

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ГИГИЕНЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т. С. БОРИСОВА, Н. В. БОБОК

**МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия для студентов
учреждений высшего образования, обучающихся по специальности
1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело»



Минск БГМУ 2018

УДК 613.95:616-006-083(075.8)

ББК 51.28я73

Б82

Рецензенты: зав. лаб. гигиены детей и подростков Научно-практического центра гигиены Н. А. Грекова; каф. общей гигиены и экологии Гродненского государственного медицинского университета

Борисова, Т. С.

Б82 Медико-гигиеническое обеспечение детей с особенностями психофизического развития. Гигиенические аспекты организации паллиативной помощи детям : учебно-методическое пособие / Т. С. Борисова, Н. В. Бобок. – Минск : БГМУ, 2018. – 46 с.

ISBN 978-985-21-0150-9.

Освещены основные аспекты нормативного правового обеспечения, особенности планировки, благоустройства, образовательного и воспитательного процессов, медицинского обеспечения детей с особенностями психофизического развития при организации для них паллиативной и ранней комплексной помощи.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов медико-профилактического факультета, 3-го курса педиатрического факультета (необходимые для изучения разделы обозначены *) при изучении дисциплины «Гигиена детей и подростков».

УДК 613.95:616-006-083(075.8)

ББК 51.28я73

ISBN 978-985-21-0150-9

© Борисова Т. С., Бобок Н. В., 2018

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Данный материал рассматривается в рамках тем занятий «Медико-гигиеническое обеспечение детей с особенностями психофизического развития», «Гигиенические требования к организации и условиям обучения детей в учреждениях специального образования» на медико-профилактическом факультете и темы «Гигиенические аспекты организации работы учреждений специального образования» на педиатрическом факультете.

С вступлением в действие Кодекса Республики Беларусь об образовании в 2011 г. перед системой специального образования возникла новая задача — организация образовательного процесса для детей, которые ранее считались необучаемыми.

Для оказания комплексной помощи детям с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями в Республике Беларусь создана сеть специализированных учреждений. Координирующими учреждениями специального образования в пределах конкретного региона (района, города, области) являются центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Деятельность ЦКРОиР включает: медико-психолого-педагогическое обследование детей, оказание коррекционно-педагогической помощи всем детям с особенностями психофизического развития (ОПФР), анализ эффективности коррекционно-педагогического воздействия в условиях специально организованного обучения и воспитания, организацию образовательного и воспитательного процессов для детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, информационную, методическую поддержку и др. В настоящее время в 141 ЦКРОиР республики обучается и воспитывается более 3000 детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями; более 4000 детям с ОПФР оказывается коррекционно-педагогическая помощь, в 137 кабинетах ранней комплексной помощи оказывается специализированная помощь 1300 детям с ОПФР в возрасте до 3 лет.

Организована специальная образовательная деятельность для таких детей и в учреждениях социального обслуживания: в республике функционирует 9 домов-интернатов для детей с ОПФР, в которых находится около 1367 детей-инвалидов.

В Республике Беларусь также осуществляется паллиативная помощь детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе. На паллиативном обслуживании находится около 3000 пациентов в возрасте до 19 лет. При этом основную массу составляют дети с неонкологической патологией (90 %). Благодаря высоким результатам противоопухолевого лечения детей с неизлечимыми злокачественными новообразованиями немного, примерно 50 человек в год. Порядок оказания паллиативной помощи детям опре-

делен приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 93 от 31 января 2012 г. «О совершенствовании оказания паллиативной помощи детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе». Кроме того, в Законе Республики Беларусь «О социальном обслуживании» в 2012 г. был впервые введен термин «социальная передышка», обозначающий освобождение родителей от ухода за ребенком-инвалидом на определенный период времени.

Систематизация современных знаний об основных аспектах содержания, обучения, воспитания, медицинского обслуживания и реабилитации детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, гигиенических аспектах организации паллиативной помощи детям является необходимой составляющей практической подготовки будущих специалистов педиатрической и санитарно-эпидемиологической служб. Излагаемый материал приведен в соответствие с действующими в Республике Беларусь законодательными и инструктивно-методическими документами.

Цель занятия: изучить особенности организации образовательного и воспитательного процессов, коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации, медицинского обеспечения детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Задачи занятия:

1. Ознакомиться с системой оказания комплексной помощи детям с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями в Республике Беларусь.

2. Изучить основные технические нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность учреждений социального обслуживания, ЦКРОиР, хосписов.

3. Изучить гигиенические аспекты организации ранней комплексной помощи детям с ОПФР.

4. Ознакомиться с особенностями организации паллиативной помощи детям в Республике Беларусь.

5. Изучить принципы организации коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации детей с дизонтогенезом.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить ранее пройденный материал из соответствующих разделов гигиены детей и подростков: структуру и динамику заболеваемости детского населения Республики Беларусь, организацию медицинской помощи детскому населению, физиолого-гигиенические основы деятельности и режима дня детей и подростков, рациональное питание детей и подростков, физиолого-гигиенические основы физического воспитания и закаливания, адаптивную физическую культуру, гигиеническое

обучение и воспитание детей, гигиенические требования к организации специального образования детей и подростков.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Медико-гигиенические аспекты организации ранней комплексной помощи детям с ОПФР.
2. Гигиенические требования к структуре, организации образовательного и воспитательного процессов, содержанию детей в ЦКРОиР.
3. Особенности содержания, организации учебно-воспитательного процесса и медицинской помощи детям-инвалидам в домах-интернатах.
4. Гигиенические аспекты организации паллиативной помощи детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Ознакомиться с эталоном решения ситуационной задачи.
2. Решить по эталону один из представленных вариантов ситуационных задач (Сборник ситуационных задач по гигиене детей и подростков / Т. С. Борисова [и др.]. Минск: БГМУ, 2017. 298 с.).

Эталон решения задачи*.

Дать гигиеническую оценку здания, помещений и их оборудования, медицинского обеспечения и организации занятий в ЦКРОиР.

Здание ЦКРОиР двухэтажное, с блочной планировкой. Входы в здание оборудованы пандусами. Учреждение оснащено лифтами, лестницы имеют двусторонние поручни на высоте 0,5 и 0,7 м и ограждение высотой 1,8 м (деление горизонтальное). Ребра ступеней закруглены. Поручнями также оборудованы все пути передвижения детей. Все помещения оснащены хорошо различимой визуальной информацией. Обеспечена доступность помещений и их отдельных зон для детей, передвигающихся с помощью кресел-колясок.

Планировочная структура здания предусматривает учебные, спальные помещения, помещения коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации, административные, хозяйственные, медицинского назначения, пищеблока и общего пользования.

Помещения медицинского назначения (кабинет приема, процедурный кабинет, медицинский изолятор) размещены на втором этаже. Медицинский изолятор рассчитан на один вид инфекции (воздушно-капельные), отделен от остальных медицинских помещений шлюзом с умывальником. Палаты медицинского изолятора непроходные, отдельные для мальчиков и девочек, оборудованы койками из расчета 5 % от общей вместимости.

Площадь учебных помещений ЦКРОиР и площадь спальных помещений принята из расчета 4,2 м² на 1 ребенка. Спальни отдельные для

мальчиков и девочек, рассчитаны на 4 ребенка каждая. Для организации физического воспитания в ЦКРОиР предусмотрены размещенные на первом этаже спортивный зал и зал для занятий специальных медицинских групп. Помещения медицинского назначения предусмотрены в отдельном блоке на первом этаже. Кабинет социальной адаптации оборудован стиральной машиной-автоматом, бытовой электроплитой, шкафчиками для хранения посуды и кухонного инвентаря, обеденным столом, двухгнездной мойкой, а также используется в качестве столовой для приема пищи детьми.

В помещениях ЦКРОиР коэффициент естественного освещения соответствует 1,5 %. Светопроемы оборудованы регулируемыми шторами из текстильных материалов. В переходный период года температура воздуха в спальнях помещений составила +22 °С, его относительная влажность — 50 %, скорость движения воздуха — 0,1 м/с.

Продолжительность индивидуальных и групповых занятий с детьми с ОПФР составляет 25–45 мин.

Врач-педиатр в условиях учреждения ежедневно ведет амбулаторный прием, регистрируя в журнале по форме 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных» все случаи обращений. Выявленных заболевших детей помещают в медицинский изолятор.

С целью выявления педикулеза и чесотки медицинские работники учреждения еженедельно осуществляют осмотр учащихся. Для предупреждения заноса инфекционных заболеваний медицинские работники проводят профилактические осмотры по возвращении детей в школу-интернат с регистрацией результатов в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма 060/у).

В том числе в рамках своих должностных обязанностей врач-педиатр ежемесячно анализирует заболеваемость по обращаемости, все случаи травм, контролирует соблюдение карантинных мероприятий и наблюдает за детьми, бывшими в контакте с инфекционными пациентами, информирует соответствующие органы и учреждения о каждом случае инфекционного заболевания, проводит работу по гигиеническому обучению и воспитанию детей, ежедневно контролирует выполнение детьми правил личной гигиены, проводит работу по адаптивному гигиеническому обучению и воспитанию учащихся.

Решение. В соответствии с СанПиН «Требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью», утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 декабря 2012 г. № 197, при гигиенической оценке помещений,

оборудования и организации занятий в ЦКРОиР установлены следующие нарушения:

- 1) помещения медицинского назначения должны быть размещены на первом этаже в отдельном блоке (п. 59);
- 2) медицинский изолятор должен быть рассчитан не менее чем на два вида инфекции: воздушно-капельные и кишечные (п. 60);
- 3) не предусмотрены поручни на высоте 0,9 м (п. 36);
- 4) установлено горизонтальное деление ограждений (п. 36);
- 5) не оборудован зал ритмики (п. 32);
- 6) недостаточная площадь спальных помещений: 4,2 вместо 4,5 м² на ребенка (п. 43);
- 7) в планировочной структуре здания не предусмотрены помещения диагностической работы (п. 32);
- 8) не предусмотрен крытый плавательный бассейн (п. 50);
- 9) недостаточный коэффициент естественной освещенности помещений: 1,5 % при норме 2,5 % (п. 64);
- 10) нарушена продолжительность индивидуальных занятий: 25–45 мин при норме 15–30 мин, а для детей с ДЦП, не передвигающихся самостоятельно, возможно проведение индивидуальных занятий продолжительностью 30–45 мин (п. 141);
- 11) нарушены условия размещения детей в изоляторе: детей с острыми заболеваниями можно помещать в изолятор только кратковременно (запрещено помещать детей с инфекционными заболеваниями), при необходимости таких детей нужно направлять на лечение в организации здравоохранения (п. 191);
- 12) нарушены правила ведения медицинской документации: в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма 060/у) медицинские работники регистрируют результаты осмотров, а необходимо регистрировать все случаи инфекционных заболеваний (п. 191).

Эталон решения задачи.

Дать гигиеническую оценку земельного участка, помещений, оборудования, организации занятий с детьми в ЦКРОиР.

Площадь земельного участка ЦКРОиР составляет 2,2 га, участок имеет ограждение высотой 1,6 м, 2 въезда. На территории земельного участка предусмотрены следующие зоны: физкультурно-спортивная, коррекционная, хозяйственная, учебно-опытная и зона отдыха. Все зоны территории связаны пешеходными дорожками шириной 1,8 м. При озеленении территории использованы яркие цветы и деревья с разным запахом. Территория учреждения имеет наружное электрическое освещение, обеспечивающее освещенность на поверхности земли в вечернее время не менее 20 лк.

Здание ЦКРОиР двухэтажное, с блочной планировкой. Входы в здание оборудованы пандусами. Учреждение оснащено лифтами, лестницы имеют двусторонние поручни (на высоте 0,5 и 0,7 м) и ограждение высотой 1,8 м (деление горизонтальное). Ребра ступеней закруглены. Поручнями также оборудованы все пути передвижения детей. Все помещения оснащены хорошо различимой визуальной информацией. Обеспечена доступность помещений и их отдельных зон для детей, передвигающихся с помощью кресел-колясок.

Планировочная структура здания предусматривает учебные, спальные помещения, помещения коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации, административные, хозяйственные, медицинского назначения, пищеблока и общего пользования.

Площадь учебных и спальных помещений принята из расчета 4,2 м² на 1 ребенка. Спальни отдельные для мальчиков и девочек, рассчитаны на 4 ребенка каждая. Для организации физического воспитания в ЦКРОиР предусмотрены размещенные на первом этаже спортивный зал и зал для занятий специальных медицинских групп. Помещения медицинского назначения предусмотрены в отдельном блоке на первом этаже.

Кабинет социальной адаптации оборудован стиральной машиной-автоматом, бытовой электроплитой, шкафчиками для хранения посуды и кухонного инвентаря, обеденным столом, а также двухгнездной мойкой и также используется в качестве столовой для приема пищи детьми.

В помещениях ЦКРОиР коэффициент естественного освещения соответствует 1,5 %. Светопроемы оборудованы регулируемыми шторами из текстильных материалов. В переходный период года температура воздуха в спальнях помещений составила +22 °С, его относительная влажность — 50 %, скорость движения воздуха — 0,1 м/с.

Продолжительность индивидуальных и групповых занятий с детьми с ОПФР составляет 25–45 мин.

Решение. В соответствии с СанПиН «Требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью», утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 декабря 2012 г. № 197, при гигиенической оценке земельного участка, помещений, оборудования и организации занятий в ЦКРОиР установлены следующие нарушения:

- 1) нарушено зонирование земельного участка: вместо физкультурно-оздоровительной предусмотрена физкультурно-спортивная зона (п. 27);
- 2) недостаточная освещенность физкультурно-оздоровительной зоны и зоны отдыха в вечернее время: 20 лк вместо 40 лк (п. 16);

- 3) не предусмотрены поручни на высоте 0,9 м (п. 36);
- 4) установлено горизонтальное членение ограждений (п. 36);
- 5) не оборудован зал ритмики (п. 32);
- 6) недостаточная площадь спальных помещений: 4,2 вместо 4,5 м² на ребенка (п. 43);
- 7) в планировочной структуре здания не предусмотрены помещения диагностической работы (п. 32);
- 8) не предусмотрен крытый плавательный бассейн (п. 50);
- 9) недостаточный коэффициент естественного освещения помещений: 1,5 % при норме 2,5 % (п. 64);
- 10) нарушена продолжительность индивидуальных занятий: 25–45 мин при норме 15–30 мин, а для детей с ДЦП, не передвигающихся самостоятельно, возможно проведение индивидуальных занятий продолжительностью 30–45 мин (п. 141).

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Дом-интернат — учебно-воспитательное и медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания детей, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, а также социально-трудовой адаптации.

Инвалид — лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полноценному и эффективному его участию в жизни общества наравне с другими.

Инвалидность — социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты.

Лицо с ОПФР — лицо, имеющее физические и (или) психические нарушения, которые ограничивают его социальную деятельность и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий.

Медицинская реабилитация инвалидов — комплекс мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний.

Множественные физические и (или) психические нарушения — два и более физических и (или) психических нарушения.

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание,

самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, которая приводит к невозможности осуществлять повседневную деятельность способом и в объеме, обычных для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности.

Паллиативная помощь — вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента.

Специальные условия для получения специального образования на уровнях дошкольного, общего среднего образования — обучение и воспитание с организацией педагогической, медицинской, социальной и иных видов помощи, без которых невозможно или затруднено освоение содержания образовательных программ специального образования, в том числе с использованием технических средств социальной реабилитации, учебных планов специального образования и программ специального образования, учебников и учебных пособий специального образования, специальных методик обучения, с созданием адаптивной образовательной среды.

Тяжелые физические и (или) психические нарушения — физические и (или) психические нарушения, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами специального образования является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания и получением элементарных трудовых навыков.

Физическое и (или) психическое нарушения — отклонения от нормы, ограничивающие социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

ЦКРОиР — учреждение специального образования, обеспечивающее создание комплексной системы психолого-медико-педагогической помощи детям с ОПФР и осуществляющее образовательную, в том числе в рамках оказания ранней комплексной помощи детям в возрасте до трех лет, коррекционно-педагогическую, диагностическую, социальную, методическую, консультативную, информационно-аналитическую деятельность и психологическую помощь.

ЦЕНТРЫ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ЦКРОиР на административной территории в сфере специального образования и в соответствии с законодательством Республики Беларусь реализуют следующие *функции*:

- осуществляют диагностическую деятельность (государственные ЦКРОиР), направленную на своевременное выявление детей с ОПФР и их медико-психолого-педагогическое обследование;

- организуют образовательный процесс по реализации образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования для детей с интеллектуальной недостаточностью и образовательной программы специального образования на уровне общего среднего образования для детей с интеллектуальной недостаточностью;

- реализуют образовательную программу дополнительного образования детей с ОПФР в объединениях по интересам или индивидуально;

- оказывают коррекционно-педагогическую помощь лицам с ОПФР и осуществляют работу по социальной реабилитации лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями с предоставлением им равных возможностей для активного участия в социокультурной жизни общества, формированием и развитием необходимых умений и способностей для максимально возможной самостоятельной жизни;

- оказывают раннюю комплексную помощь;

- координируют деятельность в сфере специального образования (государственные ЦКРОиР) на территории соответствующей административно-территориальной единицы;

- осуществляют консультативную и методическую помощь педагогическим работникам при реализации образовательных программ специального образования в учреждениях дошкольного и общего среднего образования;

- создают и ведут банк данных о детях с ОПФР (государственные ЦКРОиР), осуществляют информационно-аналитическую деятельность на территории соответствующей административно-территориальной единицы;

- оказывают социально-педагогическую поддержку, методическое консультирование и психологическую помощь обучающимся, их законным представителям в гармонизации семейных отношений, формировании правильной оценки и положительных установок на перспективы развития возможностей и жизненного самоопределения;

- осуществляют охрану, защиту и укрепление физического и психического здоровья обучающихся, проводят оздоровительные мероприятия;

- проводят экспериментальную и инновационную деятельность;

– организуют обучение и воспитание лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, которым по медицинским показаниям рекомендовано получение специального образования на дому;

– осуществляют информационно-просветительскую деятельность с целью формирования позитивного общественного мнения и толерантного отношения к лицам с ОПФР;

– проводят мероприятия, направленные на обеспечение преемственности перехода выпускников ЦКРОиР в территориальные центры социального обслуживания населения.

В государственный ЦКРОиР соответствующей административно-территориальной единицы представляются сведения о ребенке с ОПФР организациями здравоохранения при наличии клинического диагноза с признаками явных физических и (или) психических нарушений и с согласия законного представителя ребенка.

Целью *диагностической деятельности* ЦКРОиР является определение индивидуальных потребностей детей с ОПФР в получении образования с учетом степени тяжести имеющихся нарушений. Для проведения медико-психолого-педагогического обследования создается медико-психолого-педагогическая комиссия. Данное обследование проводится с согласия и в присутствии законных представителей детей с ОПФР.

В ЦКРОиР законным представителем представляются следующие документы:

– выписка из медицинских документов;

– медицинская справка о состоянии здоровья (с указанием наличия или отсутствия психиатрического учета);

– педагогическая характеристика, представляемая учреждением (организацией), в котором обучается или воспитывается ребенок.

В ходе медико-психолого-педагогического обследования устанавливаются наличие и степень тяжести физического и (или) психического нарушения у ребенка в соответствии с психолого-педагогической классификацией путем:

– изучения характера протекания психических процессов и сущности индивидуально-психологических особенностей ребенка;

– выявления вторичных по своей природе нарушений, которые могут быть причиной трудностей в обучении, и установления их причины;

– определения соответствия (или несоответствия) актуального развития регуляторной сферы, познавательной деятельности и поведения условно-нормативному развитию;

– оценки уровня освоения содержания образовательных программ и сформированности основных социальных навыков;

– определения путей компенсации имеющегося нарушения, потенциальных возможностей и перспектив для интеграции ребенка в общество.

Результаты медико-психолого-педагогического обследования заносятся в протокол обследования, который подписывается руководителем ЦКРОиР и членами комиссии. Комиссия после коллегиального обсуждения результатов обследования составляет заключение, содержащее:

– описание степени тяжести физического и (или) психического нарушения;

– рекомендации по обучению и воспитанию ребенка с ОПФР согласно образовательным программам специального образования, оказанию коррекционно-педагогической помощи или по созданию ему специальных условий для получения профессионально-технического, среднего специального, высшего или дополнительного образования.

В заключении ЦКРОиР в письменной форме оформляется согласие (несогласие) законного представителя с рекомендациями по обучению и воспитанию лица с ОПФР по образовательной программе специального образования.

Отказ законного представителя также оформляется в письменной форме и подписывается этим законным представителем и руководителем государственного ЦКРОиР, а в случае отказа законного представителя поставить подпись — и членами комиссии.

В рамках диагностической деятельности ЦКРОиР с согласия законных представителей проводит в учреждениях дошкольного и общего среднего образования предварительное обследование обучающихся с целью выявления нуждающихся в коррекционно-педагогической помощи. По результатам проведенного обследования оформляется заключение ЦКРОиР на каждого обучающегося, нуждающегося в коррекционно-педагогической помощи, которое направляется в учреждение дошкольного образования и (или) в учреждение общего среднего образования.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ И (ИЛИ) ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Функционирование ЦКРОиР осуществляется в соответствии с санитарными нормами и правилами, регламентирующими требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗЕМЕЛЬНОМУ УЧАСТКУ И ТЕРРИТОРИИ

Земельный участок, на котором расположен ЦКРОиР, должен иметь ограждение высотой не менее 1,6 м и достаточную площадь для рационального функционального зонирования.

В отличие от других учреждений специального образования на земельном участке ЦКРОиР должны быть предусмотрены следующие *основные зоны*:

- физкультурно-оздоровительная;
- коррекционная (сенсорный сад, сенсорные дорожки и др.);
- хозяйственная;
- зона отдыха.

В соответствии с заданием на проектирование может быть организована учебно-опытная зона, включающая учебно-опытные участки, парники, мини-огород и другое.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗДАНИЮ И ОСНОВНЫМ ПОМЕЩЕНИЯМ

Здание учреждения специального образования характеризуется блочной или павильонной планировкой. При размещении ЦКРОиР в отдельно стоящих зданиях предусматривается соединение их между собой утепленными переходами.

Здания ЦКРОиР не должны иметь более двух этажей.

Планировочные решения ЦКРОиР должны быть универсальными и обеспечивать возможность пребывания и передвижения детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями, в том числе детей, не способных к самостоятельному передвижению.

Планировочная структура здания ЦКРОиР предусматривает следующие *основные функциональные группы помещений*:

- учебные (группа, группа кратковременного пребывания, кабинет);
- спальные (спальня и (или) комната для отдыха);
- коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации (залы лечебной физкультуры, ритмики, релаксации; кабинеты ранней комплексной помощи, игротерапии, арттерапии, эрготерапии, социально-бытовой адаптации, сенсорной стимуляции, педагога-психолога, учителя-логопеда, сурдопедагога, олигофренопедагога, тифлопедагога и др.);
- диагностической работы;
- административные (приемная, кабинет директора, заместителя(ей) директора, методический кабинет, кабинет учебного оборудования и др.);
- медицинского назначения (медицинский пункт, медицинский изолятор, ингаляторий, кабинеты физиотерапии, массажа и др.);
- хозяйственные;
- пищеблока;
- общего пользования (актовый или конференц-залы, гардероб и др.).

Для детей, обучающихся на базе ЦКРОиР, оптимальным является проектирование комплекса помещений по типу групповой ячейки (учебное, спальное (или для отдыха) помещения, раздевальная, санитарный узел); для оказания ранней комплексной помощи — объединение помещений (группа кратковременного пребывания, раздевальная, санитарный узел, массажный кабинет, кабинеты специалистов) в самостоятельный блок. При расположении блока на первом этаже оборудуют отдельный выход на участок.

Площадь учебных помещений предусматривают не менее 4,2 м² из расчета на одного ребенка, площадь спальных помещений — 4,5 м² на одного ребенка. Спальные помещения должны быть отдельными для мальчиков и девочек; вместимость спален (независимо от возраста детей) — не более 4 человек.

Обязательным требованием является наличие зала для занятий ритмикой. Устройство, оборудование и эксплуатация плавательного бассейна регламентируются санитарными нормами и правилами к устройству, оборудованию и эксплуатации плавательных бассейнов и аквапарков. При строительстве плавательного бассейна должны быть выполнены требования по созданию безбарьерной среды:

- периметр чаши плавательного бассейна оборудуется поручнями;
- обеспечивается возможность спуска в чашу плавательного бассейна и подъема из нее детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

При наличии в ЦКРОиР соответствующей материально-технической базы в рамках социальной реабилитации может осуществляться элементарная трудовая деятельность детей.

Для передвижения детей предусматриваются по обеим сторонам пандуса и лестниц ограждения высотой не менее 1,2 м с поручнями на высоте 0,9; 0,7 и 0,5 м. Ребра ступеней закругляют, в ограждении лестниц оборудуют вертикальные элементы с просветом не более 0,1 м. Горизонтальное разделение в ограждениях запрещено. Поручнями оборудуют все пути передвижения детей (коридоры, рекреации, лифты и др.).

На каждом этаже ЦКРОиР предусматривают отдельные для мальчиков и девочек санитарные узлы с комнатами гигиены. Для работников оборудуются отдельные санитарные узлы.

ТРЕБОВАНИЯ К ОСВЕЩЕНИЮ

Во всех типах основных помещений, связанных с пребыванием детей, должно быть предусмотрено естественное и искусственное освещение. Уровни естественной и искусственной освещенности помещений учреждений специального образования, рекомендуемые типы электросветильников должны соответствовать требованиям ТКП 45-2.04-153-2009 (02250) «Естественное и искусственное освещение. Строительные нормы

проектирования», утвержденного приказом Министерства архитектуры и строительства Республики Беларусь от 14 октября 2009 г. № 338.

Направление основного светового потока естественного освещения в учебных помещениях левостороннее. Коэффициент естественного освещения в помещениях, связанных с пребыванием детей, должен составлять не менее 2,5 %.

Для каждого ребенка с нарушениями зрения предусматривают наличие дополнительного местного освещения рабочего места. При этом уровень искусственной освещенности от системы общего освещения должен составлять 400 лк.

ТРЕБОВАНИЯ К ОБОРУДОВАНИЮ ПОМЕЩЕНИЙ

Ученическая мебель и оборудование помещений учреждения должны соответствовать морфофункциональным особенностям детей, учитывать специфику организации педагогической, коррекционно-педагогической, социально-психологической и диагностической работы (использование для парт или столов подставок с наклоном 80–40° к горизонтальной поверхности, микрофонных комплектов и слухового оборудования, звукоусиливающей аппаратуры, специальной мебели для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и др.). В кабинетах необходимо предусмотреть возможность хранения учебников, учебных пособий, письменных принадлежностей.

Оборудование *зала для занятий ритмикой* осуществляется в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования для учреждений дополнительного образования детей и молодежи, специализированных спортивных учреждений.

Спальные помещения оборудуются стационарными кроватями, шкафами и тумбочками для хранения личных вещей, предметов личной гигиены, одежды и обуви детей. Количество тумбочек и стульев должно соответствовать числу детей в помещении. Запрещается использовать двухъярусные кровати и кровати-раскладушки. Предусматривают места для хранения индивидуальных полотенец детей.

Можно применять различные формы организации питания. При организации питания по типу учреждения дошкольного образования (на площади группы) *буфетная* оборудуется в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования для учреждений дошкольного образования. Кратность питания детей различна в зависимости от времени пребывания в ЦКРОиР. Оптимальный режим питания предполагает длительность перерывов между приемами пищи 3,5–4 ч (но не более 4,5 ч): завтрак — 8.00–8.30, обед — 12.30–13.00, полдник — 16.30–17.00, ужин — 19.30–20.00, второй ужин — за 1 ч до сна. Распределение суточной калорийности по приемам пищи: завтрак — 25 %, обед —

35 %, полдник (или второй завтрак) — 10–15 %, ужин — 20–25 %, второй ужин — 5–8 %.

Кабинет социально-бытовой адаптации оборудуют бытовой электроплитой, шкафчиками для хранения посуды, кухонного инвентаря, обеденными столами, двухгнездной мойкой. Допускается размещение стиральной машины-автомата и сушильного шкафа для белья. Кабинет также может быть использован в качестве столовой для приема пищи детьми.

Санитарные узлы оборудуют по правилам устройства туалетов для инвалидов-колясочников, *комнаты гигиены* при санитарных узлах — душевым поддоном с гибким шлангом или биде, умывальником, кушеткой для переодевания детей.

Система отопления в учреждениях специального образования должна обеспечивать равномерный прогрев воздуха помещений в течение всего отопительного периода. В основных помещениях ЦКРОиР необходимо устройство пола с подогревом.

Допустимые параметры микроклимата в отопительный период в жилых, спальнях и учебных помещениях, в помещениях для коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации: температура воздуха — 18–22 °С; относительная влажность — 30–60 %; скорость движения воздуха — не более 0,25 м/с.

Температура горячей воды в умывальниках для детей должна быть не выше 37 °С. Качество питьевой воды должно соответствовать санитарным нормам и правилам, гигиеническим нормативам, устанавливающим требования к качеству воды.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Вопросы организации образовательного процесса (формы организации, распределение нагрузки по четвертям, продолжительность каникул, наполняемость групп, классов, аттестация обучающихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями) регулируются в соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании.

Наполняемость групп для детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями предусмотрена в количестве не более 4 воспитанников, а в случае, если в этой группе есть один воспитанник с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (со значительным и резко выраженным нарушением передвижения или его отсутствием), — не более 3 воспитанников; наполняемость классов — не более 6 учащихся.

Образовательный процесс в ЦКРОиР организуется в режиме 5-дневной учебной недели. Время пребывания обучающихся определяется учителем в соответствии с запросами законных представителей воспитан-

ников и может составлять 6–8, 9–10,5, 12 ч. В исключительных случаях время пребывания обучающихся в ЦКРОиР может составлять 24 ч.

Образовательный процесс при реализации образовательной программы специального образования на уровне дошкольного образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью осуществляют учитель-дефектолог (олигофренопедагог) и воспитатель в соответствии с учебным планом ЦКРОиР для воспитанников с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Музыкально-ритмические занятия и адаптивная физкультура проводятся музыкальным руководителем, руководителем физического воспитания с группой воспитанников. В целях обеспечения эффективной коррекционной направленности образовательного процесса наряду с музыкальным руководителем, руководителем физического воспитания занятие проводит воспитатель.

Образовательный процесс при реализации образовательных программ специального образования для обучающихся с нарушениями зрения организуется с использованием тифлотехнических средств, специального оборудования, для незрячих — дополнительно на основе рельефно-точечной системы Брайля, для слабовидящих — дополнительно по учебным пособиям, издаваемым с увеличенным шрифтом; с нарушением слуха — с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного и (или) индивидуального пользования, технических средств, обеспечивающих передачу учебного материала и другой информации на зрительной основе.

Коррекционная работа по развитию моторики, формированию и закреплению навыков самообслуживания у воспитанников проводится учителем-дефектологом как индивидуально, так и во время гигиенических процедур, приема пищи, одевания на прогулку и другой деятельности, предусмотренной режимом дня, а также на музыкально-ритмических занятиях и занятиях по адаптивной физкультуре.

В первый класс ЦКРОиР принимаются дети, которым на 1 сентября исполнилось 8 лет, в исключительных случаях — дети старше 8 лет, которые ранее нигде не обучались. В класс, группу ЦКРОиР принимаются обучающиеся на основании следующих документов:

- заявление законного представителя воспитанника;
- медицинская справка о состоянии здоровья;
- заключение ЦКРОиР.

В случае, если невозможно укомплектовать класс учащимися одного года обучения, допускается включение в состав объединенного класса учащихся I–V классов или учащихся V–IX классов. Общая численность учащихся в таком классе не должна превышать 6 человек. При этом объем учебных часов устанавливается по наибольшему объему часов, предусмотренных учебным планом, который реализуется в классе.

Коррекционные занятия по учебному плану ЦКРОиР для учащихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводит учитель с группой учащихся или индивидуально по отдельному расписанию.

Для проведения коррекционных занятий класс делится на группы при наполняемости класса не менее 4 учащихся. Группы формируются с учетом возраста учащихся, характера и степени тяжести имеющихся физических и (или) психических нарушений.

Количество часов, отводимых на коррекционные занятия, может перераспределяться в зависимости от индивидуально-типологических особенностей учащихся, их возраста и состава коррекционных занятий, которые определены в учебном плане ЦКРОиР для учащихся с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

В ЦКРОиР для обучающихся организуются объединения по интересам исходя из возможностей детей, их желаний и состояния здоровья. Объединения по интересам могут быть одновозрастными и разновозрастными.

Для обучающихся, которые переводятся с условий получения специального образования на дому на обучение в ЦКРОиР или для которых впервые организуется образовательный процесс в условиях ЦКРОиР, по решению медико-психолого-педагогической комиссии предусматривается период адаптации от 1 до 3 месяцев. Период адаптации позволяет минимизировать страх, напряжение и психологический дискомфорт у лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями и постепенно подготовить их к обучению в новом коллективе сверстников и взрослых. Содержание обучения и перечень мероприятий на период адаптации определяются индивидуальной учебной программой, которая разрабатывается и утверждается руководителем ЦКРОиР.

Срок получения образования в ЦКРОиР составляет 9 лет.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

ЦКРОиР оказывает коррекционно-педагогическую помощь детям, имеющим стойкие или временные трудности в усвоении содержания образовательной программы дошкольного образования, образовательных программ общего среднего образования. Зачисление для получения коррекционно-педагогической помощи осуществляется по результатам диагностической деятельности государственного ЦКРОиР и на основании заявления законных представителей детей.

Коррекционно-педагогическая помощь направлена:

- на исправление или ослабление психических и (или) физических нарушений;
- активизацию познавательной деятельности, развитие мотивационной и эмоционально-волевой сфер;

– формирование навыков общения, общих способностей к учению, что в целом обеспечивает профилактику неблагоприятного хода развития личности обучающегося.

Коррекционно-педагогическая помощь оказывается учителем-дефектологом в форме коррекционных занятий индивидуально, с группой (5–6 детей), с подгруппой лиц с ОПФР (2–3 ребенка).

В группы объединяются лица с ОПФР со сходными нарушениями и, как правило, одного возраста.

В зависимости от характера нарушения развития могут быть сформированы следующие группы для детей:

- с нарушениями речи;
- нарушением слуха;
- нарушениями зрения;
- нарушениями психического развития (трудностями в обучении).

Для лиц с аутистическими нарушениями, синдромом дефицита внимания, гиперактивностью показаны индивидуальные коррекционные занятия.

Коррекционные занятия проводятся по расписанию, утвержденному руководителем ЦКРОиР. Периодичность занятий — 2–3 раза в неделю.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Работу по социальной реабилитации лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями проводят педагогические, медицинские и иные работники ЦКРОиР с целью:

- социальной адаптации;
- улучшения качества жизни;
- формирования необходимых способностей, умений и навыков, обеспечивающих детям максимально возможную независимость и самостоятельность в жизни.

Социальная реабилитация детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями осуществляется посредством организации:

- творческой деятельности;
- физкультурно-оздоровительных мероприятий;
- расширения социальных связей;
- мероприятий по восстановлению и (или) компенсации утраченных или нарушенных функций организма;
- иных видов социальной реабилитации.

Социальная реабилитация лиц с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями включает комплекс мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, уровня самообслуживания, общения и создание оптимальных условий для их интеграции в общество (эрготерапевтические мероприя-

тия по подбору и индивидуальной адаптации технических средств социальной реабилитации, а также по развитию творчества, физической культуры, организации культурного досуга).

Мероприятия по развитию и совершенствованию физических и двигательных качеств детей — это массаж, лечебная физкультура, гидрокинезотерапия, физиотерапевтические процедуры и др. Работа проводится инструктором-методистом по физической реабилитации (инструктором по лечебной физкультуре).

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ

В рамках оказания ранней комплексной помощи обеспечиваются выявление детей с ОПФР, начиная с первых месяцев их жизни; ранняя коррекция имеющихся нарушений развития; нормализация жизненного цикла детей в процессе их целенаправленного развития, воспитания и обучения.

Ранняя комплексная помощь проводится при тесном взаимодействии с организациями здравоохранения с максимальным сокращением разрыва между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного обучения и воспитания ребенка с ОПФР. Комплексность помощи обеспечивается организацией педагогической, медицинской, социальной, психологической и иных видов помощи.

Основной *целью* оказания ранней комплексной помощи является максимально раннее включение ребенка с ОПФР в образовательный процесс для исправления и (или) ослабления имеющихся у него нарушений развития, предупреждения появления вторичных отклонений, стимуляции его потенциальных возможностей, что в дальнейшем обеспечит ему нормализацию жизни или снижение степени инвалидизации.

Основными задачами являются:

- своевременное выявление детей с ОПФР раннего возраста;
- изучение состояния и уровня нервно-психического развития ребенка;
- сокращение временного интервала между моментом выявления отставания или нарушения в развитии ребенка и началом его целенаправленного обучения и воспитания с привлечением законных представителей ребенка;
- исправление и (или) ослабление физических и (или) психических нарушений;
- соблюдение приоритета семьи;
- обеспечение непрерывности и преемственности образования детей с ОПФР раннего и дошкольного возраста;
- создание развивающей социальной и предметно-развивающей среды;
- предупреждение и (или) устранение ограничения активности ребенка и определение оптимальных путей его интеграции в детский коллектив.

Для оказания ранней комплексной помощи детям с ОПФР в возрасте до 3 лет в ЦКРОиР создается *кабинет ранней комплексной помощи*. В кабинете создается адаптивная образовательная среда (в соответствии с санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами применительно к детям в возрасте до 3 лет), которая обеспечивает им разнообразный сенсорный опыт, активность в движении, игре, предметно-практической деятельности.

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании содержание работы по оказанию ранней комплексной помощи определяется соответствующей программой, которая является основанием для разработки ЦКРОиР индивидуальных программ ранней комплексной помощи.

Программу ранней комплексной помощи реализуют педагогические, медицинские и иные работники при ведущей роли учителя-дефектолога по плану, в котором отражается перечень мероприятий, их цель, срок реализации, расписание занятий, ответственный исполнитель, планируемый результат. План работы составляется на основе индивидуальной программы ранней комплексной помощи и утверждается руководителем ЦКРОиР.

Форма учета проведенных занятий и мероприятий, критерии оценки достижения поставленных целей и эффективности реализации индивидуальной программы утверждаются руководителем ЦКРОиР.

Индивидуализированное обучение ребенка с ОПФР в возрасте до 3 лет *с психолого-педагогическим сопровождением в семье* включает:

- занятие непосредственно с ребенком;
- консультирование законных представителей об индивидуальных особенностях ребенка и тех условиях, которые необходимы для оптимального развития по мере взросления ребенка;
- обучение законных представителей эффективным и доступным приемам взаимодействия с ребенком и способам ухода за ним;
- оказание социально-педагогической поддержки и психологической помощи семье.

Общая продолжительность занятия составляет 1 ч, занятия проводятся при обязательном присутствии законных представителей с периодичностью 2–3 раза в неделю.

Также могут открываться *группы* для детей старше 2 лет с ОПФР по возможности со сходными нарушениями. При этом в группе устанавливается гибкий режим функционирования: 2–5 раз в неделю со временем пребывания детей до 4 ч в день. Наполняемость группы составляет 2–4 человека. Режим функционирования группы определяется учредителем ЦКРОиР в соответствии с запросами законных представителей, воспитывающих детей с ОПФР в возрасте до 3 лет.

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В ЦКРОиР организуется консультативная деятельность с обучающимися с ОПФР, их законными представителями, педагогическими работниками.

Консультирование обучающихся с ОПФР проводится:

- по запросу законного представителя;
- при возникновении трудностей в обучении, межличностном взаимодействии со сверстниками;
- после завершения реализации индивидуальной программы ранней комплексной помощи или завершения мероприятий по оказанию коррекционно-педагогической помощи;
- при возникновении проблем относительно перспектив социализации, будущей профессиональной деятельности.

Консультативная деятельность нацелена на повышение осведомленности законных представителей об индивидуальных особенностях обучающихся, гармонизацию детско-родительских отношений в семье, формирование у них готовности к активному участию в работе по оказанию коррекционно-педагогической помощи, а также на повышение ответственности за воспитание детей.

Консультативная деятельность с педагогическими работниками учреждений образования проводится по вопросам выявления трудностей в обучении у воспитанников и учащихся, педагогически обоснованного выбора форм, методов и средств обучения и воспитания при реализации образовательных программ специального образования, оказания коррекционно-педагогической помощи.

Для руководителей учреждений образования организуются консультации по вопросам интегрированного обучения и воспитания лиц с ОПФР, создания адаптивной образовательной среды, необходимой для освоения лицами с ОПФР содержания соответствующих их возможностям образовательных программ специального образования, и условий для их социализации и полноценной интеграции в общество.

Социально-педагогическая поддержка и психологическая помощь направлены на предупреждение и разрешение психологических проблем, связанных с рождением в семье ребенка с ОПФР, преодоление последствий кризисной для семьи ситуации, повышение психологической культуры и степени информированности законных представителей о возможностях специального образования и коррекционно-педагогической помощи.

Социально-педагогическая поддержка и психологическая помощь обеспечивают формирование у участников образовательного процесса толерантного отношения к лицам с ОПФР, содействуют предупреждению и преодолению конфликтов между ними, помогают жизненному само-

определению лиц с ОПФР и содействуют профилактике у них эмоциональных и поведенческих нарушений.

Оказание социально-педагогической поддержки и психологической помощи осуществляется в виде:

- психологической коррекции;
- консультирования;
- психологической профилактики;
- психолого-педагогического просвещения.

В рамках оказания социально-педагогической поддержки и психологической помощи проводится психологическая диагностика, реализуются мероприятия, направленные на обеспечение преемственности при переходе выпускников ЦКРОиР в территориальные центры социального обслуживания населения с целью предупреждения или максимального снижения психологического дискомфорта и создания благоприятных условий для их адаптации в новой жизненной ситуации.

ДОМА-ИНТЕРНАТЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ*

Основными *задачами* дома-интерната являются:

- создание оптимальных условий, способствующих умственному, эмоциональному, физическому развитию и социальной адаптации детей;
- обеспечение права детей-инвалидов на получение образования в соответствии с их возможностями;
- обучение детей с ОПФР с учетом их познавательных возможностей по программам и учебным планам, утвержденным Министерством образования Республики Беларусь;
- создание коррекционно-развивающей образовательной среды;
- обеспечение единства психологической, коррекционно-педагогической помощи детям в целях активного включения их в жизнь общества;
- организация и оказание медицинской помощи и обслуживания;
- формирование навыков, необходимых для обретения бытовой независимости, вовлечение в посильную трудовую деятельность;
- поддержание и сохранение контактов с родителями, другими родственниками, за исключением случаев, когда такое общение не отвечает интересам ребенка;
- диспансеризация, лечение, реабилитация, организация консультативной помощи специалистов, госпитализация детей в лечебно-профилактические учреждения по месту нахождения дома-интерната;
- материально-бытовое обеспечение детей, создание для них благоприятных условий для жизни, организация ухода и наблюдения;

– организация рационального и диетического питания с учетом возраста и состояния здоровья;

– взаимодействие с аналогичными учреждениями за рубежом с целью обмена опытом, повышения уровня обслуживания, ухода и содержания детей.

В дом-интернат на государственное обеспечение принимаются дети-инвалиды с ОПФР в возрасте от 4 до 18 лет в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями к приему в дома-интернаты независимо от наличия членов семьи и других граждан, обязанных по закону их содержать.

На каждого поступающего ребенка в доме-интернате заводятся:

– личное дело, в котором хранятся путевка, заявления, заключение государственного ЦКРОиР и другое;

– медицинское дело, в котором хранятся копия справки МРЭК об инвалидности, индивидуальная карта ребенка и к которому прикрепляются все медицинские документы со времени нахождения ребенка в доме-интернате.

Детей размещают в доме-интернате в соответствии с их возрастом, полом и состоянием здоровья.

ТРЕБОВАНИЯ К ТЕРРИТОРИИ И РАЗМЕЩЕНИЮ УЧРЕЖДЕНИЯ

Учреждение следует размещать в наиболее благоприятных природных и санитарно-эпидемиологических условиях. Здание должно быть удалено от транспортных магистралей, промышленных, коммунальных и других предприятий, которые могут служить источником шума и загрязнения воздуха. Не допускается размещение на территориях санитарно-защитных зон. Оптимальным является внутриквартальное или парковое размещение учреждения при обеспечении удобных подходов к зданиям со стороны прилегающих транспортных коммуникаций.

Земельный участок должен быть чистым, хорошо проветриваемым и инсолируемым, иметь удобные подъездные пути. При сложных рельефах местности участок должен иметь отвод ливневых и паводковых вод. Через территорию учреждения запрещены транспортные и пешеходные транзиты, устройства инженерных коммуникаций (водо-, тепло- и электроснабжение, канализации), не предназначенных для санитарно-технического благоустройства данного учреждения.

На территории учреждения предусматривается и допускается парковка только специального автомобильного транспорта, используемого для организации обслуживания и оказания медицинской помощи детям-инвалидам с ОПФР и автомобильного транспорта работников учреждения.

Территория учреждения:

– ограждается по всему периметру;

– оборудуется въездами (не менее двух), проездами и тротуарами с отводом талых и ливневых вод. Проезды, пешеходные дорожки должны иметь твердое покрытие (асфальтовое, бетонное, плиточное);

– обеспечивается наружным электрическим освещением.

На территории учреждения предусматривается установка:

– пандусов для удобства передвижения детей-инвалидов с ОПФР на вспомогательных средствах;

– урн для мусора (вдоль пешеходных дорожек, у входов в помещения), очистка которых производится ежедневно и по мере заполнения.

На территории учреждения выделяются следующие **функциональные зоны**:

– жилая;

– физкультурно-оздоровительная;

– отдыха;

– коммунально-хозяйственная.

При въезде на территорию учреждения должна быть установлена схема с указанием наименования зданий корпусов, их размещения и путей движения к ним проживающих, работников и посетителей.

В *жилой зоне* располагаются помещения:

– жилые;

– для организации питания;

– медицинские;

– культурно-массового назначения;

– административные.

Физкультурно-оздоровительная зона размещается на расстоянии не менее 50 м от жилых помещений.

Зона отдыха оборудуется теньевыми навесами, верандами, террасами, беседками, столами и скамейками, которые своевременно ремонтируются и окрашиваются. Игровое оборудование и спортивный инвентарь для детей-инвалидов, их конструкция и размеры должны соответствовать возрастным и психофизическим особенностям.

Коммунально-хозяйственная зона ограждается зелеными насаждениями, включает хозяйственный транспортный двор, загрузочную площадку пищеблока, контейнерную площадку, располагается вблизи пищеблока, имеет твердое покрытие (асфальт, бетон) и отдельный въезд.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗДАНИЮ УЧРЕЖДЕНИЯ

Объемно-планировочные и конструктивные решения здания, помещений и оборудования учреждения обеспечивают возможность:

– пребывания и свободного передвижения физически ослабленных лиц (в том числе лиц, не способных к самостоятельному передвижению);

– соблюдения санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Архитектурно-планировочная структура здания учреждения предусматривает деление его на основные *функциональные группы помещений*:

- жилые;
- общественного назначения (обеденные залы, физкультурно-оздоровительные помещения, игровые);
- учебные;
- медицинского назначения;
- пищеблока;
- административно-хозяйственного назначения (в том числе прачечную).

В соответствии с заданием на проектирование также могут быть предусмотрены библиотека, плавательный бассейн, баня, хозяйственные постройки, закрытые веранды, солярии.

Состав и площади группы жилых помещений определяются с учетом следующего минимального набора помещений:

- жилые комнаты не более чем на 4 места (в действующих учреждениях при условии соблюдения норм площади на одного проживающего до проведения реконструкции допускается увеличение количества проживающих в жилой комнате);
- гардероб для верхней одежды и обуви;
- кладовая запаса одежды, постельных принадлежностей и постельного белья;
- игровая;
- санитарный блок (санитарные узлы, умывальные, душевые, может быть предусмотрена передвижная ванна);
- раздаточная (в отделениях для проживающих, находящихся на постельном режиме с полной утратой способности к самообслуживанию);
- сушилка для одежды и обуви;
- постирочная (для стирки мелких личных вещей);
- комната для персонала.

Группы жилых помещений могут размещаться в виде коридорно-секционной (жилые комнаты отдельные, остальные — общего назначения для нескольких жилых комнат) и блочной планировки (по две жилые комнаты с общим санитарным узлом). В случае планировки жилых комнат в виде жилых блоков общий санитарный блок не предусматривается.

Группы жилых помещений предусматривают пост (помещение) медицинской сестры для организации круглосуточного дежурства. Для вызова дежурного медицинского работника устанавливается звуковая или световая сигнализация.

Для проживающих с тяжелыми нарушениями умственной деятельности, с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (в том числе передвигающихся на креслах-колясках) оборудуются в зданиях в два

и более этажа лифты с кабиной, рассчитанной на инвалида-колясочника, и (или) грузовой лифт, а также пандусы и поручни. Обеспечивается доступность помещений и отдельных их зон; соответствие габаритов проходов, коридоров, лифтов, пандусов эргономическим характеристикам кресел-колясок; двустороннее движение проживающих, передвигающихся на креслах-колясках, в коридорах учреждения.

Площадь жилого помещения (комната или место в жилой комнате) принимается из расчета не менее 7 м² на одного проживающего. Допускается уменьшение площади до 6 м² на одного проживающего в отделениях для проживающих, находящихся на постельном режиме с полной утратой способности к самообслуживанию; для проживающих с частичной утратой способности к самообслуживанию.

Площадь игровых принимается из расчета не менее 1,2 м² на одного ребенка при одновременном пребывании не менее 50 % проживающих.

Поверхности стен, полов, а также столярных изделий (окна, двери) помещений учреждения должны быть гладкими, позволяющими проводить их влажную уборку и дезинфекцию.

Душевые кабины оборудуются душевыми сетками, кранами, полочками для моющих и косметических средств, поручнями.

Санитарные узлы обеспечиваются вешалками, поручнями, крепежными устройствами для полотенец и туалетной бумаги, урнами, ершами для мытья унитаза, умывальники оборудуются дозирующими устройствами.

Устройство учебных помещений должно быть в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Помещения медицинского назначения размещаются, как правило, на первом этаже. Состав и площади помещений медицинского назначения определяются заданием на проектирование с учетом контингента проживающих и наличия организаций здравоохранения на территории административно-территориальной единицы, на которой размещается учреждение. Минимальный набор помещений медицинского назначения в учреждении должен включать:

- приемный покой;
- кабинет (кабинеты) врача-специалиста;
- процедурный кабинет;
- перевязочную (в зависимости от профиля учреждения);
- кабинет врача-стоматолога;
- кабинет для хранения лекарственных средств;
- кабинет лечебной физической культуры;

- физиотерапевтические кабинеты (в зависимости от профиля учреждения);
- медицинский изолятор;
- пост дежурной медицинской сестры.

Приемный покой учреждения общей площадью не менее 14 м² оборудуется отдельным входом. В приемном покое должны быть предусмотрены санитарный узел с умывальником, унитазом и ванной, резервное горячее водоснабжение.

Медицинский изолятор оборудуется из расчета не менее 4 коек на 100 проживающих, рассчитан не менее чем на два вида инфекции (воздушно-капельные и кишечные), отделен от остальных медицинских помещений шлюзом с умывальником, оборудован отдельным выходом наружу.

В жилых помещениях должны обеспечиваться следующие допустимые показатели микроклимата в отопительный период: температура воздуха — 18–24 °С; относительная влажность — не более 60 % и скорость движения воздуха — не более 0,3 м/с.

ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ

Организация питания, устройство, оборудование и содержание пищеблока, режим мытья посуды, транспортировка, хранение, качество и безопасность поступающих в пищеблок продовольственного сырья и пищевых продуктов, технология приготовления пищи, соблюдение работниками правил личной гигиены и другие вопросы, обуславливающие санитарно-эпидемиологическое благополучие в учреждении, должны соответствовать настоящим санитарным нормам и правилам, а также санитарным нормам и правилам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования для торговых объектов общественного питания.

Питание организуется на основе примерных двухнедельных рационов, которые разрабатываются в соответствии с нормами питания в стационарных учреждениях социального обслуживания и государственных организациях, подчиненных Министерству труда и социальной защиты Республики Беларусь, утвержденных в установленном порядке (далее — Нормы питания), с учетом:

- возраста детей-инвалидов (для 4–6, 7–13, 14–17 лет);
- сезонности (летне-осенние и зимне-весенние рационы);
- кратности питания.

Для детей-инвалидов организуется 5-разовое питание: на завтрак должно приходиться 20–25 % от общей калорийности суточного рациона, на обед — 30–35 %, на полдник (второй завтрак) — 10–15 %, ужин — 20–25 %, второй ужин — 5–8 %. Оптимальное время приема пищи: завтрак — в 8.00–8.30, обед — 12.30–13.00, полдник — 16.00–16.30, ужин — 18.30–19.00, второй ужин — за 1 ч до сна.

При необходимости организуется лечебное (диетическое) питание на основании Норм питания и перечня стандартных диет, установленного Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в зависимости от основного и сопутствующих заболеваний.

Примерные двухнедельные рационы питания разрабатываются медицинской сестрой-диетологом учреждения совместно с заведующим производством на основе картотеки блюд или сборника технологических карт блюд для детей соответствующей возрастной группы, а также технологических карт блюд диетического питания, утверждаются руководителем учреждения и служат основанием для составления дневных рационов.

Пища готовится на каждый прием. Готовая горячая пища в пищеблоках хранится на электроплите или электромармите и реализуется в течение не более двух часов с момента приготовления.

В раздаточной отделении для детей, находящихся на постельном режиме с полной утратой способности к самообслуживанию, должно быть предусмотрено устройство для подогрева пищи.

Запрещается использовать остатки пищи от предыдущего приема, а также пищи, приготовленной накануне.

Питание детей-инвалидов должно быть щадящим по химическому составу и способам приготовления блюд.

Медицинской сестрой-диетологом ежедневно проводится С-витаминизация рационов (супов или напитков) аскорбиновой кислотой согласно установленным Нормам питания. В бракеражном журнале указывается С-витаминизированное блюдо, время витаминизации и количество использованного препарата.

Разрешение на выдачу готовой пищи с оценкой качества каждого блюда дает бракеражная комиссия до поступления готовой пищи на раздачу. В состав бракеражной комиссии входят медицинская сестра-диетолог (дежурная медицинская сестра), шеф-повар, представитель администрации учреждения.

Ежедневно медицинским работником учреждения осуществляется отбор суточных проб каждого приготовленного блюда.

В учреждениях организуется производственный контроль, в том числе лабораторный, за качеством и безопасностью питания проживающих в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля при производстве, реализации, хранении, транспортировке продовольственного сырья и (или) пищевых продуктов.

Медицинские работники совместно с педагогическими работниками осуществляют мероприятия по формированию гигиенических навыков у проживающих.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

В доме-интернате организуется учебно-воспитательная работа, которая обеспечивает образовательную подготовку, общее развитие, коррекционную помощь и поддержку, бытовую адаптацию и социализацию детей в зависимости от характера нарушений и уровня их обучаемости.

Весь процесс обучения, воспитания и развития детей направлен на освоение окружающей действительности, формирование практических умений и навыков в целях их подготовки к максимально возможной самостоятельной независимой жизни.

Учебно-воспитательный процесс организуется с использованием средств и методов обучения на основании заключения государственного ЦКРОиР с рекомендациями по обучению и воспитанию лиц с ОПФР согласно образовательным программам специального образования. При этом образовательные программы специального образования реализуются с учетом структуры и степени тяжести физических и (или) психических нарушений и возраста лиц с ОПФР. Количество учебных часов (по учебным предметам, коррекционным и факультативным занятиям) также соответствует учебным планам специального образования.

Для осуществления первичного приема детей и определения в соответствующую группу (класс) обучения создается консультативная комиссия, в состав которой входят: заместитель директора по учебно-воспитательной работе, заместитель директора — врач, логопед, воспитатель.

При этом группы (классы) обучения по возможности комплектуются из детей в соответствии с их интеллектуальным развитием, состоянием здоровья и возможностью овладения трудовыми навыками.

Наполняемость групп (классов) в доме-интернате устанавливается для детей, находящихся на постоянном постельном режиме, детей с ограниченными двигательными возможностями, младшей диагностической группы (класса) — 6 человек; подготовительной группы (класса), учебной группы (класса), группы (класса) трудового обучения — 7 человек.

Учебный процесс организуется в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Основной формой организации коррекционной работы являются групповые и индивидуальные занятия. Продолжительность занятий с группой — 35–45 мин, индивидуальных занятий — 20–30 мин.

Продолжительность основных компонентов режима дня в домах-интернатах соответствует возрастным возможностям детей-инвалидов и особенностям состояния их здоровья. Так, длительность ночного сна

для детей-инвалидов в возрасте от 4 до 10 лет составляет не менее 10 ч, для детей-инвалидов в возрасте от 11 до 14 лет — 9 ч, от 15 лет — 8,5 ч, дневной сон предусматривается длительностью от 1 до 2 ч.

При наличии в учреждении компьютеров оборудование рабочих мест, организация режима труда и отдыха детей-инвалидов должны соответствовать санитарным нормам и правилам, устанавливающим требования при работе с видеодисплейными терминалами и электронно-вычислительными машинами.

Комплексное воспитание и обучение детей осуществляется различными специалистами: воспитателями, помощниками воспитателей, педагогами-психологами, учителями-дефектологами, педагогами социальными, учителями, инструкторами по труду, музыкальными руководителями, учителями физической культуры и др.

С целью преодоления имеющихся у детей нарушений развития организуются коррекционные занятия, которые позволяют корригировать познавательную деятельность (ощущения, восприятие, представления, речь, мышление, память, внимание), моторику, пространственную ориентировку, личностные качества, а также способствуют формированию социально-бытовой ориентировки. Проживающие могут выполнять работы по сервировке обеденного стола, подаче на столы порционных холодных блюд и уборке посуды со стола.

Для коррекции нарушений физического развития, предупреждения появления вторичных нарушений, преодоления недостатков двигательных умений и навыков функционального характера организуются занятия по физической культуре, лечебной физкультуре с учетом состояния здоровья детей и решения коррекционных задач.

ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ, ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАЗАРИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ*

Медицинское обслуживание проживающих организуется на основании законодательства Республики Беларусь о здравоохранении и преемственности в работе с организациями здравоохранения.

При поступлении в учреждение дети должны иметь:

- медицинскую справку о состоянии здоровья с заключением врачей-специалистов (педиатра, психиатра, хирурга) о возможности пребывания в учреждении с указанием отсутствия контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня;
- заключение врачебно-консультационной комиссии с указанием типа учреждения;
- данные бактериологического обследования на группу возбудителей кишечных инфекций, возбудителей брюшного тифа и паратифов (годность 1 месяц).

Медицинские работники учреждения проводят прием поступающих в учреждение с обязательным осмотром на наличие педикулеза и чесотки, с санитарной обработкой.

При выявлении педикулеза проводится специальная обработка поступающего в учреждение с помощью противопедикулезной укладки в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования к устройству, оборудованию и содержанию организаций здравоохранения и к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения.

При отсутствии сведений о профилактических прививках у поступающих в учреждение данные лица вакцинируются в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.

Медицинские работники учреждения ежедневно ведут прием, регистрируя все обращения в журнале по форме № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения» от 17 февраля 2004 г. № 33.

Работники учреждения, в том числе медицинские, должны соблюдать меры предосторожности при работе с колющими и режущими инструментами, должны быть обеспечены и должны использовать санитарную одежду и средства индивидуальной защиты в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Для предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний медицинские работники выполняют следующие санитарно-противоэпидемические мероприятия:

- копроцистоскопическое обследование, серологическое исследование крови в реакции прямой гемагглютинации с Ви-антигеном, обследования на HBsAg, анти-HCV, на наличие сифилиса и вируса иммунодефицита человека — в течение одного месяца с момента поступления в учреждение;
- контроль за соблюдением карантинных мероприятий и медицинское наблюдение за проживающими, бывшими в контакте с инфекционными пациентами;
- своевременное проведение дезинфекции;
- информирование соответствующих органов и учреждений о каждом случае инфекционного заболевания.

При выявлении инфекционного заболевания или подозрении на инфекционное заболевание проживающий (поступающий) в учреждении помещается в медицинский изолятор. Госпитализация в специализиро-

ванную организацию здравоохранения осуществляется по медицинским и эпидемическим показаниям.

При выявлении инфекционного заболевания или подозрении на инфекционное заболевание у проживающего (поступающего) медицинский работник заполняет форму № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки», направляет в территориальный центр гигиены и эпидемиологии информацию по форме № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» (далее — экстренное извещение). Данные формы утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении форм первичной медицинской документации по учету инфекционных заболеваний» от 22 декабря 2006 г. № 976. Экстренное извещение направляется в течение 24 ч после выявления случая инфекционного заболевания или подозрения на инфекционное заболевание у проживающего (поступающего). Предварительная информация по форме экстренного извещения передается по телефону не позднее 6 ч с момента выявления случая инфекционного заболевания в рабочее время (с 9:00 до 18:00).

При возникновении случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в учреждении работники проводят санитарно-противоэпидемические мероприятия в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ*

По данным Всемирной организации паллиативной помощи детям (The International Children's Palliative Care Network — ICPCN) около 20 миллионов детей в мире страдают от ограничивающих жизнь и угрожающих жизни заболеваний. Тяжелая болезнь создает для неизлечимо больного ребенка и его семьи много препятствий для того, чтобы жить в гармонии с окружающим и внутренним миром и чувствовать себя комфортно. В связи с этим должна быть организована всесторонняя поддержка в виде паллиативной помощи, что имеет для пациента и членов его семьи жизненно важное значение.

Паллиативная помощь детям — это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения. Специалисты, оказывая помощь, должны провести оценку и облегчить физические и психологические страдания ребенка, а также предоставить его семье социальную поддержку. Для обеспечения

эффективности паллиативной помощи необходима реализация широкого мультидисциплинарного подхода, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка и используются общественные ресурсы. Помощь может осуществляться успешно даже при ограниченных ресурсах. Она может быть организована в учреждениях высокоспециализированной медицинской помощи, в общественных центрах здоровья и даже у ребенка на дому (ВОЗ, 1998 г., в редакции 2012 г.).

Еще одно определение паллиативной помощи детям было дано британской Ассоциацией паллиативной помощи детям в 2003 г. Паллиативная помощь детям с угрожающими жизни, сокращающими жизнь заболеваниями и состояниями представляет собой активный и целостный подход к оказанию помощи, начинающийся с момента постановки диагноза и включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные аспекты вплоть до смерти и после утраты. Она направлена на повышение качества жизни ребенка, помощь его семье, включает устранение симптомов, обеспечение социального отдыха (коротких передышек), а также помощь в период умирания и переживания семьей утраты.

Социальная передышка — короткий отдых для семьи ребенка с инвалидностью на срок от нескольких дней до 28 дней в год в зависимости от потребностей семьи, когда ребенок находится в учреждении на круглосуточном пребывании. В течение этого времени ребенку предоставляется забота и уход, а родители, пользуясь передышкой, занимаются накопившимися у них неотложными делами. С 2013 г. услуга социальной передышки включена в перечень социальных услуг, которые оказываются в Беларуси на государственном уровне. В соответствии с законом Республики Беларусь «О социальном обслуживании» государственными организациями могут оказываться услуги ухода за детьми-инвалидами на базе домов-интернатов и других детских учреждений.

Ключевыми понятиями паллиативной медицины являются:

– заболевания, ограничивающие продолжительность жизни (life-limiting conditions), — заболевания, при которых нет обоснованной надежды на излечение и которые неизбежно приводят к преждевременной смерти. При ряде таких заболеваний наступает прогрессивное ухудшение состояния ребенка, приводящее к его полной зависимости от родителей или опекунов;

– угрожающие жизни состояния (life-threatening conditions) — заболевания, при которых куративное лечение может быть как эффективным, так и неэффективным. Ограничивающие срок жизни заболевания могут включать и угрожающие жизни болезни.

В настоящее время перечень болезней насчитывает 574 диагноза в соответствии с МКБ–10, которые в системе детской паллиативной помощи определены как ограничивающие жизнь заболевания. Среди них 10–20 % составляют злокачественные новообразования. К такой патоло-

гии относят также болезни нервной системы, метаболические и нейродегенеративные заболевания, хромосомные и генетические синдромы, ВИЧ/СПИД и др.

В мире существуют разные подходы к оценке потребности в детской паллиативной помощи. В Республике Беларусь потребность в паллиативной помощи рассчитывается на основании смертности детей (за исключением случаев смерти от внешних факторов и синдрома внезапной смерти) и количества детей с 3-й и 4-й степенью утраты здоровья. Показания к определению инвалидности 3-й и 4-й степени утраты здоровья предполагают наличие у больного ребенка критериев состояния здоровья, которые потенциально требуют оказания долгосрочной паллиативной помощи.

Паллиативная помощь в неонатальном периоде является быстро развивающимся направлением в паллиативной медицине. Считается, что около 96 % случаев неонатальных смертей требуют паллиативной помощи, которая должна быть организована оперативно, может начинаться до рождения ребенка (если неизлечимое заболевание диагностировано у плода) и включает в том числе оказание профессиональной психологической помощи родителями после смерти ребенка. С учетом данных за 2013–2014 гг. ежегодно в республике около 560 детей с учетом неонатальной смертности и 360 детей без учета неонатальной смертности потенциально нуждаются в оказании квалифицированной паллиативной медицинской помощи в конце жизни (приблизительно 50 % всех случаев детской смертности до 18 лет).

В относительных цифрах потребность в помощи в конце жизни в 2014 г. составила 3,1 случая на 10 000 детского населения с учетом неонатальной смертности и 1,9 случая на 10 000 детского населения без учета неонатальной смертности. При расчетах учитывалась численность детского населения (в возрасте 0–18 лет) в республике в 2014 г. — 1 808 503 человек. Смертность от онкологических заболеваний в 2013 г. составила 57 человек, в 2014 г. — 41 человек. Потребность в паллиативной помощи в конце жизни при онкологии у детей в 2014 г. составила 0,23 случая на 10 000 детского населения. Данные по смертности от злокачественных заболеваний (наряду со смертностью от СПИДа) также используются для расчета потребности в наркотических анальгетиках.

Структура детской смертности в Республике Беларусь совпадает с тенденциями в развитых странах. Основными причинами смерти детей до 1 года являются перинатальная патология и врожденные пороки, у детей старшего возраста к основным причинам относятся смерть от внешних причин, онкологические заболевания и болезни нервной системы, затем врожденные пороки и генетические заболевания.

Потребность в долгосрочной паллиативной помощи детям по данным за 2014 г. составила около 40 % всех детей с инвалидностью. По данным

на 1 января 2015 г. в республике было зарегистрировано 27 729 детей с инвалидностью. Согласно этим данным за 2014 г. было 6803 детей (24,5 %) с 3-й степенью утраты здоровья и 5212 детей (18,8 %) с 4-й, т. е. всего 12 015 детей (43,3 %), из них около 6007 (или 50 %) детей нуждались в паллиативной помощи.

Принципами оказания паллиативной помощи детям являются:

- доступность и бесплатность;
- максимальное обеспечение физического комфорта пациента (контроль симптомов);
- работа в мультипрофессиональной команде;
- вовлечение семьи как важного члена команды;
- индивидуальный подход;
- координация и непрерывность;
- продолжительность;
- законность.

Эффективность оказания паллиативной помощи детям зависит от наличия следующих компонентов:

1) юридической законодательной базы в области оказания паллиативной помощи детям;

2) профессионалов в детской паллиативной помощи (врачи, медицинские сестры, социальные работники, психологи и др.);

3) специализированных сервисов для оказания паллиативной помощи детям (отделения, центры, выездные службы паллиативной помощи детям, детские хосписы и др.);

4) протоколов лечения и лекарственных средств, рекомендованных для использования в паллиативной педиатрии;

5) понимания значимости паллиативной помощи детям на уровне общества;

б) государственной поддержки.

Паллиативная помощь является эффективной при соблюдении следующих *критериев*:

– созданы и поддерживаются комфортные и безопасные условия для пациента;

– пациент максимально ощущает свою независимость;

– пациент не испытывает боли;

– предоставленная пациенту система поддержки помогает ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно, несмотря на предстоящую потерю жизни.

В 1994 г. был основан первый на постсоветском пространстве детский хоспис — общественная благотворительная организация, которая предоставляет услуги семьям с детьми (0–24 года), находящимся в тяжелом состоянии в связи с ограничивающими жизнь или неизлечимыми

заболеваниями. Сегодня ОБО «Белорусский детский хоспис» действует как хоспис на дому, оказывая помощь по месту проживания подопечных, а также имеет 4 стационарные палаты, летний лагерь в Минской области. Первые 15 лет паллиативная помощь детям оказывалась исключительно силами общественных организаций: были созданы подобные детские хосписы в Витебске, Могилеве, Пинске, Слониме, Гомеле.

В настоящее время в Республике Беларусь во всех регионах активно формируется государственная структура детской паллиативной помощи детям (рис.).

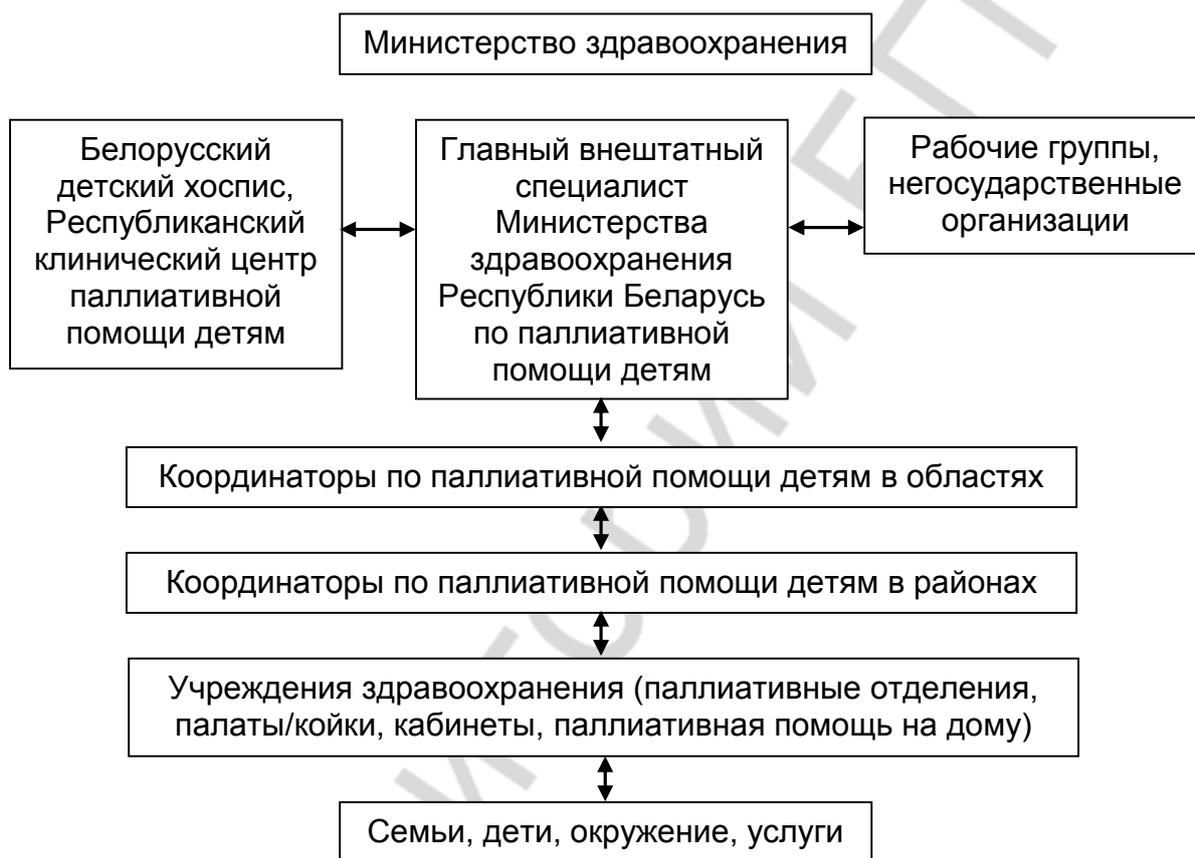


Рис. Структура паллиативной помощи детям в Республике Беларусь

С целью дальнейшего развития государственной системы оказания паллиативной помощи детям в 2010 г. создано ГУ «Республиканский клинический центр паллиативной помощи детям», а в ноябре 2011 г. утверждена должность главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения по детской паллиативной помощи. Также в республике создана основная нормативная база, регламентирующая порядок оказания амбулаторной и стационарной паллиативной помощи в разных учреждениях здравоохранения, утверждены клинические протоколы оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению. В 2008 г. вышел

первый нормативный документ — приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1010 «Об организации паллиативной помощи детям», который регламентировал основные аспекты оказания паллиативной помощи детям и взаимоотношения в рамках указанной деятельности между государственными и негосударственными организациями. В 2012 г. вышел приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 93 «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям, нуждающимся в паллиативном лечении и уходе», который определил оказание паллиативной помощи на дому как приоритетное направление (в том числе проведение ИВЛ на дому, что позволяет улучшить качество жизни неизлечимо больного ребенка и его семьи).

На базе Белорусского детского хосписа совместно со специалистами Объединенного института проблем информатики Национальной академии наук Республики Беларусь при поддержке проекта ЮНИСЕФ был разработан Республиканский регистр паллиативной помощи детям и база данных услуг паллиативной помощи. На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 октября 2014 г. № 1084 «О создании Республиканского регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи» назначены ответственные за ведение регистра в регионах; в областных кабинетах паллиативной помощи детям установлено программное обеспечение, обеспечивающее функционирование регистра. Программа регистра 16 апреля 2015 г. зарегистрирована в РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. С учетом международных подходов диагностики по МКБ–10 в регистре были объединены в 11 групп и разработан примерный перечень нозологических групп и заболеваний по кодам МКБ–10, при наличии которых ребенок может нуждаться в паллиативной медицинской помощи. Кроме того, по заключению врачебного консилиума ребенок может быть переведен под паллиативное наблюдение с диагнозом, не входящим в данный перечень, при наличии соответствующих критериев, а именно:

- дальнейшая нецелесообразность проведения активного (куративно-го) лечения;
- прогрессирование заболевания, приведшее к резкому ухудшению состояния и снижению качества жизни (стадия декомпенсации);
- прогнозируемый ограниченный срок жизни или терминальная фаза заболевания;
- отказ пациента с ограничивающим продолжительность жизни заболеванием или угрожающим жизни состоянием или его родителей/опекунов от всех видов и методов оказания специализированной медицинской помощи при наличии патологических симптомов, усугубляющих качество жизни пациента.

С целью дифференцированного подхода к определению необходимого объема паллиативной помощи и периодичности ее предоставления ребенку выделяют следующие *группы детей с угрожающими жизни состояниями или ограничивающими жизнь заболеваниями*, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи:

1. Группа 1 — дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями с неблагоприятным прогнозом продолжительности жизни (например, с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии). Паллиативная помощь требуется в течение ограниченного времени.

2. Группа 2 — дети с хроническими прогрессирующими угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но лечение и контролируемое наблюдение позволяют продлить их жизнь на длительное время. Паллиативная помощь оказывается с момента постановки диагноза длительно с целью улучшения качества жизни ребенка и семьи. К этой группе относятся дети-инвалиды с 4-й степенью утраты здоровья, а также дети, нуждающиеся в постоянной ИВЛ.

3. Группа 3 — дети с угрожающими жизни состояниями, имеющие неопределенный прогноз (дети с последствиями перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмой, состояния после коррекции врожденных пороков развития и др.). Паллиативная помощь оказывается ограниченное время: до стабилизации состояния, когда ребенок снимается с опеки или при сохранении признаков инвалидности переводится в группу 2, а также до развития неблагоприятного прогноза и перевода в группу 1.

Порядок оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи, а также перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи в соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Палата паллиативной помощи для детей организуется в отделении (структурном подразделении) РНПЦ для детей, детской многопрофильной (инфекционной) больницы, специализированного дома ребенка. Мощность палаты определяется руководителем территориального органа управления здравоохранением, руководителем организации республиканского подчинения в соответствии с потребностью в данном виде помощи по согласованию с вышестоящим органом здравоохранения.

Штатная численность медицинского персонала палаты паллиативной помощи в детском стационаре устанавливается в пределах общей численности медицинского персонала и должна предусматривать должности анестезиологов-реаниматологов (врачей-педиатров), детских онкогематологов, физиотерапевтов, психотерапевтов, психологов, средних медицинских ра-

ботников, прошедших подготовку по паллиативной медицине. Руководство палатой осуществляет заведующий структурным подразделением.

При палате предусматривается выделение помещения для отдыха и встречи с родственниками.

Основными задачами палаты являются:

- создание оптимальных условий для инкурабельных пациентов;
- оказание квалифицированной паллиативной и симптоматической помощи.

Сроки пребывания пациента в палате паллиативной помощи зависят от его состояния, достижения адекватного обезболивания, стабилизации общего или психологического состояния, т. е. до передачи под опеку хосписа или до исхода заболевания. Нахождение пациента под опекой хосписа осуществляется до исхода заболевания.

Функции палаты паллиативной помощи для детей:

- обеспечение медицинского контроля симптомов, сестринского ухода за пациентами;

- проведение купирования боли у пациентов с использованием протоколов лечения хронического болевого синдрома, симптоматическое лечение сопутствующих заболеваний;

- оказание психотерапевтической помощи, психологической поддержки пациентам и членам их семей;

- организация доступности оказания духовной помощи семьям пациентов с привлечением священнослужителей разных конфессий (по желанию пациентов);

- обучение родственников, осуществляющих уход за пациентами, навыкам ухода;

- специализация и стажировка врачей, среднего и младшего медицинского персонала по оказанию паллиативной помощи и уходу за пациентами в терминальной стадии заболевания;

- проведение систематической воспитательной работы с медицинским персоналом, направленной на профилактику синдрома выгорания;

- изучение, обобщение и популяризация опыта работы по оказанию паллиативной помощи, организация и пропаганда волонтерского движения;

- оказание консультативной и организационно-методической помощи организациям здравоохранения по организации паллиативной и симптоматической помощи инкурабельным пациентам;

- осуществление преемственности в оказании паллиативной помощи организациями здравоохранения, социальной защиты, общественными организациями.

Гигиенические требования к хосписам и отделениям, палатам паллиативной помощи (далее — хосписам). В соответствии с номенклатурой организаций здравоохранения хосписы отнесены к больничным ор-

ганизациям здравоохранения. Соответственно при их строительстве, размещении и эксплуатации (равно как паллиативные отделения, палаты и др.) должны выполняться требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях. Вместе с тем следует учитывать, что главной отличительной особенностью хосписов является оказание паллиативной медицинской помощи пациентам и создание благоприятных условий пребывания пациентов.

Учитывая изложенное выше, при проектировании, строительстве, размещении хосписов и осуществлении государственного санитарного надзора за их эксплуатацией в соответствии с требованиями отдельных пунктов санитарных норм и правил:

- допускается пребывание посетителей и законных представителей госпитализируемого для осуществления ухода за пациентом. Кроме того, в хосписах, обеспечивающих оказание медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, должны быть предусмотрены дополнительные помещения для сна и приема пищи госпитализируемых лиц. Правила пребывания посетителей, госпитализируемых и иных лиц определяются правилами внутреннего распорядка хосписа, утверждаемыми руководителем организации здравоохранения;

- вместимость палат для пациентов (в том числе пациентов в возрасте до 5 лет) не должна превышать 4 койки. В составе отделений хосписов должны быть выделены палаты на одну или две койки для пациентов с гнойно-септическими и инфекционными заболеваниями;

- количество одно и двухкоечных палат определяется заданием на проектирование или устанавливается администрацией организации здравоохранения в соответствии с существующей потребностью;

- для внутренней отделки стен и полов палат используют материалы, создающие гигиеническое (гладкое, непитывающее, без щелей) покрытие. Для отделки стен могут применяться окраска, покрытие влагостойкими обоями, панелями и иными материалами, создающими гигиеническое покрытие и допущенными к применению в жилых и общественных зданиях в установленном законодательством порядке;

- для покрытия пола в палатах для пациентов (за исключением палат для пациентов с инфекционными заболеваниями) допускается применение ковров, позволяющих осуществлять их влажную уборку и дезинфекцию при текущих и генеральных уборках помещений, камерную дезинфекцию. Для проведения ежедневных уборок ковров хосписы должны быть оснащены соответствующим уборочным инвентарем, например, моющими пылесосами;

– в помещениях палат для несовершеннолетних пациентов используются кровати со спинками и боковым ограждением из дерева, которое покрыто лакокрасочными материалами, устойчивыми к моющим средствам и дезинфекции. Для исключения контакта ребенка с поверхностями кровати могут использоваться чехлы из нетканых материалов или сменяемых тканей (подвергаемых влажной уборке и при необходимости дезинфекции) не реже 1 раза в неделю или по мере загрязнения;

– для несовершеннолетних пациентов должны быть созданы условия для приготовления и хранения молочных смесей;

– допускается приготовление блюд для пациентов законными представителями госпитализируемого. Приготовление пищи может происходить в специально выделенном и оборудованном помещении, обеспечивающем условия для приготовления пищи, мытья и хранения кухонной и столовой посуды, приборов. Следует отметить, что дезинфекция кухонной и столовой посуды, приборов и стаканов, используемых пациентами строго индивидуально, не является обязательным;

– допускается использование игрушек (в том числе мягких), изготовленных из материалов, позволяющих проведение дезинфекции физическими (камерный метод) и химическими (растворы дезинфицирующих средств) способами, при этом ежедневная дезинфекция индивидуально используемых игрушек может не проводиться.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анализ* потребности в паллиативной помощи детям в Республике Беларусь / под ред. Е. Г. Вайнилович. Минск, 2015. 25 с.
2. *О совершенствовании* организации оказания медицинской помощи детям в учреждениях образования : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 31 мая 2012 г. № 669.
3. *Об образовании* : кодекс Респ. Беларусь от 13 янв. 2011 г. № 243-З. Минск, 2011. 174 с.
4. *Особенности* паллиативной помощи различным возрастным категориям : новорожденным, детям и подросткам : пособие / И. В. Пролесковская [и др.]. Минск : ФУАинформ, 2013. 76 с.
5. *Об утверждении* Положения о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов Министерства образования Республики Беларусь : постановление Мин-ва образования Респ. Беларусь от 16 авг. 2011 г. № 233 / Мин-во образования Респ. Беларусь. Минск, 2011. 12 с.
6. *Об утверждении* инструкции о порядке организации получения специального образования в учреждении социального обслуживания : постановление Мин-ва образования Респ. Беларусь, Мин-ва труда и социальной защиты от 28 июня. 2011 г. № 48/55 / Мин-во образования Респ. Беларусь ; Мин-во труда и социальной защиты. Минск, 2011. 12 с.
7. *Об организации* оказания паллиативной помощи детям : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 29 окт. 2008 г. № 1010 / Мин-во здравоохранения Респ. Беларусь. Минск, 2009. 5 с.
8. *Санитарно-эпидемиологические* требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях : санитарные нормы и правила : утв. постановлением Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 5 июля. 2017 г. № 73 / Мин-во здравоохранения Респ. Беларусь. Минск, 2017. 32 с.
9. *Требования* для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью : санитарные нормы и правила : утв. постановлением Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 12 дек. 2012 г. № 197 / Мин-во здравоохранения Респ. Беларусь. Минск, 2013. 53 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Задания для самостоятельной работы студента	5
Термины и определения.....	9
Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.....	11
Особенности организации образовательного процесса, коррекционно-педагогической работы и социальной реабилитации детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.....	13
Дома-интернаты для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития*	24
Организация паллиативной помощи детям*	34
Список использованной литературы.....	44

Учебное издание

Борисова Татьяна Станиславовна
Бобок Наталья Владимировна

**МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. С. Борисова
Корректор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 02.10.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,51. Тираж 50 экз. Заказ 693.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.