

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 (040400.62) – Социальная работа

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Организация иппотерапии с детьми-инвалидами (на примере ГАУ АО  
Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр»)

Исполнитель  
студент группы 361 об

О. Ю. Попова

Руководитель  
доцент, канд. пед. наук

Н. М. Полевая

Нормоконтроль  
доцент, канд. пед. наук

Л. Л. Романова

Благовещенск, 2017

## РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 90 с., 6 рисунков, 43 источника, 6 приложений.

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, ИППОТЕРАПИЯ, ИППОТЕРАПИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, ОРГАНИЗАЦИЯ ИППОТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, ЛЕЧЕНИЕ ВЕРХОВОЙ ЕЗДОЙ, ЛЕЧЕБНО-ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

Бакалаврская работа посвящена изучению организации иппотерапии с детьми-инвалидами на примере учреждений ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр». На сегодняшний день, категория ребенок-инвалид остается одной из самых незащищенных. От того, как происходит взаимодействие социального работника с ребенком, и насколько эффективны меры поддержки зависит его будущее.

Следовательно, проблемы, связанные с улучшением организации иппотерапии, проводимой с детьми-инвалидами является актуальной и необходимой технологией в наше время.

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| Введение  | 4  |
| 1 Дети-инвалиды как особая социальная группа  | 6  |
| 1.1 Сущность и содержание понятий «инвалидность», «инвалид»,<br>«дети-инвалиды»   | 6  |
| 1.2 Социальные проблемы детей-инвалидов   | 17 |
| 2 Иппотерапия как технология социальной работы с детьми-инвалидами  | 23 |
| 2.1 Технологии социальной работы с детьми-инвалидами  | 23 |
| 2.2 Иппотерапия: сущность и содержание, алгоритм осуществления  | 31 |
| 3 Организация иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО  |    |
| Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр»  | 42 |
| 3.1 Результаты исследования организации иппотерапии с детьми-<br>инвалидами в КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр»   | 42 |
| 3.2 Практические предложения по оптимизации организации<br>иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский<br>КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр» | 50 |
| Заключение  | 54 |
| Библиографический список  | 56 |
| Приложение А Программа исследования «Организация иппотерапии с<br>детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН<br>«Доброта»                      | 60 |
| Приложение Б Анкета для специалистов по социальной работе   | 67 |
| Приложение В Программа исследования «Организация иппотерапии с<br>детьми-инвалидами в КСК «Аллюр»   | 73 |
| Приложение Г Анкета для инструкторов по ЛВЕ   | 80 |
| Приложение Д База данных детей-инвалидов для КЦСОН «Доброта»  | 86 |
| Приложение Е Стандарт оказания иппотерапии для детей-инвалидов<br>в КСК «Аллюр»   | 87 |

## ВВЕДЕНИЕ

Ребенок-инвалид в настоящее время все еще остается одной из слабозащищенной категорией населения. К этой категории относятся дети, имеющие «значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем». Организация в данной сфере особо актуально, так как необходимо решать проблемы этой категории населения и строить перспективы дальнейшего развития. Изучить данную категорию и условия ее существования важно не только для развития представлений об формирующейся общественной структуре, но и для решения серьезных социальных проблем, возникающих в связи с детской инвалидностью

Историографическую базу изучения организацию иппотерапии составляют труды отечественных авторов в области социологии, права, психологии, социальной работы, среди которых можно отметить А.Е. Метелеву, И.В. Тимофееву, Л.К. Грачева, И.Ю. Казаченко, С.Г. Мезенина.

Научная новизна бакалаврской работы состоит в обобщении научных материалов и исследований по проблемам организации иппотерапии в социальной работе с детьми-инвалидами.

Практическая значимость бакалаврской работы заключается в том, что материал данной курсовой работы можно использовать в учебной работе, в практической и научной деятельности специалистов по социальной работе, а также автором разработаны программы исследования, показывающая организацию иппотерапии в г. Благовещенске.

*Объект:* дети-инвалиды

*Предмет:* организация иппотерапии с детьми-инвалидами.

*Цель данной работы* – изучение организации иппотерапии с детьми-инвалидами в г. Благовещенске.

*Основные задачи:*

- 1) рассмотреть сущность и содержание понятий «инвалид», «инвалидность», «ребенок-инвалид»;
- 2) охарактеризовать семьи с детьми-инвалидами и их проблемы;
- 3) изучить содержание иппотерапии как технологии социальной работы с детьми-инвалидами;
- 4) разработать последовательность составления программы исследования с применением организации иппотерапии с детьми-инвалидами в социальной работе и подведение итогов.

При написании бакалаврской работы использованы методы: обобщение, анализ статистических данных, синтез и анкетирование.

# 1 ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ КАК ОСОБАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА

## **1.1 Сущность и содержание понятий «инвалидность», «инвалид», «ребенок-инвалид»**

В настоящее время в России стоит острый вопрос, связанный с увеличением количества детей-инвалидов в современном социальном обществе. Число детей-инвалидов с каждым годом становится все выше и выше. По данным ВОЗ, инвалиды составляют 10 % населения планеты, из них 120 миллионов – дети и подростки. Инвалиды детства в России составляют более 12 % от общего числа всех инвалидов. В структуре детской инвалидности преобладают умственная отсталость, заболевания нервной системы – более 60 %. У каждого десятого ребенка-инвалида отмечается полная или частичная неспособность к самостоятельной деятельности, тяжесть расстройств и ограничение социальных функций.

Этому способствует множество факторов: невысокий уровень медицины в России, нехватка финансирования, плохая экология, высокий уровень заболеваний родителей (особенно матерей), рост травматизма, детская заболеваемость и т.д. В нашей стране официально инвалидами считаются свыше восьми миллионов человек и каждый год эта цифра увеличивается. [12].

Прежде чем рассматривать само понятие «дети-инвалиды», необходимо дать характеристику таким определениям как «инвалидность» и «инвалид».

*Исторически понятия «инвалидности» и «инвалид» в России связывались с понятием «нетрудоспособность» и «больной».* Нередко методические подходы к анализу инвалидности заимствовались из здравоохранения, аналогично с анализом заболеваемости. Представления о происхождении инвалидности раскрывались в традиционные схемы «здоровье-заболеваемость».

Последствия таких подходов создавали иллюзию мнимого благополучия, так как относительные показатели инвалидности на фоне естественного прироста населения улучшались, из-за чего действенные стимулы к поиску истинных причин роста абсолютного числа инвалидов отсутствовали. Лишь после

1992 года в России произошел перекрест линий рождаемости и смертности, и явления уменьшения нации приобрели четкий характер, сопровождаясь устойчивым ухудшением показателей инвалидности, возникли серьезные сомнения в правильности методологии статистического анализа инвалидности [3].

*Инвалидность у детей* есть существенное ограничение жизнедеятельности, которое способствует социальной дезадаптации и обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками.

Специалисты долгое время рассматривали понятие «инвалидность», отталкиваясь преимущественно от биологических составляющих, расценивая ее возникновение в основном как следствие неблагоприятного исхода лечения. В связи с этим социальная сторона проблемы была сужена до нетрудоспособности, как основном показателе инвалидности.

Поэтому основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий было определение того, какую профессиональную деятельность освидетельствуемый не может выполнять, а что может – определялось на основе субъективных, преимущественно биологических, а не социально-биологических критериев [32].

Расшифровка данного определения происходит через его *структурные элементы таких, как:*

*Здоровье* – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

*Нарушение здоровья* – физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

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

*Степень ограничения жизнедеятельности* – величина отклонения от

нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья.

*Социальная недостаточность* – последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной помощи и защиты.

*Социальная защита* – система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества [22].

Эти структурные элементы позволяют нам раскрыть сущность *причин инвалидности*.

- общее заболевание,
- трудовое увечье. Устанавливается при несчастном случае и в зависимости от обстоятельства, при котором он произошел. Должен быть составлен акт о несчастном случае;
- профессиональное заболевание,
- инвалидность с детства (признаки инвалидности должны быть определены до 16 лет, у учащихся до 18 лет).
- инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны,
- военная травма или заболевание, полученные в период военной службы,
- инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС (документом, подтверждающим вышеуказанное обстоятельство, является удостоверение участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС).
- инвалидность, связанная с последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также другие причины, установленные законодательством РФ [23].

*Комплексная оценка разных качественных и количественных показателей*, которые характеризуются стойкими нарушениями функций организма, предусматривает выделение преимущественно четырех степеней нарушений:

- 1 степень – незначительные нарушения функций;
- 2 степень – умеренные нарушения функций;
- 3 степень – выраженные нарушения функций;
- 4 степень – значительно выраженные нарушения функций [11].

*Ограничение жизнедеятельности* – отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность. *Степень ограничения жизнедеятельности* – величина отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья [17].

В зависимости от того, какая степень нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

Критерием для определения *I группы инвалидности* является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контроля за своим поведением третьей степени [33].

Критерием для установления *II группы инвалидности* является социальная недостаточность, которая требует социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизне-

деятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней;
- способности к обучению третьей, второй степеней;
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контроля за своим поведением второй степени.

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть весомым аргументом для установления II группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности, исключая учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления II группы инвалидности [33].

Критерием для определения *III группы инвалидности* является социальная неполноценность, которая требует социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, которые приводят к острому или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способности к передвижению первой степени;
- способности к обучению первой степени;
- способности к трудовой деятельности первой степени;
- способности к ориентации первой степени;
- способности к общению первой степени [33].

*Инвалид* – (лат. *invalidus* бессильный, слабый) это лицо, навсегда или на длительное время потерявшее трудоспособность (частично или полностью) в результате болезни или травмы. Человек, у которого возможности его личной

жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений. В Российской Федерации установление статуса «инвалид» осуществляется учреждениями медико-социальной экспертизы и представляет собой медицинскую и одновременно юридическую процедуру. С развитием гуманизации и демократизации общественных процессов заменяется понятие «инвалид» таким как «человек с ограниченными возможностями здоровья» [19].

Под *классификацией* можно понимать:

- 1) причины, вызвавшие инвалидность (например, врожденная патология, болезнь, травма и др.);
- 2) продолжительность инвалидности – временная, долгосрочная, постоянная;
- 3) характер повреждения, например, функциональная ограниченность, нарушение социального поведения и др.;
- 4) последствия для самой личности – ограничение или потеря независимости, социальной интеграции, профессиональных возможностей и так далее;
- 5) последствия для семьи – необходимость ухода за инвалидом, финансовую нагрузку на семью, нарушение социальных связей;
- 6) последствия для общества – необходимость финансовой поддержки, потеря трудоспособного члена общества и др.;
- 7) степень снижения работоспособности – ограниченность в самообслуживании, возможность участия в трудовом процессе и прочее [16].

В нашей стране *качество жизни инвалидов*, как правило, ниже остального населения, что обусловлено *следующим*:

- недостаточностью в нашем обществе гуманизма и милосердия по отношению к людям с особыми потребностями;
- неразвитостью и неприспособленностью социальной инфраструктуры городов и сельских населенных пунктов с учетом удовлетворения основных потребностей инвалидов;
- низким уровнем материального обеспечения и социального обслуживания

ния, их недостаточной гибкостью;

– низким качеством или отсутствием технических средств и приспособлений, необходимых для обслуживания, передвижения и труда инвалидов;

– наличием значительных трудностей в получении качественной профессиональной, особенно высшего образования, в удовлетворении духовных потребностей [14].

Можно выделить *5 категорий инвалидов* со следующими нарушениями:

1) физические недостатки, а именно нарушения опорно-двигательного аппарата;

2) интеллектуальные нарушения и психические заболевания;

3) нарушение функции слуха (глухие и слабослышащие) нарушение функции зрения (слепые и слабовидящие);

4) нарушение работы внутренних органов есть инвалиды по «общему» заболеванию (сахарный диабет, бронхиальная астма, онкобольные и прочее) [20].

Выделим несколько *принципов социальной защиты и реабилитации инвалидов*:

– доступность среды жизнедеятельности;

– принцип компенсации;

– принцип секторного распределения ответственности;

– принцип солидарности;

– принцип обеспечения равных возможностей [22].

После рассмотрения понятий «инвалидность», и «инвалид», можно дать краткую характеристику термину «дети-инвалиды»

*Дети-инвалиды* – это дети, имеющие разные отклонения психического или физического плана, которые влияют на нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Аналогами данного понятия могут быть следующие определения таких детей: «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «аномальные дети», «исключительные дети». Присутствие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного развития [31].

В зависимости от характера нарушения одни изменения могут преодолеваются полностью в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, другие лишь уравнивать, а некоторые только компенсироваться. Один ребенок с отклонениями в развитии может овладеть лишь некоторыми основными общеобразовательными знаниями ( *например: читать по слогам и писать простыми предложениями*), другой – относительно не ограничен в своих возможностях (*например, ребенок с задержкой психического развития или слабослышащий*). Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, умений и навыков, а также различные формы педагогической работы с ним. Структура дефекта влияет и на практическую деятельность детей. Одни нетипичные дети в будущем имеют возможность стать высококвалифицированными специалистами, другие всю жизнь будут выполнять низкоквалифицированную работу (*например, переплетно-картонажное производство, металлоштамповка*) [30].

Социальный статус *ребенка-инвалида* во многом решается как наследственными и биологическими признаками, так и социальной средой жизни. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои врожденные уникальные свойства нервной системы (*силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей*). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят способности к овладению социальным опытом, познанию мира, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека. Известно, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные [33].

Разносторонность структуры атипичного развития заключается в наличии *первичного дефекта*, который вызван биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в течении последующего своеобразного развития на патологической основе. Например, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом,

а наступившая, как следствие немота – дефект вторичный. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального воспитания и обучения при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности.

Интеллектуальная недостаточность, появившаяся в результате первичного дефекта – органического поражения коры головного мозга, порождает *вторичные нарушения* – отклонения в деятельности высших познавательных процессов (активного восприятия и внимания, произвольных форм памяти, абстрактно-логического мышления, связной речи), которые становятся заметными в процессе социокультурного развития ребенка. *Третичные* недостатки – недоразвитость психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляются в примитивных реакциях на окружающее, недоразвитии эмоционально-волевой сферы: завышенная или заниженная самооценка, негативизм, невротическое поведение [24].

Важным моментом является то, что вторичные и третичные нарушения могут влиять на первичный дефект, ухудшая его, если не проводится комплексная и систематизированная коррекционно-реабилитационная работа.

На развитие и становление детей-инвалидов влияют четыре фактора, таких как:

1) *вид (тип) нарушения;*

2) *степень и качество первичного дефекта.* Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения могут быть – ярко выраженными, слабо выраженными и почти незаметными. Степень выраженности отклонения определяет своеобразие атипичного развития. Существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития нетипичного ребенка от степени и качества первичного дефекта;

3) *срок (время) возникновения первичного дефекта.* Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие – повреждение речевых, сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития. Например, у слепорожденного ребенка отсутствуют зри-

тельные образы. Представления об окружающем мире будут у него накапливаться с помощью сохранных анализаторов и речи. В случае потери зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте ребенок сохранит в памяти зрительные образы, что дает ему возможность познавать мир, сравнивая свои новые впечатления с сохранившимися прошлыми образами. При потере зрения в старшем школьном возрасте представления характеризуются достаточной живостью, яркостью и устойчивостью, что существенно облегчает жизнь такого человека;

4) условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды. Успешность развития аномального ребенка во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно-реабилитационной работы с ним [18].

У ребенка-инвалида определяется степень нарушения здоровья:

– степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые являются показателем к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения у лиц старше 18 лет;

– степень утраты здоровья устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка (соответствует 3 группе инвалидности у взрослых);

– степень утраты здоровья соответствует 2 группе инвалидности у взрослого;

– степень утраты здоровья определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий (соответствует 1 группе инвалидности у взрослого) [3].

Каждой степени утраты здоровья ребенка-инвалида соответствует, перечень заболеваний, которые и определяют следующие категории детей-

*инвалидов:*

1) нервно-психические заболевания. Наиболее распространенные заболевания этой группы опухоли нервной системы, эпилепсия, шизофрения и другие эндогенные психозы, умственная отсталость (олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие стадии идиотии или имбецильности), болезнь Дауна, аутизм, ДЦП;

2) заболевания внутренних органов;

3) поражение и заболевание глаз;

4) онкологические заболевания;

5) поражение и заболевание органа слуха;

6) хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации;

7) эндокринные заболевания [5].

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Итогом может послужить задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [25].

*Таким образом,* нам удалось раскрыть причины инвалидности, дать расшифровку ее структурных элементов, выявить степени нарушения функций организма и рассмотреть их критерии. Забота о детях-инвалидах имеет свои особенности, так как необходимо обеспечить не только развитие всех систем и функций растущего организма, но и создать условия для максимально возможной социальной адаптации таких детей в социуме. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер,

средств и усилий, а также разработки новых технологий социальной работы для решения проблем данной категории.

## **1.2 Социальные проблемы детей-инвалидов**

Суть личностной проблемы ребенка-инвалида заключается в его изолированности от общества, в котором ему предстоит расти и жить, и общество должно подходить к решению проблемы «инвалид-личность» не с позиции жалости к некоему явлению вне самого общества, а с позиции содружества, соучастия, содействия, сотворчества.

Появление ребенка-инвалида вносит существенные изменения в привычный быт семьи, затрачивает немало сил, чтобы как-то приспособиться к своему несчастью, родители страдают от того, что чувствуют себя виновными в случившейся беде с ребенком. Нередко возникает недоверие, супруги начинают искать причины несчастья ребенка друг в друге, что ведет к внутрисемейным конфликтам. Нередки случаи, когда отцы, не выдержав тягот забот о воспитании такого ребенка, оставляют семьи, что еще больше осложняет ситуацию. В жизни детей –инвалидов и в семьях, в которых они воспитываются, возникает много трудностей и социальных проблем. соответственно должна проводиться кропотливая серьезная работа с родителями [4]. Необходимо:

- направить их усилия на более оптимальный путь;
- обучить правильному пониманию своих тяжелых обязанностей;
- вооружить хотя бы минимумом психологических, педагогических, медицинских знаний и раскрыть возможности их использования;
- помочь родителям признать за ребёнком потенциальную исключительность.

Если в семье нет четкого представления по этим вопросам, то серьезным препятствием на пути развития ребёнка-инвалида и его социализации становится семья.

Среди основных проблем, которые характерны как для детей-инвалидов, так и для их семей следует отметить *психологические проблемы*. Эти проблемы, прежде всего, связаны с психическим состоянием ребенка, который понимает,

что он не такой как все, моральная давка со стороны общества, а так же переживаниями всех членов семьи в связи с тревогой и заболеванием ребенка за его судьбу; непонимание со стороны собственной семьи; напряжение во взаимоотношениях родителей из-за необходимости решения всевозможных бытовых проблем; уходом одного из родителей из семьи; неприятие отдельными родителями детей инвалидов [7].

К сожалению, большинство родителей в первые годы не уделяют нужного внимания психическому развитию ребенка и формированию у него знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной жизни во взрослом периоде. Упускаются из вида наиболее важные для развития психики первые годы жизни, когда формируются взаимоотношения ребенка с окружающей средой и обществом.

Еще одной проблемой детей инвалидов и их семей являются *проблемы медицинского характера*. Эти проблемы связаны с участием в программе медицинской реабилитации. Это получение информации о заболевании ребёнка, ожидаемых социальных трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, коррекции речи; поиск возможностей дополнительного консультирования ребёнка, его возможная госпитализация, получение путевок в санаторий и т.д. Проблемой является отсутствие информационного центра и сети комплексных центров социально-психологической реабилитации, а так же слабость государственной политики [9].

*Социально-бытовые проблемы*. Проблема социально-бытовой адаптации детей-инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. Эта проблема заключается в трудностях, связанных с осуществлением целенаправленной работы по социальной адаптации ребенка, формированием навыков самообслуживания, передвижения, пользования вспомогательными техническими средствами, общественным транспортом, развитием самостоятельности; организацией досуга и игровой деятельности ребёнка, способствующих развитию или компенсации нарушенных функций, гармоническому развитию личности; приобретением и установ-

кой дома специального оборудования для тренировки бытовых навыков, навыков ходьбы, развития нарушенных моторных функций, а также приобретение высококачественных технических средств [38].

*Экономические проблемы*, поскольку они в комплексе характеризуют положение и ребенка-инвалида и его семьи. Это связано с рядом причин: вынужденным неучастием большого количества матерей детей-инвалидов в общественном производстве; составление сокращенного рабочего дня; невозможность самому инвалиду зарабатывать в подростковом возрасте и, отсюда, комплекс на фоне сверстников; вынужденной сменой работы нередко с потерей заработной платы; оформлением отпуска без сохранения содержания для лечения и оздоровления ребенка; затратами на приобретение дефицитных медикаментов, вспомогательных технических средств и специального оборудования, оплату консультантов, медицинских сестер, массажистов, выезд с ребёнком на курорт и т.д. [38].

С целью поддержания детей-инвалидов, государством были составлены основные льготы и преимущества для них и их семей:

- бесплатное обеспечение лекарственными препаратами, отпускаемыми по рецептам врачей;

- бесплатное санаторно-курортное лечение (вторая путевка предоставляется сопровождающему лицу);

- дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители и социальные работники, осуществляющие уход за ними, пользуются правом бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования, городского и пригородного сообщения. В этом случае для детей-инвалидов основанием для предоставления этого права является справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая учреждением государственной службы медико-социальной экспертизы, форма которой утверждена Министерством социальной защиты от 18 сентября 1996 г. № 230. Родители детей-инвалидов пользуются этим правом на основании документов ребенка об установлении инвалидности. Родителям, опекунам, попечителям и соцработникам органы социальной защиты по месту

их жительства должны выдавать справку о праве на данную льготу [15];

– 50 % скидка на стоимость проезда 1 раз в год (туда и обратно) с 16 мая по 30 сентября, а также бесплатный проезд 1 раз в год к месту лечения и обратно. Основанием для предоставления данной льготы являются листы талонов, выдаваемые органами социальной защиты по месту жительства;

– 50 % скидка на стоимость проезда на междугородних линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая (без ограничения числа поездок). Лица, сопровождающие ребенка-инвалида, приобретают билеты с указанной скидкой на основании справки детей-инвалидов в каждой конкретной поездке в данный период;

– согласно ст. 17 настоящего Закона инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями. Семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставляется скидка не ниже 30 % на квартирную плату (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплату коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилого фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, на стоимость топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению;

– согласно ст. 18 настоящего Закона образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, школьное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение среднего и высшего профессионального образования в соответствии с программой реабилитации инвалида [15].

*Проблема образования больного ребёнка* заключается в трудностях, связанных с подготовкой ребёнка к школе и сложностях в его обучении, особенно при обучении на дому. Проблемы иного порядка связаны с региональными условиями, с наличием или отсутствием специализированных школ, реабилитационных центров, специалистов-дефектологов в местах проживания семей, имеющих ребенка-инвалида. Поскольку специальные образовательные учреждения распределены по стране крайне неравномерно, то дети с ограниченными

возможностями часто вынуждены получать образование в специальных школах-интернатах. Закрытость данных учреждений не может не сказаться на развитии личности ребенка и на его готовности к самостоятельной жизни.

*Социально-профессиональные проблемы* детей – это всевозможные трудности для родителей ребёнка-инвалида: повышение своего образовательного уровня; отказ от реализации профессиональных планов; вынужденные перерывы в работе на период лечения и для организации ухода за ребёнком-инвалидом; смена характера работы родителей с учётом интересов ребёнка; формирование уклада жизни семьи, подчинённого интересам ребёнка; трудности с проведением досуга ребёнка [27].

Следует отметить, что далеко не всегда учителя подготовлены к обучению детей на дому. По отношению к таким детям у учителей часто наблюдается отсутствие толерантности, что нередко становится причиной конфликтов между ними [24].

По-прежнему остается *проблемой* получение профессии и трудоустройство для инвалидов с детства. Не разработаны содержание и методы профориентации и трудовой подготовки, не решены вопросы их трудовой занятости [27].

На мой взгляд, не менее важной является *проблема, связанная с формированием негативного общественного мнения по отношению к лицам, имеющим инвалидность* (существование стереотипа «инвалид – бесполезный» и т.п.). Чувство неполноценности, возникающее у них в связи с непониманием их проблем, мешает им жить, у детей формируются качества, не позволяющие им эффективно взаимодействовать с социальной средой.

Также не менее важной проблемой является *отсутствие достаточного правового обеспечения* (несовершенство законодательной базы в отношении детей с ограниченной возможностью) [35].

*Итак*, социальная проблема – это социальное противоречие, осознаваемое субъектом деятельности (т.е. индивидом или социальной группой) как значимой для него несоответствие между целью деятельности и ее результатом; –

это несоответствие возникающее из-за отсутствия или недостатка средств для достижения цели, приводит к неудовлетворению социальных потребностей субъекта деятельности

*Таким образом,* основными социальными проблемами детей-инвалидов являются: экономические, жилищно-бытовые, коммуникативные, проблемы с обучением и трудоустройством. Со многими из рассмотренных проблем ребенок и семья не могут справиться самостоятельно и нуждаются в постоянной социальной защите, помощи и поддержке.

## 2 ИППОТЕРАПИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

### 2.1 Технологии социальной работы с детьми-инвалидами

Технологии социальной работы с детьми-инвалидами разнообразны и направлены на установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации; изменение социального статуса, экономического, культурного уровня, ценностей, ориентаций клиента; помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента; предупреждение социальных и индивидуальных рисков; облегчение вхождения индивида в сравнительно незнакомое общество или культурную систему.

К важнейшим видам технологий социальной работы с детьми-инвалидами относятся: *социальная диагностика, социальная реабилитация, социальная адаптация, здоровьесбережение*. Они ориентируют на целостный подход к ребенку-инвалиду, учет его интересов, потребностей, ценностных ориентаций, на создание общественных условий, способствующих мобилизации потенциала внутренних сил личности для решения возникших проблем и трудностей [40].

*Социальная диагностика* является методическим инструментом, дающим специалисту по социальной работе необходимые знания, на основании которых ставится социальный диагноз проблемы ребенка-инвалида, выбираются технологии социальной работы, позволяющие разрешить имеющиеся трудности в жизнедеятельности ребенка с ограниченными возможностями. Социальная диагностика – интегративная технология, которая включает в себя совокупность методов, приемов и предполагает способность специалиста по социальной работе распознавать личностные ресурсы ребенка-инвалида, резервные возможности его социального окружения, обеспечивающие достижение успехов в отношениях с людьми, самореализации в различных сферах. Семья, учебный коллектив ребенка с ограниченными возможностями способствуют формированию волевых качеств, активной жизненной позиции и обеспечивают социальное признание.

Таким образом, социальная диагностика изучает деятельность и поведение ребенка-инвалида в повседневной жизни, причины его трудной жизненной ситуации и выявляет изменения в ней в процессе оказания социальных услуг. Целью социальной диагностики является установление специалистом по социальной работе объективного социального диагноза проблемы ребенка-инвалида и оформление заключения [36]. Анализ проблемы ребенка-инвалида осуществляется с помощью трех способов:

- во-первых, специалист по социальной работе на основе результатов социально-диагностических методов конкретизирует причины и ход развития проблемы клиента;

- во-вторых, характеризует готовность ребенка-инвалида к решению проблемы (наличие социальных умений и навыков, знаний и социального опыта), описывает взаимодействие его с членами семьи, друзьями в настоящее время;

- в-третьих, систематизирует всю информацию о семье (структура, социальное и экономическое положение, межличностные отношения членов семьи), учебном коллективе, куда входит ребенок-инвалид [41].

Выявление социальных умений и навыков ребенка-инвалида, определение их уровня сформированности осуществляется с помощью методов социальной диагностики: наблюдения, анкетирования, интервьюирования, обследования жилищно-бытовых условий, анализа документов

Наблюдение, как метод социальной диагностики, означает ознакомление с проблемами ребенка-инвалида в естественных, привычных для него условиях жизни. По признаку времени различают эпизодическое, систематическое, клиническое наблюдение. Эпизодическое наблюдение может быть единовременным. Систематическое наблюдение предполагает длительное ознакомление с проблемами ребенка-инвалида в естественных, привычных для него условиях жизни. Клиническое наблюдение – длительное изучение жизни ребенка-инвалида в процессе выполнения им какой-либо деятельности (учебной, трудовой, игровой и т.д.). Специалист по социальной работе ведет дневник, где указывает дату, время, место проведения наблюдения и основные факты, позво-

ляющие сделать предположение об имеющихся у ребенка-инвалида социальных умениях и навыках. Наблюдение позволяет выявить, как формируются отношения ребенка-инвалида с окружающими: по поводу чего он вступает в отношения с людьми, в каких формах выражает сочувствие, внимание, радость, как оказывает или не оказывает помощь другому, как сам принимает помощь. С помощью наблюдения можно диагностировать также интересы ребенка-инвалида [39].

Широко используется в социальной диагностике для изучения причин трудной жизненной ситуации ребенка-инвалида метод интервью. Очень важно, чтобы интервью было стандартизированным: специалист заранее разрабатывает его сценарий, продумывает и формулирует вопросы и т.д. Для получения информации о трудной жизненной ситуации ребенка-инвалида используется и такой метод социальной диагностики как анкетирование. Анкета начинается с введения, в котором должны находиться следующие элементы: обращение к участнику исследования, информация об организации, проводящей исследование, контактный телефон, цель проведения анкетирования, объяснение, как будут использоваться результаты, инструкция по заполнению опросного листа. Важно, чтобы в основной части анкеты вопросы располагались в следующем порядке: от начала до середины опросного листа – от простых вопросов к сложным; от середины к концу опросного листа – от сложных к простым [44].

Важное значение для эффективной социальной диагностики имеет метод обследования жилищно-бытовых условий места жительства ребенка-инвалида. Он используется специалистом в процессе социального патронажа. Во время обследования специалист по социальной работе наблюдает за ребенком-инвалидом в домашних условиях, изучает его быт, взаимоотношения в семье, знакомится с режимом, питанием, узнает о самочувствии (сон, периодичность посещения общеобразовательного учреждения, эмоциональное состояние, особенности общения). Во время посещения семьи, специалист по социальной работе отмечает: имеется ли у ребенка-инвалида спальное место, места для отдыха и выполнения учебной, трудовой деятельности. Ценную информацию, рас-

крывающую причины возникновения трудной жизненной ситуации, специалист по социальной работе может получить методом анализа документов. При отборе документов специалист проверяет их адекватность (насколько документ соответствует предмету исследования); достоверность, подлинность документа (выяснение истории его появления, авторства, намерений составителя, обстановки составления). Таким образом, технология социальной диагностики способствует выявлению причин возникновения проблемы ребенка-инвалида, его ресурсов и потенциальных возможностей [38].

*Социальная реабилитация* детей-инвалидов есть одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Придерживаясь определения П. Д. Павленка, мы рассматриваем социальную реабилитацию как восстановление основных функций личности. По единодушному мнению специалистов данный процесс необходимо начинать с семьи, так как роль семьи в реабилитации детей-инвалидов просто трудно переоценить. Участие членов семьи, особенно матери, оказывается определяющим в результатах реабилитации. Но при этом значение семьи может быть не только положительным, но и отрицательным [40].

Вот почему в лечебно-профилактических учреждениях, где проводится лечение и другие реабилитационные мероприятия, организована работа с членами семей детей-инвалидов. Родители должны быть подготовлены к осуществлению реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях. Роль социального работника в этих случаях чрезвычайно велика, так как именно от него ждут совета, помощи. Отсутствие веры родителей в успех реабилитации оказывает негативное влияние на образ жизни ребенка-инвалида, а вера в успех формирует положительный психологический климат, социально-экономическую активность родителей и т. д., что в свою очередь, способствует адаптации, успешности обучения и всему процессу интеграции ребенка-инвалида в общество.

Реабилитация детей-инвалидов вследствие заболеваний, приводящих к умственной отсталости, требует систематических, многолетних занятий с целью обучения навыкам самообслуживания и гигиены, в школьном возрасте и

далее -дополнительных занятий по овладению школьной программой, профессиональными навыками. Инвалидам с детства вследствие патологии, приведшей к отклонениям в физическом развитии, требуются более длительные тренировки, лечебный массаж, овладение техническими средствами для тренировки пораженных и компенсирующих органов. Таким детям без помощи родителей никак не обойтись. Поэтому для проведения указанной работы родители детей-инвалидов должны иметь определенные навыки, необходимые знания, время и средства [26].

Наиболее распространенной формой обучения и реабилитации детей-инвалидов являются реабилитационные центры, где реализуются индивидуальные реабилитационные программы детей средствами образования. В последние годы образовательные возможности для детей-инвалидов расширены за счет открытия учреждений нового типа. Эти учреждения работают как центры дневного пребывания для детей, имеющих различные проблемы в развитии и социализации. Центры реабилитации очень тесно сотрудничают как с семьей, так и с общественными учреждениями. Ведь воспитание аномального ребенка требует значительной психолого-педагогической поддержки семьи.

В настоящее время разрабатываются не только государственные, но и региональные программы помощи семьям, имеющим детей-инвалидов, в которых предусматриваются меры по обучению и инструктажу родителей, волонтеров методам реабилитации по всем аспектам, материальному обеспечению этих мер, социально-педагогическому патронажу семьи и другие [26].

*Технология социальной адаптации* является одной из основных технологий социальной работы, так как на ней построена почти вся деятельность по отработке у клиента навыков противостояния негативному воздействию окружающей среды. Термин «адаптация» встречается в психологии, социологии, медицине и везде подразумевает активизацию адаптивного потенциала человека в связи с неблагоприятным воздействием каких-либо внешних факторов. Применительно к социальной работе термин «социальная адаптация» в большей степени имеет психосоциальное значение и, самое главное, вбирает в себя

аспекты, связанные как с безусловной самоактивизацией индивида, так и с привлечением к этому процессу комплекса мероприятий социально-экономического, социо-культурного, психолого-педагогического и медико-социального характера. В самом простейшем понимании социальная адаптация – процесс приспособления человека к социальным условиям его существования, к конкретной социальной ситуации [27].

В контексте технологизации социальной работы необходимо рассматривать этот процесс как, во-первых, структурно и процессуально организованный, во-вторых, как процесс преимущественно активного приспособления. Он предусматривает овладение ролями (нормативными моделями поведения), а также конкретными навыками социального взаимодействия в какой-либо среде. Повышение степени адаптированности индивида приводит к более уверенному противодействию различным негативным влияниям и росту возможностей самореализации. В любом случае, главным субъектом социальной адаптации выступает сам индивид [34].

Социальную адаптацию ребенка-инвалида определяем как его интеграцию в общество, в ходе которой он оказывается в различных проблемных ситуациях, возникающих в сфере межличностных отношений. Именно таким образом ребенок-инвалид усваивает механизмы и нормы социального поведения, установки, черты характера и другие особенности, которые в целом и обеспечивают социализацию ребенка. Социальная адаптация предполагает активное приспособление ребенка-инвалида к условиям социальной среды.

Причины возникновения проблем социализации и интеграции ребенка могут быть самые различные, но, прежде всего, они связаны с неадекватным восприятием детьми-инвалидами тех требований, которые предъявляет окружающий социум [34].

Помимо перечисленных технологий социальной работы с детьми-инвалидами, необходимо отметить технологию *здоровьесбережения*, так как исследования показывают, что многие аспекты социальной работы касаются сохранения здоровья. В последнее десятилетие активизировался процесс разра-

ботки, утверждения и реализации целого ряда федеральных и региональных целевых программ по сохранению здоровья отдельных категорий граждан. Охрану здоровья детей можно назвать приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно полезным трудом. Мы считаем, что работа по сохранению здоровья детей-инвалидов является необходимым фундаментом для их адаптации, социализации и внедрение в общество [43].

В связи с возрастающей значимостью и возможной самореализацией в современном обществе социальная сущность здорового образа жизни возрастает, так как она является интегральным средством профилактики заболеваний. В основе здоровья лежат процессы развития и сохранения физиологических, психологических и социальных функций.

Понятие «здоровьесбережение» истолковывается неодинаково. Выделяются его различные аспекты: самоактуализация и самоосуществление, физическое саморазвитие, интеграция, индивидуальность, здоровье, автономия, творчество, продуктивность, но, несомненно, одно, потенциальные возможности человека, все то, что может он достичь и что должно помочь в его будущей профессиональной деятельности есть цель реализации здоровьесбережения. Под здоровьесбережением мы понимаем систему профилактических и организационных мер по обеспечению специальных, психолого-педагогических, социальных и медицинских условий для сохранения и улучшения здоровья (оздоровления) различных категорий детей и подростков с учетом особенностей их заболеваний и индивидуальных особенностей социальной адаптации и развития [9].

Применение здоровьесберегающих технологий в социальной работе с детьми-инвалидами направлено на формирование их мотивационной сферы, поведенческих реакций на сохранение и укрепление собственного здоровья. Основными компонентами здоровьесберегающей технологии являются: аксиологический, проявляющийся в осознании детьми высшей ценности своего здо-

ровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни, который позволяет наиболее полно осуществить намеченные цели, использовать свои умственные и физические возможности; гносеологический, связанный с приобретением необходимых для процесса здоровьесбережения знаний и умений; здоровьесберегающий, включающий систему ценностей и установок, которые формируют систему гигиенических навыков и умений, необходимых для нормального функционирования организма; эмоциональноволевой, который включает в себя проявление психологических, эмоциональных и волевых механизмов; физкультурно-оздоровительный компонент предполагает владение способами деятельности, направленными на повышение двигательной активности [9].

От того, насколько грамотно и эффективно будет построена здоровьесберегающая деятельность с такими детьми, будет зависеть их интеграция в общество здоровых сверстников и их социальная успешность в дальнейшей жизни. Под успешностью мы понимаем социальное качество, которое выражается в проявлении самостоятельности и активности личности в достижении результатов в деятельности. Успешность оценивают люди и сам человек, опираясь на современные общественные нормы и ценности [9].

*Итак*, мы рассмотрели основные технологии социальной работы с детьми-инвалидами, а именно: социальная диагностика, социальная реабилитация, социальная адаптация, а так же здоровьесберегающую технологию и можно сказать, что необходимо и в дальнейшем развивать сеть реабилитационных центров, коррекционных учреждений, учебных и воспитательных учреждений, которые уже неплохо зарекомендовали себя в работе по социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов. А различные общественные организации и благотворительные фонды, недавно начавшие активную работу на рынке социальных услуг, могут заполнить недостающие ниши и исправить недоработки, имеющиеся в работе госучреждений.

Использование технологий социальной работы с детьми-инвалидами будет способствовать обеспечению, сохранению и укреплению физического, пси-

хологического, социального, нравственного здоровья детей-инвалидов; формированию социально значимых ориентаций и установок в жизненном самоопределении; организации спортивнооздоровительной, досуговой и других видов совместной деятельности детей-инвалидов и здоровых сверстников, что является условием успешной интеграции детей-инвалидов в обществе.

## **2.2 Иппотерапия: сущность и содержание и алгоритм осуществления.**

Одним из новых методов реабилитации детей-инвалидов является иппотерапия.

В переводе с греческого «иппо» (hippos) означает лошадь. С давних времен люди знали, что верховая езда благотворно влияет на здоровье человека и способствует активному долголетию. Иппотерапия, или, иначе, верховая езда, – это современный, достаточно распространенный ныне метод лечения детей-инвалидов, страдающих нарушениями мозговых функций, опорно-двигательного аппарата или регуляторными нарушениями системных функций организма.

В России использование иппотерапии началось с открытия в 1991г. в Москве детского экологического центра «Живая нить». Позднее иппотерапия вошла в комплекс реабилитационных средств, применяемых для детей-инвалидов на базе отдыха «Зеленый огонек» под г. Луга [11].

Как и любая другая форма лечебной физкультуры, ЛВЕ – это лечение движением; является насущной потребностью каждого живого существа, естественным стимулятором и регулятором его жизнедеятельности.

Любые заболевания и отклонения в состоянии здоровья человека влекут за собой уменьшение доли мышечных усилий, увеличивая при этом опасность возникновения многих заболеваний, напрямую связанных с малоподвижным образом жизни – гиподинамия (гипотенизией). Эта опасность более чем актуальная для пациентов, которых официальная медицина навсегда зачислила в категорию «бесперспективных» – больных церебральным параличом, некоторыми генетическими заболеваниями, больше всех страдающих от вынужденной гиподинамии. Поэтому не остается никаких сомнений, настоящей необхо-

димости применения для них в качестве основного реабилитирующего средства различных форм лечебной физкультуры, в частности – ЛВЕ [18].

Преимущество ЛВЕ перед другими видами лечебной физкультуры заключается в том, что при верховой езде обеспечивается одновременное включение в работу практически всех групп мышц. И происходит это на рефлекторном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с нею и на ней, пациент в течение всего занятия инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади. И тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные болезнью мышцы своего тела.

Иппотерапия с детьми-инвалидами является высокоэффективной технологией. Наибольший эффект отмечается при лечении детей от 5 до 12 лет.

Общение с животным позволяет психологам установить контакт с пациентом. Также животное становится близким другом, с которым можно пообщаться на любые темы и который всегда выслушает и не осудит. Этот момент очень важен для детей-интровертов. Кроме того, ни один из спортивных снарядов не обладает возможностью возбуждать у пациента такую сильную, разнонаправленную мотивацию, которая сопутствует занятиям ЛВЕ: с одной стороны, он испытывает страх, неуверенность в своих силах, боязнь не удержаться, упасть, с другой стороны, им движет огромное желание усидеть на лошади, почувствовать себя всадником, преодолеть свой страх, обрести уверенность и устойчивость в посадке [22].

Отсюда максимальная и одновременная мобилизация волевой деятельности мышечных усилий, с помощью которых достигается не только подавление чувства страха, но и одновременное уменьшение количества и объема гиперкинезов (например, при ДЦП), что, в свою очередь, дает возможность освоения пациентом правильного построения основного поведенческого фона. Очень серьезным позитивным фактором является положение конечностей и спины пациента при правильной посадке на лошади, которое способствует расслаблению спазмированных мышц бедер и голени. Ритмичные колебания спины лошади во время движения передаются всаднику и усиливают это расслабление.

Очень полезен также массаж бедренных и ягодичных мышц больного при катании «на голой лошади» – тем более, что этот массаж, осуществляемый мощной мускулатурой животного, сопровождается одновременным согреванием массируемых мышц за счет более высокой температуры лошади (37 –39 градусов) [10].

Как особая форма ЛФК, иппотерапия ставит перед собой и решает следующие задачи:

- 1) противодействовать гипокинезии, обусловленной болезнью, и развивать физическую активность больного;
- 2) адаптировать организм больного к физическим нагрузкам;
- 3) способствовать восстановлению нарушенных функций организма;
- 4) способствовать абилитации (формированию новых функций организма);
- 5) восстанавливать здоровье или улучшать его состояние;
- 6) способствовать социальной и бытовой реабилитации, абилитации и адаптации;
- 7) восстанавливать утраченные и формировать новые навыки;
- 8) снижение возбудимости, постепенное избавление от безучастности, страхов, замкнутости, агрессивности [6].

Как и любой другой метод лечения и реабилитации, иппотерапия имеет свои *показания и противопоказания*. Воздействующая столь многопланово и многофакторно, она может быть показана и с успехов использована при самых разных видах человеческих страданий: соматических, нервных, психических заболеваниях, для реконвалесцентов (больных в восстановительном периоде после хирургических операций и травм), а также при нарушениях общения и умственного, физического и психического развития и трудностях в обучении [45].

*Список показаний к применению иппотерапии*, известных сегодня, далеко не исчерпывает уникальных возможностей метода, и решение вопроса о целесообразности использования его при других заболеваниях зависит от осуществ-

ления апробации метода ЛВЕ на больных, страдающих какими-либо конкретными недугами.

В плане возрастных ограничений обозначена только условная нижняя граница – пациенту должно быть не менее 3 лет. И ограничение это связано лишь с трудностью контакта с маленьким ребенком: он не всегда способен понять, что от него требуется, и выполнить предлагаемые упражнения. Однако в случае необходимости можно применять специальную методику занятий с маленьким ребенком, когда на лошадь садится инструктор, а ребенок находится у него на руках или сидит впереди него [39].

Возможность и целесообразность иппотерапии для каждого конкретного пациента определяет его лечащий врач.

Применение иппотерапии требует соблюдения следующих *обязательных условий*:

- 1) применение только патогенетически обоснованного (показанного для данного заболевания или сочетания заболеваний) комплекса методов ЛФК и ЛВЕ, лечебной гимнастики, массажа, лечебного плавания, трудотерапии и др.;
- 2) постоянного врачебного контроля за адекватностью и эффективностью физических нагрузок, их коррекция в случае необходимости;
- 3) постепенно и последовательного наращивания физической активности больного;
- 4) рационального сочетания ЛВЕ с медикаментозным, психолого-педагогическим, социально-творческим методами комплексной реабилитации;
- 5) активного и по возможности сознательного участия больного в реабилитационном процессе [39].

При организации занятий важно учитывать *противопоказания* к проведению иппотерапии у детей-инвалидов. Эти противопоказания можно подразделить на *две* группы – абсолютные и относительные [26].

К *абсолютным* относятся:

– заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта (острые заболевания, а также хронические в стадии обостре-

ния);

- декомпенсированная эндокринная патология; сахарный диабет, в том числе в стадии неполной и (или) нестойкой компенсации;
- деформации позвоночника (с III степени);
- нестабильность позвонков, наличие подвывихов, выраженные остеохондротические изменения;
- явления остеопороза позвоночника и других костных образований;
- ожирение III степени;
- воспалительные заболевания мягких тканей;
- контагиозные кожные заболевания;
- острая инфекционная патология и хроническая (при сохраняющейся контагиозности);
- эпилепсия и эпилептиформные синдромы, пароксизмальные состояния неясного генеза;
- наличие эпилептической активности и неспецифической пароксизмальной активности на электроэнцефалограмме (при отсутствии в клинике пароксизмиальных состояний);
- ярко выраженные психотические и психопатоподобные состояния;
- миопия высокой степени;
- декомпенсированная и частично компенсированная глаукома;
- острые и хронические воспалительные заболевания нервной системы;
- миастения и миастенические синдромы;
- острые и хронические воспалительные заболевания глаз;
- прочие острые и хронические в стадии обострения заболевания [36].

При существовании *относительных* противопоказаний вопрос о допуске ребенка-инвалида к занятиям осуществляется индивидуально в каждом конкретном случае. К таковым относятся в основном эпилепсия и эпилептиформные синдромы в стадии стойкой ремиссии – при отсутствии отмечавшихся ранее электроэнцефалографических аномалий, патология суставов невоспалительной этиологии, неконтагиозные заболевания кожи, компенсированная эн-

докринная патология, компенсированная глаукома, дегенеративные заболевания центральной нервной системы и хронические заболевания внутренних органов в стадии ремиссии [41].

*Таким образом,* сущность и содержание иппотерапии раскрывается в следующем:

- 1) ЛВЕ имеет свои цели, задачи, показания и противопоказания, которые характерны только для этого вида реабилитации детей-инвалидов;
- 2) человек начинает гордиться своими успехами, у него повышается самооценка, появляется уважение к себе, улучшается самоконтроль;
- 3) успехи в верховой езде формируют личность: чуткость к движениям лошади тренируют реакции; умение управлять лошадью дает навык оценки ситуации и влияния на нее; доверие к лошади распространяется на доверие к людям, с которыми больной человек взаимодействует.

*Иппотерапия, как одна из технологий социальной работы с детьми-инвалидами,* представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации.

По сравнению с традиционным восстановлением, лечение иппотерапией имеет значительные дополнительные преимущества. Как лечебная физическая культура, она основана на использовании биологической функции живого организма – функции движения, которая имеет для человека не только биологическое, но и социальное значение. Иппотерапия как единое целое действует на организм и по своей сущности не локалистична. Этим объясняется успешность ее применения при различных заболеваниях. Она позволяет восстановить и даже улучшить физическое состояние лиц с ограниченными возможностями двигательного аппарата, а также способствует решению конкретных психолого-педагогических задач и вопросов психосоциальной реабилитации и интеграции инвалидов [13].

*Критерии эффективности иппотерапии* как инновационной технологии социальной работы с детьми-инвалидами можно условно подразделить на две группы: медицинские и социальные.

*К медицинским критериям относятся:*

а) происходит укрепление и тренировка мышц тела пациента, причем особенностью воздействия является то, что происходит одновременно тренировка слабых мышц и расслабление спазматичных;

б) происходит укрепление равновесия. Этот эффект достигается из-за того, что во время лечебной верховой езды (ЛВЕ) имеет место постоянная необходимость в сохранении всадником равновесия на протяжении всего занятия без перерывов ни на один момент;

в) улучшается координация движений и пространственной ориентации. Это происходит, потому что во время тренировок имеет место постоянная необходимость в ориентировании всадника на пространстве манежа;

г) улучшается психо-эмоциональное состояние занимающихся, повышается уровень самооценки личности. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий ЛВЕ человек начинает ощущать себя не больным и слабым, каким он чувствует в обычной жизни, а всадником, который управляет большим, сильным и грациозным животным, который слушается и выполняет его команды;

д) в процессе верховой езды они не используют никаких приспособлений, связывающих их с их инвалидностью. Они используют то же самое, что и обычные всадники. Успехи в освоении навыков верховой езды и искусства управления лошадью повышают, как ничто другое, самооценку личности и придают больным людям уверенность в своих силах, веру в себя. Нельзя не отметить этический аспект влияния иппотерапии как на инвалидов, так и на их родителей [34].

Таким образом, социальная реабилитация, как и реабилитация в целом – это еще и процесс, реализующийся на основании принципов и положений, по заведомо определенной программе и подразумевающий деятельность по активному приспособлению личности к окружающей среде и окружающей среды к личности.

*Принципы социальной реабилитации детей-инвалидов с применением ме-*

*тогда оздоровительная верховая езда:*

- во-первых, комплексность, т.е. включение в процесс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий;
- во-вторых, адресность, или индивидуальный подход в занятиях;
- в-третьих, регулярность, занятия проводятся еженедельно, в одно и то же время;
- в-четвертых, общедоступность, занятия ЛВЕ ограничиваются незначительным списком противопоказаний и доступны для большинства детей [34].

*К социальным критериям относятся:*

а) улучшения коммуникативных функций занимающихся. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий, всадники общаются и действуют совместно с иппотерапевтами и коноводами и друг с другом;

б) проведение соревнований по конному спорту среди лиц с особенностями развития способствует повышению уровня самооценки клиентами самих себя, своих возможностей и своего потенциала. Проведение соревнований так же способствует изменению отношения общества к людям с ограниченными возможностями. Видя всадника на лошади, люди видят в нем именно всадника, а не человека с проблемами. Видя, что люди с ограниченными возможностями могут заниматься таким сложным видом спорта как конный, нормальные люди начинают понимать, что инвалиды это такие же люди как они, могут то же, что и все, но даже больше, потому что не всякий здоровый человек умеет ездить верхом;

в) посредством улучшения физического, психологического и эмоционального состояния, иппотерапия способствует улучшению эффективности и качества процесса социализации личности реабилитируемого;

г) за счет совместной деятельности иппотерапия способствует интеграции инвалидов в общество, расширяет горизонты их возможностей, помогая преодолевать барьеры инвалидности;

д) с помощью занятий иппотерапии происходит развитие трудовых навыков по уходу за животными. Для некоторых людей с ограниченными возмож-

ностями, особенно с умственной отсталостью это связано с тем, что люди с умственной отсталостью могут под контролем успешно выполнять работу конюха и эта работа может стать для них профессией, которая станет для них опорой в будущей самостоятельной жизни и послужат средством их интеграции в жизнь общества, что является основной задачей реабилитации [40].

Работа специалиста по социальной работе выделяет *такие направления деятельности в иппотерапии с детьми-инвалидами, как:*

- 1) формирование социально-психологической адаптивности детей, посещающих занятия по иппотерапии, или лечебной верховой езде;
- 2) возможность организации медицинского сопровождения занятий лечебной верховой езды;
- 3) подтвержденной постоянно действующей программы лечебной верховой езды и разработка индивидуальных иппотерапевтических программ для каждого ребенка;
- 4) работа с семьями детей-инвалидов и оказание правовой, медицинской и, конечно же, социальной помощи [15].

*Иппотерапия как одна из технологий социальной работы с детьми-инвалидами,* представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. В сущности, иппотерапия есть не что иное, как форма лечебной физкультуры (ЛФК), где в качестве инструмента реабилитации выступают лошадь, процесс верховой езды и физические упражнения, выполняемые человеком во время верховой езды. Механизм воздействия иппотерапии на организм человека тот же, что и у любой другой формы лечебной физкультуры. В процессе верховой езды в работу включаются все основные группы мышц тела. Это происходит на рефлексорном уровне, поскольку, сидя на лошади, двигаясь вместе с ней, ребенок инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади, и тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные мышцы, не замечая этого [20].

*Алгоритм действия* социального работника в процессе осуществления иппотерапии можно составить в виде этапов:

1. Этап выявления семьи, нуждающейся в иппотерапии и установление контакта с семьёй.

На первом этапе реабилитации семьи происходит выявление семьи, в которой имеют место те или иные признаки социальной патологии. Источниками информации могут быть соседи, родственники, социальные учреждения и центры, должностные лица дошкольных, образовательных, лечебных и др. учреждений, советов территориального общественного самоуправления, которые сообщают специалисту по социальной работе о наличии в той или иной семье проблемной ситуации.

Специалист по социальной работе осуществляет сбор и изучение полученной информации, затем совместно со специалистами учреждений и организаций, участвующих в работе междисциплинарной осуществляют совместный контакт с семьёй, изучения её социального статуса, выяснения причин возникновения семейного неблагополучия, проводят первичное консультирование всех членов семьи по интересующим их вопросам, касающихся иппотерапии, в доверительной беседе с ними получают согласие на осуществление этого вида социальной работы [13].

2. Контроль социальным работником процесса ЛВЕ.

На этом этапе социальный работник может консультировать семью и ребенка-инвалида о их правах, об услугах, предоставляемых им в рамках иппотерапии, а так же сотрудничать совместно с другими специалистами (инструктором по ЛВЕ, психологом) для более эффективно работы; поддерживать психологический климат ребенка и адаптировать к новому виду деятельности.

3. Завершающий этап

Социальный работник анализирует проделанную работу, составляет отчет в социальные учреждения и центры о проведении иппотерапии с ребенком-инвалидом и их итогах; может вести профилактические беседы о поддержании улучшенного физического и психологического состояния совместно с другими специалистами [13].

*Итак*, иппотерапия-это одна из инновационных технологий социальной

работы, которая имеет свои особенности и принципы действия. ЛВЕ направлена не только на улучшение физического состояния ребенка-инвалида, но и баланствование его психологического и социального состояния, а так же коррективировка восприятия себя в обществе. Как технология социальной работы с детьми-инвалидами, иппотерапия характеризуется своими целями, задачами, направлениями работы, критериями осуществления и алгоритмом действия, с помощью которых можно составить целостное представление о сущности этой технологии и важности ее применении.

### 3 ОРГАНИЗАЦИЯ ИППОТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ (НА ПРИМЕРЕ КЦСОН «ДОБРОТА» И КСК «АЛЛЮР»)

#### **3.1 Результаты исследования организации иппотерапии с детьми-инвалидами в КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр»**

С целью изучения организации иппотерапии, проводимой с детьми-инвалидами на базе двух учреждений: ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр», нами был проведен сплошной опрос среди специалистов отделения социальной реабилитации несовершеннолетних с ОВЗ и умственными возможностями здоровья и среди инструкторов по ЛВЕ города Благовещенск. Осуществленная автором обработка и анализ полученных материалов может быть обобщена и представлена в виде следующих выводов.

*Первый блок* опроса был посвящен составлению социального портрета детей-инвалидов, находящихся в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта».

Респонденты ответили, что в их учреждении на учете стоит 362 ребенка инвалида (100 %).

Большинство специалистов на вопрос: с какими заболеваниями, свойственным детям-инвалидам, стоят у вас на учете в КЦСОН «Доброта», ответили, что большинство (75 %) – это дети с хирургическими заболеваниями и ДЦП, а остальные (25 %) – это нервно-психические заболевания (рисунок 1).

В большинстве случаев, а именно в 80 % с проблемой детской инвалидностью обращаются сами родители в Центр. Респонденты ответили, что большую часть в их учреждении составляют мальчики (100 %). Так же, они считают, что социальная помощь оказывается детям в возрасте от 0 – 18 лет (100 %).

Дети-инвалиды поступают в КЦСОН с родителями (90 %), но небольшое число из них – обращаются сами (10 %). Специалисты отвечают, что у них возникают проблемы с детьми-инвалидами, такие как: нехватка методического материала и оборудования для их реабилитации (100 %) и меры, которые они предпринимают по решению этой проблемы – это закуп материала и оборудо-

вания самостоятельно.

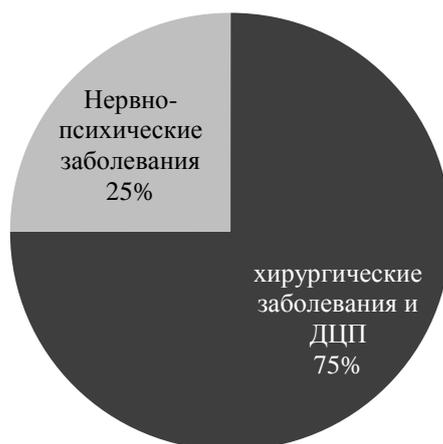
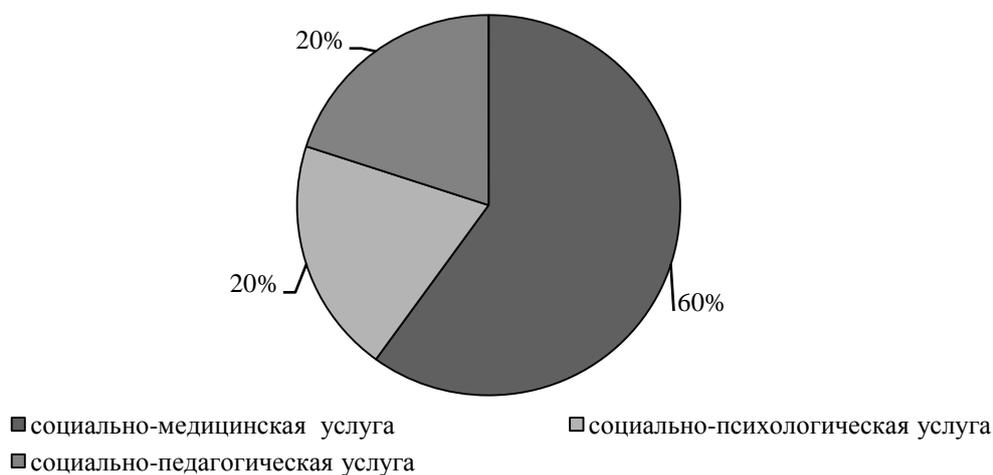


Рисунок 1 – Заболевания, свойственные детям-инвалидам, стоящим на учете в КЦСОН «Доброта»

*Второй блок* был направлен на характеристику услуг, которые оказываются в данном учреждении детям-инвалидам.

Респонденты считают, что в отношении детей-инвалидов, реализуется в большей мере такая услуга как социально-медицинская (60 %), затем- социально психологическая (20 %), и далее– социально-педагогическая (20 %) (рисунок 2).

В КЦСОН «Доброта» реализуется такая программа для детей-инвалидов, как «Мир без границ», её же и отметили все респонденты (100 %) и более того, они считают, что она эффективна (100 %). Услуги, предоставляемые центром, оказываются на платной основе, а также и безвозмездно (100 %).



## Рисунок 2 – Услуги, реализующиеся в отношении детей-инвалидов

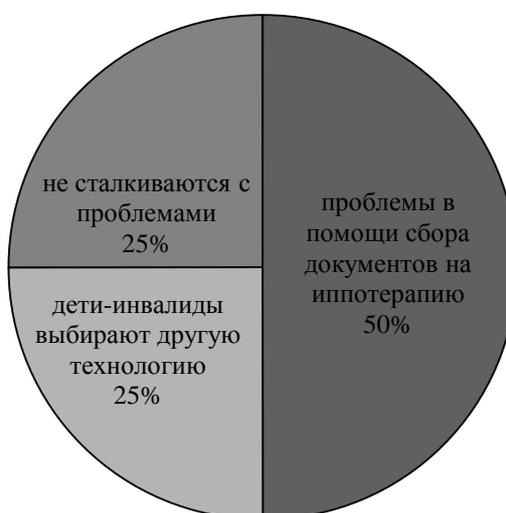
Третий блок исследования был направлен на рассмотрение – как осуществляется отправка на иппотерапевтическую деятельность детей-инвалидов.

Отправка детей-инвалидов на иппотерапевтическую деятельность реализуется как специалистами, так и Центром вобщем (100 %).

Проблемы, с которыми могут столкнуться специалисты при подготовке детей-инвалидов к иппотерапии выявились такие, как: так как «Доброта» не собирает пакет документов для ребенка, то он и его семья вынуждены самостоятельно заниматься подготовкой документов и доставкой ребенка на иппотерапию, что затруднительно (50 %), и возникают предпочтение клиентов заниматься и реабилитироваться в другой деятельности (25 %), а остальные ответили, что с проблемами не сталкиваются (25 %) (рисунок 3).

Дети-инвалиды с таким заболеванием, как ДЦП, зачастую отправляется на иппотерапевтическую реабилитацию (80 %), в остальных случаях – дети-инвалиды с проблемами в социализации (20 %). В этом году планируется отправить на иппотерапии около 50 детей-инвалидов (100 %).

На вопрос-какие документы вы подготавливаете для отправки больного на иппотерапию, респонденты ответили, что они составляют списки детей-инвалидов, соответственно информация о детях-инвалидах разрознена и не имеет закрепления в базе (100 %). Дети-инвалиды после прохождения иппотерапии остаются на учете в КЦСОН «Доброта»



### Рисунок 3 – Проблемы, при подготовке детей-инвалидов к иппотерапии

*Четвертый блок* анализу межведомственного взаимодействия КЦСОН «Доброта», и его характеристика; выявление проблем.

Специалисты считают, что для продуктивности и эффективности иппотерапии должно происходить межведомственное взаимодействие, и в Центре оно осуществляется с КСК «Аллюр» и Управлением социальной защиты населения по Амурской области (100 %). Главной и единственной проблемой, с которой сталкивается центр при межведомственном взаимодействии, является нехватка финансирования Центра, в связи с этим и возникает нехватка методического материала и оборудования. отметили все специалисты (100 %). Что касемо КСК «Аллюр», то КЦСОН «Доброта» получает от них отчеты о проведении иппотерапии с детьми-инвалидами и их итогах (100 %).

Резюмируя, мы можем сделать следующие выводы:

1) дети-инвалиды, стоящие на учете в КЦСОН «Доброта», это дети, преимущественно с хирургическими заболеваниями и ДЦП; их количество составляет 362 ребенка и их возрастные рамки от 0-18 лет. Можно указать, что в большинстве случаев с проблемой детской инвалидностью обращаются родители; проблема, с которой сталкиваются специалисты– это нехватка методического материала и оборудования для реабилитации детей-инвалидов и меры, которые они предпринимают по решению этой проблемы– это закуп материала и оборудования самостоятельно;

2) в большей степени реализуются социально-медицинские услуги, но такие виды, как социально-педагогические и социально-психологические не остаются без внимания;

3) отправка детей-инвалидов на иппотерапевтическую деятельность реализуется специалистами и Центром; основная проблема, с которой могут столкнуться специалисты при подготовки детей-инвалидов к иппотерапии– это то, что дети-инвалиды и их семьи предпочитают самостоятельно заниматься подготовкой документов и доставкой ребенка на иппотерапии из-за того, что специалисты только подготавливают списки детей-инвалидов, а остальную ра-

боту ведет принимающая их организация, что приводит к неудобству хранения информации о детях-инвалидах, участвующих и в иппотерапии; дети-инвалиды с таким заболеванием, как ДЦП, зачастую отправляется на иппотерапевтическую реабилитацию; с учета клиенты не снимаются после прохождения иппотерапии;

4) происходит межведомственное взаимодействие, и оно осуществляется с КСК «Аллюр» и Управлением социальной защиты населения по Амурской области: главной и единственной проблемой, с которой сталкивается Центр при межведомственном взаимодействии, является нехватка финансирования; с КСК «Аллюр» КЦСОН «Доброта» сотрудничает в большей степени.

С целью изучения организации иппотерапии, проводимой с детьми-инвалидами в КСК «Аллюр» нами был проведен сплошной опрос среди инструкторов по лечебно-верховой езде города Благовещенск. Осуществленная автором обработка и анализ полученных материалов может быть обобщена и представлена в виде следующих выводов.

*Первый блок* опроса был посвящен составлению социального портрета детей-инвалидов, находящихся в КСК «Аллюр».

Респонденты ответили, что в их клубе занимается около 30 детей-инвалида (100 %). Большинство инструкторов на вопрос: «с какими заболеваниями, свойственным детям-инвалидам, тренируются у вас в клубе», ответили, что большинство (75 %) – это дети с хирургическими заболеваниями и ДЦП, а остальные (25 %) – это нервно-психические заболевания.

В большинстве случаев, а именно в 80 % с проблемой детской инвалидностью обращаются сами родители. Респонденты ответили, что большую часть в их клубе составляют мальчики (100 %). Так же, они считают, что ЛВЕ проходит с детьми в возрасте от 2 – 16 лет (100 %). Дети-инвалиды поступают в «Аллюр» с родителями (100 %).

Инструктора отвечают, что у них возникают проблемы с детьми-инвалидами, такие как: психологическая напряженность (60 %), а далее – плохое контактное общение, инициаторами которого являются сами дети-

инвалиды (40 %) (рисунок 4). Меры, которые принимаются в решении этих проблем – это обращение за помощью к родителям детей-инвалидов (100 %).

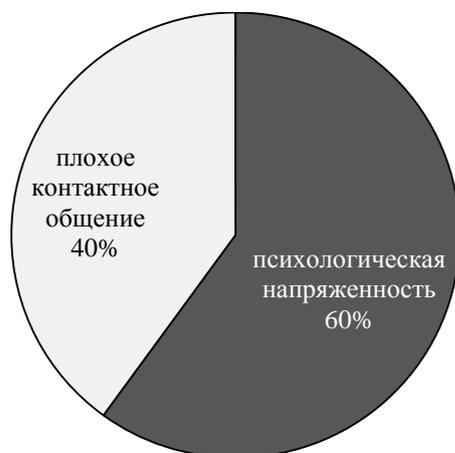


Рисунок 4 – Проблемы с детьми-инвалидами

*Второй блок* был направлен на характеристику услуг, которые оказываются в данном клубе детям-инвалидам. В их перечень входит сама Лечебно-верховая езда (80 %), а так же консультирование родителей и детей по основам занятий иппотерапией и ее риски (20 %) (рисунок 5). Услуги в клубе реализуются как на платной основе, так и безвозмездно. В рамках клуба происходят Межрегиональные соревнования среди детей-инвалидов, а так же параолимпийские выезды и соревнования в игровой форме «Рабочая тропа»

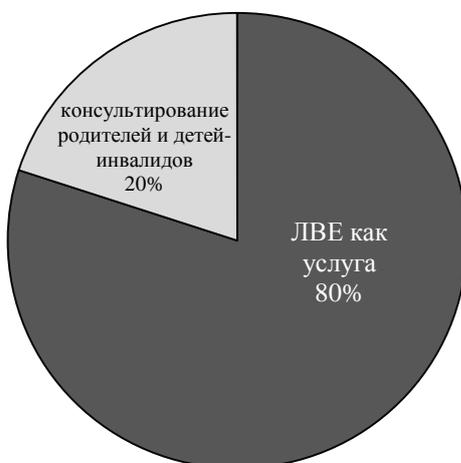


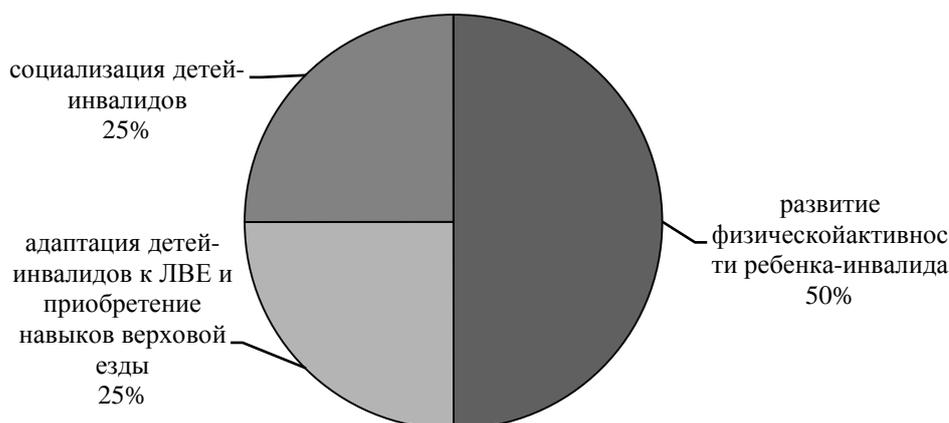
Рисунок 5 - Услуги, которые оказываются в клубе детям-инвалидам

Третий блок вопросов был направлен на рассмотрение – как осуществляется иппотерапевтическая деятельность с детьми-инвалидами.

Инструктора отмечают, что иппотерапия реализуется их клубом в полной мере (100 %). Они указывают на такие проблемы, как: отсутствие закрытого манежа (100 %), что ограничивает их деятельность в холодные времена года и в ненастье; отсутствие таких специалистов, как социальный работник и психолог, которые могли бы помогать в разъяснении родителям и детям их права и обязанности, а так же поддерживать психологический фон и осуществлять адаптацию в непривычной для них среде (80 %) Продолжительность иппотерапии не определена, что характеризует её несистемность как технологию социальной работы и невозможно точно от начала до конца проследить за процессом реабилитации ребенка-инвалида. составить стандарт проведения реабилитации ребенка-инвалида (80 %).

Иппотерапия зачастую проводится для детей-инвалидов с ДЦП (80 %), а иногда их клиенты являются дети с проблемами в социализации (20 %). Инструктора по ЛВЕ готовят пакет документов, в который входят: информация о ребенке (личное дело), заключение МСЭК, заявление о предоставлении услуг, анкета и письменное соглашение на фото/ видео съемку от родителей.

Основными задачами клуба являются: развитие физической активности ребенка-инвалида (50 %), адаптация детей к ЛВЕ и приобретение навыков верховой езды; (25 %) социализация детей-инвалидов (25 %) (рисунок 6). Дети-инвалиды самостоятельно добираются в «Аллюр».



## Рисунок 6 – Основные задачи клуба

*Четвертый блок* анализу межведомственного взаимодействия КСК «Аллюр» и его характеристика; выявление проблем.

Респонденты считают, что для продуктивности и эффективности иппотерапии должно происходить межведомственное взаимодействие, и в Клубе оно осуществляется с КЦСОН «Доброта» (100 %).

Инструктора отмечают, что у них не возникает проблем с межведомственным взаимодействием. Что касается КЦСОН «Доброта», то КСК «Аллюр» отправляют им отчеты о проведении иппотерапии с детьми-инвалидами и их итогах (100 %).

Финансирование занятий по иппотерапии происходит за счет выигрывания грантов и этого вполне хватает для осуществления деятельности.

Резюмируя, мы можем сделать следующие выводы:

1) дети-инвалиды, проходящие иппотерапию в КСК «Аллюр», это дети, с хирургическими заболеваниями, преимущественно ДЦП; их количество составляет около 30 ребенка и возрастные рамки – от 2 – 16 лет. Можно указать, что в большинстве случаев в клуб обращаются родители; проблемы, с которой сталкиваются инструктора – это психологическая напряженность и плохое контактное общение и меры, которые они предпринимают по решению этих проблемы – это обращение за помощью к родителям;

2) ЛВЕ – это и есть одна из основных услуг, предоставляемая клубов для детей-инвалидов, в дополнении идет консультирование детей и их родителей;

3) иппотерапия проводится в наибольшей степени для детей с ДЦП. Выявились такие проблемы в осуществлении этой технологии, как: отсутствие закрытого манежа и дополнительных специалистов, таких как социальный работник и психолог. Так же: неопределенности в границах проведения иппотерапии, что способствует невозможность составления точного стандарта оказания услуги;

4) происходит межведомственное взаимодействие, и оно осуществляет-

ся, преимущественно, с КЦСОН «Доброта».

### **3.2 Практические предложения по оптимизации организации иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр»**

Исходя из проведенного исследования на тему: «Организация иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр», были выявлены отдельные проблемы в организации иппотерапии с детьми-инвалидами.

#### **а) в КЦСОН «Доброта»:**

– *во-первых*, это такая проблема, как нехватка финансирования учреждения. КЦСОН «Доброта» функционирует за счет государственного финансирования и выигрывания грантов, но этого в полной мере не хватает для реализации всех функций и целей КЦСОН «Доброта» в отношении организации иппотерапии для детей-инвалидов;

– *во-вторых*, отсюда вытекает такая проблема, как проблема с нехваткой методического материала и оборудования. Так, как КЦСОН «Доброта» является посредником в иппотерапевтической деятельности и учреждение направляет детей-инвалидов на лечебно-верховую езду, то, соответственно, им необходимы материалы для углубления в суть технологии иппотерапия и ее действия и, возможно, алгоритм действий специалиста по социальной работе для подготовки ребенка-инвалида для отправки на ЛВЕ;

– *в-третьих*, специалисты не собирают пакет документов на ребенка-инвалида для отправки на иппотерапию, а лишь составляют списки детей, которые будут проходить ЛВЕ, соответственно, в учреждении нет закрепления информации о ребенке-инвалиде и отметки о прохождении иппотерапевтической реабилитации, что приводит к неполной контролируемости проведения этой технологии.

*Итак, можно описать практические предложения по оптимизации организации иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта»:*

1) изучение и анализ книги: «Адаптивная (Реабилитационная) верховая езда» : учебное пособие университета «Paris-Nord». Москва, РБОО «МККИ», 2003. В книге представлены данные французских исследователей об одном из методов реабилитации детей-инвалидов адаптивной (реабилитационной) верховой езде. Подробно описаны её возможности для реабилитации детей-инвалидов в зависимости от вида инвалидизирующей патологии. Изложены мнения французских авторов по технике верховой езды, показаниям и противопоказаниям к использованию этого метода, мерам предосторожности, представлены варианты индивидуальных программ реабилитации и их оценки. Если сегодня лошадь больше не выполняет своих служебных функций, которые были у неё в прошлые века, то в современном мире ей отводится новая роль: роль помощника человека в реабилитационной практике, в процессах обучения и лечения. За 40 лет практической работы иппотерапия вступает в фазу зрелости, утратив азарт и ошибки, свойственные юности, но выиграв при этом в обдуманном практицизме и методологии. Рекомендовано Министерством труда и социального развития РФ в качестве пособия для специалистов, работающих в системе реабилитационных учреждений с детьми-инвалидами;

2) составление базы данных детей-инвалидов, стоящих на учете в КЦСОН «Доброта».

*Цель составления базы данных:* систематизирование данных о детях-инвалидах, их упорядочение для удобства отслеживания за процессом реабилитации и восстановления ребенка-инвалида.

В данной базе данных планируется отразить: ФИО ребенка-инвалида, стоящего на учете в КЦСОН «Доброта», пол, и дату рождения, адрес проживания, дату постановки ребенка на учет в данное учреждение, его диагноз и отметку о том, что ребенок-инвалид направлен на ЛВЕ и, в итоге, завершил ее.

Таким образом, в целях оптимизации организации иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта» были разработаны практические предложения: во-первых, изучение и анализ книги «Адаптивная (Реабилитационная) Верховая езда»; во-вторых, составление базы данных де-

тей-инвалидов, стоящих на учете в КЦСОН «Доброта».

**б) В КСК «Аллюр»:**

– *во-первых*: нестабильный психологический фон между инструктором и ребенком-инвалидом, а также проблемы в контактном общении. Эти проблемы возникают из-за того, что сам ребенок-инвалид по своей натуре неустойчив психологически, он воспринимает мир и свое окружение другим взглядом и ощущает напряжение. Соответственно, при общении и работе с инструктором во время ЛВЕ может повести себя так, что специалист не сможет правильно отреагировать на его поведение, что и приведет к нарушению психологического фона, и далее, к проблемам в общении;

– *во-вторых*: отсутствие дополнительных специалистов, таких как социальный работник и психолог. Так как происходит психологическое напряжение в работе инструктора с ребенком-инвалидом, лечение может не давать полного положительного эффекта. Что касается психолога, то он бы взял на себя функции поддержки положительного климата во время ЛВЕ, беседовал с детьми-инвалидами, контролировал их поведения и нрав, а социальный работник мог бы проводить встречи и консультации с родителями детей-инвалидов, объясняя им как настраивать ребенка на положительные ноты общения, а также консультировал по вопросам оформления документации;

– *в-третьих* – отсутствие закрытого манежа. Инструктора отмечали, что занятия по иппотерапии проводятся лишь в теплые времена года: конец весны-лето-начало осени. В зимнее время года такой возможности нет, соответственно процесс иппотерапии прекращается, а следом и сам процесс реабилитации ребенка-инвалида;

– *в-четвертых*: проблема в неопределенности продолжительности иппотерапии. Это значит, что нет определенного стандарта, которым бы регулировалась длительность иппотерапии и подводились промежуточные итоги. Дети-инвалиды по своему желанию могут заниматься две недели, а могут и полгода и процесс реабилитации не отслеживается.

*Итак, можно описать практическое предложение по оптимизации орга-*

*низации иппотерапии с детьми-инвалидами в КСК «Аллюр»:*

1) игры в иппотерапии. Чтобы улучшить психологический фон между инструктором и ребенком-инвалидом, можно проводить иппотерапевтические занятия в виде игры, тем самым отвлечь ребенка от его внутреннего состояния, сконцентрировать на игре. Этим путем можно добиться контакта инструктора с ребенком-инвалидом и, в дальнейшем, скрепить свое общение. Примеры игр:

– *повтори за мной*. Всадник хлопает в ладоши, повторяя за инструктором. Количество хлопков; определенный ритм; какую-нибудь песенку или стихотворение (можно использовать стихи Агнии Барто или любимые песни).

Играть в различных исходных положениях;

– игры с мячом. Если, выше описанную игру можно использовать при работе с детьми, то в игры с мячом с удовольствием играют всадники всех возрастов и мастерства. Все зависит от поставленной задачи. Мяч можно и нужно кидать! Используем мячи разного цвета и диаметра. Игры с мячом могут быть как индивидуальными, так и групповыми (от 2 до 3 всадников). Можно удерживать мячи различного диаметра одной или двумя руками с опорой и без опоры на седло. Упражнения могут выполняться на любых аллюрах. Очень увлекательно кидать мяч в цель. Можно провести небольшое соревнование на точность броска. Нужно учиться ловить разные мячи одной и двумя руками. Начинаем на неподвижной лошади, а в дальнейшем на движущейся шагом. Практически всем всадникам полезно бросать мячи «перекрестно», т.е. левой рукой направо, а правой – налево. Бросать мячи можно из разных исходных положений. Путем такой игры можно выработать доверие ребенка-инвалида к инструктору;

2) стандарт проведения иппотерапии для детей-инвалидов. В данном документе описывается: сам процесс оказания иппотерапии, её этапы, сроки реализации, порядок оплаты, условия предоставления услуги, критерии готовности площадки для проведения иппотерапии и показатели качества оценки услуги.

Таким образом, в целях оптимизации организации иппотерапии с детьми-инвалидами в КСК «Аллюр» было разработано практическое предложения: был

разработан Стандарт проведения иппотерапии для детей-инвалидов в КСК «Аллюр».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе написания данной дипломной работы была подтверждена актуальность организации иппотерапии с детьми-инвалидами. Ребенок-инвалид в настоящее время все еще остается одной из слабозащищенной категорией населения. К этой категории относятся дети, имеющие «значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем». Изучать данную категорию и условия ее существования важно для развития представлений об формирующейся общественной структуре.

В ходе написания дипломной работы была достигнута ее основная цель и решены основные задачи, в связи с чем можно сделать обобщающие выводы.

Иппотерапия – это технология социальной работы с детьми-инвалидами, которая помогает им адаптировать к социальной среде, путем взаимодействия с лошадью, а так же улучшить и укрепить физические нарушения.

Осуществление организационной деятельности основывается на исследовании проблем нарушений психического, физического развития, в котором выделяют признаки нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. На этой основе и конструируется последовательность процессов проектной деятельности и программа лечения детей-инвалидов.

В рамках социальной работы ребенок-инвалид получает безвозмездную комплексную, медицинскую, социальную, психологическую и педагогическую помощи, которые помогают ему в развитии и приспособляемости в обществе. В процессе решения социальных проблем детей-инвалидов предоставляются, жилищные, транспортные, медицинские льготы, а также разработка комплексов

лечения.

С необходимостью исследования сложившейся ситуации мною был проведены экспертные опросы на базе ГАУ АО КЦСОН «Доброта» и КСК «Аллюр» в городе Благовещенске. В качестве респондентов выступили специалисты и инструктора, имеющие высшее образование. На основе опросов было поставлены следующие выводы:

1) в КЦСОН «Доброта и КСК «Аллюр» преобладающая доля детей– это дети с ДЦП и проблемами в социализации;

2) иппотерапия реализуется как самостоятельная технология;

3) основные проблемы, с которыми могут столкнуться специалисты и инструктора– это нежелание и невозможность хорошего контакта детей-инвалидов, в силу своих желаний или психологических особенностей; проблемы в нехватке методического материала, и документальной упорядоченности.

4) иппотерапия достаточно реализуется как в КЦСОН «Доброта», так и в КСК «Аллюр».

В результате организации иппотерапии с детьми-инвалидами, можно: базу данных детей-инвалидов в КЦСОН «Доброта» и стандарт оказания иппотерапевтической услуги для КСК Аллюр».

Таким образом, делая общий вывод, можно сказать что такая категория как ребенок-инвалид нуждается в постоянной поддержке как со стороны государства, так и со стороны общества и необходимость внедрения и реализации новых технология работы с ними, например, иппотерапии, очень важно и это поможет получить лучшие результаты в оздоровлении их как физически, так и психологически.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья : психологические основы : учебное пособие / Л.И. Акатов. – М. : Наука, 2004. – 369 с.
- 2 Антонов А.И. Семья – какая она и куда движется / А.И. Антонов // Семья в России. – 1999. – № 1-2. – С. 30 – 53.
- 3 Басов, Н.Ф. Основы социальной работы : монография / Н.Ф. Басов. – М. : Академия, 2011. – 265 с.
- 4 Блинков, Ю.А. Инновации в подходах к реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья : методические рекомендации / Ю.А. Блинков, Н.В. Гарашкина. – Тамбов : Изд-во Тамбовского гос. ун-та, 2011. – 56 с.
- 5 Василькова, Ю.В. Социальная педагогика / Ю.В. Василькова, Т.А. Василькова. – М. : Социс, 2000. – 258 с.
- 6 Грачев, Л.К. Об опыте деятельности экологического центра «Живая нить» / Л.К. Грачев. – М. : НИИ семьи, 1997. – 80 с.
- 7 Грачев, Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов / Л. К Грачев. – М. : Светоч, 1992. – 44 с.
- 8 Гуревич Д.А. Лечебная верховая езда / Д.А. Гуревич // Коневодство и конный спорт. – 1997. – № 5. – С. 27 – 28.
- 9 Дармодехин, С.В. О положении семей в Российской Федерации 1994 – 1996 гг. / С.В. Дармодехин. – М. : НИИ семьи, 1998. – 183 с.
- 10 Деева, Е. В. Роль здоровьесберегающих технологий в процессе подготовки будущих социальных работников / Е.В. Деева // Социально-экономические явления и процессы. – Тамбов, 2012. – № 11. – С. 334 – 338.
- 11 Дементьева, Н.Ф. Доступная среда жизнедеятельности и технические средства реабилитации детей с ограниченными возможностями / Н.Ф. Дементьева. – Курск : КГМУ, 2011. – 144 с.
- 12 Завет преподобного Серафима христианским супругам, родителям и

детям. – СПб. : Питер, 1997. – 59 с.

13 Зелинская, Д.И. Детская инвалидность / Д.И. Зелинская. – М. : Медицина, 1995. – 136 с.

14 Ионатамишвили, Н.И. Верховая езда как средство реабилитации детей-инвалидов / Н.И. Ионатамишвили. – Тбилиси : Изд-во Тбилисской Медицинской Академии, 1997. – 98 с.

15 Камаев, И.А. Детская инвалидность : монография / И.А. Камаев, М.А. Позднякова. – Нижний Новгород : НГМА, 2010. – 129 с.

16 Кевля, Ф. И. Семья и развитие личности ребенка / Ф.И. Кевля // Семья в России. – 1997. – № 2. – С. 78 – 90.

17 Конституция РФ [Электронный ресурс] : принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

18 Котляров, И. В. Теоретические основы социального проектирования / И.В. Котляров. – Минск : Наука и техника, 1989. – 258 с.

19 Луков, В.А. Социальное проектирование : учебное пособие / В.А. Луков. – М. : Социум, 2012. – 224 с.

20 Материалы IX съезда педиатров России и парламентских слушаний «Здоровье детей – проблема первоочередной важности» // Медицинская сестра. – 2001. – № 3 – С. 2 – 4.

21 Методика и технологии работы социального педагога / под ред. М. А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева. – М. : Норма, 2002. – 258 с.

22 Министерство социальной защиты Амурской области [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – 2015. – Режим доступа : <http://szn.amurobl.ru>. – 01.12.2016.

23 О положении детей в Российской Федерации : государственный доклад. – Калуга : Курсив, 1997. – 35 с.

24 О региональных стандартах оплаты жилого помещения и коммунальных услуг и дополнительной социальной поддержке отдельных категорий граждан при предоставлении субсидий на оплату жилого помещения и комму-

нальных услуг в Амурской области : закон Амурской области от № 171-ОЗ от 02.05.2006 г. [Электронный ресурс] // Законы РФ : офиц. сайт. – 2010. – Режим доступа : <http://zakon-region.ru/amurskay-oblast/13991/>. – 01.12.2016.

25 Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л.Я. Олиференко, Т.И. ШУльга, И.Ф. Дементьева. – М. : Социс, 2002. – 259 с.

26 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 г. № 5487-1) (ред. от 07.12.2011) [Электронный ресурс] // Консультант Плюс – справ.-правовая системы : офиц. сайт. – Режим доступа : [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_122942](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122942). – 30.11.2016.

27 Основы социальной работы / отв. ред. П.Д. Павленок. – М. : ИНФРА-М, 1997. – 224 с.

28 Панов, А.М. Современная модель организации и содержания деятельности реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями / А.М. Панов // Социальное обслуживание. – 2011. – № 1. – С. 156.

29 Питерси, М. Программа ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» / М. Питерси, Р. Трилор. – Мн. : БелАПДИ, 2012. – 150 с.

30 Правительство Амурской области [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – 2001. – Режим доступа : <http://www.amurobl.ru/wps/portal/Main>. – 30.11.2016.

31 Пушкина, Т. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов : реализация законодательства / Т. Пушкина // Человек и труд. – 1998. – № 4. – С. 33.

32 Репринцева Г.И. Игротерапия как метод реабилитации детей с ограниченными возможностями / Г.И. Репринцева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2013. – № 1. – С. 52 – 61.

33 Социальная организация / ред. В.М. Сафронова. – М. : Академия, 1996. – 407 с.

- 34 Социальная работа : словарь-справочник / под ред. В.И. Филоненко. – М. : Контур, 1998. – 241 с.
- 35 Социальная работа с различными группами населения : учебное пособие / под ред. Н. Ф. Басова. – М. : Норма, 2011. – 314 с.
- 36 Спинк, Д. Развивающая лечебная верховая езда. Принципы создания и оценки работы терапевтической команды / Д. Спинк. – М. : МККИ, 2001. – 128 с.
- 37 Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник. В 2 т. / под общ. ред. С.П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2005. – Т.2 : Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. – 448 с.
- 38 Технологии социальной работы / под ред. Е. И. Холостовой. – М. : Наука, 2013. – 369 с.
- 39 Ткач, Н.О реабилитации инвалидов в РФ / Н.О. Ткач // Социальное обеспечение. – 2000. – № 6. – С. 35 – 38.
- 40 Управление проектами / под ред. В.Д. Шапиро. – СПб. : Два-Три, 1996. – 610 с.
- 41 Харчук, Ю. Иппотерапия / Ю. Харчук. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 256 с.
- 42 Штраус, И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды / И. Штраус. – М. : ММКИ, 2000. – 102 с.
- 43 Щеглова, С.Н. Социальное прогнозирование, проектирование и моделирование : учебное практикум / С.Н. Щеглова. – М. : Социум, 2001. – 96 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Программа исследования «Организация иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта»

#### **Формулировка проблемы.**

На сегодняшний день, категория ребенок-инвалид остается одной из самых незащищенных, он нуждается в большем внимании и заботе о нем. От того, как происходит взаимодействие социального работника с ребенком, и насколько эффективны меры поддержки зависит его будущее. К сожалению, число детей-инвалидов с каждым годом увеличивается, а технологии и методы реабилитации не совершенствуются. Иппотерапия является одной из современных и новых технологий работы с данной категорией детей, соответственно она малоизучена и редко применяется на практике.

Следовательно, проблемы, связанные с улучшением социальной работы, проводимой с детьми-инвалидами и, в данном случае, привлечение иппотерапии в работу с детьми-инвалидами является актуальной в наше время.

**Актуальность** этой проблемы – бесспорна. По мнению большинства людей, дети-инвалиды должны пытаться самостоятельно адаптироваться в нашем обществе, если же у них это не получается, их следует определять для проживания в специализированные заведения или создавать для них дома определенные условия жизни. То есть у людей, которые так отвечают, уже сформировались определенные шаблоны восприятия. Вот эти шаблоны: инвалид всегда болен, инвалид не может посещать обычную школу, инвалид не может работать, а, следовательно, ему незачем учиться в ВУЗе или получать профессию, дети-инвалиды являются обузой для общества. Люди, придерживающиеся такой точки зрения, фактически считают, что дети-инвалиды должны быть изолированы от здоровых людей. Внедрение и усовершенствование технологий социальной работы поможет приспособиться детям-инвалидам к окружающему миру, почувствовать себя одним целым с обществом и дать больше возможностей

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

жить полноценной жизнью.

ГАУ АО «Благовещенский комплексный центр социального обслуживания населения «Доброта» осуществляет на территории г. Благовещенска и Благовещенского района социальную помощь, поддержку и защиту детей-инвалидов, а так же применения различных технологий работы с ними на практике, в частности иппотерапии.

Данная программа может быть охарактеризована по следующим основаниям:

- по уровню – муниципальная;
- по типу – социальная;
- по масштабу – средняя;
- по временным рамкам: 2017 – 2018 г. (среднесрочный).

**Объект исследования:** специалисты по социальной работе, работающие с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта».

**Предмет исследования:** организация подготовки детей-инвалидов к иппотерапии».

### **Определение целей и постановка задач**

**Цель программы:** изучение организацию подготовки детей-инвалидов к иппотерапии в КЦСОН «Доброта»

В соответствии с целью выделяются **задачи** программы исследования:

а) составить социальный портрет детей-инвалидов, находящихся в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта»;

б) охарактеризовать услуги, которые оказываются в данном учреждении детям-инвалидам.

в) рассмотреть – как осуществляется отправка детей-инвалидов на иппотерапевтическую деятельность;

г) выявить учреждения, с которыми сотрудничает КЦСОН «Доброта», охарактеризовать их межведомственное взаимодействие и выявить проблемы.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### **Уточнение и интерпретация основных понятий.**

**Дезадаптация** – это частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды. Социальная дезадаптация означает нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

**Иппотерапия** – комплексный многофункциональный метод реабилитации, который осуществляется с помощью лечебной процедуры – верховой езды.

**Комплексный центр** социального обслуживания населения «Доброта» – учреждение государственной системы социальной защиты населения Амурской области, предназначенным для оказания семьям и отдельным гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помощи в реализации законных прав и интересов, содействия в улучшении их социального и материального положения, а также психологического статуса.

**Ребенок-инвалид** – ребенок, имеющий «значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем».

**Специалист по социальной работе** – оказывает и организует материально-бытовую помощь и морально-правовую поддержку социально незащищенным слоям населения: инвалидам, одиноким престарелым людям, многодетным матерям, детям-сиротам, лицам, страдающим тяжкими недугами, алкоголикам и наркоманам, бедствующим гражданам, находящимся в состоянии депрессии в связи с экологическими катастрофами, межнациональными конфликтами и

войнами, потерей близких, семьи, жилья, работы, веры в свои силы и будущее.

**Социальная технология** – это совокупность приемов, методов и воздей-

#### Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

ствий, применяемых для достижения поставленных целей в процессе социального планирования и развития, решения разного рода социальных проблем, для проектирования и осуществления коммуникативных воздействий, изменяющих сознание людей, культурные, политические и/или социальные структуры, системы или ситуации.

**Социальная защита** – регулятивная система стабилизации общества, направленная на сведение к минимуму социальных противоречий, возникающих в правовом и экономическом статусе отдельных групп населения. Социальная защита предоставляется государством своим гражданам против ситуаций риска и нормальной жизни таких как болезнь. Безработица, смерть кормильца, старость, инвалидность.

**Социальная работа** – особый вид профессиональной деятельности, направленный на решение социальных проблем отдельных личностей и групп, на создание условий, благоприятствующих восстановлению или улучшению способности людей к социальному функционированию. Интегрированный междисциплинарный вид профессиональной деятельности, направленной на социально-гарантированные и личностные интересы и потребности различных, и прежде всего социально уязвимых, групп населения.

**Социальные службы** – предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

**Социальное обслуживание** – деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Социальное обеспечение** – предусмотренная законодательством система

материального обеспечения и обслуживания граждан в старости, в случае бо-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

лезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, а также полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, а также семей, в которых есть дети. Проявляется в виде пенсий, пособий, предоставления материальной помощи, обслуживания больных и престарелых, заботы о детях.

**Социальная помощь** – забота государства, общества о гражданах, нуждающихся в помощи, содействии в связи с возрастом, состоянием здоровья, социальным положением, недостаточной обеспеченностью средствами существования.

**Социальная поддержка** заключается в предоставлении денежных выплат или натуральных благ в дополнение к основным видам социального обеспечения (пенсиям, пособиям).

**Социальный работник** – это специалист, который оказывает помощь в быту, а также моральную и правовую поддержку незащищенным слоям населения (пенсионеры, дети-сироты, беженцы и др.).

**Трудная жизненная ситуация** – ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, сиротство, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которые он не может преодолеть самостоятельно.

*Факторная операционализация* представлена на рисунке А1.

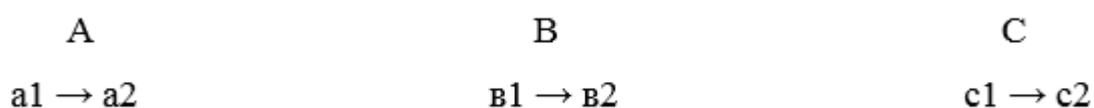


Рисунок А.1 – Факторная операционализация

Обозначения, принятые на рисунке А.1:

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

1) *A – объективные факторы:*

– a1 – социально-экономическая ситуация в стране, политические отношения, состояние массового сознания, социальное обеспечение, правовое обеспечение;

– a2 – социально-бытовые условия, положение в обществе;

2) *B – индивидуальные особенности специалистов по социальной работе:*

– v1 – возраст, уровень образования, квалификация, стаж;

– v2 – интересы и потребности, социальные установки, ценностные ориентации, идеалы, концепция образа жизни;

3) *C – субъективные факторы:*

– c1 – степень удовлетворенности работой и специальностью и иерархия мотивов трудовой деятельности;

– c2 – результаты работы: производительность и качество работы, инициативность, уровень ответственности, дисциплинированности.

Таблица А.1 – Структурная операционализация

|  |   |
|--|---|
| Социальный портрет   | 1) заболевания<br>2) способ обращения<br>3) количество детей<br>4) возраст<br>5) численность детей в учреждении   |
| Оказание услуг   | 1) проблемы при работе с детьми-инвалидами<br>2) меры по их решению<br>3) вид услуг<br>4) реализацию программ в рамках учреждения<br>5) способы оказания услуг  |
| Осуществление отправки на иппотерапевтическую деятельность | 1) проблемы при осуществлении отправки на иппотерапию<br>2) категории клиентов<br>3) проблемы с клиентами и их семьями<br>4) решение этих проблем<br>5) документы для подготовки к иппотерапии<br>6) стандарт для осуществления иппотерапии |
| Межведомственное взаимодействие                            | 1) происходит ли оно<br>2) с кем производится<br>3) возникающие проблемы  |

**Выдвижение рабочей гипотезы.**

Организация отправки на иппотерапию реализуются в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта»

**Обоснование системы выборки единиц наблюдения.**

Поскольку объектами исследования является одна референтная группа, то в ходе исследования необходимо опросить специалистов по социальной работе, специализирующихся в сфере социальной работы с детьми-инвалидами, где критериями компетенции является: уровень образования и должность. Экспертный опрос будет проводиться в Благовещенске на базе учреждения КЦСОН «Доброта»; опрос будет проводиться сплошной.

**Этапы проведения исследовательской программы**

Этапы проведения исследовательской программы представлены в таблице А.2.

Таблица А.2 – Этапы проведения исследовательской программы

| Этапы            | Содержание   | Сроки реализации |
|------------------|--|------------------|
| Подготовительный | Определение темы, обоснование проблемы, объект, предмет, цель, задачи, интерпретация основных понятий, структурная операционализация, факторная операционализация, формулировка гипотез, обоснование системы выборки, набросок основных процедур сбора данных, составление анкеты. |                  |
| Основной         | Сбор данных, экспертный опрос.   |                  |
| Завершающий      | Выбраковка, обработка, анализ, подтверждение или опровержение гипотез, составление прогнозов, написание рекомендаций   |                  |

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Анкета для специалистов по социальной работе

Уважаемые респонденты!

Амурский государственный университет проводит социологическое исследование с целью изучения организации иппотерапии с детьми-инвалидами. Для решения поставленных задач, нам очень необходима Ваша помощь, как специалистов в сфере социальной работы, мы в свою очередь гарантируем анонимность всех получаемых нами данных.

Инструкция. Вам предлагается перечень вопросов, отражающих ситуации, с которыми вы как эксперт в сфере социальной работы встречаетесь в своей повседневной работе. Анкета состоит из 26 пронумерованных вопросов. Вам необходимо дать ответ на каждый из них. Просим вас искренне и вдумчиво ответить на ряд вопросов.

Благодарим Вас за участие!

**1. Укажите основные заболевания, свойственные для детей-инвалидов стоящих на учете в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Добро-та»:**

- 1.1 нервно-психические заболевания
- 1.2 заболевания внутренних органов
- 1.3 поражения и заболевания глаз
- 1.4 онкологические заболевания
- 1.5 поражения и заболевания органа слуха
- 1.6 хирургические заболевания, ДЦП.
- 1.7 эндокринные заболевания

**2. В большинстве случаев с проблемой детской инвалидности:**

- 2.1 обращаются сами
- 2.2 выявляют специалисты

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

2.3 обращаются родители

2.4 другое \_\_\_\_\_

**3. Если рассматривать половую принадлежность, то можно сказать, что на учете в КЦСОН Доброта из числа детей-инвалидов состоит:**

3.1 больше мальчиков

3.2 больше девочек

3.3 приблизительно одинаково

**4. Детям-инвалидам какого возраста оказывается помощь в КЦСОН «Доброта»?**

4.1 7-10 лет

4.2 11-14 лет

4.3 15-18 лет

4.4 другой вариант \_\_\_\_\_

**5. Какова численность детей-инвалидов в вашем учреждении?**

\_\_\_\_\_

**6. Каким образом дети-инвалиды поступают к вам в КЦСОН?**

6.1 по результатам медико-социальной экспертизы

6.2 обращаются сами/ с родителями

6.3 направляются из других комплексных центров

6.4 другое \_\_\_\_\_

**7. Возникают ли у вас проблемы в работе с детьми-инвалидами (если да, то какие и переходите к вопросу 8):**

7.1 возникают, \_\_\_\_\_

7.2 не возникают

7.3 не могу ответить

**8. Какие меры по решению этих проблемы вы предпринимаете:**

8.1 консультирование

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

8.2 психологическая поддержка

8.3 правовое урегулирование проблем

8.4 привлечение специалистов из других областей

8.5 другое

**9. Какие из ниже перечисленных услуг реализуются в большей мере в отношении детей-инвалидов в вашем учреждении?**

9.1 социально-бытовые

9.2 социально-медицинские

9.3 социально-психологические

9.4 социально-педагогические

9.5 социально-правовые

9.6 услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг

**10. Реализуются какие-либо программы в рамках работы с детьми-инвалидами внутри вашего учреждения? Если реализуются, то напишите какие и переходите к вопросу 11.**

---

---

---

**11. Вы считаете они эффективны?**

11.1 да

11.2 нет

11.3 не знаю

**12. Услуги, предоставляемые детям-инвалидам вашим Центром оказываются на:**

12.1 на платной основе

12.2 безвозмездно

12.3 не знаю

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

12.4 другое

**13. Реализуется ли направление детей-инвалидов на иппотерапевтическую деятельность в КЦСОН «Доброта»?**

13.1 да

13.2 нет

13.3 другое

**14. С какими проблемами вы можете столкнуться при осуществлении подготовки детей к отправке на иппатерапевтическую деятельность?**

14.1 Нежелание детей и их семей сотрудничать с вашим центром

14.2 Дети-инвалиды и их семьи предпочитают обращаться в конно-спортивный клуб самостоятельно)

14.3 Нет специальных указаний для осуществления иппатерапевтической деятельности

14.4 Нет нужного количества детей-инвалидов для проведения занятий

14.5 Проблем нет

14.6 Другое

**15. Какие категории детей-инвалидов зачастую обращаются к вам в центр для направления на иппатерапевтическую деятельность?**

15.1 с психологическими расстройствами

15.2 с проблемами опорно-двигательного аппарата

15.3 хирургические заболевания, анатомические расстройства

15.4 ДЦП

15.5 проблемы в социализации

**16. Какое количество детей в этом году вы планируете отправить на прохождение иппатерапевтических занятий?**

---

---

**17. Какие документу необходимы подготовить для отправки детей-инвалидов на ЛВЕ?**

---

---

**18. С какими учреждениями у вас происходит взаимодействие для заключения медицинской экспертизы и, в дальнейшем, допуск больного к ЛВЕ?**

18.1 учреждения здравоохранения

18.2 КЦСОН Доброта

18.3 Аллюр

18.4 другое

**19. Как вы считаете, для улучшения продуктивности и эффективности иппотерапии, должно производиться межведомственное взаимодействие?**

19.1 да

19.2 не

19.3 не знаю

**20. С какими учреждениями у вас происходит тесное межведомственное взаимодействие:**

20.1 Управление социальной защиты населения по Благовещенску и Благовещенскому району

20.2 КСК Аллюр

20.3 Главное бюро медико-социальной экспертизы по Амурской области

20.4 школы

20.5 университеты

**21. Возникают такие проблемы при межведомственном взаимодействии, как:**

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

21.1 Неполное межведомственное согласие

21.2 Отсутствие общих интересов при осуществлении работы с детьми-инвалидами

21.3 Нехватка финансирования

21.4 Не возникает проблем

21.5 Другие проблемы

**22. Получаете ли вы отчеты от КСК Аллюр о проведении иппатерапевтических занятий и их итогах**

22.1 да

22.2 нет

22.3 не знаю

**23. Остаются ли дети-инвалиды у вас на учете после прохождения ЛВЕ?**

23.1 да

23.2 не остаются

23.3 дети-инвалиды, проходящие ЛВЕ не стоят на учете в КЦСОН Доброта

23.4 другое

**24. Укажите Ваше образование** \_\_\_\_\_

**25. Укажите должность** \_\_\_\_\_

**26. Место работы** \_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

Программа исследования «Организация иппотерапии с детьми-инвалидами в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта».

### **Формулировка проблемы.**

На сегодняшний день, категория ребенок-инвалид остается одной из самых незащищенных, он нуждается в большем внимании и заботе о нем. От того, как происходит взаимодействие социального работника с ребенком, и насколько эффективны меры поддержки зависит его будущее. К сожалению, число детей-инвалидов с каждым годом увеличивается, а технологии и методы реабилитации не совершенствуются. Иппотерапия является одной из современных и новых технологий работы с данной категорией детей, соответственно она малоизучена и редко применяется на практике.

Следовательно, проблемы, связанные с улучшением социальной работы, проводимой с детьми-инвалидами и, в данном случае, привлечение иппотерапии в работу с детьми-инвалидами является актуальной в наше время.

**Актуальность** этой проблемы – бесспорна. По мнению большинства людей, дети-инвалиды должны пытаться самостоятельно адаптироваться в нашем обществе, если же у них это не получается, их следует определять для проживания в специализированные заведения или создавать для них дома определенные условия жизни. То есть у людей, которые так отвечают, уже сформировались определенные шаблоны восприятия. Вот эти шаблоны: инвалид всегда болен, инвалид не может посещать обычную школу, инвалид не может работать, а, следовательно, ему незачем учиться в ВУЗе или получать профессию, дети-инвалиды являются обузой для общества. Люди, придерживающиеся такой точки зрения, фактически считают, что дети-инвалиды должны быть изолированы от здоровых людей. Внедрение и усовершенствование технологий социальной работы поможет приспособиться детям-инвалидам к окружающему миру, почувствовать себя одним целым с обществом и дать больше возможностей

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

жить полноценной жизнью.

КСК «Аллюр» ведет работу в области иппотерапии с 2004 года, используя методики, разработанные Национальной Федерацией лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта.

КСК «Аллюр» имеет успешный опыт тесного сотрудничества с государственными учреждениями здравоохранения и соцзащиты населения в сфере социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов с помощью иппотерапии.

Данная программа может быть охарактеризована по следующим основаниям:

- по уровню – муниципальная;
- по типу – социальная;
- по масштабу – средняя;
- по временным рамкам: 2017 – 2018 г. (среднесрочный).

**Объект исследования:** инструктора по Лечебно-верховой езде в КСК «Аллюр»

**Предмет исследования:** организация иппотерапии с детьми-инвалидами

**Определение целей и постановка задач.**

**Цель программы:** изучение организацию иппотерапии в отношении детей-инвалидов к иппотерапии в КСК «Аллюр».

В соответствии с целью выделяются **задачи** программы исследования:

- 1) составить социальный портрет детей-инвалидов, находящихся в ГАУ АО Благовещенский КЦСОН «Доброта»;
- 2) охарактеризовать услуги, которые оказываются данным клубом детям-инвалидам.
- 3) рассмотреть – как осуществляется иппатерапевтическая деятельность и выявить проблемы.
- 4) выявить учреждения, с которыми сотрудничает КСК «Аллюр», охарактеризовать их межведомственное взаимодействие.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

### **Уточнение и интерпретация основных понятий.**

**Дезадаптация** – это частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды. Социальная дезадаптация означает нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

**Иппотерапия** – комплексный многофункциональный метод реабилитации, который осуществляется с помощью лечебной процедуры – верховой езды.

**КСК «Аллюр»** ведет работу в отношении детей-инвалидов, производит их реабилитацию и социализацию путем ЛВЕ.

**Ребенок-инвалид** – ребенок, имеющий «значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем».

**Инструктор по ЛВЕ** – человек с высшим образованием, занимающийся подготовкой и проведением иппотерапевтической работы и ЛВЕ.

**Социальная технология** – это совокупность приемов, методов и воздействий, применяемых для достижения поставленных целей в процессе социального планирования и развития, решения разного рода социальных проблем, для проектирования и осуществления коммуникативных воздействий, изменяющих сознание людей, культурные, политические и/или социальные структуры, системы или ситуации.

**Социальная защита** – регулятивная система стабилизации общества, направленная на сведение к минимуму социальных противоречий, возникающих в правовом и экономическом статусе отдельных групп населения. Социальная

защита предоставляется государством своим гражданам против ситуа-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

ций риска и нормальной жизни таких как болезнь. Безработица, смерть кормильца, старость, инвалидность.

**Социальная работа** – особый вид профессиональной деятельности, направленный на решение социальных проблем отдельных личностей и групп, на создание условий, благоприятствующих восстановлению или улучшению способности людей к социальному функционированию. Интегрированный междисциплинарный вид профессиональной деятельности, направленной на социально-гарантированные и личностные интересы и потребности различных, и прежде всего социально уязвимых, групп населения.

**Социальные службы** – предприятия и учреждения независимо от форм собственности, предоставляющие социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица.

**Социальное обслуживание** – деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Социальное обеспечение** – предусмотренная законодательством система материального обеспечения и обслуживания граждан в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, а также полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, а также семей, в которых есть дети. Проявляется в виде пенсий, пособий, предоставления материальной помощи, обслуживания больных и престарелых, заботы о детях.

**Социальная помощь** – забота государства, общества о гражданах, нуждающихся в помощи, содействии в связи с возрастом, состоянием здоровья, социальным положением, недостаточной обеспеченностью средствами существо-

вания.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

**Социальная поддержка** заключается в предоставлении денежных выплат или натуральных благ в дополнение к основным видам социального обеспечения (пенсиям, пособиям).

**Коневод** – это специалист по коневодству; человек, занимающийся разведением лошадей;

**Трудная жизненная ситуация** – ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, сиротство, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которые он не может преодолеть самостоятельно.

*Факторная операционализация* представлена на рисунке В1.

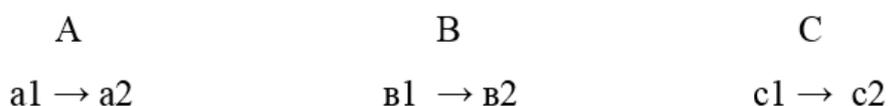


Рисунок А.1 – Факторная операционализация

Обозначения, принятые на рисунке В.1:

1) *А – объективные факторы:*

–  $a1$  – социально-экономическая ситуация в стране, политические отношения, состояние массового сознания, социальное обеспечение, правовое обеспечение;

–  $a2$  – социально-бытовые условия, положение в обществе;

2) *В – индивидуальные особенности инструктора по ЛВЕ:*

–  $v1$  – возраст, уровень образования, квалификация, стаж;

–  $v2$  – интересы и потребности, социальные установки, ценностные ориентации, идеалы, концепция образа жизни.

### 3) С – субъективные факторы:

#### Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

– с1 – степень удовлетворенности работой и специальностью и иерархия мотивов трудовой деятельности;

– с2 – результаты работы: производительность и качество работы, инициативность, уровень ответственности, дисциплинированности.

Таблица В.1 – Структурная операционализация

|  |  |
|--|--|
| Социальный портрет   | 1) заболевания<br>2) способ обращения<br>3) количество детей<br>4) возраст<br>5) численность детей в клубе   |
| Оказание услуг   | 1) проблемы при работе с детьми-инвалидами<br>2) меры по их решению<br>3) вид услуг<br>4) реализация программ в рамках клуба<br>5) способы оказания услуг  |
| Осуществление отправки на иппатерапевтическую деятельность | 1) проблемы при осуществлении отправки иппотерапии<br>2) категории клиентов<br>3) проблемы с клиентами и их семьями<br>4) решение этих проблем<br>5) документы для подготовки к иппотерапии<br>6) задачи |
| Межведомственное взаимодействие                            | 1) происходит ли оно<br>2) с кем производится<br>3) возникающие проблемы<br>4) способы решения   |

#### **Выдвижение рабочей гипотезы.**

Организация иппотерапии происходит в КСК «Аллюр»

#### **Обоснование системы выборки единиц наблюдения.**

Поскольку объектами исследования является одна референтная группа, то в ходе исследования необходимо опросить инструкторов по ЛВЕ, занимающиеся с детьми-инвалидами, где критериями компетенции является: уровень образования и должность. Экспертный опрос будет проводиться в Благовещенске на базе КСК «Аллюр»; опрос будет проводиться сплошной.

#### **Этапы проведения исследовательской программы**

Этапы проведения исследовательской программы представлены в таблице

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

В.2.

Таблица В.2 – Этапы проведения исследовательской программы

| Этапы            | Содержание   | Сроки реализации |
|------------------|--|------------------|
| Подготовительный | Определение темы, обоснование проблемы, объект, предмет, цель, задачи, интерпретация основных понятий, структурная операционализация, факторная операционализация, формулировка гипотез, обоснование системы выборки, набросок основных процедур сбора данных, составление анкеты. |                  |
| Основной         | Сбор данных, экспертный опрос.   |                  |
| Завершающий      | Выбраковка, обработка, анализ, подтверждение или опровержение гипотез, составление прогнозов, написание рекомендаций   |                  |

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Анкета для инструкторов по ЛВЕ

Уважаемые инструктора!

Амурский государственный университет проводит социологическое исследование с целью изучения организации иппотерапии с детьми-инвалидами. Для решения поставленных задач, нам очень необходима Ваша помощь, как специалистов в сфере ЛВЕ, мы в свою очередь гарантируем анонимность всех получаемых нами данных.

Инструкция. Вам предлагается перечень вопросов, отражающих ситуации, с которыми вы как эксперт в иппотерапии встречаетесь в своей повседневной работе. Анкета состоит из 28 пронумерованных вопросов. Вам необходимо дать ответ на каждый из них. Просим вас искренне и вдумчиво ответить на ряд вопросов.

Благодарим Вас за участие!

**1. Укажите основные заболевания, свойственные для детей – инвалидов, занимающиеся в КСК «Аллюр»:**

- 1.1 нервно-психические заболевания
- 1.2 заболевания внутренних органов
- 1.3 поражения и заболевания глаз
- 1.4 онкологические заболевания
- 1.5 поражения и заболевания органа слуха
- 1.6 хирургические заболевания, ДЦП

**2. В большинстве случаев с проблемой детской инвалидности:**

- 2.1 обращаются сами
- 2.2 выявляют специалисты
- 2.3 обращаются родители

2.4 другое \_\_\_\_\_

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

**3. Если рассматривать половую принадлежность, то можно сказать, что в КСК «Аллюр» из числа детей-инвалидов занимается:**

3.1 больше мальчиков

3.2 больше девочек

3.3 приблизительно одинаково

**4. Детям-инвалидам какого возраста оказывается помощь в КЦСОН «Доброта»?**

4.1 7-10 лет

4.2 11-14 лет

4.3 15-18 лет

4.4 другой вариант \_\_\_\_\_

**5. Какова численность детей-инвалидов, занимающихся у вас в Клубе?**

---

**6. Каким образом дети-инвалиды поступают к вам в КСК «Аллюр»?**

6.1 по результатам медико-социальной экспертизы

6.2 обращаются сами/ с родителями

6.3 направляются из других комплексных центров

6.4 другое \_\_\_\_\_

**7. Возникают ли у вас проблемы в работе с детьми-инвалидами (если да, то какие и переходите к вопросу 8):**

7.1 возникают, \_\_\_\_\_

7.2 не возникают

7.3 не могу ответить

**8. Какие меры по решению этих проблемы вы предпринимаете:**

8.1 консультирование

8.2 психологическая поддержка

8.3 правовое урегулирование проблем

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

8.4 привлечение родителей

8.5 другое

**10. Реализуются какие-либо программы в рамках работы с детьми-инвалидами внутри вашего Клуба? Если реализуются, то напишите какие и переходите к вопросу 11.**

---

---

---

**11. Вы считаете они эффективны?**

11.1 да

11.2 нет

11.3 не знаю

**12. Услуги, предоставляемые в КСК «Аллюр» оказываются на:**

12.1 на платной основе

12.2 безвозмездно

12.3 не знаю

12.4 другое

**13. Реализуется ли иппатерапевтическая деятельность в КСК «Аллюр» в полной мере?**

13.1 да

13.2 нет

13.3 другое

**14. С какими проблемами вы можете столкнуться при осуществлении иппатерапевтической деятельности?**

14.1 Плохая материальная поддержка

14.2 Плохая техническая оснащенность (нехватка лошадей, тренеров, площадки для занятий)

14.3 Нехватка специалистов/тренеров.

#### Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

14.4 Нет нужного количества детей-инвалидов для проведения занятий

14.5 другое

**15. Для какой категории детей-инвалидов проводятся иппотерапевтические мероприятия?**

15.1 с проблемами в социализации

15.2 с проблемами опорно-двигательного аппарата

15.3 хирургические заболевания, ДЦП

15.4 другое

**16. Какой пакет документов готовится вашими специалистами на ребенка-инвалида?**

---

**17. Продолжительность занятий по иппотерапии происходит:**

17.1 в определенные сроки

17.2 без каких-либо ограничений

17.3 по особым показаниям

17.4 другое

**17. Какие основные задачи являются характерными для иппотерапии как технологии социальной работы в КСК «Аллюр»?**

17.1 усовершенствования навыков верховой езды детей-инвалидов;

17.2 развитие физической активности больного и разработка мышц, подверженных физическому влиянию;

17.3 обеспечение адаптации детей к ЛВЕ и приобретение навыков верховой езды;

17.4 социализация

**18. С какими учреждениями у вас происходит взаимодействие?**

18.1 учреждения здравоохранения

18.2 КЦСОН Доброта

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

18.3 школы

18.4 другое

**19. Как вы считаете, для улучшения продуктивности и эффективности иппотерапии, должно производиться межведомственное взаимодействие?**

19.1 да

19.2 не

19.3 не знаю

**20. С какими учреждениями у вас происходит межведомственное взаимодействие:**

20.1 Управление социальной защиты населения по Благовещенску и Благовещенскому району

20.2 КЦСОН «Доброта»

20.3 Главное бюро медико-социальной экспертизы по Амурской области

20.4 школы

20.5 университеты

**21. Возникают такие проблемы при межведомственном взаимодействии, как:**

21.1 Неполное межведомственное согласие

21.2 Отсутствие общих интересов при осуществлении работы с детьми-инвалидами

21.3 Нехватка финансирования

21.4 Не возникает проблем

21.5 Другие проблемы

**22. Каким образом происходит финансирование занятий по иппотерапии в вашем учреждении**

22.1 С бюджета организации

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

22.2 Получение тендеров

22.3 Спонсирование

22.4 Выигрывание грантов

22.5 другое

**23. Финансирование занятий хватает для полного осуществления иппотерапии для детей-инвалидов?**

23.1 Да

23.2 Нет

23.3 Не знаю

**24. Как происходит организация доставки клиентов на иппотерапию?**

24.1 самостоятельно;

24.2 вывоз социальными службам на социальном такси или оборудованном транспорте;

24.3 доставка самим клубом на специально оборудованном транспорте;

24.4 другое

**25. Укажите Ваше образование** \_\_\_\_\_

**26. Укажите должность** \_\_\_\_\_

**27. Место работы** \_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за участие!**

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### База данных детей-инвалидов для КЦСОН «Доброта»

Таблица Д.1 – База данных детей-инвалидов для КЦСОН «Доброта»

| №  | Фамилия | Имя | Отчество | Пол | Дата рождения | Адрес места жительства | Дата постановки на учет | Диагноз | Отметка об направлении на иппотерапию | Отметка о прохождении курса иппотерапии |
|----|---------|-----|----------|-----|---------------|------------------------|-------------------------|---------|---------------------------------------|---|
| 1  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 2  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 3  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 4  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 5  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 6  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 7  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 8  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 9  |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 10 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 11 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 12 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 13 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 14 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 15 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 16 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 17 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 18 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 19 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |
| 20 |         |     |          |     |               |                        |                         |         |                                       |   |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### Стандарт оказания иппотерапии для детей-инвалидов в КСК «Аллюр»

#### *1. Описание услуги*

Услуга иппотерапии для детей-инвалидов оказывается с целью физической, психосоциальной и личностной реабилитации, адаптации и интеграции детей-инвалидов в возрасте от 2 до 16 лет. Поставщик услуги определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Получателями услуги являются дети-инвалиды в возрасте от 2 до 16 лет, занимающиеся в КСК «Аллюр»

#### *Основные этапы предоставления услуги.*

Доступ к услуге осуществляется в заявительном порядке. Перед началом проведения занятий Исполнитель в присутствии ответственного лица Заказчика проводит инструктаж с родителями (законными представителями) клиентов о соблюдении требований безопасности при проведении занятий по иппотерапии. Исполнитель разрабатывает индивидуальный план занятий для каждого ребенка в соответствии с его физическими возможностями, после завершения курса занятий оценивает их результативность. Занятия с клиентом включают в себя: – обучение ребенка навыкам общения с лошадью; – упражнения на координацию движений; – упражнения по корректировке осанки и укреплению мышечного корсета позвоночника; – упражнения с целью развития вестибулярного аппарата и моторики; – промежуточную оценку физического состояния ребенка, для корректировки индивидуального плана (при необходимости). Результатом предоставления услуги является оздоровление, улучшение психоэмоционального состояния, развитие двигательных качеств получателей услуги.

#### *2. Сроки предоставления услуги.*

Длительность и периодичность оказания услуги рассчитывается с учетом потребности клиента. По общему правилу продолжительность занятия на ло-

шади составляет не менее 30 минут, длительность всего занятия с учетом под-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

готовки ребенка, привыкания к лошади и т.д. – не менее 45 минут. Базовый курс-один месяц.

### *3. Порядок оплаты услуги*

Услуга предоставляется гражданам бесплатно (при финансировании негосударственной организации за счет средств бюджета соответствующего уровня) или за плату (оказание негосударственной организацией коммерческих услуг).

### *4. Условия предоставления услуги*

Требования к доступности при оказании услуг по иппотерапии используют не менее двух, специально обученных для проведения занятий по иппотерапии, дружелюбных, спокойных, терпеливых лошадей (рысистые, тяжеловозные помеси или беспородные лошади, рост лошадей 140-165 см в холке, широкоспинные, не моложе 5 и не старше 15 лет кобылы или меринь). Лошади должны быть привиты, здоровы, что должно подтверждаться копиями справок из ветеринарных учреждений, предоставляемых при заключении муниципального контракта. Лошади должны спокойно реагировать на беспокойное поведение всадника, должны быть способны долго идти шагом и спокойно стоять столько времени, сколько потребуеться. Ход иппотерапевтической лошади должен быть ритмичным, эластичным и пружинистым. Лошадь должна владеть специальными навыками: езда вдвоём клиента с инструктором, работа с ребёнком с использованием вспомогательных предметов (игрушки, пледы, прищепки и др.). Лошади должны работать в день не более 3 час. 30 мин. без перерыва и не более 5 часов с перерывом. Оказание услуг осуществляется по будням, в выходные и праздничные дни. Требования к информационному обеспечению Исполнитель, предоставляет информацию об условиях, порядке и содержании услуги гражданам и организациям по телефону, электронной почте, а так же размещает информацию об услуге, специалистах, наличии необходимых лицензий, отсутствии предписаний контролирующих органов и др. на сайте организации.

## *5. Требования к кадровому обеспечению*

### Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Для оказания услуги необходимо наличие: Иппотерапевта, который составляет индивидуальный план занятий на каждого клиента. Иппотерапевт должен иметь сертификат о прохождении обучения по иппотерапии. Конюха-коновода. Инструктора по лечебно-верховой езде. Специалисты (иппотерапевт, инструктор, конюх-коновод и т.д.), оказывающие услуги должны: – иметь опыт работы по проведению занятий по иппотерапии; – иметь навыки верховой езды; – быть знакомы с лошадьми.

## *6. Требования к помещению*

Место оказания услуг должно соответствовать следующим требованиям: земельный участок (манеж, плац, левада и т.д.) с травянистым покрытием (покрытием опилом или песком), обеспечивающий беспрепятственное передвижение лошади по кругу либо крытый земельный участок (манеж, плац, левада и т.д.), огороженные забором, высотой не менее 1,5 метров, размером – не менее 20 на 20 метров. Для проведения занятий при температуре воздуха ниже 10 градусов Цельсия и (или) наличии атмосферных осадков используется крытый земельный участок (манеж, плац, левада и т.д.), с травяным покрытием (покрытием опилом или песком), размер которого не менее 8 на 20 метров, соответствующий нормам санитарной и пожарной безопасности. Требования к техническому обеспечению Для проведения занятий необходимо: – комфортное помещение для нахождения клиентов и сопровождающих их лиц, раздевалка и другие помещения, используемые при оказании услуг по иппотерапии, которые должны соответствовать нормам санитарной и пожарной безопасности; – наличие спортивного инвентаря и оборудования; – наличие медицинской аптечки.

*Основания для досрочного прекращения и/или отказа в предоставлении услуги*

Услуга не оказывается, в случае если: обращение гражданина содержит вопросы, требования, просьбы, не попадающее под действие данной услуги; невозможно обеспечить безопасность представителей поставщика услуги в процессе

ее оказания.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

### *7. Показатели качества предоставления услуги*

Качество услуги определяется ее соответствием настоящему стандарту. Для оценки качества оказанных услуг проводится выборочные опросы получателей услуг с целью оценки степени их удовлетворенности. Стандарт предоставления услуги иппотерапии для детей-инвалидов, независимо от результатов оценки качества и удовлетворенности потребителей услуг, подлежит обязательному совершенствованию. С этой целью стандарт должен не реже одного раза в три года рассматриваться на предмет обеспечения максимально возможного уровня удовлетворения потребностей потребителей государственной услуги. Подлежат обязательному рассмотрению предложения о совершенствовании стандарта качества услуги, поступившие от: – органов государственной власти; – общественных объединений, представляющих интересы потребителей услуг; – группы потребителей услуг (не менее 15 человек), а также однотипные предложения обратившихся независимо друг от друга 15 и более лиц.