

**ЦЕЛЕПОЛОГАНИЕ, ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ В
СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Е. В. Шестакова

директор ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»,

г. Екатеринбург, Россия

shestakova.ev68@yandex.ru

Т. В. Рогачева

*доктор психологических наук, доцент, заведующий отделением
комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, ГАУ «Областной
центр реабилитации инвалидов», г. Екатеринбург, Россия*

TVRog@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается опыт работы ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», обсуждаются наиболее сложные вопросы: постановка общей цели реабилитации и абилитации, определение результативности реабилитационного процесса.

Ключевые слова: целеполагание, результативность реабилитационного процесса.

**GOAL-SETTING, EVALUATION OF EFFECTIVENESS IN THE
SYSTEM OF COMPREHENSIVE REHABILITATION AND
HABILITATION OF DISABLED CHILDREN: PROBLEMS AND
SOLUTIONS**

E.V. Shestakova, T.V. Rogacheva

*Director of the SAI "Regional Center for the Rehabilitation of the Disabled",
Yekaterinburg, Russia*

*Doctor of psychology, department head of the SAI "Regional Center for the
Rehabilitation of the Disabled", Yekaterinburg, Russia*

Annotation. The article offers the experience of a rehabilitation institution on the issues of complex rehabilitation and habilitation of disabled children, discusses the most difficult issues: setting the general goal of rehabilitation, determining the effectiveness of the rehabilitation process.

Keywords: goal-setting, effectiveness of the rehabilitation process.

Принятая в конце 2021 года Распоряжением Правительства РФ Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года [1], ориентирует всех участников реабилитационного процесса на актуализацию усилий по дальнейшей разработке проблемных зон, связанных с осуществлением комплексной реабилитации и абилитации.

В 2022 г. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.12.2021 № 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» в Свердловской и Тюменской областях стартовал пилотный проект по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов. В Правилах по реализации пилотного проекта указано, что кроме оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации необходимо осуществить «проведение оценки предоставления таких услуг, на основе утвержденных Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и методики оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» [4, с. 4].

Пожалуй, самым проблемным в осуществлении комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов являются вопросы диагностики. В начале курса реабилитации на основе результатов диагностики формулируются цели и задач реабилитации и абилитации, а по завершению реабилитационного курса оцпеневаается результативность процесса реабилитации. Реабилитационную диагностику можно определить, как

взаимодействие (систему действий) участников реабилитационного процесса (и субъектов и объектов реабилитационной диагностики), необходимых для определения реабилитационного диагноза на «входе», разработки реабилитационного маршрута в конкретной реабилитационной организации, получения результатов (промежуточных и итоговых) осуществления процесса и их соответствия стандарту оказания реабилитационных услуг. Поэтому под реабилитационной диагностикой мы понимаем системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (инвалида, в т.ч. ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса. Такой подход к реабилитационной диагностике требует, во-первых, корректной постановки цели реабилитации, во-вторых, применения валидных и надежных диагностических инструментов.

В настоящее время нет единых подходов к определению цели на курс реабилитации ребенка-инвалида в реабилитационных организациях, зачастую цель, поставленная в организации, противоречит целям, установленным на уровне медико-социальной экспертизы (МСЭ), или вообще цель подменяется перечнем задач. Четко сформулированная перспективная цель, отражающая потенциальные возможности восстановления или коррекции в реабилитационном процессе помогает как мотивировать клиента на долгосрочную и поэтапную работу, так и определить перспективы реабилитации.

Если рассматривать иерархию целей, которые разрабатываются разными организациями, участвующими в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, то достаточно часто цель (цели), установленная на уровне МСЭ, носит более общий характер и имеет долгосрочный интервал достижения, что подразумевает возможность трансформации на более конкретную цель на уровне реабилитационной организации.

Цель на уровне реабилитационной организации выступает как компонент и средство для достижения общей цели, поставленной МСЭ. В соответствии с определенными МСЭ ограничениями жизнедеятельности (ОЖД) в реабилитационной организации устанавливается единая цель для всех специалистов на период курса реабилитации ребенка-инвалида и членов его семьи (законных представителей), формулируются конкретные задачи по каждому направлению комплексной реабилитации и абилитации. Формулировка цели может быть ориентирована на предложенную П. Друкером систему и методику постановки целей – SMART [2. с.17]. Сам термин происходит от английского "smart" – «умный» (хитрый, смекалистый) и содержит **в себе 5 критериев** постановки целей:

specific - конкретная;

measurable - цель измеримая;

achievable - цель достижимая;

realistic - цель реалистичная, прагматичная;

timed – цель, определенная по времени (*time-bound* – ограниченная во времени).

П. Друкер полагал, что правильно поставленная смарт-цель обязательно будет достигнута, если она соответствует этим пяти критериям. Для формулирования конкретной и понятной для всех участников реабилитационного процесса цели предлагаем выделить понятие ведущего ограничения жизнедеятельности, степень которого наиболее высока по отношению к другим установленным МСЭ ограничениям. При наличии совокупности ОЖД в одинаковой степени, ведущее ОЖД определяется коллегиально специалистами мультидисциплинарной команды с учетом потребностей ребенка-инвалида (старше 14 лет) и его законного представителя.

Задачи формулируются в кодах категорий Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [3] как краткое указание действий, которые необходимо

выполнить для достижения цели, поставленной на уровне организации. Задачи формулируются в виде утверждения того, что необходимо сделать, чтобы цель была достигнута. Чем выше степень ОЖД, тем детализированней (на 3 уровне детализации категорий МКФ) постановка задач.

Корректное, последовательное формулирование целей реабилитации и абилитации позволяет выстраивать для клиента долгосрочную и краткосрочную траекторию реабилитационного процесса. ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» отрабатывает типовые задачи в кодах категорий МКФ в зависимости от ОЖД ребенка-инвалида.

Проблема результативности реабилитационного процесса – еще один серьезный вопрос для всех участников реабилитационного процесса. В предлагаемой в данном нормативном документе методике «Балльная система определения степени ограничений в социально значимых категориях жизнедеятельности у детей» (авторы Г.В. Волюнец, М.А. Школьников), существует ряд ограничений. Во-первых, в данном диагностическом инструменте не учитывается целевая реабилитационная группа ребенка-инвалида (далее ЦРГ) и его ОЖД, установленное МСЭ. Во-вторых, в методике нет обоснования выбора перечня показателей, которые диагностируют жизнедеятельность ребенка-инвалида.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», учитывая опыт оценки результативности процесса реабилитации инвалидов старше 18 лет с использованием МКФ, предлагает следующие подходы к системе оценки результативности: установить взаимосвязь ЦРГ и ОЖД с кодами МКФ (активность и участие), что позволит сформировать конкретные критерии диагностирования по каждой целевой группе и взаимоувязать все компоненты системы (ЦРГ, стандарт, методику оценки результативности).

Приведем пример. Например, у ребенка-инвалида МСЭ установила 1 ЦРГ (дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций). Чаще всего у таких детей ведущим ограничением жизнедеятельности является контроль за своим поведением. В системе МКФ

можно детально описать реальную ситуацию конкретного ребенка-инвалида, куда могут войти такие домены как d 1550 Базисные навыки; d 1551 Комплексные навыки; d 2100 Выполнение простых задач. Подготовка, начало, организация времени и места, которые необходимы для выполнения простых задач; d 2301 Организация повседневного распорядка дня.

Если у ребенка-инвалида данной ЦРГ (например, это ребенок с расстройством аутистического спектра) ведущим ограничением определено снижение способности к общению, то в описание по МКФ могут войти такие домены, как d 310 Восприятие устных сообщений при общении; d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения; d 320 Восприятие сообщений на языке формальных символов при общении; d 325 Восприятие письменных сообщений при общении; d 330 Речь; d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме; d 340 Составление и изложение сообщений на языке формальных символов d 345 Письменные сообщения. При описании ситуации клиента проставляются степени ограничений в соответствии с той шкалой, которая предложена в МКФ [3, с. 17]:

- 0 – ограничения отсутствуют;
- 1 – легкие, незначительные ограничения, проблемы;
- 2 – умеренные ограничения, проблемы;
- 3 – тяжелые ограничения, проблемы;
- 4 – абсолютные ограничения, проблемы.

Исходя из данной шкалы, можно построить диагностику статуса ребенка-инвалида по всем направлениям комплексной реабилитации и абилитации. Эти показатели будут сравнимыми для всех специалистов. Что упрощает определение результативности реабилитационного процесса в организации.

Таким образом, можно предложить алгоритм выявления способностей к реализации деятельности ребенка-инвалида в рамках, установленных (МСЭ)

ограничений жизнедеятельности и определения его отклонений от нормативного развития. Данный алгоритм представлен в Таб. 1.

Таблица 1 - Определение результативности проведения реабилитационных мероприятий по социально-психологической реабилитации и абилитации

ОЖД	код категорий МКФ	Наименование диагностического инструментария (примерный перечень)	Диагностика		Оценка результата
			Статус (первичная диагностика)	Статус (заключительная диагностика)	
1. Целевая реабилитационная группа: дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций					
способность к обучению	d130 Копирование	методы нейропсихологической диагностики (Я. Я. Трауготт, И. М. Тонконогий), Диагностический альбом (А. Р. Лурия) АПК «Шуфрид»; Экспериментальные методики патопсихологического обследования (С.Я Рубинштейн) и др.	d130.1	d130.0	+
	d 135 Повторение		d 135.1	d 135.0	+
	d 140 Усвоение навыков чтения		d 140.2	d 140.2	=
	d 145 Усвоение навыков письма		d 145.2	d 145.2	=
	d 150 Усвоение навыков счета		d 150.2	d 150.1	+
	d 155 Приобретение практических навыков		d 155.2	d 155.1	+
	d 159 Базисные навыки при обучении		d 159.2	d 159.2	=
					<i>Улучшение</i>

*Определяется по применяемым диагностическим инструментам, приведенным к единой шкале измерения

Основная проблема в оценке результата состоит в несовместимости показателей, используемых в различных диагностических инструментах. Учитывая, что ОЖД на сегодняшний день определяется в качественных показателях, количественные показатели (баллы) целесообразней перевести в качественные.

Для статистической сравнимости необходимо наличие одного и того же показателя на выборке «до» и «после» предлагаем рассмотреть качественную оценку результативности. Для этого можно использовать допустимые для порядковой шкалы операции, а именно: «больше» («>»), «меньше» («<») и «равно» («=»). Целевые показатели, соответствующие поставленным реабилитационным задачам, «до» и «после» сравниваются, полученный результат записывается знаком «+», «↔» или (0). «>» (балл стал меньше, «улучшение»), «<» (балл стал больше, «ухудшение») и «=» (0 или «без изменений»). Общая результативность клиента выводится исходя из количества полученных знаков. Данный подход на сегодняшний день реализован в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», при оценке комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет.

Список использованных источников:

1. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 22.09.2022).
2. Друкер П. Классические работы по менеджменту. М.: «Альпина Бизнес Букс», 2008.– 220 с.
3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001.–346 с.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов» [Электронный ресурс] URL: [//www.consultant.ru](http://www.consultant.ru). (дата обращения: 22.09.2022).