

**Департамент образования и науки Кемеровской области
Государственная организация образования «Кузбасский региональный
центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
«Здоровье и развитие личности»**

Вестник №1

Ранняя помощь

Кемерово

Содержание

Введение	3
Организация системы ранней помощи в Кемеровской области Свиридова И.А, Скоморина О.В., Кривошеина Н.П., Барсукова Ю.И. <i>ГОО «Кузбасский РЦППМС»</i>	4
Формирование коммуникативной компетентности как элемент позитивной социализации детей старшего дошкольного возраста с ОВЗ Бобнева Ю.И., Зверева А.П., Рейнгард С.В. <i>МАДОУ № 232 «Детский сад комбинированного вида»</i>	14
Ранняя помощь детям раннего возраста с нарушением зрения Козловская Ю.А. <i>МДОУ № 144 «Детский сад компенсирующего вида»</i>	19
Опыт работы отделения ранней помощи «Семья» ГОО «Кузбасский РЦППМС» Никитина О.А., Соловьева О.В., Чертенкова Г.Н. <i>ГОО «Кузбасский РЦППМС»</i>	25
Организация лечебно-профилактической помощи детям с ОВЗ: постановка проблемы «Дети с ограниченными возможностями здоровья» и нормативная правовая база по оказанию медицинской помощи данной категории детей (Лекция, часть 1) Свиридова И.А., Скоморина О. В., Мхитарян Е.В. <i>ГОО «Кузбасский РЦППМС»</i>	39
Организация лечебно-профилактической помощи детям с ОВЗ: проблемы выявления заболеваний и факторов риска, реабилитация и организация межведомственного взаимодействия в работе с детьми с ОВЗ и семьями (Лекция, часть 2) Свиридова И.А., Скоморина О. В., Мхитарян Е.В. <i>ГОО «Кузбасский РЦППМС»</i>	67
Особенности психолого-педагогического обследования уровня развития детей первых лет жизни Мхитарян Е.В., Савельева О.В., Мченская Т.Н. <i>ГОО «Кузбасский РЦППМС»</i>	103

Введение

Уважаемые коллеги!

В этом году подготовлен первый Вестник ранней помощи в Кемеровской области, который направлен на консолидацию опыта и обобщение результатов работы специалистов в системе ранней помощи различных ведомств. Мы надеемся, что Вы примете активное участие в работе и представлении её результатов на наших страницах.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Свиридова Ирина Альбертовна

доктор медицинских наук, профессор, член корр. РАЕН, директор ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Скоморина Ольга Викторовна

канд. мед. наук, заместитель директора, ГОО «Кузбасский РЦППМС»,

Кривошеина Наталья Петровна

канд. биол. наук, руководитель регионального ресурсного центра ранней помощи, методист ГОО «Кузбасский РЦППМС»;

Барсукова Юлия Ивановна

руководитель проекта, методист, ГОО «Кузбасский РЦППМС»

В Кемеровской области по данным Федеральной службы государственной статистики по Кемеровской области на начало 2019 года проживает 120318 детей до 3 лет. Численность детей в возрасте до 3-х лет с отклонениями в развитии и здоровье составляет 28116 человек (по данным департамента охраны здоровья населения). Каждый год численность детей, нуждающихся в медицинской, психолого-педагогической коррекции растет в среднем до 1500 человек. Ежегодно признается инвалидами более 500 детей до 3-х лет.

В настоящее время (на 01.01.2020) в Кемеровской области функционируют 332 службы ранней помощи, в том числе – в структуре образовательных организаций – 247, в структуре организаций социальной защиты – 35, в структуре медицинских организаций – 50 служб.

Численность детей целевой группы в 2019 году составила – 31441 детей.

В структуре детей целевой группы преобладают дети с ОВЗ, с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений

жизнедеятельности – 74,22%, причем основная масса по данным системы здравоохранения региона.

Среди детей целевых групп услуги ранней помощи в 2019 году получили 22985 детей до 3 лет (72,62% от целевой группы), том числе: в организациях социальной защиты - 601 ребенок (2,61%), в медицинских организациях – 21936 детей (95,43%), в организациях образования – 448 детей (1,94%).

В возрастной структуре детей целевой группы преобладают дети первого года жизни – 7441 человек (23,66%), удельный вес детей от 12 до 24 мес. составляет - 21,52%, детей от 25 до 36 мес. – 19,74%, детей от 36 мес. до 4 лет – 11,37%.

Среди детей, получивших услуги ранней помощи: дети от 0 до 12 месяцев – 7389 чел.(32,37%), дети 12 – 24 месяца – 6623 чел. (28,81%), дети 25 – 36 мес. – 5946 чел. (25,86%), дети 36 мес.- 4 года – 3036 человек (13,2%).

Количество детей, получивших услуги ранней помощи от целевой группы составляет: среди детей до года – 99,07%; 12 – 24 мес. – 97,43%; 25 - 36 мес. – 94,61%; 36 мес. – 4 года – 83,82%.

В Кемеровской области Служба ранней помощи организована с сентября 2015 года с определением единого информационно-методического центра, функцию которого осуществляет ГОО «Кузбасский региональный центр психолого- педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – Центр), который обеспечивает максимальный объем практической и методической деятельности системы. Центр осуществляет организационную, координирующую деятельность в формировании региональной Службы ранней помощи ребенку и семье, программно-методическое, кадровое и информационное обеспечение системы, а также проводит диагностико-коррекционную работу с детьми раннего и дошкольного возраста, консультирует родителей. В Центре сконцентрированы программно-методические, материально-технические (специальная техника, аппаратура, оборудование и др.), кадровые ресурсы.

В 2018- 19 годах в Кемеровской области реализовывался Комплекс мер по созданию и развитию региональной системы ранней помощи, предусматривающий осуществление на основе межведомственного подхода, последовательных мероприятий, включающих:

- внесение изменений и утверждение нормативных документов, локальных актов организаций, регламентирующих деятельность служб ранней помощи;

- создание новых и развитие ранее созданных служб ранней помощи в качестве отдельных самостоятельных подразделений на базе организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования;

- обеспечение своевременного выявления детей с ОВЗ, детей с риском развития инвалидности;

- разработка и внедрение технологий комплексной диагностики ребенка в раннем возрасте;

- организация помощи и поддержки детей и семей целевых групп на основе индивидуальных программ;

- разработка и реализация программ перехода детей в систему дошкольного образования;

- организация социального сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ;

- формирование и поддержка групп родительской взаимопомощи, создание сетей взаимной поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов;

- реализация программ обучения родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, способам ухода и методам абилитации и реабилитации на дому, в том числе посредством обеспечения доступа к интернет-ресурсам для осуществления дистанционного обучения и сопровождения родителей;

- создание регионального ресурсного центра, обеспечивающего, в том числе, координацию работы служб ранней помощи:

- формирование банков эффективных технологий и методик работы по организации ранней помощи, профилактике инвалидности, абилитации и реабилитации, интеграции детей-инвалидов, детей с ОВЗ и семей, воспитывающих таких детей, в общество;

- повышение профессиональных компетенций специалистов организаций разной ведомственной принадлежности, работающих с этими категориями детей и семей;

- методическое обеспечение специалистов посредством подготовки, издания и распространения тематических методических материалов;

- подготовку, издание и распространение информационных материалов для родителей детей-инвалидов и детей с ОВЗ;

- представление эффективных региональных практик по оказанию ранней помощи детям на Всероссийской выставке – форуме «Вместе - ради детей!» (в 2018-2019 годах);

- проведение итогового мероприятия по итогам реализации комплекса мер и распространению эффективных результатов (региональное/межрегиональное);

В Службу ранней помощи Кемеровской области включены организации, подведомственные органам управления образованием территорий, осуществляющие комплексную психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь детям, обеспечивающие взаимодействие дошкольных образовательных организаций различных форм и родительской общественности.

Служба ранней помощи создана для детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, имеющих нарушения/отклонения в развитии, нарушения поведения и психического здоровья, вызванные медицинскими, биологическими и социальными факторами, а также риск возникновения отставания в одной из областей развития, в том числе для:

- детей с ограниченными возможностями здоровья;

- детей-инвалидов младенческого, раннего и дошкольного возраста;

- детей-сирот и оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в замещающих семьях, в домах ребенка, детских домах и детских домах-интернатах, из семей, где ребенок подвергается пренебрежению и/или насилию, родители страдают алкоголизмом и/или наркоманией, один из родителей которых имеет диагностированное психиатрическое заболевание;

а также для: родителей (законных представителей), осуществляющих воспитание и уход за детьми младенческого, раннего, дошкольного возраста вышеперечисленных категорий.

Целями создания Службы ранней помощи являются:

- раннее выявление риска развития нарушений здоровья и нарушений здоровья у детей от 0 до 3 лет;

- создание единой системы медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, основанных на внутри- и межведомственном взаимодействии, обеспечивающих возможно более полную компенсацию нарушений здоровья;

- обеспечение услугами по развитию таких детей во избежание возникновения нарушения развития здоровья или коррекции для уменьшения уже возникших нарушений;

- формирование и развитие способностей таких детей для их оптимальной адаптации и интеграции в общество;

- предоставление помощи родителям в создании оптимальных условий для развития и обучения ребенка в условиях семьи, повышения уровня компетентности родителей и других членов семьи, для расширения их возможностей по созданию условий для выстраивания маршрута роста и развития такого ребенка, планирования жизни ребенка в будущем;

- содействие социальной интеграции семьи и ребенка;

- развитие системы мероприятий по профилактике инвалидности и нарушений здоровья у детей;
- обеспечение подготовки и перехода ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью в дошкольную образовательную организацию.

Структура Службы РП в Кемеровской области подразделяется на несколько уровней:

- Региональный уровень (Центральная Служба РП)
- Территориальный уровень (Территориальные Службы РП)
- Муниципальный уровень (Консультационные пункты)
- Учрежденческий (группы ранней помощи или(и) группы кратковременного пребывания)

Центральная служба РП создана для организации деятельности Службы, осуществления научно – методического сопровождения деятельности территориальных служб, мониторинга реализации программы развития ранней помощи в Кемеровской области.

Функции Центральной службы РП в Кемеровской области возложены на ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности».

Территориальные Службы РП созданы

- на базах территориальных отделений ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности»,
- на базах действующих муниципальных центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи,

для осуществления ранней помощи в пределах территории одного или нескольких муниципальных образований Кемеровской области исходя из территориальной доступности Службы для ребенка и семьи.

В каждом муниципальном образовании на базах ДОО приказом (распоряжением) Управления образованием территории созданы

консультационные пункты ранней помощи для обеспечения единства и преемственности семейного и общественного воспитания, оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям), поддержки всестороннего развития личности детей, не посещающих образовательные учреждения.

По данным ежегодного мониторинга ГОО «Кузбасский РЦППМС» о состоянии и развитии Службы ранней помощи в системе образования в Кемеровской области в 2019 году функционировало 247 Консультационных пунктов.

В ДОУ, где организованы консультационные пункты ранней помощи, созданы группы ранней помощи или (и) группы кратковременного пребывания, которые осуществляют оказание консультативной помощи родителям (законным представителям), воспитывающим детей дошкольного возраста на дому, по различным вопросам воспитания, обучения и развития ребенка от рождения до 7 лет; обеспечивают психолого-педагогическое просвещение родителей с учетом индивидуальных особенностей, возможностей и потребностей семей; оказывают психолого-педагогическую поддержку семьям детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья; организуют специальное обучение и воспитание в семье детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья с учетом рекомендаций по оказанию ребёнку возможной психолого-педагогической помощи.

Кроме этого, группы кратковременного пребывания для детей, не посещающих обычные детские сады, осуществляют своевременное выявление детей раннего и дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья с целью оказания им коррекционной помощи и психолого-педагогической поддержки их семьям; содействуют адаптации, социализации и интеграции детей с нарушениями развития (риском нарушения); способствуют обеспечению равных стартовых возможностей детям 5-7 лет, не посещающих дошкольное образовательное учреждение, при

поступлении в школу; обеспечивают выполнение рекомендованного ПМПК индивидуального маршрута и рекомендаций по оказанию ребёнку возможной психолого-педагогической помощи, организации их специального обучения и воспитания в семье. В группах кратковременного пребывания осуществляется консультативная работа с родителями детей, обучение родителей педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи, оказание психотерапевтической помощи семье.

Основная форма ранней помощи в консультационных пунктах – индивидуальные занятия или занятия в малой группе (по 2–3 ребенка) при обязательном участии родителей. Группы работают в утренние часы и в вечернее время (а по возможности – и в выходные дни), с учетом потребностей родителей. Занятия с детьми и родителями проводится в форме пролонгированного и краткосрочного консультирования. К работе привлекаются дефектолог, педагог-психолог, музыкальный руководитель и воспитатель по физической культуре, медицинский и технический персонал дошкольной организации.

В территориальных отделениях ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» реализуются услуги и мероприятия ранней помощи в рамках индивидуальных программ ранней помощи (48% обратившихся), пролонгированного консультирования (27% обратившихся), краткосрочного консультирования (21% обратившихся) и междисциплинарного первичного обследования.

Деятельность регионального ресурсного центра ранней помощи включает:

- просвещение родителей (законных представителей) – информирование родителей, направленное на предотвращение возникающих семейных проблем и формирование педагогической культуры родителей с

целью объединения требований к ребенку в воспитании со стороны всех членов семьи, формирование положительных взаимоотношений в семье;

- диагностику развития ребенка – психолого-педагогическое изучение ребенка, определение индивидуальных особенностей и склонностей личности, потенциальных возможностей, а также выявление причин и механизмов нарушений в развитии, социальной адаптации, разработка рекомендаций по дальнейшему развитию и воспитанию ребенка;

- консультирование (психологическое, социальное, педагогическое) – информирование родителей о физиологических и психологических особенностях развития ребенка, основных направлениях воспитательных воздействий, преодолении кризисных ситуаций;

- методическую помощь родителям и специалистам образовательных организаций по направлениям развития и коррекции нарушений развития ребенка;

- проведение занятий на основе индивидуальных особенностей развития ребенка, направленных на обучение родителей организации воспитательного процесса в условиях семьи;

- содействие социальной адаптации ребенка в детском коллективе – развитие у ребенка навыков социального поведения и коммуникативных качеств личности.

Оказание помощи строится на основе интеграции деятельности специалистов: педагога-психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога и других специалистов с родителями и ребенком. Консультирование родителей (законных представителей) может проводиться одним или несколькими специалистами одновременно. Работа с родителями (законными представителями), воспитывающими детей дошкольного возраста проводится в различных формах: групповых, подгрупповых, индивидуальных.

Специалистами регионального ресурсного центра ежемесячно организуются лектории, консультации, теоретические и практические семинары для родителей (законных представителей).

Для формирования профессиональных компетенций педагогов в работе с детьми с особыми образовательными потребностями, проводятся ежемесячные онлайн-консультации, областные семинары, вебинары, курсы повышения квалификации.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОВЗ

Бобнева Юлия Ивановна

Зверева Александра Петровна

Рейнгард Светлана Владимировна

*Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение №232
«Детский сад комбинированного вида», г. Кемерово*

Позитивная социализация – это умение ребенка взаимодействовать с окружающими людьми, выстраивать свое поведение и деятельность, учитывая потребности и интересы других. Позитивная социализация основана на получении нового опыта с радостью и удовольствием благодаря положительным подкреплениям, поощрениям, приятным эмоциям.

Позитивная социализация является опорой для гармоничного развития личности ребенка, и своевременного освоения различных навыков, в том числе, социальных.

Элементами позитивной социализации выступают:

- эмоциональное благополучие ребенка;
- положительное отношение к окружающим людям;
- коммуникативная компетентность дошкольника;
- развитие социальных навыков детей.

Во многом благополучная социализация ребёнка определяется его успешностью в сфере общения со взрослыми и сверстниками [1].

Коммуникативная компетентность для дошкольника – это владение конструктивными способами и средствами взаимодействия с окружающими людьми, «умение общаться и посредством общения успешно решать возникающие игровые, познавательные, бытовые и творческие задачи».

Особого внимания заслуживает проблема формирования коммуникативной деятельности у детей дошкольного возраста с ОВЗ (а

именно с общим недоразвитием речи (ОНР).

По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, к основным категориям детей с ОВЗ, среди прочих, относятся также дети с нарушением речи (логопаты).

Помимо того, что у них страдают высшие психические функции: память, внимание, мышление, задета и эмоционально - личностная сфера: недостаточно сформированы дифференциации эмоциональных состояний и саморегуляции; небольшой объём мимических средств (выразительных движений мышц лица) и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), слабость артикуляции и тонкой моторики, - всё это снижает коммуникативные возможности детей. Нарушения речевой функции приводят к нарушению процесса коммуникаций, что в свою очередь ведет к недоразвитию коммуникативной компетентности в целом.

Основными задачами психолого-педагогической работы по формированию коммуникативной компетентности детей старшего дошкольного возраста с ОНР являются развитие умений: сотрудничать, активно слушать, перерабатывать информацию, говорить самому [2].

Задачи по развитию коммуникативной компетентности детей старшего дошкольного возраста с ОНР реализуются в нескольких направлениях:

1. диагностическое.
2. консультационно-просветительское.
3. коррекционно – развивающее.

В качестве основных методов и приемов, направленных на развитие коммуникативной сферы, на занятиях и в повседневной деятельности используются разнообразные игры и упражнения:

- коммуникативные игры-упражнения (на развитие умения сотрудничать; умение активно слушать, перерабатывать информацию, входить в контакт, вести диалог; на развитие навыков взаимодействия в группе),
- игры-хороводы,

- игры-драматизации (способствуют развитию речевой активности, дети учатся принимать участие в групповом разговоре, приобретают навыки вежливого общения),
- мимические и пантомимические этюды (на развитие навыков невербального общения),
- элементы арт-терапии,
- беседы, разыгрывание и решение «трудных» ситуаций,
- игры для развития умений вести себя в конфликтной ситуации [3].

Предлагаем примеры упражнений по формированию коммуникативной компетентности.

1. Упражнение «Рисуем вместе» направлено на развитие мелкой моторики рук, навыков сотрудничества, произвольного внимания.

Для данного упражнения подбирается рисунок с одинаковыми правой и левой сторонами (например, бабочка, сердечко, также можно использовать рисунки из комплекта Зеgebарт Г.М., Ильичевой О.С. «Волшебные обводилки. Формирование графомоторных навыков»).

Участвуют двое детей. Лучше всего рисунок повесить на доску.

Инструкция: «Ребята, вы одна команда и вам, каждому со своей стороны (правой и левой), необходимо обвести рисунок. Начинать нужно одновременно, с одной и той же точки. Старайтесь обводить рисунок одновременно со своим партнером, не опережая его. Если ваш друг не успевает – остановитесь и подождите его. Закончить работу вы должны также вместе, одновременно, в одной и той же точке».

2. Упражнение «Пальчиковые походы» направлено не только на развитие коммуникативных навыков, но и на развитие мелкой моторики рук, пространственных представлений.

Данное упражнение проводится с помощью небольшого песочного стола (или высыпанной на лист бумаги манки). Участвуют двое детей. Детями выбираются три игрушки (можно из киндер-сюрпризов), которые они внимательно осматривают и трогают.

Инструкция: «Ребята, сейчас вы, по очереди, будете искать клад, выбранные вами игрушки. Один из вас будет кладоискателем, т.е. будет искать игрушки, а второй – прятать клад в разных частях поля. Кладоискатель ищет клад с закрытыми глазами, с помощью указательного и среднего пальцев. Шаги должны быть мелкими. Кладоискателю можно помочь – направить его в нужную сторону (вправо, влево, вверх, вниз и т.д.)».

Перед началом «похода» ребенку, который будет искать «клад» необходимо поставить руку на начальную точку, т.е. на то место, откуда ребенок начнет свой «поход» [4].

Таким образом, для эффективного формирования коммуникативной компетентности дошкольника с ОНР необходимо создать коммуникативно-игровую среду, воздействующую на ребенка и соблюдать следующие условия:

- создавать ситуации коммуникативной успешности;
- стимулировать коммуникативную деятельность, используя проблемные ситуации;
- ориентироваться на «зону ближайшего развития»;
- проводить коррекционную работу по совершенствованию развития начал коммуникативной компетентности с учетом индивидуальных особенностей детей, привлекая к работе педагога-психолога и семью;
- мотивировать ребенка к выражению своих мыслей, чувств, эмоций, характерных черт персонажей при помощи слова и мимики;
- признавать семью и социальные ситуации, в которых протекает ежедневная жизнь ребенка, факторами, оказывающими равное влияние на результат развития речи детей и начал коммуникативной компетентности.

Список литературы

1. Егорова М. В. Развитие эмоциональной отзывчивости и навыков общения у детей 3 – 7 лет [Текст] / М. В. Егорова. – М. : Издательство «Учитель», 2015. – 67 с.
2. Лисина, М. И. Формирование личности ребенка в общении [Текст] / М. И. Лисина. – СПб. : ПИТЕР, 2009. – 320 с.
3. Смирнова, Е. О. Общение дошкольников со взрослыми и сверстниками [Текст] / Е. О. Смирнова. – М. : «Мозаика-Синтез», 2012. – 192 с.
4. Широкова Г. А. Школа общения для дошкольников [Текст] / Г. А. Широкова. – М. : Издательство «Феникс», – 2012. – 384 с.

РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Козловская Юлия Андреевна,

учитель-дефектолог МБДОУ №144 «Детский сад компенсирующего вида»

С самого рождения ребёнка все его движения и действия осуществляются при участии и под контролем зрения.

Поступление в детский сад — это первая ступень в формировании у ребёнка его самостоятельных отношений вне дома. Малыш с нарушением зрения находится в более тяжёлых условиях, чем другие дети, поскольку снижена скорость и точность зрительного восприятия, восприятие окружающего мира происходит на суженной сенсорной основе. Это отрицательно влияет на развитие психических процессов, снижается качественный уровень представлений о мире вокруг, что осложняет процесс обучения, а также процесс социальной адаптации.

В этой связи важен целостный подход к организации коррекционно-развивающей работы, где особенно необходимо выделить значимость сенсорного развития ребенка в дошкольном возрасте.

Сенсорное воспитание — это целенаправленное формирование эталонных представлений о цвете, форме, величине, о признаках и свойствах различных предметов и материалов, их положении в пространстве и др.

Сенсорное развитие, с одной стороны, составляет фундамент общего умственного развития ребенка, с другой стороны, имеет самостоятельное значение, так как полноценное восприятие необходимо для успешного обучения ребенка в детском саду, в школе и для многих видов труда.

Сенсорное развитие предполагает овладение детьми определёнными перцептивными действиями (идентификации, и соотнесения, перцептивного моделирования), а также освоение системы сенсорных эталонов, т.е. общепринятых образцов внешних свойств воспринимаемых объектов, и является важным для детей с нарушением зрения.

Из-за нарушения зрительных функций у детей снижаются все показатели зрительного восприятия (точность, целостность, скорость), в то же время сам процесс восприятия в силу возрастных особенностей еще не качественен и недостаточно развит. Мы рассматриваем сенсорное развитие как важнейший фактор компенсации в образовательном процессе детей с нарушением зрения в единстве трех направлений как средство развития ребенка; объект коррекционного воздействия; как средство компенсации нарушенного зрительного восприятия.

Специфика коррекционной работы с детьми с нарушением зрения заключается в том, что наряду со зрительным восприятием необходимо развивать и все остальные виды чувствительности (осязание, слух, вкус, обоняние). Наиболее сильный компенсаторный эффект в сфере познавательной деятельности и процессах пространственной ориентации достигается при совместном функционировании аномального зрения и сохранных анализаторов. (В. З. Денискина, М. И. Земцова, Л. И. Плаксина, В. А. Феоктистова, Л. В. Фомичева).

Сенсорное развитие нельзя сводить к механической тренировке ощущений, оно является не автономным, а системным процессом, тесно связанным с формированием ряда психических функций (память, мышление, речь и т.д.).

Многие исследования показывают, что дети с нарушением зрения затрудняются соотносить орган чувств с определённой информацией, получаемой от него, т.е. имеется проблема в *осознании* своих сенсорных возможностей.

Дети не достаточно активно пользуются сохранными анализаторами, что обедняет их чувственный опыт. У ребенка ещё нет понимания, что его зрение неполноценно и он полностью доверяет зрительной информации. Практика работы свидетельствует, что спонтанно эти знания и навыки осознанного полисенсорного восприятия не формируются, поэтому необходимо целенаправленное педагогическое воздействие.

Как помочь ребенку осознать свои сенсорные возможности? Для этого необходимо реализовать следующие задачи:

- расширить чувственный опыт детей;
- познакомить с сенсорными возможностями различных органов чувств и научить пользоваться ими на практике;
- в старшем дошкольном возрасте познакомить со строением органов чувств.

Коррекционная работа по сенсорному развитию дошкольников с нарушением зрения может быть представлена следующим образом:

Специальные коррекционные занятия тифлопедагога, направленные на ознакомление дошкольника с нарушением зрения с собственными сенсорно-перцептивными способностями, на формирование алгоритма восприятия для каждого органа чувств. Использование сохранных анализаторов на специальных коррекционных занятиях по развитию зрительного восприятия, социально-бытовой ориентировке, развитию осязания и мелкой моторики, ориентировке в пространстве.

Одним из самых важных условий развития восприятия у детей раннего возраста является использование взрослыми различных игр и игровых упражнений. Играя, он упражняется в моторных навыках, учится обращаться с предметами, вырабатывает элементарные понятия, начинает понимать речь и усваивает умение взаимодействовать с другими. В игре он учится всему этому без усилий и с наслаждением. Игра удобна ещё и тем, что в ней можно много раз повторять то, чему взрослый хочет научить ребенка.

Одним из видов детской деятельности, при котором у ребенка формируются не только изобразительные навыки, но в первую очередь реальные представления о предметах окружающей действительности является рисование. Наиболее продуктивно идёт накопление зрительного опыта в процессе различных дидактических игр и упражнений, где дети в непроизвольной форме овладевают знаниями о предмете и средствах изображения. Например, это может быть упражнение на развитие

формообразующих движений с применением трафарета: «Педагог предлагает детям рассмотреть панно, на котором котенок играет с клубками ниток, которые он размотал. Затем предлагает детям намотать нитки в клубок и показывает, как это делать: размотать клубки и затем смотать в клубок, а затем имитировать эти действия с фломастером и бумагой, имитируя движениями карандаша наматывание ниток в клубок».

Не стоит забывать о воспитательной функции рисования (лепки), не только развивающего верность глаза, руки, чувство формы, цвета, но и приучающего ребенка вникать во все подробности, частности, способствующего развитию внимания и наблюдательности. Первые занятия по рисованию очень простые, должны начинаться в 1,5-2 года. Сначала ребёнок учится обводить с помощью взрослого свою ручку, каждый пальчик, затем какие – то предметы, листья, ключи и т.д.

Обучение и воспитание в нашем детском саду для детей с нарушением зрения направлено на раннюю коррекцию и компенсацию вторичных отклонений в развитии детей, осуществление лечебно-восстановительной работы по исправлению косоглазия и амблиопии.

Коррекционная работа по устранению дефектов зрения у детей осуществляется в тесной связи с комплексным лечебно-восстановительным процессом на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции, а также при неукоснительном выполнении требований и рекомендаций специалистов родителями.

Моя работа как тифлопедагога направлена на активизацию зрительных функций детей: повышение остроты зрения; тренировки сетчатки глаз; развитие глазодвигательных, прослеживающих функций, расширение поля зрения; развитие устойчивой зрительной фиксации (локализации), а так же на развития когнитивных способностей.

Первые трудности в лечебно-восстановительной работе могут возникнуть на этапе проверке зрения. Малыши часто не узнают изображения, которые представлены в таблице определения остроты зрения Орловой. Это

может быть связано с отсутствием практического опыта узнавания изображений в разных модальностях, с недостаточным объемом знаний об окружающем мире, а также обусловлены несформированностью речевой функции, когда ребенок узнает предмет, но не знает его названия. Если ребенок не называет картинку, ему можно предложить их показать из набора таких же картинок, как на таблице: «Найди среди картинок такую же, как у меня, и покажи».

Далее мы подготавливаем ребенка к проверке остроты зрения. Для этого используем дидактические упражнения, например, «Назови картинку» (упражнять в назывании картинок таблицы), «Сгруппируй предметы» (упражнять в умении классифицировать предметы, изображенные в таблице Орловой, по обобщающим признакам: животные, транспорт, игрушки), «Наложи силуэтное изображение на контурное» (учить узнавать предметы в разных модальностях, соотносить силуэтные и контурные изображения) и другие.

Ранняя помощь заключается также в деятельности тифлопедагога, которая направлена на то, чтобы ребенок с нарушениями зрения чувствовал себя в своём жизненном пространстве комфортно. Тифлопедагог может содействовать оптимизации условий семейного воспитания ребенка с нарушениями зрения путем педагогического влияния на формирование адекватных родительских позиций, которые выступают как фактор и условие предупреждения эмоционального неблагополучия дошкольника.

Взаимодействие тифлопедагога с родителями предусматривает общее поле деятельности, которое соответствует направлениям:

- 1) повышение педагогической культуры родителей;
- 2) формирование ценностного отношения к ребенку с нарушениями зрения (принятие или непринятие родителями зрительного нарушения ребёнка и особенностей его развития определяют родительскую позицию по отношению к нему);

3) обеспечение позитивных эмоциональных отношений при взаимодействии дошкольников с тифлопедагогом и родителями. Данное направление способствует пересмотру, изменению неадекватных позиций родителей, развитию у дошкольников уверенности в себе, нивелированию тревожности, саморегуляции эмоционального состояния детей, закреплению необходимых для их дальнейшей жизни навыков нормативного поведения, поддержанию баланса эмоциональной жизни в целом.

Таким образом, раннюю помощь детям с нарушением зрения можно определить тремя направлениями: сенсорное воспитание детей, лечебно-восстановительный процесс и педагогическая работа с родителями.

Список литературы:

1. Башкирова, И.Л. Взаимодействие педагога и семьи ребенка с нарушениями зрения: учеб.-метод. пособие – Минск: БГПУ, 2009. – 76 с.
2. Грищенко Т.А. Сенсорное развитие дошкольников с нарушением зрения в условиях специального и инклюзивного образования. Тематические индивидуальные занятия и игры : [метод. пособие] – М. : Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2017. – 96 с.
3. Краснощекова Н.В. Развитие ощущений и восприятия у детей от младенчества до младшего школьного возраста : игры, упражнения, тесты. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 319 с.
4. Плаксина Л. И. Развитие зрительного восприятия в процессе предметного рисования у детей с нарушением зрения: учеб.-метод. пособие для педагога-дефектолога. – М. : Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 87 с.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ «СЕМЬЯ» ГОО «КУЗБАССКИЙ РЦППМС»

Никитина Оксана Анатольевна

руководитель отделения «Семья» ГОО «Кузбасский РЦППМС»,

Соловьева Ольга Васильевна

методист отделения «Семья» ГОО «Кузбасский РЦППМС»,

Чертенкова Галина Ивановна

канд. пед. наук, методист отделения «Семья» ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Отделение ранней помощи «Семья» в городе Новокузнецке является структурным подразделением Государственной организации образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» Департамента образования и науки Кемеровской области. Отделение осуществляет свою деятельность в направлениях: психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и развитие детей ранних периодов жизни.

Теоретико-методологической основой организации психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья стали:

1. системный подход к процессу развития ребенка, базирующийся на теории функциональных систем и системогенеза (П.К. Анохин), теории системной организации высшей психической деятельности, системного структурно-динамического изучения психического развития ребенка (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия); применительно к психолого-педагогическому сопровождению системный подход означает учет всех актуальных и потенциальных образовательных, социальных возможностей и потребностей ребенка, социальной ситуации его развития и истории его жизни;

2. гуманистический подход к педагогической деятельности, который в центр внимания специалистов определяет не ограничения в здоровье и

развитии ребенка, а самого ребенка, отягощенного этими ограничениями и его особую социальную и образовательную ситуацию (Л.С. Выготский);

3. комплексный подход к изучению и развитию психики ребенка (единство диагностической и коррекционной помощи детям с трудностями в развитии), основанный на положениях теории Л.С. Выготского;

4. междисциплинарный подход в организации коррекционной помощи, предполагающий параллельное воздействие «команды» специалистов на двигательную, сенсорную, познавательную и речевую сферы, включение их в единую организационную модель с применением единой системы методов и форм коррекционной работы;

5. дифференцированный подход в организации диагностико-коррекционной помощи ребенку с проблемами в развитии (Т.А. Власова, В.И. Лубовский, У.В. Ульенкова) необходим детям с психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья, так как они в силу неоднородности дефекта имеют разные образовательные возможности, что требует всестороннего изучения детей и разработку соответствующих мер педагогического воздействия с учетом выявленных особенностей; для этого педагог может получить данные медицинского и психологического обследования каждого ребенка и дополнять их педагогическими наблюдениями;

6. межведомственный подход, предполагающий тесное сотрудничество между службами, ответственными за оказание медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям младенческого, раннего и дошкольного возраста с выявленными нарушениями развития (риском нарушения) и их семьям.

Целью психолого-педагогического сопровождения является организация поддержки семьи, имеющей ребенка с выявленными нарушениями развития или риском нарушения, максимальное приближение показателей развития ребенка к возрастным нормативам, овладение им умениями и навыками, характерными для данного возраста, обеспечение

благоприятной социальной адаптации в образовательных организациях и готовности к обучению в условиях инклюзии.

В работе с семьей, имеющей ребенка с особенностями здоровья, решаются следующие задачи:

1. принятие членами семьи факта болезни (отклонений);
2. формирование реалистичного восприятия родителями состояния здоровья/болезни ребенка, течения заболевания и прогноза;
3. формирование у родителей реалистичного восприятия возможностей их ребенка, зоны его ближайшего развития с учетом особенностей возраста, клинической картины и течения заболевания;
4. формирование мотивации к сотрудничеству в сопровождающей деятельности на ранних этапах развития ребенка;
5. предоставление информации о службах и специалистах, которые могут быть полезны семье в вопросах развития и воспитания ребенка, содействие в налаживании отношений с ними.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи начинается с организации образовательной деятельности на этапе ожидания ребенка. Отделение ранней помощи «Семья» сотрудничает с женской консультацией №2 Городской клинической больницы №2 г.Новокузнецка с целью психологической и физической подготовки к родам, формированию основ здорового образа жизни и осознанного материнства. На сегодняшний день используются разнообразные формы и методы взаимодействия с молодой семьей. При организации работы с семьями, ожидающими рождение ребенка, особое внимание уделяется формированию отношения к ребенку как личности на этапе пренатального воспитания, формированию отзывчивости к потребностям и возрастным особенностям деятельности и поведения маленького ребенка, освоению элементарных психологических знаний и практических умений, необходимых в процессе родов и на начальных этапах родительства.

В групповых формах сотрудничества обсуждаются вопросы принятия родительских ролей, анализируются содержательные стороны установок будущих родителей по вопросам развития, воспитания, обучения ребенка, используя элементы тренинговой работы по формированию гибкости поведения в семейном общении, умений принимать решения «здесь и сейчас», управлять психоэмоциональными состояниями, прогнозировать текущие и отдаленные последствия своих педагогических воздействий на ребенка. В индивидуальных формах работы оказывается поддержка в решении конкретных проблем каждой семьи. Реализация образования в данном направлении позволяет через формирование родительской ответственности и компетентности создать оптимальные условия для развития ребенка на ранних этапах.

Для семей, имеющих детей раннего и дошкольного возраста, в отделении предусмотрены такие формы работы, как диагностическое обследование, консультирование, образование родителей, развитие детей и коррекция выявленных нарушений в развитии.

В отделении ранней помощи «Семья» для построения индивидуального маршрута развития специалисты (педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед) проводят диагностическое обследование, используя следующие методики:

- диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Фрухт Э.Л.);
- психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста (Стребелева Е.А., Мишина Г.А., Разенкова Ю.А. и др.);
- «Маленькие ступени» (Питерси М., Трилор Р.);
- программа «Каролина» (Нэнси М. Джонсон-Мартин и др.);
- оценка уровня психомоторного развития ребенка (Журба Л.Т., Мастюкова Е.М.);
- практическая психодиагностика семьи (Бибчук М.А., Рихмаер Е.А.);

- психолого-педагогическое обследование детей (Забрамная С.Д., Боровик О.В.).

По результатам диагностики проводится консультирование родителей, решается вопрос о психолого-педагогическом сопровождении ребенка и даются рекомендации семье. При этом консультативная деятельность отделения ранней помощи «Семья» осуществляется в двух направлениях: консультирование родителей по индивидуальным запросам на территории отделения и консультирование семей в условиях дошкольных образовательных организаций. В детских садах г.Новокузнецка (МБДОУ №226, МБДОУ №248, МБДОУ №132) созданы консультационные пункты ранней помощи для обеспечения единства и преемственности семейного и общественного воспитания, оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям), поддержки всестороннего развития личности детей, не посещающих образовательные организации.

Консультативная помощь участникам образовательного процесса в детском саду направлена на оказание комплексной психолого-педагогической поддержки субъектов образовательного процесса в дошкольной образовательной организации, разработку рекомендаций педагогам, родителям по созданию оптимальных психолого-педагогических условий для гармоничного развития детей, повышения эффективности образовательного процесса, гармонизацию детско-родительских и семейных взаимоотношений и разрешение профессиональных затруднений специалистов.

Благодаря включению в региональный проект «Поддержка семей, имеющих детей», в 2019 году существенно увеличилось количество консультаций в адрес родителей. Консультативная деятельность осуществляется специалистами отделения: педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог, инструктор по адаптивной физической культуре, педагог дополнительного образования. Основными темами в консультировании становятся конфликты в детско-родительских

отношениях, особенности протекания возрастных кризисов у детей раннего и дошкольного возраста, ревность между сиблингами, нарушения развития у детей. Комплексная консультативная работа с семьей способствует осознанию родителями специфики возрастных поведенческих проявлений, улучшению мотивации семьи к здоровому образу жизни и стабилизации психо-эмоционального состояния детей и родителей.

В отделении ранней помощи «Семья» реализуется образовательная программа «Школа для родителей», обеспечивающая сопровождение семьи через включение родителей, воспитывающих детей от рождения до поступления в школу, в систему дополнительного квалифицированного образования. Целью данной программы является повышение компетентности и психолого-педагогической культуры родителей в вопросах раннего развития, социализации, воспитания и обучения детей, создания благоприятной социальной ситуации развития ребенка в семье и социокультурном пространстве.

Для реализации поставленной цели образовательной программы предусмотрено решение следующих задач:

1. помощь в осознании самооценности и особой значимости ранних периодов (младенчество, ранний возраст, дошкольное детство) в жизни и развитии человека;
2. помощь родителям в осознании возрастных и индивидуальных вариантов развития детей;
3. формирование наблюдательности, умений понимать, принимать, поддерживать собственного ребенка, оказывать недирективную помощь;
4. освоение различных способов общения, взаимодействия и сотрудничества с ребенком в соответствии с возрастом и ведущей деятельностью;
5. освоение современных методов и средств раннего развития, воспитания, обучения и коррекции детей от младенчества до школы;
6. совершенствование рефлексивных умений родителей.

Содержательные разделы программы позволяют включиться специалистам отделения в работу с семьей еще до того, как проблемы развития детей с ограниченными возможностями здоровья обретут конкретные очертания.

Программа «Школа для родителей» состоит из 3 базовых разделов, каждый из которых решает конкретные задачи, предназначен для определенной категории родителей и является самостоятельным звеном в информационно-образовательном сопровождении родителей на конкретных этапах развития ребенка.

Первый раздел «Мамина школа» предназначен для работы с родителями детей до 3-х месяцев. Раннее включение родителя совместно с ребенком в образовательное пространство позволяет преодолеть информационно-образовательный вакуум, в который часто попадают родители в первые месяцы жизни ребенка.

В первом тематическом блоке *«Обучение родителей методам психического развития»* занятия направлены на повышение компетентности родителей в вопросах психического развития ребенка, организации эффективного общения с близкими взрослыми, обучение родителей способам организации познавательной активности детей в домашних условиях, формирование родительской наблюдательности и эмпатийности, осознанного отношения к педагогическому взаимодействию с ребенком первого года жизни.

Второй тематический блок *«Обучение родителей методам физического развития»* направлен на понимание родителями физиологических особенностей и моторных возможностей младенца, освоение методов и средств раннего воздействия на физическое развитие ребенка. Родители овладевают элементами массажа, упражнениями рефлексорной гимнастики, фитбола, комплексы из которых могут быть самостоятельно использованы в работе с ребенком в домашних условиях.

В третьем тематическом блоке «*Обучение родителей методам раннего плавания*» занятия направлены на освоение родителями методики обучения плаванию младенца, овладение базовыми элементами плавания и упражнений с ребенком в воде, формирование опыта организации двигательной, сенсорной, познавательной активности ребенка в водной среде, позитивного отношения к воде как средству оздоровления и физического развития младенца.

Второй раздел «Школа для мамы и папы «Мир глазами ребенка» ориентирован на работу с родителями детей от 3-х месяцев и до 3-х лет. Это особое время в развитии ребенка. В этот период у ребенка закладывается фундамент личности в виде самооценки, образа себя, первых социокультурных представлений. Для родителей формирующаяся личность ребенка, его поведенческие и социальные навыки являются тем зеркалом, в котором отражается уже пройденный период младенчества, воспитание и взаимоотношения в семье. Становятся заметными достоинства и упущения родительского воспитания. Родительские педагогические влияния на ребенка в этот период жизни во многом определяют его взаимоотношения с широкой социальной действительностью и предметным миром.

Третий раздел «Родительская школа «Мы вместе» ориентирован на работу с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья. Содержание раздела предусматривает обогащение знаний родителей об особенностях физического и нервно-психического развития ребенка, вариантах развития и компенсаторных возможностях ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Практические занятия с родителями предусматривают освоение ими средств физического и психического развития ребенка, коррекции и социальной адаптации, повышают интерес и осознанное отношение к использованию данных методов в повседневной работе с ребенком. Использование разнообразных способов тренинговой и терапевтической работы с родителями позволяет сформировать умение эффективного общения с ребенком в соответствии с

возрастно-индивидуальными особенностями, умение стимулировать и поддерживать положительный эмоциональный фон ребенка в процессе организованного взаимодействия в самостоятельной деятельности, освоить методы саморегуляции, рефлексии, релаксации. Тематическое содержание раздела, и активные методы обучения способствуют формированию у родителей наблюдательности, умений понимать, принимать, поддерживать собственного ребенка, оказывать недирективную помощь, проявлять ценностное отношение к минимальным достижениям ребенка.

Ежегодно данной образовательной программой охвачено около 600 родителей. Образовательная программа «Школа для родителей» реализуется в интеграции с коррекционно-развивающей работой в адрес самого ребенка.

Отличительной особенностью деятельности отделения ранней помощи «Семья» является оказание коррекционной психолого-педагогической помощи детям младенческого, раннего и дошкольного возраста. Коррекционные занятия посещают дети со следующими диагнозами: расстройства аутистического спектра, синдром Дауна, ДЦП, органическое поражение центральной нервной системы, задержка речевого и познавательного развития и др. Данная деятельность включает в себя предоставление квалифицированной помощи ребенку и семье с целью содействия оптимального развития и адаптации в обществе ребенка с проблемами здоровья и развития, а также выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, интеграцию семьи и ребенка в общество, профилактику и\или снижение выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы.

Ежегодно в отделении ранней помощи «Семья» комплексные занятия посещают более 130 детей с ограниченными возможностями здоровья, 98% данных детей имеют сложный или осложненный дефект развития, из них 96% детей – это дети-инвалиды. Данная деятельность реализуется в режиме индивидуальных и групповых занятий по направлениям: коррекция и

развитие познавательных способностей, коррекция эмоционального состояния, коррекция моторного развития, коррекция и развитие речи.

Раннее включение ребенка в коррекционно-развивающие занятия познавательной и физической направленности способствует:

- наращиванию функций внимания, формированию умений ребенка слушать и слышать взрослого, следовать образцу, слову взрослого в осуществлении собственных движений, действий и поведения;

- формированию элементарных навыков опрятности и самообслуживания;

- приобретению опыта общения с незнакомыми взрослыми людьми и наблюдений со сверстниками, опыта действия в незнакомой обстановке;

- формированию базисного доверия ребенка к миру.

В рамках психолого-педагогического сопровождения детей, не посещающих дошкольные образовательные организации, реализуется направление «Социальная адаптация и развитие», в котором проводятся занятия педагогами-психологами, инструкторами по адаптивной физической культуре, педагогом дополнительного образования. Целью данного направления является обеспечение полноценного психофизического развития ребенка через сохранение, обогащение и реализацию его внутреннего потенциала во взаимодействии «мать и дитя» на основе двусторонней обратной связи.

В основу содержания данного направления положены ранние явления сенсорной сензитивности и ведущей роли взрослого в развитии ребенка. Исходя из понимания, что основным видом деятельности детей этого возраста является предметная деятельность, непосредственно-эмоциональное общение рассматривается как средство, необходимое ребенку для гармоничного развития. Поэтому психолого-педагогическое сопровождение реализуется через совместную деятельность ребенка со взрослым, создание комфортного психологического климата и благоприятной предметно-пространственной среды.

Психолого-педагогическое сопровождение детей первого и второго года жизни осуществляется по следующим направлениям: «Плавать раньше, чем ходить», «Первые шаги», «Я расту».

Занятия по направлению «Плавать раньше, чем ходить» способствуют сохранению и укреплению здоровья ребенка, знакомству с водой и ее свойствами (в процессе занятий дети учатся держаться на поверхности воды (всплывать, лежать, скользить), проплыть 5 - 10 метров, выполнять дыхательные упражнения).

Занятия в направлении «Первые шаги» направлены на обеспечение оптимального физического развития, расширение функциональных возможностей детского организма, формирование двигательных навыков, развитие физических качеств, обогащение двигательного опыта детей и профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата.

Активная сенсомоторная стимуляция детей, обогащение связей ребенка с окружающим миром, освоение предметной деятельности, расширение запаса понимаемых слов и обогащение активного словаря происходит при реализации направления «Я расту».

Занятия предполагают участие родителей, это связано с потребностью ребенка в эмоциональной близости с самыми близкими для него людьми – родителями, которые помогают благоприятно расти и развиваться, доверять окружающему миру. В раннем детстве родители оказывают самое большое влияние на познавательное и личностное развитие ребенка. Присутствие родителей на занятии позволяет детям более спокойно и плавно адаптироваться к новым условиям существования. Наблюдая за детьми, родители не выполняют задание за ребенка, а занимаются вместе с ребенком, помогают разрешить трудности под руководством опытного педагога. Такое сотрудничество также способствует созданию благоприятных детско-родительских отношений.

К двухлетнему возрасту, в связи с расширением потребностей и опыта социального взаимодействия детей, становится возможным их включение в

«Школу раннего развития». Содержание занятий объединено вокруг четырех основных направлений развития детей: физическое развитие; развитие игры, речи и общения; познание окружающего мира; художественно-творческое развитие. Каждое из направлений реализуется через организацию различных видов активности детей (двигательной, эмоциональной, познавательной, коммуникативной и др.) в формах ведущей деятельности (предметной и игровой) и соответствующего общения.

Системность в деятельности отделения ранней помощи «Семья» предусматривает включение в образовательный процесс всех субъектов, в том числе и специалистов системы образования. Реализация образовательной деятельности осуществляется в формах обучающих семинаров, научно-практических конференций, а также курсов повышения квалификации по темам: «Психолого-педагогические основы специальной педагогической помощи детям с нарушениями речи», «Особенности работы педагога с детьми раннего возраста», «Психологическое сопровождение педагогической деятельности в условиях реализации ФГОС дошкольного образования», «Обновление содержания физического воспитания дошкольников», «Навыки оказания первой помощи».

Психолого-педагогическое сопровождение семьи включает в себя и организацию психолого-педагогического просвещения всех участников образовательного процесса. Реализация просветительской деятельности развивается на 3 уровнях воздействия: территориальный (население города), групповой (ДОО, программы отделения), индивидуальный (родители, дети).

Просветительская деятельность способствует повышению психологической грамотности населения, формированию здорового образа жизни и гармонизации взаимоотношений современной семьи.

С целью сохранения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, профилактики вирусных инфекций отделение ранней помощи «Семья» сотрудничает с Новокузнецким филиалом ГБУЗ КО «Кемеровский областной Центр-СПИД», проводятся обучающие семинары «Особенности

распространения ВИЧ в г.Новокузнецке» для будущих мам и женщин, дети которых посещают отделение «Семья», на территории отделения распространяется печатная информация с контактами, где можно получить квалифицированную помощь по данной теме.

Специалистами отделения осуществляются выступления в СМИ, создаются памятки, буклеты, рекомендации для родителей по вопросам воспитания и развития детей, ведутся странички в социальных сетях в группе отделения ранней помощи «Семья».

На территории отделения проводятся мероприятия различного формата: тематические праздники, посвященные началу учебного года, праздники для детей с ограниченными возможностями здоровья: «Здравствуй, осень!», «Новогодняя сказка», «Масленица», спортивные и музыкально-развлекательные инклюзивные программы для детей раннего и дошкольного возраста.

Методическая деятельность отделения развивается в двух направлениях: создание информационно-методической базы и организационно-методическая деятельность. Реализация методической деятельности способствует осуществлению целей, задач, направлений деятельности отделения.

В связи с интенсивным развитием коррекционного направления в деятельности отделения ранней помощи «Семья» акцентуировано методическое обеспечение коррекционных видов деятельности: создание методических материалов для родителей и специалистов системы образования, методическая помощь в организации коррекционно-развивающей работы по результатам диагностики дошкольников.

Для выявления и распространения инновационного опыта в области психологических технологий в системе образования Кузбасса на базе отделения осуществляет свою деятельность методическое объединение педагогов-психологов г.Новокузнецка «Психологическая гостиная». На встречах рассматриваются практико-ориентированные вопросы:

эмоционально-уровневый подход при сопровождении детей с РАС, профилактика профессионального выгорания, организация системы помощи участникам образовательного процесса и др.

Таким образом, этапно-преемственный подход к содержанию и организации сопровождения в отделении ранней помощи «Семья», раннее включение семьи в комплексное психолого-педагогическое сопровождение, участие в сопровождающей деятельности «команды» специалистов, межведомственное сотрудничество, позволяют эффективно решать поставленные цели и задачи.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ С ОВЗ: постановка проблемы «Дети с ограниченными
возможностями здоровья» и нормативная правовая база по оказанию
медицинской помощи данной категории детей (Лекция, часть 1)**

Свиридова Ирина Альбертовна

*доктор медицинских наук, профессор, член корр. РАЕН, директор ГОО
«Кузбасский РЦППМС»,*

Скоморина Ольга Викторовна

канд. мед. наук, заместитель директора, ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Мхитарян Елена Валентиновна

*руководитель Центральной психолого-медико-педагогической комиссии,
врач-педиатр, учитель-логопед, заведующая отделением психолого-медико-
педагогического обследования ГОО «Кузбасский РЦППМС»*

Проблема организации лечебно-профилактической помощи детям с ОВЗ достаточно обширна по глубине и содержанию, по тем формирующимся сейчас в региональной и федеральной практике подходам, в том числе организационным и реабилитационным, поэтому наиболее значимыми являются 10 основных аспектов.

С нашей точки зрения – именно эти аспекты и характеризуют современное состояние данной проблемы в Российской Федерации и закладывают тенденции на перспективу.

В числе таких аспектов: постановка проблемы и современное состояние выявления детей с ОВЗ, нормативная правовая основа РФ в профилактической работе с данной категорией детей, первичная медико-санитарная помощь обучающимся, положение об отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, профилактические осмотры детей и подростков, комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних, организация ранней

помощи детям, медико-социальное сопровождение детей с ОВЗ, деятельность ПМПК, межведомственное взаимодействие.

1.1. Особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья

В начале XX-го века наш известный педагог и дефектолог Всеволод Петрович Кащенко предложил термин «исключительные дети» для обозначения данной категории детей.

В этом терминологическом обозначении подчеркнуто психологическое своеобразие таких детей и их значительный психологический потенциал, который может реализоваться при правильной коррекционной работе.

С 1980-х годов стали отдавать предпочтение понятию «дети с отклонением развития».

Так как специальное обучение распространилось на тот период и на умеренные нарушения в развитии, то пришло понимание, что коррекция необходима.

Сегодня широко используется термин «дети с ограниченными возможностями». Это понятие по лексическому значению более широкое, по сравнению - с ранее использованными. Но различие данных терминов не меняет сути проблемы.

Различные отклонения в развитии отражаются на специфике формировании социальных связей детей, их познавательных возможностях и ограничении в трудовой деятельности.

В зависимости от характера нарушения, как вы понимаете, зависит специфика деятельности и готовности ребенка к жизни. трудовой деятельности и т.д.

Некоторые нарушения в развитии могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие лишь частично скорректированы, а некоторые удается только временно компенсировать.

Некоторые дети, имеющие те или иные отклонения в здоровье и развитии, могут освоить только навыки самообслуживания, другие -

элементарные знания и навыки воспитания, третьи - полный курс средней школы.

Одни могут получить начальное (сейчас этот уровень вошел в состав среднего) или среднее профессиональное образование, другие - высшее.

В большинстве своем инвалидность детей: значительно ограничивает их активность, приводит к социальной депривации в результате нарушения их развития и роста, может привести к потере контроля над своим поведением.

А также может в будущем снизить способности к: самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности.

Процесс возникновения вторичных нарушений является сложным. Поскольку на него оказывают влияние качество и объем первичного дефекта.

Кроме того, на характер вторичного дефекта влияет фактор времени возникновения первичного дефекта.

На характер вторичных нарушений также влияют: социально-реабилитационная деятельность, условия окружающей среды, специально организованное обучение и воспитание, в целом - окружающая среда.

Качественные и количественные характеристики вторичных нарушений в значительной степени определяют особенности психических функций.

Таким образом, проблемы использования и раскрытия потенциальных возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья, их адаптации к условиям современной жизни имеют огромную социальную значимость.

В 2011 году принят федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями). Обращаем ваше внимание на двух статьях этого закона. Статья 7. Приоритет охраны здоровья детей. Здесь сформулированы важнейшие принципы того, что государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий

физического и психического развития детей. И дети - имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Здесь обозначены стратегические принципы профилактической работы, включая разработку и реализацию программ формирования здорового образа жизни, мероприятия по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, проведение профилактических осмотров, диспансеризации, мероприятия по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.

Сегодня в России насчитывается более 15 миллионов людей с проблемами здоровья, что составляет около 11 процентов населения страны.

Более 2 миллионов детей с ограниченными возможностями здоровья (8% всей детской популяции).

При этом отмечается рост заболеваемости детей по классам болезней нервной системы, глаз, органов дыхания, костно-мышечной системы.

Следует подчеркнуть, частота хронической патологии за последние 10 лет увеличилась на 22 процента. Ее доля среди школьников достигла 32 процентов. Уровень общей заболеваемости среди подростков вырос в 2 раза.

По последним данным Министерства здравоохранения РФ, в первую группу здоровья (условно «абсолютно здоровые» дети) в России попали только 11,4 процента школьников.

Вторая группа здоровья, то есть ребята, которые нуждаются в амбулаторном лечении, - составляет 58 процентов.

И третья-пятая группы, где уже нужно стационарное лечение, длительная реабилитация, - 30,6 процента.

Согласно статистическим данным, здоровый режим сегодня соблюдают 19,4 процента школьников.

Активно занимаются спортом только 10,9 процента учащихся. 13,2 процента детей не имеют никаких физических нагрузок, кроме школьных.

Увеличению числа детей с ограниченными возможностями здоровья способствуют многие факторы и реалии современного развития общества.

В том числе: ухудшение экологической ситуации, высокая заболеваемость родителей (особенно матерей), ряд нерешенных социально-экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем.

При анализе данных анамнеза было установлено, что в перинатальном периоде у учащихся образовательных организаций встречались неблагоприятные факторы.

Это:

- сочетанный гестоз,
- угроза прерывания настоящей беременности,
- хроническая внутриутробная гипоксия плода,
- фетоплацентарная недостаточность,
- анемия матери,
- перенесенные матерью ОРВИ, внутриутробные инфекции,
- недоношенность,
- рождение путем кесарева сечения,
- натальная травма шейного отдела позвоночника,
- церебральная ишемия II–III степени.

Среди указанных неблагоприятных факторов можно выделить наиболее распространенные: для детей с нарушением зрения – анемия у матери во время беременности; для детей с нарушением слуха – угроза прерывания беременности, внутриутробные инфекции, недоношенность, масса при рождении менее 2000 г; для детей с умственной отсталостью – фетоплацентарная недостаточность, длительный безводный период, церебральная ишемия II–III степени.

Высокая частота выделенных неблагоприятных факторов перинатального периода у учащихся образовательных учреждений свидетельствует о нарушении закладки и развития тканей, органов и систем и

объясняет высокую частоту соматической, ортопедической и неврологической патологии у этих детей.

Отклонения физического развития сейчас фиксируются у каждого пятого ребенка или обучающегося.

В настоящее время ведущие ученые России к одной из острых проблем профилактической педиатрии относят недостаточное развитие системы восстановительного лечения и оказание комплексной реабилитационной помощи, в чем особенно нуждаются дети с хронической патологией, ОВЗ и инвалиды.

Высокая заболеваемость и инвалидность среди детского населения свидетельствуют о том, что проблема охраны здоровья детей вышла за рамки собственно медицинской проблемы и приобрела социальную значимость.

Для улучшения ситуации необходимо комплексное решение актуальных вопросов организации охраны здоровья и детей с использованием новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В связи с этим дальнейшая разработка научных основ охраны здоровья детей и повышение эффективности лечебных и профилактических мероприятий является приоритетной проблемой, которая должна решаться как на современном законодательном уровне, так и в выстраивании эффективного межведомственного взаимодействия.

1.2. Обзор нормативной правовой базы России по вопросам охраны здоровья детей

Вопросы сохранения здоровья детей и организации медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях Российской Федерации регламентируется документами всех уровней:

- законами Российской Федерации;
- указами Президента Российской Федерации;
- приказами федеральных органов исполнительной власти и прежде всего Минздрава России;

- клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;
- распорядительными документами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Мы остановимся на той нормативной правовой базе Российской Федерации, которая выстраивает современную Конструкцию - порядок, ответственность и механизмы взаимодействия всех участников пространства по поддержанию здоровья обучающихся, оказанию медицинской помощи.

В качестве базовых здесь выступают два федеральных закона:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ
«Об образовании в Российской Федерации»

Кроме того, как вы знаете, 2018–2027 годы объявлены в России Десятилетием детства.

В рамках этой программы у нас действует Распоряжение Правительства РФ от 6 июля 2018 г. № 1375-р

«План основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства»

План включает 131 позицию, структурированную по 15 разделам, среди которых "Здоровый ребенок".

Раздел «Здоровый ребенок» включает мероприятия:

- Реализация системы мер по профилактике искусственного прерывания беременности, отказов от новорожденных, медико-социальному сопровождению беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации
- Реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи, внедрение здоровьесберегающих технологий и основ медицинских знаний, увеличение

числа детей и молодежи, которые охвачены мероприятиями, направленными на формирование здорового образа жизни;

- Мониторинг обеспечения здоровья и организации питания обучающихся в общеобразовательных организациях
- Разработка нормативной правовой базы, регулирующей вопросы медицинской реабилитации детей, с учетом результатов реализации пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».
- Расширение национального календаря профилактических прививок, включение в национальный календарь профилактических прививок, прививок от ветряной оспы, ротавирусной и гемофильной инфекций.
- Разработка требований к здоровому, безопасному и физиологически полноценному питанию детей в оздоровительных организациях и образовательных организациях.

В настоящее время приоритетным направлением модернизации российского образования в соответствии Федеральным государственным образовательным стандартом является обеспечение доступности качественного образования, которое связывается с понятиями здоровья, социального благополучия, самореализации и защищенности ребенка в образовательной среде.

В этом ряду на первое место поставлено ЗДОРОВЬЕ.

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» (п. 3 ст. 41 Федерального закона № 273-ФЗ) образовательные организации должны осуществлять деятельность по организации охраны здоровья обучающихся, которая включает в себя:

- 1) оказание первичной медико-санитарной помощи в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья;
- 2) организацию питания обучающихся;

3) определение оптимальной учебной, внеучебной нагрузки, режима учебных занятий и продолжительности каникул;

4) пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни, требованиям охраны труда;

5) организацию и создание условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом;

6) прохождение обучающимися в соответствии с законодательством Российской Федерации медицинских осмотров, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, и диспансеризации;

7) профилактику и запрещение курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ;

8) обеспечение безопасности обучающихся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

9) профилактику несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

10) проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий;

11) обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи. (п. 11 введен Федеральным законом от 03.07.2016 N 313-ФЗ)

В этом федеральном законе говорится, что организация охраны здоровья обучающихся в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, осуществляется этими организациями.

То есть на образовательные организации всех видов сегодня возложена данная ответственность.

За исключением - оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения медицинских осмотров и диспансеризации.

1.3. Первичная медико-санитарная помощь (нормативная правовая основа)

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется органами исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается обучающимся медицинскими организациями, а также образовательными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

Оказание первичной медико-санитарной помощи обучающимся в образовательных организациях всех типов и уровней осуществляется в образовательной организации либо в случаях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации, в медицинской организации.

При оказании первичной медико-санитарной помощи обучающимся в образовательной организации эта образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для оказания указанной помощи.

В этом же федеральном законе («Об образовании в РФ») - в п.4 ст. 41 говорится: Организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают:

- 1) наблюдение за состоянием здоровья обучающихся;
- 2) проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации;
- 3) соблюдение государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;
- 4) расследование и учет несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере общего образования, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования, и федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Кроме того, пункт 5 ст. 41 предусматривает для обучающихся, осваивающих основные общеобразовательные программы и нуждающихся в длительном лечении, создание образовательных организаций, в том числе санаторных. В которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для таких обучающихся.

Обучение таких детей, а также детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, может быть также организовано на дому или в медицинских организациях.

Основанием для организации обучения на дому или в медицинской организации являются заключение медицинской организации и в письменной форме обращение родителей (законных представителей).

Действует порядок, предусмотренный в пункте 6 ст. 41 федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», по оформлению отношений образовательной организации и родителей (законных представителей) в отношении обучения на дому или в медицинских организациях нуждающихся в длительном лечении детей или же детей-инвалидов. Данные отношения определяются нормативным правовым актом уполномоченного органа государственной власти субъекта Российской Федерации.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся возлагается на органы исполнительной власти в сфере здравоохранения. Образовательная организация обязана предоставить

помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников.

Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организациях определяется приказом МЗ России от 05.11.2013 № 822н.

Порядок распространяется на образовательные организации и организации, осуществляющие обучение. В документе говорится, что:

- Несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, гарантируется оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в виде: первичной медико-санитарной помощи.

В том числе доврачебной, врачебной и специализированной; специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной; скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной; паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях.

Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, обучающимся в образовательных организациях, реализующих основные образовательные программы, в экстренной и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также профилактики заболеваний, оказывается в отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (далее - отделения медицинской помощи обучающимся).

При отсутствии отделения медицинской помощи обучающимся первичная медико-санитарная помощь может оказываться в кабинетах, здравпунктах медицинской организации или иного юридического лица,

осуществляющего наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

В структуре отделения медицинской помощи обучающимся предусматривается медицинский блок, который размещается в помещениях образовательной организации.

В случае непредоставления образовательной организацией помещений с соответствующими условиями для работы медицинских работников или отсутствия у медицинской организации лицензии на определенные работы (услуги) по месту нахождения помещений образовательной организации допускается оказание медицинской помощи несовершеннолетним, в период их обучения и воспитания, в помещениях медицинской организации.

На основании мониторинга и по данным органов управления образования и здравоохранения в субъектах РФ, на 1 января 2015 г. общее количество образовательных организаций - 145 тысяч 965.

В том числе 72 тысячи 981 - дошкольная организация.

И 72 тысячи 984 общеобразовательных организаций.

Из них имеют лицензии на осуществление медицинской деятельности 60 процентов (88 тысяч 003) образовательных организаций.

Из них в 29,3 процентах случаев (26 тысяч 204 организации) лицензии предоставлены непосредственно образовательным организациям.

В большинстве случаев – 70,2 процента (61 тысяча 799 организаций) медицинским организациям для осуществления медицинской деятельности в медицинских кабинетах по месту нахождения образовательных организаций.

Помещения медицинского блока оснащаются образовательной организацией мебелью, оргтехникой и медицинскими изделиями согласно стандарту оснащения.

В свою очередь - Медицинская организация должна обеспечивать отделение медицинской помощи лекарственными препаратами для медицинского применения.

Первичная медико-санитарная помощь обучающимся оказывается врачами-педиатрами, врачами по гигиене детей и подростков, фельдшерами и медицинскими сестрами отделения медицинской помощи обучающимся.

Дополнительные виды и объемы медицинской помощи обучающимся, оказание медицинской помощи на иных условиях организуются и осуществляются образовательной организацией с соблюдением требований законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В образовательных организациях могут быть предусмотрены должности медицинских работников. В этой части также хотелось бы сделать пояснение. «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы», предусматривала: восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях (раздел IV, п. 3). Но на практике, к сожалению, картина иная.

Ресурсная база современного школьного здравоохранения находится на низком уровне: восстановление медицинских кабинетов в образовательных организациях идет крайне медленно, укомплектованность низкая.

Не до конца отрегулированы вопросы лекарственного обеспечения медицинского блока школ, детских садов и колледжей: отсутствуют перечни посиндромной укладки медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи, аптек для пищеблока, физкультурных залов, кабинетов технологий, аптек для спортивных соревнований и турпоходов школьников.

Медицинский персонал в образовательных организациях – это, как правило, совместители, работающие на 0,5 ставки.

Медицинские сестры по расписанию бывают в школах 2-3 раза в неделю в течение 3-4 часов, врачи – еще реже.

Профилактическая работа вообще не ведется, за исключением вакцинации, некому оказывать первичную медицинскую помощь при обращении детей в медицинский кабинет. Скорую и неотложную помощь вызывают учителя.

Острейшей проблемой является кадровое обеспечение отделений поликлиник (поликлинических отделений для детей).

По оценкам, проведенным в 18 субъектах РФ ЦФО, укомплектованность ОМПО врачами-педиатрами составляет в среднем 49,7 процента, медицинскими сестрами – 49 процентов.

Однако экспертная оценка укомплектованности медицинскими кадрами свидетельствует, что она втрое-вчетверо ниже должной.

Органы исполнительной власти в сфере здравоохранения и образования субъектов Российской Федерации зачастую своими распорядительными документами сокращают доступность обучающихся к медицинской помощи в период нахождения в школе, снижают возможности отечественного здравоохранения в сфере профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни детского населения.

При этом родительская общественность и политические движения все чаще говорят о необходимости обеспечить ежедневное присутствие медицинских работников в образовательных организациях на протяжении всего времени их работы.

В Приказе Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» дано правовое обоснование, что есть *Первичная медико-санитарная помощь*.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

В Приложении №4 даны Правила организации деятельности детской поликлиники (детского поликлинического отделения):

Пунктом 9 Правил определены функции Поликлиники (Отделения):

- проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. № 216н;⁴
- проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н;⁵
- проведение профилактических медицинских осмотров детей, в том числе обучающихся в образовательных организациях с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н;
- проведение профилактических медицинских осмотров детей, в том числе обучающихся в образовательных организациях;
- проведение 3 этапа медицинской реабилитации в отделении медицинской реабилитации с использованием возможностей структурных подразделений детской поликлиники (отделение (кабинет) лечебной физкультуры, кабинета массажа, физиотерапевтическое отделение (кабинет) и др.

В структуре Поликлиники (Отделения) рекомендуется предусматривать: информационно-аналитическое отделение, включающее регистратуру, картоохранилище, организационно-методический кабинет (кабинет медицинской статистики); профилактическое отделение, включающее: кабинет здорового ребенка; прививочный кабинет; отделение медико-социальной помощи; центр здоровья для детей; отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях

1.4. Об условиях медицинского вмешательства

Несколько замечаний об условиях медицинского вмешательства, которые действуют в настоящее время.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или иного законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В Статье 20, которая озаглавлена как «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», сказано:

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 этого Федерального закона (преимущественно до 15-ти и 16-ти лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо

иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением некоторых случаев *ниже об этом

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.

Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или

иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа со всеми вытекающими условиями электронного документооборота.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица;

2) судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;

3) врачебной комиссией либо, если собрать врачебную комиссию невозможно, - консилиумом врачей или непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица.

К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

При организации медицинских осмотров (скринингов) несовершеннолетних, в период обучения и воспитания в образовательных организациях, и оказании им первичной медико-санитарной помощи в плановой форме, образовательная организация оказывает содействие в информировании несовершеннолетних или их родителей (законных представителей) в оформлении информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство или их отказов от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства.

При оказании медицинской помощи несовершеннолетнему по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни без согласия родителей (законных представителей), согласно пункту 1 части 9 статьи 20 Федерального закона, медицинский работник информирует его родителей (законных представителей) об оказанной медицинской помощи.

1.5. Положение об отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях

В данном разделе пойдет речь о Приложении 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н

Теперь посмотрим, как должно быть организовано отделение медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (далее - отделение медицинской помощи обучающимся).

Отделение организации медицинской помощи обучающимся является структурным подразделением медицинской организации или иного юридического лица, осуществляющего наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и оказывает медицинскую помощь несовершеннолетним в возрасте до 18 лет.

Целью деятельности отделения является оказание обучающимся первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также профилактика заболеваний.

На должность заведующего отделением назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по специальности «педиатрия» со стажем работы по данной специальности не менее 5 лет (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н, с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 № 1644н).

Штатная численность медицинских работников отделения определяется с учетом объема оказываемой медицинской помощи и проводимой профилактической работы, численности несовершеннолетних в образовательных организациях и устанавливается руководителем медицинской организации или образовательной организации, в составе которой оно создано.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинских работников отделения медицинской помощи обучающимся предусмотрены приложением № 2 к Порядку оказания медицинской помощи названного приказа.

Например, Заведующий отделением - врач-педиатр назначается на 10 должностей врачей-педиатров (фельдшеров).

Врач-педиатр (фельдшер) 1 назначается на:

- 180-200 несовершеннолетних в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов) дошкольных образовательных организаций;

-400 несовершеннолетних в детских садах (соответствующих группах в детских яслях-садах) дошкольных образовательных организаций;

-1000 несовершеннолетних общеобразовательных организаций или профессиональных образовательных организаций.

Врач по гигиене детей и подростков назначается на 2 тысячи 500 обучающихся во всех типах образовательных организациях

Медицинская сестра (фельдшер) назначается одна на:

- 100 воспитанников в дошкольных образовательных организациях;

-100-500 обучающихся в общеобразовательных организациях или профессиональных образовательных организациях.

Врач-психиатр детский назначается один на:

- 100 несовершеннолетних с поражением центральной нервной системы и умственной отсталостью в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов);

- 200 несовершеннолетних с поражением центральной нервной системы и умственной отсталостью в дошкольных образовательных организациях;

- 300 несовершеннолетних с поражением центральной нервной системы и умственной отсталостью в общеобразовательных организациях.

Действует также примечание, что

- для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество медицинского персонала отделения в образовательных организациях детской поликлиники (отделения) устанавливается исходя из меньшей численности обучающихся.

В структуре отделения медицинской помощи обучающимся предусматривается медицинский блок, который размещается в помещениях

образовательной организации и состоит из кабинета врача-педиатра (фельдшера) и процедурного кабинета.

В структуре отделения рекомендуется предусматривать: кабинет заведующего отделением; кабинет старшей медицинской сестры отделения; кабинет врачей по гигиене детей и подростков.

В структуре отделения рекомендуется также предусматривать кабинеты врачей-специалистов и иные кабинеты согласно порядкам оказания медицинской помощи соответствующего вида, профиля медицинской помощи, заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Оснащение медицинского блока отделения медицинской помощи обучающимся осуществляется в соответствии со стандартом оснащения.

Отделение медицинской помощи обучающимся осуществляет:

- участие в контроле за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, в том числе питания, физического воспитания, трудового обучения в образовательных организациях;

- оказание обучающимся первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

- направление обучающихся при наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, на медицинском обслуживании которой находится несовершеннолетний;

- организацию и проведение работы по иммунопрофилактике в образовательных организациях;

- организацию и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях;

- организацию и проведение ежегодных скрининг-исследований, периодических медицинских осмотров;

- организацию профилактических медицинских осмотров обучающихся, анализ данных с целью контроля за состоянием здоровья несовершеннолетних и разработку рекомендаций по профилактике заболеваний и оздоровлению обучающихся;

- организацию проведения медицинских осмотров несовершеннолетних перед началом и в период прохождения производственной практики;

- подготовку предложений по медико-психологической адаптации несовершеннолетних к образовательной организации, процессам обучения и воспитания, а также по коррекции нарушений адаптации обучающихся;

- работу по формированию групп повышенного медико-социального и биологического риска формирования расстройств здоровья для оптимальной организации процессов обучения и воспитания, оказания медицинской помощи, в том числе коррекции нарушений здоровья и развития;

- подготовку предложений и внедрение конкретных медико-социальных и психологических технологий сохранения, укрепления и восстановления здоровья несовершеннолетних в условиях образовательных организаций;

- взаимодействие с врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами медицинских организаций, психологами и педагогами образовательных организаций по вопросам определения профессиональной пригодности несовершеннолетних;

- методическое обеспечение, совместно с психологами и педагогами образовательных организаций, работы по формированию у обучающихся устойчивых стереотипов здорового образа жизни и поведения, не сопряженного с риском для здоровья;

- организацию в условиях образовательных организаций работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология

органов зрения, пищеварения, костно-мышечной системы, нервной системы и др.);

- участие в гигиеническом контроле средств обучения и воспитания и их использования в процессах обучения и воспитания; проведение санитарно-гигиенической просветительной работы среди несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) и педагогов по вопросам профилактики заболеваний несовершеннолетних и формированию здорового образа жизни;

- своевременное направление извещения в установленном порядке в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром отравлении, поствакцинальном осложнении и т.д.

Отделение медицинской помощи обучающимся взаимодействует с образовательной организацией, медицинскими организациями, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органами опеки и попечительства, органами социальной защиты и др.

Отделение ведет медицинскую документацию в установленном порядке и представляет отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В данном случае организация отделения учитывает международные рекомендации и стандарты ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с Европейским союзом школьной и университетской медицины и здоровья (EUSUhM) разработало Европейскую концепцию стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения.

Европейская концепция не рекомендует какой-либо конкретный способ организации школьных медицинских услуг, не предписывает единый процесс организации работы медицинских работников или создание фиксированного перечня количественных стандартов.

Она позволяет странам адаптировать их к своим конкретным потребностям.

Основное внимание сосредоточено на характеристике стандартов и должностных обязанностях, навыках и умениях, необходимых для предоставления медицинских услуг в образовательной организации.

Концепция состоит из трех частей:

- первая часть — это цель, процесс разработки и использование Концепции;
- вторая часть — набор компетенций специалистов школьного здравоохранения;
- третья часть — стандарты школьных служб здравоохранения.

Российское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ) подготовило «Концепцию оценки качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях РФ».

Цель Концепции: помощь органам исполнительной власти и отделениям Всероссийского общества школьной и университетской медицины здоровья (РОШУМЗ) субъектов Российской Федерации в деятельности по созданию и поддержке медицинской помощи обучающимся.

Концепция предназначена для лиц, принимающих управленческие решения на национальном и региональном уровнях, лиц, ответственных за качество оказываемых услуг.

Концепция призвана содействовать разработке и поддержанию качества услуг, которые отвечают потребностям детей и подростков в отношении здоровья, а также предоставлять поддержку учреждениям, осуществляющим подготовку медицинских работников ОМПО, в разработке специальных учебных программ.

В основе Концепции лежат критерии качества медицинской помощи обучающимся — показатели, определяющие желаемый или требуемый уровень качества (эффективности) медицинской помощи.

Вместе они составляют средства для измерения эффективности работы отделений.

Критерий качества 1.

Наличие региональной нормативной база в сфере здравоохранения и образования, основанной на правах ребенка и определяющей содержание и условия предоставления медицинской помощи обучающимся в образовательной организации.

Критерий качества 2.

Отделения благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями отделения также благожелательны и доступны.

Критерий качества 3.

Отделения располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России

Критерий качества 4.

Сотрудничество отделения с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами, территориальными отделениями РОШУМЗ на основе четко определенных соответствующих полномочий.

Критерий качества 5.

Работники отделения имеют четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.

Критерий качества 6.

Определен перечень услуг отделения, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся.

Критерий качества 7.

Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы отделения, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности.

В соответствии с законодательством и рекомендациями Минздрава России по подготовке, утверждению и внедрению в практику клинических рекомендаций (протоколов) Российским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ) разработаны 34 федеральные клинические рекомендации:

- по оказанию медицинской помощи обучающимся
- в сфере контроля за условиями обучения, питания, физического воспитания,
- оценки и профилактики напряженности учебной деятельности,
- противоэпидемические мероприятия в образовательных организациях,
- скрининг-диагностика и медицинская профилактика хронических заболеваний и функциональных отклонений, наиболее распространенных среди несовершеннолетних;
- гигиенического обучения и воспитание, формирования здорового образа жизни обучающихся

Федеральные клинические рекомендации общедоступны на сайте НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России – **niigd.ru**

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ: проблемы выявления заболеваний и факторов риска, реабилитация и организация межведомственного взаимодействия в работе с детьми с ОВЗ и семьями (Лекция, часть 2)

Свиридова Ирина Альбертовна

доктор медицинских наук, профессор, член корр. РАЕН, директор ГОО «Кузбасский РЦППМС»,

Скоморина Ольга Викторовна

канд. мед. наук, заместитель директора, ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Мхитарян Елена Валентиновна

руководитель Центральной психолого-медико-педагогической комиссии, врач-педиатр, учитель-логопед, заведующая отделением психолого-медико-педагогического обследования ГОО «Кузбасский РЦППМС»

2.1 Профилактические осмотры

В целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ проводятся профилактические осмотры.

Профилактические осмотры также необходимы для определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей (законных представителей).

Порядок организации профилактических осмотров и возрастные периоды их проведения на современном этапе установлены приказом МЗ РФ от 10 августа 2017 года №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

Кратко проведение профилактических медосмотров несовершеннолетних принято называть просто - профилактические осмотры.

Хотела бы обратить внимание, что профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды.

Кроме того, на разные основания профилактических осмотров действуют свои приказы Минздрава. Например, (пункт 3 приказа) профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ проводятся в [порядке](#), установленном [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. N 581н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ".

Или (пункт 4 приказа) профилактические осмотры несовершеннолетних в целях выявления туберкулеза проводятся в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2017 г. N 124н "Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза".

Необходимым предварительным условием проведения профилактического осмотра является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Об этом подробно шла речь в первой лекции.

Профилактические осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних. В приказе приводится перечень таких исследований соответствующий конкретному возрасту.

Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего, полученная по результатам профилактического осмотра, предоставляется несовершеннолетнему лично врачом, принимающим непосредственное участие в проведении профилактических осмотров.

В отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона (15-ти и 16-ти лет), информация о состоянии здоровья предоставляется его родителю или иному законному представителю.

В случае если при проведении профилактического осмотра выявлены признаки причинения вреда здоровью несовершеннолетнего, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий, медицинский работник обязан обеспечить информирование об этом органов внутренних дел.

В данном случае действует Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N 565н.

Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы, оказывающими первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним. Они должны иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по

- «медицинским осмотрам профилактическим»,

- «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)»,
- «неврологии»,
- «офтальмологии»,
- «травматологии и ортопедии»,
- «детской хирургии» или «хирургии»,
- «психиатрии»,
- «стоматологии детской» или «стоматологии общей практики»,
- «детской урологии-андрологии» или «урологии»,
- «детской эндокринологии» или «эндокринологии»,
- «оториноларингологии» (за исключением кохлеарной имплантации),
- «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»,
- «лабораторной диагностике»,
- «клинической лабораторной диагностике»,
- «функциональной диагностике»,
- «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

Профилактические осмотры обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы, образовательные программы среднего профессионального образования, осуществляются в образовательной организации либо в случаях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации, в медицинской организации.

Для прохождения профилактических осмотров образовательная организация обязана предоставить безвозмездно медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для оказания указанной помощи.

В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике

(семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), указанная медицинская организация заключает договор для проведения профилактических осмотров с иными медицинскими организациями, имеющими такую лицензию.

В случае если в медицинской организации отсутствует:

- 1) врач - детский уролог-андролог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-уролог или врач-детский хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «урологии» или «детской хирургии» соответственно;
- 2) врач-стоматолог детский, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-стоматолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей стоматологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «стоматологии общей практики»;
- 3) врач - детский эндокринолог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-эндокринолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей эндокринологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «эндокринологии»;
- 4) врач-психиатр детский (врач-психиатр подростковый), то в проведении профилактического осмотра участвует врач-психиатр, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей, при

этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «психиатрии»;

5) врач - детский хирург, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «хирургии».

В целях организации проведения профилактических осмотров врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь, составляются поименные списки несовершеннолетних, в которых указываются следующие сведения:

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст (дата, месяц, год рождения);
- 2) обучающийся или не обучающийся в образовательной организации (для обучающихся указывается полное наименование и юридический адрес образовательной организации);
- 3) перечень осмотров врачами-специалистами, лабораторных, инструментальных и иных исследований исходя из Перечня исследований;
- 4) планируемые дата и место проведения профилактического осмотра.

Уполномоченное должностное лицо медицинской организации на основании поименных списков несовершеннолетних составляет календарный план проведения профилактических осмотров с указанием дат и мест их проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должности, фамилии и инициалов), лабораторных, инструментальных и иных исследований, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе.

Календарный план утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации не позднее чем за месяц до начала календарного года и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении профилактических осмотров, в том числе врачей, ответственных за проведение профилактических осмотров.

В случае изменения численности несовершеннолетних, подлежащих профилактическим осмотрам, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, представляет до 20 числа текущего месяца дополнительный поименный список уполномоченному должностному лицу медицинской организации, на основании которого до 27 числа текущего месяца руководителем (уполномоченным должностным лицом) медицинской организации утверждается дополнительный календарный план.

Врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, не позднее чем за 5 рабочих дней до начала его проведения обязан обеспечить оформление в соответствии с Федеральным законом информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на проведение профилактического осмотра и вручить (направить) несовершеннолетнему (родителю или иному законному представителю) оформленное информированное согласие и направление на профилактический осмотр с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, а также даты, времени и места их проведения.

В день прохождения профилактического осмотра несовершеннолетний прибывает в место проведения профилактического осмотра и представляет направление на профилактический осмотр и информированное согласие.

Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетними возраста, указанного в Перечне исследований.

В рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, достигших возраста 2 лет, скрининг на выявление

группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития осуществляется путем проведения анкетирования родителей детей, осмотр врачом-психиатром детским осуществляется в отношении детей, включенных в группу риска возникновения или наличия нарушений психического развития.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования.

А у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования.

Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование.

В случае выявления факторов риска развития психических расстройств и (или) расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, врач-педиатр (врач-педиатр участковый) направляет

несовершеннолетнего в кабинет врача - психиатра-нарколога для обслуживания детского населения, кабинет врача - психиатра-нарколога участкового для обслуживания детского населения или кабинет профилактики наркологических расстройств в целях проведения диагностики клинического состояния.

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных как в предыдущем случае, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней.

А при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Данные о проведении профилактического осмотра вносятся в историю развития ребенка и учетную [форму N 030-ПО/у-17](#) «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» в соответствии с [Порядком](#) заполнения этой учетной формы (N 030-ПО/у-17).

На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

- 1) определяет группу здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних,;
- 2) определяет медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой;
- 3) направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

Карта осмотра хранится в медицинской организации в течение 5 лет.

Копия карты осмотра направляется медицинской организацией, проводившей профилактический осмотр, в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, выбранную несовершеннолетним или его родителем (законным представителем), а также выдается на руки несовершеннолетнему (его родителю или иному законному представителю), в том числе для последующего представления в образовательные организации.

По итогам проведения профилактических осмотров медицинская организация заполняет [форму](#) статистической отчетности N 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» в соответствии с [Порядком](#) заполнения и сроками

представления формы статистической отчетности N 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних».

Отчет хранится в медицинской организации в течение 10 лет.

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья обобщает и анализирует результаты профилактических осмотров в субъекте Российской Федерации и направляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации отчет по субъекту Российской Федерации.

В приказе МЗ РФ от 10 августа 2017 года №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» также содержится Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

В Перечне конкретно расписаны:

- Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (выделена 31 позиция – ежемесячно в первый год жизни, потом 1 год 3 месяца и 1 год 6 месяцев, с 2 ух лет отсчет идет ежегодный до 17-ти лет включительно)
- Осмотры врачами-специалистами (с указанием перечня врачей-специалистов)
- Лабораторные, функциональные и иные исследования (с перечнем исследований)

Давайте рассмотрим примеры этого перечня для четырех возрастов.

Например, возраст ребенка - 1 месяц.

Его должны осмотреть следующие врачи-специалисты:

- Педиатр,
- Невролог,
- Детский хирург,
- Офтальмолог,
- Детский стоматолог

Должны быть проведены следующие исследования:

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
- Ультразвуковое исследование почек
- Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов
- Эхокардиография
- Нейросонография
- Аудиологический скрининг (в случае отсутствия сведений о его проведении)

Возьмем следующий возраст – 6 лет.

Ребенка должны осмотреть следующие врачи-специалисты:

- Педиатр
- Невролог
- Детский хирург
- Детский стоматолог
- Травматолог-ортопед
- Офтальмолог
- Оториноларинголог
- Психиатр детский
- Акушер-гинеколог (в отношении девочек)
- Детский уролог- андролог (в отношении мальчиков)
- Детский эндокринолог

Должны быть проведены следующие исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
- Ультразвуковое исследование почек
- Эхокардиография
- Электрокардиография

Следующий возраст – 10 лет.

Ребенка должны осмотреть следующие врачи-специалисты:

- Педиатр

- Невролог
- Детский стоматолог
- Детский эндокринолог
- Травматолог-ортопед
- Офтальмолог

Должны быть проведены следующие исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи

Ну и возьмем для примера возраст – 15 лет.

Подростка должны осмотреть:

- Педиатр
- Детский хирург
- Детский стоматолог
- Детский уролог- андролог (в отношении мальчиков)
- Детский эндокринолог
- Невролог
- Травматолог-ортопед
- Офтальмолог
- Оториноларинголог
- Акушер-гинеколог (в отношении девочек)
- Психиатр подростковый

Должны быть проведены следующие исследования:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
- Ультразвуковое исследование почек
- Электрокардиография

Еще раз повторю, что Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних является неотъемлемой частью приказа МЗ РФ от 10 августа 2017 года №514н.

2.2. Правила комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних

Также неотъемлемой частью рассматриваемого этого приказа выступают Правила комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних.

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- 2) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Следует отметить, что среди обучающихся образовательных организаций подавляющее большинство имеет комплекс патологических состояний.

Не имеют сопутствующей патологии только 0,9 процента учащихся.

Патология одной системы выявлена у 16,7 процентов,

Двух систем – у 23,3 процента,

Трех и более систем – у 59,1 процента детей.

В ходе исследований анализировались данные медицинской документации (история развития ребенка – форма № 112/у), заведенной после комплексного обследования детей, включавшего осмотр врачами всех узких специальностей, лабораторные и инструментальные исследования.

Для оценки физического развития используются стандарты оценки физического развития.

Для оценки полового развития подростков определяется выраженность вторичных половых признаков с учетом возрастных нормативов.

Для оценки морфофункционального состояния внутренних органов используются заключения врачей функциональной диагностики по

результатам ультразвукового исследования пищеварительной и мочевыделительной систем, а также эхокардиографии.

Система медицинской помощи детям с ОВЗ в образовательных организациях должна охватывать несколько направлений.

Одно из главных - активное наблюдение за состоянием здоровья детей с ОВЗ и проведение комплексных профилактических мероприятий не только по предупреждению развития осложнений со стороны основного заболевания или по его коррекции, но и по оздоровлению организма ребенка в целом, что позволит ему более эффективно адаптироваться к условиям обучения.

Особенно важно медицинское сопровождение в том случае, если ребенок с серьезными проблемами оказывается в среде обычных сверстников, то есть в случае интегративного образования и воспитания.

Задачи медицинского сопровождения:

- Ослабить тенденцию ухудшения здоровья.
- Стабилизировать характер течения основного заболевания.
- Сохранить психический статус ученика.
- Создать оптимальные условия для прохождения обучающимися образовательного маршрута, реализуемого школой и дошкольным образовательным учреждением.
- Предложить программы, направленные на формирование навыков и умений и ценностных ориентаций.

Эффективность деятельности медицинских работников зависит от того, насколько будут учтены особенности физического и психического развития ребенка с ОВЗ и оценены его ресурсные возможности.

На этапе поступления ребенка в организацию медицинский работник должен ознакомиться с документами, представленными родителями (законными представителями):

- Заключение ПМПК.
- Индивидуальная карта школьника или выписка из лечебного учреждения для детей с дошкольного возраста.

– Заключение специалиста по профилю заболевания.

На следующем этапе должен быть проведен осмотр и оценка соматического и психического статуса ребенка:

– Анализ физического здоровья, антропометрических показателей, оценка работы всех органов и систем.

– Составление индивидуальных программ оздоровления и лечения, профилактики хронических сопутствующих заболеваний.

– Анализ психического здоровья, определение уровня школьной зрелости, интеллектуального развития, психологической адаптации, диагностика личностных особенностей ребенка.

При необходимости медицинский работник должен подключить к диагностике других специалистов (сурдолога, психиатра и т. д.) или вызвать его в общеобразовательное учреждение.

Деятельность всех специалистов должна быть согласована.

Для этого составляется план реабилитации ребенка с ОВЗ, отдельная картотека и создается паспорт здоровья.

Он отражает физическое развитие как ведущий показатель здоровья учащихся, состояние зрения и слуха, заболеваемость.

Исходные данные паспорта здоровья – это информация о резервных возможностях каждого ребенка при реализации программ технологий обучения.

При этом формируется база данных об уровне здоровья, реализуется программа оздоровления и лечения, анализируется результативность образовательной деятельности ученика.

Показатели психического и физического здоровья детей с ОВЗ оцениваются не реже 2 раз в год.

Это позволяет направленно влиять оздоровление детей в течение всего периода обучения, создает систему фиксации динамики состояния их здоровья.

Данные медицинского обследования позволяют разработать ряд конкретных рекомендаций для администрации школы, учителей, родителей.

3.1. Вакцинопрофилактика

Организация учащихся в коллективы и их длительное пребывание в образовательных учреждениях позволяет на протяжении всего периода получения образования эффективно осуществлять массовые профилактические программы, в первую очередь вакцинопрофилактику.

В нашей стране правовые основы государственной политики в области вакцинации (иммунопрофилактики) определяются Федеральным Законом № 157 от 17 сентября 1998 года «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» и другими нормативными документами: постановлениями и санитарно-эпидемиологическими правилами.

Согласно этому закону граждане имеют право на:

- Получение полной и объективной информации о прививках, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях.
- Бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок.
- Бесплатный медицинский осмотр перед профилактическими прививками.
- Бесплатное лечение при возникновении поствакцинальных осложнений.
- Социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.
- Отказ от профилактических прививок.

Основной документ, определяющий регламент и графики проведения вакцинации (как в плановом порядке, так и в условиях определенной эпидемической ситуации) - Национальный календарь профилактических прививок.

Это государственный нормативный акт, определяющий перечень инфекционных заболеваний, предупреждаемых иммунопрофилактикой, сроки и схемы проведения профилактических прививок, а также категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации.

Конкретный порядок реализации Национального календаря прививок определен двумя приказами Министерства здравоохранения России:

- от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменениями на 24 апреля 2019 года);
- от 16 июня 2016 года № 307н, внесшего отдельные изменения в Национальный календарь.

Национальный календарь прививок состоит из двух разделов:

- базовый Национальный календарь;
- календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Плановые прививки проводятся:

- детскому населению против следующих заболеваний: туберкулеза, коклюша, дифтерии, кори, эпидемического паротита, полиомиелита, столбняка, вирусного гепатита В, краснухи, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции, гриппа.

Прививки по эпидемическим показаниям (угроза распространения заболеваний на конкретной территории, либо профессиональные группы риска, предстоящая поездка в неблагополучный район): против туляремии, сибирской язвы, бруцеллеза, лихорадки Ку, лептоспироза, бешенства, клещевого энцефалита, желтой лихорадки, вирусного гепатита А, менингококковой инфекции, ветряной оспы, брюшного тифа, ротавирусной инфекции, шигеллеза Зонне, пневмококковой инфекции (взрослые из групп риска).

4.1 Организация и содержание ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2016 г. № 1839-р начата реализация Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года.

В настоящее время остро стоит вопрос о своевременном выявлении детей с различными патологиями на ранних этапах развития, о

своевременном получении ими комплексной помощи, способствующей удовлетворению их особых потребностей.

Это связано с ростом числа новорождённых с патологией, с наличием нарушений натального и постнатального периода, с увеличением количества детей-инвалидов.

В стране в настоящее время формируется система ранней помощи.

Актуальность реализации данного направления обусловлена:

- расширением инклюзивных тенденций в дошкольном образовании и неготовности детей с ОВЗ и инвалидностью к интеграции в дошкольные организации,
- с наличием региональных различий в положении детей с ОВЗ, инвалидностью, их семей, отсутствием вариативных моделей организации и функционирования ранней помощи,
- потребностями детей раннего возраста с ОВЗ и инвалидностью в комплексном сопровождении их развития и недостаточная эффективность использования методик раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей,
- значительными потенциальными возможностями ранней помощи для всестороннего развития детей с ОВЗ и инвалидностью и отсутствием целостной системы их комплексного сопровождения,
- необходимостью разрыва между временем определения первичного нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционной работы,
- необходимостью снижения временных границ начала образовательного процесса (до первых месяцев жизни ребёнка).

Что такое ранняя помощь?

Ранняя помощь - комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям.

Которые направлены на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей).

При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно продолжение оказания таких услуг до достижения ребенком возраста 7 - 8 лет.

Целевой группой для оказания ранней помощи являются семьи с детьми в возрасте от 0 до 3 лет, у которых имеются отставание в физическом или умственном развитии, нарушения здоровья, с высокой вероятностью приводящие к задержкам развития.

Основные критерии отнесения ребенка к категории нуждающихся в ранней помощи:

- возраст ребенка в диапазоне значений от рождения до 3-х лет;
- наличие интеллектуальных, сенсорных, эмоциональных, двигательных, речевых недостатков развития, их сочетаний или риска их возникновения;
- наличие потребности в специальном комплексном сопровождении и т.д.

В каких организациях может реализоваться ранняя помощь?

- в дошкольных образовательных организациях,
- в организациях здравоохранения,
- в организациях социальной защиты,
- в центрах психолого-педагогической и социальной помощи.

В Распоряжении Правительства предлагаются 3 основных типа организации системы ранней помощи:

- сеть типовых служб ранней помощи на базе учреждений одной ведомственной принадлежности, обеспечивающих максимальный охват семей с детьми целевой группы в местах их непосредственного проживания,

с одновременным определением (созданием) единого регионального информационно-методического (ресурсного) центра;

- система ранней помощи, в которой центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг ранней помощи в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера), являющееся координатором указанной работы и обеспечивающее максимальный объем практической и методической деятельности; при этом другие организации-участники осуществляют разработку и реализацию отдельных технологий оказания ранней помощи.
- организация ранней помощи, при которой открытие служб и внедрение новых технологий в основном сосредоточено на базе 3 - 4 организаций, в том числе медицинских организаций, организаций образования и организаций социального обслуживания населения.

Структурно-организационные составляющие модели системы ранней комплексной помощи охватывают два уровня:

1. Специально организованная коррекционно-развивающая среда.

Она включает следующие компоненты:

- Предметно-игровой (специальное оборудование, мебель, игровые зоны, пособия, игрушки).
- Социально-субъектный (взаимодействие ребенка со взрослым, специалистов и родителей), который включает процесс деятельности и их общения, обучения, воспитания и социального развития.
- Компонент сенсорной стимуляции и сенсорной интеграции

2. Интегративная составляющая процесса ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи включает взаимосвязанные компоненты:

- Диагностический компонент.
- Лечебно-восстановительный компонент, включающий комплекс медицинских мероприятий, которые осуществляются в ходе взаимодействия Службы ранней помощи с медицинскими организациями

- Коррекционно-педагогический компонент объединяет содержание, методы и формы работы в детьми раннего возраста с ОВЗ, обеспечивающие компенсацию нарушений двигательного, сенсорного, познавательного, речевого и социального.
- Сопроводительный компонент отражает межфункциональные связи (врачей, специальных педагогов, психологов и семьи) в процессе сопровождения ребенка с ОВЗ.

В чём заключается межведомственное взаимодействие в ходе реализации Концепции Развития ранней помощи?

На федеральном уровне вопросы межведомственного взаимодействия планируется решать путем внесения изменений в законодательство Российской Федерации.

На региональном уровне решение этой задачи должно обеспечиваться на основе координации взаимодействия организаций различной ведомственной принадлежности, нормативного определения их функционала по работе с семьей, а также активного вовлечения в этот процесс негосударственных организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций.

Ранняя комплексная помощь - это область междисциплинарного знания, рассматривающая теоретические и практические основы комплексного обслуживания детей первых месяцев и лет жизни из групп медицинского, генетического и социального риска отставания в развитии.

Ранняя комплексная помощь предполагает широкий спектр долгосрочных медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью и осуществляемых в процессе согласованной («командной») работы специалистов разного профиля.

Она представляет собой систему специально организованных мероприятий:

- обнаружение младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающее единство ранней диагностики, идентификации, скрининга и направления в соответствующую территориальную службу ранней помощи;
- определение уровня развития ребенка и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
- обучение и консультирование семьи;
- оказание первичной помощи в реализации развивающих программ как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды, отвечающей особым образовательным потребностям младенца (группы развития);
- психологическая и правовая поддержка семьи;
- ранняя плановая и (или) экстренная медицинская коррекция;
- координация деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенка в рамках индивидуальной программы развития.

Дети получают статус ребенка с ОВЗ в условиях медико-социальной экспертной комиссии. Диагностический этап является важнейшим в медико-социальной экспертизе. Диагностика при освидетельствовании детей включает: клинико-функциональную диагностику; психологическую диагностику; социальную диагностику; а при достижении ребенком определенного возраста и педагогическую диагностику;

Клинико-функциональная диагностика – процедура, объединяющая совокупность методов получения достоверных данных о состоянии здоровья, патологии, нарушенных и сохранных функциях и структур организма ребенка, достаточных для вынесения экспертного решения об инвалидности и потребностях в мерах, средствах и услугах медицинской реабилитации и абилитации.

Психологическая диагностика (экспериментально-психологическое обследование) детей – обследование с помощью психодиагностических методов с целью выявления нарушений психических функций и

адаптационных способностей ребенка, а также сохранных функций, зоны актуального и ближайшего развития, социально-психологических условий развития ребенка с целью уточнения экспертно-реабилитационного диагноза и формирования индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида.

Социальная диагностика объединяет совокупность методов получения и анализа данных, характеризующих социальный статус ребенка, социально-средовые и социально-бытовые условия жизни с целью определения наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности ребенка, оценки возможностей и условий его социализации, социальной адаптации и интеграции в общество. Проводится специалистом по социальной работе учреждения МСЭ.

Педагогическая диагностика предполагает получение и оценку данных об образовательном статусе ребенка, его обученности и способности обучаться.

Становление системы ранней диагностики нарушений развития и ранней комплексной помощи происходит через развитие системы медико-психолого-педагогического патронажа и осуществляется на базе действующих ПМС-центров и ПМП-консультаций и служб.

Действующие сегодня в России учреждения, осуществляющие программы по ранней диагностике и ранней помощи детям с отклонениями в развитии, крайне немногочисленны, часто работают как экспериментальные площадки, но реальные позитивные результаты их работы позволяют прогнозировать переход от локальных очагов эксперимента к широкой социально-педагогической практике.

5.1. Проблемы медико-социального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день можно выделить две основные проблемы, решение которых позволит обеспечить интеграцию детей с ОВЗ в социум и в образовательную среду.

Первая – максимальная социализация ребенка, внедрение его в среду сверстников, чтобы он чувствовал себя полноценным, что является приоритетным направлением государственной политики в сфере образования.

Вторая проблема – необходимость непрерывной и комплексной реабилитации.

Для ее решения требуются разработка программ медико-социального сопровождения, специальное медицинское оснащение и оборудование (которое, к сожалению, имеется далеко не в каждом доступном по месту жительства учреждении здравоохранения), а также штат подготовленных медицинских работников.

В настоящее время ребенок с ОВЗ может получать оздоровительные мероприятия либо в поликлинике или детских центрах реабилитации, либо на базе образовательной организации, где уже создана реабилитационная база.

Сочетанность нарушений здоровья у учащихся с ОВЗ обуславливает необходимость создания комплексных реабилитационных программ, направленных на профилактику и коррекцию выявленных отклонений.

В медицинском сопровождении детей с ОВЗ необходимо предусмотреть взаимодействие педиатра с ортопедом, неврологом, детским хирургом и оториноларингологом.

Помимо этого, дети, имеющие сочетание патологических состояний, нуждаются в индивидуализации педагогических подходов с учетом всех имеющихся у них нарушений здоровья.

Один из вариантов решения этой проблемы – создание центров здоровья для детей с ОВЗ на базе образовательных организаций и вне их:

Целью создания таких центров является обеспечение медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей, имеющих сложные патологии и особые потребности для социализации и формирования предпосылок к учебной деятельности.

Можно выделить следующие основные направления работы таких центров:

- внедрение индивидуализированных комплексных программ реабилитации;
- создание возможности социализации детей;
- оказание консультативно-методической помощи детям, не посещающим образовательные организации, и разработка индивидуальных комплексных программ их медико-педагогического сопровождения.

Обращу ваше внимание на приказе Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 года N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

В приказе представлен порядок организации медицинской реабилитации взрослого и детского населения на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Медицинская реабилитация осуществляется с учетом заболеваемости и инвалидизации взрослого и детского населения по основным классам заболеваний и отдельным нозологическим формам.

Здесь перечислены условия, этапы реабилитации, реабилитационные мероприятия и показания к реабилитации. В приказе 21 приложение, включая конкретные рекомендации, штатные нормативы, стандарт оснащения и требований к центрам медицинской реабилитации по различным направлениям.

В настоящее время это действующий документ, но в некоторой части устаревший.

В этой связи в 2018-2019 годах Минздрав России предпринял попытку утвердить в приказе новый порядок организации медицинской реабилитации детей. Но медицинское сообщество России резко осудило предложенные в документе подходы, и приказ не был принят.

Минздрав предлагает проводить реабилитацию детей с инвалидностью при наличии реабилитационного потенциала (исключение составляют дети, у которых его нет, а заболевание началось менее года назад).

Реабилитационный потенциал предложено определять по международной классификации функционирования (МКФ), а в неврологической реабилитации — по шкале GMFCS.

Во многом такой подход получился дискриминационным.

По сути, предлагается ввести оценку перспективности «реабилитационного потенциала» в отношении каждого ребенка (ребенка-инвалида). Что в корне и системно неверно!

Идея «бесперспективности» противоречит конституционному праву на медицинскую помощь, а также международной конвенции прав детей-инвалидов.

Шкала GMFCS предназначена для определения максимального уровня двигательного развития только у детей с ДЦП. И многие специалисты высказались о невозможности по ней квалифицировать детей с другими неврологическими диагнозами.

Приказ не принят! Но поступило предложение от медицинского сообщества России разработать по-настоящему современный документ по реабилитации детей.

6.1 Деятельность врачей ПМПК

Прием ребенка на ПМПК делится на два основных этапа.

Первый этап включает в себя общие для любого обследования шаги, направленные на:

- а) анализ первичной информации;
- б) сбор информации о социальных условиях жизни ребенка;
- в) сбор анамнестических сведений;
- г) формирование запроса в другие учреждения, ведомства по недостающей информации (при необходимости);
- д) коллегиальное планирование обследования ребенка специалистами ПМПК.

Второй этап предполагает индивидуальный план обследования ребенка, составленный по результатам первого этапа.

Как правило, этот этап включает в себя следующие шаги: а) медицинское обследование;
б) психологическое обследование;
в) педагогическое обследование
(по показаниям: обследование педагогом-дефектологом, учителем-логопедом, учителем-методистом начального образования; при наличии специалистов — сурдо-, тифлопедагогом).

Первый этап приема ребенка на ПМПК начинается с анализа, уточнения, дополнения первичной информации и документации и проводится в присутствии всех специалистов ПМПК и родителей (законных представителей).

Сбор у родителей (законных представителей) информации о социальных условиях жизни ребенка в индивидуальной беседе осуществляет социальный педагог, при его отсутствии – врач-педиатр.

Социальный педагог акцентирует внимание на следующих параметрах семейного анамнеза:

- динамика семьи (браки/разводы, форма брака (законный, гражданский), смерть кого-то из членов семьи, последовательность рождения детей и т.п.)
- структура семьи (полная/неполная, мать-одиночка, приемный ребенок, отчим/мачеха и т.п.);
- состав «ядерной» семьи на момент обследования (родители, сибсы — братья, сестры по отцу и матери или только по отцу, только по матери);
- сведения о членах семьи, возможно, других лицах, проживающих вместе с ребенком (характеристика круга общения ребенка в доме) и отдельно от него на момент обследования (характер взаимоотношений с членами семьи, живущими отдельно от ребенка);
- социальный, профессиональный статус, образовательный уровень родителей, других лиц, непосредственно общающихся с ребенком и влияющих на его развитие;

- соответствие места жительства и прописки (регистрации), в частности при наличии статуса беженцев, эмигрантов и др.; возможная смена привычных этнических, социально-экономических, климатических и др. условий;
- бытовые условия жизни ребенка (питание, одежда, наличие индивидуального места для сна, наличие условий для учебных или игровых занятий);
- обеспеченность социально-правовой защищенности ребенка в семье.

Сбор анамнестических сведений у родителей (законных представителей) осуществляется одним из специалистов ПМПК (как правило, врачом-педиатром или психиатром). Анамнез собирается с учетом представленных в первичной документации анамнестических сведений. Врач-педиатр (или психиатр) ПМПК собирает анамнез по традиционной схеме.

Семейный анамнез предполагает:

- учет дифференциации функций врача с социальным педагогом, собирающим определенную часть семейного анамнеза (об этом шла речь выше);
- акцент на сведениях о наследственности, данных о характерных семейных (отмеченных у родственников) соматических, эндокринных, неврологических, психических заболеваниях, а также о наличии дисплазий лица, телосложения, о других особенностях физического облика;
- наличие данных о производственных, экологических вредностях, длительности и интенсивности их влияния на родителей, особенно на мать во время беременности;
- выявление сведений о вредных привычках (особенно о приверженности к алкоголю и наркотикам) у родителей, других членов семьи, общающихся с ребенком;
- выявление сведений о хронических или острых психотравмирующих ситуациях в семье, свидетелем или участником которых был ребенок;

— описание генеративных функций матери: количество и характер протекания беременностей и родов, лечение от бесплодия, число абортов, произвольных выкидышей и мертворождений.

Личный анамнез предполагает сбор врачом следующих сведений:

— протекание у матери беременности: наличие токсикоза, соматических заболеваний, длительного приема лекарственных препаратов, угрозы выкидыша, резус-конфликта, психических и физических травм;

— особенности родов: своевременность, длительность, время отхождения вод, наличие признаков эклампсии, асфиксии, патологического предлежания плода, родовой травмы; характер помощи в родах, время на реанимационные мероприятия (если таковые проводились);

— наличие кефалогематомы, врожденных дисплазий и пороков развития, судорог, желтушности, явлений абстинентного синдрома и т.п.;

— вес и длина новорожденного;

— время начала кормления;

— срок пребывания в роддоме, причины задержки с выпиской из роддома;

— перенесенные ребенком заболевания (инфекции, интоксикации, травмы; соматические, эндокринные, нервно-психические, аллергические, иные расстройства; гипотрофии, гиповитаминозы и др.); отмечается, в каком возрасте заболевания возникли, их длительность, острота, характер течения, наличие и тяжесть осложнений, а также особенности лечения;

— особо фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний; проводится их этиологический, патогенетический и клинический анализ, особенности противосудорожного лечения.

Личный анамнез в части, касающейся динамики психофизического развития ребенка (с учетом возрастных этапов развития), может собираться как врачом-психиатром, так и психологом ПМПК (со специализацией по медицинской и/или специальной психологии).

В любом случае, для достижения цели ПМПК важным представляется психологический (особенно — патопсихологический) анализ анамнестических сведений, соответствующих каждому из возрастных этапов:

- новорожденности (с момента рождения до 2,5—3 месяцев);
- младенчеству (от 2,5—3 месяцев до 1 года);
- кризису одного года;
- раннему детству (от 1 года до 3 лет);
- кризису трех лет;
- дошкольному периоду (собственно дошкольный — от 3 до 5 лет, предшкольный — от 5 до 7 лет);
- кризису 7 лет;
- младшему школьному возрасту (от 7 до 11—12 лет);
- кризису подросткового возраста;
- подростковому периоду (младший подростковый возраст — 11—15 лет, старший подростковый возраст — 16—18 лет).

Все специалисты участвуют в сборе информации о социальных условиях жизни ребенка, а также в сборе анамнеза как супервизоры (за зеркалом Гезелла, с использованием других технических средств).

Такая процедура сбора анамнеза и информации о социальных условиях жизни ребенка облегчает окончательное формулирование диагностической гипотезы при последующем коллегиальном обсуждении.

Родители (законные представители) и ребенок на обсуждении не присутствуют.

На основании диагностической гипотезы составляется общий план обследования, включающий ответы на вопросы:

- кто из специалистов, в какой последовательности и что будет обследовать.

Общий план обследования записывается на отдельном листе и вкладывается в «Карту развития ребенка».

Второй этап приема ребенка на ПМПК проводится по результатам первого этапа и предполагает реализацию: основных

методологических принципов; общего плана; индивидуального плана обследования ребенка каждым специалистом.

Следующие виды обследования проводятся обязательно: а) медицинское; б) психологическое; в) педагогическое.

Специализация внутри каждого вида обследования, их направление и степень детализации зависят от предполагаемых диагностической гипотезой отклонений и резервных возможностей развития ребенка.

Имеются в виду, например, педиатрическое, неврологическое, психиатрическое — в рамках медицинского обследования; патопсихологическое, нейропсихологическое — в рамках психологического; дефектологическое, логопедическое — в рамках педагогического и т.д.

Предпочтительным является обследование ребенка на ПМПК каждым специалистом индивидуально, с участием других специалистов в качестве супервизоров (за зеркалом Гезелла).

Присутствие родителей (законных представителей) определяется особенностями каждого конкретного случая.

Каждый специалист ведет протокол, который по содержанию соответствует индивидуальному плану обследования ребенка.

Специалисты разных профилей вносят свою лепту в диагностику психического развития ребенка.

Особенностью современного этапа развития ПМПК является изменение «веса» каждого из специальных обследований (медицинских, психологических, педагогических) в сторону качественной уникальности.

До последнего времени считалось, что последнее слово принадлежит врачу, особенно в вопросах диагностики.

На сегодня очевидно, что диагностика многоаспектна и в каждом конкретном случае на первый план выступает свой диагностический аспект.

Клиническая (медицинская) диагностика идет преимущественно по пути нозологического или синдромологического анализа.

И в определенных случаях действительно является ведущей по сравнению с другими видами диагностики.

Известно, что выявление некоторых синдромов или нозологических единиц дает целостную картину динамики развития, то есть определяет прогноз развития при тех или иных условиях жизни, лечения, обучения, воспитания и т.д.

Однако в практике ПМПК существует немало клинически недостаточно дифференцированных случаев, когда даже выявленный синдром не дает «ключей» к пониманию механизмов отклонений в развитии или требует преимущественно психолого-педагогического или социального сопровождения ребенка.

В таких случаях на первый план могут выдвигаться задачи психологической или педагогической диагностики.

Структура и содержание заключения каждого специалиста должны соответствовать профессиональным требованиям к диагностике и разработке рекомендаций, диагностической гипотезе, общему плану обследования ребенка на ПМПК и плану индивидуального обследования ребенка конкретным специалистом, отвечать на запрос инициатора обращения в ПМПК.

Эти заключения имеют форму диагноза в соответствии со специальностью врача, инструкциями по отбору детей в специальные (коррекционные) образовательные учреждения разных видов и современными требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятого пересмотра).

До принятия новых инструкций врачам ПМПК можно рекомендовать формулировать диагноз в соответствии с устаревшими, но пока законными инструкциями, а в скобках делать запись в соответствии с МКБ-10.

7.1. Проектирование межведомственного взаимодействия в работе с детьми с ОВЗ

Предметом межведомственного взаимодействия является работа по сохранению и укреплению здоровья всех групп детей, среди которых особо выделяется группа детей с ОВЗ, требующими особых условий обучения и воспитания.

Взаимодействие организаций образования и здравоохранения с другими учреждениями и организациями, выполняющими функции социальной защиты населения, должно происходить в форме обмена информацией.

Работа по сохранению и укреплению здоровья детей невозможна без участия родителей (законных представителей ребенка). Поэтому конечной целевой группой является семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ.

Субъектами межведомственного взаимодействия являются:

- а) образовательные организации и органы управления образованием,
- б) учреждения здравоохранения и органы управления здравоохранением.

Содержание межведомственного взаимодействия

1. На уровне управления образованием и здравоохранением

1.1. Введение в базовые требования к качеству услуг, оказываемых образовательными организациями, обоснованных целевых показателей здоровья обучающихся, воспитанников. Распределение обучающихся, воспитанников по группам здоровья является важным индикатором, но для более точного планирования работы должны использоваться и другие показатели.

1.2. Оснащение медицинских кабинетов в образовательных организациях современным диагностическим оборудованием.

1.3. Выделение ресурсов, необходимых для обеспечения адекватных санитарно-гигиенических условий в образовательных организациях.

1.4. Организация для специалистов образовательных организаций курсов повышения квалификации по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей

2. На уровне образовательных организаций и организаций здравоохранения

2.1. Проведение профилактических осмотров детей специалистами организаций здравоохранения при организационном обеспечении образовательных учреждений.

2.2. Проведение специалистами организаций здравоохранения профилактических прививок в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и эпидемическими показаниями при организационном обеспечении образовательных учреждений.

2.3. Проведение медицинскими работниками оздоровительных мероприятий для детей из групп риска. На базе образовательной организации могут быть реализованы: диетпитание, фитотерапия, лечебная физкультура, организация двигательной активности, использование офтальмотренажеров.

2.4. Формирование образовательными организациями (в том числе ППМС-центрами) здорового образа жизни детей и родителей, что предполагает внедрение технологий минимизации рисков здоровья (медицинский аспект) и формирование ценностного отношения к здоровью у детей и родителей (психологический и социальный аспекты).

Результатами межведомственного взаимодействия должны стать:

1. Обеспечение своевременной диагностики и своевременного оказания соответствующей помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, ранней дефектологической и психолого-педагогической помощи.

2. Улучшение уровня здоровья всех групп детей и недопущение снижения уровня здоровья детей.

3. Обеспечение социальной интеграции и недопущение стигматизации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Для консультативной работы с родителями можно предложить формулу: понять, принять, отпустить, жить.

Эти четыре категории проходят родители в процессе грамотного консультирования и психологической работы с ними специалиста.

Понять: когнитивный уровень проработки проблемы родителями. В первую очередь им необходимо понять проблему: настолько ли она глубока и непреодолима, как кажется.

Принять: эмоциональный уровень проработки проблемы родителями, пласт переживаний. Прежде чем работать над выходом из ситуации, родителям необходимо ее принять. Со стороны специалиста – это работа с родителями над принятием.

Отпустить: работа с родителями по осознанию того, что ситуация и проблема не уникальна, она не центр жизненных ситуаций, есть возможность отстраниться от ситуации, отпустить ее.

Жить: работа с родителями по выстраиванию нового стиля поведения, их взаимодействия с ребенком. Для родителей очень важно перестроить свою линию поведения и реагирования. Специалист обучает его этой перестройке.

Для работы с детьми можно предложить несколько иную формулу: отреагировать, созидать, жить.

Отреагировать: работа с эмоциональными переживаниями ребенка.

Специалисту необходимо использовать в своей практике те методы, которые позволят ребенку отреагировать негативные эмоциональные переживания и сбросить эмоциональную напряженность.

Созидать: обучение ребенка конструктивным способам совладания с трудной ситуацией, которое достигается через игру, сказку, визуализацию.

Жить: работа с перестройкой поведенческого плана ребенка. Отработка с ребенком новых поведенческих паттернов, копинг-стратегий.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Мхитарян Елена Валентиновна

руководитель Центральной ПМПК, учитель-логопед ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Савельева Ольга Викторовна

учитель-логопед отделения психолого-медико-педагогического обследования ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Мченская Татьяна Николаевна

учитель дефектолог (сурдопедагог), отделения психолого-медико-педагогического обследования ГОО «Кузбасский РЦППМС»

Психолого-педагогическое обследование уровня развития детей первых лет жизни направлено на определение уровня развития ребенка, обнаружение первоначальных отклонений в развитии и своевременное определение стратегии коррекционно-воспитательной работы.

Система контроля за развитием ребенка (за детьми первого года жизни), разработанная в нашей стране в 30-е годы в клинике профессора Н.М. Щелованова, затем усовершенствованная Н.М. Аксариной, К.Л. Печорой, Г.В. Пантюхиной, Э.Л. Фрухт, имеет методологическую основу, которая отличает ее от тестовых систем, существующих на Западе. У нас контроль опирается на изучение объективных закономерностей хода развития ребенка в определенных условиях воспитания.

Ребенок раннего возраста отличается быстрым темпом развития, поэтому, чем он младше, тем чаще нуждается в контроле за развитием. А это, в свою очередь, служит основанием для создания для него необходимых условий — «социальных ситуаций», которые обеспечивают «особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий» (Л.С.

Выготский), необходимых для формирования новых качественных достижений в психическом развитии детей.

На первом году жизни развитие ребенка контролируют детские поликлиники один раз в месяц, на втором — один раз в квартал, на третьем — один раз в полгода, в так называемые эпикризные сроки (Эпикризные сроки - это промежуток времени, через который проводится обязательная комплексная оценка состояния здоровья: на 1 году жизни - 1 месяц (1 раз в месяц); на 2 году - 3 месяца (1 раз в 3 месяца); на 3 году - 6 месяцев (1 раз в 6 месяцев); с 4 по 7 год и старше - 1 год (1 раз в 1 год).).

Контроль за развитием ребенка носит комплексный характер: это оценка состояния здоровья, физического и психического развития детей, их поведения. Невозможно врачу определять состояние здоровья ребенка без оценки его психического развития, как нельзя и педагогу оценивать психическое развитие без учета его состояния здоровья и применять соответствующие педагогические воздействия. В дошкольных учреждениях очень важна взаимосвязь в работе врача и педагога. Развитие ребенка неразрывно связано с его воспитанием. Роль взрослого в этом процессе заключается в том, что, зная «зону ближайшего развития» (Л.С. Выготский), он должен своевременно и правильно определять задачи для дальнейшего его хода. Известно, что ребенок развивается неравномерно: неравномерно созревание различных морфологических структур, функциональных систем, неравномерно и психическое развитие. Поэтому наиболее чувствительные периоды к определенным воздействиям оптимальны и для определения состояния функциональной деятельности. Ведя контроль за развитием детей, дают оценку прежде всего ведущим, определяющим линиям (сферам) развития организма.

Изучение особенностей основных линий развития детей раннего возраста с ОВЗ Психолого-педагогическое и логопедическое

обследование детей в раннем возрасте представляет определенные трудности в связи с многообразием и сложной структурой нарушений двигательного, психического и речевого развития, а также в силу возрастных особенностей детей. Не всегда представляется возможным получить объективные данные о состоянии познавательного и речевого развития детей в первые годы жизни.

В ходе психолого-педагогического обследования целесообразно использовать различные методы:

- изучение медицинской и педагогической документации детей, сбор и анализ анамнестических данных;

- беседы с родителями, с врачами (невропатологом, детским психиатром, врачом ЛФК, ортопедом), педагогами-воспитателями, психологом, инструктором ЛФК (получаются сведения о раннем моторном, нервно-психическом, доречевом и соматическом развитии детей на первом году жизни, а также другая информация);

- педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности ребенка, на специальных занятиях (дефектолога, логопеда, психолога, воспитателя, инструктора ЛФК), во время режимных моментов, в естественных жизненных ситуациях (во время кормления, умывания, одевания и раздевания, игры);

- индивидуальный обучающий эксперимент (ребенку предлагаются различные экспериментальные задания, адекватные его возрасту и состоянию).

В последние годы много работ посвящено вопросу совершенствования диагностического инструментария для детей с различными отклонениями в психофизическом развитии в первые годы жизни, в том числе: с детьми младенческого возраста (С.Б.Лазуренко, Ю.А.Разенкова), с недостатками сенсорного развития (Л.А.Головчиц, Т.В.Пелымская, Л.И.Фильчикова, Н.Д.Шматко и др.), с детьми раннего возраста с органическим поражением ЦНС (М.В.Браткова, Е.А.Екжанова, А.В.Закрепина, Г.А.Мишина, Е.А.Стребелева), с нарушениями речевого развития (О.Е.Громова,

Ю.А.Лисичкина, Ю.А.Разенкова, Г.В.Чиркина), с двигательной патологией (Е.Ф.Архипова, Е.В.Козлова, Т.Ю.Моисеева, О.Г.Приходько), с нарушениями раннего эмоционального развития (Е.Р.Баенская, Н.Н.Либлинг).

В ряде авторских методик, разработанных для обследования детей с разными отклонениями в развитии, предполагается выявление как актуального уровня психического развития детей, так и зоны ближайшего развития (С.Д.Забрамная, Т.В.Розанова, Е.А.Стребелева).

На современном этапе развития специальной педагогики и психологии определены принципы и требования к построению и разработке методик обследования детей с разными отклонениями в развитии (Е.А.Стребелева).

Структура комплексного психолого-педагогического обследования детей первых лет жизни (Приходько О.Г.) Комплексное изучение развития детей раннего возраста включает исследование следующих основных линий развития: двигательного, социального, познавательного, сенсорного, речевого развития.

Диагностическая программа исследования состоит из нескольких блоков:

1-й блок – изучение компонентов социального развития: контактности, эмоциональной сферы, средств общения, навыков самообслуживания (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены).

2-й блок – изучение компонентов познавательного развития: сенсорного развития (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического, пространственного восприятия), уровня развития деятельности (предметных действий), уровня развития познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности, запаса знаний об окружающем, внимания, обучаемости и использования фиксированных видов помощи.

3-й блок – изучение компонентов речевого развития: особенностей доречевого развития, уровня понимания обращенной речи, уровня собственной (экспрессивной) речи: словарного запаса, грамматического строя речи, слоговой структуры слов, фонетического строя речи, фонематических процессов, общей разборчивости речи, дыхания, голоса, просодики.

4-й блок – изучение компонентов двигательного развития: общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук, артикуляционной моторики. С целью более детального выявления особенностей развития детей с ОВЗ целесообразно учитывать следующие качественные показатели по каждому блоку заданий, которые позволяли зафиксировать специфику нарушений развития ребенка. При этом определяется степень выраженности нарушений развития (тяжелая, умеренно выраженная, легкая). Для объективизации оценки вводятся количественные показатели, позволяющие проследить степень выраженности показателей. Количественная оценка действий ребенка единая для всех изучаемых «линий развития».

Уровень сформированности различных функций оценивается по четырех-бальной шкале (от минимального – 1 балл до максимального – 4 балла):

1 балл – отсутствие или выраженные нарушения развития функции (низкий уровень);

2 балла – умеренно выраженные нарушения (средний уровень);

3 балла – незначительные нарушения развития функции (недостаточный уровень);

4 балла – нормальное развитие функции (высокий уровень).

Комплексное всестороннее изучение особенностей развития двигательной сферы, психических, речевых функций, деятельности различных анализаторных систем позволит получить специалистам полную картину недостатков развития познавательной и речевой деятельности, а

также наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием комплексного обследования является согласованность действий специалистов медико-психолого-педагогического профиля: логопеда, дефектолога, воспитателя, невропатолога, врача ЛФК. В экспериментальном исследовании необходимо опираться на данные всех специалистов о ребенке.

Социальное развитие:

1-й блок – изучение компонентов социального развития. При исследовании контактности учитывается желание и умение ребенка устанавливать контакт со взрослым. Отмечается, насколько легко и быстро ребенок вступает в контакт, заинтересован ли в нем, охотно ли подчиняется взрослому. Контакт (эмоциональный, жестово-мимический, речевой).

1 балл - Ребенок в контакт не вступает: не обращает внимания и не отвечает на инициативу взрослого (может быть испуган, плачет, кричит), равнодушен ко всем обращениям.

2 балла - Ребенок в контакт вступает не сразу, с большим трудом: проявляет слабо выраженный интерес ко взрослому и его действиям, изредка безразлично отвечает на его инициативу (улыбается в ответ на улыбку взрослого, подает по его просьбе руку или игрушку), часто отвлекается от общения; большинство обращений взрослого игнорирует.

3 балла - Контакт избирательный: ребенок проявляет недостаточно стойкий интерес ко взрослому и его действиям, улыбается, выражает радость, но иногда отвлекается от общения; некоторые из обращений взрослого игнорирует.

4 балла - Ребенок охотно и быстро вступает в контакт: проявляет радость и интерес при общении со взрослым (улыбается, смеется, вскрикивает), охотно откликается на любое обращение взрослого, постоянно смотрит на него, следя за выражением лица.

Изучая эмоциональную сферу детей, обращается внимание на следующие качества: активность-пассивность, деятельность-инертность. Выявляются особенности преобладающего настроения (бодрое, спокойное, неустойчивое, раздражительное; резкие колебания настроения) и поведения ребенка.

Эмоциональная сфера:

1 балл - Отсутствие или неадекватность эмоций при общении со взрослым. Крайне низкий эмоциональный фон. Эмоциональные реакции не дифференцированы.

2 балла - Эмоциональные реакции при общении со взрослым выражены слабо, бедны по выразительности, однообразны. Может иметь место неадекватность эмоций. Преобладание отрицательных эмоций над положительными.

3 балла - Характерна общая эмоциональная активность и вариабельность эмоций ребенка. В процессе активного бодрствования ребенок недостаточно эмоционален в ответ на общение со взрослым. Эмоции лабильны, неярко окрашены, не всегда соответствуют ситуации. Фон настроения несколько снижен.

4 балла - При общении со взрослым проявления эмоциональных реакций разнообразны, избирательны. Эмоции ярко окрашены, выразительны, адекватны ситуации.

При исследовании средств общения детей учитываются следующие показатели:

– Невербальные средства общения (недифференцированные движения тела, улыбка, выразительный взгляд, дифференцированные мимические реакции, естественные и специальные жесты, вокализации).

– Речевые средства общения (различные высказывания детей).

Средства общения:

1 балл Ребенок не использует никаких средств общения – не обращается ко взрослому взглядом, не выражает мимикой и голосом своих нужд.

2 балла Ребенок изредка использует взгляд, невыразительную мимику и отдельные вскрикивания для выражения своих желаний (жесты используются преимущественно в ответ на обращения взрослого).

3 балла Средства общения ребенка со взрослым несколько ограничены: ребенок использует взгляд, мимические реакции, отдельные интонационно выразительные голосовые реакции (ребенок поглядывает на взрослого, время от времени обращается к нему с улыбкой).

4 балла Ребенок использует различные средства общения для выражения своих желаний и нужд: экспрессивно-мимические – выразительный взгляд, богатую мимику, выразительные жесты для изображения желаемого действия; интонационно выразительные дифференцированные голосовые реакции; речевые средства в виде отдельных слов и звукоподражаний.

Диагностика уровня сформированности **навыков самообслуживания** включает исследование самообслуживания при приеме пищи (с 1 года) и самообслуживания в одевании и раздевании, а также навыки личной гигиены (с 2 лет).

Навыки самообслуживания:

1 Полное отсутствие навыков самообслуживания: навыки не сформированы, отсутствует мотивация к их освоению.

2 балла Частичное владение навыками самообслуживания: навыки сформированы слабо; ребенок понимает назначение того или иного навыка, но не всегда выражает свои потребности

3 балла Владение навыками с небольшой помощью взрослого, навыки самообслуживания сформированы недостаточно.

4 балла Самостоятельное владение навыками самообслуживания.

В 1 год:

Навыки самообслуживания:

1 балл Ребенка кормит и поит взрослый. Нет даже попытки взять руками твердую пищу (печенье, хлеб, сушку), сухарик не подносит ко рту.

2 балла Ест с ложки густую и полугустую пищу. Во время кормления иногда придерживает руками бутылочку. Есть попытка взять твердую пищу руками,

вложенный в руку сухарик пытается поднести ко рту.

3 балла Ест твердую пищу (сухарик, печенье, хлеб) и пьет из чашки с небольшой помощью взрослого (взрослый немного придерживает в руке ребенка хлеб или чашку).

4 балла Самостоятельный прием твердой пищи (сухарика, печенья, хлеба, сушки), держа ее в руке. Самостоятельное питье из чашки, удерживая ее двумя руками. Попытка есть густую пищу ложкой (при помощи взрослого).

В 2 года:

Навыки самообслуживания:

1 балл Ребенка поит, кормит и умывает взрослый.

2 балла Прием твердой, густой пищи и питье из чашки с помощью взрослого, но есть попытки выполнить самостоятельно. Тянет руки к воде при умывании.

3 балла Самостоятельный прием пищи несколько затруднен. Ребенок ест твердую густую пищу ложкой и пьет из чашки с небольшой помощью взрослого (держит ложку в руках, подносит ко рту, пытается взять в рот ее содержимое, но иногда промахивается; чашку взрослый немного придерживает в своих руках). Подносит руки к воде при умывании, может вытереть (промокнуть) руки и лицо полотенцем.

4 балла Самостоятельный прием твердой пищи (сухарика, печенья, хлеба, пряника), густой пищи ложкой, питье из чашки (без помощи

взрослого). Умеет частично раздеваться (может снять шапку и туфли), одеваться, мыть и вытирать руки (с небольшой помощью взрослого).

В 3 года:

Навыки самообслуживания:

1 балл Прием густой, жидкой и даже твердой пищи без помощи взрослого недоступны. Не может даже частично раздеваться и одеваться. Не проявляет недовольства при нарушении опрятности, не просится на горшок (не сообщает о физиологических потребностях), при высаживании на горшок чаще всего выражает недовольство.

2 балла Прием твердой, густой, жидкой пищи и питье из чашки без помощи взрослого затруднены, но ребенок пытается выполнить навыки самостоятельно (тянет руки к ложке и чашке). Тянет руки к воде при умывании и полотенцу при вытирании. Проявляет недовольство при нарушении опрятности, иногда просится на горшок характерным звуком или жестом. Спокойно относится к высаживанию на горшок.

3 балла Самостоятельный прием твердой и густой пищи и питье из чашки несколько затруднены, осуществляются с небольшой помощью взрослого. Подносит руки к воде при умывании, может «промокнуть» лицо и руки полотенцем. Умеет частично раздеваться и одеваться (может снять и надеть несколько предметов туалета). Умеет контролировать физиологические потребности (стул), выразить потребность в туалете (заранее сообщать взрослому характерным словом, звуком или жестом).

4 балла Самостоятельный прием твердой, густой и жидкой пищи, а также питье из чашки. Умывается (трет ладони, части лица) и вытирается самостоятельно. Умеет раздеваться (штанишки, кофту, шапку, ботинки, расстегивать молнию и большие пуговицы) и частично одеваться (носки, штанишки, кофту). Самостоятельно пользуется туалетом (горшком).

2-й блок – изучение компонентов познавательного развития.

Исследование сенсорных процессов включает изучение зрительного и слухового восприятия. При этом учитывается поэтапность формирования сенсорных функций у детей с нормальным развитием.

Исследование зрительного восприятия проводится с учетом следующих показателей:

– Зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки). (N – 1 мес.)

Зрительное сосредоточение. (удержание в поле зрения неподвижного объекта – лица взрослого, предмета).

1 балл Зрительное сосредоточение отсутствует: ребенок даже кратковременно не фиксирует взгляд на лице взрослого (даже матери) и на неподвижном предмете (может быть стойкое косоглазие, нистагм, птоз, симптом Графе).

2 балла Быстрое истощение функции зрительного сосредоточения: ребенок кратковременно фиксирует взгляд на лице матери и на большом ярком неподвижном предмете (1-2 секунды).

3 балла Зрительное сосредоточение недостаточно длительное: ребенок задерживает взгляд на лице говорящего с ним взрослого и на предмете не более 4-5 секунд.

4 балла Длительное зрительное сосредоточение: фиксация взгляда на лице взрослого и на предмете не менее 10-20 секунд, длительно удерживает в поле зрения неподвижный объект (лицо взрослого, игрушку).

– Прослеживание движущегося оптического объекта. (N – 1-2 мес.)

Прослеживание движущегося оптического объекта.

1 балл Не прослеживает движущийся оптический объект.

2 балла Ступенчатое прослеживание движущегося оптического объекта: ребенок следит за ярким перемещающимся предметом, периодически теряя его из виду.

3 балла Недостаточно длительное прослеживание движущегося оптического объекта (до 8-10 секунд), фрагментарное, неполное, непостоянное.

4 балла Плавное длительное прослеживание движущегося оптического объекта: ребенок следит за движущимся предметом во всех направлениях, не отрывая взгляда, до 10-20 секунд.

– Узнавание матери, различение близких и чужих людей. (N – 5-7 мес.)

Узнавание матери, различение близких и чужих людей.

1 балл Не узнает мать, не дифференцирует своих и чужих людей.

2 балла Узнает мать после длительной стимуляции (ласкового разговора, улыбки, поглаживания), но чаще всего не различает близких и чужих людей.

3 балла Хорошо и достаточно быстро выделяет мать, дифференцирует «своих» и чужих взрослых после стимуляции (улыбки, ласкового тона голоса).

4 балла Хорошо и быстро дифференцирует близких и чужих людей: отвечает улыбкой на разговор «своего» взрослого, в ситуации общения с незнакомым человеком проявляет настороженность, а иногда и негативную реакцию (плачет).

– Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой. (N – 5-8 мес.)

Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой.

1 балл Не обращает внимание на людей, игрушки, предметы, даже находящиеся вблизи.

2 балла Фиксирует взгляд, кратковременно рассматривает людей, окружающие предметы и игрушки, находящиеся в непосредственной

близости; произвольное переключение взора с одного предмета на другой отсутствует.

3 балла Недолго рассматривает людей, предметы, игрушки, находящиеся в непосредственной близости; произвольное переключение взора с предмета на предмет несколько затруднено.

4 балла Длительно рассматривает людей, окружающие предметы, игрушки, находящиеся в поле зрения; свободно произвольно переключает взор с одного предмета на другой.

– Зрительное изучение окружающего: рассматривание предметов, расположенных в разных местах. (N – 7-10 мес.)

Зрительное изучение удаленных предметов.

1 балл Зрительно не изучает удаленные предметы.

2 балла Кратковременно фиксирует взгляд на удаленных предметах, не переключая взор и не рассматривая их.

3 балла Недолго рассматривает предметы, игрушки, удаленные на расстояние; рассматривание и переключение взора с одного предмета на другой затруднено.

4 балла Рассматривает окружающие предметы, игрушки, удаленные на расстояние; свободно переключает взор с одного предмета на другой.

– Узнавание, различение знакомых предметов и игрушек. При исследовании зрительного восприятия используются разнообразные предметы окружающей действительности, игрушки, однопредметные и сюжетные картинки.

С 2-х лет исследование зрительного восприятия проводится с учетом следующих показателей:

– Узнавание, различение знакомых предметов и игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу - 1 год 3 мес. – 1 год 6 мес.).

– Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1 года 6 мес.

– Рассматривание и узнавание предметов и игрушек на простых сюжетных картинках - с 1 года 6 мес.

– Зрительное восприятие цвета, формы и величины предметов.

Зрительное восприятие цвета, формы и величины предметов исследуется по следующим уровням:

-Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1 года 6 мес.).

-Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет).

- Знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2 лет 6 мес.).

При исследовании зрительного восприятия цвета, формы, величины предметов используются различные дидактические игрушки (матрешки, пирамидки, вкладыши, доски Сегена, шарики, кубики и бруски разного размера и цвета). – Разборка и складывание матрешки: двухсоставной – с 1,6 лет; трехсоставной – с 2,6 лет. – Разборка и складывание пирамидки: из трех колец – с 2 лет; из четырех колец – с 2,6 лет. – Кубики-вкладыши: двухсоставные – с 1,6 лет; трехсоставные – с 2 лет; четырехсоставные – с 2,6 лет. – Цветные кубики: два (красный, желтый) – с 2 лет; четыре – с 2,6 лет, пять – с 3 лет. – Доски Сегена: две формы – с 1,6 лет; три формы – с 2 лет, четыре формы – с 3 лет. – Ориентировка в 2-х контрастных величинах – с 1 года 6 мес., в 3-х контрастных величинах – с 2 лет.

Уровень развития слухового восприятия оценивается по следующим показателям:

– Слуховое сосредоточение (N – 1-2 мес.).

– Ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого (N – 2-3 мес.).

– Локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение) (N – 4 мес.).

– Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чужих» людей (N – 5-7 мес.).

– Узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени) (N – 5-7 мес.)

. – Различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого, различное реагирование на них (N – 5-7 мес.).

– Различение характера мелодии (веселой и грустной, тихой и громкой) (N – 6-8 мес.).

– Слуховое внимание на речь взрослого (N – 10-12 мес.).

Исследование уровня развития деятельности включает следующие разделы:

1. Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой).

Проявление интереса к игрушкам.

1 балл Интерес к игрушкам и предметам не проявляет. С игрушками никак не действует. В совместную игру со взрослым не включается.

2 балла Проявляет поверхностный, нестойкий интерес к игрушкам, предметам

3 балла Интерес к игрушкам и предметам проявляет, но он недостаточно стойкий.

4 балла Проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам. Включается в совместную игру со взрослым.

2. Характер действий с предметами, игрушками:

– Неспецифические манипуляции (стереотипные, одинаковые действия со всеми предметами-игрушками: похлопывание, постукивание, размахивание, перекладывание из одной руки в другую, сосание, бросание) (N – 5-9 мес.).

– Специфические манипуляции (учет физических свойств предметов: сжимание и разжимание пищащей игрушки, размахивание и потряхивание погремушкой, отталкивание подвешенных игрушек) (N – 9-12 мес.).

– Предметные действия (использование предметов по их функциональному назначению) (N – с 1 года.).

– Процессуальные действия (многократное осуществление предметноигровых действий, не направленных на более отдаленный или конечный результат) – (N – с 1 года 6 мес).

– Предметная игра с элементами сюжета (цепочка логически связанных, целенаправленных, осмысленных предметно-игровых действий) (N – с 2 лет 6 мес.).

Исследование познавательной активности и мотивации к деятельности пронизывает весь процесс изучения детей. Для их выявления можно не применять специальные методики. За детьми следует наблюдать не только на специальных занятиях логопеда, педагога-воспитателя, инструктора ЛФК, но и в повседневной жизни, в различные режимные моменты. Отмечаются такие качества, как наличие или отсутствие познавательного интереса, активность и настойчивость в овладении навыками или пассивность ребенка при этом, желание добиться результата или равнодушие ребенка к результату деятельности, целенаправленность деятельности и отсутствие ее.

Познавательная активность и мотивация к деятельности

1 балл Отсутствие познавательной активности и мотивации к деятельности

2 балла Познавательная активность и мотивация к различным видам деятельности низкая

3 балла Недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности

4 балла Ярко выраженная познавательная активность и мотивация

При изучении запаса знаний об окружающем учитывается уровень его сформированности.

Запас знаний об окружающем

1 балл Запас знаний об окружающем отсутствует или крайне низкий

2 балла Запас знаний об окружающем строго ограничен

3 балла Запас знаний об окружающем несколько снижен

4 балла Запас знаний об окружающем соответствует возрасту

При исследовании особенностей внимания учитываются возможность, длительность сосредоточения, стойкость и его переключение.

Внимание

1 балл Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте)

2 балла Внимание неустойчивое, поверхностное. Быстро истощается

3 балла Внимание недостаточно устойчивое

4 балла Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительные

Исследование обучаемости и использования фиксированных видов помощи (во время обследования) проводится, начиная с 2 лет.

Обучаемость и использование фиксированных видов помощи

1 балл Обучаемость отсутствует. Ребенок не использует помощь взрослого. Нет переноса показанного способа действия на аналогичные задания.

2 балла Обучаемость низкая. Использует помощь взрослого. Перенос знаний затруднен – при предъявлении аналогичного задания чаще всего с ним не справляется.

3 балла Обучаемость недостаточная. Способен выполнить задание с небольшой помощью взрослого, но при предъявлении аналогичного задания самостоятельно с ним справляется не всегда.

4 балла Обучаемость высокая. Ребенок выполняет задание самостоятельно или при небольшой помощи взрослого переходит к более высокому способу выполнения задания.

Исследование тактильно-кинестетического восприятия проводится, начиная с 2 лет. При изучении пространственных представлений (с 2 лет) исследуются:

– Представления о схеме тела (своего, взрослого или другого ребенка, куклы): показать части тела (голова, руки, ноги); показать части лица (глаза, рот, нос, уши).

– Ориентировка в сторонах собственного тела – с 3 лет.

– Начальная ориентировка в окружающем пространстве («низ», «верх», «сзади», «впереди», «в», «на», «под» и т.д.) – с 3 лет.

– Целостный образ предмета (конструктивный праксис) – с 2 лет.

При исследовании конструктивного праксиса выявляются простейшие конструктивные умения детей, при этом используются: набор деревянного строительного материала (кубики, бруски, призмы), палочки, разрезные картинки из 2-3 частей. Все задания предлагаются ребенку по показу взрослого. Учитывается способ выполнения задания: по показу, по подражанию, совместными действиями. Все постройки можно обыгрывать («Мы строим дом для Кати», «По дорожке идет ляля: топ-топ-топ»). После обыгрывания постройки ребенка можно попросить повторить действие. Образец взрослого остается перед ребенком. Задания для построек из строительного материала:

– С 1,5 лет: башня из 2-3 кубиков, машина (кубик на пластине), дом (из кубика и призмы), стол и стульчик (из кубика и пластины).

– С 2 лет: дорожка из кирпичиков или пластин, башня из 2-3 кубиков и призмы, диванчик из 2 пластин, ворота из 2 кирпичиков и пластины над ними. – Конструирование из 2 палочек (с 2 лет), из 3 палочек (с 2,5 лет). – Разрезные картинки: из 2 частей (с 2 лет), из 3 частей (с 2,5 лет).

3-й блок – изучение компонентов речевого развития.

Изучение особенностей речевого развития детей включает в себя два направления: исследование понимания обращенной речи (импрессивной речи), исследование собственной речи (экспрессивной речи).

Понимание обращенной речи исследуется с учетом его поэтапного формирования в онтогенезе по следующим показателям:

- Выделение по слову взрослого некоторых знакомых предметов, игрушек, часто показываемых и называемых, находящихся в определенном месте (8-10 мес.).

- Знание своего имени, различение интонаций голоса взрослого (6-8 мес.).

- Выделение по слову близких людей (матери, отца, бабушки): «Где мама?», «Где папа?», «Где баба?» (10 мес.).

- Понимание и выполнение разученных ранее простых действий и движений по слову взрослого (без указательного жеста): «ладушки», «до свидания», «дай», «на», «возьми», «дай ручку», «сорока-ворона». При выраженных нарушениях функции рук принимается даже попытка выполнения движений. Если ребенок сразу не выполняет задание, требуемое движение несколько раз пассивно руками ребенка производит взрослый; при этом действие сопровождается словами. После обучения ребенку опять предъявляется то же задание.

- Понимание названий (выделение по слову) нескольких предметов, игрушек независимо от их местоположения (11-12 мес.). С 1 года 6 мес.:

- Понимание названий окружающих предметов обихода (посуды, одежды), игрушек, действий.

- Понимание команды «нельзя» и «можно» без жестового подкрепления и интонационного отношения.

- Выделение по слову предметов и игрушек на предметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу (при выборе из двухтрех).

– Понимание и выполнение простых речевых инструкций: «положи», «открой», «закрой», «сними», «надень», «брось», «дай маме», «отдай тете», «покачай куклу», «постучи молоточком», «покатай машинку», «покорми лялю» и др.

– Показ частей лица и тела на себе, на взрослом и на кукле.

С 2 лет:

– Узнавание предметов и игрушек на предметных картинках, действий - на простых сюжетных картинках.

– Понимание слов, обозначающих предметы, действия, признаки.

– Практическое понимание предлогов и предложно-падежных конструкций.

– Понимание простого рассказа по сюжетной картинке, ответы на вопросы взрослого.

– Понимание единственного и множественного числа существительного.

С 2,5 лет:

– Понимание короткого рассказа взрослого без показа о событиях, имеющих в опыте ребенка.

– Понимание единственного и множественного числа глагола, прилагательного, времени глагола. При изучении уровня развития экспрессивной речи учитываются возрастные (онтогенетические) показатели речевого развития ребенка. Необходимо определить, на каком этапе развития находится ребенок: на доречевом или уже речевом. Если ребенок уже вступил в этап речевого развития необходимо определить его уровень.

Характеристика собственной речи (экспрессивная речь):

Первый уровень речевого развития:

полное отсутствие звуковых и словесных средств общения;

произносит отдельные звуки, звукокомплексы;

произносит отдельные лепетные, общеупотребительные слова и звукоподражания;

использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию)

Второй уровень речевого развития:

пользуется простой фразой;

аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза;

активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные; предлоги употребляются редко;

слоговая структура слов нарушена

Третий уровень речевого развития:

пользуется развернутой фразой;

недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении);

слоговая структура слов не нарушена;

синтаксические конструкции фраз бедные;

фонетико-фонематические нарушения

Четвертый уровень речевого развития:

лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность

N: Пользуется развернутой фразой; связная речь сформирована

4-й блок – изучение компонентов двигательного развития. Изучение состояния двигательных функций (общей, артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук) желательно проводить совместно с невропатологом и врачом ЛФК.

При определении уровня сформированности основных двигательных навыков учитываются следующие показатели:

– Удержание головы.

– Самостоятельное сидение.

– Удержание вертикального положения стоя (у опоры и самостоятельно).

– Ходьба с поддержкой.

– Самостоятельная ходьба.

При определении уровня развития функциональных возможностей кистей и пальцев рук учитываются следующие показатели:

– Направление руки к предмету.

– Захват предмета, его удержание в руке.

– Произвольное отпускание предмета.

– Простейшие манипуляции с предметами (размахивание, постукивание, перекладывание из одной руки в другую, поднесение ко рту, сосание).

– Свободное манипулирование предметами.

– Дифференцированные движения пальцев рук.

– Выделение ведущей руки.

Возможности двигательных функций кистей и пальцев рук выявляются в различных положениях ребенка: лежа на спине, на животе; сидя, стоя (с поддержкой и/или без поддержки). Для обследования используются разнообразные игрушки и предметы (погремушки, колечки, мячи, кубики и др.). Они различаются между собой размером (большие, маленькие), формой (круглые, квадратные, овальные), окраской и материалом (пластмассовые, резиновые, деревянные, плюшевые).

Изучение артикуляционной моторики. Артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка. Отмечаются даже незначительные речедвигательные расстройства. Определение ведущего неврологического речедвигательного синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике

проводится совместно с невропатологом и врачом ЛФК. Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: органов: твердого, мягкого неба, челюстей, губ, языка. Изучение двигательных функций артикуляционного аппарата предполагает исследование подвижности губ, языка и мягкого неба. При этом выявляется возможность произвольных и произвольных движений органов артикуляции (по подражанию). Изучаются особенности дыхания (тип дыхания, его глубину, частоту, ритм), голосообразования (силу и тембр голоса) и просодики (мелодико-интонационные и темпо-ритмические характеристики голосовых и речевых реакций).

Психолого-педагогическое заключение:

В качестве примера можно привести следующие формулировки психолого-педагогического заключения:

«задержка познавательного и речевого развития»;

«легкая задержка познавательного и речевого развития»

«выраженная задержка познавательного и речевого развития».

«задержка речевого развития; познавательное развитие в пределах возрастной нормы»;

«выраженная задержка речевого развития; легкая задержка познавательного развития»; «задержка речевого развития на фоне спастико-паретического синдрома в артикуляционной мускулатуре; познавательное развитие соответствует возрасту»;

«спастико-паретический синдром в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата; речевое и познавательное развитие в пределах возрастной нормы»;

«задержка речевого развития при дизартрии».

Список литературы:

1. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного

пребывания: пособие. – 4-е издание, исправленное и дополнительное /под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: ИНФРА-М, 2016 г. – 128 с.

2. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: метод. пособие. СПб.: КАРО, 2006.

3. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями. Коррекционная работа на первом году жизни метод. пособие для педагогов и психологов, врачей и родителей. – Москва, 2004. Сер. Ранняя помощь / Ин-т коррекц. педагогики РАО (2-е изд.)

4. Приходько О.Г., Югова О.В. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям. М. АНО «Совет по вопросам управления и развития»-2015.-С. 145.

5. Приходько О.Г., Югова О.В. Становление системы ранней помощи в РОССИИ. – Москва, 2015. 6. Приходько О.Г., Югова О.В. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития у детей первых лет жизни. Специальное образование. 2016. № 2. С. 85-93.

7. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д. Забрамной, - М., Издательство «Академия», 2013.

8. Бадалян Л.О. Невропатология. – М., Издательский центр «Академия», 2012.

9. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст)/ Е.Р. Баенская. – М.: Теревинф, 2009.

10. Баилова Т.А., Александрова Н.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. – М.: Просвещение, 2008.

11. Батышева, Т.Т. Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра в практике детского невролога/ Т.Т. Батышева. – Методические рекомендации. М.: 2014.

12. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст / Под ред. Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко. - М., 2002.

13. Екжанова, Е.А., Стребелева, Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии: Научно-методическое пособие/Е.А. Екжанова. – СПб.: КАРО, 2008. – 336 с.

14. Левченко И.Ю. Многоэтапная комплексная диагностика развития детей в системе ранней помощи. В сборнике: ОСОБЫЕ ДЕТИ В ОБЩЕСТВЕ Сборник научных докладов и тезисов выступлений участников I Всероссийского съезда дефектологов. Под редакцией О.Г. Приходько, И.Л. Соловьёвой. 2015. С. 133-137.

15. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008.

16. Либлинг, Е.Р., Баенская, М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития/Е.Р. Либлинг. – М.: Теревинф, 2013.

17. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика – М., 1997.

18. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии М., 1998. Дисс на соиск. уч. ст. канд. пед. наук.

19. Организация деятельности ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014.

20. Особые дети: вариативные формы коррекционно-педагогической помощи: методическое пособие / под ред. Е.А. Стребелевой, А.В. Закрепиной. – М.: ЛОГОМАГ, 2013.

21. Стребелева, Е.А., Мишина, Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии

(в соавторстве с Г.А. Мишиной)/Е.А. Стребелева. – 2-переиздание. – М.: Парадигма. – 2015.

22. Фальковская Л.П. и др. Организация вариативных форм психологомедико-педагогической помощи в дошкольной образовательной организации. – Красноярск, 2012.

23. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребёнка с отклонениями в развитии и его семьи: Дисс. канд. пед. наук. – М., 2012