

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
«СТОЛИЦА МИЛОСЕРДИЯ»



КОМИТЕТ
ОБЩЕСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ
ГОРОДА МОСКВЫ

Сборник лекций
по работе с детьми

**ВОЛОНТЕРСКОГО
ЦЕНТРА**

«Столица милосердия»



www.capital-mercy.ru

Сборник лекций
по работе с детьми

**ВОЛОНТЕРСКОГО
ЦЕНТРА**

«Столица милосердия»



КОМИТЕТ ОБЩЕСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ



КОНКУРС СУБСИДИЙ

2016



Дорогие друзья!

С 2014 года Благотворительный фонд «Столица Милосердия» обучает добровольцев навыкам общения с детьми с особенностями развития, с детьми, находящимися в государственных детских учреждениях. Добровольцы таким образом приобретают знания для сопровождения детей в приемных и многодетных семьях.

Из года в год мы фиксируем интерес молодых граждан России к деятельности, направленной на оказание помощи и поддержки нуждающимся. Нас радует, что молодежь все яснее понимает важность своего участия в волонтерской, добровольческой деятельности с целью решения серьезных социальных проблем общества. Многие из них хотят помочь именно детям. Зная о направлении нашего Фонда, они обращаются к нам с просьбой взять их в детские и медицинские учреждения. Наши двери всегда открыты для таких отзывчивых людей с энергией, инициативой и желанием помочь! Однако волонтер, как любой специалист, должен быть грамотным в своей области, понимать с кем он работает. Для оказания социальной помощи детям-сиротам, детям с особенностями, детям, оставшимся без попечения родителей, гражданам и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации, они должны знать некоторые важные правила. Для этого мы проводим обучение, этому посвящено данное пособие, которое научит вас четко ставить цели и задачи, планировать и прогнозировать. В нашем волонтерском центре вы пройдете программы по медицине, психологии и педагогике, по работе с детьми с разными проблемами здоровья. Обучая и работая с вами, мы стараемся привить вам следующие качества: гуманность, справедливость, толерантность, бескорыстие, честность; сознательное и разумное использование собственных личностных качеств и дифференцированное применение навыков общения; ответственность и самодисциплина; глубокая и искренняя заинтересованность в решении проблем подопечного и положительных результатах работы; наличие качеств личности, позволяющих располагать к себе разных людей, вызывать доверие, желание сотрудничать, помогать и в то же время не позволять собой манипулировать. Мы очень надеемся, что в дальнейшем эти качества и знания вы передадите детям, которым вы будете помогать.

Данная обучающая 72-часовая программа для волонтеров разработана при содействии Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, Российского университета дружбы народов, кафедры поликлинической педиатрии РМАПО, государственных казенных учреждений г. Москвы, центров содействия семейному воспитанию «Маяк» и «Южный».

В 2016 году эта программа выиграла конкурс субсидий Комитета общественных связей г. Москвы.

В этой методичке включены, увы, не все лекции наших специалистов, но в скором времени выйдет вторая ее часть.

Директор Благотворительного фонда «Столица милосердия»

Владислав Федотов



РАБОТА С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Козырева Алла Михайловна
педагог-психолог



Установление инвалидности в соответствии Законодательством.

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

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

В зависимости от степени расстройства функций организма, лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид» в соответствии с Федеральными законами от 17.07.1999 N 172-ФЗ и от 01.12.2014 N 419-ФЗ.

Виды инвалидности

Существуют разные классификации инвалидности в зависимости от тех или иных критериев:

В зависимости от возраста человека:

- дети-инвалиды;
- взрослые инвалиды.

В зависимости от причины:

- инвалиды войны;
- инвалиды труда;
- инвалиды с детства;

- инвалиды по общему заболеванию.

В зависимости от степени утраты трудоспособности:

I группа – полностью утратившие трудоспособность;

II группа – частично либо временно утратившие трудоспособность;

III группа – трудоспособные, но нуждаются в шадающих условиях труда.

В зависимости от степени утраты способности к передвижению:

- мобильные;
- маломобильные;
- неподвижные.

В зависимости от вида нарушенной функции:

- расстройства двигательной сферы;
- расстройства сердечно-сосудистой системы;
- расстройства органов дыхания;
- нарушение пищеварения,
- расстройства органов выделения,
- расстройства органов внутренней секреции,
- нарушение обмена веществ;
- расстройства органов чувств:
- расстройства органов слуха,
- расстройства органов зрения,
- нарушение обоняния,
- нарушение осязания;
- психические расстройства,
- нарушения памяти,
- нарушение внимания,
- нарушение восприятия,
- нарушение воли,
- нарушение эмоций.

Порядок и условия признание граждан инвалидами

Согласно положению статьи 1 Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» № 181-ФЗ о присвоении инвалидности детям в 2017 году, инвалидом считается ребенок, имеющий нарушение здоровья, связанное с расстройством функций организма.

Независимо от того, каким заболеванием страдает ребенок и

на какой стадии находится развитие патологии, согласно этому закону, в 2017 году при установлении инвалидности детям, ребенок может получить категорию инвалидности в возрасте до 18 лет при выполнении одного из следующих пунктов:

1. Отмечается постоянное расстройство нормального функционирования организма, вызванное травмой, родами или болезнью.

2. Невозможность самостоятельно жить, двигаться, разговаривать, учиться, работать и выполнять действия, направленные на уход за собой.

3. Имеется потребность в социальной защите со стороны государства.

Категория инвалидности присваивается не навсегда, а на определенный период. Согласно Федеральному Закону, в России инвалидность может присваиваться на 1 год, 2 года и 16 лет. Затем потребуется заново проходить обследование с целью подтверждения инвалидности. Период, когда ребенок принадлежит к этой категории граждан, он имеет право на получение социальной пенсии, сумма которой каждый год индексируется.

В категорию инвалидности в 2017 году дети попадают при следующем перечне заболеваний и функциональных расстройств организма:

- психические расстройства;
- нарушение работы сенсорной системы организма;
- внешние физические уродства;
- отсутствие нормального функционирования языка и речи;
- нарушение функций организма, связанных с возможностью передвижения;
- нарушения работы органов пищеварения, сердца, сосудов, дыхательной, эндокринной, кровеносной, иммунной систем;
- заболевания, связанные с нарушением мочевыделительной функции;
- нарушения функций кожи и связанных с ними заболеваний.

Группы присвоения инвалидности детям согласно ФЗ в 2017 г.

В настоящий момент согласно законодательству РФ, существуют три категории инвалидности.

I группа – одна из самых сложных категорий по инвалидности. Ее присвоение осуществляется лишь при сильном нарушении функционирования человеческого организма. Как правило, инвалиды I группы в повседневной жизни не могут обойтись без помощи других людей.

Первая группа обычно присваивается при следующих нарушениях:

- полное или частичное отсутствие органов зрения;
- наследственные или врожденные заболевания, сильно повредившие работу ЦНС;
- отсутствие нижних конечностей;
- повреждения слуха на 80% и более.

Первая группа присваивается и при других, такого же рода тяжелых заболеваниях.

Инвалиды **II группы** – это дети, которые могут выполнять минимальные действия по самообслуживанию без помощи других людей и, возможно, с применением специальной техники. Список таких нарушений, при которых может быть присвоена эта группа, обычно состоит из таких заболеваний, как:

- цирроз печени;
- нарушения работы органов зрения;
- паралич нижних конечностей;
- свиш;
- экзартикуляция бедра;
- наличие в организме одного легкого или легочная недостаточность второй степени.

Инвалидность **III группы** зачастую присваивается детям, которые имеют ограничения по причине ранее перенесенных заболеваний и полученных травм. В будущем лица, принадлежащие к этой категории граждан РФ, не будут иметь особенных ограничений в трудовой деятельности, и будут получать зарплату на уровне других сотрудников, но им будет положена государственная социальная помощь и материальная поддержка. Инвалидами III группы принято считать детей, имеющих следующие проблемы со здоровьем:

- нарушения речи;

- незначительные психические расстройства;
- туберкулез легких;
- нарушения сенсорного восприятия;
- незначительные проявления физического уродства.

Систематизация форм инвалидности для решения вопросов доступности

Буквенное обозначение	Формы инвалидности	Графическое изображение
К	Инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках	
О	Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата	
С	Инвалиды с нарушениями зрения	
Г	Инвалиды с нарушениями слуха	
У	Инвалиды с нарушениями умственного развития	

В зависимости от формы инвалидности – барьеры при пользовании зданиями, сооружениями, предоставлении услуг (обратить отдельное внимание на характеристику барьеров в целях создания доступных условий с учетом категорий инвалидов)
Важно: характеристика барьеров (перечень) – п. 3 гл. 2 (использовать при реализации мероприятий Доступной среды)

Краткая характеристика барьеров окружающей среды для инвалидов разных форм

Для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, барьерами различной степени выраженности могут быть пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, высоко расположенные информационные стенды, высокие прилавки, отсутствие мест для развота на кресле-коляске, узкие дверные проемы и коридоры, отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий (при необходимости) и др. физические и информационные барьеры.

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

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

ней, отсутствие мест отдыха на пути движения и др. физические барьеры;

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

Для инвалидов с нарушениями зрения барьерами различной степени выраженности могут быть: отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей; преграды на пути движения (стойки, колонны, углы, стеклянные двери без контрастного обозначения и др.); неровное, скользкое покрытие; отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Для инвалидов с нарушениями слуха: барьерами различной степени выраженности могут быть: отсутствие зрительной информации, в том числе при чрезвычайных ситуациях на объекте социальной инфраструктуры; отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации (например, через индукционные петли); электромагнитные помехи при проходе через турникеты, средства контроля.

Для лиц с кохлеарными имплантами: отсутствие сурдопереводчика, тифлосурдо-переводчика и другие информационные барьеры.

Для инвалидов с нарушениями умственного развития барьерами различной степени выраженности могут быть: отсутствие понятной для усвоения информации на объекте социальной инфраструктуры; отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

ЭТИКА ОБЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Писаренко Павел Юрьевич

социальный педагог, кандидат педагогических наук



Свою лекцию я хотел бы начать с понятия инвалидности и напомнить о Всемирной программе действий в отношении инвалидов, которая была принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в 1982 году, где подчеркивается необходимость преодолевать любые проявления ущемления прав и достоинств людей с ограниченными возможностями. В этом документе прозвучали несколько тезисов, имеющих принципиально важное значение для развития этики работы с инвалидами:

1. Инвалидность – это не физический дефект, а неспособность осуществлять ту или иную деятельность по причине дефекта, а также социальных условий, в которых проживает человек.
2. Инвалиды – это неоднородная группа, разные заболевания и патологии у которых создают различные социальные барьеры для людей с ограниченными возможностями.
3. Создание доступной для инвалидов среды – это ответственность не только государства, но и общества.
4. Важная задача государства состоит в ознакомлении населения своих стран с теми выгодами, которые могут получать отдельные лица и общество в результате вовлечения инвалидов во все сферы социальной, экономической и политической жизни.
5. Приоритетны те меры социальной помощи, которые предполагают включение инвалидов в общие, а не специализированные социальные институты.
6. Инвалиды, имея равные права, равны в своих обязанностях. Следовательно, люди с ограниченными возможностями должны быть максимально полно включены в активную жизнь общества.

7. В центре внимания должна находиться способность инвалидов, а не их неспособность.

Требование не допускать дискриминации инвалидов, соблюдать взаимную ответственность людей с ограниченными возможностями и общества друг перед другом составляют идеологическую основу «Конвенции о правах инвалидов» (2006).

Этическими принципами Конвенции о правах инвалидов являются:

- уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор и независимость;
- не дискриминация;
- полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- равенство возможностей;
- равенство мужчин и женщин;
- уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

Конвенция обязывает все страны предпринимать активные действия, направленные на формирование положительного отношения к людям с ограниченными возможностями в широких общественных кругах, которые заключаются в следующем:

- повышении просвещенности всего общества, в том числе, на уровне семьи, в вопросах инвалидности и укреплении уважения прав и достоинства инвалидов, поощрении позитивных представлений об инвалидах и более глубокого понимания их обществом;
- ведении борьбы со стереотипами, предрассудками и вредными обычаями в отношении инвалидов, в том числе, на почве половой принадлежности и возраста, во всех сферах жизни;
- пропаганде потенциала и вклада инвалидов в общественную жизнь, содействию признания навыков, достоинств и способностей инвалидов, а также их вклада на рабочем месте и на рынке труда;
- воспитании восприимчивости к правам инвалидов, форми-

ровании у всех детей начиная с раннего возраста, уважительного отношения к правам инвалидов; продвижении воспитательно-ознакомительных программ, посвященных инвалидам и их правам;

– побуждении всех органов массовой информации к такому изображению инвалидов, которое согласуется с целью Конвенции.

Говоря о профессиональной этике специалиста, который взаимодействует с людьми с особыми потребностями и их близкими, необходимо обозначить, что в общении и взаимоотношениях с ними специалист (волонтер, социальный работник, психолог, педагог, и т.д.) является лицом, выполняющим возложенные на него обязанности и представляющим свое учреждение. От того, насколько его внешний вид, поведение и речь соответствуют общепринятым правилам этикета, зависят не только доверие к нему и эффективность работы, но и общественное мнение о волонтерах, благотворительной организации и ее деятельности.



Существуют некоторые **специфические нормы этикета при взаимодействии с людьми с ограниченными возможностями**. Эти нормы предназначены, в первую очередь, для сохранения личного достоинства инвалида, а также для разрешения сложных и неловких ситуаций, которые могут возникнуть во взаимодействии с участием людей с ограниченными возможностями:

1. При разговоре с инвалидом следует обращаться непосред-

ственно к нему, а не к сопровождающему (или, например, сурдо-переводчику), которые присутствуют при разговоре.

2. При знакомстве с инвалидом вполне естественно (при желании) пожать ему руку – даже те, кому трудно ею двигать, или кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку – правую или левую, что вполне допустимо.

3. Со взрослыми инвалидами следует обращаться как со взрослыми, ни в коем случае нельзя фамильярничать, например: обращаться на «ты» и пр.

4. Предлагайте помощь, и только получив положительный ответ, приступайте к ее оказанию (спросив перед этим – как и что делать); сдержите все негативные проявления, если ваша помощь отвергнута.

Известно, что российские инвалиды живут как бы в параллельном мире. Они редко выходят на улицу и почти не появляются в общественных местах. Может быть, из-за этого, сталкиваясь с такими людьми, мы порой не знаем, как себя вести, и даже пугаемся – как сделать так, чтобы его не обидеть? Не замечать его ограниченных возможностей или, наоборот, жалеть? Мы теряемся, сталкиваясь с человеком с ограниченными возможностями, чувствуем себя неловко и даже можем обидеть его неосторожным высказыванием. И здесь сами инвалиды приходят на помощь, давая советы, как правильно себя с ними вести.

1. Признайте его равным.
2. Используйте его возможности.
3. Старайтесь не показывать жалость.
4. Слова. Как мы их называем.

Человек устроен так, что какие бы недостатки он не имел, он всегда хочет чувствовать себя наравне с другими людьми. В особенности это касается инвалидов. Поэтому во время общения с человеком с ограниченными физическими возможностями любое ваше неосторожное слово может обидеть его и навсегда отбить у него желание общаться с вами. Что же это может быть за слово? Когда инвалида называют «неполноценным», этот человек ощущает сочувствие и жалость окружающих, которые скорее угнетают его, чем поддерживают. А когда человек, который не может самостоятельно ходить, слышит о себе слова «прикован к инвалидной коляске», он чувствует себя обреченным. Поэтому, упомянутые выше слова, а также все другие, похожие на них, следует раз и на-

всегда исключить из своего лексикона. То, как мы говорим, тесно связано с тем, что мы думаем и как ведем себя по отношению к другим людям. Увы, слишком часто в нашем обществе звучат такие неприемлемые слова и сравнения как «больной – здоровый», «нормальный – ненормальный», «умственно отсталый», «обычный – неполноценный», «даун», «калека» и т.п. Русская «толерантная» терминология в отношении людей с инвалидностью до сих пор не устоялась – даже в среде инвалидов присутствуют разные точки зрения на правомочность употребления тех или иных терминов.

Небольшое исследование показало следующее: на пяти семинарах сотрудники «Перспективы» предлагали участникам (людям с различными видами инвалидности из 20 регионов России) написать, какие чувства и ассоциации вызывает у них то или иное слово и выражение. Вот типичные примеры, выбранные более чем из 120 ответов:

1. Очень распространенное выражение «прикован к коляске» – вызывает ощущение «обреченности».
2. Слова «глухонемой», «немой» – невозможность общения, контакта.
3. «Больной» – значит, «надо лечить», «беспомощный».
4. Слова «паралитик», «неполноценный», «безрукий», «больной» вызывают сочувствие и жалость.
5. Брезгливость вызывают слова «калека», «слабоумный», «даун».
6. «Псих», «слабоумный», «ненормальный», «шизик» связаны с непредсказуемостью, опасностью и, как следствие, вызывают страх. Воспитанные люди при любых обстоятельствах избегают таких обобщений.

Выражения «человек с ограниченными физическими возможностями», «человек на коляске», «человек с травмой позвоночника», «человек с инвалидностью», «незрячий» – вызывают вполне нейтральные ассоциации. Слово «инвалид» вызывает различные чувства, но в целом, большинство людей считает его приемлемым, поскольку это слово официальное, наиболее часто употребляемое и ставшее в определенной степени абстрактным.

Говоря о работе с людьми, имеющими различные ограничения здоровья (и возникающие при этом барьеры во взаимодействии), помимо общих правил, следует рассмотреть также и конкретные ситуации и связанные с ними правила поведения.



Можно выделить **нормы взаимодействия с людьми, испытывающими трудности при передвижении:**

1. При общении следует занять удобное положение относительно человека с ограниченными возможностями: не стоять за его спиной или сбоку, если возможно, сесть таким образом, чтобы находиться на одном уровне с собеседником.
2. Необходимо помнить, что инвалидная коляска – это часть неприкасаемого пространства человека, который ее использует; недопустимо опираться о коляску или «повиснуть» на ней.
3. Ненавязчиво следите за окружающей обстановкой, чтобы предвидеть трудности, которые может испытывать человек с ограниченными возможностями при передвижении в конкретной ситуации: иногда нужно задержаться и пропустить вперед человека на костылях или коляске при входе в узкую дверь, придержать дверь или убрать с дороги мешающие передвижению предметы, не наращивать скорость ходьбы, недоступную для собеседника.
4. Помните, что, как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.

Люди с нарушениями зрения часто испытывают к себе дискриминационное отношение, потому что их собеседнику кажется, что человек не просто ограничен в одном из средств восприятия мира, но и в целом неспособен понять, о чем идет речь и принять необходимое решение. Это выражается в стремлении говорить с сопровождающим, задавать ему вопросы и ожидать именно от него

ответов, касающихся непосредственно человека с ограниченными возможностями. Иногда слепые и слабовидящие люди говорят, что они испытывают чувство изоляции: «Мне кажется, что они не замечают моего присутствия, говорят так, словно меня здесь нет».

Соблюдайте следующие правила:

1. Когда вы встречаетесь с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент вы обращаетесь и назвать себя.
2. Осуществляя сопровождение, направляйте человека аккуратно, не тащите его за собой, чаще всего, достаточно поддержать незрячего под локоть и в среднем темпе двигаться к цели. При этом следует предупреждать его о препятствиях, стараясь четко определить их местоположение (например, «в трех шагах прямо по движению будет невысокий порог»).
3. Предлагая незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник.
4. Не пытайтесь «заигрывать» с собакой-поводырем, не отвлекайте ее; помните – специально обученная собака находится на ответственной службе, требующей постоянной концентрации внимания.
5. При знакомстве незрячего с незнакомым предметом, не водите по поверхности его руку, а дайте ему возможность свободно потрогать предмет. Если вас попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет.

Правила взаимодействия с человеком, у которого имеются речевые затруднения, состоят в следующем:

1. Не игнорируйте таких людей и не избегайте с ними разговора.
2. Будьте готовы к тому, что общение займет достаточно много времени.
3. Сосредоточьтесь на разговоре и поддерживайте визуальный контакт с собеседником.
4. Позвольте собеседнику полностью договаривать фразы и начинайте говорить только тогда, когда вы убедились, что мысль

завершена.

5. Не стесняйтесь переспросить или уточнить, если вы что-то не поняли.
6. Не относитесь к собеседнику предвзято: трудности в речи прямо не влекут за собой трудности в восприятии и обработке информации.
7. При наличии серьезных барьеров в речевой коммуникации тактично предложите альтернативный способ обмена информацией, например, переписку.



Общение с людьми с задержкой психического развития также требует соблюдения определенных норм и правил:

1. Выбирайте доступные вашему партнеру темы для разговора; используйте простой и точный язык, короткие фразы; избегайте метафор и образных выражений.
2. Если есть необходимость и возможность, в процессе речи указывайте на предмет, о котором вы говорите для облегчения его восприятия информации.
3. Сложную информацию напишите. Изложите суть вашего разговора на бумаге и предложите вашему собеседнику обсудить это с родными.

Наиболее распространенная ошибка при взаимодействии с такими людьми – смотреть на человека с задержкой психического развития, как на неспособного вас понять. Это не так, определенный уровень информации доступен для него, и лучше позаботиться о том, чтобы сведения, которые вы сообщаете собеседнику, соответствовали этому уровню, тогда вам удастся построить эффективное взаимодействие.

Иногда нам ошибочно кажется, что собеседник скорее нас поймет, если мы будем говорить громче. Не повышайте голоса при общении с человеком с задержкой психического развития. Не ведите себя высокомерно, соблюдайте все правила вежливости и этикета, которые вы соблюдали бы с любым другим человеком.

При общении с людьми, имеющими психические расстройства, необходимо помнить, что эти нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый взгляд на мир. Психические расстройства не всегда сопровождаются интеллектуальными нарушениями, более того, часто они проявляются не на постоянной основе, а ситуационно. Нередко, зная то, что у человека есть психические расстройства, люди резко меняют отношение и стиль взаимодействия с ним, основываясь на стереотипах, которые далеко не всегда верны.

Поэтому:

- не распространяйте опыт общения с одним человеком, имеющим психические расстройства, на других людей и другие случаи;
- не бойтесь насилия и агрессии, представления о том, что все люди с психическими нарушениями склонны к «буйному сумасшествию» – это один из мифов;
- примите тот факт, что ваш собеседник, как правило, способен оценить ситуацию и понять все, что вы ему говорите;
- на любые проявления волнения старайтесь реагировать спокойно, исходите из мысли о том, что большинство людей с психическими расстройствами могут справиться с негативными эмоциями;
- не раздражайтесь и не повышайте голоса;
- помните, что если человек не лишен дееспособности, он может принять любое решение в области его прав и обязанностей.

При организации мероприятий:

- всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где они запланированы;
- заранее поинтересуйтесь, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить;
- если существуют архитектурные препятствия, предупредите о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения. Например, есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые при этом не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться в местах, где это им доступно;
- не смущайтесь, если из-за недостатка опыта вы случайно допустили оплошность, расслабьтесь и не акцентируйте на ней внимание, однако, старайтесь не допускать повторения ситуации.

Главное при взаимодействии с инвалидами – это уважение, доброжелательность и стремление помочь. Проявляя вежливость, такт и непредвзятость, вы сможете преодолеть любую неловкую ситуацию, исправить допущенную вами оплошность, помочь собеседнику почувствовать себя раскованно и спокойно.



ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Козырева Алла Михайловна
педагог-психолог



С самого рождения каждый человек для своего нормального развития долгое время нуждается не только в уходе и удовлетворении своих физических потребностей в еде, тепле, безопасности, но и в общении с

близкими, любящими его людьми. Через это общение происходит передача ценностей, которые делают нас людьми: способность сопереживать, любить, понимать себя и других людей, контролировать свои агрессивные импульсы и не наносить вреда себе и окружающим, добиваться поставленных целей, уважать свою и чужую жизнь. Эти духовные ценности могут быть восприняты только в совместном переживании событий жизни взрослого и ребенка.

Общие психолого-педагогические рекомендации, в работе с детьми, имеющие ограниченные возможности здоровья:

- принимать ребенка таким, какой он есть;
- как можно чаще общаться с ребенком;
- избегать переутомления;
- использовать упражнения на релаксацию;
- не сравнивать ребенка с окружающими;
- поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее;
- способствовать повышению его самооценки, но хвалить ребенка объясняйте ему за что вы его хвалите – он должен знать за что;
- обращаться к ребенку по имени;
- не предъявлять ребенку повышенных требований;
- стараться делать замечания как можно реже;
- оставаться спокойным в любой ситуации;

Рассмотрим некоторые из категорий.

Синдром Дауна

Диагноз «болезнь Дауна» врачи обычно ставят очень рано, чаще еще в родильном доме – слишком типичны и очевидны внешние признаки этой болезни. Дети с болезнью (синдромом) Дауна похожи, их внешний облик однотипен:

- уменьшенный в объеме череп, часто несколько скошенный сзади,
- косое расположение далеко отстоящих друг от друга глаз, надбровных дуг,
- деформированное строение ушной раковины,
- западающая переносица,
- маленький «пуговкой» нос,
- полуоткрытый маленький рот,
- пятнистый румянец на щеках.

Причины, вызывающие изменения в хромосомном механизме наследственности, пока еще полностью не выяснены. Полагают, что чаще всего эти изменения вызваны различными расстройствами здоровья во время беременности: воспалительными заболеваниями, отравлениями и т. п. Выше среднего процент заболевания у детей, рожденных от пожилых или сильно различающихся по возрасту родителей.

Особенности физического развития. Физическое развитие детей с синдромом Дауна нарушено: отмечается отставание в росте, диспластичность телосложения, короткие пальцы рук и ног. Мышечный тонус понижен; это приводит к чрезмерной гибкости суставов.

Движения детей часто неловкие, неуклюжие, походка неустойчивая. Детям свойственно беспокойство, повышенное стремление к движениям, – так называемое психомоторное возбуждение. Однако встречаются и дети не темпераментные, а заторможенные. По характеру дети мягки, ласковы, добродушны, охотно вступают в контакт, приветливы.

Особенности умственного развития. Болезнь заметно сказывается на умственных способностях. Память снижена, внимание не-

устойчиво, значительно ослаблена познавательная деятельность; дети долго не понимают назначения предметов окружающей обстановки, не осваивают действий с ними.

Заметно и отставание в развитии речи: часто дети с синдромом Дауна начинают говорить лишь после 3–4 лет, говорят неясно, нечетко, с различными дефектами, не всегда понимают обращенную к ним речь.

Ежедневный уход за ребенком с синдромом Дауна почти ничем не отличается от ухода за любым другим малышом. Важный аспект ежедневного ухода – режим дня, который дает ориентиры, упорядочивает его день.

Дети с синдромом Дауна с первых месяцев жизни проявляют отставание в развитии:

- быстро устают;
- движения их конечностей нарушены;
- плохо реагируют на родных людей;
- головку такие дети начинают фиксировать только к 3 месяцам, а садятся – к году, ходить начинают в возрасте около 2 лет.

Если в течение первого года жизни ребенка установить дисциплинарные границы и научить его контролировать свое поведение, это будет способствовать формированию положительных черт характера, развитию успешного социального взаимодействия с различными людьми.

Естественно, что при таких особенностях развития только терпение и последовательные их действия, поддерживающие рост малыша, помогут ребенку приобретать все необходимые для жизни умения и навыки.

А также:

1. Очень важно развитие сенсорных навыков: фиксации взора, направленности слухового внимания и т.п.
2. Так как ведущая форма деятельности дошкольника – игра, все занятия проводятся в игровой форме – так, чтобы ребенку было интересно.
3. Очень важно научить ребенка правильно использовать игрушку, нужный предмет, – так будут формироваться элементарные двигательные навыки и умения, будут уточняться пространственные и временные представления.
4. В виде игры проводятся и занятия по развитию навыков самообслуживания и гигиены: ребенка учат одеваться, умываться,

стелить постель, воспитывают привычку к чистоте, навык опрятной еды.

5. Очень важно использовать присущее таким детям стремление подражать другим.

6. Поведение близких ребенку взрослых должно быть всегда спокойным, ровным, без всякой нервозности и подчеркнутых проявлений жалости. Вокруг него не должно быть атмосферы несчастья.

7. И разумеется, абсолютно недопустимы случаи, когда над ребенком смеются, дразнят его и т. п.

Инфекционные заболевания

Примерно у 25% (а по некоторым данным до 30%) детей-инвалидов инвалидизация произошла вследствие инфекционного процесса.

Каждое инфекционное заболевание имеет свои особенности. Однако общим для всех заболеваний является наличие определенных этапов в развитии болезни.

При всех инфекциях после заражения болезнь проявляется не сразу: до появления первых признаков заболевания проходит так называемый инкубационный (скрытый) период, во время которого ребенок внешне остается здоровым. Длительность инкубационного периода различна при разных заболеваниях: при кори он колеблется от 8 до 14 дней (после прививки гамма-глобулина – до 28 дней), при скарлатине – от 2 до 12 дней, при дифтерии – от 2 до 7 дней, при коклюше – от 3 до 21 дня (чаще 8–12 дней), при гриппе и гриппоподобных заболеваниях – от нескольких часов до 2–3 дней.

Инфекционный процесс у детей почти всегда сопровождается выраженной в той или иной степени реакцией со стороны нервной системы. Эти реакции чаще всего носят неспецифический характер и не имеют патогномоничных симптомов для конкретного инфекционного заболевания. Существует также большое количество возбудителей инфекционных заболеваний, которые обладают тропностью к нервной системе, что выражается в специфических поражениях различных отделов последней – центральных и периферических. Как неспецифические реакции нервной системы, так и специфические ее поражения могут протекать достаточно тяжело и иметь неблагоприятный прогноз.

Особенностью инфекций у детей раннего возраста является склонность к затяжному их течению, что часто приводит к задержке физического развития ребенка и может сказаться на умственном его развитии.

Исходом инфекционной болезни могут быть полное выздоровление, остаточные изменения, иногда весьма серьезные, вплоть до тяжелой инвалидности, хроническая форма течения, смерть. В понятие «остаточные явления» обычно включают сохраняющееся после инфекции нарушение нормальной деятельности каких-либо органов (например, нарушение опорно-двигательного аппарата после перенесенного полиомиелита).

Чем меньше ребенок, тем короче инкубационный период.

Во время инкубационного периода в организме происходит размножение микробов, и все силы организма направлены на борьбу с микробами и выделяемыми ими токсинами. Хотя внешне ребенок производит впечатление здорового, однако при внимательном наблюдении за ним удастся нередко отметить повышенную раздражительность, утомляемость, нарушение сна и понижение аппетита.

Очень важно в это время обеспечить ребенку хороший уход, правильный режим сна и бодрствования, рациональное питание с большим количеством витаминов, возможно большее пребывание на чистом воздухе, частое проветривание помещения. Все это помогает организму сопротивляться болезни и успешно бороться с ней.

За инкубационным периодом следует развитие первых признаков заболевания, различных при разных болезнях. Однако почти при всех инфекционных заболеваниях (кроме коклюша) наблюдается острое начало, характеризующееся общими симптомами: повышение температуры, общее недомогание, потеря аппетита, головная боль, иногда рвота, реже потеря сознания и судороги. Все эти симптомы вызываются отравлением организма ядовитыми веществами – токсинами, выделяемыми микробами – возбудителями болезни.

Одновременно с общими явлениями развиваются признаки, характеризующие каждое заболевание: сыпь и ангина при скарлатине, развитие катара верхних дыхательных путей при кори и т.д. Длительность острого периода болезни различна и зависит как от особенности инфекционного процесса, так и от тяжести заболе-

вания и от мероприятий, направленных на борьбу с заболеванием.

Через некоторое время признаки заболевания начинают постепенно исчезать, вместе с этим улучшается самочувствие ребенка, появляется аппетит – начинается период выздоровления. Ребенок в это время находится в очень неустойчивом состоянии и, несмотря на кажущееся благополучие, изменения, происшедшие в его организме во время болезни, еще не исчезли, и погрешности в режиме ребенка могут неблагоприятно отозваться на его состоянии. В это время обязательно соблюдение режима соответственно особенностям каждого заболевания, правильное питание, максимальное использование свежего воздуха.

Огромное значение в организации помощи детям с инфекционными заболеваниями имеет ранняя диагностика и своевременная изоляция больного. В основном применяют две формы изоляции больных – госпитализация и стационар.

Инфекционная больница, в отличие от соматической, имеет ряд особенностей. Устройство и принципы работы этого учреждения подчинены, в частности, задаче предупреждения распространения инфекций, прежде всего, внутрибольничных. Для разобщения больных детей помещают в боксы системы Мельцера. Вещи больного складывают в мешки и отправляют для дезинфекции. В дальнейшем их хранят на складе до выписки пациента.

Важным этапом ухода за больным с инфекционным заболеванием является строгое соблюдение санэпидрежима, направленное на предупреждение распространения инфекции. Тщательно 2–3 раза в день проводят влажную уборку помещения с применением водно-мыльного раствора. Предметы ухода, постельное белье, пеленки обрабатывают 0,5% раствором хлорамина в течение 30 мин или другими дезинфицирующими растворами.

Важно следить за чистотой постели и белья больного, поскольку это создает комфорт и улучшает настроение. Нательное и постельное белье меняют по мере необходимости (не реже 1 раза в неделю), а при загрязнении белье меняется незамедлительно. Нельзя использовать высушенное белье. Перед каждой сменой нательного белья тело больного насухо протирают полотенцем. Если больной не в состоянии самостоятельно пользоваться ванной или душем, то необходимо делать обтирание кожи, обращая внимание на обработку кожных складок. Лихорадка не является противопоказанием к проведению гигиенических мероприятий.

Уход за больными независимо от инфекционного заболевания составляет важную часть лечебных мероприятий. Для скорейшего выздоровления ребенка и предупреждения развития осложнений необходимо соблюдать охранительный режим, обеспечивающий больному психический и физический покой. Тщательно мыть руки с мылом.

Дети с инфекционными заболеваниями поразному реагируют на изменение обстановки, что может объясняться как особенностями развития заболевания, так и индивидуальными особенностями. Одни больные дети в разгар заболевания замкнуты, немногословны, неохотно вступают в контакт, у них часто нарушен сон, а другие, наоборот, возбуждены, словоохотливы, неадекватно оценивают свое состояние.

К числу трудноизлечимых инфекционных заболеваний относятся: ВИЧ, гепатит С, сифилис и туберкулез.

Человек, который носит вирус ВИЧ, не болеет сам: у него нет СПИДа (синдром приобретенного иммунодефицита), но от него можно заразиться половым путем (не защищенный сексуальный контакт), через кровь (переливание крови; инструменты, не прошедшие стерилизации: иглы, шприцы), от матери к ребенку (мать может передать вирус младенцу во время беременности, родов, при грудном вскармливании). Терапия включает в себя прием таблеток и оплачивается государством. При правильной терапии носитель ВИЧ имеет обычную продолжительность жизни.

Гепатит С, передается через кровь. Вирус может быть излечен. Лечение длительное и дорогостоящее. Государство выделяет на это средство, но для получения лекарств приходится учитывать региональные особенности.

Сифилис, передается половым путем, реже бытовым через слюну при поцелуе, через любой предмет общего пользования (ложка, чашка, зубная щетка, губная помада, сигарета и т.п.), на котором имеется невысохшее отделяемое, содержащее бледные трепонемы. Избежать заражения бытовым сифилисом необходимо просто соблюдать элементарные гигиенические нормы, например, не пользоваться одной зубной щеткой и тщательно мыть горячей водой посуду после использования.

Сифилис – бактериальная инфекция, с которой антибиотики прекрасно справляются. Дети, получившие лечение врожденного

сифилиса (всех форм), наблюдаются врачом, в течение пяти лет, затем полностью снимаются с учета. Лечение бесплатное.

Туберкулез – это бактериальная инфекция, возбудителем, которой является микробактерия (туберкулезная палочка, палочка Коха). Поражает любой орган, исключая лишь волосы и ногти (всего существует 14 форм туберкулеза). Чаще всего заражаются воздушно-капельным путем: при кашле, чихании, разговоре больной выделяет мокроту с микробактериями туберкулеза. Реже инфекция передается через домашнюю утварь.

Основой лечения туберкулеза является поликомпонентная противотуберкулезная химиотерапия, которая длится около 6 месяцев и более. Предоставляется санаторное лечение, обеспечение лекарственными препаратами, бесплатное лечение.

Необходимо соблюдать определенные правила:

- окружить ребенка любовью заботой и вниманием;
- обеспечить ему полноценное и рациональное питание;
- следить за тем, чтобы ребенок получил все необходимые прививки;
- следить за чистотой в доме;
- соблюдать все гигиенические правила всем членам семьи и самому ребенку;
- организовать для ребенка прогулки на свежем воздухе;
- позаботиться о том, чтобы ребенок спал и отдыхал;
- чаще разговаривать, играть с ребенком, обнимать его;
- вовремя и правильно давать назначенные лекарства;
- помочь ребенку вести нормальную жизнь, организовать его общение со сверстниками;
- внимательно наблюдать за самочувствием и поведением ребенка.

Ментальные нарушения

Ментальные нарушения – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего страдает способность к социальному взаимодействию и поведению. У таких детей отмечают нарушения интеллектуального развития, возникающие на ранних этапах развития. Дети с ментальными нарушениями имеют ряд специфических особенностей, которые проявляются: в отставании сроков и темпе развития; инертности, пассивности, отмечаемых

во всех сферах жизнедеятельности ребенка; существенном недоразвитии моторных и речевых функций; несформированности когнитивной деятельности; примитивности интересов, потребностей, мотивов; снижении познавательного интереса; нарушении эмоционально-волевой сферы. Степень проявления этих нарушений варьируется от легких до глубоких форм.

Дети с нарушениями интеллекта имеют ряд специфических особенностей, которые проявляются: в отставании сроков и темпе развития; инертности, пассивности; существенном недоразвитии моторных и речевых функций; примитивности интересов, потребностей, мотивов; снижении познавательного интереса; нарушении эмоционально-волевой сферы. Работа с такими детьми должна быть направлена на развитие речи, предметной деятельности, игры, навыков самообслуживания, на упорядочение поведения, контактности, развитию мелкой моторики, развитию «руки».

Умственная отсталость легкой степени (F 70). У таких детей отмечаются запаздывание физического, сенсомоторного развития, задержка речевого развития (речь формируется позже, с нарушениями грамматического и фонетического строя речи, активный беден и существенно меньше пассивного), мышление конкретное, ориентированное на решение бытовых задач, существует некоторое эмоциональное недоразвитие (плохо распознает эмоции других людей, поэтому испытывают сложности при общении, с определенным трудом формируются нравственные, эстетические чувства, но некоторые дети могут испытывать эмоциональную привязанность), снижение критичности, страдают волевые качества, отмечается социальная незрелость (несамостоятельность, внушаемость, склонность к подражанию). Такие дети, достигают полной независимости в сфере ухода за собой, в практических и домашних навыков. Затруднения наблюдаются в сфере школьной успеваемости, поэтому дети обучаются в коррекционной школе VIII вида.

Человек достигший совершеннолетия, имеющий диагноз «умственная отсталость легкой степени», является полностью дееспособным.

У детей, переживших травму потери кровных родителей, воспитывающихся в сиротских учреждениях, подвергавшихся насилию, жестокому обращению, трудно различить симптомы умственной

отсталости и социопедагогической запущенности. При изменении условий жизни на более благоприятные эти дети, как правило, дают хорошую динамику в развитии, и иногда их диагноз может быть снят и пересмотрен.

Умственная отсталость умеренная (F 71). Умеренная умственная отсталость является средней степенью умственного недоразвития. У таких детей несформированность познавательных процессов проявляется уже в раннем и дошкольном возрасте. С заметным опозданием происходит физическое развитие, часто отменяется моторная неловкость, некоординированность движений. Речь формируется медленно, с большим запаздыванием, с существенными нарушениями. Дети, имеющие диагноз «умеренная умственная отсталость», признаются инвалидами. Они способны испытывать эмоциональную привязанность, помогать в быту, заботиться о других членах семьи. Как правило, дети в достаточной степени овладевают навыками самообслуживания, осваивают на том или ином уровне чтение, письмо, простейшие счетные операции. Специально образовательные программы, направленные на социальную адаптацию, формирование навыков, самообслуживания, усиленное трудовое обучение могут дать им возможность максимального развития имеющего потенциала. После окончания обучения чаще всего могут выполнять несложную практическую работу. Существует официальный перечень профессий и специальностей, рекомендуемых для профессиональной подготовки и трудоустройства лиц с умеренной умственной отсталостью. Они могут быть очень трудолюбивы и старательны, но не умеют в нужной мере планировать свою деятельность, нуждаются в руководстве и поддержке на всех этапах процесса.

При психолого-педагогической коррекционной работе и отсутствии отягощающих факторов, лица с умеренной умственной отсталостью неплохо социализируются, способны к установлению и поддержанию контактов, общению, созданию эмоциональных связей, они достаточно мобильны и физически активны. Совершенно независимое проживание возможно в редких случаях. Они могут жить под руководством значимых для них людей или в специально организованном пространстве. К сожалению, в нашей стране большая часть таких людей (если у них нет родных или родственников не готовы оставить их в семье), проживает в психоневроло-

гических интернатах (ПНИ). При попадании ребенка в благоприятные социальные условия (в семью), при адекватно проведенной психолого-педагогической реабилитации возможен пересмотр, в редких случаях, полное снятие диагноза «умственная отсталость».

Умственная отсталость тяжелая (F 72). Тяжелая умственная отсталость выявляется в раннем возрасте и характеризуется выраженным недоразвитием всех психических функций. У большинства детей наблюдается грубая задержка физического развития, недоразвитие моторных функций, заметны существенные двигательные нарушения. Практически всегда присутствуют неврологическая и соматическая симптоматика, часто встречаются пороки развития костно-мышечной системы и внутренних органов, дисгенетические признаки.

Люди, с таким диагнозом могут частично овладеть речью. Словарный запас скудный, ориентированный на обозначение собственных желаний и потребностей. Мышление очень конкретное, бессистемное, лишено способности к общению. Навыки самообслуживания и элементарные трудовые навыки формируются с большим трудом и в крайне ограниченном объеме.

При условии создания адекватной развивающей среды и системы занятий, такие дети охотно занимаются, неплохо обучаются и социализируются, многие овладевают элементарными навыками самообслуживания. Практически все дети способны узнавать и эмоционально реагировать на значимых взрослых, многие из них эмоционально теплы и отзывчивы, способны к формированию привязанности.

Дети-сироты с таким диагнозом обычно проживают в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей (ДДИ), после выпуска из ДДИ, как правило, признаются недееспособными и проживают в психоневрологических интернатах для взрослых (ПНИ).

Умственная отсталость глубокая (F 73). Люди с этим диагнозом, как правило, резко ограничены в движениях, не контролируют физиологические функции, практически всегда имеют сложные множественные пороки развития. Снижены пороги чувствительности, нарушены ощущения. Мышление, активная речь, навыки самообслуживания практически не формируются. Коммуникация возможна на примитивном уровне. Дети проявляют эмоции, мо-

гут узнавать и положительно реагировать на значимых взрослых, выражать удовольствие и протест.

Опыт российских и зарубежных организаций, занимающихся развитием и обучением лиц, имеющих выраженные интеллектуальные нарушения, показывает, что для любого ребенка можно подобрать образовательную программу, соответствующую его возможностям. Мировой опыт работы с детьми, имеющими выраженные нарушения развития, однозначно показывает целесообразность проживания таких детей в семьях. Семьи, воспитывающие такого ребенка, нуждаются в сопровождении со стороны государственных и общественных организаций.

Дети-сироты с таким диагнозом обычно проживают в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей (ДДИ), после выпуска из ДДИ, как правило, признаются недееспособными и проживают в психоневрологических интернатах для взрослых (ПНИ).

Взаимодействие с детьми с ментальными нарушениями. Такой ребенок может плохо понимать обращенную к нему речь. Объясняя или обучая его чему-то, лучше использовать наглядность: например, рисовать картинки и развешивать их в нужных местах в квартире – картинку с тарелкой и ложкой повесить над столом на кухне, чтобы ребенок привык к тому, что едят в столовой, картинку с зубной пастой и щеткой повесить в ванной комнате и т.д. При обучении лучше использовать метод «Делай, как я» – показывая на своем примере или выполняя рукой ребенка нужные действия. При этом все действия все равно нужно проговаривать, чтобы у ребенка нарастал словарный запас.

Дети с ментальными нарушениями затрудняются не только в установлении причинно-следственных связей, но и в восприятии времени, в последовательности действий в быту. Важно, чтобы в доме был установлен понятный ребенку распорядок дня. Адаптацию такого ребенка в семье очень облегчит выполнение режима дня. Чтобы ребенок запомнил режим, можно сделать набор картинок, которые в определенном порядке выкладываются на планшете: подъем, зарядка, завтрак, прогулка и т.д. Если режим дня меняется, то об этом ребенку сообщается и объясняется, что и за чем будет происходить (например, далекая прогулка или поездка в гости). Дети могут реагировать нарушениями поведения или истериками на внезапное изменение режима дня, на отступление от

привычного порядка.

Не нужно перегружать ребенка яркими впечатлениями в период адаптации. Не стоит возить его в людные места, устраивать шумные праздники с большим количеством гостей и т.д. Мозг ребенка устает от обилия впечатлений, ребенок перестает ориентироваться в происходящем, может впадать в истерики или в заторможенное состояние. Нужно помнить, что ребенку с ментальными нарушениями нужно больше времени, чтобы «переварить» впечатления.

Такой ребенок менее восприимчив к объяснениям и рациональным доводам, но очень восприимчив к эмоциональному отношению взрослого. Если вы хотите сформировать положительное поведение, хвалите ребенка и поддерживайте его. Эмоционально реагируйте на его проявления, чтобы ребенок четко понимал, за что вы сердитесь, за что хвалите.

Важно понимать, что период адаптации может быть более длительным для таких детей. Детям трудно изменить привычные способы реагирования и особенностей поведения, свойственные детям из тех учреждений, где они прибывали.

Множественные нарушения развития

К категории детей с множественными нарушениями развития относятся дети, имеющие отклонения в трех и более системах организма – отклонения развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственная отсталость).

Выделяют следующие группы детей:

- умственно отсталые не слышащие или слабослышащие;
- умственно отсталые незрячие (или частично видящие), слабовидящие;
- слепоглухие;
- умственно отсталые слепоглухие;
- слепоглухонемые;
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушениями органов слуха и зрения.

По сочетанности можно выделить более 20 видов сложных и множественных нарушений:

- нарушение зрения и системное нарушение речи;

- нарушение слуха и движений;
- нарушение зрения и движений.

Также возможно сочетание всех видов дефектов с умственной отсталостью разной степени.

В основу классификации было положено время наступления дефекта и наличие сочетания сенсорных нарушений с интеллектуальными. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями.

Сложные нарушения можно разделить на такие группы:

- с врожденными или ранним сложным дефектом;
- со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;
- с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте.

В случае сложного нарушения принято выделять детей с одновременно наступившими нарушениями. Это могут быть различные случаи разновременной потери слуха и зрения (одно нарушение врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания в более позднем возрасте).

Врожденное или очень рано наступившее сложное нарушение чрезвычайно осложняет процесс развития ребенка и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей его жизни.

При всем многообразии сложных нарушений развития можно выделить две основные категории детей по сложности адаптации к окружающему миру: дети с потенциально сохранными возможностями интеллектуального и личностного развития и дети выраженным отставанием в умственном развитии (при глубоких поражениях ЦНС). Дети, способные к самостоятельной, активной, осмысленной деятельности, и дети, нуждающиеся в постоянном побуждении и руководстве в деятельности, а также полном или частичном обслуживании со стороны окружающих.

Знание всех особенностей состояния ребенка дает возможность адекватно оказывать лечебную и коррекционно-педагогическую помощь. Дети каждой из групп требуют своеобразных педагогических подходов, но одинаково нуждаются в любви и понимании со стороны взрослых.

Умственно отсталые глухие или слабослышащие дети

Недоразвитие органов слуха лишает ребенка одного из важных

источников информации, что обуславливает отставание в психическом развитии. Основной причиной, обуславливающей отставанием в умственном развитии ребенка с аномалиями слуха, является нарушение развитие речи.

Социальная адаптация детей с нарушениями слуха часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, возникающими в неадекватных условиях воспитания, как в детском учреждении, так и в семье. Кроме того, поведенческие и эмоциональные нарушения могут быть обусловлены и органическим поражением центральной нервной системы.

У многих детей задерживается развитие прямохождения, они значительно позже начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Наблюдается отсутствие или значительное снижение интереса к окружающему, общая патологическая инертность (что не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности и расторможенности). Не происходит своевременный переход к общению с взрослыми на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения, свойственная младенческому возрасту. Это сказывается на развитии первых действий с предметами и на развитии восприятия.

У дошкольников характерно также отставание в темпе развития наглядно-действенного мышления. Далеко не всем детям к концу дошкольного периода оказывается доступным выполнение даже таких практических задач, как перемещение предмета, его использования или изменения. До конца дошкольного возраста у них фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач, словесно-логическое мышление развивается медленно. Это, в первую очередь, объясняется затруднением восприятия на слух обращенной к ребенку разговорной речи. Этот недостаток компенсируется с помощью развития коррекционного навыка зрительного восприятия речи – чтение с губ.

К началу дошкольного возраста не возникает практическая деятельность. Интерес детей к предметам, в частности, к игрушкам, оказывается кратковременным. В игре наблюдается стереотипность, формальность действия, отсутствует замысел, нет элемента сюжета.

Навыки самообслуживания у дошкольников начинают формироваться под влиянием требований окружающих, но даже у старших дошкольников в ряде случаев нет понимания последователь-

ности и логики всех действий, входящих в навык.

Глухие умственно отсталые дети обучаются в специальных классах по особой программе, более простой, чем умственно отсталые дети с нормальным слухом.

Неслышащие дети с первичной задержкой психического развития (ЗПР). При систематическом участии специалистов-сурдологов, обычно имеют незначительное отставание в развитии произвольной предметно-практической деятельности, в развитии зрительного восприятия, наглядного мышления, образной памяти по сравнению с неслышащими детьми без первичной ЗПР. Но они имеют отставание от других глухих в развитии словесной речи, в овладении восприятием речи и произношением, в усвоении значений слов, обозначающих предметы и явления самого ближайшего окружения, в овладении связной речью. Относительно более успешно они овладевают самыми элементарными математическими представлениями. При поступлении в школу они обычно правильно устанавливают количество предметов в пределах 10, могут в этих пределах складывать и вычитать группы предметов, но обязательно пользуются пальцами при пересчете. При создании благоприятных условий для их всестороннего психофизического развития неслышащие дети с первичной ЗПР постепенно овладевают программой сначала младших, а затем и средних классов школы для обычных неслышащих детей.

Глухие дети с детским церебральным параличом (ДЦП). Дети, которые могут ходить самостоятельно и обучаются в школе, имеют своеобразную несимметричную походку, скрюченную позу тела, насильственные движения рук и ног. Испытывают трудности в зрительном восприятии предметов, нередко наблюдаются нарушения движений глаз, нарушения аккомодации и косоглазие. Не менее сложна для детей предметно-практическая деятельность. Особо сложным является формирование речи у неслышащих с ДЦП. При наличии навязчивых движений в области рта и нередко наблюдаемой дизартрии крайне трудно формировать у таких детей речепроизводительными умениями. Из-за нарушений движений рук им трудно овладеть дактильной речью и письмом, являющимися важным звеном в формировании речи глухих детей.

При индивидуальном подходе, учитывающем потенциальные

возможности каждого ребенка, глухие дети с ДЦП могут усваивать в более растянутые сроки программу начальной и основной школы для глухих детей.

Среди глухих детей с ДЦП встречаются умственно отсталые. Они отстают во всем психофизическом развитии, и гораздо больше, чем глухие только с ДЦП.

Глухие дети с нарушениями речи. Особенность этих детей в школьном возрасте – резкие различия в уровне развития предметно-практической деятельности, процессов восприятия, наглядного мышления, образной памяти, с одной стороны, и речи и формирующихся на ее основе словесно-логического мышления, словесной памяти с другой. По уровню развития речи они отстают от глухих с ЗПР, иногда даже соответствует глухим умственно отсталым.

У глухих детей, имеющих поражение речевых зон коры головного мозга, иногда наблюдается и легкое повреждение центральной нервной системы, ведущее к первичной ЗПР. У таких детей отставание и своеобразие в психическом развитии близко к тому, которое наблюдается у глухих умственно отсталых детей.

Глухие дети с нарушениями поведения. У таких детей бывают периоды более спокойных состояний, когда они могут соблюдать школьную дисциплину, учиться и усваивать знания и умения. Но затем по тем или иным причинам происходит обострение психического заболевания, что делает невозможным пребывание данного в школе. Обычно ребенка помещают в соответствующую больницу.

Глухие дети, соматически ослабленные. Глухие дети, соматически ослабленные, перенесшие длительные тяжелые заболевания или имеющих заболевания сердца, легких, почек, печени. У них отмечается повышенная утомляемость и сниженная работоспособность, что уменьшает эффективность обучения. У таких детей наблюдается общее отставание в психическом развитии, сходное с тем, что наблюдается у детей с ЗПР.

Умственно отсталые дети с нарушениями зрения. Умения и навыки слабо развиты. Движения, связанные с самообслуживанием, неуверенные, нечеткие, часто замедленные или, наоборот, беспорядочно суетливые, недостаточно целенаправленные.

Важнейшую роль в процессе компенсации играет речь. Но отставание в развитии в связи с умственной отсталостью начинается с младенчества и продолжает накапливаться в раннем детстве. Не сформированы также: предпосылки речевого развития, предметная деятельность, интерес к окружающему миру, потребность в общении с взрослыми, недостаточно развит артикуляционный аппарат. Только к концу дошкольного возраста создается возможность обучать детей чтению и письму по рельефной системе Брайля.

Потеря зрения оказывает также влияние и на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. Свойственно явное недоразвитие двигательной сферы.

Несмотря на трудности, обусловленные глубокими нарушениями зрения и умственной отсталостью, происходит достаточно эффективное продвижение детей в психическом развитии. К концу младшего школьного возраста дети могут поводить простейшие умозаключения, овладеть несложными видами трудовой деятельности, используя специфическую коррекционную помощь со стороны взрослого.

Слепоглухие дети. Особенностью детей является практически полная невозможность получать информацию по естественным каналам.

Психическое развитие слепоглухих детей опирается на сохранные и сенсорные функции: обоняние, вибрационную и кинетическую чувствительность.

Кожная чувствительность и двигательная память являются у слепоглухих особым способом познания окружающего. Осязание, активное ощупывание предметов руками или языком позволяет знакомиться с предметами и в дальнейшем их узнавать.

В большинстве случаев слепоглухие дети активно используют осязание для знакомства с окружающим миром и для общения еще до начала специального обучения. Специальное обучение ставит осязание на новый уровень использования: с его помощью дети учатся сравнивать и группировать предметы по определенному признаку, у них развиваются тонкие дифференцированные движения пальцев рук, позволяющие писать и читать тексты, написанные шрифтом Брайля. Слепоглухой ребенок опирается во всем на

собственный двигательный опыт.

Опыт обучения слепоглухих детей и детей с множественными нарушениями свидетельствует о том, что нет необучаемых детей, а есть дети с разными возможностями обучения. Успехи ребенка во многом бывают обусловлены мужеством его близких, их оптимизмом и уверенностью в своих силах.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА)

Двигательные расстройства у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата могут иметь различную степень выраженности.

При тяжелой выраженности двигательных нарушений ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не сможет обслуживать себя.

При средней степени двигательных расстройств дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, ходунков, канадских палочек и т.д.) Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, пользоваться городским транспортом. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции.

При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, недостаточная ловкость и замедленность в движений, снижена мышечная сила, имеются недостатки функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

Для таких детей характерны отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

Рекомендации по физическому развитию детей

Необходимо начать специальные занятия на ранних сроках жизни ребенка, тогда возможна определенная компенсация и предупреждение формирования патологических двигательных стереотипов. Взаимодействия с ребенком ежедневно, необходимо постоянно контролировать положение его головки, обучать разгибанию верхней части туловища. Если ребенок не удерживает голову и она сваливается набок, следует использовать специальные крепления. Если ребенок держит голову неустойчиво и при движении может нечаянно удариться головой об острые предметы, изготавливают специальную шапочку или шлем, который предохранит от ударов. Необходимо тренировать навык ползания и развивать опорные функции руки. Важно стимулировать развитие способности к переворачиванию ребенка со спины на живот и с живота на спину. К кровати, должны быть подвешены яркие игрушки, которые стимулировали бы его к переворотам и хватательным движениям.

Детям, у которых не сформированы навыки прямохождения и ходьбы необходимо выделить дома уголок со специальным оборудованием: стулом, столом, ходунками, поручнями, качалкой, гимнастической стенкой, спортивным инвентарем, тренажерами и др.

Для развития познавательных возможностей детей имеет большое значение осязательная функция. Ее недостаточность приводит к тому, что у ребенка происходит задержка формирования целостного представления о предметах. Для преодоления подобных нарушений следует учить ребенка на ощупь узнавать различные по величине и по форме предметы, определять фактуру материала, различать поверхность предметов, выбирать предмет на ощупь по речевой инструкции (игра чудесный мешочек), определять его температуру (горячий/холодный).

Одной из проблем, возникающих у детей с церебральным параличом, является нарушение праксиса позы (способность к выполнению целенаправленных двигательных актов). Ребенок испытывает трудности при захвате предмета рукой. С помощью совместных действий, путем наложения своей руки на руку ребенка можно постепенно научить его элементарным предметным действиям.

Необходимо овладеть приемами массажа и нормализации тонуса мышц. Важно также развивать у детей согласованность движений руки и глаза, проводить специальные занятия по развитию

плавных движений глазных яблок с целью формирования целостного восприятия предметов.

Важно внимательно слушать рекомендации логопеда и неукоснительно соблюдать. Много разговаривать с ребенком, проговаривая, что делаем с ребенком или совместно с ребенком. Необходимо постоянно формулировать у ребенка мотивацию на речевой контакт.

С раннего возраста вырабатывать у детей потребность в самообслуживании. Ребенка нужно научить самостоятельному приему пищи, умению брать ложку, самостоятельно есть, держать кружку и пить из нее. Чтобы ложка, вилка, карандаш или ручка не вываливались из рук, пользуются приемом утяжеления: надевают специальные насадки, чаще резиновые груши, утяжеленными маленькими металлическими шариками.

Образование. В зависимости от выраженности дефекта дети дошкольного возраста посещают массовые детские сады или коррекционные детские сады компенсирующего вида для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Дальнейшее обучение дети продолжают в массовых школах, в специализированных школах, школах-интернатах для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Подростки, успешно закончившие массовые школы, учреждения для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, могут закончить соответствующие колледжи, вузы и стать юристами, историками, педагогами, бухгалтерами и т.д.

Сенсорные нарушения

Сенсорная недостаточность может приводить к отставанию или своеобразием развития ребенка. Первыми страдают процессы, формирование которых непосредственно связано с пострадавшей сенсорной системой. Для ребенка с нарушенным слухом – речь, для ребенка с нарушенным зрением – возможность ориентирования в пространстве. Недоразвитие речи или пространственного ориентирования накладывают отпечаток на формирование мышления и личности в целом. Таким образом, на фоне сенсорной депривации возникает так называемая вторичная задержка психического развития, не связанная с поражением структур головного

мозга.

Слабослышащие дети при условии качественного слухопротезирования, имея кохлеарные импланты, не нуждаются в специальных средствах общения и готовы поддерживать разговор. У большинства неслышащих детей есть остаточный слух, на основе которого возможно если не обучение речи, то развитие ориентации в пространстве.

Существует множество различных причин возникновения потери слуха у детей младенческого возраста, включая родовую травму и наследственные болезни. Проблемы со слухом могут развиваться постепенно в течение детства. Среди частных причин приобретенной потери слуха у детей – отиты.

Дети с нарушенным слухом, но сохранным зрением и интеллектом могут обучаться по инклюзивным программам.

Дети с нарушенным зрением. У слепых детей очевиден недостаток такой внешней стимуляции. Слепоту можно рассматривать как сенсорную депривацию, приводящую к снижению уровня активности, что сказывается на темпе развития ребенка.

Необходимо уделять физическому, двигательному развитию. Обеспечивая полноценное физическое развитие тесно связаны между собой. Обеспечивая полноценное физическое развитие не только в смысле кормления, но и движения, мы создаем прочный фундамент для полноценного развития ребенка на последующих этапах жизни. Психика человека, и в особенности ребенка, может развиваться лишь в совместной деятельности. В еще большей степени это можно отнести к психическому развитию незрячего ребенка.

Именно развитие навыков ориентирования в окружающей среде является основным педагогическим условием воспитания ребенка с нарушенным зрением.

Правила. Жизнь ребенка в быту, в социуме

Нельзя подходить к неслышащему человеку сзади и хватать его за руку, хлопать по плечу. Говорить надо плавно и отчетливо в своем темпе, ни в коем случае нельзя кричать или скандировать слова. Не надо много раз повторять одно и то же предложение, лучше

перестроить его так, чтобы стало понятнее, или же написать на бумаге (если ребенок умеет читать). С маленьким ребенком нельзя сюсюкать или нарочно коверкать слова. Речь должна быть простой, возможно, с использованием понятных ребенку звукоподражаний, где би-би – машина, а кошка – мяу-мяу. Пространство дома должно быть оборудовано с учетом особенностей слухового/зрительного восприятия ребенка. Если в квартире заметно эхо, лучше минимизировать его с помощью ковра или большой мягкой игрушки, кресла и т.д. Вибробудильник помогает глухому человеку проснуться во время.

При несовершенстве вестибулярного аппарата, рекомендуется надеть на острые края мебели специальные насадки. Специально организованные занятия, направленные на развитие навыков кинестетического и зрительного контроля за своими действиями, позволяют развить моторику, улучшить координацию.

У некоторых детей наблюдается синдром Ушера – постепенное снижение слуха и зрения. Необходимо не только своевременно диагностировать данный синдром, но и подготовить ребенка к жизни в условиях слепоглухоты.

Отсутствие зрения существенно обедняет представление ребенка об окружающим мире, снижает познавательную активность.

Не стоит говорить с ребенком через третье лицо, общаться важно напрямую. Не препятствовать двигательной и познавательной активности ребенка, нужно учить его справляться с разными жизненными ситуациями, общаться с разными людьми. Ребенку нужно постепенно знакомить с новым местом, комментируя все передвижения и давая время для изучения пространства. Необходимо поддерживать в квартире порядок, не переставлять мебель.

Остаточное зрение дает большое преимущества, но при условии, что его будут развивать. В ориентировке способствует окраска обоев, различные метки на шкафах, дверях, ночник у кровати ребенка, движущиеся или блестящие предметы. Ребенок должен уметь справляться с различной мебелью, выбирать шкафы с раздвижными дверцами.

Образование

Дети дошкольного возраста посещают коррекционные детские сады компенсирующего вида для детей с нарушением зрения/слуха. Дальнейшее обучение дети продолжают в специализированных школах, школах-интернатах для детей с нарушением зрения/слуха. При условии компенсации многие из них достаточно успешно адаптируются в общеобразовательных школах.



РАБОТА ВОЛОНТЕРА ПО СОПРОВОЖДЕНИЮ ПРИЕМНЫХ СЕМЕЙ «БЕЗОПАСНОЕ ВОСПИТАНИЕ»

Козырева Алла Михайловна
педагог-психолог



Создание безопасных условий для воспитания ребенка в доме и в обществе в зависимости от его возрастных особенностей и опыта жизни.

Семейное воспитание приемного ребенка имеет свою специфику, обусловленную психологическими особенностями детей-сирот. Все приемные дети в тот или иной жизненный период были лишены постоянной любви и заботы значимого для них взрослого.

Дети, от которых отказались с рождения, страдают различными хроническими нарушениями здоровья. Почти 55% детей отстают в физическом развитии и лишь 4,7% детей квалифицируются как здоровые. Дети, которые лишились родителей в более позднем возрасте в результате жестокого обращения или из-за потери кормильца, или вследствие отказа взрослых заботиться о своих детях, страдают различными невротическими расстройствами, их здоровье также отягощено хроническими заболеваниями. Воспитание таких детей без учета их прошлого травмирующего опыта малоэффективно.

Дети-сироты попадают в учреждения разными путями. Они могут быть «отказными» с момента рождения, или могут быть найденными на улице/подброшенными, или изъятыми из своих семей. Общее для них всех это то, что, так или иначе, они лишились своих кровных семей – лишились возможности жить со своими родителями, быть любимыми или получать от них защиту, любовь, и заботу. Маленькие дети меньше всего в жизни готовы лишиться родителей. Если ребенок был младенцем, то он совсем не был готов

оказаться никому не нужным: в роддоме или больнице, где к нему редко и лишь по необходимости подходит разный медицинский персонал, т.к. никому конкретно именно он не нужен. Взрослые в учреждении не откликаются чутко и своевременно на плач малыша или проявление его потребности в контакте, а если и оказывают внимание, то урывками и не постоянно. Для маленького человека практически невыносимо такое существование, без защиты, опоры и любви. Эта потребность не менее важна, чем физиологические потребности в еде, сне, тепле, физическом комфорте, отсутствии болезненных ощущений и пр. На основе именно близких и принимающих отношений с чутким взрослым формируются отношения надежной и безопасной привязанности и выстраивается развитие ребенка во всех сферах. На этой жизненно важной основе формируется его отношение к себе, миру и людям: ребенок узнает на эмоциональном уровне, что нужен и важен кому-то, и на этом начинает строиться его самооценка и ощущение безопасности и стабильности мира; он получает опыт радости от общения с людьми.

Психологические особенности детей-сирот

Внимание к потребностям ребенка как на физическом, так и на эмоциональном уровнях, создает важную основу для развития в ребенке способности самостоятельно понимать и трактовать сигналы своего тела и свои эмоциональные состояния, а также находить адекватные пути удовлетворения своих физических и эмоциональных потребностей. Без чуткой постоянной заботы у ребенка не формируются адекватным образом механизмы регуляции стресса, ему трудно контролировать свое состояние. Также именно благодаря тесному контакту с заботливым взрослым ребенок начинает понимать свое эмоциональное состояние и настроение других людей, получая опыт заботы и сочувствия, и со временем учится сострадать другим. Также крайне важно, что надежная привязанность напрямую связана и с познавательным развитием детей. Когда мир надежный и предсказуемый, когда в любой момент приходит помощь от мамы, тогда у ребенка естественным образом развивается любознательность. Он активно начинает исследовать окружающий мир, так как в любой момент при возникновении сложностей он сможет вернуться за поддержкой и

утешением к маме, которая восстановит утраченное равновесие. Если такой «надежной базы» у ребенка нет, то ему становится не до изучения мира, потому что постоянно приходится выживать, полагаясь только на себя. В детстве ребенку необходима привязанность хотя бы с одним взрослым человеком. Для формирования положительной самооценки и уверенности в себе нужно, чтобы в детстве кто-то просто так любил ребенка (его самого по себе, а не при каких-то условиях или за какое-то поведение), поддерживал в трудные минуты, утешал, защищал, помогал выходить из сложных ситуаций, понимал его потребности в самостоятельности и изучении нового. Для того, чтобы в будущем ребенок смог сам что-то делать, планировать, ставить цели и достигать их, ему в детстве нужен опыт совместных игр со взрослым, опыт решения сначала простых бытовых ситуаций соответственно своим возрастным возможностям и с поддержкой взрослого. Именно взрослый помогает в детстве ребенку довести что-то до конца, получить радость и удовольствие от результата, празднует с ним его маленькие успехи, помогает ребенку сосредоточиться, когда тому уже трудно поддерживать свое внимание и т.д. – таким образом формируется постепенно сила воли и желание доводить начатое в соответствии с поставленной целью. Чуткий взрослый поддерживает ребенка и поощряет растущую в нем самостоятельность, интерес к миру и общению с другими людьми. Еще одним важным следствием наличия в жизни ребенка опыта надежной и безопасной привязанности к кому-либо становится умение понимать свои потребности и свое состояние (как физическое, так и эмоциональное) и осуществлять выбор. Это только на первый взгляд кажется, что выбирать из нескольких вариантов – просто. Чтобы это стало действительно доступно ребенку, он должен хорошо понимать свои потребности и то, что сможет их удовлетворить. Без опыта чуткой заботы это становится трудновыполнимым. С другой стороны, малышу необходим опыт принятия самостоятельных решений уже с самого раннего детства. Только так можно осознать последствия своего решения и научиться смотреть немного вперед, чтобы предвидеть возможный результат того или иного действия в будущем. Начинается все в детстве с мелочей: съесть это или то; пойти на эту игровую площадку или на ту; взять на прогулку одну или другую игрушку и т.д. Важно, чтобы опыт «маленьких» решений сопровождался поддержкой взрослого. Например, когда ребенок будет

разочарован результатом своего решения, необходимо выразить сочувствие, поддержать и обещать дать попробовать другие варианты в следующей похожей ситуации. Ведь с неудачными последствиями тоже важно уметь справляться приемлемым образом. В ходе развития у ребенка вырабатываются нормы поведения в социуме и правила сосуществования с другими людьми: долгое время в маленьком возрасте дети следуют правилам только потому, что родители/воспитатели показывают, что хотят от них определенного поведения, и подкрепляют своим вниманием правильные действия ребенка. Малыш старается соответствовать ожиданиям взрослых не потому, что моральные нормы заданы и существуют у него самого от рождения, а только потому, что ему ценны отношения. Только со временем внешние правила могут стать внутренними правилами жизни для самого ребенка, и происходит это, как правило, не раньше подросткового возраста.

Приемный ребенок имеет право:

- на качественное воспитание в замещающей семье, которое обеспечивает равенство и исключает все формы дискриминации, связанные с инвалидностью, национальностью, полом, религией, социальным происхождением;
- на развитие физического, эмоционального и интеллектуального потенциала;
- на жизнь в семье, желательно в своей собственной; при невозможности этого – в замещающей семье;
- на то, чтобы быть любимым;
- на получение высококвалифицированного медицинского ухода и на право отказаться от лечения (в зависимости от возраста ребенка и понимания необходимости этого шага);
- на личное уважение;
- на достойное и справедливое обращение;
- на обращение в соответствии с возрастом ребенка;
- на недопущение любых форм плохого обращения;
- на активное участие подростка в принятии всех решений касательно его устройства и на право высказывать свою точку зрения и мнение;
- на образование;
- на знание содержания всех отчетов замещающих родителей;

лей, социальных работников, которые могут повлиять на принятие решений об их будущем (если для этого нет ограничений по возрасту);

- на знание подробностей обстоятельств, происшедших или происходящих в их кровной семье, а также право на получение помощи в получении этой информации;
- на получение необходимой помощи в записи событий с их слов, пока они не могут это сделать сами;
- на содействие в высказывании их собственного мнения всем, кто принимает решение об их будущем;
- на личное пространство и возможность уединения;
- на личное имущество;
- на получение необходимых карманных денег и возможность распоряжаться ими;
- на совместное участие в приобретении предметов личного пользования, одежды, еды;
- на возможность жаловаться без боязни последующего возмездия;
- на отказ от дополнительных обязанностей, возникающих, когда в замещающей семье есть другие дети (например, быть нянькой у маленького ребенка);
- на специально выделенное время для обсуждения с социальным работником вопросов и дел, связанных с их устройством;
- на обращение непосредственно к своему социальному работнику;
- на защиту от плохого обращения, жестокости, насилия и эксплуатации
- на безопасное жилище, охрану здоровья и образование, необходимое для будущей жизни;
- на собственную индивидуальность и на защиту того, что делает их индивидуальностью;
- на необходимую подготовку к несению родительских обязанностей, созданию семьи и жизни в обществе;
- на установление отношений с теми, кто играет важную роль в их жизни;
- на прочную и стабильную семью;
- на доверительные и продолжительные отношения.

«Билль о правах» по Дж. Смиты (J. Smith).

Право № 1. Каждый человек имеет право быть собственным судьей. Каждый имеет право оценивать собственное поведение, мысли, чувства и отвечать за их возникновение и следствия.

Право № 2. Каждый человек имеет право не оправдываться и не извиняться за свое поведение.

Право № 3. Каждый человек имеет право решать, хочет ли он брать на себя ответственность за решение проблем других людей.

Право № 4. Каждый человек имеет право менять свое мнение.

Право № 5. Каждый человек имеет право делать ошибки и отвечать за них.

Право № 6. Каждый человек имеет право сказать: «Я этого не знаю».

Право № 7. Каждый человек имеет право быть независимым от снисхождения других, даже тех, от которых он чего-нибудь хочет.

Безопасное воспитание

Важнейшая составляющая воспитания, и прежде всего, безопасного воспитания, – сексуальное воспитание. Сексуальная жизнь взрослого человека может стать как источником радости, так и причиной тяжелейшего разочарования. Зависит это, прежде всего от того, как родители или воспитатели ребенка относились к вопросу секса.

Развитие ребенка включает в себя и развитие его сексуальности. Отношения полов начинают волновать нас гораздо раньше, чем мы достигаем брачного возраста, и эротически окрашенные переживания сопровождают человека всю его жизнь, начиная еще с утробы матери.

Нам бывает трудно говорить о вопросах, связанных с сексом, и не чувствовать при этом замешательства, взволнованности или смущения. Однако говорить на эти темы с детьми – обязанность замещающего родителя. Слишком высока может быть цена, которую ребенок заплатит за наше смущение, если мы так и не расскажем ему того, что должны рассказать. Замещающим родителям необходимо уметь тактично беседовать с детьми и подростками об ответственном сексуальном поведении и безопасном сексе.

Важная задача – создание таких отношений с ребенком и такой

обстановки в доме, при которой дети и подростки почувствуют, что они могут обсуждать эти вопросы и в случае затруднений пойдут за советом к родителю/воспитателю, а не к приятелям. Родитель/воспитатель должен научиться сам и обучить ребенка говорить о вопросах секса, как о естественной части жизни человека, употребляя при этом приемлемые выражения

Для полового воспитания ребенка решающее значение имеет отношение самого родителя/воспитателя к проблеме сексуальности, его представление о том, что является «нормальным» в вопросах секса.

По мере своего развития ребенок обретает собственную половую идентификацию, начинает осознавать себя мальчиком или девочкой. От того, насколько позитивно он будет воспринимать свой пол, во многом зависит его будущее личное счастье, способность любить, нравиться, получать и доставлять удовольствие. Даже очень маленькие дети испытывают на себе влияние установок взрослых относительно своего пола. Малышей обычно одевают в определенные цвета в зависимости от того, мальчик это или девочка, а те или иные типы поведения поощряются либо критикуются в зависимости от того, что, по мнению взрослых, «подобаает» девочке, и что – мальчику. Не меньшее значение имеют взаимоотношения взрослых, за которыми наблюдает ребенок. Мальчик, выросший с властной мамой и папой-подкаблучником может решить, что в этом мире гораздо лучше быть женщиной – больше власти и уважения.

Часто половая идентификация подростка может быть еще слабо развита, когда она или он впервые появляются в замещающей семье, поэтому задачей замещающих родителей является ее развитие.

Именно взрослые отвечают за то, как будет формироваться детские представления о сексуальных отношениях взрослых.

Существует много двойных стандартов относительно пола и сексуального поведения. Например, сексуально активный молодой человек может восприниматься, как «настоящий мужчина», а девушка, ведущая себя подобным образом, рискует получить ярлык «женщины пониженной социальной ответственности». Двойные стандарты мешают подрастающим мужчинам и женщинам развивать положительное отношение к себе или представителям противоположного пола.

Учитывая, что в современном мире сексуальные отношения между подростками довольно распространены, крайне важно просвещать их в вопросах безопасного секса и принятия личной ответственности за эти отношения и их последствия.

Есть три основные опасности, подстерегающие подростка в мире сексуальных отношений:

- заболевания, передающиеся половым путем;
- незапланированная беременность;
- психологическая травма.

Остановимся подробнее на психологической травме, которую может получить подросток в результате сексуального общения. Сегодня нередко случается, когда подростки, особенно девочки, идут на половой контакт, на самом деле не испытывая никакого сексуального желания, а по социальным причинам: «все уже, а я...», «иначе он меня бросит», «подруга будет смеяться» и т. д. Взрослый должен объяснить девочке, что секс хорош только тогда, когда им занимаются добровольно и с удовольствием. Начало же половой жизни «через силу» может привести к половой холодности, аноргазмии и обделит женщину в отношении сексуального удовольствия на всю жизнь. Реальной опасностью является и насильственный половой акт, причем насильниками чаще всего являются не «маньяки из подворотни», а собственные друзья, одноклассники, которые принимают нерешительное сопротивление девушки за кокетство. Замещающий родитель должен способствовать развитию в подростке самоуважения, готовности постоять за себя, несогласие быть «использованным». Если несчастие все-таки произошло, ребенок должен иметь возможность обратиться к замещающему родителю за утешением и помощью и услышать в ответ не упреки, а слова поддержки.

Обсуждение с детьми и подростками секса и сексуальности должно быть направлено на осознание его «неутилитарности» и «немеханистичности». Настоящий секс – это отношения двух любящих, это важная часть сложных человеческих взаимоотношений, связанных с чувствами.

Различия в системах ценностей между поколением замещающего родителя и поколением ребенка, различие личного опыта могут сделать оценки предвзятыми. Необходимо научиться реагировать на поведение ребенка независимо от собственных убеждений, ставя своей целью не «исправить» ребенка, а помочь ему подго-

товиться к жизни, научиться справляться с трудными ситуациями. Любое нравственное развитие человека происходит не благодаря чтению нотаций о том, что «хорошо», а что «плохо», а вследствие общения со взрослым, который уважает личность ребенка. Такое воспитание предполагает развитие у ребенка системы ценностей.



МЕЖДУНАРОДНОЕ ВОЛОНТЕРСТВО

Магдалена А. Гае Сепулведа
представитель Университета Наварры в России
директор проектов Всероссийского фонда «Волга»



Пускать корни и предоставлять территорию

Социальная ответственность формирует часть корпоративного взгляда на общество. Самое начало его жизни, университет Наварры добровольно принимал дополнительные меры для повышения качества жизни студентов, специалистов, работников и их семей, а также местного сообщества и общества в целом.

Акты волонтерской помощи в университете осуществляются уже более 20-ти лет, но в годы кризиса, с большим процентом безработицы, меньшим количеством ресурсов, ассоциации социальной помощи обеднели.

Мы думали о том, «можем ли мы сделать что-то большее?» И создали «Тантака» (капля за каплей) – банк совместного времени: мы (университет) – общество профессионалов, мы предлагаем «квалифицированное время» студента, сотрудника или преподавателя обществу Наварры (провинция и автономная область на севере Испании).

«Тантака» помогает тем, кто помогает другим. Для этого университет координирует работу их волонтеров с более чем 50 организациями, работающими в Наварре. «Тантака» посетил различные организации, чтобы познать действительные нужды и возвратился в университет, чтобы просить помощи. На призыв отозвались более 2500 волонтеров.

Основа

До того, как рассказать более подробно о волонтерстве, которое делает университет Наварры через «Тантак», хотела сначала упомянуть о нескольких основах, связанных с добровольчеством.

Все чаще мы видим в обществе, что «способность приносить благо, не требуя материального вознаграждения взамен, которая была задвинута в современную эпоху на задворки общества, становится все более и более необходимым элементом в создании и распространении социального благополучия, которое воплощается посредством различных инициатив».

Инициативы, которые я имею в виду – это, в основном те, которые интегрируют так называемый «третий сектор» общество (два других сектора – это государство и рынок). Один социолог справедливо предпочел назвать его «частно-социальным» или «частно-политическим», используя таким образом термины, которые указывают на то, что сектор интегрирован и состоит из «частных» групп – давно существующих (таких, как семья или школа) и недавно созданных (волонтерство, свободные ассоциации, негосударственные организации), которые осуществляют деятельность, которая приносит большую пользу в создании общественных благ, солидарности: и которые при должной поддержке могут достигать лучших результатов каждый день.

В мире так много удивительных вещей, но нет ничего более удивительного, чем человек. И когда мы способны понимать, что человек, находящийся перед нами – это дар, тогда чувствуем необходимость распахнуть двери своего сердца другому человеку, будь то наши родные или незнакомые нам бедолаги. Все мы встречаем таких людей на нашем жизненном пути. Любое живое существо, с которым мы сталкиваемся, является даром и заслуживает радушного принятия с нашей стороны, заслуживает нашего уважения, нашей любви.

Весь смысл волонтерства в университете Наварры полагается на ценности, которые признают достоинства личности и уважения к их свободе, отношения человека к человеку. При помощи волонтерской деятельности мы даем бескорыстный ответ и ведем уважительный диалог о человеке и его достоинстве.

«Достоинство» является центральным понятием прав человека и одним из основных понятий нравственности. Мораль требует

уважения к достоинству человека независимо от его происхождения, статуса и убеждений. Право требует равенства перед законом, равенства притязаний людей на достоинство и его защиту.

Фома Аквинский разработал контуры теории, в которой сформулировано в эгалитарном смысле понятие «достоинство человека» которое призвано формировать универсальные обязанности человека по отношению к другим. Из этого понятия выводилось нормативное требование относиться к обладателю достоинства по эквивалентному критерию: «относиться хорошо к другим ради себя».

Достоинство, в понимании И. Канта, соответствует и присуще личности, долгом которой является уважение достоинства, т.е. личности в каждом другом человеке. «Каждый имеет законное право требовать уважения со стороны окружающих, и потому сам обязан уважать их достоинство. Гуманность сама по себе является достоинством; поэтому человек не может рассматриваться (ни кем-либо, ни самим собой) лишь как средство, но всегда должен рассматриваться как цель, и в этом его достоинство (личность)... он обязан признавать достоинство человечности каждого; поэтому на него возлагается обязанность по отношению к каждому другому человеку, – обязанность уважать достоинство личности. Презрение по отношению к окружающим несовместимо с чувством долга, противоречит указанной обязанности; лишь в этом случае можно говорить о человеческой личности». (Kant I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Stuttgart, 2008. S. 72-80.)

Фома Аквинский и Иммануил Кант писали о «достоинстве человека», а Аристотель в его «Никомаховой этике» утверждает взаимосвязь достоинства и подобающего воспитания в духе морального, добродетельного способа бытия с приобретением значимых достойных качеств. Неся в себе источник достоинства, стремясь к нему, человек своими умственными и морально-волевыми усилиями, ответственными поступками утверждает свое достоинство в реальном мире. Действуя достойно, мы «становимся достойными». Условиями полноценного воплощения достоинства является не ограниченность, а вся полнота бытия.

Благодаря таким качествам как добродетель и рассудительность, для человека становится возможным актуализировать свое достоинство, реализовать свое предназначение, т.к. «добродетель является основой для определения благородной цели, а рассуди-

тельность – правильным способом ее достижения». Достойный человек, считает Аристотель – это счастливый человек, поскольку его поступки и мысли согласовываются с принципом добродетели. Добродетельные поступки «дают наслаждение сами по себе», поэтому, не может быть достойным человек, «которого не радуют прекрасные поступки».

Социальная функция университета

На этот призыв отвечаем словами Св. Хосе Марии Эскрива (канцлер Наваррского университета): «Университет должен вносить в прогресс человечества вклад первостепенной важности. В жизни народов много сложных проблем – духовных, культурных, общественных и т.п., и университет тесно с ними связан. Мало стремиться к труду на общее благо. Чтобы стремление это не было бесплодным, нужно сформировать людей, способных хорошо к нему подготовиться и передать другим плоды своих успехов».

«Университет должен воспитывать в студентах дух служения, чтобы они служили обществу, способствуя общему благу и своей непосредственной работой, и своей общественной деятельностью. Человек, окончивший университет, должен знать, что такое ответственность, здраво беспокоиться о чужих делах, обладать тем величием души, которое не позволит эти дела обойти и находить для них самое лучшее решение. Все это университет и обязан дать ему. (...) Одним словом, университет должен быть открыт для всех и, с другой стороны, должен так воспитывать студентов, чтобы их будущая работа приносила всем пользу.

Нередко вся эта солидарность сводится к устным и письменным декларациям, а то и к бесплодным, если не опасным авантюрам. Что касается меня, я верю в солидарность и отвечаю действенным служением. Я знаю тысячи студентов – и наших, испанских, и в других странах, – которые не создают удобный частный мирок, а служат людям своим прямым делом, исполняя его как можно лучше – преподают, ведут научную или общественную работу и т.п., не старея душой и не теряя радости.»

Программа «Тантак» (капля за каплей)

Проанализировав наш скромный опыт, мне бы хотелось поделиться с вами волонтерской деятельностью, которая, по моему мнению, показатель менталитета, который создает мировой университет.

Но перед этим позвольте мне сказать пару слов об Университете Наварры. Университет Наварры был основан в 1952 году. На данный момент Университет Наварры входит в 1% самых лучших университетов мира. Университет состоит из 4х главных кампусов в Испании и еще 4х за рубежом. Обучение осуществляется на 13 факультетах по 82 программам уровня «бакалавр» и 34 магистерским программам. Этот университет относится к такому типу учебных заведений, которые принято называть «многопрофильными». В университете около 12 000 студентов.

Отличительными чертами университета является наличие собственной больницы (Клиники Университета Наварры), престижной бизнес-школы (IESE) и Музея современного искусства. Из 5000 специалистов, работающих в университете, около 1000 являются исследователями.

Университет Наварры принимает реальную приверженность студентов, с их семьями, с людьми, работающими в своих центрах или связанные с ними, и с окружающей их средой. Имеется в виду, что он является социально ответственным учебным учреждением и что, он верен ценностям, которые вдохновляют его, у университета есть реальное желание достижения совершенства во всех аспектах его деятельности. Таким образом, он стремится сделать кампусы с дружественной обстановкой, с предпринимательской инициативой и занятостью, а также интегрирует людей с ограниченными возможностями.

Что такое «Тантак»? И теперь вернемся к «Тантак». Это структура Университета Наварры, занимающаяся волонтерской деятельностью в университете региона Наварры. Цель ее создания заключается в помощи организациям, которые выполняют социально важные функции в регионе. Особенно важное значение имеет квалифицированная волонтерская работа в области медицины, педагогики, коммуникации, права в подобных организациях.

Многим людям вокруг нас требуется помощь. Каждый помогает, как может. Всего одно действие, одна маленькая деталь, одна минута могут изменить жизнь человека к лучшему. Солидарность значит многое. Каждый отдает то, что может: деньги, вещи, время. У нас всех есть для этого время. Время, чтобы изменить жизнь вокруг нас в лучшую сторону.

«Тантака» помогает тем, кто помогает другим. Для этого мы координируем работу наших волонтеров с более чем 50 организациями, работающими в Наварре. «Тантака» предлагает особый вид обмена: время на потребность, причем происходит не обмен услугами – мы отдаем наше время, чтобы помочь организациям, которые сотрудничают с нами.

Мы предлагаем нашим студентам поучаствовать в организации самых разных мероприятий, которые проводятся на протяжении всего года. Это дает им возможность не только интересно проводить время, но и поучаствовать в оказании помощи тем, кто в ней действительно нуждается.

Волонтерство на личном примере. Свидетельства

«Волонтерство делает нас человечнее, оно меняет общество в лучшую сторону. К тому же, это прекрасное времяпрепровождение». Фарес Ибрагим Сами Амр, студент Университета Наварры

«Для меня быть волонтером – значит, заниматься решением мировых проблем. Это помогает мне оставаться собой, это возможность найти свое призвание в том, чтобы помогать людям, которые нуждаются в помощи». Мария Руис, студентка Университета Наварры

«Когда я впервые пришла на собрание волонтеров мне сказали, что можно для всего найти время, ведь получаешь вдвое больше, чем отдаешь. Мне захотелось убедиться в этом на собственном опыте... А ведь это действительно так!» Альмудена дель Кампо, студентка Университета Наварры.

Различные проекты

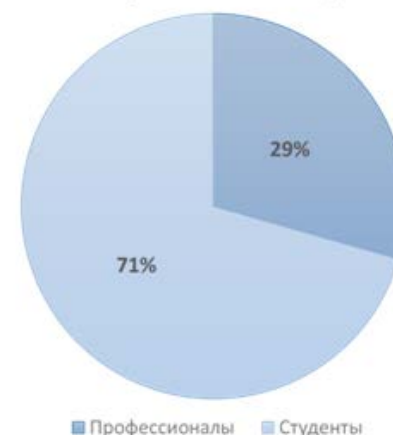
Одна потребность влечет за собой другие. Поэтому работая в одной организации в каком-либо проекте, возможно, найти другие сферы, где нужна помощь: помощь в учебе, сопровождении,

общении. В «Тантаке» верят в пословицу: «Дай человеку рыбу, и ты накормишь его на один день, научи его ловить рыбу, и ты накормишь его на всю оставшуюся жизнь.»

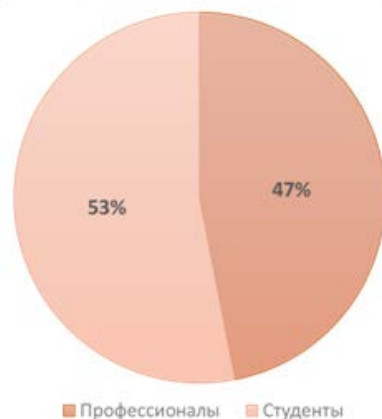
В курсе 2015/2016 году волонтеры «Тантака» занимались в разных сферах. В общем были 87 проектов:

Волонтерство	Итог				
Сфера волонтерства	Студенты	Сотрудники и Преподаватели	Волонтеры	Часов/Месяц	Проекты
Уход за детьми	222	12	234	1.450	17
Уход за подростками	38	–	38	182	7
Уход за престарелыми	49	5	54	302	5
Уроки для взрослых	13	13	26	260	5
Уход за людьми с ограниченными возможностями	88	3	91	548	11
Социальная интеграция	53	28	81	408	7
Администрация и юридическая консультация	16	–	16	67	5
Коммуникация	13	4	17	38	4
Специальные кампании	199	49	248	925,5	22
Обучение волонтеров	5	19	24	233	4
Координаторы	11	9	20	248	–
Stages Project	46	3	49	384	–
Социальная интеграция "Тантака"	–	169	169	2.492	–
ИТОГ	753	314	1.067	7.537,50	87

Волонтеры Тантака 2015/2016



Часы/Месяц Волонтеров Тантак 2015/2016



Социальная включенность. Этот проект появился в Университете в 2013, чтобы помочь адаптации людей с ограниченными возможностями. Для этого Университет сотрудничал с 22 организациями. На данный момент этот проект позволяет развивать таким людям профессиональные навыки в различных службах и отделениях университета.

Летние программы (Программа помощи развивающимся странам). Как говорят: «самый лучший отдых – это перемена деятельности». Можно не только выучить иностранный язык и применить на практике теоретические знания, полученные в университете, но также можно воспользоваться возможностью познакомиться с другой культурой, отправившись путешествовать за границу.

Летом у «Тантак» есть время все поменять: Солидарность не знает границ. Летом 2016 года группа волонтеров Университета Наварры реконструировала в Кении школу «Our Lady School», участвовали 20 студентов факультета Архитектуры.

Обучение волонтеров

Обучение волонтеров **включает в себя получение теоретических навыков и участие в мероприятиях социальной направленности.** Во время обучения мы не только формируем личные знания, но также работаем над повышением важности вопросов социальной сплоченности, гражданского долга и личной ответственности в обществе.

«Учимся помогать и помогаем, чтобы учиться». «Тантак» стремится продвигать идею осознания того, что во всех отраслях знания можно изыскать возможность помощи; а для продвижения этой инициативы необходимо обладать глубокими и крайне важными знаниями. Поэтому образовательные программы для волонтеров охватывают самые разные направления волонтерской деятельности.

Подобные курсы являются своего рода инструментом, с помощью которого волонтеры приобретают необходимые знания для участия в программах по продвижению солидарности в студенческие годы.

Программа включает в себя темы по благотворительным и социальным вопросам, таким как помощь пожилым людям, или людям, больным тяжелыми заболеваниями, иммигрантам, оказание помощи бездомным, социальная интеграция...

За период с 2015 по 2016 год, в наших образовательных программах приняли участие 533 человека.

Цикл лекций «Как приспособиться понимать недееспособность». В 2015–2016 год, 358 человек приняли участие во II Цикле лекций «Как приспособиться понимать недееспособность», организованном клубом «Тантак», при Фонде солидарности в университете Наварры.

В большинстве случаев, единственный барьер, который нам мешает при общении с людьми с ограниченными возможностями – наша неосведомленность. Эта междисциплинарная образовательная программа обобщает фундаментальные знания, которыми должен владеть любой человек: говорим о правильном отношении к душевнобольным людям, волонтеры знакомятся с реальными историями, мы говорим о бесценном вкладе, который вносят люди с ограниченными возможностями в наше современное общество. А также волонтеры узнают о том, как осуществлять социальную интеграцию, применяя знания, полученные в университете.

Курс предназначен для студентов, преподавателей и представителей учебных заведений, а также для организаций Памлоны, которые оказывают помощь людям с ограниченными возможностями.

Программа социального волонтерства. Программа социального волонтерства предполагает обучение волонтеров, которые задействованы в проектах солидарности «Тантак». Вместе с этим, программа включает в себя темы по благотворительным и социальным вопросам, таким как помощь пожилым людям, или людям, больным тяжелыми заболеваниями, иммигрантам, оказание помощи бездомным, социальная интеграция. За 2015–2016 год 20 человек приняли участие в данной программе.

Благодаря этим курсам обучающиеся приобретают фундаментальные знания для дальнейшего развития волонтерского опыта в различных общественных организациях.

Программа помощи развивающимся странам. Мы живем в мире глобализации. И все мы знаем о тех невероятных лишениях, которые терпят развивающиеся страны. Это программа дает общее представление о помощи развивающимся странам. За 2015–2016 годы 28 человек приняли участие в этой программе.

Эта программа открыта для всех желающих, в особенности она будет полезна тем, кто хотел бы принять участие в волонтерских программах помощи развивающимся странам, и людям в самых дальних уголках планеты, как на государственном, так и на европейском уровне.

Программа «Гуманитарная помощь беженцам». Преподаватели факультета философии и литературы провели обучение добровольцев-беженцев, желающих изучать испанский язык и, которые могли приехать в нашу страну в данный период. За 2015–2016 год 100 человек приняли участие в программе.

Признание университета для добровольной работы в «ТАНТАКА»

«Тантак» поощряет добровольческую деятельность студентов, преподавателей и сотрудников университета Наварры. Университет понимает, что практика добровольчества должна быть свободным и альтруистическим решением, желая дать самое лучшее, что она имеет другим. Тем не менее, студенты могут получить академическое признание в виде баллов (ECTS) за участия в волонтерской деятельности. Таким образом, все волонтеры, которые ведут

добровольческую деятельность и дополняют ее обучением, а также делая отчеты с размышлением о проделанной работе и полученном опыте получают баллы.

На протяжении всей студенческой жизни, волонтеры могут получить до 4 ECTS за волонтерскую деятельность. Эти баллы добровольцы должны получить в разных областях волонтерской деятельности, за исключением случаев добровольного сотрудничества, в котором они могут распознавать до 3 ECTS, если требования будут выполнены.

Требования к получению баллов для добровольчества

1. Участвовать в тренинге, организованным «Тантак». Этот курс составляет 5–7 часов.
2. Участвовать в волонтерской работе с одной из ассоциаций, с которыми «Тантак» сотрудничает. Минимум 25 часов, за исключением случаев добровольного сотрудничества, которое придется выполнять как минимум 20 дней, если студент хочет получить 3 ECTS.
3. Писать отчет, размышляя о собственном опыте.

Шаги для получения сертификата

Чтобы получить сертификат, студенты должны представить следующие документы:

1. Сертификат программы обучения.
2. Сертификат полученный в ассоциации, с которой студент сотрудничал с указанием часов выполненных волонтерства.
3. Отчет о волонтерской деятельности.



Universidad de Navarra

ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сытник Наталья Владиславовна
врач-педиатр, кандидат медицинских наук



Причинами появления неотложных состояний у детей, в первую очередь, являются невнимательность или даже безответственность взрослых.

Зная о неумемном желании детей познавать мир, они все же оставляют в доступных для его ловких ручонков местах опасные предметы.

Случаи перегрева, обморожения, ссадин и отравлений детей, оставленных без надлежащего присмотра – это, чаще всего, «заслуга» непутевых взрослых. Поэтому, когда вы сопровождаете детей, гуляете с ними, нужно быть предельно внимательными!!!

Конечно, не все неотложные состояния, о которых я буду рассказывать, непосредственно угрожают жизни, но если не принимать надлежащих мер, то многие из них могут иметь тяжелые последствия для здоровья человека (особенно детей).

Мы сегодня рассмотрим виды травм и ознакомимся основными правилами оказания первой, доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях. Хочу заметить, что правила для детей мало отличаются от взрослых.

Начнем с вами, с понятий, и значений.

Первая медицинская помощь – это вид медицинской помощи, включающий комплекс простейших медицинских мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пораженного. Первая медицинская помощь выполняется на месте поражения самим пострадавшим (самопомощь) или другими гражданами (взаимопомощь), которые оказались рядом.

При ушибах могут повреждаться поверхностно расположенные ткани и внутренние органы.

Вывихи – это смещение суставных концов костей, частично или

полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.

Растяжения – повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под влиянием силы, не нарушающей их целостность.

Раны – механическое повреждение покрова тела, нередко сопровождающееся нарушением целостности мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов.

Кровотечение – излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов.

Химический ожог – результат воздействия на ткани (кожные покровы, слизистые оболочки) веществ, обладающих выраженным прижигающим свойством (крепкие кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, фосфор).

Термический ожог – вид травмы, возникающий при воздействии на ткани организма высокой температуры. Ожог может быть получен от воздействия светового излучения, пламени, кипятка, пара, горячего воздуха, электротока (характер агента, вызывающего ожог).

Основные правила оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях

Первая медицинская помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавших при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она должна оказываться на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Первая помощь является началом лечения повреждений, так как она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения обломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой медицинской помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его жизнь. При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повреждениях внутренних органов и т.д.) первая медицинская помощь является начальным этапом лечения,

так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение.

Первая медицинская помощь очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специализированной) медицинской помощи. Не следует пытаться лечить пострадавшего самостоятельно, а, оказав ему первую помощь, следует немедленно обратиться к врачу.

Правила оказания первой медицинской помощи при растяжении, вывихах, ушибах и переломах

Растяжение – повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под влиянием силы, не нарушающей их целостности. Чаще всего происходит растяжение связочного аппарата суставов при неправильных, внезапных и резких движениях. В более тяжелых случаях может произойти надрыв или полный разрыв связок и суставной сумки. Признаки: появление внезапных сильных болей, припухлости, нарушение движений в суставах, кровоизлияние в мягкие ткани. При ощупывании места растяжения проявляется болезненность.

Первая медицинская помощь – обеспечение покоя пострадавшему, тугое бинтование поврежденного сустава, обеспечивающее его подвижность и уменьшение кровоизлияния. Затем необходимо обратиться к врачу-травматологу.

Вывих – это смещение суставных концов костей, частично или полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.

Признаки: появление интенсивной боли в области пораженного сустава; нарушение функций конечности, проявляющееся в невозможности производить активные движения; вынужденное положение конечности и деформация формы сустава. Травматические вывихи суставов требуют немедленного оказания первой помощи. Своевременно вправленный вывих при правильном последующем лечении приводит к полному восстановлению нарушенной функции конечности.

Первая медицинская помощь – фиксация поврежденной конечности, введение обезболивающего препарата и направление пострадавшего в лечебное учреждение. Фиксация конечности осуществляется повязкой или подвешиванием ее на косынке.

При вывихах суставов нижней конечности пострадавший доставляется в лечебное учреждение в лежащем положении (на носилках) с подкладыванием под конечность подушек или мягких предметов (свернутого одеяла, куртки, свитера и т.д.) и обязательной ее фиксацией.

При оказании первой помощи в неясных случаях, когда нет возможности отличить вывих от перелома, с пострадавшим поступают так, будто у него явный перелом костей.

При ушибах могут повреждаться поверхностно расположенные ткани и внутренние органы. Признаки: боль, припухлость, кровоподтек.

Первая медицинская помощь – наложение давящей повязки, холода, создание покоя. Сильные ушибы груди или живота могут сопровождаться повреждением внутренних органов: легких, печени, селезенки, почек, болями и нередко внутренним кровотечением. На место ушиба кладут холод и срочно доставляют пострадавшего в медицинское учреждение.

При травмах головы возможно повреждение головного мозга: ушиб или сотрясение. Признаки: головные боли, поташнивание, иногда рвота, сознание сохранено. Сотрясение головного мозга сопровождается потерей сознания, тошнотой и рвотой, сильными головными болями, головокружением.

Первая медицинская помощь – создание полного покоя пораженному и наложение холода на голову.

Перелом – это нарушение целостности кости. Различают два вида переломов: открытые и закрытые. Открытые переломы характеризуются наличием в области перелома раны, а закрытые – отсутствием нарушения целостности покровов (кожи, слизистой оболочки).

Перелом может сопровождаться осложнениями: повреждением острыми концами обломков кости крупных кровеносных сосудов, что приводит к наружному кровотечению (при наличии открытой раны); внутритканевому кровоизлиянию (при закрытом переломе); повреждением нервных стволов, вызывающим шок или паралич; инфицированием раны и развитием гнойной инфекции; повреждением внутренних органов (мозга, легких, печени, почек, селезенки и т.д.).

Признаки: сильные боли, нарушение двигательной функции конечности, своеобразный костный хруст. При открытых переломах в ране могут быть видны обломки костей. Переломы костей конечностей сопровождаются их укорочением и искривлением в месте перелома. Повреждение ребер может затруднять дыхание, при ощупывании в месте перелома слышен хруст (крепитация) обломков ребра. Переломы костей таза и позвоночника часто сопровождаются расстройствами мочеиспускания и нарушением движений в нижних конечностях. При переломах костей черепа нередко бывает кровотечение из ушей. В тяжелых случаях переломы сопровождаются шоком. Особенно часто развивается шок при открытых переломах с артериальным кровотечением.

При переломах черепа наблюдаются тошнота, рвота, нарушение сознания, замедление пульса, что является признаками сотрясения (ушиба) головного мозга, кровотечение из носа и ушей.

Переломы таза сопровождаются значительной кровопотерей и в 30% случаев – развитием травматического шока. Такое состояние возникает в связи с тем, что в тазовой области повреждаются крупные кровеносные сосуды и нервные стволы. Возникают нарушения мочеиспускания и дефекации, появляется кровь в моче и кале.

Переломы позвоночника – одна из самых серьезных травм, нередко заканчивающаяся смертельным исходом. Анатомически позвоночный столб состоит из прилегающих друг к другу позвонков, которые соединены между собой межпозвонковыми дисками, суставными отростками и связками. В специальном канале расположен спинной мозг, который может также пострадать при травме. Весьма опасны травмы шейного отдела позвоночника, приводящие к серьезным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Первая помощь – обеспечение неподвижности (транспортной иммобилизации) поврежденной конечности шинами или имеющимися под рукой палками, дощечками и другими предметами.

Если под рукой нет предметов для иммобилизации, то следует прибинтовать поврежденную руку к туловищу, а поврежденную ногу – к здоровой ноге.

При переломе позвоночника пострадавший транспортируется на шите. При открытом переломе, сопровождающемся обильным кровотечением, накладывается давящая асептическая (стерильная)

повязка и по необходимости кровоостанавливающий жгут. При этом следует учитывать, что наложение жгута ограничивается минимально возможным сроком. Пострадавшему дают обезболивающие препараты.

Правила оказания первой медицинской помощи при ранах и кровотечениях

Рана – механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающееся нарушением целостности мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов. В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, разможенные, огнестрельные, рваные и укушенные.

Раны могут быть поверхностными или глубокими, которые, в свою очередь, могут быть непроникающими и проникающими в полость черепа, грудной клетки, брюшную полость. Проникающие ранения особенно опасны.

Резаные раны обычно зияют, имеют ровные края и обильно кровоточат. При такой ране окружающие ткани повреждаются незначительно.

Колотые раны являются следствием проникновения в тело колющих предметов. Колотые раны нередко являются проникающими. Форма входного отверстия и раневого канала зависит от вида ранящего оружия и глубины его проникновения. Колотые раны характеризуются глубоким каналом и нередко значительными повреждениями внутренних органов. Нередки при этом внутренние кровотечения в полости тела и развитие инфекций.

Рубленые раны характеризуются глубоким повреждением тканей, широким зиянием, ушибом и сотрясением окружающих тканей; ушибленные и рваные раны – большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей.

Огнестрельные раны возникают в результате пулевого или осколочного ранения и могут быть сквозными, когда имеются входное и выходное раневые отверстия, слепыми, когда пуля или осколок застревает в тканях, и касательными, при которых пуля или осколок, пролетая по касательной, повреждает кожу и мягкие ткани, не застревая в них.

Первая помощь – прежде всего обнажить рану; при этом верх-

ную одежду в зависимости от характера раны, погодных и местных условий снимают или разрезают. Сначала снимают одежду со здоровой стороны, а затем с пораженной. В холодное время года во избежание охлаждения, а также в экстренных случаях при оказании первой помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, разрезают одежду в области раны. Нельзя отрывать от раны прилипшую одежду; ее надо осторожно обрезать ножницами. На любую рану накладывают повязку, по возможности асептическую. Средством наложения асептической повязки в большинстве случаев служит пакет перевязочный медицинский, а при его отсутствии – стерильный бинт, вата, в крайнем случае – чистая ткань. Если ранение сопровождается значительным кровотечением, его останавливают любым подходящим способом.

При обширных ранениях мягких тканей, при переломах костей и ранениях крупных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация конечности специальными или подручными средствами. Пострадавшему вводят обезболивающий препарат, дают антибиотики, быстро доставляют в лечебное учреждение.

Кровотечение – излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов. Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают артериальное, венозное и капиллярное кровотечение. Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерий и является наиболее опасным.

Признаки: из раны сильной, пульсирующей струей бьет кровь алого цвета.

Первая помощь – приподнять кровоточащую область, наложить давящую повязку, максимально согнуть конечности в суставе и сдавить при этом проходящие в данной области сосуды пальцами или жгутом.

Прижимать сосуд следует выше раны, в определенных анатомических точках, там, где менее выражена мышечная масса, сосуд проходит поверхностно и может быть прижат к подлежащей кости. Сдавливать лучше несколькими пальцами одной или обеих рук. Надежный способ временной остановки артериального кровотечения на верхних и нижних конечностях – наложение кровоостанавливающего жгута или закрутки, т.е. круговое перетягивание

конечности. При отсутствии жгута используют любой подручный материал (резиновая трубка, брючный ремень, платок, веревка и др.).

Порядок наложения кровоостанавливающего жгута

1. Жгут накладывают при повреждении крупных артерий конечностей выше раны, чтобы он полностью пережимал артерию.

2. Жгут накладывают при приподнятой конечности, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и др.), делают несколько витков до полной остановки кровотечения. Витки должны ложиться вплотную один к другому, чтобы между ними не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют (завязывают или скрепляют с помощью цепочки и крючка). Правильно наложенный жгут должен привести к остановке кровотечения и исчезновению периферического пульса.

3. К жгуту обязательно прикрепляют записку с указанием времени наложения жгута.

4. Жгут накладывают не более чем на 1,4–2 час., в холодное время года – на 1 час.

5. При необходимости более продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5–10 мин (до восстановления кровоснабжения конечности), прижимая на это время пальцами поврежденный сосуд. Это можно повторять несколько раз, при этом каждый раз сокращая продолжительность времени между манипуляциями в 1,5–2 раза по сравнению с предыдущей. Пострадавший немедленно направляется в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Венозное кровотечение возникает при повреждении стенок вен.

Признаки: из раны медленной непрерывной струей вытекает темная кровь. Первая помощь – приподнять конечность, максимально согнуть ее в суставе или наложить давящую повязку. При сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда. Поврежденный сосуд прижимают к кости ниже раны. Этот способ удобен тем, что может быть выполнен немедленно и не требует никаких приспособлений.

Капиллярное кровотечение является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров). Признаки: раневая поверхность кровоточит. Первая помощь – наложение давя-

шей повязки. На кровоточащий участок накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок или белую ткань.

Правила оказания первой медицинской помощи при травмах лицевой части головы

Травмы ротовой полости. При несчастных случаях часто травмируется ротовая полость с повреждением зубов. Первая помощь: если человек без сознания и изо рта течет кровь, предварительно намотав на палец бинт, чистый платок или кусок чистой ткани, приподнимите голову, положив под нее небольшой валик. Если возможно, следите, чтобы кровь не стекала по задней стенке глотки.

Если пострадавший в сознании и у него нет других серьезных повреждений (сотрясения или ушиба головного мозга, повреждения внутренних органов, внутреннего кровотечения и др.), усадите его, наклонив голову, чтобы он мог сплевывать кровь.

Если выбиты зубы и десна сильно кровоточит, сделайте из стерильного бинта тампон, наложите его на место выбитого зуба и попросите пострадавшего несильно (во избежание повреждения образовавшегося тромба и возобновления кровотечения) прикусить тампон. Обычно через 5–10 мин кровотечение останавливается. В течение последующих двух часов необходимо избегать приема пищи. При необходимости смачивайте ротовую полость небольшим количеством жидкости (теплой воды, остывшего чая и т.д.). В течение суток употребляемые пища и вода не должны быть горячими.

Если после проведения перечисленных мероприятий кровотечение не останавливается (показатели свертываемости крови индивидуальны у каждого человека), необходимо обратиться к врачу во избежание значительной потери крови.

Травмы глаз. Чаше всего травмы глаз вызваны попаданием инородных тел (ресница, мошка, осколки предметов и др.). В этом случае травмируемый глаз нельзя тереть, а следует держать его закрытым, так как при физическом воздействии инородная частичка может попасть под веко и вызвать боль. Инородное тело может выйти само со слезами. Если соринка отчетливо видна, то попытайтесь удалить ее кончиком бинта, чистого платка; если есть воз-

можность, подставьте глаз под струю воды.

В случае химического ожога глаза промойте его большим количеством проточной воды. При попадании в глаз извести его следует промыть растительным маслом.

При травме глаз ветками в лесу обратитесь к врачу, а до этого прикройте глаз чистым платком. Помните, что никогда не следует тереть глаза грязными руками. Нельзя промывать водой колотые и резаные раны глаз и век.

Оказание первой помощи при попадании инородных тел в нос, ухо и дыхательные пути

Попадание инородного тела в нос. При попадании инородного тела в нос не пытайтесь извлечь его пальцами, особенно у маленьких детей, – иначе протолкнете его глубь. Ребенка постарше попросите высморкаться, предварительно зажав носовой ход, свободный от инородного тела. При неудачной попытке быстрее обратитесь к врачу; чем раньше удаляется инородное тело, тем меньше осложнений при его удалении.

Носовое кровотечение. Причины – удар, ковыряние в носу, колебания атмосферного давления и влажности воздуха, физическое перенапряжение, переедание, духота и перегрев.

Первая помощь: сесть, слегка наклонив голову вперед, дать стечь крови (недолго). Не запрокидывать голову, иначе кровь попадет в желудок, что может вызвать рвоту. Сжать на 5 мин. нос чуть выше ноздрей. При этом дышать через рот. Приложить холод к переносице и к затылку (мокрый платок, снег, лед). Вставить ватный тампон в нос и немного полежать. После остановки кровотечения осторожно вытащить тампон. Избегать резких движений, не сморкаться.

Обязательно обратиться к врачу, если кровотечение не прекратилось, кровотечение было вызвано сильным падением или ушибом головы, вытекающая кровь смешана с прозрачной жидкостью.

Попадание инородных тел в ухо. При попадании инородного тела в ухо не следует удалять его острым предметом, который нанесет больший вред, чем само инородное тело; при попадании в ухо живого насекомого накапайте в ухо немного чистого оливко-

вого масла, которое затем (после наклона уха) из него вытечет, а с ним выйдет и насекомое. Иногда бывает достаточно повернуть ухо к источнику сильного света: насекомое может выйти само. Ни в коем случае не промывайте ухо водой: если инородными телами являются бобы, горох или зерно – они разбухнут, и их удалить будет сложно. Обратиться к врачу, если не удастся извлечь инородное тело из уха.

Попадание инородных тел в дыхательные пути. Происходит резкое раздражение с последующим рефлекторным кашлем, в результате которого инородное тело может быть выброшено наружу. Если этого не произошло, необходимо оказать пострадавшему первую помощь.

Пострадавший – взрослый человек: наклонить его вперед так, чтобы голова опустилась ниже плеч, несколько раз сильно ударить ладонью по спине (между лопаток), вызывая тем самым рефлекторный кашель. Если инородное тело вышло из глотки и функция дыхания восстановилась, пострадавшему надо дать попить воды маленькими глотками.

Если перечисленные мероприятия не помогли и пострадавший не дышит, попробовать надавить на живот; при этом следует действовать осторожно, чтобы не повредить жизненно важные органы. Обхватить пострадавшего руками, стоя сзади. Сжать пальцы одной руки в кулак, прижать к животу между пупком и грудной клеткой, обхватить кулак другой рукой и потянуть обе руки на себя и вверх, пытаясь выдавить из легких все еще остающийся там воздух и тем самым вытолкнуть застрявшее в дыхательных путях инородное тело.

Повторить манипуляции 3–4 раза. Если инородное тело вышло, в течение нескольких секунд пострадавший не сможет вдохнуть. За это время удалите инородное тело из ротовой полости.

Пострадавший – ребенок до 7 лет: постукивать одной рукой его по спине, другой – придерживать грудь. При оказании помощи ребенку до года необходимо положить его лицом вниз на одну руку и постукивать по спинке пальцами другой руки. Извлекать инородное тело изо рта ребенка надо осторожно, так как не исключено, что при вздохе оно может вновь попасть в дыхательные пути.

Пострадавший находится без сознания, воздух в легкие может поступать, минуя застрявший предмет, вследствие того что мышцы

шеи находятся в расслабленном состоянии. В этом случае необходимо сделать искусственное дыхание методом «изо рта в рот». При отрицательном результате перевернуть пострадавшего лицом вниз, подсунув ему под грудь свое колено, постучать по спине 3–4 раза. Если предыдущие усилия не увенчались успехом, то положите пострадавшего на спину (голова при этом должна быть откинута назад), упритесь обеими руками в точку выше пупка и сильно надавите 3–4 раза на грудную клетку со стороны верхней части живота. Если во рту пострадавшего появился посторонний предмет, осторожно извлеките его.

Обратиться к врачу, если не удастся извлечь инородное тело.

Правила обработки ран и наложения стерильных повязок

Правила обработки ран. После остановки кровотечения кожу вокруг раны обрабатывают раствором йода, марганцовки, бриллиантовой зелени, спиртом, водкой или одеколоном. Ватным или марлевым тампоном, смоченным одной из этих жидкостей, кожу смазывают от края раны снаружи. Не следует заливать их в рану, так как это усилит боль, повредит ткани внутри раны и замедлит процесс заживления. При проникающем ранении живота нельзя есть и пить. После обработки рана закрывается стерильной повязкой.

При отсутствии стерильного материала можно использовать марлю или чистую ткань. Нанесите йод на то место повязки, которое будет соприкасаться с раной.

Правила наложения стерильных повязок

Повязка при травмах головы и шеи. При травмах головы на рану накладывают повязку с использованием косынок, стерильных салфеток и липкого пластыря. Выбор типа повязки зависит от расположения и характера раны. На раны волосистой части головы накладывают повязку в виде «чепца», которая укрепляется полоской бинта за нижнюю челюсть. От бинта отрывают кусок размером до 1 м и кладут его серединой поверх стерильной салфетки, закрывающей рану, на область темени, концы спускают вертикально вниз впереди ушей и удерживают в натянутом состоянии. Вокруг головы делают круговой закрепляющий оборот, затем,

дойдя до завязки, бинт оборачивают вокруг нее и ведут косо на затылок. Чередую обороты бинта через затылок и лоб, каждый раз направляя его вертикальнее, закрывают всю волосистую часть головы. После этого 2–3 круговыми оборотами укрепляют повязку. Концы завязывают бантом под подбородком.

При ранении шеи, гортани или затылка накладывают крестообразную повязку. Круговыми оборотами бинт сначала закрепляют вокруг головы, а затем выше и позади левого уха его спускают в косом направлении вниз на шею. Далее бинт ведут по правой боковой поверхности шеи, закрывают им переднюю поверхность и возвращают на затылок, ведут выше правого и левого уха, повторяют сделанные ходы. Повязку закрепляют оборотами бинта вокруг головы.

При обширных ранах головы и их расположении в области лица накладывают повязку в виде «уздечки». После 2–3 закрепляющих круговых ходов через лоб бинт ведут по затылку на шею и подбородок, делают несколько вертикальных ходов через подбородок и темя, затем из-под подбородка бинт ведут по затылку.

На нос, лоб и подбородок накладывают пращевидную повязку. Под повязку на раневую поверхность подкладывают стерильную салфетку или бинт.

Повязку на глаз начинают с закрепляющего хода вокруг головы, затем бинт ведут с затылка под правое ухо на правый глаз или под левое ухо на левый глаз и после этого начинают чередовать обороты бинта: один – через глаз, второй – вокруг головы.

Повязки на грудную клетку. На грудь накладывают спиральную или крестообразную повязку. Для спиральной повязки отрывают конец бинта длиной около 1,5 м, кладут его на здоровое надплечье и оставляют висеть косо на груди. Бинтом, начиная снизу со спины, спиральными оборотами бинтуют грудную клетку. Свободно висящие концы бинта связывают. Крестообразную повязку накладывают снизу круговыми, фиксирующими 2–3 оборотами бинта, далее со спины справа на левое надплечье фиксирующим круговым ходом, снизу через правое надплечье, опять вокруг грудной клетки. Конец бинта последнего кругового хода закрепляют булавкой.

При проникающих ранениях грудной клетки на рану накладывают герметичную повязку, возможно, с использованием лей-

копластыря. Полоски пластыря, начиная на 1–2 см выше раны, черепицеобразно приклеивают к коже, закрывая таким образом всю раневую поверхность. На лейкопластырь кладут стерильную салфетку или стерильный бинт в 3–4 слоя, далее слой ваты и туго забинтовывают. Особую опасность представляют ранения, сопровождающиеся пневмотораксом со значительным кровотечением. В этом случае наиболее целесообразно закрыть рану воздухо-проницаемым материалом (клеенкой, целлофаном) и наложить повязку с утолщенным слоем ваты или марли.

Повязки на живот. На верхнюю часть живота накладывают стерильную повязку, при которой бинтование проводят последовательно оборотами снизу вверх.

На нижнюю часть живота накладывают колосовидную повязку на живот и паховую область. Ее начинают с оборотов вокруг живота, затем делают оборот бинта по наружной поверхности бедра и вокруг него, далее опять делают обороты вокруг живота. Небольшие непроникающие раны живота, фурункулы закрывают наклейкой с использованием лейкопластыря.

Повязки на верхние конечности, плечо и предплечье. На верхние конечности обычно накладывают спиральные, колосовидные и крестообразные повязки.

Спиральную повязку на палец начинают оборотом вокруг запястья, далее бинт ведут по тылу кисти к ногтевой фаланге и делают спиральные наложения бинта от конца до основания и обратным наложением по тылу кисти закрепляют бинт на запястье.

Крестообразную повязку при повреждении ладонной или тыльной поверхности кисти накладывают, начиная с фиксирующего наложения на запястье, а далее по тылу кисти на ладонь.

На плечевой сустав повязку накладывают, начиная от здоровой стороны из подмышечной впадины по груди и наружной поверхности поврежденного плеча сзади через подмышечную впадину плеча, по спине через здоровую подмышечную впадину на грудь и, повторяя ходы бинта, пока не закроют весь сустав, конец закрепляют на груди булавкой.

Повязку на локтевой сустав накладывают, начиная 2–3 наложениями бинта через локтевую ямку и далее спиральными ходами бинта, попеременно чередуя их на предплечье и плече с прекра-

шением в локтевой ямке.

Повязка на нижние конечности. На область пятки повязку накладывают первым ходом бинта через наиболее выступающую ее часть, далее поочередно выше и ниже первого наложения бинта, а для фиксации делают косые и восьмиобразные повязки.

На голеностопный сустав накладывают восьмиобразную повязку. Первый фиксирующий оборот бинта делают выше лодыжки, далее вниз на стопу и вокруг нее, затем бинт ведут по тыльной поверхности стопы выше лодыжки и возвращаются на стопу, затем на лодыжку, закрепляют конец бинта круговыми оборотами выше лодыжки.

На голень и бедро накладывают спиральную повязку так же, как на предплечье и плечо.

На коленный сустав повязку накладывают, начиная с кругового оборота через надколенную чашечку, а затем обороты бинта идут ниже и выше, перекрещиваясь в подколенной ямке.

В области промежности накладывают Т-образную бинтовую повязку или повязку с помощью косынки.

При травматической ампутации конечности прежде всего останавливают кровотечение путем наложения жгута или закрутки, а затем, введя противоболевое средство, закрывают культю повязкой. На рану кладут ватно-марлевую подушечку, которую фиксируют попеременно круговыми и продольными оборотами бинта на культе.

Правила оказания первой медицинской помощи при обмороке, синдроме длительного сдавливания, травматического шока

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся ослаблением деятельности сердца и дыхания. Возникает при быстро развивающемся малокровии головного мозга и продолжается от нескольких секунд до 5–10 мин и более.

Признаки: обморок выражается во внезапно наступающей дурноте, головокружении, слабости и потере сознания. Обморок сопровождается побледнением и похолоданием кожных покровов. Дыхание замедленное, поверхностное, слабый и редкий пульс (до 40–50 ударов в минуту).

Первая помощь – уложить пострадавшего на спину так, чтобы

голова была несколько опущена, а ноги приподняты. Для облегчения дыхания освободить шею и грудь от тесной одежды; укрыть пострадавшего чем-то теплым, положить грелку к ногам; натереть нашатырным спиртом виски и дать его понюхать; обрызгать лицо холодной водой. При затянувшемся обмороке показано искусственное дыхание. После того как пострадавший пришел в сознание, дать ему горячий кофе.

Синдром длительного сдавливания. При длительном сдавливании мягких тканей отдельных частей тела, нижних или верхних конечностей может развиваться тяжелое поражение, получившее название синдрома длительного сдавливания конечностей или травматического токсикоза. Оно обусловлено всасыванием в кровь токсических веществ, являющихся продуктами распада поврежденных мягких тканей.

Обнаружив человека в завале, надо принять меры к его освобождению. Завал разбирают осторожно, так как он может обрушиться. Извлекают пострадавшего только после полного его освобождения от сдавливания. Затем его внимательно осматривают. На поврежденной части тела могут быть ссадины и вмятины, повторяющие очертания выступающих частей давивших предметов; кожа может быть бледная, местами синюшная, холодная на ощупь. Поврежденная конечность через 30–40 мин после ее освобождения начнет быстро отекает.

В течение травматического токсикоза различают три периода: ранний, промежуточный и поздний. В раннем периоде сразу же после травмы и в течение 2 час. пораженный человек возбужден, сознание сохранено, пытается освободиться из завала, просит о помощи. После пребывания в завале более 2 час. наступает промежуточный период. В организме нарастают токсические явления. Возбуждение проходит, пострадавший становится относительно спокойным, подает о себе сигналы, отвечает на вопросы, периодически может впадать в дремотное состояние, отмечается сухость во рту, жажда, общая слабость.

В поздний период общее состояние пострадавшего резко ухудшается: появляется возбуждение, неадекватная реакция на окружающее, сознание нарушается, возникает бред, озноб, рвота, зрачки сначала сильно суживаются, а затем расширяются, пульс слабый и частый. В тяжелых случаях наступает смерть.

Первая медицинская помощь – на раны и ссадины накладывают стерильную повязку. Если у пострадавшего холодные, синюшно-го цвета, сильно поврежденные конечности, на них накладывают выше места сдавливания жгут. Это приостанавливает всасывание токсических веществ из раздавленных мягких тканей в кровеносное русло. Жгут накладывают не очень туго, чтобы полностью не нарушить притока крови к поврежденным конечностям. В случаях, когда конечности теплые на ощупь и повреждены не сильно, на них накладывают тугую бинтовую повязку. После наложения жгута или тугой повязки шприц-тюбиком вводят противоболевое средство, а при его отсутствии дают принять внутрь 50 г водки. Поврежденные конечности даже при отсутствии переломов иммобилизуют шинами или с помощью подручных средств.

Пострадавшему показаны горячий чай, кофе, обильное питье с добавлением питьевой соды, по 2–4 г на прием (до 20–40 г в сутки).

Сода способствует восстановлению кислотно-щелочного равновесия внутренней среды организма, а обильное питье – выведению токсических веществ с мочой.

Пострадавших с травматическим токсикозом быстро и бережно доставляют на носилках в медицинское учреждение.

Травматический шок – опасное для жизни осложнение тяжелых повреждений, характеризующееся расстройством деятельности центральной нервной системы, кровообращения, обмена веществ и других жизненно важных функций. Причиной шока могут быть однократные или повторные травмы. Особенно часто шок наступает при больших кровотечениях, в зимнее время – при охлаждении раненого.

В зависимости от времени появления признаков шока он может быть первичным и вторичным. Первичный шок проявляется в момент нанесения травмы или вскоре после нее. Вторичный шок может возникать после оказания помощи пострадавшему вследствие небрежной его транспортировки или плохой иммобилизации при переломах.

В развитии травматического шока различают две фазы – возбуждение и торможение. Фаза возбуждения развивается сразу же после травмы как ответная реакция организма на сильнейшие болевые раздражители. При этом пострадавший проявляет бес-

покойство, мечется от боли, кричит, просит о помощи. Эта фаза кратковременная (10–20 мин). Вслед за ней наступает торможение, при полном сознании пострадавший не просит о помощи, его жизненно важные функции угнетены: тело холодное, лицо бледное, пульс слабый, дыхание едва заметное.

Различают четыре степени травматического шока: легкую, средней тяжести, тяжелое шоковое состояние и крайне тяжелое шоковое состояние.

Первая медицинская помощь – уложить пострадавшего в положение, когда ноги находятся выше, а голова ниже. Устранить причины, вызывающие нарушение дыхания (обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, зафиксировать язык при его западении, очистить рот, освободить шею и грудную клетку от стесняющей одежды, расстегнуть брючный пояс). Сделать искусственное дыхание методами «изо рта в рот» или «изо рта в нос». При проникающих ранениях грудной клетки немедленно прикрыть рану несколькими стерильными салфетками, зафиксировав их в грудной клетке. Остановить наружное кровотечение. При артериальном кровотечении наложить жгут, а при венозном и капиллярном – давящие повязки. В случае прекращения сердечной деятельности сделать непрямой массаж.



ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ НА МЕСТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

Сытник Наталья Владиславовна
врач-педиатр, кандидат медицинских наук



1. Определение сердцебиения рукой или на слух слева, ниже соска – явный признак того, что пострадавший еще жив.

2. Пульс определяется на шее, где проходит самая крупная – сонная – артерия (если ребенок старше 3–5 лет), или же на внутренней части предплечья, на середине плечевой кости, между двумя крупными суставами (плечевым и локтевым), при этом пальцы должны находиться между бицепсом и трицепсом.

3. Дыхание устанавливается по движениям грудной клетки, по увлажнению зеркала, приложенного к носу пострадавшего, или же по движению ваты, поднесенной к носовым отверстиям.

4. При резком освещении глаз карманным фонариком у ребенка наблюдается сужение зрачков; подобную реакцию можно увидеть и в том случае, если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем быстро отвести ее в сторону. Однако при глу-

бойкой потерей сознания реакция на свет отсутствует.

Признаки жизни являются безошибочным доказательством того, что немедленное оказание реанимационной неотложной помощи ребенку еще может принести успех.

Вам необходимо попытаться установить причину и глубину нарушения витальных функций и безотлагательно приступить к сердечно-легочно-церебральной реанимации (СЛР):

- по ходу предположить характер и тяжесть патологии;
- при определении признаков жизни осуществить немедленное оказание помощи;
- доставить пострадавшего ребенка в стационар.

Первичная обработка раны

Если вы видите рану, руками ее не трогайте, инородные тела и костные отломки не извлекайте.

Кожу по краям раны в направлении от нее следует вытереть стерильным или чистым материалом. В том же направлении обработайте кожу вокруг раны йодом или бриллиантовой зеленью (рану йодом не заливать). Остерегайтесь загрязнения раны и попадания в нее инородных тел.

Рану после обработки ее краев закрыть стерильным бинтом, бактерицидным пластырем или чистым материалом.

В минимальные сроки на месте несчастного случая должен быть оказан максимальный объем неотложной помощи, которая должна проводиться при самостоятельной транспортировке пострадавшего в стационар. Экстренная помощь нередко становится решающим фактором для дальнейшего спасения ребенка.

На месте происшествия для оказания неотложной помощи детям вы должны руководствоваться глубиной и характером нарушений, определив прежде всего, мертв ли пострадавший или же обнаруживает признаки жизни:

1. Определение сердцебиения рукой или на слух слева, ниже соска – явный признак того, что пострадавший еще жив.

2. Пульс определяется на шее, где проходит самая крупная – сонная – артерия (если ребенок старше 3–5 лет), или же на внутренней части предплечья, на середине плечевой кости, между двумя крупными суставами (плечевым и локтевым), при этом пальцы должны находиться между бицепсом и трицепсом.

3. Дыхание устанавливается по движениям грудной клетки, по увлажнению зеркала, приложенного к носу пострадавшего, или же по движению ваты, поднесенной к носовым отверстиям.

4. При резком освещении глаз карманным фонариком наблюдается сужение зрачков; подобную реакцию можно увидеть и в том случае, если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем быстро отвести ее в сторону. Однако при глубокой потере сознания реакция на свет отсутствует.

Признаки жизни являются безошибочным доказательством того, что экстренная помощь еще может принести успех. Вам необходимо попытаться установить причину и глубину нарушения витальных функций и безотлагательно приступить к экстренной помощи – сердечно-легочно-церебральной реанимации (СЛЦР):

- по ходу предположить характер и тяжесть патологии;
- при определении признаков жизни осуществить немедленное оказание помощи;
- доставить пострадавшего ребенка в стационар.

Если вы видите у ребенка рану, руками ее не трогайте, инородные тела и костные отломки не извлекайте.

Кожу по краям раны в направлении от нее следует вытереть стерильным или чистым материалом. В том же направлении обработайте кожу вокруг раны йодом или бриллиантовой зеленью (рану йодом не заливать). Остерегайтесь загрязнения раны и попадания в нее инородных тел. Рану после обработки ее краев закрыть стерильным бинтом, бактерицидным пластырем или чистым материалом.

Восстановление проходимости дыхательных путей

Проведение проходимости дыхательных путей. Ребенка укладывают на жесткое основание в положении лежа на спине. Если экстренную помощь оказывают ребенку, пострадавшему, лежащему в положении лицом вниз, то при повороте его головы необходимо поддерживать ее на одной линии с телом во избежание усугубления возможной травмы шейного отдела позвоночника. Затем очищают полость рта и глотку от инородных тел, слизи, рвотных масс, сгустков крови, сломанных зубов. Ведущей причиной нарушения проходимости дыхательных путей у детей в терминальном состоянии является обтурация гипотарингеальной области кор-

нем языка: лишенные тонуса мышцы языка и шеи не могут поднять корень языка над стенкой глотки.

Тройной прием Сафара. При отсутствии подозрения на травму в шейном отделе позвоночника для ликвидации обтурации гипотарингеальной области языком и восстановления проходимости дыхательных путей выполняют тройной прием Сафара: перерезают голову в шейном отделе позвоночника (уже только одна эта манипуляция позволяет ликвидировать обтурацию дыхательных путей примерно у 80% детей), выдвигают вперед нижнюю челюсть, открывают рот. Происходит натяжение тканей между нижней челюстью и гортанью, а корень языка отходит назад от задней стенки глотки.

Оказывающий экстренную помощь располагается у головы пациента справа или слева, одну руку кладет на лоб ребенка, другой охватывает нижнюю челюсть. Обоюдными усилиями рук перерезают голову в шейно-затылочном сочленении. Рукой в области тела нижней челюсти выводит челюсть вверх и приоткрывает ротовую полость.

Обеспечение проходимости дыхательных путей. Восстановить проходимость дыхательных путей можно иным способом:

Оказывающий помощь располагается у головы ребенка со стороны затылка, охватывает нижнюю челюсть 2–5 пальцами обеих рук, выдвигает нижнюю челюсть и перерезает голову в шейном отделе позвоночника, давлением больших пальцев, которые кладет на подбородок, приоткрывает рот. Такой способ более удобен для пациентов с сохраненным самостоятельным дыханием, но малоприменим для последующего поддержания проходимости дыхательных путей в случае потребности в ИВЛ изо рта в рот или изо рта в нос.

При предположительном диагнозе перелома или вывиха в шейном отделе позвоночника разгибание в атлanto-затылочном суставе недопустимо. Поскольку у пациента в терминальном состоянии диагноз травмы в шейном отделе установить очень сложно, приходится ориентироваться на ситуационный диагноз. Травма в шейном отделе позвоночника вероятна при развитии терминального состояния после ныряния, при ДТП, при падении с высоты. Экстренная помощь детям в таких случаях – нужно лишь выдвинуть

нижнюю челюсть. Если есть помощник, то он располагает руки на теменных буграх пострадавшего ребенка и стабилизирует шейный отдел позвоночника.

После восстановления проходимости дыхательных путей оценивают способность ребенка к самостоятельному дыханию. Для этого, наклонившись к телу маленького пациента в области головного конца, зрительно контролируют экскурсию грудной клетки, а щекой и ухом регистрируют прохождение воздушного потока через дыхательные пути больного. На эту процедуру должно быть затрачено не более 3–5 сек. Если сохранены самостоятельное дыхание (после восстановления проходимости дыхательных путей появляется экскурсия грудной клетки и передней стенки брюшной полости, ощущается движение воздушного потока через дыхательные пути пациента во время вдоха и выдоха) и деятельность сердца, то проходимость дыхательных путей поддерживают одним из вышеприведенных приемов, а детям старшего возраста и взрослым можно придать устойчивое положение на боку.

Такое положение достигается путем поворота пациента на бок, сгибания его ноги, оказавшейся внизу, и заведения руки за спину, а также помещением кисти, оказывающейся сверху, под подбородок для удержания головы пострадавшего в запрокинутом положении. Если же самостоятельное дыхание после восстановления проходимости дыхательных путей отсутствует, необходимо приступить к искусственной вентиляции легких.

Помощь при поражении молнией

Чаще всего молния поражает человека, находящегося на открытой местности (в поле), стоящего под одиночным деревом; во время купания в реке и др.

Поражающее действие атмосферного электричества обусловлено высоким напряжением (до 10 000 000 вольт) и мощностью заряда, но наряду с электротравмой пострадавший ребенок может быть отброшен воздушной взрывной волной и получить травматические повреждения, в частности черепа. Возможны также тяжелые ожоги до 4 степени (температура в области так называемого канала молнии может превышать 25 000 °C). Состояние пострадавшего обычно тяжелое, что обусловлено в первую очередь поражением центральной и периферической нервной системы.

Симптомы поражения молнией. Поражение молнией приводит к потере сознания, что может продолжаться от нескольких минут до нескольких суток и сопровождаться клоническими судорогами. После восстановления сознания дети возбуждены, перепуганы, кричат от боли в конечностях и в местах ожогов, бредят. Могут развиваться галлюцинации, геми- и парепарезы, бульбарные нарушения. Часто дети жалуются на сильную головную боль, боль и рези в глазах, нарушения зрения до полной слепоты (отслоение сетчатки, шум в ушах).

Нередко выявляются ожоги век и глазного яблока, помутнение роговицы и хрусталика. На кожных покровах видны своеобразные древовидные знаки (знаки молнии) багрово-бурого цвета по ходу сосудов. Могут быть затруднения слуха, кровоизлияния в барабанную перепонку, перфорация, загрудинная боль, кровохарканье, отек легких.

Неотложная помощь детям при поражении молнией. Поражение молнией опасно для жизни. Неотложная помощь соответствует мероприятиям, проводимым при электротравме, с добавлением 3% раствора преднизолона в дозе 2 мг/кг внутримышечно или внутривенно. Бытующее мнение о пользе закапывания в землю пораженного молнией человека является необоснованным и вредным. Делать подобное категорически запрещается, так как это приводит к нарушению дыхания и кровообращения, охлаждению организма, отсрочивает оказание urgentной помощи, создает угрозу заражения столбняком.

Реанимационные мероприятия на месте поражения включают:

- восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей;
- проведение ИВЛ;
- непрямой массаж сердца и дефибрилляцию.

Госпитализация – транспортировка в реанимацию на носилках в положении на боку из-за опасности возникновения рвоты.

Неотложная помощь детям при электротравме

Электротравма – повреждение, вызванное воздействием на организм электрического тока высокого напряжения.

Наиболее частые причины электротравмы: контакт ребенка с оголенными электрическими проводами и введение металлических предметов в розетки.

Поражение могут вызвать:

- источники постоянного и переменного тока (высоковольтные линии переменного тока мощностью 1–1,75 кВт, железнодорожные силовые линии постоянного тока мощностью 1,5 и 3,6 кВт);

- разряды статического электричества (молния). Более сильные поражения током происходят при повышенной влажности кожи, одежды и обуви ребенка.

Симптомы электротравмы у детей. Патологические эффекты электрического тока зависят от линии его прохождения через тело пострадавшего. Наиболее часто встречающиеся пути прохождения тока: рука – рука, рука – голова, рука – нога, нога – нога. Электротравмы, возникающие при поражении электрическим током, в 25% случаев заканчиваются смертью пострадавшего.

При прохождении электрического тока через мозг наступает мгновенная смерть. При прохождении тока через сердце возникают различные нарушения ритма сердца вплоть до фибрилляции желудочков сердца. Для менее тяжелых поражений характерны расстройства сосудистого тонуса. Тонические сокращения мышц скелета и сосудов сопровождаются сильнейшим болевым синдромом, приводящим к шоку.

Электрический ток, соприкасаясь с телом ребенка, оказывает также и тепловое действие, причем в месте контакта возникают ожоги 3 степени. Постоянный ток является менее опасным, чем переменный. Переменный ток даже под напряжением в 220 вольт может вызвать очень тяжелое поражение организма.

Прежде чем оказать помощь при электротравме не забудьте встать на сухую поверхность, поскольку влага способствует усилению электропроводности. Когда пострадавший после проведения искусственного дыхания придет в сознание, его следует напоить большим количеством жидкости (чай, минеральная вода). Пострадавшего следует прикрыть одеялом и как можно скорее доставить в лечебное учреждение характерной особенностью электроожогов является их безболезненность вследствие деструкции чувствительных нервных окончаний.

Первая помощь при электротравме:

1. Освободить ребенка от контакта с источником электрического тока.

2. Уложить ребенка на горизонтальную поверхность, освободить грудную клетку от стесняющей одежды.

3. При 1 степени поражения: дать теплый чай, внутрь – анальгин, седативные препараты в возрастных дозировках.

4. Вызвать бригаду МСП и при ее содействии:

- при 2 степени поражения: ввести 50% раствор анальгина в дозе 0,1 мл/год жизни в сочетании с 2,5% раствором пипольфена или 2% раствором супрастина в дозе 0,1 мл/год жизни внутримышечно;

- при 3–4 степени поражения – комплексная сердечно-легочная реанимация или ИВЛ доступными способами, закрытый массаж сердца.

При локальных проявлениях электротравмы ввести внутримышечно анальгетики, наложить асептическую (мазевую) повязку.

5. Госпитализация при 2–3–4 степенях тяжести электротравмы в реанимационное отделение. При 1-й степени, если ожог составляет более 0,5% поверхности тела или травма сопровождается обугливанием, госпитализация в хирургическое отделение.

Неотложная помощь детям при утоплении

Утопление – острое состояние, возникающее в результате погружения в воду; может быть двух типов:

- полное, или истинное («мокрое»), при котором вода сразу попадает в легкие пострадавшего;

- неполное («сухое»), при котором первоначально возникает рефлекторный ларингоспазм с гипоксией, гиперкапнией и фибрилляцией желудочков либо рефлекторная остановка сердца («синкопальное» утопление).

Симптомы утопления у ребенка. Если утопающий спасен с поверхности воды или сразу же после погружения, отмечается возбуждение или заторможенность, возможны неглубокие расстройства сознания. Выражена бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, артериальная гипертензия.

При более длительном пребывании под водой состояние по-

страдавшего ребенка можно оценить как предагональное, агональное или клиническую смерть.

Для предагонального состояния характерны: утрата сознания, рвота, бледно-цианотичные кожные покровы, выделение изо рта пенистой розовой мокроты, пульс слабый, тахикардия, артериальная гипотензия, набухшие вены, брадикардия. При агональном состоянии характерны: кома с редкими судорожными подвздохами, пульс на лучевой артерии не определяется, зрачки максимально расширены.

Состояние клинической смерти характеризуется отсутствием признаков кровообращения, дыхания, мышечной атонией, арефлексией, лицо одутловатое, вены резко набухшие, изо рта вытекает вода. При истинном утоплении выражен разлитой цианоз, при «сухом» утоплении – кожа бледно-цианотичная.

Оказание помощи при утоплении

Экстренная помощь детям при утоплении должна оказываться на месте сразу же после извлечения ребенка из воды – на берегу или на борту спасательного судна. Помните о мерах собственной безопасности (используйте спасательный круг, надувной жилет и др.).

1. В начале оказания помощи нужно прекратить поступление воды в дыхательные пути.

2. Освободить полость рта и верхние дыхательные пути от воды, песка (ила, водорослей), воспользовавшись марлевым тампоном, носовым платком или другой мягкой тканью.

3. Создать дренажное положение для удаления воды – перегнуть пострадавшего ребенка через свое согнутое бедро лицом вниз и нанести удары ладонью между лопатками или приподнять, обхватив руками под эпигастральную область, надавливая на нижние отделы грудной клетки. Этим методом неотложной помощи не пользуются, если остановка дыхания и сердечной деятельности имеет рефлекторный характер.

4. Приступить к проведению искусственного дыхания и по показаниям к комплексной сердечно-легочной реанимации по общим правилам при клинической смерти. Если самостоятельное дыхание и сердечная деятельность не восстанавливаются, то реанимацию продолжают 30 – 40 мин.

5. Кислородотерапия.

6. Если сознание у пострадавшего сохранено:

- снять мокрую одежду, растереть спиртом и тепло укутать;
- дать горячее питье;
- при возбуждении – настойки седативных трав (валериана, пустырник) внутрь в дозе 1 – 2 капли/год жизни.
- ввести 0,5% раствор седуксена или сибазона в дозе 0,05 мл/кг – 0,3 мг/кг внутримышечно.

Первая помощь при утоплении играет огромное значение в спасении ребенка. После оказания помощи требуется госпитализация в соматическое или реанимационное отделение.

Первая помощь при термических ожогах. В предыдущих занятиях мы уже говорили о термических ожогах. Вспомним их причины, симптомы и как оказывать помощь.

Причины термического ожога. Термические ожоги дыхательных путей возникают при ожогах пламенем, при взрывах, вдыхании горячих газов или пара. Если произошел ожог лица пламенем или у ребенка обгорели волосы, этого достаточно, чтобы получить ожог дыхательных путей. Термические ожоги обычно повреждают слизистые оболочки носа, глотки, гортани, часто подвязочного пространства, вызывая язвенный ларингит. Химические ожоги дыхательных путей возникают при приеме внутрь прижигающих веществ, при последующих рвотах и возможной аспирации. В этих случаях наблюдается воспаление, изъязвление и отек связок и подвязочного пространства. Ожоги вызываются также действием солнечных лучей, кварцевым облучением. Хотя при ожогах поражается в основном кожа и подкожная ткань, тем не менее их действие отражается на всем организме ребенка.

Симптомы термического ожога. Тяжесть состояния пострадавшего ребенка определяется глубиной и распространенностью тканевого поражения и проявлениями ожогового шока. Различают поверхностные ожоги (1 – 3а ст.), заканчивающиеся спонтанной эпителизацией, и глубокие ожоги (3б – 4 ст.), приводящие к образованию фиброзных рубцов.

Клиническая картина в зависимости от глубины ожогов характеризуется различной степенью тяжести.

В первые минуты и часы после ожога, когда имеется внешнее сходство различных степеней ожога, определение глубины по-

вреждения представляет определенные трудности.

Для вычисления общей площади ожоговых ран в повседневной практике целесообразно пользоваться сочетанием «правила девяток» и «правила ладони».

При обширных ожогах возможно развитие ожогового шока. На декомпенсацию кровообращения указывают: прогрессирующая артериальная гипотензия ниже 70 мм рт. ст., тахикардия, бледно-серый цвет кожных покровов, снижение диуреза. У детей до года шокогенной поверхностью считают 8%, старше года – 10%.

Неотложная помощь при термических ожогах

1. Прекратить действие термического агента.
 2. Удалить одежду, не отрывая от обожженной поверхности, а обрезав ножницами.
 3. При ожогах дыхательных путей принять меры для обеспечения их свободной проходимости.
 4. Провести обезболивание в зависимости от площади ожога:
 - при площади поражения до 9% – 50% раствор анальгина в дозе 0,1 мл/год жизни в сочетании с 2,5% раствором пипольфена в дозе 0,1 – 0,15 мл/год жизни внутримышечно;
 - при площади поражения 9 – 15% – 1% раствор промедола в дозе 0,1 мл/год жизни внутримышечно;
 - при площади поражения более 15% – 1% раствор промедола в дозе 0,1 мл/год жизни внутримышечно в сочетании с 0,5% раствором седуксена в дозе 0,05 мл/кг внутримышечно или внутривенно.
 5. Наложить асептическую повязку сухую или влажную с раствором фурацилина (1:5000). При больших ожоговых поверхностях пострадавшего можно завернуть в стерильную пленку или простыню.
- Первичный туалет ожоговой раны производится только в условиях лечебного учреждения под общей анестезией!
6. При развитии ожогового шока 3 – 4-й степени (декомпенсации кровообращения):
 - обеспечить доступ к периферической вене;
 - начать проведение внутривенно инфузионной терапии растворами реополиглюкина, Рингера или физиологическим раствором в дозе 20 мл/кг в течение 30 мин;
 - ввести 3% раствор преднизолона в дозе 3 мг/кг внутривенно.

но.

Показания к госпитализации ребенка с термическим ожогом:

- при шокогенной поверхности (ожоги 1-й степени – 10 – 15% поверхности; ожоги 2-й степени – 5% поверхности; ожоги 3-й степени – 3% поверхности; 4-й степени – обязательно);
- ожогах дыхательных путей, лица, в области мелких суставов кистей и стоп, голено-стопных суставов, промежности;
- ожоги вследствие полученных электротравм. Госпитализация пострадавших в отделение термических повреждений, в состоянии шока – в реанимационное отделение.

Транспортировка ребенка с термическим ожогом:

- в положении сидя или полусидя – при ожогах верхней половины туловища, лица, шеи, рук;
- лежа на животе – при ожогах задней поверхности туловища, ног;
- лежа на спине – при ожогах передней поверхности туловища, ног;
- при циркуляторных ожогах подкладывают сложенную одежду, резиновые подушки, чтобы большая часть ноги или туловища была на весу и не касалась носилок, что позволяет уменьшить боль во время транспортировки.

Первая помощь при тепловых и солнечных ударах

Тепловой удар – патологическое состояние, обусловленное общим перегреванием организма, сопровождающееся повышением температуры тела, прекращением потоотделения и утратой сознания.

Солнечный удар – особая форма теплового удара, возникающая при прямом воздействии солнечных лучей на голову ребенка.

Предрасполагающие факторы: чрезмерно развитая подкожно-жировая клетчатка, патология ЦНС, ограниченный питьевой режим, неадекватная одежда, укутывание и др.

Симптомы теплового удара. Начальными проявлениями теплового удара могут быть: повышенная возбудимость, сильная головная боль, тошнота, рвота. При этом потоотделение сохранено,

температура тела умеренно повышена. По мере нарастания тяжести состояния отмечается стойкое повышение температуры тела, кожа бледная, сухая, горячая на ощупь, потоотделение прекращается, нередко развивается коллапс, оглушенность и периодическая утрата сознания.

Выделяют три формы теплового удара: асфиктическая, паралитическая, психопатическая.

Ранние признаки: вялость, тошнота, снижение остроты зрения, покраснение лица, повышение температуры тела, учащение дыхания, тахикардия. В дальнейшем отмечается потеря сознания, бред, галлюцинации, смена тахикардии брадикардией. При отсутствии помощи, особенно в случае остановки сердца и дыхания, возможна смерть ребенка.

Неотложная помощь при тепловом и солнечном ударе

1. Устранить воздействие тепла, переместив ребенка в тень или прохладное помещение; уложить, голову покрыть пеленкой, смоченной прохладной водой.

2. При начальных проявлениях теплового удара и сохраненном сознании дать обильное питье глюкозо-солевым раствором: по 1/2 ч. л. натрия хлорида и натрия бикарбоната, 2 ст. л. сахара на 1 л воды (не менее объема возрастной суточной потребности в воде).

3. При развернутой клинике теплового удара проводить физическое охлаждение прохладной водой с постоянным растиранием кожных покровов (прекратить при снижении температуры тела ниже 38,5 °C).

4. Вызвать бригаду СМП, обеспечить доступ к вене и начать внутривенно введение раствора Рингера или «Трисоль» в дозе 20 мл/кг в час.

5. При судорожном синдроме ввести 0,5% раствор седуксена 0,05 – 0,1 мл/кг (0,1 – 0,5 мг/кг) внутримышечно; оксигенотерапия.

6. При прогрессировании расстройств дыхания и кровообращения показано проведение интубации трахеи и перевод на ИВЛ.

Госпитализация детей с тепловым или солнечным ударом в реанимационное отделение после оказания первой помощи.

Детям с начальными проявлениями без утраты сознания го-

спитализация показана при сочетании перегревания с диареей и солидефицитным обезвоживанием, а также при отрицательной динамике клинических проявлений во время наблюдения за ребенком в течение 1 часа.



ОДНОЙ ЛЮБВИ НЕДОСТАТОЧНО

Абютин Алексей Сергеевич
педагог-психолог



Волонтеры фонда «Столица милосердия» помимо работы с детьми из детских государственных, интернатных учреждений сопровождают и приемные, многодетные семьи. Сегодня мы вам расскажем о детях, которые попада-

ют в приемные семьи и рассмотрим как они адаптируются.

Часто людям кажется, что достаточно просто быть родителем и любить ребенка – и все в отношениях сложится само собой. Однако, жизненный опыт показывает, что это не так. В любых отношениях, будь то супружеские или детско-родительские, одной любви недостаточно. В ситуации, когда ребенок из детского дома, от приемных родителей требуется и еще нечто большее – воспитательские компетенции.

Самое сильное чувство может быть разрушено, если люди не умеют строить взаимоотношения. Построение отношений – это, прежде всего, тонкая и важная работа.

Помогая ребенку, воспитывая его, мы берем на себя определенную ответственность и преследуем некоторые цели. **Воспитание – это работа, которая требует знаний и умений** – о ребенке, о себе, о своей семье, о том, как и с кем сотрудничать и где искать помощь, как совершенствоваться как воспитателю.

Иногда мы имеем какое-то представление о том, как будем выглядеть в роли пап и мам. Но если у нас нет возможности «примерить» на себя эту роль, мы легко можем принять неверное решение.

Командная работа совместно с различными специалистами повышает эффективность процесса воспитания. Ведь куда веселее и интереснее учиться друг у друга.

Часто люди недооценивают собственный ресурс, им кажется, что справятся только с очень простыми случаями. Но, во-первых, часто то, что принято считать простым (например, маленькая девочка из дома ребенка без всяких кровных родственников) на деле вовсе таковым не является, об этом мы еще будем говорить на дальнейших занятиях. Во-вторых, то, что мы не умеем сейчас, мы, возможно, будем уметь завтра, если приложим усилия к достижению этого. Именно поэтому мы говорим о процессе отбора и подготовки.

Ребенок, с которым вы будете работать, – не чистый лист, у него есть опыт, есть прошлое и, возможно, кровные родители, и он может вовсе не соответствовать тому идиллическому образу, который люди могут себе нарисовать.

Избавиться от иллюзий всегда полезно.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, несмотря на их прошлое, не могут быть плохими, они нуждаются в помощи.

Что нужно ребенку для нормального развития.

В системе профессионального семейного устройства выделены следующие потребности развития ребенка:

- безопасность;
- здоровье и физическое развитие;
- образование и познавательные интересы;
- привязанность (любовь, важность отношений, неразрывная эмоциональная связь с кем-либо);
- эмоциональное развитие;
- идентичность (с кем ребенок себя ассоциирует – чей он, важность его отношений с его кровной семьей, готовность влиться в замещающую семью и т.п.);
- стабильные и сбалансированные отношения в семье (кровной или замещающей), получение модели гармоничной, нормально функционирующей семьи;
- социальная адаптация – усвоение ребенком социальных норм и правил поведения в семье и обществе, усвоение социальных ролей, приобретение умения дружить, устанавливать социальные связи со сверстниками, с членами семьи, с другими людьми;
- получение навыков самообслуживания – санитарно-гигиенических и бытовых навыков.

Необходимые компетенции волонтера по работе с детьми

Группа компетенций «Ребенок»

1. Основной уход (понимание возрастных особенностей ребенка, умение заботиться о здоровье, гигиене и питании ребенка, режим дня, место для ребенка в доме, санитарно-гигиенические нормы, одежда, медицинский уход).

2. Обеспечение безопасности ребенка (физическая безопасность, в том числе с учетом возраста и здоровья ребенка, безопасность вне дома, безопасность контактов с социумом, стабильность условий жизни ребенка, стабильность правил, стабильность отношений; понимание последствий жестокого обращения и их проявлений, готовность помочь ребенку в преодолении этих последствий, научить его вести себя в ситуациях, несущих риск жестокого обращения).

3. Эмоциональное развитие ребенка (способность обеспечить эмоциональное тепло, принятие ребенка, принятие прошлого ребенка и его любви к своим родителям, поддержка, телесный контакт, если это необходимо ребенку, умение принимать свои чувства и выражать их вербально и с помощью мимики, учить ребенка понимать, принимать и выражать социально приемлемым образом свои чувства и эмоциональные состояния, умение понимать и принимать чувства ребенка и оказывать ему эмоциональную поддержку).

4. Обеспечение и стимулирование познавательного, интеллектуального развития ребенка (понимание причин ЗПР, распознавание их проявлений, готовность воспитывать ребенка с учетом уровня и особенностей его интеллектуального развития, обеспечение доступа ребенка к общему и дополнительному образованию – играм, кружкам, спорту, обеспечение успешности ребенка, преодоления им трудностей).

5. Руководство поведением ребенка и установление границ в поведении ребенка (установление и обеспечение соблюдения правил поведения в диаде и в обществе).

6. Обеспечение замещающим родителем стабильности жизни ребенка (стабильность семейных отношений, поддержка контактов со значимыми в прошлом людьми).

7. Понимание идентичности ребенка (реалистичные представления о ребенке, о семье из которой он пришел, готовность

принять прошлое ребенка и его самого таким, какой он есть, стимулирование развития привязанностей ребенка в замещающей семье).

8. Социальная адаптация (формирование социально-бытовых умений у ребенка, навыков самообслуживания, умения устанавливать социальные связи, действовать с учетом ситуации в социально приемлемой форме).

Группа компетенций «Социум»

1. Умение строить взаимоотношения с социальным окружением в интересах ребенка и помогать ребенку в налаживании социальных связей.

2. Умение говорить о ребенке с окружающими.

3. Умение отстаивать интересы ребенка и защищать его.

4. Умение налаживать социальные связи и учить этому ребенка.

5. Понимание системы семейного устройства и своего места в ней.

6. Готовность при необходимости просить и принимать помощь специалистов, социального окружения и пр.

7. Понимание роли кровных родителей в жизни ребенка и готовность содействовать поддержанию отношений ребенка с кровной семьей.

8. Понимание неизбежности конфликтов и умение их разрешать.



РЕБЕНОК ПРИХОДИТ В СЕМЬЮ

Абютин Алексей Сергеевич
педагог-психолог



Смена привычной обстановки и окружения тяжела для каждого из нас, и, тем более, для ребенка. На этом занятии рассматривается проблема вхождения приемного ребенка в замещающую семью – проблема принятия ребенка, а также проблема принятия собственной семь-

ей неизбежных изменений в жизни.

Дети, попадающие в замещающую семью, сталкиваются сразу со многими серьезными проблемами: их вырвали из кровной семьи или лишили друзей, из-за этого они могут испытывать чувство потери, горя. Эти эмоции могут по-разному проявляться в поведении детей, начиная от неадекватного поведения, грубости, агрессии до подавленности, замкнутости и ухода в себя. Иногда эти эмоции не имеют внешнего проявления и очень часто не осознаются самим ребенком. Поэтому необходимо уметь увидеть, что стоит за этим поведением. Лучше всего в этом может помочь соприкосновение с собственным опытом и чувствами.

Попадая в замещающую семью, дети оказываются в непривычной для них обстановке. Их окружают домочадцы, которые, с одной стороны, хотят, чтобы дети почувствовали себя как дома, с другой – ожидают, что они ничем не нарушат привычного уклада семьи. В результате дети могут ощущать себя полностью дезориентированными.

Существует ряд причин, по которым дети нуждаются в устройстве в семью:

1. Социализация. Это первоочередная задача любого воспитателя, в том числе и приемной семьи.
2. Внимание, теплота. Как-то однажды мальчик, который не раз был возвращен в детский дом, отвечая на вопрос «Почему он хочет в семью?», сказал «Здесь (в детском доме) не хватает вни-

мания и тепла, ведь в группе много детей и воспитатель не может быть одновременно с каждым. А в семье нас будет мало и родители смогут дать мне то, чего не хватало в детском доме, каким бы он хорошим ни был».

3. Пример жизни взрослых. На него ребенок сможет в дальнейшем опираться, делая различные выборы в своей жизни.

Эти причины влияют на взаимоотношения всех участников процесса устройства и вызывают у них различные чувства. Понимание этих чувств может помочь избежать неправильной интерпретации поведения других людей. Осознание собственных чувств также может помочь самим замещающим родителям адекватно реагировать на возникающие трудности.

Стоит понимать – чувства родителей, социальных работников, кровных родителей, опеки не бывают «плохими» или «хорошими». Все живые люди имеют чувства, и в критической жизненной ситуации, такой, как переход ребенка в новую семью, все участники испытывают примерно одну и ту же гамму чувств, и эта гамма очень широка: от любви до злости, от надежды до отчаяния. Общими для всех участников процесса являются, прежде всего, чувства тревоги и страха. Первый шаг на пути совладания с собственной тревогой состоит в том, чтобы осознать ее, принять то, что она совершенно уместна и естественна в данной ситуации.

Ребенок переживает все еще более остро и глубоко, чем взрослый, именно его жизнь меняется в этот момент наиболее кардинально, именно он самый зависимый и беспомощный участник процесса. При этом дети обычно не умеют осознавать и называть свои чувства, и помочь им в этом – дело воспитателя (родителя, волонтера).

С точки зрения ребенка, он теряет свою кровную семью не в тот момент, когда попадает на «нейтральную территорию» – в детский дом, а тогда, когда приходит в другую – замещающую семью. Для них именно это событие символизирует «сжигание мостов». Очень часто дети чувствуют себя при этом «предателями», считают, что это они во всем виноваты. Взрослый должен уметь оказать ребенку поддержку, быть с ним, не требуя горячих ответных чувств и благодарности. Как говорят психологи – «Очень важно принимать ребенка таким каков он есть со всеми минусами и плюсами, не требуя ничего взамен.».

Неосознанные и невыраженные чувства вины, потери, горя,

отчаяния, беспомощности у ребенка часто проявляются в поведении, которое взрослому может показаться неадекватным, несоответствующим возрасту. Порой такое поведение не было свойственно ребенку в детском доме, и потому работники службы по устройству в семью не могли предупредить о нем замещающего родителя. Все это может вызвать чувство отчаяния у замещающего родителя, привести его к выводу, что ему достался «не тот» ребенок, что ему с ребенком не справиться.

Важно помнить, что взрослый берет на себя ответственность перед ребенком, он не должен легко сдаваться или требовать «заменить» ребенка, словно некачественный товар. Как бы ни было тяжело в данный период замещающему родителю и его семье, почти всегда ребенку гораздо тяжелее, и об этом нужно помнить.

Наш опыт показывает, что адаптация ребенка к новой – замещающей семье происходит примерно в течение года, и условно делится на три стадии.

Первую стадию можно было бы назвать «Идеализированные ожидания» – как у ребенка, так и у замещающих родителей. Каждая из сторон полна надежд и старается понравиться другой. Примерно через месяц трудности реальных отношений разрушают образ «сбывшейся мечты», наступает первый кризис: привязанность ребенка к кровной семье еще сохраняется, а к замещающей пока не сформировалась, привыкание к смене требований и правил – трудно для него и вызывает протест. В результате возникают «установочные конфликты» которые являются естественной частью приспособления замещающей семьи и ребенка друг к другу. Учитывая это, психологи и социальные работники поддерживают активный контакт с замещающей семьей, чтобы снимать напряжение и оказывать поддержку и ребенку, и взрослым.

Достаточно часто в первые дни после размещения, дети требуют, чтобы их отвезли обратно в детский дом. Подобное желание может быть продиктовано «смесью» разных чувств. Это и боязнь полной зависимости от малознакомых людей, и стремление сохранить контроль над ситуацией («я решаю, где мне быть» – потребность в безопасности), и проверка отношений («действительно ли я вам так нужен, что вы сможете меня удержать»), наконец, ребенок просто может соскучиться по людям, которые заботились о нем. Обычно мы советуем замещающим родителям уточнить у ребенка, хочет ли он съездить в гости или «насовсем», потом пред-

ложить подумать до утра, а утром сказать ему, что «теперь твой дом – здесь, и мы хотим, чтоб ты жил с нами, но удерживать тебя насильно не станем». Если ребенок маленький, достаточно просто сказать: «Ты теперь живешь с нами, и мы тебя никуда не отдадим, а в детский дом мы съездим в гости через несколько дней, чтобы навестить твоих друзей и показать им твои новые фотографии».

«Установочные конфликты», поначалу нарастая и учащаясь, после какого-то основательного кризиса и «разборок», постепенно становятся реже, и возникают только по значительным поводам. Так наступает стадия «Вживания», или собственно адаптации. Происходит выстраивание границ допустимого, привыкание к взаимным потребностям и особенностям, привычкам и правилам поведения. Кроме того, на этой стадии фактически формируется привязанность к замещающей семье. Вспышки негативного поведения в это время могут иметь следующие причины:

Дети, пережившие утрату кровной семьи, боятся повторения этого и в новой, замещающей семье. Иногда они провоцируют замещающих родителей на разрыв, демонстрируя своим поведением двойственность – привязанность и отвержение одновременно, поскольку это именно то, что они пережили в своем опыте.

Они колеблются между надеждой и страхом быть обманутыми снова, пытаются контролировать возникающие у них теплые чувства, поскольку знают, как взрослые могут злоупотреблять своей властью.

Вспышки негативного поведения могут быть частью процесса отреагирования утраты кровной семьи, ребенок может тосковать и злиться. Дети, таким образом, могут демонстрировать чему они научились в кровной семье, их представления о том, как надо себя вести. Проверяют, до каких пределов они могут пойти в своем плохом поведении, сохраняя принятие со стороны взрослых.

У таких детей очень много оснований для того, чтобы вести себя «плохо», и это становится дополнительной нагрузкой для замещающего родителя, осложняющей появление у него привязанности к приемному ребенку. Поэтому очень важно для воспитателя:

1. Не ждать быстрых «результатов»;
2. Сосредоточиться на изменениях к лучшему, замечать и ценить их;
3. Обращаться за помощью к социальным работникам и специалистам, не боясь того, что сочтут «некомпетентными».

Необходимо сказать, что, в отличие от начальной стадии, в это время замещающие родители уже больше знают ребенка, начинают лучше понимать его, и чувствуют себя более уверенными. Ребенок, в свою очередь, начинает дорожить замещающей семьей, уже не думает всерьез об уходе, и больше доверяет замещающим родителям. Ощущение контакта с ребенком, взаимное понимание и теплые чувства – все это появляется по мере решения проблем.

Главное достижение этой стадии, длящееся чуть более полугода – взаимное доверие и субъективное ощущение постоянства отношений, появляющееся у обеих сторон, которые начинают воспринимать себя как целостность. У многих возникает понимание того, что замещающая семья – это особый тип семьи, отличающийся от кровной, но не менее реальный.

Таким образом, наступает некое «Равновесие», которое представляет собой третью стадию адаптации в замещающей семье. В этот период замещающая семья становится достаточно самостоятельной, реже обращается за помощью к специалистам. Дети обычно начинают активно интересоваться своим прошлым, много вспоминают и даже сочиняют, беря за основу настоящее – «А мы с мамой тоже в цирк ходили, каждый месяц!», «А у нас тоже машина была», и т.п. Желаемое и действительное, помноженное на особенности детского восприятия, смешиваются в этих рассказах, суть которых сводится к следующему: ребенок нуждается в создании приемлемого варианта своего прошлого. В обычных, благополучных семьях этой цели служат устные «предания», воспоминания родственников, фотоальбомы и т.п. Особенность прошлого детей из неблагополучных семей состоит во фрагментарном характере, «выпадении» целых периодов жизни – некоторые из них дети не помнят в силу раннего возраста, а некоторые «вытеснены», как что-то ужасное. Замещающая семья может помочь ребенку, воссоздавая «линию жизни» в специальном альбоме воспоминаний. Там могут быть сохранившиеся или добытые у родственников ребенка фотографии, записи рассказов самого ребенка и других лиц о нем, рисунки, иллюстрирующие какие-то события, лист с наложенными одна на другую «обводками» контура руки ребенка в разных возрастах, и т.п. Важны любые сведения о прошлом, факты – и комментарии замещающих родителей к ним – о чувствах самого ребенка в связи с этими фактами и их личном отношении, сопереживании ребенку в связи с тем, что излагается.

Обычно дети с большим интересом и благодарностью воспринимают составление такой «Книги жизни», и это укрепляет их положительное отношение к замещающим родителям.

1. Трудное поведение приемного ребенка подталкивает замещающего родителя к его восприятию через социальные стереотипы: если про родного ребенка мы подумаем: «он украл», то про ребенка из неблагополучной семьи можем подумать «он вор». Подобные стереотипы отражаются на нашем видении ситуации и поведении, нанося вред отношениям с ребенком.

2. Мы не можем знать всю предысторию приемных детей, не всегда хорошо чувствуем и понимаем их. Поэтому следует быть вдвойне осторожными и тактичными.

3. Многие приемные дети подвергались жестокому или чрезмерному наказанию и поэтому могут остро реагировать на любое проявление недовольства со стороны замещающего родителя.

4. Приемные дети могут иметь жизненный опыт, очень сильно отличающийся от опыта детей из обычных семей. Не их вина, что многие их представления о правилах жизни не были вовремя и правильно сформированы. Помочь им в этом – задача замещающего родителя.

Опыт первого года. Партнерство в первый год

На начальном этапе пребывания ребенка в замещающей семье, в период взаимной настороженности и притирки характеров, особую важность приобретает компетентность замещающего родителя, его умение справляться со своими чувствами, мыслить позитивно и действовать в интересах ребенка. По мере роста взаимопонимания и опыта общения многое будет решаться «само собой», как это обычно бывает в дружных семьях. Но для этого необходимо потрудиться.



ТРУДНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Абютин Алексей Сергеевич
педагог-психолог



Говоря о трудном поведении, изначально стоит оговориться. Дело в том, что трудным то или иное поведение становится в уме родителя (взрослого). Так же необходимо донести до слушателя, что ребенку в данном случае нужна помощь. Именно помощь, а не наказания.

Ведь люди старой закалки могут думать иначе, потому как раньше именно наказывали ввиду легкости действий для взрослых и сложившихся стереотипов.

В данной лекции я расскажу:

- об агрессивном поведении;
- о сексуализированном поведении.

Агрессия

Разновидностей данного поведения множество. Здесь я затрону лишь ту часть, которая чаще всего встречается.

«Не может играть. Все рушит, мешает, ломает». Если говорить о чувствах такого ребенка, то он как раз очень хочет общаться с другими. Но у него нет других моделей поведения.

Когда нас учат общаться с другими, родители подсказывают как себя вести, порой вместе с ребенком подходят к новым детям из песочницы и знакомят и знакомятся сами. Тем самым ребенок может увидеть нужное (социально-приемлемое) поведение.

Любое общение с другим человеком нам крайне необходимо. Необходимо получать обратную связь и эмоции связанные с общением. Но ребенок уже научился получать множество и, самое главное, ярких эмоций, когда бьет незнакомого ему человека. Та-

кого ребенка никто не учил тому, как надо правильно. Его скорее всего ругали, орала (яркие эмоции), порой возможно могли оттачивать от других детей или вовсе не подпускать ни к кому. Но человек – социальное существо и общение то необходимо. А значит ребенку придется нарушать правила и пытаться наученным путем войти во взаимодействие с другими. Тут и возникает замкнутый круг. Для таких детей чем сильнее эмоция, чем ярче ее проявление – тем лучше.

Давайте вернемся к тому, что мы можем сделать для помощи таким детям. Поскольку помощью здесь будет в итоге свободное взаимодействие с другими, то именно на это и стоит обратить внимание.

Тогда нужно учить ребенка просить, учить играть (ведь возможно с ним вовсе никто и не играл), учить знакомиться и общаться. Будьте примером для ребенка, показывайте и рассказывайте как надо это делать, подкрепляя лишь хорошее поведение. Ведь ранее подкрепляли криком лишь плохое.

Следует понимать, что изменения будут происходить не молниеносно, главное не опускать руки.

Ребенок при встрече шипается, толкается. Данное поведение случается, когда ребенок испытывает телесный (тактильный) голод.

Часто ребенок не различает ни холода, ни жары. Таких детей в самые лютые морозы можно увидеть на улице в шортах и футболке.

Все дело в том, что нас, когда воспитывали, даже когда мы еще были в кроватке, то родители, откликаясь на наш плач, подходили и называли («наверное тебе холодно», «Наверное жарко (мокро, твердо)») наши ощущения. Или хотя бы пытались их угадать. От чего мы научились слышать свой организм и реакции своего тела.

Если же такого не было у ребенка, то рекомендуется использовать шетку, манку, гречку, фасоль, так, чтобы ребенок мог играть с ней, мог бы лежать на них. Это все нужно, чтобы таким социально-приемлемым способом вернуть организму чувствительность. Дети часто сами могут часами расчесывать себя шеткой.

«Ребенок бесчувственный. Он бежит, орет, когда я устала или голова болит. Словно делает это назло». У ребенка отсутствует эмпатия. К слову, эмпатия формируется вплоть до 16–17 лет.

Для ее формирования понадобится погрузить ребенка в опыт нашего сочувствия и понимания его самого. Каждый раз, когда вы гуляете, обращайтесь больше внимания на людей вокруг. Поиграйте с ребенком в игру в которой вы будете пытаться угадывать чувства посторонних людей. «Смотри, у него улыбка на лице – он наверное радуется» или «Смотри, мужчина упал. Наверное, ему может быть больно». Пусть и ребенок сам пытается угадывать чувства других.

А так же когда ребенок плачет или ему больно не говорите «не плачь», а наоборот присоединитесь к нему, примите его чувства и попробуйте их назвать вслух (например, «ты упал и ударился коленкой. Даже встать сложно. Наверное тебе сейчас больно или досадно»).

Помните о том, что любая травма нанесенная ребенку «замораживает» его. И если он заговорил с Вами о чем-то сокровенном, проблематичном (для него), то он доверяет именно Вам. Не подорвите доверия. Не раскрывайте его тайн никому, соблюдайте конфиденциальность. Но помните, размораживая ребенка, Вы столкнетесь с возможной агрессией и выплеском сильных эмоций. Но это лишь означает, что ребенку становится лучше. Примите его чувства, будьте рядом.

«Он чуть что, сразу в драку лезет», «Я ору на него, а он хихикает». Здесь затронута эмоционально-волевая сфера

Так же как и в прошлом случае, ребенок, выросший в семье с самых пеленок научается понимать и контролировать свои эмоции, так как слышит «Кто тут у нас грустит?», «Кто грустит?», «Кому тут так весело». А значит, он получает обратную связь и понимает за что отвечает та или другая эмоция.

Общаясь с детьми у которых есть такое нарушение, стоит задавать себе такой вопрос: «Какая выгода может быть для самого ребенка?». Может быть он подчиняется долгу и показывает таким поведением свое превосходство (власть), которое ему показывали его родители. Есть даже такое высказывание «чем строже отец, тем хитрее ребенок».

Чаше создавайте ребенку «зону успешности».

До 12ти лет необходимо создавать ребенку компанию, водить в кружки, секции, на которых ребенок не только научится держать во внимании чувства, но и найдет, столь необходимых ему, друзей.



РЕБЕНОК В РАЗВИТИИ

Козырева Алла Михайловна
педагог-психолог



В процессе роста и развития ребенка выделяют ряд периодов. Это очередной отрезок времени, в пределах которого физиологические особенности организма более или менее однозначны.

Внутриутробный период

1. Фаза эмбрионального развития (первые три месяца).
2. Фаза плацентарного развития (с трех месяцев до рождения).

Внеутробный период

1. Период новорожденности (первые 28 дней жизни).
2. Период грудного возраста (с 29 дня до 1 года).
3. Преддошкольный период (от 1 года до 3 лет).
4. Дошкольный период (с 3 до 6 лет).
5. Младший школьный период (с 7 до 11 лет).
6. Старший школьный период (с 12 до 18 лет).

Выделяют также и пубертатный период – возраст полового созревания – от 12 до 16 лет, который переходит в юношеский. Границы отдельных возрастных периодов не резки, они переходят друг в друга. Во время роста происходит не просто увеличение общей массы тела, но развитие, созревание и изменение различных функций. Одной из особенностей развития детей в настоящее время является акселерация – ускорение развития, большой вес и рост в отдельных возрастных группах, раннее наступление половой зрелости.

Ребенок – бурно меняющийся и развивающийся организм, в различные периоды детства он неодинаково реагирует на различные факторы, вызывающие те или иные заболевания. Претерпевают изменения все органы ребенка. И если просто проследить за изменением массы тела и ростом, то порой сложно определить изменения, наступившие в организме ребенка.

Каждый определенный период характеризуется и своим особым эмоциональным фоном. Существуют критические периоды. В разные периоды встречаются одни или другие заболевания, характерные для данного возраста. Каждый возрастной период имеет свои особенности и необходимо знать, на что особенно важно обратить внимание в данный момент.

В период новорожденности необходим особый контроль за соблюдением гигиенических мероприятий, вскармливания, а также знать, что является профилактикой анемии и рахита, инфекционных заболеваний. А познакомившись со сроками формирования основных навыков, вы сможете определить уровень развития ребенка и своевременно обратиться за помощью к специалисту в случае необходимости.

В дошкольный и школьный возраст обращать внимание на физическое и умственное развитие ребенка. В возрасте 3–7 лет организм продолжает не только расти, но и претерпевает качественные изменения, выражающиеся в совершенствовании органов. Часто бывает не совпадение роста и созревания и на этом фоне может развиваться какое-либо заболевание. Своевременное выявление тех или иных заболеваний снижает риск хронизации процесса. Важно внимательно относиться к жалобам ребенка, реагировать на изменения его настроения. В период 6–7 лет характерна неустойчивость основных процессов нервной системы, возбуждение преобладает над процессом торможения. У ребенка может нарушаться сон, изменяется поведение: чрезмерная подвижность, суетливость, отвлекаемость на занятиях, отказ подчиняться требованиям взрослых.

В подростковом и юношеском возрасте особое внимание уделите психическому развитию, т.к. нередко в этом возрасте проявляется потеря душевного равновесия, антисоциальное поведение, алкоголизм, наркомания, бродяжничество. Во многих случаях эти проявления можно предупредить или в случае появления и при своевременной поддержке помочь ребенку выбраться из запутан-

ной ситуации. Главное вовремя увидеть и обратить внимание, что с ребенком что-то происходит не так, а увидеть можно тогда, когда близко знаешь его.

Что касается детей, находящихся в домах ребенка и детских домах, у них отмечается задержка как физического, так и психического развития. Формирование основных навыков также сдвигается у каждого ребенка на свой отрезок времени в зависимости от степени заболевания малыша. Но, как уже было сказано, многие дети при своевременной поддержке взрослых могут догнать в развитии своих сверстников. Для приемных детей характерна неравномерность в развитии. Все мы делаем предположения относительно поведения людей и уровня их развития на основе их возраста. Это соответствует, если у большинства людей развитие идет нормально и большинство аспектов их развития соответствуют возрастным нормам. Например, это означает, что восьмилетний ребенок физически, эмоционально, интеллектуально, академически и социально находится на уровне восьми лет развития.

Если бы мы посмотрели на мозаику, представляющую развитие этого ребенка, то на всех ее кусочках было бы указано – «восемь лет». Но для детей, в чьей жизни имели место обстоятельства, приведшие к задержке развития, нереально ожидать, что их развитие будет соответствовать их возрасту. Их жизненный опыт привел к тому, что в некоторых зонах их развитие может быть нормальным, но может демонстрировать задержки в других зонах.

Например, у ребенка может быть нормальное умственное и физическое развитие для его возраста, но его эмоции, социальные, академические навыки и умения могут функционировать на уровне, соответствующем возрасту, много меньшему, чем собственный возраст ребенка.

Развитие приемного ребенка можно сравнить с мозаикой, где на каждом кусочке обозначены разные возрасты или уровни развития. Приемным родителям и усыновителям важно определить достоинство каждого кусочка мозаики и понять уровень функционирования каждого аспекта развития ребенка. Дети отличаются друг от друга в показателях их роста и развития. Что типично в рамках одного возраста или стадии, может быть необычным для другого. Например, вспышки злости, когда ребенок падает на пол с воплями и стучит ногами, не являются чем-то необычным для двух лет. То же самое поведение у десятилетнего ребенка вызы-

вает тревогу. Интерес к сексуальному общению вполне ожидаем среди подростков, но подобный интерес в четыре года является проблемой. Большинство приемных детей имеют в своем жизненном опыте одно или более условий, мешавших нормальному росту и развитию.

Переодизация развития

Возрастная периодизация – это попытка выделить общие закономерности, которым подчиняется жизненный цикл человека. Разделение жизненного пути на периоды позволяет лучше понять закономерности развития и специфику отдельных возрастных этапов.

Физиологическая периодизация принятая в 1965 году на Международном симпозиуме по возрастной физиологии выделяет семь периодов развития в детстве и юношестве:

- период новорожденности (с 1 по 10 день после рождения)
- грудной возраст (с 11 дня до года)
- раннее детство (с 1 года до 3 лет)
- первый период детства (с 3 лет до 8 лет);
- второй период детства (у мальчиков с 8 до 12 лет, у девочек – с 8 до 11 лет)
- подростковый возраст (у мальчиков с 13 до 16 лет, у девочек – с 12 до 15 лет)
- юношеский возраст (у юношей от 17 до 21 года, а у девушек – от 16 до 20 лет).

В зависимости от критерия в разные периоды жизни человека различается психологическое состояние, что позволяет разработать психологическую периодизацию состояния человека в соответствующем возрасте. Несмотря на разные основания периодизации развития человека, большинство теорий выделяют одни и те же возрастные этапы.

Стадии развития по Эриксону. Американский психолог Э. Эриксон (1902–1994) выделил несколько психосоциальных стадий развития личности, стадий жизни в раннем возрасте и в юности:

1. **Младенчество** (от рождения до конца 1 года). В этот период благодаря материнской заботе закладываются основы здоровой личности в виде общего чувства доверия, «уверенности», «вну-

тренней определенности». Человек доверяет социуму, исходя из меры доверия к матери. Чувство недоверия, страха, подозрительности появляется, если мать ненадежна, несостоятельна, отвергает ребенка.

2. **Раннее детство** (от 1 до 3 лет). Ребенок начинает самостоятельно действовать (например, стоять, ходить, карабкаться, умываться, одеваться, есть). Идентичность ребенка на этой стадии может быть обозначена формулой: «Я сам» и «Я – то, что я могу». Разумная дозволенность способствует становлению автономии ребенка. В случае постоянной чрезмерной опеки или же, напротив, когда родители ожидают от ребенка слишком многого, того, что лежит за пределами его возможностей, у него возникает переживание стыда, сомнение и неуверенность в себе, приниженность, слабование.

3. **Возраст игры** (от 3 до 6 лет). В дошкольном периоде развивается конфликт между инициативой и виной. Дети начинают интересоваться различными трудовыми занятиями, пробовать новое, контактировать со сверстниками, с готовностью поддаются обучению и воспитанию, ориентируясь на конкретную цель. Это возраст, когда главным чувством идентичности становится «Я – то, что я буду». Поощрение начинаний ребенка, его самостоятельности и фантазий способствуют становлению инициативности, расширению границ независимости, развитию творческих способностей. При чрезмерном контроле и ограничении деятельности у детей возникает сильное чувство вины. Дети, охваченные чувством вины, пассивны, скованны и в будущем мало способны к продуктивному труду.

4. **Школьный возраст** (от 6 до 12 лет). В этом возрасте происходит выход ребенка за пределы семьи и начинается систематическое обучение. Дети поглощены тем, что стремятся узнать, что из чего получается и как оно действует. Идентичность ребенка теперь выражается так: «Я – то, чему я научился». Обучаясь в школе, дети приобщаются к правилам осознанной дисциплины, активного участия. Опасность этого периода состоит в появлении чувства неполноценности, или некомпетентности, сомнения в своих способностях или в статусе среди сверстников.

5. **Юность** (от 12–13 до 19–20 лет) – самый важный период в психосоциальном развитии человека. Уже не ребенок, но еще и не взрослый, подросток сталкивается с новыми социальными ролями

и связанными с ними требованиями. Они оценивают мир и отношение к нему, осуществляют стихийный поиск новых ответов на важные вопросы: «Кто я?», «Кем я хочу стать?». Подростки испытывают пронзительное чувство своей бесполезности, душевного разлада и бессмысленности, иногда кидаются в сторону «негативной» идентичности, делинквентного (отклоняющегося) поведения. Кризис идентичности, или ролевая спутанность, приводит к неспособности выбрать карьеру или продолжить образование, иногда к сомнениям в собственной половой идентичности. Положительное качество, связанное с успешным выходом из кризиса периода юности, – это верность, т.е. способность сделать свой выбор, найти свой путь в жизни и оставаться верным взятым на себя обязательствам, принять общественные устои и придерживаться их.

Закономерности и периодизация детского развития по Выготскому. Российский, советский психолог Л.С. Выготский (1896–1934) установил четыре основные закономерности, или особенности, детского развития:

1. **Цикличность.** Развитие имеет сложную организацию во времени, темп и содержание развития изменяются на протяжении детства. Подъем, интенсивное развитие сменяется замедлением, затуханием. Ценность месяца в жизни ребенка определяется тем, какое место он занимает в циклах развития: месяц в младенчестве не равен месяцу в подростковом возрасте.

2. **Неравномерность развития.** Разные стороны личности, в том числе психические функции, развиваются неравномерно. Есть периоды, когда функция доминирует, – это период ее наиболее интенсивного, оптимального развития, а остальные функции оказываются на периферии сознания и зависят от доминирующей функции. Каждый новый возрастной период знаменуется перестройкой межфункциональных связей – в центр выдвигается другая функция, устанавливаются новые отношения зависимости между остальными функциями.

3. **«Метаморфозы» в детском развитии.** Развитие не сводится к количественным изменениям, это не рост, а цепь качественных преобразований. Психика ребенка своеобразна на каждой возрастной ступени, она качественно отлична от того, что было раньше, и того, что будет потом.

4. **Сочетание процессов эволюции и инволюции в развитии ребенка.** Процессы инволюции закономерно включены в прогрессивное развитие. То, что сложилось на предыдущем этапе, отмирает или преобразуется. Например, ребенок, научившийся говорить, перестает лепетать.

Согласно Выготскому движущая сила (фактор) психического развития – обучение. Не всякое обучение выполняет роль движущей силы развития. Но может случиться и так, что оно будет бесполезно или даже затормозит развитие. Чтобы обучение было развивающим, оно должно ориентироваться не на уже завершившиеся циклы развития, а на возникающие, на зону ближайшего развития ребенка. Зона ближайшего развития определяется Выготским как разница, «расстояние» между уровнем актуального умственного развития ребенка и уровнем возможного развития. Уровень трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно, обозначает актуальный уровень развития. Уровень трудности задач, решаемых под руководством взрослого, определяет потенциальный уровень. В зоне ближайшего развития находится психический процесс, формирующийся в совместной деятельности ребенка и взрослого; после завершения этапа становления он становится формой актуального развития самого ребенка.

Л.С. Выготский разделяет периоды развития ребенка в соответствии с психологическим возрастом, который определяется складывающейся к началу каждого возрастного периода социальной ситуацией развития – своеобразным, специфическим для данного возраста, неповторимым отношением между ребенком и окружающей его средой, образом жизни ребенка, его «социальным бытием».

Накапливаясь с течением времени, психологические новообразования – продукты возрастного развития и одновременно предпосылки дальнейшего развития – постепенно приходят в противоречие со старой социальной ситуацией развития, ведут к ее слою и построению новых отношений, открывающих новые возможности для развития ребенка в следующем возрастном периоде. Так происходит смена психологических возрастов. Л.С. Выготский различал два типа возрастных периодов, сменяющих друг друга: стабильные и критические. Периодизация, выстроенная Выготским, включает следующие периоды:

- кризис новорожденности

- младенчество (от 2 месяцев до 1 года)
- кризис 1 года;
- раннее детство (от 1 года до 3 лет)
- кризис 3 лет
- дошкольный возраст (от 3 до 7 лет)
- кризис 7 лет
- школьный возраст (от 8 до 12 лет)
- кризис 13 лет;
- пубертатный возраст (от 14 до 17 лет)
- кризис 17 лет.

Ведущая деятельность и периодизация по Эльконину

Российский, советский психолог Д. Б. Эльконин (1904–1984) использовал понятие **ведущая деятельность**, разработанное российским, советским психологом А.Н. Леонтьевым (1903–1979), как критерий выделения психологических возрастов. В каждом возрасте имеется система различных видов деятельности, но ведущая занимает в ней особое место. Ведущая деятельность проходит длительный путь становления, развития (под руководством взрослых), а не возникает сразу в готовой форме. Ведущая деятельность – это не та деятельность, которая занимает у ребенка больше всего времени. Это главная деятельность по ее значению для психического развития. Эльконин ассоциирует разные периоды развития ребенка с ведущими видами деятельности.

- младенчество с непосредственно-эмоциональным общением ребенка и взрослого;
- ранний возраст (от 1 года до 3 лет) с предметной деятельностью;
- дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) с ролевой игрой;
- младший школьный возраст (от 8 до 12 лет) с учебной деятельностью;
- подростковый возраст (от 11 до 15 лет) с интимно-личным общением со сверстниками;
- юность.

Внутри деятельности возникают и развиваются так называемые психологические новообразования. При смене одной ведущей деятельности другой (когда, например, игровая деятельность дошкольного возраста замещается другой ведущей деятельностью – учебной, характерной уже для младшего школьного возраста) происходит кризис. В зависимости от содержания выделяют кризисы

отношений (3 года и 11 лет) и кризисы мировоззрения (1 год, 7 и 15 лет).

Стадии когнитивного развития Пиаже. Швейцарский и французский психолог Ж. Пиаже (1896–1980) взял за основу возрастной периодизации стадии когнитивного развития – состояния интеллекта:

1. Сенсомоторный интеллект / период (от рождения до 1,5–2 лет). Ребенок от рождения до 1,5–2 лет характеризуется развитием чувств и двигательных структур: он смотрит, слушает, трогает, нюхает, манипулирует, и делает это из врожденного любопытства к окружающему миру. Ребенок открывает связи между собственным действием и результатом – подтянув пеленку, можно достать лежащую на ней игрушку. У него также появляется представление о независимом и постоянном существовании других предметов. Ребенок начинает отличать себя (субъекта) от остального мира объектов.

2. Конкретно-операциональный (репрезентативный) интеллект / период конкретных операций (от 1,5–2 лет до 11 лет). Умственные способности ребенка достигают нового уровня. Это начальный этап интериоризации действий, развития символического мышления, формирования семиотических функций, таких, как язык и умственный образ. Складываются мысленные наглядные представления объектов; ребенок обозначает их названиями, а не прямыми действиями. Вначале мышление имеет субъективный, нелогичный характер. Начиная с 7 лет постепенно формируются зачатки логического мышления. Социальное и культурное окружение может ускорить или замедлить скорость прохождения стадии развития в первую очередь за счет того, предоставляет ли оно ему подходящие материалы для занятий, задачи для разрешения и т.д. Передача готового знания (заучивание правильных ответов) неэффективна; развитие происходит, когда совершается собственная активность человека, активное конструирование и саморегуляция познавательных процессов. Также для развития мышления важен обмен идеями, обсуждение и спор со сверстниками. Переход к конкретно-операциональному мышлению перестраивает все психические процессы, моральные суждения и способность к сотрудничеству с другими людьми. Однако все эти логические операции конкретны – применяются только к реальным, осязаемым предме-

там и действиям с ними, подчинены конкретному содержанию, в котором ребенку представлена реальность.

3. Формально-операциональный интеллект / период формальных (пропозиционных) операций (с 11–12 до 14–15 лет). В этом возрасте формируется способность к абстрактному мышлению. Формально-операциональные структуры проявляются в способности ребенка рассуждать гипотетически и независимо от содержания предметной области, без конкретной опоры. Формальные мыслительные операции – основа логики взрослого человека, на них базируется элементарное научное мышление, функционирующее с помощью гипотез и дедукций. Абстрактное мышление представляет собой способность строить умозаключения по правилам формальной логики и комбинаторики, что позволяет подростку выдвигать гипотезы, придумывать их экспериментальную проверку, делать выводы. У подростка появляется способность понимать и строить теории, приобщаться к мировоззрению взрослых, выходя за пределы своего непосредственного опыта. Гипотетическое рассуждение вводит подростка в сферу потенциально возможного; при этом идеализированные представления не всегда поддаются проверке и часто противоречат реальным фактам. Подростковую форму когнитивного эгоцентризма Пиаже назвал «наивным идеализмом» подростка, приписывающего мышлению неограниченную силу в стремлении к устройству более совершенного мира. Лишь принимая на себя новые социальные роли взрослых, подросток сталкивается с препятствиями, начинает учитывать внешние обстоятельства, совершается окончательная интеллектуальная децентрация в новой сфере.

Педагогическая периодизация базируется на традиционном делении учебных учреждений на дошкольные (ясли, детский сад) и школьные (младшая, средняя и старшая школы) и выделяет шесть возрастных периодов:

- младенчество (от рождения до года);
- раннее детство (от 1 до 3 лет);
- дошкольный возраст (от 3 до 6 лет);
- младший школьный возраст (от 6 до 10 лет);
- средний школьный возраст (от 10 до 15 лет);
- старший школьный возраст (от 15 до 18 лет).

Знание основных этапов индивидуального развития детей и подростков, проблем которые на этих этапах возникают – необхо-

димое условие эффективной образовательной и воспитательной работы по формированию жизненных навыков для сохранения и укрепления здоровья.

В отсутствие общепринятого определения подросткового возраста и юности Организация Объединенных Наций относит к подросткам лиц в возрасте 10–19 лет и к молодежи – лиц в возрасте 15–24 лет для целей статистического учета без ущерба для других определений, используемых государствами – членами ООН. Вместе подростки и молодежь обозначаются термином «молодые люди», к которым относятся лица в возрасте 10–24 лет. Конвенция о правах ребенка определяет детей как лиц в возрасте от рождения до 18 лет.

Новорожденность и младенчество

Младенцы – это бессловесные человеческие существа, которые имеют и накапливают опыт. Они абсолютно беспомощны и зависимы от взрослых. Для младенца мир представлен руками и телом матери. Рождение – это полная перемена условий существования, испытание и потрясение, уравновесить которое может только хорошая забота и близость матери.

Характер младенца формируется не под влиянием каких-то отдельных событий, а как результат повседневной заботы о нем. В этом возрасте формируется базовое доверие либо недоверие к миру, которое становится основой жизненной позиции. Человек обычно не осознает, в чем причина его «черного» или «светлого» восприятия жизни и с трудом способен изменить свои взгляды.

Общение со взрослым имеет абсолютную значимость для младенца. Известно, что новорожденные и дети первого года жизни, лишенные общения со взрослыми, сильно отстают в психическом развитии и могут даже умереть, несмотря на хорошую заботу об их физических нуждах (эффект «госпитализма»).

Брать ребенка на руки, качать его и играть с ним, разговаривать, смотреть в глаза и улыбаться ему – так же важно, как и кормить его.

Младенчество оканчивается в тот момент, когда ребенок овладевает ходьбой и речью и приобретает способность самостоятельно перемещаться в пространстве и становится активным в общении.

Младенческий возраст начинается с периода новорожденности, с 2 месяцев и заканчивается в 12 месяцев (Л.С. Выгодский). У новорожденного наблюдаются лишь врожденные, инстинктивные формы поведения – безусловные рефлексы, которые важны для его выживания. По мере роста и развития младенца инстинктивные формы поведения теряются, что дает возможность для практически безграничного формирования новых, социальных форм поведения, которые вырабатываются в течение всей жизни.

Условные рефлексы формируются на основе зрительного и слухового сосредоточения на лице и голосе взрослого, которое возникает во время кормления и ухода за ребенком. Такое сосредоточение способствует тому, что бодрствование приобретает активный характер, а двигательная активность ребенка перестраивается. Фиксирование глазами предмета, поворот головы в сторону звука, торможение хаотических движений связывают ребенка с внешним миром, выступают первыми двигательными актами, имеющими характер поведения. Взрослый стимулирует становление у ребенка новых эмоций, социальных потребностей в познании и общении. В ответ на доброжелательное внимание, любовь и заботу взрослого у малыша возникают положительные социальные переживания. Первой социальной эмоцией, первым социальным жестом выступает улыбка ребенка в ответ на разговор с ним взрослого. Она говорит о том, что малыш выделил первый объект, на который направил свою активность. Таким объектом является взрослый. Улыбка свидетельствует о том, что заканчивается период новорожденности и начинается новая стадия развития – период младенчества. Особенностью психического развития младенца является тот факт, что развитие органов чувств опережает развитие телесных движений и создает предпосылки для их формирования.

Ранний возраст. Кризис трех лет

Благодаря ведущей, предметной, деятельности в раннем возрасте появляются такие новообразования, как речь, развитие репродуктивного воображения, наглядно-действенное мышление, переходящее в наглядно-образное. Однако, самым важным, центральным новообразованием является возникновение феномена «Я сам», которое Выготский называл «внешнее Я сам». Именно это новообразование и является тем стимулом, благодаря кото-

рому распадается старая социальная ситуация развития, которая проявляется в кризисе трех лет.

Основные симптомы этого кризиса впервые были описаны Эльзой Келер в работе «О личности трех летнего ребенка».

1. **Негативизм.** Это отрицательная реакция, связанная с отношением одного человека к другому человеку. Ребенок отказывается вообще подчиняться определенным требованиям взрослых. Негативизм нельзя смешивать с непослушанием. Непослушание бывает и в более раннем возрасте. Выготский писал: «ребенок не делает, потому что его кто-то попросил».

Пример: «Девочка хочет, чтобы ее взяли на конференцию, на которой обсуждают детей. Она даже собирается идти туда. Я приглашаю девочку. Но так как Я зову ее, она ни за что не идет. «Ну, иди сюда», – она не идет и сюда. Когда ее оставляют в покое, она начинает плакать. Ей обидно, что ее не взяли. Таким образом, негативизм вынуждает ребенка поступать вопреки своему желанию. Девочке хотелось бы пойти, но т.к. ей предложили, она отказалась».

2. **Упрямство.** Это реакция на собственное решение. Упрямство не следует смешивать с настойчивостью. Упрямство состоит в том, что ребенок настаивает на своем требовании, на своем решении. Здесь происходит выделение личности и выдвигается требование, чтобы с этой личностью считались. Выготский пишет: «Упрямство – такая реакция ребенка, когда он настаивает на чем-то не потому, что ему этого хочется, а потому, что он это потребовал». Например: ребенка зовут со двора в дом; он отказывается, ему приводят доводы, его убеждают, но т.к. он отказался, он уже и не идет. Мотивом упрямства является первоначальное решение.

3. **Строптивость.** Близка к негативизму и упрямству, но имеет специфические особенности. Строптивость носит более генерализованный и безличный характер. Это протест против порядков, которые существуют дома, против норм воспитания, образа жизни, к интересовавшим ранее игрушкам. Строптивость направлена вовне, в отличие от упрямства.

4. **Своеволие.** Стремление к эмансипации от взрослого. Ребенок сам хочет что-то делать. Отчасти это напоминает кризис 1-го года жизни, но там ребенок стремится к физической самостоятельности. Здесь речь идет о более глубоких вещах – о самостоятельности намерения, замысла.

Это были наиболее важные симптомы, кроме которых различают еще 3 второстепенных:

5. **Обещивание взрослых.** Ш. Бюлер описала ужас семьи, когда мать услышала от ребенка в свой адрес: «дура».

6. **Протест-бунт.** Проявляется в частых ссорах с родителями. Выготский пишет: «Все поведение ребенка приобретает черты протеста, как будто ребенок находится в состоянии войны с окружающими, в постоянном конфликте с ними».

7. **Деспотизм.** Встречается в семье с единственным ребенком. Ребенок проявляет деспотическую власть ко всем окружающим и изыскивает для этого множество способов. Например: мать не должна уходить из дома, она должна сидеть в комнате, как ребенок этого требует. Ему должны достать все, что он требует; есть этого он не станет, а будет то, что требует. Можно сказать, что он пытается вернуться в младенчество, где фактически исполнялись все его желания.

В семьях с несколькими детьми этот симптом проявляется в ревности: по отношению к старшим или младшим.

Благодаря этим симптомам, ребенок пытается установить новые, более высокие формы отношения с окружающими. Наступает отделение ребенка от взрослого. В результате чего, взрослые как бы впервые возникают в мире детской жизни. Мир детской жизни из мира, ограниченного предметами, превращается в мир взрослых людей. Возникает тенденция к самостоятельной деятельности, но похожий на деятельность взрослого, т.к. он – образец.

Кроме этих главных симптомов, есть и другие, невротического характера: возможен энурез, ночные страхи, иногда резкие затруднения в речи, гипобулические припадки.

Описав все 7 симптомов, Выготский определяет их в целом как трудновоспитуемость. Определяя это понятие, он говорит об изменениях в социальных отношениях ребенка с ближайшими взрослыми. Все симптомы, по Выготскому, вращаются вокруг оси «Я» и окружающих людей. Все это заставляет говорить о психологическом отделении от ближайших взрослых.

Выготский делает вывод, что в 3 года ребенок мотивирует свои поступки отношениями с окружающими; т.е. кризис трех лет – «это прежде всего кризис социальных отношений; возникает ряд поступков, мотив которых связан с проявлением личности ребенка..., мотив дифференцирован от ситуации».

Согласно Божович, с появлением новообразования – системы «Я», выражающегося в слове «Я», доминирующей становится потребность в реализации и утверждении собственного Я. Депризация именно этой потребности вызывает трудности в поведении детей. После возникновения системы «Я», возникают и другие новообразования, наиболее значительным из которых является самооценка и связанное с ней стремление соответствовать требованиям взрослых, быть «хорошим».

Появление самооценки (желания быть хорошим) приводит к усложнению внутренней позиции ребенка: с одной стороны, присутствует желание действовать посвоему, с другой – соответствовать требованиям взрослых (значимых). Это приводит к возникновению амбивалентных тенденций в поведении.

Д.Б. Эльконин, определяет такое новообразование раннего возраста – личное действие (правильный способ употребления предмета) и сознание «Я сам». В совместной предметно-манипулятивной деятельности ребенка со взрослым к 3-м годам возникает желание действовать по собственному усмотрению, действовать вопреки ситуации, предложенной взрослым.

Развернутое исследование кризиса трех лет в котором анализируются отечественные и зарубежные исследования установили, что кризис приводит к появлению у ребенка двух наиболее ярких черт: уязвимости и непредсказуемости поведения. Также выделяют два «пояса» симптомов: 1) симптомы, направленные на достижение в предметно-практической сфере; 2) симптомы, концентрирующиеся вокруг отношений ребенка и взрослого.

Дошкольный возраст

В этом возрасте ребенок начинает много играть со сверстниками, любит компании взрослых и детей. Предпочитает коллективные игры с правилами и ролевые игры в «жизненные ситуации» («дочки-матери», «больница», «магазин», «школа» и т.д.). Умеет выражать свое недовольство не ударами и криками, а словами и просьбами. Задаёт очень много вопросов (возраст «почемучек»). К 6 годам его активный словарь составляет 2000 слов, он знает основные цвета и геометрические формы, способен схематично нарисовать фигуру человека, домик и т.д.

Это возраст, когда закладывается основа совести и моральной

ответственности. Главное для ребенка в это время – быть активным и значимым членом своей семьи. Он усваивает семейные ценности, и они становятся приоритетными.

Дети стремятся помогать по дому и с удовольствием делают домашние дела вместе со взрослыми. Они уже много понимают в человеческих отношениях, ориентированы на сочувствие, их трудно заставить, но с ними легко договориться.

Мышление детей этого возраста – носит «магический» и «эгоцентрический» характер. Ребенок замечает причинно-следственные связи, но может путать причину со следствием («ветер дует, потому что деревья качаются»). Желаемое в его восприятии пока еще преобладает над действительным, бурно и не всегда контролируемо работает фантазия. При этом ребенок видит себя как центр происходящих вокруг событий, и, если происходит какое-то несчастье, ребенок склонен рассматривать себя, как его причину (развод родителей или смерть – «я виноват, я не был хорошим ребенком, и они меня покинули», «я толкнул свою сестренку, а она потом умерла», «я злился на бабушку, а она потом заболела»).

Основная задача личностного развития – формирование инициативы. В благополучном варианте, когда ограничения взрослых разумны и последовательны, а наказания не приводят ребенка в ужас, инициативность добавляет к достигнутой на предыдущей стадии автономности качества предприимчивости, планирования и способности «атаковать» задачу из желания испытать себя. Если наказания непредсказуемы, и подавление инициативы носит тотальный характер, основной мотивацией в деятельности становится избегание неудач, а поведением управляют зависть к активным сверстникам и непреодолимый страх проявить себя.

Движущими силами развития психики дошкольника являются противоречия, которые возникают в связи с развитием целого ряда потребностей ребенка. Важнейшие из них: потребность в общении, с помощью которой усваивается социальный опыт, потребность во внешних впечатлениях, в результате чего происходит развитие познавательных способностей, потребность в движениях, приводящая к овладению целой системой разнообразных навыков и умений. Развитие ведущих социальных потребностей в дошкольном возрасте характеризуется тем, что каждая из них приобретает самостоятельное значение.

Младший и средний школьный возраст

Школа – это выход в широкую социальную действительность, семья становится базой для совершения путешествий во вне. Ребенок вступает в самостоятельные отношения с детьми и взрослыми в процессе социально значимой и социально оцениваемой деятельности – учения. Раньше его любили просто за то, что он есть, теперь на отношение к нему влияют его достижения.

В жизни ребенка появляются новые авторитеты («...а учительница сказала...»). Он начинает соотносить семейные ценности с социальными ценностями более широкого порядка. Постепенно у него формируется иерархия ценностей и мотивов поведения. Самооценка приобретает более реалистичный характер.

Дети в этом возрасте еще очень доверяют взрослым, в первую очередь, родителям. Они ориентируются на оценку взрослых, стремятся заслужить похвалу, делятся важными переживаниями и секретами.

Это возраст действия, поиска твердых и однозначных убеждений, когда особое значение в межличностных отношениях приобретают кооперация и справедливость.

Основная задача развития в личностном плане – формирование трудолюбия. Если раньше игра ребенка подчинялась принципу удовольствия, то теперь принцип работы учит его удовольствию от целесообразного завершения своего труда, который связан с усилиями. В неудачном варианте результатом школьного опыта становится чувство неполноценности. Если ребенок в отчаянии от своей неспособности справиться с учебными задачами или с отношениями со сверстниками, это приводит к отказу от деятельности и отторжению от своей группы, сопровождающимся чувством несостоятельности и неадекватности.

Особенности и потребности детей младшего школьного возраста (7–10 лет)

1. В младших классах у детей развивается абстрактное мышление, способность логически рассуждать и наблюдать, анализировать и делать выводы.

2. Ведущей в младшем школьном возрасте становится учебная деятельность. Она определяет важнейшие изменения, проис-

ходящие в развитии психики детей на данном возрастном этапе.

3. Ребенок вступает в самостоятельные отношения с детьми и взрослыми в процессе социально значимой и социально оцениваемой деятельности – учения. Раньше его любили просто за то, что он есть, теперь на отношение к нему влияют его достижения.

4. Характерной особенностью детей в возрасте 7–10 лет является любознательность, живой интерес ко всему новому и яркому. Эта черта сочетается с выраженным стремлением многому подражать, а иногда что-то копировать, поэтому личный пример родителей, имеет исключительно важное воспитывающее значение.

5. В младшем школьном возрасте формируется потребность в признании. У детей появляется стремление завоевать уважение родителей, авторитет среди сверстников и педагогов.

6. В этом возрасте происходит появление и другого важного новообразования – произвольного поведения. Ребенок становится самостоятельным, сам выбирает, как ему поступать в определенных ситуациях.

Особенности и потребности детей среднего школьного возраста (11–12 лет)

1. Мышление развивается от конкретно-интуитивного в словесно-логическое. К 12 годам завершается формирование коры головного мозга, мыслительные возможности ребенка становятся потенциально равны возможностям взрослого.

2. Взаимоотношения со сверстниками обладают большой ценностью данного возраста. Основное содержание общения со сверстниками становится поиск взаимопонимания.

3. Это возраст действия, поиска твердых и однозначных убеждений, когда особое значение в межличностных отношениях приобретают кооперация и справедливость.

4. Бурные процессы полового созревания. Акселерация, т.е. ускорение физических и физиологических процессов.

5. Возникновение чувства взрослости – одно из главных достижений этого возраста. Меняется манера ходить, разговаривать, одеваться.

6. В этом возрасте подросток нуждается одновременно в том, чтобы проявлять самостоятельность, как взрослый, и в опеке, как ребенок. Поэтому потребность в защищенности, безопасности,

остается значимой и в этом периоде.

7. Основная потребность – потребность самоутвердиться, занять достойное место в детском коллективе. «Пожалуй, никакой другой возраст не несет с собой такой готовности к самым разнообразным действиям и жажды самоутверждения».

Подростковый возраст

«Физиологическая революция». Бурный физический рост и половое созревание, полная перестройка иммунной и гормональной систем сопровождаются утомляемостью, вспышками раздражения, перепадами от бурной активности к подавленности.

Когнитивное развитие. Абстрактное мышление становится преобладающим. Развита критичность и чувство юмора, восприятие жизни становится более реалистичным. Появляются самостоятельные интеллектуальные интересы.

Психологическое развитие. Подобно тому, как в момент рождения происходило физическое отделение ребенка от матери, так в подростковом возрасте происходит психологическое отделение ребенка от семьи. Теперь особое значение для него приобретает общение со сверстниками и самостоятельность. Мнение сверстников и значимых для подростка людей начинает преобладать над авторитетом родителей. Подросток жаждет почувствовать себя отдельной, независимой личностью.

Все вышеперечисленные изменения разрушают ощущение личностной целостности. Мучительные поиски ответа на вопросы: «Кто я? Что я собой представляю? К чему я иду?» – попытка эту целостность восстановить.

В подростковом кризисе идентичности возникает задача заново пройти все предыдущие критические моменты развития, решить все старые задачи, сознательно и с внутренней убежденностью, что именно такой выбор значим для самого подростка и для общества. Тогда социальное доверие к миру, самостоятельность, инициатива, трудолюбие создадут новую, зрелую целостность личности.

Недостаток внутренних ресурсов приводит к размытой идентичности:

- неопределенность социального положения и ожиданий;
- противоречивое поведение;

– неспособность сохранять постоянные личностные черты в разных ситуациях.

Невозможность четко ответить на вопрос: «Кто я?» естественным образом формирует подспудный страх: «Я – никто!» и служит источником невроза.

«Трудные подростки» трудны, прежде всего, для самих себя. Внутренние противоречия, впадение в крайности, одиночество и неуверенность переживают все в этом возрасте.

Особенности и потребности детей подросткового возраста (13–15 лет)

1. Специфика данного возраста хорошо описывается с применением частицы «НЕ»:

- НЕ хотят учиться так, как могут;
- НЕ хотят слушать никаких советов;
- НЕ делают домашние задания.

2. В это время они бросаются в активное узнавание различных аспектов жизни, активное опробование своих новых ролей. Им не нужны чужие советы, ведь им необходимы собственные ошибки.

3. Меняется общение со сверстниками. Общение выходит за пределы школы и выделяется в самостоятельную важную сферу жизни. Отношения со сверстниками выделяются в сферу личной жизни, обособленной от влияния, вмешательства взрослых. В сверстниках подросток ценит качества товарища и друга, сообразительность и знания (а не успеваемость), смелость, умение владеть собой.

4. Появляется дифференцированное отношение к учителям, формируются новые критерии оценки деятельности и личности взрослого. В 7–8 классах дети очень ценят эрудицию учителя, свободное владение предметом, стремление дать дополнительные к учебной программе знания, ценят учителей, у которых время на уроке не тратится зря, и не любят, когда отрицательно относятся к самостоятельным суждениям учащихся.

5. Учебную мотивацию следует развивать, опираясь на актуальные потребности подростков. Центральное место в учебной мотивации занимает мотив самоутверждения. Это открывает возможность для развития учебной мотивации и общей позна-

вательной мотивации путем укрепления самооценки школьника, развития произвольности поведения, стратегий преодоления трудностей. Когда подростки терпят неудачу (или не достигают такого успеха, которого ожидали), у них быстро наступает разочарование в самой сфере и самих себе. Поддержка школьника, укрепление его самооценки, выработка у него умения анализировать причины неудачи – существенные моменты для учебной мотивации.

6. Слабость воли, неорганизованность, действие по наиболее сильному мотиву, сравнительно легкий отказ от достижения поставленной цели вопреки ее объективной значимости – все это входит в качестве неотъемлемой части в портрет «типичного подростка». Стремление «стать более волевым человеком» в этом возрасте не подкреплено подлинным желанием измениться. Для подростка характерна «не слабость воли, а слабость цели». Развивать волевое поведение следует, используя эмоционально привлекательные цели, обогащая интересы, увлечения школьника, поддерживая и укрепляя возникшие у него намерения. Принципиально важно, чтобы эти цели были для школьника действительно важными, а не задавались бы искусственно. Очень важно обеспечить школьника средствами достижения желаемой цели. К таким средствам относятся: умение предвидеть последствия несовершенных и совершенных поступков, их значение для себя и других людей, способность представлять себе такие последствия не только интеллектуально, но и эмоционально. Школьнику следует целенаправленно прививать умение представлять то, как он будет себя чувствовать в дальнейшем, через определенный временной промежуток. Это для них трудно, поскольку подростки не умеют предвидеть те последствия поступка, которые зависят не от объективных обстоятельств, а от собственного психологического или даже физического состояния.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово.....	3
Козырева Алла Михайловна. Работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья и с детьми-инвалидами.....	4
Писаренко Павел Юрьевич. Этика общения детьми-инвалидами.....	10
Козырева Алла Михайловна. Особенности развития и ухода за ребенком с ограниченными возможностями здоровья.....	20
Козырева Алла Михайловна. Работа волонтера по сопровождению приемных семей «Безопасное воспитание».....	44
Магдалена А. Гаеде Сепулведа. Международное волонтерство.....	53
Сытник Наталья Владиславовна. Правила оказания первой медицинской помощи.....	64
Сытник Наталья Владиславовна. Экстренная помощь на месте несчастного случая.....	82
Абютин Алексей Сергеевич. Одной любви недостаточно.....	96
Абютин Алексей Сергеевич. Ребенок приходит в семью.....	100
Абютин Алексей Сергеевич. Трудное поведение.....	106
Козырева Алла Михайловна. Ребенок в развитии.....	110

**Некоммерческая организация
Благотворительный фонд «Столица Милосердия»**

**127006, г.Москва,
Садовая-Триумфальная улица, дом 4/10 -126**

тел.: +7 495 5178005

www.capital-mercy.ru

capital-mercy@mail.ru

Материалы публикуются в редакции авторов.

Издательство «Аспект Пресс»
Подписано в печать 31.12.2017
Формат А5, 148x210 мм
Тираж 200 экз. заказ № 7184
Отпечатано на электронных носителях издательства
ОАО «Тверской полиграфический комбинат»
170024. г. Тверь, пр-т Ленина, 5