова громко, повышая голос при разговоре |
| | писать и говорить одновременно |
| 12. ПРИ РАЗГОВОРЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, СЛЕДУЕТ | |
| V | говорить короткими и простыми фразами |
| | отводить глаза, избегая зрительного контакта |
| | писать и говорить одновременно |
| 13. ЕСЛИ ВЫ СООБЩАЕТЕ ЧЕЛОВЕКУ, ИМЕЮЩЕМУ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, ИНФОРМАЦИЮ, ВКЛЮЧАЮЩУЮ В СЕБЯ НОМЕР, ТЕХНИЧЕСКИЙ ИЛИ ДРУГОЙ СЛОЖНЫЙ ТЕРМИН ИЛИ АДРЕС, ТО | |
| | попытайтесь как можно четче произносить слова |
| V | передайте ее в письменном виде |
| | говорите медленно и громко |
| 14. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, ЧЕРЕЗ ПЕРЕВОДЧИКА СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬСЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО | |
| V | к собеседнику |
| | к переводчику |
| 15. ЧТОБЫ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ ЧЕЛОВЕКА, ИМЕЮЩЕГО НАРУШЕНИЯ СЛУХА, НЕОБХОДИМО | |
| V | помахать ему рукой или похлопать по плечу |
| | громко крикнуть |
| | хлопнуть в ладоши |
| 16. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ СЛУХА, ЧЕРЕЗ ПЕРЕВОДЧИКА НЕ СЛЕДУЕТ | |
| | общаться при обязательном контакте «глаза – в глаза» |
| V | обращаться к глухому в третьем лице |
| | говорить короткими и простыми фразами |
| V | вовлекать в беседу самого переводчика |
| 17. ДАКТИЛОЛОГИЯ – ЭТО | |
| | то же самое, что и язык жестов, каждый из которых производится руками в сочетании с мимикой, формой или движением рта и губ |
| V | особый алфавит, являющийся частью жестового языка, в котором каждая буква воспроизводится пальцами руки или рук |
| 18. В РОССИИ РУССКИЙ ЖЕСТОВЫЙ ЯЗЫК ИМЕЕТ СТАТУС | |
| V | «языка общения» |

| |
|-----------------------------------|
| «средства межличностного общения» |
| «основы коммуникации» |

2.4. Технологии волонтерской работы с лицами с интеллектуальными нарушениями

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с особенностями интеллектуального развития. Предложите помощь.

Выслушайте указания человека с интеллектуальными нарушениями, перед тем как начать действовать.

Осуществите взаимодействие и общение с человеком с особенностями интеллектуальными нарушениями, имеющими выраженные когнитивные дефициты (в том числе, умственную отсталость) в случае проявления у него агрессии.

ПАМЯТКА:

Умственная отсталость бывает двух видов: врожденная или приобретенная, вызвана патологией формирования и развития головного мозга, ведущая к социальной и психологической дезадаптации. Проявляется в первую очередь в отношении разума (откуда и название), также в отношении эмоций, воли, речи и моторики.

В международной классификации болезней (МКБ – 10) выделяется умственная отсталость легкой степени (F70), умеренная умственная отсталость (F71), тяжелая (F72) и глубокая (F73).

Выделяются также разделы F 78 (другая умственная отсталость) и F 79 (неуточненная умственная отсталость).

Характерная особенность этих людей состоит в том, что познавательные способности, речевое развитие, социальный интеллект значительно снижен относительно других форм дизонтогенеза и норматипичного развития.

Степень умственной отсталости оценивается стандартизованными тестами, в частности тестом Д.Векслера.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация таких людей может с возрастом измениться, однако достаточно слабо.

На данный момент в научной литературе по отношению к лицам с умственной отсталостью используется термин люди с ментальными нарушениями, или лица с интеллектуальными нарушениями.

| Степень умственной отсталости | Коэффициент интеллекта по тесту Д. Векслера | Умственное развитие соответствует возрасту |
|-------------------------------|---|--|
| Легкой степени | 50-69 | 9-12 лет |
| Умеренной степени | 35-49 | 6-9 лет |
| Тяжелой степени | 20-34 | 3-6 лет |
| Глубокой степени | до 20 | до 3 лет |

Способность общаться с людьми, речь которых ограничена психической неполноценностью, является ничем иным как умением, которое приобретается после продолжительной практики. Не важно, как часто вам приходится беседовать с умственно отсталыми людьми, данный список советов поможет вам доставлять свои мысли четко и понятно.

I. Действия при знакомстве, разговоре и предложении помощи:

Шаг 1. Сохраняйте тихий и спокойный тон в голосе.



Громкий говор не делает вашу речь понятнее. Старайтесь не обращать внимания на то, что они страдают от психической неполноценности, так как искренние дружеские отношения основываются на равноправности соучастников. Умственно отсталый человек ни в коем разе не тупой, ведь ему приходится преодолевать такие жизненные обстоятельства, которые вам и не снились. Им труднее функционировать

на том же уровне, что и вы. Этот человек просто другого склада ума, и он никак не заслуживает насмешек с вашей или чьей-либо еще стороны.

Шаг 2. При подборе подходящих по возрасту слов, помните, что вам нужно знать психологический возраст человека, а не его количество лет, указанное в паспорте.



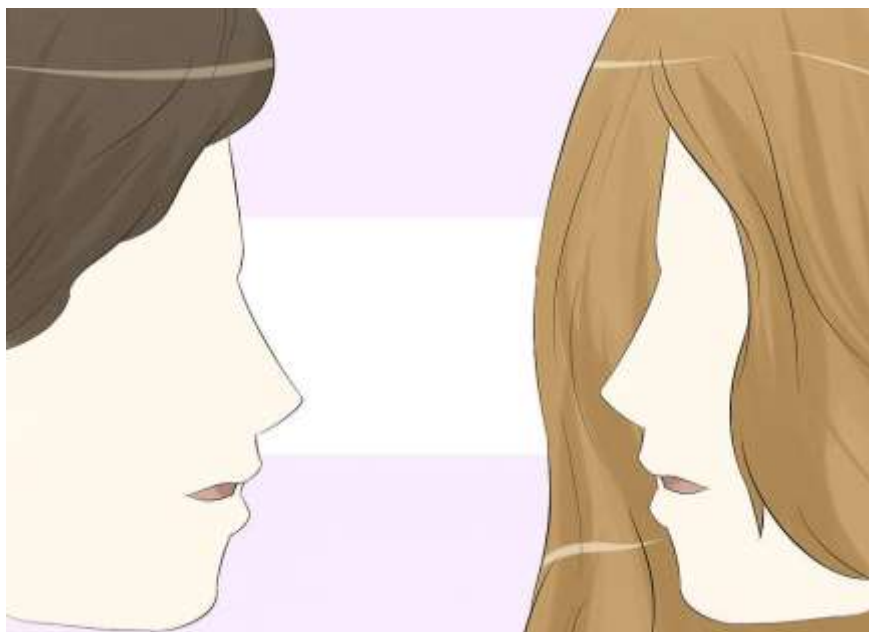
Имейте в виду, что умственно отсталые люди тоже могут быть взрослыми и обладать соответствующим словарным запасом, так что не следует говорить с ними, как с 5-летними детьми. Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек. Не выходите из себя. Если вы все же разозлитесь по какому-либо поводу, дайте понять, что ваш гнев не имеет к нему никакого отношения, а затем как можно проще объясните, что вызвало у вас целую бурю эмоций.

Помните, что люди с задержкой в развитии, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т.д.

Шаг 3. Не стоит прикрывать свой рот, если ваш собеседник внимательно наблюдает за вашим артикуляционным аппаратом, так как ему это может помочь лучше вас понять.



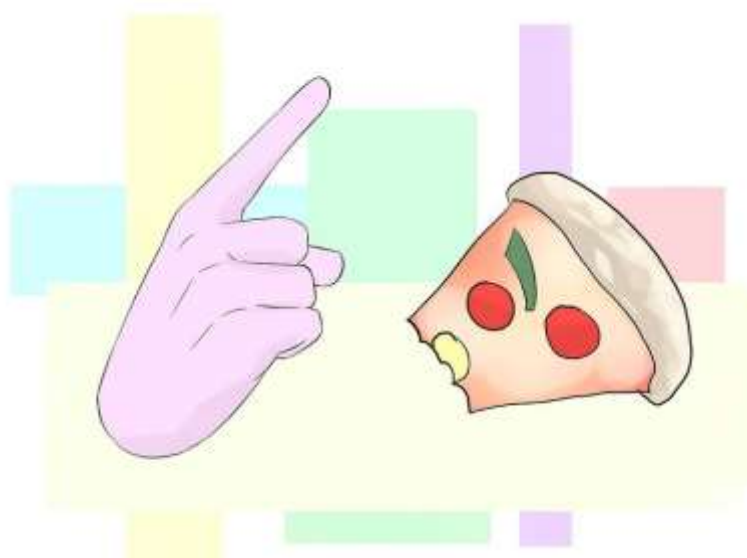
Шаг 4. Не следует пародировать произношение слов слабоумного человека в надежде, что таким образом он сможет лучше вас понять.



Данный подход не увенчается успехом, а наоборот, сделает вашу речь еще сложнее для понимания, создавая впечатление, что вы просто смеетесь над психически неполноценным человеком. Самым главным советом в обращении с умственно отсталыми людьми является наличие уважения и понимания. Эти люди ничем не хуже вас; они обладают такими же чувствами, как и вы, умея распознать надменное или предвзятое отношение, по поводу чего они набрались достаточно много опыта.

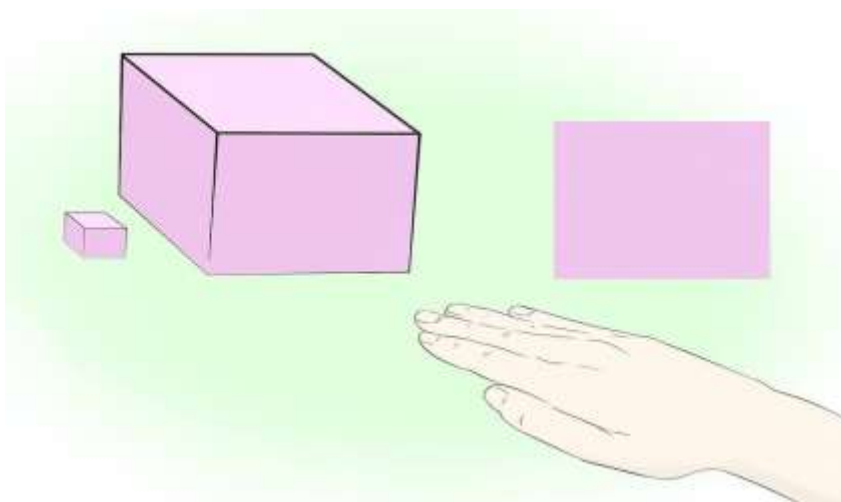
Возьмите на заметку, что вы должны внимательно слушать и наблюдать за своим собеседником. В большинстве случаев, общение с умственно отсталым человеком представляет собой попытку научиться понимать иностранный акцент. Будьте готовы сменить стиль своей речи на более уважительный тон, если необходимо, и не говорите «свысока». Не думайте, что вас не поймут.

Шаг 5. Избегайте сливания своих слов воедино, глотая при этом окончания.



Например, тяжело будет понять следующее: «Тыхочкуша?» Чаще всего, самым трудным аспектом разбора речи будет попытка установить, где одно слово заканчивается, а второе начинается. Делайте небольшие паузы между словами, если вы чувствуете на то необходимость.

Шаг 6. По возможности, прибегайте к употреблению простых и коротких слов, вместо длинных и сложных.



Слово «дом» будет лучше, нежели «квартира», например, «делать» звучит понятнее, чем «изготавливать».

Шаг 7. Не старайтесь впечатлить своего подопечного чрезмерным богатством своего словарного запаса и двухэтажными синтаксическими конструкциями.



Используйте при разговоре простые предложения, включающие подлежащее, сказуемое и дополнение. Избегайте словесных штампов и образных выражений, если только вы не уверены в том, что ваш собеседник с ними знаком. Задавайте вопросы по пути: «А ты пробовал это? А ты когда-либо чувствуешь себя счастливым или печальным? Я выбрал клубничный вкус, а какой твой любимый вкус?» Таким образом, вы установите хороший контакт, соотнося свой жизненный опыт с его мнением.

Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам». Дайте возможность вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как вы объяснили ему. Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии. Будьте готовы повторить несколько раз. Не сдавайтесь, если вас с первого раза не поняли.

Если это необходимо, можете записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложите вашему собеседнику обсудить его с другом или семьей. В записке укажите свой номер телефона, предложите обсудить это при следующей встрече.

Шаг 8. Смотрите собеседнику в глаза.



Прямой зрительный контакт дает им понять, что вы не просто бросаете слова на ветер. Хотя вам вряд ли ответят зрительной взаимностью, преподнесите свой язык телодвижений таким образом, что вы выглядите заинтересованным в том, о чем вы говорите.

II. Действия при проявлениях агрессии:

При работе волонтера иногда можно встретиться с различным проявлением у подопечных агрессии или аутоагрессии. Такие проявления могут быть обусловлены жизнью в закрытых учреждениях, невозможностью побыть одному, недостатком любви и тепла, а также особенностями нарушения и самого человека.

Вообще агрессивные чувства в той или иной мере присутствуют в душе большинства людей. Они порождаются многими причинами:

- ущемлением важнейших потребностей личности;
- невозможностью осуществить свои интересы;
- длительным унижением и угнетением;
- нерешенными моральными проблемами, приводящими к зависти, мстительности.

Проявления агрессии могут быть стремлением привлечь внимание и получить желаемое, манипулировать (ребенок или взрослый бросается на пол, кричит, плачет, громко оскорбляет окружающих). Аутоагрессию, по возможности, нужно направить в другое русло. Проявления агрессии и аутоагрессии у детей и взрослых различны и индивидуальны: стремление ударить себя или другого человека, крик, злость, оскорбления и т.д. Информацию о людях, с которыми работает волонтер, их агрессии

или аутоагрессии, как себя вести, не нанеся вред себе или подопечным, можно получить в специальной папке или в ИПР (индивидуальный план развития в доме-интернате), которую заполняют и волонтеры, и специалисты, занимающиеся с конкретным ребенком или взрослым.

Некоторые рекомендации в случае проявления агрессии у подопечного:

- сохранение спокойствия и уверенности, демонстрация модели неагрессивного поведения;
- переключение внимания у ребенка или взрослого, предложение какого-либо задания («давай сделаем...», «посмотри...», угостить чем-то вкусным, проговорить его действия);
- акцентирование внимания на поступках (поведении), а не на личности (проговорить спокойным тоном его действия и (или) состояние: «Ты сейчас ударил(а), оскорбил(а)», «Тебе сейчас плохо, обидно, страшно...»!!!! Но не «Ты – плохой(ая), злой(ая)»).

Волонтеру важно знать, что очень часто гнев, агрессия, аутоагрессия выступают, как стремление человеком изменить окружающие условия, и направлены не на причинение кому-то вреда, не против кого-то, а на того, кто оказался случайно рядом в этот момент.

Помните!!! Психически неполноценные люди не являются более агрессивными по сравнению с остальной долей населения. Вспышки насилия, возникающие со стороны умственно недостаточных людей, берут свое начало от окружающих их людей, которые своим недоверчивым и насмешливым отношением подталкивают их на совершение злодеяний.

Данная категория людей все еще подвержена жесткой дискриминации, и люди, работающие с ними плечом к плечу, не всегда осознают, как они ущемляют их достоинство такими действиями, на которые бы они никогда не пошли при работе с людьми, не имеющими таких отклонений. Ведь эти люди тоже имеют свои идеи, предложения, надежды и ожидания, которые рушатся теми, кто считает их неспособными на такую активность.

Вопросы для тестового контроля

| | |
|---|---|
| 1. СЛЕДСТВИЕМ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ФЕНОМЕН | |
| | «замедленной десоциализации» |
| | «первичной умственной отсталости» |
| V | «вторичной умственной отсталости» |
| | «депривации» |
| 2. У ЛИЦ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НЕРЕДКИМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛУЧАИ ПРОЯВЛЕНИЯ | |
| V | агрессии (аутоагрессии) |
| | Апатии |
| | Суггестии |
| 3. В СЛУЧАЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ У ПОДОПЕЧНОГО С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВОЛОНТЕРУ СЛЕДУЕТ | |
| V | сохранять спокойствие и уверенность, не повышая голоса |
| | твердо остановить подопечного, призвав на помощь коллег |
| V | акцентировать внимание на неправильных поступках (поведении), а не на личности |
| | говорить громче, акцентируя внимание на аномалиях личности подопечного |
| 4. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ВОЛОНТЕРУ СЛЕДУЕТ | |
| V | выражаться точно и по делу, избегая словесных штампов |
| | использовать при необходимости образные выражения, эпитеты и сравнения |
| V | избегать слияния своих слов воедино, «проглатывая» при этом окончания |
| | обращаться вначале непосредственно к сопровождающему его лицу |
| 5. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ВОЛОНТЕРУ СЛЕДУЕТ | |
| V | использовать простые предложения, включающие подлежащее, сказуемое и дополнение |
| | говорить немного «свысока», с легким снисхождением |
| V | говоря о задачах или проекте, рассказывать все «по шагам» |
| | обращаться вначале непосредственно к сопровождающему его лицу |

2.5. Технологии волонтерской работы с лицами, нарушениями речевого развития

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с затруднениями в речи. Предложите ему свою помощь.

Выслушайте его указания перед тем, как начать действовать.

Осуществите взаимодействие и общение с лицом, испытывающим затруднения в речи посредством: невербальной коммуникации (мимика, жесты, поза, интонация и др.) и разговора.

ПАМЯТКА:

Лица с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) характеризуются множественными нарушениями языковых систем в сочетании с комплексными анализаторными расстройствами. Нарушения речи многообразны, они проявляются в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи.

Виды нарушений устной речи:

- афония, дисфония – отсутствие или нарушение голоса;
- брадилалия – патологически замедленный темп речи;
- тахилалия – патологически убыстренный темп речи;
- заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- дислалия – нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата;
- ринопалия – нарушение тембра голоса и звукопроизнесения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;
- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата;
- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;
- афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

В то же время речь занимает важное место в повседневной жизни. Мы

разговариваем с другими людьми, читаем книги, работаем и учимся. Мы также используем речь, чтобы формулировать мысли и строить планы на будущее. Для нас это норма, обыденная жизнь. Для людей же, испытывающих затруднения в развитии речи, все перечисленное может стать настоящей проблемой.

В общении с такими людьми главное быть терпеливым, не перебивать и не поправлять их. Не создавайте ощущения, что вы их игнорируете. При общении нужно смотреть им в лицо, поддерживая визуальный контакт. Речь должна быть конкретизирована, не следует использовать сложные предложения. Задаваемые посетителям вопросы должны быть конкретными, требующими простых ответов или кивков головы. Не следует спешить закончить предложение за такого посетителя, может оказаться, что он был неправильно понят.

Действия при знакомстве, разговоре и предложении помощи:

Шаг 1. Сохраняйте спокойствие.



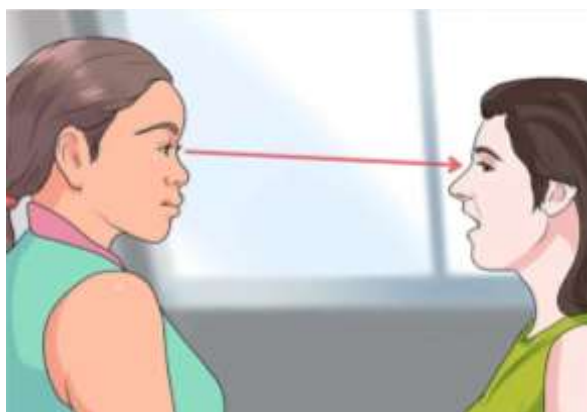
При общении с взрослым или ребенком, страдающим речевыми нарушениями, говорите спокойно и расслабленно; медленно и не перескакивая с одной темы на другую. Это позволяет обоим людям общаться без давления, помогая наладить эффективный контакт. Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте ваши вопросы, комментарии или просьбы компаньону.

Шаг 2. Не пытайтесь говорить за своего собеседника.



Не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи. Не забывайте, что человеку с нарушенной речью тоже нужно высказаться. Не заканчивайте за него предложения, пытайтесь заключить, что, по вашему мнению, он собирается сказать. Это может быть еще более неприятно для человека, который заикается. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.

Шаг 3. Поддерживайте визуальный контакт.



Смотрите в лицо собеседнику. Говоря с кем-то, кто заикается, уделите ему такое же внимание и заботу, как и в любом другом разговоре. Сосредоточьтесь на говорящем и внимательно дослушивайте до конца. Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка. Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали. Повторите то, как вы поняли, и реакция собеседника вам поможет. Не стесняйтесь переспросить то, что вы не поняли. Если вам снова не удалось понять, попросите произнести слово в более медленном темпе, возможно, по буквам.

Шаг 4. Если вы говорите с ребенком, хвалите его.



Предложите похвалу и признание детям, которые заикаются. Если вы говорите с ребенком, никогда не критикуйте. Такое отношение к любому, кто заикается, приведет к развитию чувства собственного достоинства и укрепит доверие. Примите их такими, какие они есть, предлагая поддержку и поддержку.

Шаг 5. Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их – в ваших интересах.



Не думайте, что затруднения в речи – показатель низкого уровня интеллекта, человек не может понять вас. При общении с человеком, чья речь не до конца понятна, ориентируйтесь на цель общения. Добивайтесь того, чтобы вы могли понять высказанную мысль. Можно еще раз повторить то, что вы поняли и задать уточняющие вопросы. Если у вас возникают проблемы в разговоре, спросите, не хочет ли ваш собеседник прибегнуть к другому способу общения: можно использовать записки, компьютер, «голосовую машину».

Шаг 6. Используйте невербальную коммуникацию



Такие средства невербального общения, как мимика, жесты, поза, интонация и др. выполняют функции дополнения и замещения речи, передают эмоциональные состояния партнеров по общению. Для волонтера невербальная коммуникация – это общение, в котором используются предметы, картинки, символы, фотографии, жесты.

Главное – будьте терпеливы, разговаривая с человеком с проблемами речи. Не игнорируйте его. Не пытайтесь ускорить беседу. Не нужно торопить и заставлять нервничать человека, это может только усугубить его трудности в произношении. Будьте готовы к тому, что разговор займет больше времени, чем вы рассчитывали. Не перебивайте и не поправляйте собеседника. Если вы спешите, лучше, извинившись, договоритесь пообщаться в другой раз, когда вы будете располагать временем.

Вопросы для тестового контроля

| | |
|--|---|
| 1. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ, ВОЛОНТЕРУ НЕ СЛЕДУЕТ | |
| V | пытаться ускорить беседу |
| | использовать при необходимости письменную речь |
| | задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка |
| V | перебивать и поправлять собеседника |
| 2. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ, ВОЛОНТЕРУ СЛЕДУЕТ | |
| | направлять речь собеседника, помогая ему точнее выразить свою мысль |
| V | задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка |

| | |
|---|--|
| | обращаться вначале непосредственно к сопровождающему его лицу |
| V | смотреть в лицо собеседнику, поддерживая визуальный контакт |
| 3. ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ЛИЦОМ, ИМЕЮЩИМ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ, НЕОБХОДИМО | |
| | поправить его |
| | закончить за него фразу, чтобы по возможности ускорить процесс общения |
| V | разговаривать в медленном темпе |

2.6. Технологии волонтерской работы с лицами с расстройством аутистического спектра

ЗАДАНИЯ:

Поприветствуйте и идентифицируйте лицо с расстройством аутистического спектра. Осуществите взаимодействие и общение.

ПАМЯТКА:

Аутизм – расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки начинают проявляться в возрасте до трех лет вне зависимости от пола ребенка.

Аутизм – состояние, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций.

Причины аутизма тесно связаны с генами, однако генетика заболевания сложна и в настоящий момент не ясно, что больше влияет на возникновение расстройств аутистического спектра: взаимодействие множества генов либо редко возникающие мутации.

Несмотря на то, что при раннем поведенческом и когнитивном вмешательстве ребенку можно помочь в обретении навыков самопомощи, социальных взаимодействий и общения, в настоящий момент неизвестны методы, способные полностью излечить от аутизма. Немногим детям удается перейти к самостоятельной жизни по достижении совершеннолетия, однако некоторые добиваются успеха. Более того, возникла своеобразная культура аутичных людей, ряд представителей которой занимается поисками лекарства, другие же считают, что аутизм – скорее «особое», альтернативное состояние, чем болезнь.

Аутизм проявляется в задержке развития и нежелании идти на контакт с окружающими и, как правило, находит себя в аффективном характере взаимодействия, характеризующемся кратковременностью и высокой интенсивностью, часто сопровождающемся резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в работе внутренних органов. Определяющей в симптоматике аутизма является «триада»:

- недостаток социальных взаимодействий;
- нарушенная взаимная коммуникация;
- ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения.

У лиц с аутизмом наблюдается множество форм повторяющегося или ограниченного поведения, которое подразделяется на следующие категории:

- стереотипия – бесцельные движения (взмахи руками, вращение головы, раскачивание туловища);
- компульсивное поведение – намеренное соблюдение неких правил, например, расположение объектов определенным образом;
- потребность в однообразии, сопротивление переменам (например, сопротивление перемещениям мебели, отказ отвлекаться на чужое вмешательство);
- ритуальное поведение – выполнение повседневных занятий в одном порядке и в одно и то же время, например, соблюдение неизменной диеты или ритуала облачения в одежду;
- ограниченное поведение – узкофокусированное, при котором интерес человека или его активность, например, направлены на единственную телепрограмму или игрушку;
- аутоагрессия – активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека, например укусы самого себя (около 30% детей с расстройствами аутистического спектра в течение своей жизни причиняли себе повреждения).

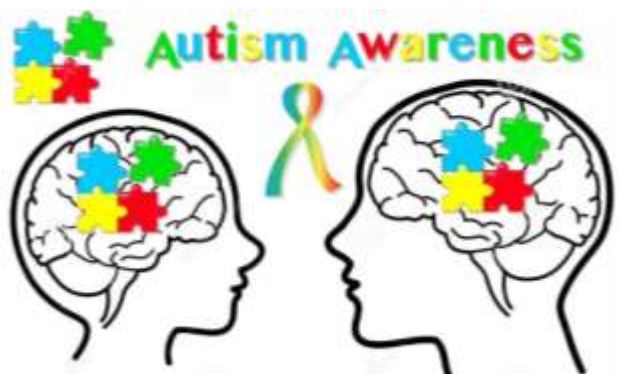
Ни одна из разновидностей повторяющегося поведения не является специфичной для аутизма, однако только при аутизме повторяющееся поведение наблюдается часто и носит выраженный характер.

Человек с аутизмом неспособен к полноценному социальному общению и зачастую не может, подобно обычным людям, интуитивно почувствовать состояние другого человека. Однако вопреки распространенному убеждению, аутисты отнюдь не предпочитают одиночество – им сложно завязывать и поддерживать дружеские

отношения. При общении с людьми с расстройством аутистического спектра (РАС) можно использовать ряд различных подходов, которые, как было доказано, дают положительные результаты, хотя всегда нужно помнить, что каждый человек и его потребности уникальны, поэтому «изобретайте велосипед» каждый раз, принаравливаясь к особенностям поведения.

Действия при знакомстве, разговоре и предложении помощи:

Шаг 1. Используйте простой, конкретный язык.



Простой, конкретный язык, особенно когда используемые слова являются визуальными по своей природе и сопровождаются визуальной поддержкой, людям с РАС легче интерпретировать, чем абстрактный или метафорический язык. Абстрактные рассуждения могут сбить с толку и расстроить. Простой, простой, буквальный язык легче понять, поэтому также лучше избегать использования идиом, сарказма и длинных предложений.

Шаг 2. Предоставляйте ограниченный и четкий выбор.



Для человека с РАС выбор станет практически невозможным, если вы представите ему широкий спектр вариантов. Точно так же выбор, в котором есть нюансы, может стать нежелательным и проигрышным. В связи с этим важно, чтобы

предлагаемые варианты выбора были как четкими, так и ограниченными по объему. Это правило должно применяться как к заданиям, так и к личным решениям. Например, если вы работаете с ребенком с РАС над определением того, какая форма называется «треугольником», дайте ему только два или три варианта на выбор. Точно так же, помогая принять решение о чем-либо (например, что поесть на обед), избегайте множества вариантов или вообще не предлагайте вариантов. Вместо этого дайте четкий вариант выбора: «Хотите пиццу или бутерброд?».

Шаг 3. Дайте почувствовать контроль над действиями и поступками.



Если вы работаете с ребенком-аутистом, имейте в виду, что всем детям, нравится чувство контроля над своим миром. Многим детям выгодно, чтобы их выбор был ограничен двумя-тремя вариантами, поскольку они были перегружены слишком большим количеством вариантов и не могли принять решение. Примеры вариантов: «Вы хотите поиграть в настольную игру или посмотреть телевизор», «Вы хотите надеть зеленую или красную рубашку?» Опять же, дети с РАС часто более успешны в выборе, когда вы показываете им картинки с вариантами (например, позвольте им указать на ту, которую они хотят).

Шаг 4. Давайте четкие, короткие и конкретные указания.



Например, если ребенок с РАС бросает еду на стол, скажите: «Ешь свою еду», а не «Веди себя за столом прилично», «Не разбрасывай еду» или «Ты не мог бы

прекратить это! Ты всегда выбрасываешь еду». Детям, которые плохо понимают язык, можно показать картинку или наглядную демонстрацию поведения, которое вы хотите видеть.

Шаг 5. Устанавливайте ожидания, будьте последовательны и доводите их до конца.



Всегда сообщайте, что будет дальше! Например, если вы говорите ребенку с РАС, что вы поиграете с ним, если он будет тихонько сидеть, пока вы пять минут поговорите по телефону, убедитесь, что вы выполняете свою часть сделки. *Возможно, вам придется предоставить ему выбор, чем он будет заниматься в то время, пока вы разговариваете по телефону.* Если ребенок не может определить время, установите таймер, который он будет видеть, и положите трубку ровно через 5 минут (исключая непредвиденные последствия) и сыграйте в игру. Если вы будете делать это постоянно, ребенок узнает, чего вы ждете, и поверит в то, что вы говорите.

Если вы не будете последовательно воплощать в жизнь ожидания и следовать своим словам, то ребенок не будет знать, чего ожидать, что может привести к тревоге и вызывающему поведению (например, он будет разговаривать с вами или постоянно переспрашивать, пока вы говорите по телефону).

Дети с аутизмом преуспевают в предсказуемости, поэтому сделайте все возможное, чтобы их мир был предсказуемым. Примером предсказуемости может быть установленный распорядок дня (например, «через пять минут надо выключить компьютер и сделать домашнее задание», «через полчаса можно посмотреть телевизор/поиграть на компьютере» и т.д.). Полезно при этом установить таймер, чтобы ребенок мог отслеживать, сколько времени осталось. Некоторым детям нужны постоянные напоминания о времени. Имейте в виду, что трудное поведение с большей вероятностью проявится, когда что-то непредсказуемо.

Шаг 6. Будьте осторожны в критике.



Аутисты нуждаются в честности и обратной связи относительно того, когда они выполняют задачи правильно, а когда нет, но важно всегда быть мягкими в тоне и словах, предлагая исправления или критикуя выполненные задания. Высота звука, темп и интонация могут изменить значение высказывания для человека с РАС, вызывая негативные реакции и трудности в общении и взаимопонимании. Гневный или громкий голос затуманивает смысл, потому что повышенная громкость и энергия часто полностью скрывают то, что вы говорите. Когда вы высказываете критику, важно использовать спокойный, мягкий тон голоса.

Шаг 7. Отвлекайте и перенаправляйте проблемное поведение вместо того, чтобы говорить «стоп» или «нет».



Проблемы с поведением часто возникают после переживания сенсорного дискомфорта, который может включать целый ряд чувств. Например, гул или пульсации флуоресцентного освещения, шепот или громкие голоса могут помешать людям с РАС в овладении своими сенсорными переживаниями, что вызывает

проблемное (ненормативное) поведение. Ваши крики и угрозы не улучшат поведение. Это может остановить поведение на короткое время, но поведение повторится снова. На самом деле вы можете усугубить поведение, потому что человек с РАС может начать чувствовать беспокойство, испуг, гнев, смущение или грусть.

Например, если ребенок-аутист бежит по магазину, напомните ему или покажите, как правильно ходить. При необходимости найдите что-нибудь интересное, чтобы показать ему и привлечь его внимание вместо того, чтобы сосредотачиваться на проблемном поведении. Если он бежит в коридоре в школе, перенаправьте его обратно с помощью короткой фразы, например: «Возвращайся на свое место». Можно продемонстрировать ожидаемое поведение или использовать жесты, а не просто давать вербальные указания. Если аутист чувствует себя перевозбужденным (например, в большой толпе), отведите его в тихое место, чтобы снять стресс. Помните о таких ситуациях в дальнейшем, чтобы избавиться от подобных стрессоров.

Шаг 8. Укрепляйте желаемое поведение и благодарите за выполнение ваших требований/просьб.



При общении необходимо укрепление желаемого поведения, сосредоточенное на его изменении, с разбивкой на более мелкие шаги, которые даются вместе с подсказками, необходимыми для выполнения определенного навыка или поведения. К методам укрепляющего поведения относятся:

- выявление составных частей определенного навыка или поведения;
- инструктаж по этим составным частям до тех пор, пока не будет освоена каждая отдельная часть;
- интенсивные тренировки;
- использование подсказок на ранних этапах вмешательства и сокращение использования подсказок по мере обучения;

- использование положительного подкрепления для увеличения удержания компонентов и навыков.

Не забывайте благодарить за соответствие поведения вашим требованиям/просьбам. Например, если вы сопровождаете ребенка-аутиста в магазин и знаете, что у него часто случаются истерики, когда он не может пройти к проходу с игрушками, скажите ему, чего именно вы ожидаете от него, прежде чем идти в магазин, а затем поблагодарите его за то, что он последовал этому ожиданию. Например, вы можете сказать: «Мы идем к цели. Мы идем к витрине со школьными принадлежностями, чтобы купить бумагу и ручки, а потом заплатим и пойдем домой». Оказавшись в магазине, вы можете делать напоминания (например, «сейчас мы собираемся достать бумагу и ручки, теперь мы пойдем платить, потом мы пойдем домой» и т.д.). После похода в магазин вы можете сказать: «Ты следовал правилам. Мы получили бумагу и ручки, заплатили и вернулись домой. Хорошо сделано! Теперь ты можешь поиграть/провести время за компьютером». Важно, чтобы благодарности или вознаграждения за желаемое поведение соответствовали желаниям самого ребенка. Также полезны невербальные похвалы, такие как «дай 5», улыбки, пальцы вверх и т.д.

Вопросы для тестового контроля

| | |
|--|---|
| 1. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ АУТИЗМА? | |
| <input type="checkbox"/> | с рождения |
| <input checked="" type="checkbox"/> | в 1-3 года, а по определенным признакам с 3 месяцев |
| <input type="checkbox"/> | в 5-6 лет |
| <input type="checkbox"/> | в 10-12 лет |
| 2. ЕСТЬ МНОГО АУТИЧНЫХ СИМПТОМОВ, НО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ДИАГНОСТИРОВАТЬ АУТИЗМ, ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ ТАК НАЗЫВАЕМАЯ ТРИАДА НАРУШЕНИЙ. ЧТО В НЕЕ ВХОДИТ? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | стереотипное, часто повторяющееся поведение, действия; качественные нарушения в социализации; качественные нарушения в коммуникации |
| <input type="checkbox"/> | задержка развития речи, равномерное отставание в развитии во всех сферах, нервные тики |
| <input type="checkbox"/> | задержка развития речи, равномерное отставание в развитии во всех сферах, агрессивное поведение |
| 4. В ЧЕМ ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА У ДЕВОЧЕК? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Аутизм у девочек диагностируется так же, как у мальчиков |

| | |
|--|--|
| | Он проявляется позже и в менее выраженной форме |
| | У девочек аутизм встречается намного реже |
| 5. ПРАВДА О ЛЮДЯХ С АУТИЗМОМ ТАКОВА: | |
| | люди с диагнозом аутизм одинаковы |
| | такие люди не могут построить отношения, найти работу |
| | люди с аутизмом не умеют любить |
| | люди с аутизмом не способны и не хотят общаться, дружить |
| | люди с аутизмом опасны для общества |
| V | люди с аутизмом способны построить отношения, дружить, чувствовать и реализовать себя в профессии |
| 6. МОЖЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК С АУТИЗМОМ УСПЕШНО КОМПЕНСИРОВАТЬСЯ, ПОСЛЕ ПРОЙДЕННОЙ ТЕРАПИИ И НАЙТИ РАБОТУ? | |
| | нет, человек с аутизмом нетрудоспособен |
| V | да, человек с аутизмом может стать полезным сотрудником; обладать редкими умениями и качествами, недоступными нейротипичным людям (т.е. людям без аутизма) |
| | может, только если эта работа не требует умственных усилий |
| 7. КАКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОМОГАЮТ ПРИ АУТИЗМЕ? | |
| V | работа с психологом, дефектологом, логопедом, нейропсихологом, специализирующимся на проблеме аутизма |
| | пет-терапия и другие альтернативные методики |
| | медикаментозное лечение и педагогическая работа |
| 8. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ВОЛОНТЕРУ НЕ СЛЕДУЕТ | |
| | использовать письменную речь |
| V | повышать голос |
| | использовать короткие и понятные предложения |
| V | требовать зрительного контакта |
| 9. ПРИ ОБЩЕНИИ С ЧЕЛОВЕКОМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ВОЛОНТЕРУ СЛЕДУЕТ | |
| V | вести разговор очень конкретно, не допуская иронии или иносказаний |
| | говорить громче, используя образную речь |
| V | при необходимости уточнить у сопровождающего человека с аутизмом лица, как себя вести |
| | попытаться наладить зрительный контакт «глаза в глаза» |

И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПОМНИТЕ! ПРИ ВСЕХ СИТУАЦИЯХ ГЛАВНОЕ –
ПОНИМАТЬ ЖИЗНЬ И ПОТРЕБНОСТИ ЭТИХ ЛЮДЕЙ!

ДЕКЛАРАЦИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ ИНВАЛИДА

(Норман Кюнк, американский активист движения в защиту прав инвалидов)

Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.

Не надо меня жалеть, я не так слаб, как кажется.

Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.

Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.

Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собственную жизнь, как любая личность.

Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым.

Не делайте мне одолжения. Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.

Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество. Помогите мне познать то, что я хочу.

Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в попытке сделать лучше.

Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.

Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, если это даже доставляет вам удовольствие.

Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.

Узнайте меня лучше. Мы можем стать друзьями.

Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.

Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство.

Слушайте, поддерживайте и действуйте.

ГЛОССАРИЙ

Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц (Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Синдром Каннера.

Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- недостаточность коммуникативного использования речи;
- отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества», по Каннеру);
- непосредственные и отставленные эхолалии «граммофонная или попугайная речь»;
- задержка развития «Я»;
- стереотипные игры с неигровыми предметами;
- клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

Синдром Аспергера.

Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному,

нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему «красивость», мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная.

Синдром Ретта.

У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

Атипичный аутизм.

Для атипичного аутизма характерно: достаточно отчетливые нарушения социального взаимодействия, ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение, тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет. Чаще возникает у детей с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Безбарьерная среда – это физическое окружение, объекты транспорта, информации и связи, дооборудованные с учетом потребностей, возникающих в связи с инвалидностью, и позволяющая людям с ограниченными физическими возможностями вести независимый образ жизни.

Волонтерский центр «Абилимпикс» – структурное подразделение, созданное на базе образовательной организации высшего образования или среднего профессионального образования, в задачи которого входит подготовка волонтеров, имеющих навыки работы с людьми с инвалидностью различных нозологических групп, а также организация волонтерской поддержки проведения Национального чемпионата «Абилимпикс», формирование сети волонтерских центров в субъекте Российской Федерации для помощи людям с инвалидностью.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – дети до 18 лет с

физическими и/или психическими недостатками, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленные врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа нарушений двигательных функций мозга, возникших в результате его повреждения в младенческом возрасте. Главной причиной ДЦП считается гипоксия (нехватка кислорода или удушье) ребенка в утробе матери или сразу после рождения.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Индивидуальный учебный план – учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

Инклюзивное образование – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями.

Интегрированное обучение – совместное обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц, не имеющих таких ограничений, с созданием специальных образовательных условий для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Интеграция – выборочное помещение детей с ОВЗ в обычные общеобразовательные группы.

Инклюзия – глубокое погружение ребенка в адаптированную образовательную среду и оказание ему поддерживающих услуг.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья – лицо, имеющее физический и (или) психический недостаток, который препятствует освоению образовательных программ без создания специальных образовательных условий. Эту группу составляют лица с сенсорными, двигательными, интеллектуальными, комплексными и иными нарушениями развития, при этом одна часть обучающихся данной группы имеет инвалидность, другие – нет.

Образовательно-реабилитационная среда – приспособленная к специальным

образовательным потребностям инвалида среда, обеспечивающая ему условия для освоения профессиональных программ, должного овладения знаниями и навыками, а также формирования общей культуры личности, адаптацию личности к общественной жизни и решению сопутствующих обучению проблем – социально-бытовых, досуга, физического и духовного нравственного развития. Эта среда должна компенсировать, полностью или частично, ограничения жизнедеятельности инвалида, позволяя ему выступать на рынке труда на равных конкурентных началах с другими специалистами.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Ограничения жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью.

Особые образовательные потребности – потребности, для реализации которых необходимо создание специальных условий для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Олигофренопедагогика – отрасль дефектологии, изучающая проблемы воспитания и обучения, пути коррекции недостатков развития умственно отсталых детей, а также вопросы их социальной реабилитации.

Ортопедагогика – обучение детей с заболеваниями органов движения и опоры (рук, ног, позвоночника), один из разделов дефектологии.

Профессиональная реабилитация – процесс профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Социально-психологическая профилактика – система мероприятий, направленных на выявление и предупреждение явлений дезадаптации обучающихся, воспитанников в образовательных учреждениях, включающая разработку и реализацию профилактических программ.

Социально-психологический мониторинг – специально организованное систематическое наблюдение за интеллектуальным, личностным, социальным развитием обучающихся, воспитанников с учетом влияния образовательной среды учреждения,

позволяющее администрации, педагогическому коллективу образовательного учреждения, органам управления образованием осуществлять анализ воздействия традиционных и инновационных образовательных и психолого-педагогических технологий на качество обучения и личностные изменения обучающихся, воспитанников; принимать управленческие решения, распределять кадровые, финансовые и иные ресурсы, основываясь на объективных данных.

Специальные условия для получения образования – условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья. В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Сопровождение – взаимодействие сопровождающего и сопровождаемого, направленное на разрешение временных проблем в развитии наиболее позитивным, эффективным методом.

Сурдопереводчик – лицо, владеющее жестовым языком, осуществляющее деятельность по сопровождению процесса обучения и внеучебной деятельности лиц с нарушениями слуха для их полноценного участия в учебной и внеучебной жизни.

Тифлопедагог – лицо, осуществляющее помощь в обучении слепых и слабовидящих студентов с учетом своеобразия их познавательной деятельности и

компенсации нарушенных (недоразвитых) функций (внимания, памяти, мышления, эмоций) и оказывающее помощь в овладении специальными тифлотехническими средствами.

Тьютор – наставник, избираемый на добровольных началах из числа обучающихся старших курсов, сотрудников и преподавателей факультета (института, филиала), призванный способствовать, посредством социально-психологической технологии «равный-равному», адаптации обучающихся в образовательное пространство, развитию их коммуникативных и организационно-управленческих компетенций, формированию устойчивой учебной мотивации, выбору индивидуальной научно-образовательной траектории, актуализации инновационного потенциала обучающегося, формированию здорового образа жизни и ценности здоровья.

Тьюторство – практика, ориентированная на построение и реализацию персональной образовательной стратегии, учитывающей: личный потенциал человека, образовательную и социальную инфраструктуру и задачи основной деятельности.

ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМЫХ УЧЕБНЫХ ИЗДАНИЙ

Основные источники:

1. Веретенникова Л.А., Метлев А.П., Четошникова Е.В. и др. Образовательный стандарт подготовки добровольца/волонтера: учебно-методическое пособие. Барнаул: АлтГПУ, 2018. – 116 с.
2. Кузьмина, В. П. Эмпатия как условие реализации принципов инклюзивного образования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 8. С. 138–142.
3. Методические рекомендации по развитию сети волонтерских центров инклюзивного добровольчества/ Д.Ю. Алексеевских, А.А. Бикбулатова и др. М.: Издательство РГСУ, 2018. – 102 с.
4. Об образовании в Российской Федерации [Текст]: федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) // Собрание законодательства РФ. 2017. № 31. Ст. 4822.
5. Плотникова О.А., Барнаш А.В., Чаплыгина М.Л. Инклюзивный подход в образовании // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 13. С.

2041–2045.

Дополнительные источники:

1. Дюков, В.М., Бойдик Л.А. Теоретические и методологические основы инклюзивного образования // Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 12. С. 172–173.
2. Коджаспирова Г.М. Педагогическая антропология. М.: Гардарики, 2005. – 287 с.
3. Наумов А.А. Концептуальные основания инклюзивной образовательной среды // Педагогическая поддержка детей и молодежи с ограниченными возможностями здоровья в условиях современной России: тенденции и опыт: Материалы Всеросс. науч. конф. 20–21 марта 2014 г. / под ред. О.В. Лебедевой. Киров: Изд-во «Радуга-ПРЕСС», 2014. –327 с.
4. Ахметова Д.З., Нигматов З.Г., Челнокова Т.А., Юсупова Г.В. и др. Педагогика и психология инклюзивного образования: учеб. пособие. Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – 256 с.

Интернет-ресурсы:

1. Официальный сайт Национального центра «Абилимпикс». <https://abilympics-russia.ru/>
2. Что такое инклюзия в образовании: [perspektiva-inva.ru/inclusive-edu/law/vw-371/http://perspektiva-inva.ru/inclusive-edu/law/vw-371/](http://perspektiva-inva.ru/inclusive-edu/law/vw-371/)